



HAL
open science

Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans un service d'urgences

Tiffany Grandperrin

► **To cite this version:**

Tiffany Grandperrin. Évaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical dans un service d'urgences. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01977887

HAL Id: dumas-01977887

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01977887>

Submitted on 11 Jan 2019

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.



Faculté
de Médecine
Aix*Marseille Université

**Evaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical
dans un service d'urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2018

Par Madame Tiffany GRANDPERRIN

Née le 15 décembre 1989 à Marseille 03^{ème} (13)

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 ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Co-Directeur

Monsieur le Docteur GALATIS Nicolas

Co-Directeur

Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline

Assesseur



Faculté
de Médecine
Aix*Marseille Université

**Evaluation du profil des patients à risque de nomadisme médical
dans un service d'urgences**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 3 Octobre 2018

Par Madame Tiffany GRANDPERRIN

Née le 15 décembre 1989 à Marseille 03^{ème} (13)

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 ROSSI Pascal

Assesseur

Monsieur le Professeur Associé ADNOT Sébastien

Co-Directeur

Monsieur le Docteur GALATIS Nicolas

Co-Directeur

Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline

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

Asseseurs :

- * 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 universitaires : 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

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

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

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
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
SASTRE Bernard
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
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

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. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

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	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
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 Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
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

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

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

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

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

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-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)

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
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)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

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

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

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

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

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

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

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
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)

OLLIVIER Matthieu (MCU-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)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO 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 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)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

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

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

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) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

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

HAUTIER/KRAHN Aurélie (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)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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)

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

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

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

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

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

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR 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)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

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

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

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

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)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (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)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

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

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

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

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)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
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)

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

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

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

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

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)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

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

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGÉON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

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

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

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

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

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

Remerciements

A Monsieur le Professeur GERBEAUX Patrick, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance et de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Professeur ROSSI Pascal, vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'évaluer mon travail de thèse, veuillez trouver ici toute l'expression de ma gratitude et de mon respect.

A Monsieur le Professeur ADNOT Sébastien, je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail, de m'avoir fourni de précieux conseils orientés qui m'ont aidé à mener à bien ce travail.

A Madame le Docteur CALVET-MONTREDON Céline, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail, veuillez accepter l'expression de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur GALATIS Nicolas, pour ta disponibilité durant cette aventure, pour le soutien et les conseils que tu m'as apporté, pour tous ces bons moments passés ensemble et pour ce super stage que j'ai passé dans tes urgences, je te remercie infiniment.

Au personnel du service d'accueil des urgences (SAU) adultes du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis, merci pour ces 6 mois passés ensemble, pour votre bonne humeur, et pour avoir accepté de me laisser réaliser mon travail de thèse à vos côtés.

Aux patients qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, un grand merci.

A Stéphane FINKEL, je te remercie infiniment pour ton aide précieuse concernant les statistiques de ma thèse et pour tes conseils inestimables.

A Laura et Lauriane, merci de me supporter depuis toutes ces années, merci de votre soutien, et de vos conseils depuis le début de cette aventure qu'est la médecine, et de tous ces bons moments passés ensemble.

A Mallorie, qui supporte mes questions concernant le plan administratif de la fac et de ce travail depuis des années, un immense merci pour ta bonne humeur et ta disponibilité.

A Slim, Chloé et Léa, qui malgré la distance sont un soutien indéfectible, merci de prouver que l'amitié survit à l'éloignement.

A mes parents et mon beau-père, qui m'ont toujours soutenu dans mon projet, qui ont toujours cru en moi, et qui m'ont donné les moyens de réussir, merci du fond du cœur.

A ma famille, pour votre soutien, et pour avoir su quand me laisser me consacrer à mes études, et quand m'inviter pour des réunions de famille pleines de joie et de bonne humeur, un grand merci !

A Maurice, Pascal, Phebus et Frédérique, avec qui l'aventure a commencé presque en même temps que mes études, j'espère que la route ensemble sera encore longue. Merci de tout votre soutien depuis des années, et pour m'avoir permis de trouver une bouffée d'oxygène au milieu des livres de cours et des stages.

A Guillaume, ma moitié, mon amour, mon bonheur depuis ces dernières années, et à la petite famille que nous nous sommes construits, je te remercie du fond du cœur pour ton soutien, ta compréhension, ta douceur, ta précieuse aide technique dans ce travail, et pour tout ce que tu m'apportes au quotidien.

Liste des abréviations

ALD :	Affection de Longue Durée
AMPI :	Assurance Maladie des Professions Indépendantes
CANAM :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Non salariés
CHIAP :	Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis
CMR :	Caisse Mutuelle Régionale
CNAMTS :	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DREES :	Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
MT :	Médecin traitant
SAMU :	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU :	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SFMG :	Société Française de Médecine Générale

Sommaire

I. Généralités – Définition	3
II. Problématique.....	4
III. Méthodologie.....	5
A. Type d'étude	5
B. Population étudiée.....	6
C. Données recueillies	6
D. Critères d'exclusion	7
E. Critères d'inclusion.....	8
F. Critères de non inclusion	8
G. Analyse	8
H. Discussion des cas douteux.....	8
IV. Résultats	10
A. Répartition de l'échantillon.....	10
B. Outils statistique et analyse.....	10
C. Profil des patients	11
1. Comparaison selon le sexe.....	11
2. Comparaison selon l'âge.....	12
3. Comparaison selon le milieu de vie	14
4. Comparaison selon l'existence d'un médecin traitant	15
5. Comparaison selon l'existence d'une ALD	16
6. Comparaison selon l'existence ou non d'une pathologie chronique	17
7. Comparaison selon la prise de traitement quotidien	18
8. Comparaison selon la couverture sociale.....	19
9. Comparaison selon le niveau d'études.....	20
10. Comparaison selon la catégorie socioprofessionnelles	21
11. Comparaison selon le nombre d'enfants	22
D. Compréhension du nomadisme.....	23
1. Médecins consultés.....	23
2. Prise médicamenteuse.....	24
3. Consultations hors heures ouvrables.....	25
4. Réalisation d'examens complémentaires.....	26
5. Satisfaction vis-à-vis des consultations	26
6. Motifs de reconsultation	27
7. Justification de consultation	29
8. Evaluation du degré d'urgence des multiples consultations	30

9. Préviation de reconsultation	30
10. Consultations multiples aux urgences en général.....	31
V. Discussion	33
A. Principaux résultats.....	33
1. Profil des patients	33
2. Justification du nomadisme	35
B. Points forts et limites de notre étude	38
C. Perspectives d'amélioration et de recherche	39
VI. Conclusion	41
Bibliographie.....	42
Serment d'Hippocrate.....	48

I. Généralités – Définition

Dans un contexte d'augmentation des droits des patients (« loi Kouchner » du 4 mars 2002) et de leur autonomisation sur le plan de la santé, les plaçant comme acteurs du système de santé, des dérives sont apparues(1). Le nomadisme médical en fait partie, et il constitue un phénomène de plus en plus répandu(2). Outre ses retombées socio-économiques majeures, il présenterait également un risque sur la santé et la qualité des soins administrés aux patients(3).

Cependant, les études sur le nomadisme médical sont peu nombreuses, et surtout, sans définition consensuelle, présentant un taux variable selon les critères étudiés(4).

Si tous les auteurs s'accordent à définir un nomade comme des patients ayant recours à des praticiens multiples au cours d'une certaine période, le nombre de ces praticiens (de 2 à 10 médecins différents) et la durée de la période (de 15 jours à 12 mois) varient selon chacun.

