



HAL
open science

Protocole de coopération pour le réadressage des patients entre Maisons médicales de garde et Services d'urgences

Olivier Halbeher

► **To cite this version:**

Olivier Halbeher. Protocole de coopération pour le réadressage des patients entre Maisons médicales de garde et Services d'urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. dumas-01829454

HAL Id: dumas-01829454

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01829454>

Submitted on 4 Jul 2018

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.

**Protocole de coopération pour le réadressage des patients entre
Maisons Médicales de Gardes et services d'urgences.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Octobre 2017

Par Monsieur Olivier HALBEHER

Né le 6 juin 1988 à Paris 14 (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur LIOTARD François

Assesseur

**Protocole de coopération pour le réadressage des patients entre
Maisons Médicales de Gardes et services d'urgences.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 4 Octobre 2017

Par Monsieur Olivier HALBEHER

Né le 6 juin 1988 à Paris 14 (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick

Président

Monsieur le Professeur Associé FILIPPI Simon

Directeur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Assesseur

Monsieur le Docteur LIOTARD François

Assesseur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

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
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaire : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Responsable administratif :

- * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Marie-Thérèse ZAMMIT
- * Intérieur : Joëlle FAVREGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

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

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	GALLAIS Hervé
	ALDIGHIERI René		GAMERRE Marc
	ALLIEZ Bernard		GARCIN Michel
	AQUARON Robert		GARNIER Jean-Marc
	ARGEME Maxime		GAUTHIER André
	ASSADOURIAN Robert		GERARD Raymond
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BAILLE Yves		GIUDICELLI Roger
	BARDOT Jacques		GIUDICELLI Sébastien
	BARDOT André		GOUDARD Alain
	BERARD Pierre		GOUIN François
	BERGOIN Maurice		GRISOLI François
	BERNARD Dominique		GROULIER Pierre
	BERNARD Jean-Louis		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BERNARD Pierre-Marie		HASSOUN Jacques
	BERTRAND Edmond		HEIM Marc
	BISSET Jean-Pierre		HOUEL Jean
	BLANC Bernard		HUGUET Jean-François
	BLANC Jean-Louis		JAQUET Philippe
	BOLLINI Gérard		JAMMES Yves
	BONGRAND Pierre		JOUVE Paulette
	BONNEAU Henri		JUHAN Claude
	BONNOIT Jean		JUIN Pierre
	BORY Michel		KAPHAN Gérard
	BOURGADE Augustin		KASBARIAN Michel
	BOUVENOT Gilles		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BOUYALA Jean-Marie		LACHARD Jean
	BREMOND Georges		LAFFARGUE Pierre
	BRICOT René		LEVY Samuel
	BRUNET Christian		LOUCHET Edmond
	BUREAU Henri		LOUIS René
	CAMBOULIVES Jean		LUCIANI Jean-Marie
	CANNONI Maurice		MAGALON Guy
	CARTOUZOU Guy		MAGNAN Jacques
	CAU Pierre		MALLAN- MANCINI Josette
	CHAMLIAN Albert		MALMEJAC Claude
	CHARREL Michel		MATTEI Jean François
	CHOUX Maurice		MERCIER Claude
	CIANFARANI François		METGE Paul
	CLEMENT Robert		MICHOTEY Georges
	COMBALBERT André		MILLET Yves
	CONTE-DEVOLX Bernard		MIRANDA François
	CORRIOL Jacques		MONFORT Gérard
	COULANGE Christian		MONGES André
	DALMAS Henri		MONGIN Maurice
	DE MICO Philippe		MONTIES Jean-Raoul
	DEVIN Robert		NAZARIAN Serge
	DEVRED Philippe		NICOLI René
	DJIANE Pierre		NOIRCLERC Michel
	DONNET Vincent		OLMER Michel
	DUCASSOU Jacques		OREHEK Jean
	DUFOUR Michel		PAPY Jean-Jacques
	DUMON Henri		PAULIN Raymond
	FARNARIER Georges		PELOUX Yves
	FAVRE Roger		PENAUD Antony

FIECHI Marius
FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
MM POYEN Danièle
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTE Bernard
VIGOUROUX Robert
WEILLER Pierre-Jean
PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel

PROFESSEURS 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.)

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. RADDA (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

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETES Bernard	31/08/2019

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHARPIN Denis Surnombre	GORINCOUR Guillaume
ALBANESE Jacques	CHAUMOITRE Kathia	GRANEL/REY Brigitte
ALESSANDRINI Pierre		
Surnombre	CHAUVEL Patrick Surnombre	GRILLO Jean-Marie Surnombre
ALIMI Yves	CHINOT Olivier	GRIMAUD Jean-Charles
AMABILE Philippe	CHOSSEGROS Cyrille	GROB Jean-Jacques
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel Surnombre	GUEDJ Eric
ARGENSON Jean-Noël	COLLART Frédéric	GUIEU Régis
ASTOUL Philippe	COSTELLO Régis	GUIS Sandrine
ATTARIAN Shahram	COURBIERE Blandine	GUYE Maxime
AUDOUIN Bertrand	COWEN Didier	GUYOT Laurent
AUFFRAY Jean-Pierre		
Surnombre	CRAVELLO Ludovic	GUYS Jean-Michel
AUQUIER Pascal	CUISSET Thomas	HABIB Gilbert
AVIERINOS Jean-François	CURVALE Georges	HARDWIGSEN Jean
AZORIN Jean-Michel	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AZULAY Jean-Philippe	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOFFART Louis
BAILLY Daniel	DANIEL Laurent	HOUVENAEGHEL Gilles
BARLESI Fabrice	DARMON Patrice	JACQUIER Alexis
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	JOLIVET/BADIER Monique
BARTHET Marc	D'JOURNO Xavier	JOUVE Jean-Luc
BARTOLI Jean-Michel	DEHARO Jean-Claude	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Michel	DELARQUE Alain	KARSENTY Gilles
BARTOLIN Robert Surnombre	DELPERO Jean-Robert	KERBAUL François
BARTOLOMEI Fabrice	DENIS Danièle	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DESSEIN Alain Surnombre	LANCON Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DESSI Patrick	LA SCOLA Bernard
BERBIS Philippe	DISDIER Patrick	LAUGIER René
BERDAH Stéphane	DODDOLI Christophe	LAUNAY Franck
BERLAND Yvon	DRANCOURT Michel	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERNARD Jean-Paul	DUBUS Jean-Christophe	LE CORROLLER Thomas
		LE TREUT Yves-Patrice
BEROUD Christophe	DUFFAUD Florence	Surnombre
BERTUCCI François	DUFOUR Henry	LECHEVALLIER Eric
BLAISE Didier	DURAND Jean-Marc	LEGRE Régis
		LEHUCHER-MICHEL Marie-
BLIN Olivier	DUSSOL Bertrand	Pascale
BLONDEL Benjamin	ENJALBERT Alain	LEONE Marc
BONIN/GUILLAUME Sylvie	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BONELLO Laurent	FAKHRY Nicolas	LEPIDI Hubert
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Nicolas
BOTTA Alain Surnombre	FELICIAN Olivier	MACE Loïc
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FENOLLAR Florence	MAGNAN Pierre-Edouard
		MARANINCHI Dominique
BOUBLI Léon	FIGARELLA/BRANGER Dominique	Surnombre
BOYER Laurent	FLECHER Xavier	MARTIN Claude Surnombre
BREGEON Fabienne	FOURNIER Pierre-Edouard	MATONTI Frédéric
BRETELLE Florence	FRAISSE Alain Disponibilité	MEGE Jean-Louis
BROUQUI Philippe	FRANCES Yves Surnombre	MERROT Thierry
		METZLER/GUILLEMAIN
BRUDER Nicolas	FRANCESCHI Frédéric	Catherine
BRUE Thierry	FUENTES Stéphane	MEYER/DUTOUR Anne
BRUNET Philippe	GABERT Jean	MICCALEF/ROLL Joëlle
BURTEY Stéphane	GAINNIER Marc	MICHEL Fabrice

CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET
Emmanuelle
CHARREL Rémi

CHIARONI Jacques
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel
OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PAUT Olivier
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIARROUX Renaud
PIERCECCHI/MARTI Marie-
Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
POUGET Jean Surnombre
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine

GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine

GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte

GONCALVES Anthony
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole

SASTRE Bernard Surnombre
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SERRATRICE Jacques
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas

MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier

NAUDIN Jean
NICCOLI/SIRE Patricia
NICOLAS DE LAMBALLERIE
Xavier
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TRIGLIA Jean-Michel
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel

VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

FILIPPI Simon

**PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS
PARTIEL**

ALTAVILLA Annagrazia
BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITE - PRATICIEN HOSPITALIER

ACHARD Vincent	FABRE Alexandre	MOTTOLA GHIGO Giovanna
ANDRE Nicolas	FOUILLOUX Virginie	NGUYEN PHONG Karine
ANGELAKIS Emmanouil	FRERE Corinne	NINOVE Laetitia
ATLAN Catherine	GABORIT Bénédicte	NOUGAIREDE Antoine
BACCINI Véronique	GASTALDI Marguerite	OUDIN Claire
BARTHELEMY Pierre	GAUDY/MARQUESTE Caroline	OVAERT Caroline
BARTOLI Christophe	GELSI/BOYER Véronique	PAULMYER/LACROIX Odile
BEGE Thierry	GIUSIANO Bernard	PERRIN Jeanne
BELIARD Sophie	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	RANQUE Stéphane
BERBIS Julie	GOURIET Frédérique	REY Marc
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GRAILLON Thomas	ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée
BEYER-BERJOT Laura	GREILLIER Laurent	ROBERT Philippe
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SABATIER Renaud
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BOULLU/CIOCCA Sandrine	HAUTIER/KRAHN Aurélie	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	SAVEANU Alexandru
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise	JOURDE CHICHE Noémie	SECQ Véronique
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	SOULA Gérard
CARRON Romain	KRAHN Martin	TOGA Caroline
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TOGA Isabelle
		TREBUCHON/DA FONSECA Agnès
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	TROUSSE Delphine
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VALLI Marc
DADOUN Frédéric (disponibilité)	LAGIER Aude	VELLY Lionel
DALES Jean-Philippe	LAGIER Jean-Christophe	VELY Frédéric
DAUMAS Aurélie	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	VION-DURY Jean
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LEVY/MOZZICONACCI Annie	ZATTARA/CANNONI Hélène
DEL VOLGO/GORI Marie-José	LOOSVELD Marie	
DELLIAUX Stéphane	MANCINI Julien	
DESPLAT/JEGO Sophie	MARY Charles	
DEVEZE Arnaud Disponibilité	MASCAUX Céline	
DUFOUR Jean-Charles	MAUES DE PAULA André	
EBBO Mikaël	MILLION Matthieu	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	STEINBERG Jean-Guillaume
BARBACARU/PERLES T. A.	LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise	THOLLON Lionel
BERLAND/BENHAIM Caroline	MARANINCHI Marie	THIRION Sylvie
BERAUD/JUVEN Evelyne (retraite octobre 2016)	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	
BOYER Sylvie	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	RUEL Jérôme	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