Selon les études, certaines catégories de patients ont été exclues des nomades, comme ceux consultant en jours fériés (suggérant une indisponibilité du médecin traitant), dans les cas d'affection de longue durée (ALD) notamment pour des pathologies cancéreuses, pour les consultations effectuées dans des régions éloignées (supposant une contrainte géographique). Les pathologies telles que les troubles somatoformes et la fibromyalgie étaient variablement prises en compte.(3)

Ainsi, les économistes Philippe Abecassis et Frédéric Gannon considèrent le nomadisme médical comme la succession non nécessaire de consultations chez différents praticiens d'une même spécialité.(5)

Le Dr François Raineri, médecin généraliste membre de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) estime que « bien que suivi par son médecin traitant, le patient nomade ira aussi consulter à tour de rôle différents médecins généralistes, praticiens. [...] Quand il ne serait pas satisfait, il changerait de médecin. »(5)

Le travail de BOHET en 1985 décrit le nomadisme médical comme la survenue de deux consultations chez deux praticiens de même spécialité dans un intervalle de 15 jours, tout comme la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en 1992. Cependant, au cours de cette dernière étude, le nombre réel de nomades variait de

36,9% à 1,6% après analyse des raisons de ces consultations multiples (jours fériés/nuit et contraintes géographiques).(4)

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de la côte d'Or, en définissant les nomades comme des patients ayant consulté plus de 4 praticiens en 4 mois avec prescription de médicaments, a évalué le nomadisme médical à 1,2%.(3)

L'étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des non salariés (CANAM) « Le nomadisme médical des bénéficiaires du régime de l'AMPI » en 1998 définit un nomade comme un patient ayant consulté au moins 3 généralistes et 2 spécialistes au cours de l'année d'étude. Le taux de nomades s'élevait à 13,4%. (3)

L'étude de la CANAM en 2000 « le nomadisme existe-t-il ? » incluait dans sa population nomade les assurés dont la différence entre le nombre de médecins consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins était supérieure ou égale à 3. Après élimination des motifs de consultation considérés comme justifiés (cités ci-dessus), seuls 9,5% des assurés évalués correspondaient aux critères de nomadisme, soit 0,04% des bénéficiaires « consommant », et au final 0,002% des effectifs de Caisse Mutuelle Régionale (CMR).(6)

II. Problématique

La grande majorité des études réalisées sur le nomadisme médical sont anciennes (antérieures aux années 2000), et le plus souvent basées sur des données fournies par les CPAM, avec une orientation économique et administrative.

Très peu ont tenté d'évaluer le profil sociodémographique des patients présumés nomades, et parmi celles-ci, aucune étude n'a été réalisée sur une population plus générale que les membres d'une caisse spécifique d'assurance maladie. A noter également que parmi ces mêmes études, une seule a tenté de comprendre les raisons poussant les patients au nomadisme, mais se focalisait plutôt sur les troubles somatoformes. Or, dans un but de lutte contre ce phénomène, une compréhension de ses mécanismes et de la population concernée semble primordiale.

Le simple constat que le nomadisme médical se retrouve non seulement en cabinet, mais également dans les services d'urgence, nous a poussé à réfléchir sur l'existence d'un profil clinique des patients présumés nomades, et les raisons de ce nomadisme, en interrogeant lesdits patients au sein d'un service d'urgence.

Ce choix a été motivé par le fait que les urgences brassent un grand nombre de patients, et que ces derniers sont dans l'ensemble relativement consommateurs de soins et chronophages au sein de services des urgences saturés.(7)

Devant ses définitions variées et multiples, nous avons tenté de créer notre propre définition du nomadisme, qui correspond à « la consultation d'au moins 3 praticiens (dont un généraliste ou urgentiste) pour le même problème de santé, en heures ouvrables, à l'initiative du patient et en dehors de tout suivi de pathologie ou d'orientation par le médecin traitant ». L'étude étant basée sur les souvenirs des patients, aucune limite de temps n'a été établie.

Nous verrons au cours de cette étude que certaines situations nous ont poussé à modifier cette définition et pourquoi.

La problématique première est donc d'évaluer s'il existe un profil spécifique de patients correspondant au nomadisme médical au sein de la population consultant aux urgences, et de déterminer dans un second temps les raisons ayant motivé ces personnes à avoir recours au nomadisme.

III. Méthodologie

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude mono-centrique rétrospective utilisant des données recueillies à l'aide d'un questionnaire anonyme adressé aux patients qui acceptent d'y répondre, lors de leur entrée dans le circuit des urgences, questionnaire administré par un investigateur, afin d'éliminer tout biais de mauvaise compréhension des questions.

L'étude s'est déroulée sur un mois entre janvier et février 2018, suivi de deux semaines entre mai et juin 2018 afin d'augmenter les effectifs, à raison d'un jour par semaine, entre 8h30 et 18h, en dehors des périodes de vacances scolaires.

La première partie de l'étude consiste à évaluer s'il existe un profil spécifique des patients présumés nomades par rapport à ceux présumés non nomades. La seconde partie est une analyse descriptive des données recueillies sur les caractéristiques et les motifs du nomadisme.

Le questionnaire se trouve en Annexe 1.

B. Population étudiée

Le questionnaire est donné aux patients admis dans le service d'accueil des urgences (SAU) adultes du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis (CHIAP), site d'Aix en Provence dans les Bouches-du-Rhône. Ces patients présentent les caractéristiques suivantes :

- Sont adultes ou enfants de plus de 15 ans.
- Ne présentent pas de troubles de la conscience
- Ne présentent pas d'urgence vitale
- Ne présentent pas de trouble psychiatrique décompensé.
- Acceptent de répondre à notre questionnaire.

C. Données recueillies

Pour chaque cas interrogé, nous posons la question de savoir s'il lui était déjà arrivé de consulter de sa propre initiative plusieurs médecins pour le même motif, sans être adressé par un autre praticien. Si c'est le cas, nous demandons le nombre de consultations réalisées (2, 3 ou plus).

Lorsque la réponse est positive, nous nous interrogeons enfin de comprendre la motivation de ces consultations multiples :

- Si la consultation du jour aux urgences fait suite à d'autres consultations chez différents praticiens pour des symptômes similaires.
- La typologie des praticiens consultés (généraliste, remplaçant, spécialiste, maison médicale, SOS médecin, SAMU, urgences, médecin du travail)
- S'il y a une prescription d'un traitement, si celui-ci a été pris ou non, et son efficacité
- L'existence de consultations hors heures ouvrables et leur raison
- La prescription d'examen complémentaires ayant abouti ou non à un diagnostic
- Le ressenti vis-à-vis des consultations (satisfait ou non, méfiant, autre)

- La motivation derrière le besoin de reconsulter (manque d'information, conseil de l'entourage, absence d'amélioration, complication, récurrence, crainte, nouvel avis, autre)
- La raison de leur consultation (problème médical, chirurgical, traumatologique, psychiatrique, douleur)
- Si le motif de consultation est ressenti comme une urgence
- S'il prévoit de reconsulter et pourquoi
- S'il a déjà consulté aux urgences à de multiples reprises pour le même motif

Pour tous les patients interrogés, les données recueillies sont les suivantes :

- L'âge
- Le sexe
- Le lieu de vie (urbain, rural, semi-rural)
- L'existence d'un médecin traitant et le nombre de consultations annuelles moyennes
- L'existence d'une pathologie chronique et d'une ALD
- La prise quotidienne de traitements médicamenteux (hors contraception orale)
- La couverture sociale
- Le niveau d'étude et la situation professionnelle
- Le nombre d'enfants

D. Critères d'exclusion

Les patients suivants ne sont pas interrogés :

- Ceux qui refusent de répondre au questionnaire
- Les mineurs de moins de 15 ans, en partant du fait que les représentants légaux sont décisionnaires sur le plan de leur santé
- Les patients alcoolisés, agressifs ou présentant une décompensation psychiatrique
- Ceux qui présentent une détresse vitale
- Les patients avec trouble du langage rendant la communication impossible
- Les patients ne parlant pas le français.

E. Critères d'inclusion

Les patients inclus d'emblée sont ceux qui ne présentent aucun des critères d'exclusion, et qui correspondaient à la définition choisie pour cette étude.

F. Critères de non inclusion

Les patients non-inclus sont ceux dont le questionnaire reste peu fiable en dépit des explications données.

G. Analyse

Il s'agit d'une étude descriptive du profil sociodémographique et des motifs de consultations multiples à partir du recueil des données effectuées auprès des patients grâce aux questionnaires.

Les patients sont classés en « présumés nomades » et « présumés non nomades » en fonction de leurs réponses.

Sont considérés comme « présumés non nomades » ceux ayant répondu « non » à la première question concernant la présence de consultations multiples chez différents praticiens pour le même symptôme.

Sont considérés comme « présumés nomades » ceux qui ont répondu « oui » à cette même question.

H. Discussion des cas douteux

Au cours de l'analyse des questionnaires, certaines réponses nous poussent à étudier de façon plus approfondie leur cas. Ayant répondu par l'affirmative, leurs réponses suivantes ne permettent pas de les exclure d'un groupe. Ces cas sont discutés afin de déterminer s'ils peuvent être considérés comme « présumés nomades » ou non.

Parmi ceux-ci, sont considérés comme « présumés nomades » après réflexion :

- Deux personnes n'en étant qu'à leur deuxième consultation, mais en recherche de nouvel avis, sans être adressées par leur médecin traitant préalablement consulté.
- Une personne ayant une pathologie chronique en cours de suivi, mais qui avouait consulter régulièrement dans des structures d'urgences devant la facilité et la rapidité d'accès aux examens complémentaires.
- Une personne n'ayant réalisé que deux consultations, mais n'ayant jamais consulté son médecin traitant en dépit d'une fréquence de consultations moyenne annuelle non négligeable.
- Une personne n'ayant consulté que deux fois, mais ayant verbalisé son intention probable de consulter de nouveau
- Une personne en recherche de nouvel avis et présentant des informations contradictoires au fur et à mesure du questionnaire.

Parmi les autres, sont considérés comme « présumés non nomades » après réflexion :

- Deux personnes n'ayant effectué que deux consultations pour le même motif, la première chez leur médecin traitant, et la seconde hors heures ouvrables devant la survenue du problème en dehors des heures de consultation de leur médecin
- Une personne ayant effectué sa deuxième consultation après orientation par le médecin traitant
- Une personne dont le questionnaire manque d'information pour pouvoir conclure
- Trois personnes ne répondant pas à la définition initialement retenue, à savoir n'ayant consulté que deux fois, et qui ne présentaient pas d'intention de reconsulter.

La définition initialement choisie du « nomadisme médical » a ainsi été remaniée en fonction des données évaluées, afin d'y inclure les causes du nomadisme. Il s'agit donc au final de « la consultation d'au moins 3 praticiens (dont leur médecin traitant) pour le même problème de santé, en heures ouvrables, à l'initiative du patient et en dehors de tout suivi de pathologie ou d'orientation par le médecin traitant, ou de 2 praticiens (dont leur médecin traitant) avec une intention avouée de reconsultation et/ou une simple recherche de nouveaux avis ».

IV. Résultats

A. Répartition de l'échantillon

149 questionnaires ont été recueillis au cours de la période de recrutement. Deux n'ont pas été inclus.

Parmi les 147 patients inclus dans l'étude, 35 remplissaient les caractéristiques de notre définition et ont été considérés comme « présumés nomades », soit 23,81%. 8 présumés nomades furent inclus après discussion.

112 ont été classés comme « présumés non nomades », soit 76,19%, dont 7 après réflexion.

Cet échantillon est constitué de 72 hommes pour 75 femmes, d'âges allant de 17 ans à 96 ans.

Tableau I. Répartition de l'échantillon

	Présumés nomades totaux		Présumés non nomades totaux	
Présumés nomades initiaux	27	18,37%	0	0
Présumés non nomades initiaux	0	0	105	71,43%
Présumés nomades après discussion	8	5,44%	0	0
Présumés non nomades après discussion	0	0	7	4,76%
	35	23,81%	112	76,19%

B. Outils statistique et analyse

L'outil statique utilisé était un test du Chi-2.

Le seuil de significativité a été fixé pour un $p < 0,05$.

L'analyse s'est déroulée en deux étapes :

- En premier lieu, nous avons comparé le lien entre le groupe des présumés nomades initiaux et les présumés non nomades initiaux, sans tenir compte des cas douteux.

- Dans un second temps, nous avons comparé le groupe des présumés nomades totaux (comprenant les présumés nomades initiaux auxquels ont été ajoutés les présumés nomades après discussion) avec le groupe des présumés non nomades totaux (présumés non nomades initiaux auxquels ont été ajoutés les présumés non nomades après discussion), ceci afin d'évaluer si l'inclusion des cas douteux dans chaque groupe joue un rôle sur le lien de comparaison entre les deux groupes.

Afin que les conditions nécessaires au test statistique soient remplies, des regroupements de réponses ont dû être réalisés dans certaines questions.

Ainsi, les groupes d'âges ont été regroupés en : 15 – 35 ans, 36 – 55 ans, 56 ans et plus.

La couverture sociale a été scindée en : Sécurité sociale versus Absence de sécurité sociale/Autre régime social.

Le niveau d'étude a été classé en : Niveau inférieur au BAC, BAC à BAC + 2, BAC + 3 et supérieur.

La situation professionnelle a été regroupée en : Etudiant/Sans activité et En activité.

C. Profil des patients

1. Comparaison selon le sexe

Le groupe des présumés nomades initiaux comptait 12 hommes et 15 femmes, contre 54 hommes et 51 femmes dans le groupe des présumés non nomades initiaux.

Après ajout des cas douteux, les présumés nomades totaux comptaient 15 hommes et 20 femmes, et celui des présumés non nomades totaux 57 hommes et 55 femmes.

Tableau II. Répartition des présumés nomades et non nomades selon le sexe.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Hommes	12	54	66
Femmes	15	51	66
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Hommes	15	57	72
Femmes	20	55	75
	35	112	147

L'analyse des données selon le sexe mettait en évidence un $p = 0,52$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,41$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades total.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « sexe » car le résultat était non significatif.

Tableau III. Lien entre le nomadisme médical et le sexe.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,52
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,41

2. Comparaison selon l'âge

Le groupe des présumés nomades initiaux comptait 11 patients de 15 à 35 ans, 14 de 36 à 55 ans, et 2 de 56 ans ou plus. Celui des présumés non nomades initiaux était réparti en 34 patients de 15 à 35 ans, 31 de 36 à 55 ans, et 40 de 56 ans et plus.

Après ajout des cas douteux, les présumés nomades totaux comptaient 15 patients de 15 à 35 ans, 16 de 36 à 55 ans et 4 ayant au moins 56 ans. Celui des présumés non nomades totaux était constitué de 37 patients de moins de 35 ans, 33 de 36 à 55 ans, et 42 patients de 56 ans et plus.

Tableau IV. Répartition des présumés nomades et non nomades selon l'âge.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
15 à 35 ans	11	34	45
36 à 55 ans	14	31	45
56 ans et +	2	40	42
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
15 à 35 ans	15	37	52
36 à 55 ans	16	33	49
56 ans et +	4	42	46
	35	112	147

L'analyse des données selon l'âge mettait en évidence un $p = 0,007$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,013$ dans la comparaison entre les présumés nomades totaux et les présumés non nomades totaux. L'âge n'était donc pas distribué de la même façon dans les deux catégories (nomades vs non nomades). Le résultat était très significatif.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il semblerait que les patients nomades se trouvaient plutôt dans une catégorie d'âge moyen (36-55 ans) que dans les âges extrêmes.

Tableau V. Lien entre le nomadisme médical et l'âge.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,007
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,013

3. Comparaison selon le milieu de vie

Parmi les présumés nomades initiaux, 4 vivaient en milieu rural, 14 en milieu urbain et 9 en milieu semi-rural. Chez les présumés non nomades initiaux, on retrouvait 24 patients venant d'un milieu rural, 46 de milieu urbain et 35 de milieu semi-rural.

Après ajout des cas douteux, les présumés nomades totaux comptaient 8 patients habitant en milieu rural, 16 en milieu urbain et 11 en milieu semi rural, contre 25 en milieu rural, 50 en milieu urbain et 37 en milieu semi rural chez les présumés non nomades totaux.

Tableau VI. Répartition des présumés nomades et non nomades selon le milieu de vie.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Urbain	14	46	60
Rural	4	24	28
Semi-rural	9	35	44
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Urbain	16	50	66
Rural	8	25	33
Semi-rural	11	37	48
	35	112	147

L'analyse des données selon le milieu de vie a mis en évidence un $p = 0,62$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,98$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades total.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « milieu de vie » car le résultat était non significatif.

Tableau VII. Lien entre le nomadisme et le milieu de vie.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,62
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,98

4. Comparaison selon l'existence d'un médecin traitant

Parmi les présumés nomades initiaux, seulement 2 des 27 patients déclaraient ne pas avoir de médecin traitant. Chez les présumés non nomades initiaux, 93 patients déclaraient avoir un médecin traitant et 12 n'en avaient pas.