**MAITRE DE CONFERENCES
ASSOCIE à MI-TEMPS**

REVIS Joana

PROFESSEURS ET MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (mono-appartenants)

ANATOMIE 4201	ANTHROPOLOGIE 20
CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)	ADALIAN Pascal (PR) DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
LAGIER Aude (MCU-PH)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)	
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH) LA SCOLA Bernard (PU-PH) RAOULT Didier (PU-PH)
CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)	ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH) GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH) LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH) MAUES DE PAULA André (MCU-PH) SECQ Véronique (MCU-PH)	CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) (65ème section) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401
ALBANESE Jacques (PU-PH) AUFFRAY Jean-Pierre (PU-PH) Surnombre BRUDER Nicolas (PU-PH) KERBAUL François (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre MICHEL Fabrice (PU-PH) MICHELET Pierre (PU-PH) PAUT Olivier (PU-PH)	BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) ENJALBERT Alain (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH) VELLY Lionel (MCU-PH)	BUFFAT Christophe (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11	BIOLOGIE CELLULAIRE 4403
-------------------	---------------------------------

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

ROLL Patrice (PU-PH)

BURKHART Gary (PAST)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)

KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)

LEVY/MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

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

ROBAGLIA/SCHLUPP Andrée (MCU-PH)

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301	CARDIOLOGIE 5102
---	-------------------------

GUEDJ Eric (PU-PH)

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)

BONELLO Laurent (PU PH)

MUNDLER Olivier (PU-PH)

BONNET Jean-Louis (PU-PH)

TAIEB David (PU-PH)

CUISSET Thomas (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)

DEHARO Jean-Claude (PU-PH)

RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

FRAISSE Alain (PU-PH) Disponibilité

FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)

HABIB Gilbert (PU-PH)

VION-DURY Jean (MCU-PH)

PAGANELLI Franck (PU-PH)

THUNY Franck (PU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)

HARDWIGSEN Jean (PU-PH)

BIostatistiques, Informatique Médicale ET Technologies de Communication 4604

LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre

SASTRE Bernard (PU-PH) Surnombre

SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

BEYER BERJOT Laura (MCU-PH)

GAUDART Jean (PU-PH)

GIORGI Roch (PU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

CHAUDET Hervé (MCU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)

DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

MOUTARDIER Vincent (PU-PH)

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

SEBAG Frédéric (PU-PH)

MANCINI Julien (MCU-PH)

TURRINI Olivier (PU-PH)

SOULA Gérard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)

BEGE Thierry (MCU-PH)

BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

ALESSANDRINI Pierre (PU-PH) Sumombre
GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Sumombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
DJOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
LAUGIER René (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Sumombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)
ACHARD Vincent (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GENETIQUE 4704**DERMATOLOGIE - VENERELOGIE 5003**

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

GAUDY/MARQUESTE Caroline (MCU-PH)

BEROUD Christophe (PU-PH)

LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

KRAHN Martin (MCU-PH)
NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
NICCOLI/SIRE Patricia (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH)
THIRION Xavier (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

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

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

IMMUNOLOGIE 4703

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/MITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BERAUD/JUVEN Evelyne (MCF) 65ème section) (retraite octobre 2016)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

BACCINI Véronique (MCU-PH)
CALAS/AILLAUD Marie-Françoise (MCU-PH)
FRERE Corinne (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

LAGIER Jean-Christophe (MCU-PH)
MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
DELARQUE Alain (PU-PH)

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Sumombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
SERRATRICE Jacques (PU-PH) disponibilité

VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

EBBO Mikael (MCU-PH)

BOTTA Alain (PU-PH) Sumombre
LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

NEPHROLOGIE 5203

FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BERLAND Yvon (PU-PH)
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

ADNOT Sébastien (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)

JOURDE CHICHE Noémie (MCU PH)

NUTRITION 4404**NEUROCHIRURGIE 4902**

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH)
BELIARD Sophie (MCU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>ATTARIAN Sharham (PU PH) AUDOIN Bertrand (PU-PH) AZULAY Jean-Philippe (PU-PH) CECCALDI Mathieu (PU-PH) EUSEBIO Alexandre (PU-PH)</p>
OPHTALMOLOGIE 5502	<p>FELICIAN Olivier (PU-PH) PELLETIER Jean (PU-PH) POUGET Jean (PU-PH) Surnombre</p>
<p>DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) MATONTI Frédéric (PU-PH) RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre</p>	PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501	<p>DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)</p>
<p>DESSI Patrick (PU-PH) FAKHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)</p>	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803
<p>DEVEZE Amaud (MCU-PH) Disponibilité REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)</p>	<p>BOULAMERY Audrey (MCU-PH) VALLI Marc (MCU-PH)</p>
ROMAN Stéphane (Professeur associé des universités mi-temps)	PHILOSOPHIE 17
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)
<p>DESSEIN Alain (PU-PH) PIARROUX Renaud (PU-PH)</p> <p>CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) RANQUE Stéphane (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)</p>	ALTAVILLA Annagrazia (PR Associé à mi-temps)
PEDIATRIE 5401	PHYSIOLOGIE 4402
<p>CHAMBOST Hervé (PU-PH) DUBUS Jean-Christophe (PU-PH) GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH) MICHEL Gérard (PU-PH) MILH Mathieu (PU-PH) REYNAUD Rachel (PU-PH) SARLES Jacques (PU-PH) TSIMARATOS Michel (PU-PH)</p>	<p>BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGEON Fabienne (PU-PH) CHAUVEL Patrick (PU-PH) Surnombre JOLIVET/BADIER Monique (PU-PH) MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)</p>
ANDRE Nicolas (MCU-PH)	<p>BARTHELEMY Pierre (MCU-PH) BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH) DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité) DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)</p>

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section)
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

GREILLIER Laurent (MCU PH)
MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

RHUMATOLOGIE 5001

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

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Simon FILIPPI. Merci de m'avoir proposé ce sujet de thèse, pour lequel je me suis passionné. Merci de m'avoir guidé et de vous être impliqué dans ce travail de thèse en participant au groupe nominal.

Au président du jury, Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX, merci de me faire l'immense honneur de présider ma soutenance de thèse.

À Monsieur le Professeur Sébastien ADNOT, merci d'avoir accepté de participer au jury de thèse.

À l'ensemble des médecins ayant participé au groupe nominal :

Dr ABRIAS Marie-Hélène

Dr BERGUIGUA Latif

Dr BOURGEOIS Caroline

Dr GARROS Elsa

Dr GAYRAUD Nicolas

Dr JANCZEWSKI Aurélie

Dr RINGEVAL Bruno

Dr WDOWIK Thierry

Merci pour votre disponibilité et votre implication dans le sujet de cette thèse. Votre présence, votre motivation et votre sincérité étaient indispensables à la production de ce travail.

Au Dr François LIOTARD, chez qui j'ai effectué ma maîtrise de stage durant l'hiver 2015-2016. Merci de m'avoir fait découvrir et de m'avoir fait aimer ce merveilleux métier que je connaissais si mal avant d'arriver chez toi.

Au corps enseignant de la faculté de médecine de Ranguel, de l'université Paul Sabatier, où j'ai suivi mon externat.

À mes parents, sans qui ma présence aujourd'hui aurait été impossible. Merci de m'avoir encouragé durant toute ma scolarité, merci de m'avoir donné le goût de l'effort et du travail. Soyez aussi remercié d'avoir eu confiance en moi, et de m'avoir soutenu pendant toutes ses longues années. Votre éducation est un exemple. Je vous souhaite tout le bonheur et la réussite possible dans votre nouvelle vie de grand-parents boulangers.

À Mathilde, ma femme depuis déjà six ans. Avant de me rencontrer tu disais « jamais un médecin », je suis heureux de t'avoir fait changer d'avis. Merci pour ton soutien, merci de suivre le rythme imposé par mes études de médecine (5 logements différents, 7 villes explorés...). Un changement de vie s'ouvre devant nous, ce sera formidable je te le promets.

Alice et Brune, mes deux petites filles, 3 ans, 5 mois... C'est une joie immense de vous voir grandir chaque jour, vous donnez du sens au quotidien. Je suis impatient de voir les surprises que l'avenir nous réserve et relève avec entrain le défis d'être votre père.

Clémence et Étienne, ma sœur et mon frère. J'aime notre relation de confiance. Nous nous voyons trop peu, cela ne s'arrangera probablement pas, mais nous sommes toujours aussi contents de nous retrouver. Souhaitons que cela dure toute la vie. Clémence tu as inauguré le bal des thèses, je ne suis pas sûr de rivaliser dans les lignes qui suivent. Étienne, ton début de parcours est impressionnant, tu es d'une richesse incroyable. J'espère que tu trouveras ton bonheur dans la suite de tes études. Soyez sûr que vous pourrez toujours compter sur moi.