Après ajout des cas douteux, parmi les 35 présumés nomades totaux, 3 n'avaient pas de médecin traitant. Les 7 patients douteux ayant été inclus dans les présumés non nomades totaux avaient tous un médecin traitant.

Tableau VIII. Répartition des présumés nomades et non nomades selon l'existence ou non d'un médecin traitant.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Médecin traitant	25	93	118
Pas de médecin traitant	2	12	14
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Médecin traitant	32	100	132
Pas de médecin traitant	3	12	15
	35	112	147

L'analyse des données selon l'existence d'un médecin traitant mettait en évidence un $p = 0,55$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,71$ dans la comparaison entre les présumés nomades totaux et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « existence d'un médecin traitant » car le résultat était non significatif.

Tableau IX. Lien entre le nomadisme et l'existence d'un médecin traitant.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,55
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,71

5. Comparaison selon l'existence d'une ALD

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 6 étaient en ALD. Chez les présumés non nomades initiaux, 30 patients étaient en ALD et 75 ne l'étaient pas.

Après ajout des cas douteux, parmi les 35 présumés nomades totaux, 8 étaient en ALD, contre 32 patients chez les 112 présumés non nomades totaux.

Tableau X. Répartition des présumés nomades et non nomades selon l'existence ou non d'une ALD.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
ALD	6	30	36
Pas d'ALD	21	75	96
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
ALD	8	32	40
Pas d'ALD	27	80	107
	35	112	147

L'analyse des données selon l'existence ou non d'une ALD retrouvait un $p = 0,51$ identique et non significatif dans les deux groupes d'analyse.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « existence d'une ALD » car le résultat était non significatif.

Tableau XI. Lien entre le nomadisme et la présence d'une ALD.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,51
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,51

6. Comparaison selon l'existence ou non d'une pathologie chronique

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 10 présentaient une pathologie chronique et 17 n'en avaient pas. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 48 patients présentaient une pathologie chronique et 57 n'avaient ont pas.

Après ajout des cas douteux, 14 présumés nomades totaux avaient une pathologie chronique pour 21 patients sans pathologie, contre 51 ayant une pathologie chronique et 61 sans pathologie chez les présumés non nomades totaux.

Tableau XII. Répartition des présumés nomades et non nomades selon l'existence ou non d'une pathologie chronique.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Pathologie chronique	10	48	58
Pas de pathologie chronique	17	57	74
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Pathologie chronique	14	51	65
Pas de pathologie chronique	21	61	82
	35	112	147

L'analyse des données selon l'existence d'une pathologie chronique mettait en évidence un $p = 0,42$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,56$ dans la comparaison entre les présumés nomades totaux et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « existence d'une pathologie chronique » car le résultat était non significatif.

Tableau XIII. Lien entre le nomadisme et la présence d'une pathologie chronique.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,42
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,56

7. Comparaison selon la prise de traitement quotidien

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 11 prenaient un traitement quotidien, 16 n'en prenaient pas. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 48 patients étaient sous traitement quotidien et 57 ne l'étaient pas.

Après ajout des cas douteux, 14 présumés nomades totaux étaient sous traitement pour 21 sans traitement, contre 51 patients ayant une médication au long cours et 61 sans traitement chez les présumés non nomades totaux.

A noter la similitude des effectifs avec la catégorie précédente, mettant en évidence le probable lien entre la présence d'une pathologie chronique et la prise d'un traitement au long cours.

Tableau XIV. Répartition des présumés nomades et non nomades selon l'existence d'un traitement quotidien.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Traitement	11	48	59
Pas de traitement	16	57	73
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Traitement	14	51	65
Pas de traitement	21	61	82
	35	112	147

L'analyse des données selon la prise d'un traitement quotidien mettait en évidence un $p = 0,64$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,56$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « prise d'un traitement quotidien » car le résultat était non significatif.

Tableau XV. Lien entre le nomadisme et la prise d'un traitement médicamenteux quotidien.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,64
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,56

8. Comparaison selon la couverture sociale

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 21 étaient couverts par le régime général de sécurité sociale et 6 étaient sous un autre régime. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 96 patients étaient sous le régime de sécurité sociale classique et 9 avaient souscrits à un autre régime, dont un était en attente de droits.

Après ajout des cas douteux, 28 présumés nomades totaux étaient sous le régime de sécurité sociale général, 7 sous un autre régime, contre 102 sujets sous sécurité sociale et 10 ayant un autre régime chez les présumés non nomades totaux.

Tableau XVI. Répartition des présumés nomades et non nomades selon le régime social.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Sécurité sociale	21	96	117
Aucun/autre régime	6	9	15
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Sécurité sociale	28	102	130
Aucun/autre régime	7	10	17
	35	112	147

L'analyse des données selon le régime social mettait en évidence un $p = 0,0462$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,074$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « régime social » car le résultat était non significatif.

Il semblerait exister un lien avec un risque $5\% < \alpha < 10\%$ mais il était impossible d'affirmer que cela n'était pas dû aux fluctuations d'échantillonnages.

Tableau XVII. Lien entre le nomadisme et le régime social.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,0462
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,074

9. Comparaison selon le niveau d'études

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 9 patients avaient un niveau d'étude inférieur au BAC, 11 étaient entre le BAC et le BAC + 2, et 7 avaient au niveau au moins égal à BAC + 3. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 52 n'avaient pas le BAC, 27 avaient un niveau d'étude entre le BAC et BAC + 2, et 26 avaient un niveau BAC + 3 ou plus.

Après ajout des cas douteux, 11 patients avaient un niveau inférieur au BAC, 15 entre le BAC et BAC + 2, et 9 au moins égal à BAC + 3 au sein des présumés nomades totaux. Parmi les présumés non nomades totaux, 54 avaient un niveau inférieur au BAC, 30 entre BAC et BAC + 2, et 28 au moins égal à BAC + 3.

A noter que certains sujets étaient encore en études lors du recueil de données, et que n'a été prise en compte que l'année dans laquelle ils se trouvaient au moment du recueil et non pas le niveau final souhaité des études.

Tableau XVIII. Répartition des présumés nomades et non nomades selon le niveau d'études.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Inférieur au BAC	9	52	61
BAC à BAC + 2	11	27	38
BAC + 3 et supérieur	7	26	33
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Inférieur au BAC	11	54	65
BAC à BAC + 2	15	30	45
BAC + 3 et supérieur	9	28	37
	35	112	147

L'analyse des données selon le régime social mettait en évidence un $p = 0,23$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,14$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « niveau d'étude » car le résultat était non significatif.

Tableau XIX. Lien entre le nomadisme et le niveau d'études.

	<i>p</i>
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,23
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,14

10. Comparaison selon la catégorie socioprofessionnelles

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 6 patients étaient étudiants, sans emploi ou retraités, contre 21 ayant une activité professionnelle. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 50 étaient étudiants, sans emploi ou retraités et 55 en activité.

Après ajout des cas douteux, on retrouvait 9 patients sans activité et 26 en activité professionnelle chez les présumés nomades totaux, 53 étaient sans activité et 59 en activité dans les présumés non nomades totaux.

Tableau XX. Répartition des présumés nomades et non nomades selon la catégorie socioprofessionnelle.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Etudiant/Sans activité	6	50	56
Activité professionnelle	21	55	76
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Etudiant/Sans activité	9	53	62
Activité professionnelle	26	59	85
	35	112	147

L'analyse des données selon la catégorie socioprofessionnelle mettait en évidence un $p = 0,017$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,024$ dans la comparaison entre les présumés nomades totaux et les présumés non nomades totaux. Le fait d'avoir une activité professionnelle semblait donc favoriser le nomadisme.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il semblerait que les patients nomades étaient plutôt des individus actifs.

Tableau XXI. Lien entre le nomadisme et la catégorie socioprofessionnelle.

	<i>p</i>
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,017
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,024

11. Comparaison selon le nombre d'enfants

Parmi les 27 présumés nomades initiaux, 11 n'avaient pas d'enfant et 16 en avaient. 7 patients avaient un enfant, 6 en avaient 2 et 3 en avaient au moins 3. Chez les 105 présumés non nomades initiaux, 32 patients n'avaient pas d'enfant, 17 en avaient un, 32 en avaient deux et 24 en avaient 3 ou plus.

Après ajout des cas douteux, chez les présumés nomades totaux 15 patients n'avaient pas d'enfant, 7 en avaient un, 9 en avaient 2 et 4 en avaient au moins 3. Chez les présumés non nomades totaux, 35 n'avaient pas d'enfants, 18 en avaient un, 34 en avaient 2 et 25 en avaient au moins 3.

Tableau XXII. Répartition des présumés nomades et non nomades selon le nombre d'enfants.

	Présumés nomades initiaux	Présumés non nomades initiaux	
Sans enfant	11	32	43
1 enfant	7	17	24
2 enfants	6	32	38
Au moins 3 enfants	3	24	27
	27	105	132

	Présumés nomades totaux	Présumés non nomades totaux	
Sans enfant	15	35	50
1 enfant	7	18	25
2 enfants	9	34	43
Au moins 3 enfants	4	25	29
	35	112	147

L'analyse des données selon le nombre d'enfants mettait en évidence un $p = 0,29$ lors de la comparaison des présumés nomades initiaux versus les présumés non nomades initiaux. De même, $p = 0,38$ dans la comparaison entre les présumés nomades total et les présumés non nomades totaux.

Au risque $\alpha = 5\%$ de se tromper, il était impossible de conclure sur le paramètre « nombre d'enfants» car le résultat était non significatif.

Tableau XXIII. Lien entre le nomadisme et le nombre d'enfants.

	p
Présumés nomades initiaux vs Présumés non nomades initiaux	0,29
Présumés nomades totaux vs Présumés non nomades totaux	0,38

D. Compréhension du nomadisme

1. Médecins consultés

Une tendance a été mise en évidence quant au type des praticiens consultés par les 27 présumés nomades initiaux.

96,30% ont consulté leur médecin généraliste, 70,37% un spécialiste (dont un a consulté 2 spécialistes et un autre 3 spécialistes).

Les 23 sur 35 ont consulté dans un service d'urgence (70.37%).

Cette donnée était retrouvée chez les présumés nomades après discussion avec 75% de patients ayant consulté leur médecin traitant, 50% un spécialiste, et 50% les urgences.

Seulement 20% des patients ont consulté le remplaçant de leur généraliste, et 31,4% un autre généraliste.

En revanche, les permanences médicales (11,4%), le SAMU (8,5%) et SOS médecin (5,7%) semblaient peu sollicités dans le cadre du nomadisme.

Tableau XXIV. Evaluation des spécialités des médecins consultés par les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux (27 patients)	Présumés nomades après discussion (8 patients)	Présumés nomades totaux (35 patients)
Médecin du travail	3	0	3
Remplaçant du médecin traitant	6	1	7
Médecin traitant	26	6	32
Autre généraliste	10	1	11
Permanence médicale	4	0	4
Spécialiste	19	4	23
SOS médecin	1	1	2
SAMU	3	0	3
Urgences	19	4	23

2. Prise médicamenteuse

92,59% des présumés nomades ont eu une prescription de médicaments au cours d'au moins une des multiples consultations.

7,41% des patients n'ont pas pris le traitement prescrit.

Chez tous ceux ayant pris les médicaments, celui-ci a été ressenti comme inefficace chez 36% d'entre eux, partiellement efficace chez 20% des patients, et efficace chez 36% des patients.

Tous les présumés nomades après discussion ont eu une prescription médicamenteuse et l'ont pris. Celui-ci a été ressenti comme inefficace chez 25% d'entre eux, partiellement efficace dans 25% des cas, et efficace pour 50% des patients.

Au total, le traitement a été ressenti comme au moins partiellement efficace chez 60.6% des présumés nomades totaux. Il semblerait donc que la majorité des présumés nomades ait eu tendance à reconsulter en dépit de l'efficacité ressentie des traitements prescrits par les médecins.

Tableau XXV. Evaluation de l'existence d'une prescription médicamenteuse et de son efficacité chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Non	2	7,41%	0	0,00%	2	5,71%
Oui, non pris	2	7,41%	0	0,00%	2	5,71%
Oui, inefficaces	9	33,33%	2	25,00%	11	31,43%
Oui, partiellement efficaces	5	18,52%	2	25,00%	7	20,00%
Oui, efficace	9	33,33%	4	50,00%	13	37,14%
	27	100,00%	8	100,00%	35	100,00%

3. Consultations hors heures ouvrables

Seulement 25,93% des présumés nomades initiaux (soit 7 patients) déclaraient avoir déjà consulté hors heures ouvrables pour le problème de santé qui les aurait amenés à consulter plusieurs praticiens. Aucun des présumés nomades après discussion n'aurait consulté hors heures ouvrables.

Les motifs justifiant des consultations sur ces horaires étaient :

- Pour 6 des 7 patients, la survenue du problème à ce moment-là. Les symptômes invoqués étaient : deux crises de douleur dont une ayant abouti à une opération, une crise d'asthme, deux décompensations psychiatriques, une hypokaliémie symptomatique. Tous, en dehors d'un des patients ayant fait une décompensation psychiatrique, estimaient qu'il s'agissait d'une urgence.
- Un seul des patients déclarait avoir consulté hors heures ouvrables car c'était le seul moment où il pouvait se rendre disponible. A l'issue des multiples consultations, le problème aurait abouti à une opération.

Tableau XXVI. Evaluation de l'existence de consultations hors heures ouvrables chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Oui	7	25,93%	0	0,00%	7	20,00%
Non	20	74,07%	8	100,00%	28	80,00%
	27		8		35	100,00%

4. Réalisation d'examens complémentaires

14,81% des présumés nomades initiaux et 25% des présumés nomades après discussion déclaraient ne pas avoir eu de prescription d'examens complémentaires.

Parmi les explorations réalisées par les présumés nomades initiaux, 55,6% aboutissaient à un diagnostic et 25,93% ne permettaient pas d'obtenir un diagnostic. 3,70%, soit un patient, ignoraient le diagnostic. Chez les présumés nomades après discussion, qui ont réalisé des examens complémentaires, 50% ont eu un diagnostic et 25% n'en ont pas eu.

Il semblerait donc que la majorité des présumés nomades initiaux (55,56%) et des présumés nomades après discussion (50%) aient obtenu un diagnostic à l'issue des multiples consultations, soit 54,29% des présumés nomades totaux.

Tableau XXVII. Evaluation de la réalisation d'examens complémentaires et de la pose d'un diagnostic chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Non	4	14,81%	2	25,00%	6	17,14%
Oui, sans diagnostic	7	25,93%	2	25,00%	9	25,71%
Oui, posant un diagnostic	15	55,56%	4	50,00%	19	54,29%
Oui, ignore le diagnostic	1	3,70%	0	0,00%	1	2,86%
	27		8		35	100,00%

5. Satisfaction vis-à-vis des consultations

29,63% des patients présumés nomades initiaux se déclaraient satisfaits, 25,93% des présumés nomades initiaux déclaraient ne pas être satisfaits des différentes consultations, 18,52% étaient méfiants, et 25,93% avaient un autre sentiment parmi lesquels (reproduction à l'identique des termes utilisés) :

- La surprise devant la survenue de complications non attendues, en dépit d'un espoir d'amélioration suite aux consignes fournis par les médecins consultés.
- La frustration devant des rechutes multiples malgré la prise en charge

- La frustration concernant les avis contradictoires des différents médecins consultés
- Une sensation d'inaction de la part des médecins devant l'absence de diagnostic
- Un patient ne se souvenait pas
- La recherche de plusieurs avis quels que soient les résultats des consultations
- Un sentiment variable selon les consultations

12,5% des présumés nomades après discussion étaient insatisfaits suite aux consultations, soit un patient. 37,50% étaient satisfaits, 25% étaient méfiants et 25% avaient un autre sentiment parmi lesquels :

- La confiance
- La neutralité

Au total, seuls 31,43% des patients étaient satisfaits des premières consultations effectuées ayant mené au nomadisme.

A noter la contradiction d'un patient qui a déclaré ne pas être satisfait des consultations mais restait cependant confiant envers les médecins consultés.