À ma famille,

Ma marraine Babeth et mon oncle le François, combien de « bonjour cher confrère » ? Alors que je n'étais qu'en première année ? Papi et mamie Villefranche, Papi des Vosges, Jean-François, Alain, tous mes autres oncles, tantes et cousins... Merci pour votre confiance et de m'avoir accompagné de près ou de loin dans mon parcours depuis mon plus jeune âge. Sans oublier la famille Odot, Geneviève en tête, qui subit depuis peu ma présence. Merci pour votre accueil.

À mes amis, que je vois bien trop peu : Roxane et Antoine, Simon, Thomas, Romain, Thibault, Marine, David et Valéria, Emma, Vincent, Ivanne, Charly...

Table des matières

I.	Introduction.....	3
1.	Évolutions de la PDS	3
2.	Transfert de la PDS vers les services d'urgences.....	4
3.	Protocole de coopération.....	6
4.	Maison Médicale de Garde	6
5.	Nécessaire coopération.....	8
II.	Matériel et méthode	9
1.	Génération silencieuse des idées	10
2.	Énoncé des idées à tour de rôle jusqu'à épuisement	11
3.	Discussion	11
4.	Hierarchisation des idées	11
III.	Résultat.....	12
1.	Génération et énonciation des idées	12
2.	Discussion et hierarchisation des idées.....	14
A.	Motifs devant être réadressés vers les urgences.....	14
1.	Détresses vitales (respiratoire, choc...)	14
2.	Douleur thoracique	15
3.	Déficit neurologique.....	15
4.	AEG du nourrisson.....	15
5.	Fièvre du nourrisson de moins de 3 mois	16
6.	Traumatisme de membre avec déformation ou impotence	16
7.	Trouble du rythme.....	16
8.	Métrorragie et douleur abdominale de la femme enceinte	16
9.	Plaie complexe.....	17
10.	Toxicomanie et agitation.....	17
11.	Crise suicidaire et tentative de suicide.....	17
12.	Hyperalgie quelle qu'en soit la cause.....	18
13.	Douleur lombaire fébrile	18
14.	Dermabrasion, brûlure complexe.....	18
15.	Corps étranger oculaire	19
16.	Troubles psycho-sociaux et administratifs.....	19
B.	Motifs pouvant être réadressés à la MMG	20

1.	Renouvellement d'ordonnance, besoin d'un traitement.....	20
2.	Cystite.....	20
3.	Syndrome viral.....	21
4.	Allergies saisonnières	21
5.	Fièvre sans risque vital	21
6.	Lombalgie non hyperalgique	21
7.	Réévaluation à 48h.....	21
8.	Atteinte ORL	22
9.	Inquiétude sur l'état de santé	22
10.	Douleur rhumatismale.....	22
11.	Demande d'ECG sans caractère d'urgence	22
12.	Douleur dentaire	23
13.	Poussée d'HTA.....	23
14.	Plaie superficielle.....	23
15.	Piqûres d'insectes.....	24
16.	Symptomatologie digestive (diarrhées, vomissements)	24
17.	Pathologies dermatologiques.....	24
18.	Traumatologie non aiguë	24
19.	CMI coup et blessure si non grave	25
20.	Douleur abdominale.....	25
IV.	Discussion.....	26
1.	Force de l'étude.....	26
A.	Choix de la méthodologie.....	26
B.	Concordance avec les données disponibles	26
1.	MMG de Gap	26
2.	Atlas ORU PACA.....	29
2.	Limite de l'étude.....	31
	Conclusion	32
	Bibliographie	33
	Annexes	36
	Abréviations	38

I. Introduction

1. Évolutions de la PDS

La permanence des soins se définit comme un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés).

Cette permanence des soins a subi de profondes évolutions depuis les 15 dernières années. En effet, depuis 2002, l'obligation déontologique de participer à la permanence des soins a laissé place à un système reposant sur le volontariat rémunéré avec une régulation des appels par le centre 15 le plus souvent. Cette évolution est une réponse à plusieurs évolutions, notamment à cause de l'augmentation des demandes de soin et des jeunes générations de médecin qui réclamaient moins de contraintes.

Ce système a rapidement montré ses limites face à la diminution du nombre d'omnipraticiens et au lent déclin du volontariat. Ainsi, en France, ces différents facteurs ont conduit à l'apparition de « zone blanche » où la permanence des soins n'est plus assurée, et de « zone grise » où les moyens affichés ne sont pas toujours disponibles. En 2013, le rapport de la cour des comptes sur la sécurité sociale prend l'exemple de l'Yonne, où seuls 89 des 298 médecins généralistes, soit moins de 30 %, participent aux tours de permanence : les tableaux de garde ne sont donc pas remplis. D'après une étude de l'ARS, un médecin n'y était disponible, en 2011, que dans 61 % des cas le week-end, 57 % des cas en première partie de nuit et 45 % des cas en nuit profonde. Le droit de réquisition du préfet n'a pas montré d'efficacité.

2. Transfert de la PDS vers les services d'urgences

Cette situation est à l'origine d'une implication croissante des structures hospitalières dans la permanence des soins ambulatoires. La loi accompagne cette évolution, dans la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, l'article L. 6112-1 prévoit que les établissements de santé participent à la permanence des soins :

« - Les établissements de santé peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public suivantes : 1° La permanence des soins (...) »

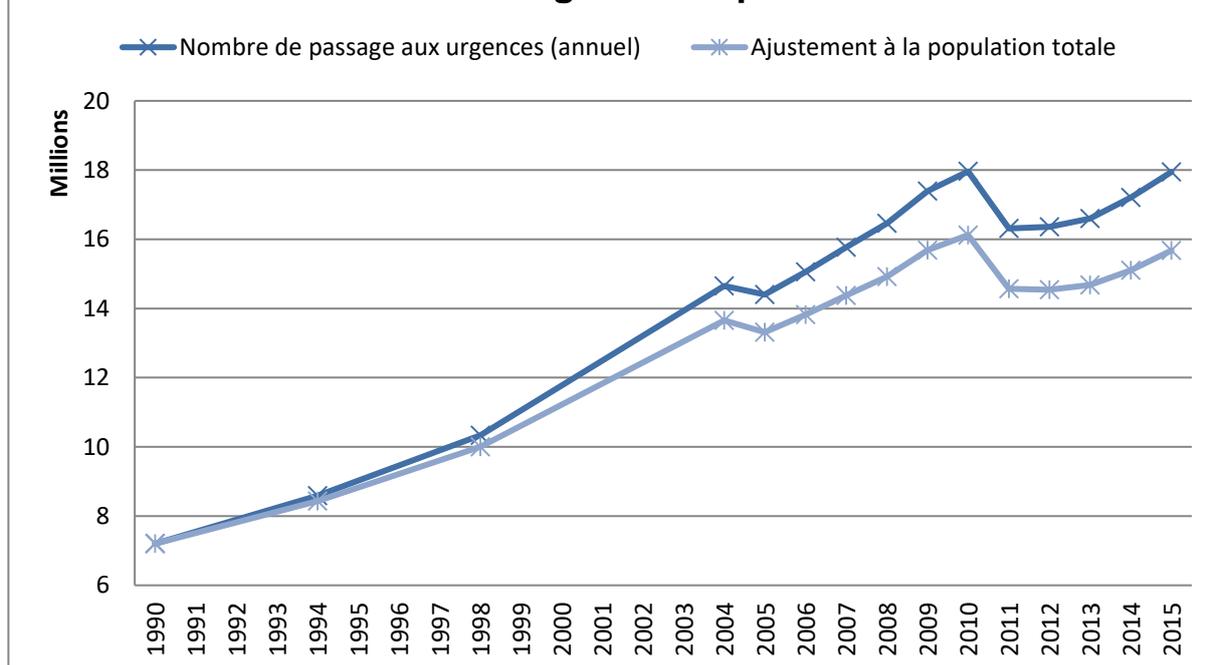
Cette participation ne peut opérer qu'à travers les services d'urgences.

Ainsi, dans de nombreuses agglomérations, ce sont les services d'urgences qui remplacent la garde libérale à partir de minuit. La participation à la permanence de soin dépasse ce cadre organisé puisque les services d'urgences accueillent également les patients se présentant spontanément même s'ils ne relèvent pas de la médecine d'urgence. Le maillage du territoire en services d'urgences permet de pallier aux défaillances de la garde libérale. Cependant cette solution n'est pas idéale, les services d'urgences ne pouvant pas toujours apporter une réponse adéquate.

La direction générale de l'offre de soin a évalué le nombre de passages aux urgences relevant de la permanence des soins ambulatoires à 2,55 millions en 2009 et 2,78 millions en 2010. Soit dans l'hypothèse d'un coût moyen de passage de 191€414, une dépense de 530 Millions d'euros environ en 2010. Ceci est à mettre en perspective avec la croissance très importante de l'activité des services d'urgences ces dernières années. Entre 1990 et 2015, la fréquentation des services d'urgences est passée de 7,203 à 17,946 millions de passages par an (graphique 1).

Cette estimation a mis en évidence une difficulté de nature médicale, aucun accord ne permet de dire si un patient relève de la permanence des soins ambulatoires, ou s'il relève des urgences.

Graphique 1 : Evolution de la fréquentation des services d'urgences depuis 1990



Certaines organisations d'urgentistes soutiennent que l'hôpital est là pour lever les risques potentiels, et que la gravité du patient ne peut être évaluée qu'à posteriori. À l'opposé, certains généralistes estiment qu'une proportion considérable des passages aux urgences est inutile et devrait revenir vers le système libéral, moins onéreux en règle générale et bien placé pour déterminer si un passage à l'hôpital est indispensable. Cette confrontation, directement liée à l'absence d'accord, est source de tension entre médecins libéraux et urgentistes, allant à l'encontre de l'intérêt des patients et de l'efficacité du système de santé. Le travail de cette thèse a pour objectif de chercher à avancer vers une meilleure coopération hospitalo-libérale.

La Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) a enquêté concernant la prise en charge de l'ensemble des patients vus dans les services d'urgences le 11 juin 2013. Cette enquête révèle que sur les 52018 patients vus, 24231 patients nécessitaient une prise en charge en urgence à l'hôpital. Les 27787 autres patients auraient pu bénéficier d'une autre prise en charge ne nécessitant pas un passage aux urgences.

3. Protocole de coopération

Notre démarche s'appuie sur la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) qui a créé la notion de « coopération » entre professionnels de santé, définie comme « une démarche ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient ». L'article 51 de la loi HPST du 21 juillet 2009 permet la mise en place de ces coopérations. Ces initiatives prennent la forme d'un protocole de coopération transmis à l'ARS. Ce dernier est un document décrivant les activités ou les actes de soins transférés d'un professionnel de santé à un autre. L'apport principal des coopérations entre professionnels est d'améliorer la qualité des soins dispensés en offrant une prise en charge plus adaptée aux besoins.

4. Maison Médicale de Garde

Les Maisons Médicales de Garde se sont rapidement développées depuis les années 2000. Une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS (actuellement incluse dans l'ARS).

La localisation optimale d'une MMG fait débat, mais sa proximité avec un service d'urgence semble établie. Certaines MMG comme celle de GAP, se trouvent dans l'enceinte de l'hôpital, avec parfois un accès au plateau technique : radiographie et bilan biologique principalement. De cette localisation dépend la coopération effective entre MMG et services d'urgences. Nombre d'entre elles ne bénéficient pas d'une procédure de coopération avec les services d'urgences de proximité. Il n'existe en effet aucun texte réglementaire pour organiser la coopération entre ces structures et les centres hospitaliers. Cette réalité est dommageable pour la qualité de la permanence des soins et pour une maîtrise régulée des dépenses médicales. Certaines MMG situées à proximité des Centres hospitaliers parviennent à une réelle coopération qui est parfois formalisée, mais le plus souvent seulement factuelle.

Cette volonté de coopération se heurte cependant à deux freins. D'une part la tarification à l'acte des services d'urgences n'encourage pas à réorienter les patients vers d'autres structures de prise en charge. D'autre part, les services d'urgences sont très attractifs, ils constituent une offre de soins complète, rapide et facile d'accès, sans aucune avance de frais. Les patients ont ainsi accès à un large panel d'outils permettant une prise en charge diagnostique et thérapeutique jugée fiable. Ce deuxième frein pourrait être en partie levé en donnant accès aux médecins libéraux à la radiographie et aux examens biologiques, pour peu que la MMG se trouve dans l'enceinte de l'hôpital.

Si toutes les MMG ne connaissent pas le même succès, elles ont cependant conquis l'opinion des politiques qui y voient une alternative crédible à la baisse du volontariat des médecins pour participer à la permanence des soins. Les politiques encouragent même l'implantation de ce type de structure. Le rapport d'information n° 2837 sur l'organisation de la permanence des soins, rapporté par Mme Catherine LEMORTON comporte plusieurs recommandations pour améliorer la permanence des soins, l'une d'elles porte sur les maisons médicales de garde.

« Encourager le développement des maisons médicales de garde (recommandation n° 7) :

- en définissant des critères d'implantation adaptés à la réalité de l'offre de soins et aux besoins des usagers*
- en leur permettant d'avoir recours à un plateau technique (radiologie et examens de biologie)*
- en favorisant leur réelle intégration dans le réseau de prise en charge des urgences mentionné à l'article R. 6123-26 du code de la santé publique. »*

5. Nécessaire coopération

Les MMG ont leur place dans le parcours de soin des patients, et sont amenées à fonctionner à proximité d'un service d'urgence, et d'un plateau technique hospitalier. Le déploiement des MMG dépend de facteurs locaux tels que la présence d'autres structures libérales de permanence des soins (SOS médecin...), de la volonté de l'ARS, et de la présence de professionnels motivés. Il n'y a pas de suivi national pour connaître le nombre de MMG en activité, ni leur proximité d'un service d'urgence.

Cette situation amène une configuration de collaboration rapprochée entre médecins libéraux et hospitaliers. Les perspectives démographiques et les habitudes professionnelles des nouveaux médecins ne laissent pas entrevoir de profonds changements dans l'organisation de la PDS. Les MMG vont continuer à assurer leur rôle de PDS, qui devrait se pérenniser dans la décennie à venir.

L'objectif de ce travail est de construire un protocole de coopération pour le réadressage des patients entre Maisons Médicales de Garde et services d'urgences.

II. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude qualitative, reposant sur la méthodologie du groupe nominal telle qu'elle a été décrite en 1972 par Andrew Henry Van de Ven et André Delbecq. Cette méthodologie est très utile pour formaliser un consensus. Elle repose sur la constitution d'un groupe d'acteurs ayant une expérience et une expertise dans le domaine exploré. Si plusieurs points de vue doivent être présentés et confrontés, il est nécessaire que les acteurs du groupe soient équitablement représentés. Le groupe est mené par un modérateur qui est chargé de présenter le sujet, d'expliquer le déroulement de la réunion, de l'animer et de modérer les échanges pour recueillir le maximum d'informations.

Pour ce groupe nominal il fallait réunir des médecins généralistes participant à la PDS au sein de la MMG, et des urgentistes. Le recrutement des urgentistes s'est fait par mail auprès des urgentistes de Gap avec l'aval du chef de service le Docteur VISINTINI après lui avoir présenté le sujet. Les médecins généralistes ont été appelés par téléphone, ils faisaient tous partie des médecins travaillant à la MMG de Gap.

Quatre urgentistes de Gap et cinq médecins généralistes effectuant des gardes à la MMG de Gap ont participé au groupe nominal, chacun apportant son expérience et sa vision du sujet d'étude.

Les urgentistes :

Dr ABRIAS Marie-Hélène, 20 ans d'expérience

Dr BERGUIGUA Latifa, 25 ans d'expérience

Dr BOURGEOIS Caroline, 4 ans d'expérience

Dr RINGEVAL Bruno, 30 ans d'expérience

Les médecins généralistes :

Dr FILIPPI Simon, 35 ans d'expérience

Dr GARROS Elsa, 2 ans d'expérience

Dr GAYRAUD Nicolas, 5 ans d'expérience

Dr JANCZEWSKI Aurélie, 5 ans d'expérience

Dr WDOWIK Thierry, 29 ans d'expérience

Modérateur :

Mr HALBEHER Olivier, interne en médecine générale Aix-Marseille

La réunion a eu lieu le 25 juillet 2017 à la salle de réunion de la MMG de Gap.

Après une présentation rapide du sujet, après signature du formulaire de recueil de consentement éclairé par tous les médecins, et après avoir bien expliqué et répondu aux questions des participants, l'étude a pu commencer par la première étape de génération des idées.

1. Génération silencieuse des idées

Cette première étape se déroule dans le silence. Les participants ont reçu une feuille, séparée en deux parties avec les deux questions suivantes (Annexe 1) :

- Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant à la MMG, qui devraient être pris en charge aux urgences ?
- Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant spontanément aux urgences, qui pourraient être pris en charge par un médecin généraliste de garde en MMG ?

La première question insiste sur la nécessité du réadressage des patients de la MMG vers les urgences. Les motifs retenus devront être réadressés de la MMG vers les urgences.

La seconde question ne concerne que les patients se présentant spontanément aux urgences, sont exclus les patients régulés par le centre 15, adressés par un médecin extérieur, ou amenés par les pompiers. Également, le réadressage vers la MMG est

proposé et non imposé aux patients, des considérations annexes, pécuniaires par exemple, pouvant rebuter les patients à aller à la MMG où il faut faire l'avance des frais. Considérations qu'il faut prendre en compte.

La phase se termine lorsque les participants n'ont plus d'idées, soit une dizaine de minutes.

2. Énoncé des idées à tour de rôle jusqu'à épuisement

Via des tours de table successifs, les participants énoncent leurs idées à tour de rôle. À chaque fois qu'un membre du groupe engage une discussion sur l'idée qui vient d'être énoncée, celui-ci est interrompu par le modérateur. La discussion concerne la troisième phase.

3. Discussion

Chaque idée est commentée, développée, discutée. Des idées peuvent être ajoutées, éliminées, fusionnées.

4. Hiérarchisation des idées

Cette dernière étape permet de donner un ordre de priorité aux propositions. Plusieurs méthodes sont possibles. Ici les participants ont noté les dix motifs qu'ils trouvaient les plus pertinents, du plus important au moins important, pour chacune des deux questions. A cet effet les participants ont reçu un tableau à remplir (Annexe 2). Le motif le plus important valait dix points, et le moins important un point.

III. Résultat

1. Génération et énonciation des idées

Les idées dans l'ordre d'énonciation ont été les suivantes :

Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant à la MMG, qui devraient être pris en charge aux urgences ?

Suture complexe

Toxicomanie, agité

Fièvre nourrisson, moins de 3 mois

Douleur thoracique typique

Douleur post-traumatique avec impotence fonctionnelle, membre déformé.

Traumatologie aiguë nécessitant imagerie

Hyperalgie

Trouble du rythme documenté par ECG

Dermabrasion/brûlures étendues

Déficit neurologique

Corps étranger oculaire

Crise suicidaire

Métrorragie/douleur abdominale femme enceinte

Douleur abdominale fébrile intense

Détresses vitales

Polytraumatisme

Trouble net de la vigilance

Suspicion de phlébite/ Thrombose veineuse profonde

Traumatisme crânien avec perte de connaissance initiale

Lombo-sciatique paralysante

Douleur lombaire fébrile

Altération de l'état général du nourrisson

Hématurie

Crise d'épilepsie

Tentative de suicide

Problèmes psycho-sociaux, administratifs

Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant spontanément aux urgences, qui pourraient être pris en charge par un médecin généraliste de garde en MMG ?