Tableau XXVIII. Evaluation de la satisfaction des présumés nomades vis-à-vis des consultations multiples réalisées.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Non satisfaits	7	25,93%	1	12,50%	8	22,86%
Satisfaits	8	29,63%	3	37,50%	11	31,43%
Méfiants	5	18,52%	2	25,00%	7	20,00%
Autre	7	25,93%	2	25,00%	9	25,71%
	27		8		35	100,00%

6. Motifs de reconsultation

Parmi les multiples causes de reconsultation chez les présumés nomades initiaux, 2 motifs semblaient ressortir : La récurrence du problème malgré la prise en charge (citée 12 fois sur 53 motifs invoqués) et la recherche d'un nouvel avis (citée 10 fois sur 53). Cet écart n'était pas

retrouvé chez les présumés nomades après discussion, chez lesquels, la recherche d'un nouvel avis était citée 4 fois sur 15 et le manque d'information était citée 3 fois sur 15, contrairement à la récurrence qui n'était citée qu'une fois.

En revanche, la recherche d'un nouvel avis et la récurrence malgré la prise en charge restaient prépondérantes au sein des présumés nomades totaux. La crainte et l'absence d'amélioration étaient également citées de nombreuses fois.

Le reste des motifs étaient à peu près équitablement répartis dans les deux groupes.

Parmi les réponses autres mentionnées par les patients, on retrouvait chez les présumés nomades initiaux :

- L'inaction des médecins
- La recherche de diagnostic
- L'inobservance thérapeutique et l'absence de suivi de la prise en charge donnée par les médecins
- La recherche de consensus
- Le besoin de traitement
- La recherche d'une prise en charge

La recherche d'un suivi était le seul autre motif invoqué par un présumé nomade après discussion.

Tableau XXVIII. Evaluation des motifs de reconsultation chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux (27 patients)	Présumés nomades après discussion (8 patients)	Présumés nomades totaux (35 patients)
Manque d'information	3	3	6
Conseil de l'entourage	2	1	3
Absence d'amélioration	8	1	9
Complication	4	2	6
Crainte	7	2	9
Récurrence malgré prise en charge	12	1	13
Nouvel avis	10	4	14
Autre	6	1	7
	53	15	

7. Justification de consultation

Les justifications de consultation avaient des origines variées, mais la douleur était évoquée par 13 des 27 patients présumés nomades initiaux, et 3 des 8 patients présumés nomades après discussion. Elle était donc le motif de consultation principal chez 45,7% de l'ensemble des patients présumés nomades.

La pathologie était médicale chez 11 présumés nomades initiaux et 4 présumés nomades après discussion, soit 42,8% des effectifs. Elle était chirurgicale chez 20% des patients présumés nomades avec 18,5% des présumés nomades initiaux et 25% des présumés nomades après discussion.

11% des présumés nomades totaux consultaient pour une cause psychiatrique et tous étaient des présumés nomades initiaux.

5,7% des présumés nomades totaux consultaient pour une cause traumatologique, soit deux patients, un présumé nomade initial et un présumé nomade après discussion.

Un seul patient faisant partie des présumés nomades initiaux a déclaré avoir consulté, en association à d'autres motifs, pour une autre raison, celle-ci étant la sensation d'inaboutissement des explorations médicales et l'absence de diagnostic retrouvé pour expliquer ses symptômes.

Ces données semblaient dans l'ensemble être en accord avec les résultats de l'étude de la DREES réalisée en 2003 concernant les motifs de recours aux urgences des patients.(8)

Tableau XXIX. Répartition étiologique des motifs de consultations multiples chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux (27 patients)	Présumés nomades après discussion (8 patients)	Présumés nomades totaux (35 patients)
Médical	11	4	15
Traumatologique	1	1	2
Chirurgical	5	2	7
Psychiatrique	4	0	4
Douleur	13	3	16
Autre	1	0	1

8. Evaluation du degré d'urgence des multiples consultations

77,78% des présumés nomades initiaux considéraient leurs motifs de consultation multiples comme une urgence. Ce taux était plus important, 87,50%, chez les présumés nomades après discussion, et correspondait à 80% des présumés nomades totaux.

22,22% des présumés nomades initiaux ne considéraient pas leur motif de consultation comme une urgence et 12,50% des présumés nomades après discussion (soit 1 patient) également, soit 20% des présumés nomades totaux.

Tableau XXX. Evaluation du degré d'urgence des motifs de consultations par les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Oui	21	77,78%	7	87,50%	28	80,00%
Non	6	22,22%	1	12,50%	7	20,00%
	27		8		35	100,00%

9. Prévision de reconsultation

62,50% des présumés nomades après discussion et 55,56% des présumés nomades initiaux (soit 57,14% des présumés nomades totaux) déclaraient ne pas avoir l'intention de reconsulter pour le problème abordé.

11,11% des présumés nomades initiaux et 25% des présumés nomades après discussion avouaient ne pas connaître la réponse à cette question, ce qui équivalait à 14,29% des présumés nomades totaux.

7,41% des présumés nomades initiaux déclaraient avoir l'intention de reconsulter en l'absence de diagnostic, soit 5,71% des présumés nomades totaux.

14,81% des présumés nomades initiaux souhaitaient avoir l'avis d'un spécialiste en dépit des consultations multiples, soit 11,43% des présumés nomades totaux.

Enfin, un total de 11,42% des présumés nomades totaux déclaraient qu'ils consulteront probablement de nouveau en cas de récurrence (5,1%) ou en l'absence d'amélioration des symptômes (5,71%).

Aucun des patients interrogés ne prévoyait de reconsulter pour avoir l'avis de leur médecin traitant, en cas de complication ou par manque de confiance en les urgences.

Tableau XXXI. Evaluation des prévisions de reconsultation chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux		Présumés nomades après discussion		Présumés nomades totaux	
Non	15	55,56%	5	62,50%	20	57,14%
Ne sait pas	3	11,11%	2	25,00%	5	14,29%
Oui, si pas de diagnostic	2	7,41%	0	0,00%	2	5,71%
Oui, pour avoir l'avis du médecin traitant	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, pour avoir l'avis du spécialiste	4	14,81%	0	0,00%	4	11,43%
Oui, manque de confiance dans les urgences	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, si complication	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, si pas d'amélioration	1	3,70%	1	12,50%	2	5,71%
Oui, si récurrence	2	7,41%	0	0,00%	2	5,71%
	27		8		35	100,00%

10. Consultations multiples aux urgences en général

A la question générale « Avez-vous déjà consulté aux urgences à de multiples reprises pour le même motif ? » 57,14% des patients présumés nomades répondaient « non », soit 55,56% des présumés nomades initiaux et 62,50% des présumés nomades après discussion.

Sur les présumés nomades totaux ayant répondu « oui » :

- 22,86% se sont rendus aux urgences de leur propre initiative (soit 22,22% des présumés nomades initiaux et 25% des présumés nomades après discussion), sans lien avec leur médecin traitant (MT),
- 2,86% à la demande d'un médecin suite à des résultats sanguins (il s'agissait d'un présumé nomade après discussion),
- 2,86% suite à l'absence du médecin traitant (il s'agissait d'un présumé nomade initial),
- 2,86% suite à un entretien téléphonique avec un médecin du SAMU (il s'agissait d'un présumé nomade initial)
- 8,57% déclaraient avoir consulté aux urgences car ils étaient en déplacement (soit 11,11% des présumés nomades initiaux)
- 2,86% consultaient aux urgences pour une autre raison, ici, l'intervention d'autres personnes (le patient était un présumé nomade initial)

Tableau XXXII. Evaluation des consultations multiples aux urgences chez les présumés nomades.