Dépannage de traitement / renouvellement urgent

Fièvre chez l'enfant sans risque vital

Symptomatologie digestive (diarrhées, vomissements)

Fièvre moins de 48h enfant et adulte

Douleur articulaire non traumatique

Douleur dentaire

Infection (Symptomatologie ORL)

Suture simple (superficielle peu étendue)

Syndrome viral, état grippal

Affection saisonnière

Panaris

Cystite

Lumbago non hyperalgique

Traumatologie non aiguë

Conjonctivite/allergique

Anxiété / inquiétude sur état de santé

Pathologies éruptives

Douleur abdominale du sujet sans comorbidités

Réévaluation à 48h d'une pathologie déjà vue

ECG de routine

Poussée d'HTA

Certificat Médical Initial si non grave

Retrait de tique

Médecin Traitant absent

Pathologies dermatologiques

Piqûres d'insectes

2. Discussion et hiérarchisation des idées

Les propositions ont été regroupées, et reformulées par le groupe. Elles sont présentées dans l'ordre de priorité exprimé par les participants lors de la phase de hiérarchisation. Chaque motif a ainsi obtenu un score sur quatre-vingt-dix correspondant à l'addition des notes attribuées par les participants. Un score de 0/90 ne signifie pas que le motif n'est pas pertinent, mais qu'il a été jugé moins important que les autres. Chaque motif est explicité par un résumé de la discussion du groupe.

A. Motifs devant être réadressés vers les urgences

Des discussions, sont ressorties le fait que :

- Le médecin de garde en MMG pouvait être interrompu par l'agent d'accueil pour évaluer une situation et décider du réadressage aux urgences.
- En cas de risque vital, le médecin de garde en MMG devait immédiatement prendre en charge le patient et organiser son transfert au plus vite vers le service d'urgence via une équipe de SMUR.
- Le médecin de garde en MMG pourrait bénéficier d'une partie du plateau technique de l'hôpital (radiographie, ECBU et bilan sanguin) pour accroître le nombre de patients pouvant être pris en charge en MMG. Rappelons qu'aux horaires d'ouverture de la MMG, laboratoires et cabinets de radiologie sont habituellement fermés.

1. Détresses vitales (respiratoire, choc...)

Score 75/90

Les détresses vitales telles que les chocs ou les tableaux de dyspnée doivent être redirigées vers le service d'urgence. Cependant, ce réadressage ne peut pas se faire sans intervention du médecin généraliste de garde et du SAMU. Le patient doit être rapidement pris en charge à la MMG, et le médecin de garde doit organiser avec le centre 15 sa prise en charge par une équipe de SMUR en vue de son transfert aux urgences.

2. Douleur thoracique

Score 66/90

Comme pour les détresses vitales, une douleur thoracique mal tolérée doit être immédiatement prise en charge par le médecin de garde de la MMG pour organiser son transfert aux urgences par le SAMU.

Les autres douleurs thoraciques seront réadressées selon l'évaluation du médecin de la MMG.

Dans le groupe, certains ont évoqué le fait qu'une douleur thoracique typique, bien tolérée, chez un patient à risque du fait de ses antécédents ou de ses facteurs de risque cardio-vasculaire, pouvait être réadressé directement aux urgences sans passer par le centre 15 pour éviter toute perte de temps.

3. Déficit neurologique

Score 56/90

Un déficit neurologique toujours présent à l'arrivée du patient à la MMG doit être immédiatement réadressé aux urgences.

Le groupe a exprimé de manière consensuelle le fait que les patients ayant présenté un déficit neurologique spontanément régressif (définissant un Accident Ischémique Transitoire) pouvaient être vu par le médecin de garde de la MMG, et que celui-ci pouvait prescrire le bilan étiologique et initier le traitement préventif par aspirine.

4. AEG du nourrisson

Score 40/90

La limite d'âge n'a pas été exprimée clairement par le groupe, certains ont évoqué une limite à deux ans.

L'AEG a été précisée par le groupe, elle concerne la perte de poids objectivée de plus de 10%, un trouble de la vigilance, un purpura, une prise orale impossible.

5. Fièvre du nourrisson de moins de 3 mois

Score 39/90

La fièvre a été précisée par le groupe comme la prise d'une température supérieure à 38 degrés. Si l'âge est inférieur à 1 mois nécessité de ponction lombaire. Si l'âge est inférieur à 3 mois, nécessité d'un bilan sanguin. La réalisation de ces examens complémentaires justifie un réadressage direct de ces patients vers les urgences.

6. Traumatisme de membre avec déformation ou impotence

Score 35/90

Concerne toute la traumatologie aiguë qui nécessite une radiographie. Certains ont exprimé le souhait que le médecin de garde en MMG ait accès à la radiographie de l'hôpital avec une interprétation immédiate par un radiologue.

7. Trouble du rythme

Score 32/90

Concerne uniquement les patients avec un rythme cardiaque documenté. Si la fréquence est supérieure à 150 ou inférieure à 40, le patient doit être réadressé aux urgences.

Il a également été évoqué que si le patient ne présente pas de signes de mauvaise tolérance, il pouvait être d'abord vu par le médecin de garde de la MMG pour réaliser un ECG, en fonction duquel il sera réadressé ou non vers les urgences.

Ne sont pas concernés les patients se présentant pour palpitation, sensation de tachycardie (...) qui correspondent le plus souvent à des crises d'angoisse, et qui peuvent être vus par le médecin de garde de la MMG.

8. Métrorragie et douleur abdominale de la femme enceinte

Score 31/90

Nécessité absolue d'une échographie au minimum, ceci quel que soit le terme de grossesse. Cette échographie doit être faite aux urgences. Les patientes doivent donc être réadressées.

9. Plaie complexe

Score 28/90

Réadressage pouvant varier très fortement d'un médecin de garde à la MMG à l'autre, certains médecins généralistes ne pratiquant pas de suture.

La plaie complexe a été définie par : plaie profonde, plaie proche de structure noble, suture chez l'enfant du fait de son agitation, de l'absence de protoxyde d'azote et de personnel.

10. Toxicomanie et agitation

Score 28/90

La MMG peut accueillir un patient toxicomane s'il est suivi et calme. En cas d'agitation, le personnel en MMG est très insuffisant pour gérer la situation.

Les patients en manque ou en overdose doivent être réadressés aux urgences.

Pour les toxicomanes en rupture de traitement et qui se présentent pour un renouvellement, les urgences ne prescriront pas et ne dépanneront pas les patients. Cette politique a été mise en place pour lutter contre l'afflux de patients qui faisaient renouveler leur traitement aux urgences. Concernant la MMG, le renouvellement sera possible mais pour une très courte période, éventuellement après avoir joint par téléphone la pharmacie ayant délivré la dernière le traitement pour s'assurer de la posologie et de la bonne foi du patient.

11. Crise suicidaire et tentative de suicide

Score 23/90

Ces patients nécessitent une hospitalisation en urgence et doivent donc être réadressés aux urgences.

12. Hyperalgie quelle qu'en soit la cause

Score 22/90

Les patients hyperalgiques (EVA supérieure à 7) doivent être réadressés aux urgences, pour une prise en charge antalgique qui nécessitera très probablement une perfusion d'antalgique, et des examens complémentaires pour déterminer l'étiologie de la douleur. Les hypothèses diagnostiques évoquées par le groupe sont : traumatismes, coliques néphrétiques, lombalgies hyperalgiques... sans exhaustivité.

Certains ont évoqué de conditionner le réadressage à la prise d'un traitement antalgique sans succès. Également, l'évaluation de la douleur est très subjective, le réadressage peut-être conditionné à une première appréciation par le médecin de garde de la MMG.

13. Douleur lombaire fébrile

Score 16/90

Elle doit faire évoquer une colique néphrétique compliquée d'une pyélonéphrite, qui nécessite un bilan en urgence, et donc justifie un réadressage.

14. Dermabrasion, brûlure complexe

Score 3/90

A priori simple, mais pouvant être compliquée à prendre en charge en MMG, selon l'appréciation du médecin de garde à la MMG.

Complexe si étendue, si présence de goudron car nécessite un brossage, si pansement complexe ou si souillé. À mettre en relation avec le caractère chronophage de ce type de lésion.

15. Corps étranger oculaire

Score 1/90

La MMG ne dispose pas de fluorescéine. Les urgentistes rapportent qu'il n'y a pas toujours d'ophtalmologue de garde disponible. L'idéal serait un ophtalmologue de ville de garde pour recevoir les urgences ophtalmologiques.

Une partie du groupe fait le lien avec le même problème concernant les problèmes dentaires. Il est fréquent qu'aucun dentiste ne soit disponible en horaire de garde.

16. Troubles psycho-sociaux et administratifs

Score 0/90

C'est un rôle de service public tenu par l'hôpital pour prendre en charge l'indigent, le protéger de la rue, du froid...

Aux heures d'ouverture, il est possible d'établir un lien avec l'assistante sociale et les centres d'accueil de ville.

B. Motifs pouvant être réadressés à la MMG

Durant la phase de discussion, un urgentiste a beaucoup insisté sur le fait que le réadressage vers la MMG n'est jamais une erreur s'il n'y a pas de risque vital, même si le médecin de garde de la MMG renvoie le patient aux urgences après une première évaluation du patient.

1. Renouvellement d'ordonnance, besoin d'un traitement

Score 70/90

Les urgentistes ne font jamais de renouvellement d'ordonnance, ce n'est pas leur domaine de spécialité.

Le médecin de garde à la MMG fera une ordonnance de dépannage, en attendant que le patient puisse revoir son médecin traitant. La majorité du temps, il s'agit d'un oubli d'ordonnance en fin de validité, le médecin traitant absent pour congés, ou bien un patient lui-même en vacances qui n'a plus de traitement.

L'ensemble des médecins généralistes étaient d'accord pour dire que la MMG n'est pas le lieu pour une réévaluation d'un traitement de fond, et qu'en aucun cas il ne fallait s'orienter vers cette pratique.

2. Cystite

Score 56/90

Accord du groupe. Les médecins généralistes évoquent l'impossibilité d'accéder au laboratoire de l'hôpital, pour effectuer un prélèvement d'urine pour pratiquer un ECBU avec antibiogramme, parfois nécessaire, en cas de cystites récidivantes par exemple. Les laboratoires de ville étant fermés aux heures de la PDS. Ceci est un argument pour ouvrir, au moins en partie, le plateau technique de l'hôpital pour les patients de la MMG.

3. Syndrome viral

Score 40/90

Correspond à toutes les pathologies grippales et apparentées. Le réadressage peut se faire après une prise des constantes pour éliminer une forme sévère ou mal tolérée.

4. Allergies saisonnières

Score 38/90

Accord du groupe pour un réadressage systématique, absence de discussion.

5. Fièvre sans risque vital

Score 33/90

Les patients se présentant avec une fièvre ont systématiquement une prise des constantes à l'accueil des urgences. S'il n'y a aucun critère de gravité, le médecin des urgences peut réadresser le patient vers la MMG.

6. Lombalgie non hyperalgique

Score 31/90

Accord du groupe pour un réadressage systématique, absence de discussion.

7. Réévaluation à 48h

Score 28/90

Suite à certaines consultations, les patients ont pour consigne de consulter de nouveau 48h après en l'absence d'amélioration ou bien pour contrôle. Si le patient se présente aux urgences, il peut être réadressé vers la MMG.

8. Atteinte ORL

Score 27/90

Les patients se présentant aux urgences avec des symptômes évocateurs d'une otite, d'une angine, d'une sinusite, d'une rhinite ou d'une pharyngite peuvent être réadressés vers la MMG.

9. Inquiétude sur l'état de santé

Score 27/90

Réadressage possible si le patient est inquiet, qu'il ne présente que des symptômes minimes, ou bien aucun symptôme. Également possible lorsque l'inquiétude provient des parents ou de l'entourage.

10. Douleur rhumatismale

Score 25/90

Le patient présentant une douleur chronique, ou présentant un accès douloureux aiguë d'une pathologie rhumatologique connue peut être réadressé à la MMG, sauf s'il a une fièvre associée ou des signes très évocateurs d'arthrite septique.

11. Demande d'ECG sans caractère d'urgence

Score 22/90

Les patients se présentent parfois aux urgences pour la réalisation d'un ECG, examen demandé par un anesthésiste avant une intervention ou un ophtalmologue avant introduction d'un traitement par β -Bloquant. Les urgentistes expliquent qu'ils ne feront pas d'ECG de routine, et que ces patients seront réadressés vers la MMG pour la réalisation de l'ECG.

12. Douleur dentaire

Score 17/90

La discussion du groupe a abordé le système d'astreinte des dentistes pendant les horaires de garde. Celui-ci n'est pas toujours en place, ou s'il l'est c'est avec des dysfonctionnements importants. Du fait des délais très importants pour les rendez-vous (parfois supérieur à 6 mois) les patients consultent les dentistes lors de leurs astreintes. Ceci rend les dentistes peu disponibles pour les urgences et engendre un surcoût notable pour le budget de la santé.

13. Poussée d'HTA

Score 15/90

Les patients se présentant aux urgences pour hypertension peuvent être réadressés à la MMG s'ils sont asymptomatiques. Cela concerne par exemple un patient hypertendu connu, qui constate une augmentation de sa tension artérielle lors d'une automesure à domicile. En pratique, cela correspond souvent à une mauvaise mesure, ou à un traitement en cours d'équilibration. Le médecin de garde de la MMG mesurera la tension artérielle dans les conditions optimales, après quinze minutes de repos, et éventuellement modifiera le traitement anti-hypertenseur du patient. En cas de critère de gravité, le patient pourra être renvoyé aux urgences.

14. Plaie superficielle

Score 14/90

Le groupe évoque le fait que tous les médecins de garde de la MMG ne veulent pas pratiquer de suture, ni prendre en charge les plaies. Les urgentistes ont signalé qu'en pratique les patients présentant une plaie étaient rarement réadressés vers la MMG. Les médecins généralistes critiquent l'absence de colle synthétique à la MMG, pourtant très pratique.

Les urgentistes s'accordent pour dire que si le médecin de garde valide la possibilité pour lui de prendre en charge les plaies simples, le réadressage des patients peut être organisé. Un planning des médecins de garde à la MMG pourrait être disponible aux urgences, avec leur volonté ou non de recevoir les plaies à la MMG.

15. Piqûres d'insectes

Score 13/90

Les patients peuvent être réadressés systématiquement à la MMG, sauf si mauvaise tolérance ou allergie connue. Ceci concerne également les piqûres de tiques, souvent très anxiogènes dans le contexte actuel mais relevant très exceptionnellement des urgences.

16. Symptomatologie digestive (diarrhées, vomissements)

Score 11/90

Les patients nécessitent une prise des constantes aux urgences avant d'envisager le réadressage. Les âges extrêmes doivent être vus aux urgences du fait d'une mauvaise tolérance fréquente.

17. Pathologies dermatologiques

Score 11/90

Les patients présentant une pathologie dermatologique peuvent tous être réadressés vers la MMG, à l'exception des patients présentant un purpura fébrile ou un tableau d'érythrodermie bulleuse avec épidermolyse plus ou moins nécrotique devant faire évoquer un syndrome de Lyell ou de Steven-Johnson.

Le réadressage concerne également tous les exanthèmes de l'enfance très souvent bénins mais anxiogènes pour les parents et l'entourage.

18. Traumatologie non aiguë

Score 9/90

Le réadressage concerne notamment les patients qui ont attendu plus de 48h après un traumatisme pour consulter (par exemple pour une entorse de cheville).

Le groupe exprime la possibilité de réadresser plus de patients présentant un traumatisme vers la MMG si le médecin de garde à la MMG a accès à la radiographie et à une interprétation rapide par un radiologue. Les urgentistes disent faire confiance à certains manipulateurs radio qui ont beaucoup d'expérience.

19. CMI coup et blessure si non grave

Score 8/90

Ce document est souvent demandé par la police aux patients voulant porter plainte. Souvent les patients ne présentent que quelques dermabrasions et contusions, ne justifiant pas d'un passage aux urgences. Si la rédaction du CMI nécessite des radiographies, le réadressage dépendra de l'accès ou non au service de radiologie depuis la MMG.

20. Douleur abdominale

Score 5/90

Les douleurs abdominales à priori simple peuvent être réadressés à la MMG, un urgentiste rappelle que ce n'est jamais une erreur de réadresser un patient ne présentant pas de signes de mauvaise tolérance vers la MMG, même si ensuite le médecin de garde de la MMG renvoie le patient aux urgences, pour suspicion de syndrome appendiculaire par exemple.

IV. Discussion

1. Force de l'étude

A. Choix de la méthodologie

La technique du groupe nominal est particulièrement adaptée pour la recherche d'un consensus, dans le domaine organisationnel notamment. En particulier dans cette situation, la confrontation entre médecins généralistes et urgentistes, libéraux et hospitaliers, peut être source de conflit avec des discours pouvant s'éloigner du sujet ou monopoliser le temps de parole. Le rôle du modérateur est alors essentiel, pour animer les différentes phases, pour interrompre une discussion en dehors du champ de l'exploration, et pour donner la parole aux intervenants les moins expansifs.

Cette technique permet également une plus grande production d'idées du fait d'une phase silencieuse. Ce silence est plus propice à la réflexion des participants. Les techniques voisines tel que le focus groupe, groupe Delphi, brain storming ne permettent pas cette étape...

L'énonciation des idées les unes après les autres, avec le report des discussions à une phase ultérieure permet à chaque participant d'exprimer ses idées.

La phase de cotation est également très utile pour hiérarchiser les propositions et exprimer les résultats selon leur importance.

B. Concordance avec les données disponibles

1. MMG de Gap

La MMG de Gap enregistre les données de l'ensemble des consultations qui y ont lieu. Ces données sont ensuite envoyées au logiciel Mégabaze. Une thèse a étudié l'ensemble des consultations de la MMG de Gap en 2009. 12717 patients y ont été vus. L'analyse a porté sur 11 954 résultats de consultations.

Ci-dessous, sont présentés les 25 diagnostics les plus fréquemment rencontrés à la MMG de Gap selon la classification CIM10 niveau 3.

Tableau 1: les 25 diagnostics les plus fréquemment rencontrés à la MMG de Gap selon la classification CIM10 niveau 3

	Diagnostic	Nombre	%
1	Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)	1249	10,4%
2	Pharyngite aiguë	913	7,6%
3	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	593	5,0%
4	Grippe, virus non identifié	565	4,7%
5	Laryngite et trachéite aiguës	399	3,3%
6	Otite moyenne suppurée et sans précision	399	3,3%
7	Dorsalgie	364	3,0%
8	Fièvre d'origine inconnue	357	3,0%
9	Bronchite aiguë	330	2,8%
10	Cystite	315	2,6%
11	Lésion traumatique d'une partie du corps	311	2,6%
12	Douleur abdominale et pelvienne	280	2,3%
13	Toux	250	2,1%
14	Sinusite aiguë	230	1,9%
15	Infection aiguës des voies respiratoires supérieures	211	1,8%
16	Conjonctivite	159	1,3%
17	Nausées et vomissements	157	1,3%
18	Renouvellement d'une ordonnance	150	1,3%
19	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses	127	1,1%
20	Effet toxique d'un contact avec un animal venimeux	121	1,0%
21	Malaise et fatigue	113	0,9%
22	Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments au niveau de la cheville et du pied	108	0,9%
23	Gingivite et maladies périodontales	100	0,8%
24	Autres troubles anxieux	97	0,8%
25	Examen médical et prise de contact à des fins administratives	92	0,8%
		7990	66,8%

Ces 25 diagnostics les plus fréquents représentent les 2/3 des consultations à la MMG.