	Présumés nomades initiaux (27 patients)		Présumés nomades après discussion (8 patients)		Présumés nomades totaux (35 patients)	
Non	15	55,56%	5	62,50%	20	57,14%
Oui, initiative du patient	6	22,22%	2	25,00%	8	22,86%
Oui, demande d'un médecin suite à des résultats d'analyse	0	0,00%	1	12,50%	1	2,86%
Oui, après recherche internet	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, absence MT	1	3,70%	0	0,00%	1	2,86%
Oui, MT indisponible	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, car pas de MT	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, après consultation téléphonique avec un médecin	1	3,70%	0	0,00%	1	2,86%
Oui, car en déplacement	3	11,11%	0	0,00%	3	8,57%
Oui, autre raison	1	3,70%	0	0,00%	1	2,86%
	27	100,00%	8	100,00%	35	100,00%
Oui, avec appel du MT aux urgences	0	0,00%	1	33,33%	1	6,67%
Oui, avec courrier du MT	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Oui, sans appel ni courrier du MT	12	100,00%	2	66,67%	14	93,33%
	12	100,00%	3	100,00%	15	100,00%

V. Discussion

A. Principaux résultats

Après analyse de la première partie de notre étude, il ne semble pas exister de lien entre le nomadisme médical et :

- Le sexe des patients
- Le caractère rural, semi-urbain ou urbain de l'habitat
- L'existence d'un médecin traitant
- Le type de couverture sociale
- L'existence d'une ALD
- L'existence d'une pathologie chronique
- La prise d'un traitement quotidien
- Le niveau d'étude des patients
- Le nombre d'enfants des patients

En revanche, les items suivants semblent en lien avec le nomadisme médical :

- L'âge, avec une prédominance des patients d'âge moyen chez les présumés nomades
- L'activité professionnelle, qui semble favoriser le nomadisme.

1. Profil des patients

Le fait d'être un homme ou une femme ne semble pas jouer sur la tendance au nomadisme médical, car le sexe ratio n'est pas significatif.

Il semble cependant exister un lien entre le nomadisme médical et l'âge des patients. La répartition montre en effet que la catégorie d'âge intermédiaire est beaucoup plus importante chez les présumés nomades que chez les présumés non nomades. Le nomadisme médical apparaît donc concerner plutôt les patients d'âge moyen, situés entre 36 et 55 ans. Il est intéressant de se demander quelle est la raison de ce phénomène. Serait-ce une facilité de déplacement plus importante avec un meilleur accès aux soins ?

Après étude des deux groupes de population, il ne semble pas exister de lien entre le nomadisme médical et l'existence d'un médecin traitant. La majorité des présumés nomades déclarent avoir un médecin traitant, et certains le consultent même assez régulièrement. Ce dernier est même consulté dans la quasi-totalité (96,4%) des consultations des présumés nomades. Le fait que ces derniers s'adressent d'emblée à leur médecin traitant pourrait être la preuve de la confiance et fidélité qu'ils lui témoignent, en le plaçant comme acteur des soins de premier recours. Mais ceci est mis en doute lorsque l'on observe le faible têt de satisfaction des patients présumés nomades vis-à-vis de ces consultations initiales (31,4%) et le fait qu'ils prennent l'initiative de consulter spontanément d'autres médecins sans se ré-adresser à leur médecin traitant.

La présence d'une ALD, d'une pathologie chronique, et l'existence d'au moins un traitement quotidien au long cours ne sont pas en lien avec le nomadisme médical. Cela pourrait s'expliquer par le fait que ces patients ont un suivi supposé plus régulier et rigoureux, et que cela permet peut-être de développer une relation de confiance différente envers les médecins. Egalement, ces patients sont aussi plus entourés de médecins, on peut ainsi supposer qu'ils peuvent exprimer leurs plaintes somatiques de façon plus simple que les patients sans comorbidité n'ayant qu'une prise en charge sporadique en fonction de leurs besoins.

En ce qui concerne le régime social, les résultats sont inexploitable dans notre étude.

Si l'analyse première sur la population de présumés nomades et présumés non nomades initiaux retrouvait des résultats significatifs ($p = 0,0462$), en faveur d'un nomadisme plus important chez les patients détenteurs d'un système de sécurité sociale classique par rapport aux autres régimes sociaux, l'analyse de l'échantillon après ajout des cas douteux a remis ce résultat en cause ($p = 0,074$). Ce résultat non concluant pourrait s'expliquer par le fait que notre étude comprend au final un nombre nettement plus important de patients ayant un régime de sécurité sociale classique, et très peu d'autres régimes (rapport de 4 pour les présumés nomades et rapport de 10 pour les présumés non nomades quasiment identique entre les échantillons initiaux et totaux). La très faible représentation dans notre étude des populations précaires (CMU, ACS, AME...) pourrait notamment être expliquée par le renoncement aux soins de ces populations (9) (10).

Le niveau d'étude des patients ainsi que le nombre d'enfants de ces derniers ne semble pas jouer de rôle dans le nomadisme médical.

Il semble cependant exister un lien entre la catégorie socioprofessionnelle et le nomadisme médical, avec une prédominance des patients actifs chez les présumés nomades par rapport aux patients non nomades. Ce résultat peut peut-être, s'expliquer en partie par le fait que les retraités ont été regroupés avec les patients sans emplois et ceux encore en étude. Or, les retraités (tranche d'âge haute) et étudiants (tranche d'âge basse) semblent moins enclins au nomadisme puisqu'ils se situent en dehors de la tranche d'âge 36-55 ans. De nouveau, un échantillon plus large permettant d'éviter les regroupements serait nécessaire pour évaluer ces paramètres plus en détail.

2. Justification du nomadisme

Afin de mieux comprendre le nomadisme médical et pouvoir trouver des solutions pour y pallier, notre étude aborde également les raisons ayant poussé les patients au nomadisme. En effet, en cas de confiance envers son médecin traitant et d'explications claires, ce phénomène devrait, en théorie, être moins présent.

Dans notre étude, le médecin traitant reste l'acteur principal des soins primaires, il est en effet consulté par 96,4% des présumés nomades.

Or, l'on se rend compte que la persistance du problème de santé (absence d'amélioration ou récurrence), ainsi que la crainte et notamment la recherche spontanée d'un nouvel avis, semblent tendre vers un manque de confiance envers le professionnel de santé, car le nomade préférera s'adresser à un médecin inconnu plutôt que retourner voir son médecin traitant. Ce médecin semble majoritairement être un spécialiste ou un urgentiste (70,37%). En revanche, SOS médecin et le SAMU, pourtant très sollicités au quotidien, restent très peu consultés par les présumés nomades qui semblent plutôt choisir de se déplacer. Enfin, si les présumés nomades ont une tendance forte à consulter des spécialistes ou à se rendre dans un service d'urgence, seul 1/3 d'entre eux vont consulter un autre généraliste (31,4%). Cette donnée, qui tendrait à montrer un attachement du patient à son généraliste, ajoute à la contradiction du nomade qui va voir d'autres médecins sans en référer à son médecin traitant.

Pour autant, la grande majorité des présumés nomades (92,57%) prend le traitement prescrit par les premiers médecins consultés (dont le médecin traitant), mais se rend chez un nouveau praticien malgré l'efficacité ressentie au moins partielle de ce traitement dans presque 60% des cas (57,14%). De nouveau, la confiance envers le médecin semble remise en doute.

Le faible taux de satisfaction des patients vis-à-vis des consultations (31,43%) tend également dans cette direction. Seulement 20% des présumés nomades avouent éprouver une méfiance vis-à-vis des différentes consultations et de leurs résultats.

Malgré ce faible têt de satisfaction, 57,14% des présumés nomades déclarent ne pas avoir l'intention de reconsulter pour le problème abordé. Ce taux peut s'expliquer par le fait que notre étude prend en compte le nomadisme sur des symptômes récents mais aussi anciens, et la plupart d'entre eux ont déjà été solutionnés.

Parmi les 14,29% des présumés nomades ignorant s'ils allaient consulter de nouveau, 60% ont déclaré avoir reçu un traitement ressenti comme au moins partiellement efficace et 40% un traitement qui s'est révélé être ressenti comme inefficace.

Les 11,42% de présumés nomades déclarant qu'ils consulteront probablement de nouveau en cas de récurrence ou en l'absence d'amélioration des symptômes ont bénéficié d'une prescription de traitement qu'ils ont ressenti comme étant efficace. Cette contradiction mériterait d'être étudiée au cours d'une autre étude.

Le ressenti de l'efficacité du traitement ne semble donc pas jouer de rôle dans la décision du patient de consulter un nouveau médecin.

11,43% des présumés nomades souhaitent avoir l'avis d'un spécialiste à l'issue des précédentes consultations, sachant que 75% de cet effectif a déjà un diagnostic au moment de la réponse au questionnaire. Il faudrait alors se demander ce qui motive ce souhait de consultation spécialiste. Cette question n'a pas été approfondie lors de notre recueil de données, mais il serait intéressant de savoir s'il s'agit d'une remise en question du diagnostic, de la prise en charge, d'une simple curiosité avec recherche d'un nouvel avis, ou d'une autre cause.