Un comparatif entre les 25 diagnostics les plus fréquemment rencontrés à la MMG de Gap et les motifs pouvant être réadressés depuis les urgences vers la MMG énoncés par le groupe nominal montre que 22 des 25 diagnostics les plus fréquents ont été cités par le groupe.

Seuls bronchite aiguë, toux et infections aiguës des voies respiratoires supérieures n'ont pas été cités à travers les motifs énoncés par le groupe. Ces motifs sont en *rouge* dans le tableau 2.

Ceci montre que les motifs mentionnés par le groupe pour être réadressés sont pertinents et correspondent à des patients que les médecins de garde à la MMG ont l'habitude de prendre en charge.

Tableau 2: comparatif entre les 25 diagnostics les plus fréquemment rencontrés à la MMG de Gap et les motifs pouvant être réadressés depuis les urgences vers la MMG énoncés par le groupe nominal		
	Diagnostic	Motif correspondant
1	Rhinopharyngite aiguë (rhume banal)	Atteinte ORL
2	Pharyngite aiguë	Atteinte ORL
3	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	Symptomatologie dig (diarrhées, vomissements)
4	Grippe, virus non identifié	Syndrome viral
5	Laryngite et trachéite aiguës	Atteinte ORL
6	Otite moyenne suppurée et sans précision	Atteinte ORL
7	Dorsalgie	Lombalgie non hyperalgique
8	Fièvre d'origine inconnue	Fièvre sans risque vital
9	<i>Bronchite aiguë</i>	Sans
10	Cystite	Cystite
11	Lésion traumatique d'une partie du corps	Traumatologie non aïgue
12	Douleur abdominale et pelvienne	Douleur abdominale
13	<i>Toux</i>	Sans
14	Sinusite aiguë	Atteinte ORL
15	<i>Infections aiguës des voies respiratoires supérieures</i>	Sans
16	Conjonctivite	Allergie saisonnière
17	Nausées et vomissements	Symptomatologie dig (diarrhées, vomissements)
18	Renouvellement d'une ordonnance	Renouvellement d'ordonnance, besoin d'un traitement
19	Autres gastro-entérites et colites non infectieuses	Symptomatologie dig (diarrhées, vomissements)
20	Effet toxique d'un contact avec un animal venimeux	Piqûre d'insecte
21	Malaise et fatigue	Inquiétude état de santé, anxiété
22	Luxation, entorse et foulure des articulations et des ligaments au niveau de la cheville et du pied	Traumatologie non aïgue
23	Gingivite et maladies périodontales	Douleur dentaire
24	Autres troubles anxieux	Inquiétude état de santé, anxiété
25	Examen médical et prise de contact à des fins administratives	CMI coup et blessure si non grave

Le groupe n'a pas mentionné de motifs en rapport avec les pathologies des voies respiratoires, même pendant la phase de discussion.

Quelques motifs cités incluent en partie les pathologies respiratoires : atteinte ORL, syndrome viral (incluant la grippe), allergie saisonnière. Mais la toux et la bronchite n'ont jamais été mentionnés clairement. Ceci est probablement dû à un manquement du groupe qu'il faudrait vérifier avec d'autres groupes nominaux.

2. Atlas ORU PACA

Les résultats de l'atlas sont issus des données qui remontent des Services d'Urgences (SU) de la région PACA par le biais du Serveur Régional de Veille et d'Alerte (SRVA) et des TU (Terminal Urgences) qui équipent les services. L'atlas permet ainsi un panorama de l'activité des SU et SAMU de la région et des patients qui y ont recours.

Dans les services d'urgences, la gravité des patients est évaluée par la CCMU (Classification Commune des Malades aux Urgences). Les patients sans gravité sont codés CCMU 1 ou 2.

En 2016, les patients CCMU 1 ou 2 ont représenté 73,3% de l'ensemble des passages aux urgences dans la région PACA. Le retour à domicile concernait 98% des patients CCMU 1 et 89% des patients CCMU 2. De même 88% des patients CCMU 1 et 78% des patients CCMU 2 se sont rendus aux urgences par leur propre moyen. Ceci justifie l'exclusion du réadressage les patients qui arrivent aux urgences par VSAV, SMUR, ambulances. À titre d'exemple, les patients CCMU 3 4 et 5 sont respectivement 4% 10% et 11% à arriver aux urgences via le SMUR contre 0% et 1% pour les patients CCMU 1 et 2. Ce sont ces patients non graves qui représentent la très grande majorité de l'activité des services d'urgences. Ce sont ces patients qui pourraient bénéficier d'un réadressage vers une MMG. Les patients CCMU 4 et 5 ne représentent que 1,6% des passages aux urgences en 2016 en région PACA.

L'Atlas répertorie les diagnostics les plus fréquents selon le caractère de gravité.

Le tableau 3 présente les 10 diagnostics les plus fréquents des patients CCMU 1 et CCMU 2. En *rouge* les diagnostics qui sont compatibles avec les motifs rapportés par le groupe et pouvant bénéficier sous certaines conditions d'un réadressage vers une MMG.

Tableau 3 : les 10 diagnostics les plus fréquents CCMU 1 et CCMU 2 dans les services d'urgences PACA en 2016		
Diagnostic principal	Nombre de passage	Pourcentage
CCMU 1		
<i>Sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic)</i>	10793	5,40%
<i>Rhinopharyngite (aiguë) [rhume banal]</i>	10253	5,13%
<i>Pharyngite (aiguë), sans précision</i>	5968	2,99%
<i>Otite moyenne séreuse aiguë</i>	4822	2,41%
<i>Entorse et foulure de la cheville</i>	4310	2,16%
Commotion cérébrale, sans plaie intracrânienne	3775	1,89%
<i>Lombalgie basse - Région lombaire</i>	3200	1,60%
<i>Gastroentérites et colites d'origine non précisée</i>	2770	1,39%
<i>Examen à des fins administratives, sans précision</i>	2768	1,39%
<i>Constipation</i>	2584	1,29%
CCMU 2		
<i>Entorse et foulure de la cheville</i>	28615	2,86%
<i>Douleurs abdominales, autres et non précisées</i>	26352	2,63%
<i>Gastroentérites et colites d'origine non précisée</i>	15632	1,56%
<i>Sujet inquiet de son état de santé (sans diagnostic)</i>	15541	1,55%
Malaise	15532	1,55%
Colique néphrétique, sans précision	14972	1,50%
<i>Plaie ouverte de(s) doigt(s) (sans lésion de l'ongle)</i>	14345	1,43%
<i>Fièvre, sans précision</i>	13775	1,38%
<i>Lombalgie basse - Région lombaire</i>	12436	1,24%
Autres douleurs thoraciques	11530	1,15%

16 des 20 diagnostics les plus fréquents des services d'urgences sont mentionnés par le groupe nominal au travers des motifs pouvant être réadressés vers la MMG. Colique néphrétique et malaise n'ont pas été retenus, car non discutés par le groupe, mais ils sont partiellement inclus dans les motifs suivants : Douleur abdominale, et Inquiétude sur l'état de santé.

Ceci va dans le même sens que l'étude de la DREES citée dans l'introduction, qui retrouvait que plus de 50% des patients vus aux urgences ne relevaient pas d'un service d'urgence selon l'avis des médecins urgentistes.

Tous ces éléments concordent pour dire que le protocole de coopération a un très fort potentiel, une place et une utilité pour une meilleure organisation de la PDS.

2. Limite de l'étude

La principale limite de ces résultats est qu'ils ne sont issus que d'un seul groupe, alors que la technique permet de recueillir et de croiser les données de plusieurs groupes nominaux. Cependant, réunir entre 8 et 10 médecins pour faire travailler ensemble médecins hospitaliers et libéraux n'est pas chose facile. La constitution du groupe a nécessité une énergie certaine. Aussi, constituer d'autres groupes en nombre suffisant et dans différentes villes de France pour que les résultats soient fiables n'était pas envisageable dans le cadre d'un travail de thèse.

Les résultats exprimés dans cette thèse ne sont issus que d'un seul groupe nominal, avec des médecins issus de Gap, ville de taille moyenne (40000 habitants). Il semble que les résultats de groupes de médecins exerçant dans des situations différentes (CHU dans une grande ville, ou urgences de CH plus petits...) soient indispensables pour que le sujet soit exploré dans son intégralité.

Ce groupe n'a par exemple jamais évoqué les problèmes respiratoires distinctement, comme la toux. Or, il est fort probable qu'un autre groupe évoque ce motif pour un réadressage vers la MMG.

La méthode du groupe nominal était très adaptée, mais présente cependant un défaut. Il n'y a aucune garantie concernant l'impartialité du modérateur lorsqu'il encadre la phase de discussion. Phase qui permet une interaction contrôlée entre les participants.

Il aurait aussi été intéressant de rapprocher les motifs rapportés par le groupe d'une classification internationale. Comme par exemple la CIM, ou la CISP. Cependant aucune de ces deux classifications ne peuvent permettre ce rapprochement. Il n'y a pas de classification internationale concernant les motifs de consultation des patients. Cette classification semble être un exercice périlleux car il y a une très grande variabilité entre les patients dans la manière d'exprimer un même problème de santé. Par exemple, pour le motif syndrome viral, cité dans la liste des motifs pouvant être réadressés à la MMG, la présentation clinique peut être très variable, et le ressenti du patient soumis à beaucoup de subjectivité.

Conclusion

Face à une demande de soins non programmés en croissance continue, face à un désengagement progressif des médecins généralistes de la permanence des soins ambulatoires, face aux nouvelles habitudes et pratiques des jeunes médecins plus enclins à protéger leur vie privée et face à une augmentation très sensible du nombre de passage aux urgences, les MMG constituent une solution d'avenir. Elles ont déjà fait la preuve de leur utilité et efficacité. Elles ne pourront pas régler à elles seules les problèmes posés mais incitent les médecins généralistes à se réimpliquer dans la PDS.

Au cours de ses dernières années, il y a eu un transfert des demandes de soins relevant de la PDS vers les services d'urgences. Ceci justifie une collaboration étroite entre MMG et services d'urgences. Cette collaboration est réciproque, elle pousse médecins généralistes et urgentistes à dialoguer pour opérer entre eux un transfert d'activité et réorganiser leur intervention auprès des patients. Ceci passe par un protocole de coopération tel qu'il est défini dans l'article 51 de la loi HPST.

Cette étude présente un réel intérêt pour une meilleure organisation du parcours de soin des patients. Cependant elle ne repose que sur un groupe nominal avec des médecins tous issus du même bassin géographique, le gapençais. Le groupe nominal composé de médecins généralistes et urgentistes a exprimé 16 motifs de consultations devant être réadressés aux urgences, et 20 motifs de consultation pouvant l'être vers la MMG.

Le protocole de coopération ci-dessus sera appliqué entre la MMG de Gap et le service des urgences de Gap. Il pourrait être intéressant d'évaluer les évolutions du réadressage des patients entre ces deux structures à moyen terme afin d'évaluer l'utilité et la pertinence de cette étude.

Cette étude se veut donc l'initiatrice d'un travail plus complet au niveau national. Elle peut servir de base de réflexion, ou d'inspiration pour que de nombreux autres groupes nominaux se forment. Ainsi un protocole de coopération complet, fiable et applicable partout en France pourrait voir le jour.

Bibliographie

1. Rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/73467/1911749/file/rapport_securite_sociale_2014_urgences_hospitalieres.pdf
2. 12-urgences-medicales.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.jlar.com/Divers/Lois%20et%20decrets/12-urgences-medicales.pdf>
3. Recherche - SAE Diffusion [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
4. Rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf [Internet]. [cité 14 nov 2016]. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/content/download/60167/1493393/version/5/file/rapport_sec urite_sociale_2013_version_integrale.pdf
5. Netgen. Engorgement des centres d'urgences : une raison légitime de refuser l'accès aux patients non urgents ? [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 19 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.revmed.ch/RMS/2006/RMS-75/31553>
6. CirculaireDHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
7. Rapport MMG - 064000564.pdf [Internet]. [cité 22 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000564.pdf>
8. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 - er072.pdf [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er072.pdf>
9. Évolution de la population–Bilan démographique 2015 | Insee [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926>
10. Composante-de-la-croissance-demographique-France.xls [Internet]. [cité 11 déc 2016]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1892117/compo-croissance-demo-fe.xls>

11. Beyond 20/20 WDS - Affichage de tableau - Tableau 6b - L'appréciation de l'adéquation du recours aux urgences selon la tranche d'âge du patient, la catégorie juridique de l'établissement et son affluence [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1924>
12. cnominfographiepds2014.pdf [Internet]. [cité 30 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnominfographiepds2014.pdf>
13. La permanence et continuité des soins [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2014 [cité 17 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins-l-acces-a-un-medecin-lorsque-les-cabinets>
14. Coopération entre professionnels de santé : améliorer la qualité de prise en charge, permettre la progression dans le soin et ouvrir la possibilité de définir de nouveaux métiers [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: http://www.senat.fr/rap/r13-318/r13-318_mono.html
15. Loi Bachelot « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) - loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/loi-bachelot-hopital-patients-sante-et-territoires-hpst.pdf>
16. protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf [Internet]. [cité 19 juill 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/protocole_de_cooperation_fiche_technique_2013_01_31.pdf
17. N° 2837 - Rapport d'information de Mme Catherine Lemorton déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur l'organisation de la permanence des soins [Internet]. [cité 21 juill 2017]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i2837.asp#P351_67855
18. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? Exercer. 2011;99:170–177.pdf [Internet]. [cité 21 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.exercer.fr/numero/99/page/170/pdf/>

19. Introduction à la recherche qualitative - exercer 2008;84:142-5 [Internet]. [cité 21 juill 2017]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3446_2008_introduction__RQ__Exercer.pdf
20. Van de Ven AH, Delbecq AL. The nominal group as a research instrument for exploratory health studies. *Am J Public Health.* mars 1972;62(3):337-42.
21. Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 - Établissements de santé, sociaux et médico-sociaux - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 21 juill 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/etablissements-de-sante-sociaux-et-medico-sociaux/article/enquete-nationale-sur-les-structures-des-urgences-hospitalieres-juin-2013>
22. ICPC-2-French.pdf [Internet]. [cité 25 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-French.pdf>
23. Aide a la classification avec la CIM 10 (+PMSI) [Internet]. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <http://taurus.unine.ch/icd10?term=traumatisme&select=8176#select>
24. Panorama_2016_e-sante_orupaca_WEB_new.pdf [Internet]. [cité 9 août 2017]. Disponible sur: https://www.orupaca.fr/wp-content/uploads/2017/05/Panorama_2016_e-sante_orupaca_WEB_new.pdf
25. ATLAS_2012_ORUPACA.pdf [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.orupaca.fr/wp-content/uploads/2016/11/ATLAS_2012_ORUPACA.pdf
26. Martin K. Etude comparative d'activité en maison médicale de garde et en cabinet de médecine générale [Thèse d'exercice]. [1970-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II. Faculté de médecine; 2011.
27. Link to Library Catalog Entry [Internet]. [cité 1 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/151474028>
28. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique.* févr 2009;57(1):3-9 Gentile S, Durand A-C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. [Internet]. [cité 23 oct 2016]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0398762008009371/pdf?md5=b4bb9d12d0aae4076301fa46517da802&pid=1-s2.0-S0398762008009371-main.pdf>

Annexes

1/

Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant à la MMG, qui devrait être pris en charge aux urgences ?

Quels sont les motifs de consultation des patients se présentant spontanément aux urgences, qui pourraient être pris en charge par un médecin généraliste de garde en MMG ?

2/

Classez par ordre de priorité les motifs devant être réadressé aux urgences

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

Classez par ordre de priorité les motifs pouvant être réadressé à la MMG

10	
9	
8	
7	
6	
5	
4	
3	
2	
1	

Abréviations

AEG : Altération de l'État Général

ARS : Agence Régionale de santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CISP : Classification Internationale des Soins Primaires

CMI : Certificat Médical Initial

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ECBU : Examen Cyto-Bactériologique des Urines

ECG : ElectroCardioGramme

EVA : Échelle Visuelle Analogique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

HTA : HyperTension Artérielle

MMG : Maison Médicale de Garde

MRS : Mission Régionale de Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

ORU PACA : Observatoire Régional des Urgences en région Provence-Alpes-Côte d'Azur

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SRVA : Serveur Régional de Veille et d'Alerte

SU : Services d'Urgences

TU : Terminal Urgences

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Protocole de coopération pour le réadressage des patients entre Maisons Médicales de Garde et Services d'urgences

Introduction : Les Maisons médicales de garde constituent une réponse partielle aux problèmes posés par le désengagement des médecins libéraux de la Permanence de Soins Ambulatoires, par l'augmentation continue de la demande de soins non programmés, par le report de ces demandes vers les services d'urgences.

Les Maisons médicales de garde semblent trouver leur place à proximité d'un service d'urgence, impliquant une coopération entre médecins généralistes de garde et urgentistes. Souvent factuelle, cette coopération pourrait être formalisée par un protocole de coopération tel que défini par l'article 51 de la loi HPST.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude qualitative, reposant sur la méthodologie du groupe nominal telle qu'elle a été décrite en 1972 par Andrew Henry Van de Ven et André Delbecq. Le groupe travaille lors d'une réunion qui se déroule en 4 phases : génération silencieuse des idées, énoncé des idées jusqu'à épuisement, discussion, hiérarchisation.

Résultat : Le groupe nominal s'est réuni le 25/07/2017 à Gap, avec quatre médecins urgentistes et cinq médecins généralistes exerçant tous dans le gapençais.

Le groupe a exprimé seize motifs devant être réadressés aux urgences.

Le groupe a exprimé vingt motifs pouvant être réadressés à la Maison Médicale de Garde.

Discussion : Cette étude présente un réel intérêt pour une meilleure organisation du parcours de soin des patients.

Cette étude se veut donc l'initiatrice d'un travail plus complet. Elle peut servir de base de réflexion, ou d'inspiration pour que de nombreux autres groupes nominaux se forment. Ainsi un protocole de coopération complet, fiable et applicable partout en France pourrait voir le jour.

Mots clés : Protocole de coopération, Groupe nominal, Maison Médicale de Garde, services d'urgences, Permanence de soin

Cooperation protocol for readdressing patients between Duty medical houses and Accident and Emergency services.

Introduction : Duty medical houses constitute a partial answer to the issues raised by the disengagement of private practitioners from the duty period for outpatient treatments (*Permanence des Soins Ambulatoires*), by the constantly increasing demand for unplanned health cares, and lastly by the adjournment of those demands toward the Accident and Emergency services (A&E).

Duty medical houses seem to find an appropriate location when they are close to A&E. This implies cooperation between duty general practitioners and emergency doctors. Most of the time factual, this cooperation could be made official by a protocol for cooperation such as defined by article 51 of the HPST law.

Material and methodology : It is a qualitative study based on a methodology called the "nominal group methodology", such as described in 1972 by Andrew Henry Van de Ven and André Delbecq. Basically, the group is working during a meeting that is composed of four phases: ideas' construction during a silent phase, announcing ideas until run out, discussion, and hierarchization.

Results : The nominal group, composed of four emergency doctors and five general practitioners (all working in the Gap region) gathered on the 25th of July 2017 in Gap.

The group expressed sixteen motives that have to be readdressed to the emergency services.

The group expressed twenty motives that could be readdressed to the duty medical houses.

Discussion : This study presents a real interest so as to promote a better organization of the patients' care pathway.

This study should be the starting point for a more comprehensive work. It can be considered as a study that provides food for thought and inspiration in order to create more nominal groups. Thus, a more comprehensive, reliable and applicable protocol could appear in France.

Keys words : Cooperation protocol, nominal group, Duty medical houses, Accident and Emergency services, duty period for health cares