En revanche, aucun des patients interrogés n'a prévu de reconsulter pour avoir l'avis de leur médecin traitant. Ce fait met de nouveau en question la place du médecin traitant dans le processus de soin, 13 ans après son instauration dans le parcours de soin.(11)

Seulement 20% des présumés nomades ont consulté en dehors des heures ouvrables. Au sein de ces derniers, un seul s'est rendu à la consultation de façon volontaire alors que les autres ont été tributaires de leurs symptômes. Il semblerait donc qu'en dépit de problèmes déclarés comme « urgents » par 80% des patients, presque tous s'en tiennent à des consultations durant la journée.

Presque la moitié des présumés nomades (45,7%) justifient leur consultation par la douleur. Les pathologies sont multiples selon les patients et mêlent des problèmes de santé médicaux et chirurgicaux.

Seulement 11% des consultations sont d'ordre psychiatrique. Cette dernière donnée peut s'expliquer en partie par l'instauration du système de médecin traitant, qui aurait diminué le nomadisme au sein des populations psychiatriques ces dernières années(11).

A noter la réponse d'un présumé nomade, dont le motif de consultation est « l'inaboutissement des explorations médicales et l'absence de diagnostic retrouvé pour expliquer ces symptômes ». Ceci montre bien le besoin de compréhension des symptômes et la recherche de diagnostic des patients.

La grande majorité des présumés nomades a bénéficié d'examens complémentaires qui ont permis de porter un diagnostic. Pourtant, ils continuent de consulter, ce qui nous interroge de nouveau sur la confiance envers le médecin.

80% des présumés nomades considèrent leurs motifs de consultation multiples comme une urgence. Ce chiffre est en corrélation avec les 70,37% de consultations aux urgences des présumés nomades totaux retrouvées plus haut.

Cependant, à la question générale « *Avez-vous déjà consulté aux urgences à de multiples reprises pour le même motif ?* » 57,14% des présumés nomades ont répondu « non », ce qui laisse penser que si les urgences sont un des recours principaux des patients, la médecine de ville reste prioritaire avec le médecin généraliste et le spécialiste en tête de liste, comme le confirment nos chiffres indiquant un taux de consultation très élevé chez ces deux catégories de médecins.

Face à ces réponses mettant en doute la confiance du patient envers le médecin, il semble important également de se poser la question suivante, qui n'a pas été abordée dans notre étude : « Comment s'est passée la consultation en termes d'interaction interpersonnelle ? ». L'insatisfaction du patient vis-à-vis de la consultation pourrait-elle aussi venir de l'absence de bonne communication, avec la survenue de heurts durant la consultation, d'une négociation entre le praticien et le patient, ou de désaccord, voire d'une agressivité au cours de la consultation ?

B. Points forts et limites de notre étude

Un des points forts de notre étude est son approche du nomadisme médical au sein d'un service des urgences. Il s'agit d'une nouvelle étude tentant de définir le profil des patients dans ce cadre. Le souhait est ici, la compréhension du phénomène à travers la reconnaissance des patients et des comportements à risque de nomadisme médical, qu'il s'agisse de comportements venant du patient ou du médecin lui-même. Si le manque d'information ne semble pas être au centre des motifs de consultation multiple, les craintes exprimées par le patient vis-à-vis de son état de santé le sont. Une consultation de bonne qualité avec une écoute et des réponses aux questions dans la mesure des connaissances établies au moment de l'entretien, pourraient probablement éviter un certain nombre de consultations.

Deux éléments significatifs ressortent de cette étude et permettent de dessiner un début de profil des patients à risque de nomadisme médical : l'âge moyen et l'activité professionnelle.

A l'inverse des autres études, la nôtre se concentre sur une population plus générale et ne sélectionne pas des patients appartenant à une caisse d'assurance spécifique. L'échantillon est donc plus représentatif de la population générale.

En revanche, le côté mono-centrique de l'étude et le faible effectif sont des points faibles évidents auxquels des études plus larges et multicentriques pourraient pallier.

L'absence de définition consensuelle du nomadisme reste un problème majeur. Nous avons dû remanier notre définition au cours de l'étude, mais l'analyse d'autres études montre que chacune d'entre elle possède sa propre définition du nomadisme. Un consensus serait souhaitable afin d'obtenir une définition claire à laquelle toutes les études pourraient se référer.

L'interrogatoire des patients consultant aux urgences constitue un biais de sélection. Non seulement ces patients sont grandement consommateurs de soin dans leur ensemble, mais le cadre des urgences avec parfois des salles d'attente surpeuplées et un important délai d'attente avant la consultation, ont pu altérer la fiabilité des réponses données.

De même, l'étude faisant appel à la mémoire des patients, il existe un biais de mémorisation quant à l'exactitude des réponses fournies lorsque les faits étaient anciens de parfois plusieurs

années. Il a donc pu y avoir des sur et/ou sous estimations de leurs réponses, affectant nos résultats.

Les jours de recrutement n'étaient pas aléatoires mais imposés par le planning personnel de l'investigateur. Ceci constitue un biais du fait des différences de fréquentation du SAU par les patients au cours des différents jours de la semaine.

C. Perspectives d'amélioration et de recherche

Une étude multicentrique ciblant à la fois les populations consultant aux urgences, mais également les populations consultant dans les cabinets de généralistes et de spécialistes, aurait un poids plus important, et permettrait une meilleure représentativité de la population de patients nomades.

En dépit de la majoration de notre effectif en cours d'étude, l'effectif de 147 patients semble faible pour avoir des résultats significatifs sur la plupart des facteurs étudiés. Un enrichissement des effectifs serait donc souhaitable.

Du fait des résultats obtenus dans notre étude, avec la significativité des facteurs « âge » et « activité professionnelle », une nouvelle piste peut être envisagée pour de futures études, en ciblant les travaux de recherche sur ces deux aspects pour tenter de les confirmer et de les comprendre.

La question du régime sociale mériterait d'être étudiée également, d'autant plus devant les résultats de notre étude, initialement en faveur d'un plus grand nomadisme chez les détenteurs de la sécurité sociale par rapport aux autres régimes sociaux, mais modifiés par l'ajout des cas douteux. Il serait intéressant d'étudier si nos premiers résultats peuvent se vérifier avec une population plus grande, confirmant les récentes données démontrant le renoncement aux soins des populations précaires (CMU, AME, patients en attente de droits). (12), (13)

L'analyse des causes avouées de nomadisme nous permet de réaliser que celui-ci pourrait être la conséquence de deux facteurs qui semblent très intriqués : Le patient et le médecin. La réponse aux questions et aux craintes du patient, ainsi que l'écoute de ses plaintes, semble importante pour ce dernier, et le médecin se doit d'y répondre, sous peine de générer une insatisfaction et un manque de confiance qui pousseront le patient vers d'autres médecins. Ce facteur peut en théorie être modifié. En revanche, la recherche d'un nouvel avis poussé par une simple curiosité est un facteur interne au patient sur lequel nous pouvons difficilement agir. Une meilleure information et éducation des patients pourrait cependant s'avérer efficaces.

VI. Conclusion

Le nomadisme médical reste à ce jour un phénomène coûteux qu'il est nécessaire de mieux comprendre afin de pouvoir le juguler.

Le premier pas dans ce sens serait de trouver une nouvelle définition consensuelle applicable quel que soit le type d'étude. La définition initialement choisie pour notre étude s'est révélée difficilement applicable dans le cadre d'un recueil de données aux urgences et a dû être modifiée afin de pouvoir inclure certains patients aux réponses ambiguës dans une catégorie ou une autre (présumés nomades ou non nomades).

Le profil des patients ici présumés nomades semble tendre vers une population active d'âge moyen. Une étude plus élargie, englobant les consultations réalisées non seulement aux urgences mais également dans les cabinets de ville des médecins généralistes et des spécialistes serait cependant souhaitable afin de vérifier ces résultats et éviter tout biais sur la sélection du lieu de consultation.

Les patients nomades semblent en majorité consulter leur médecin traitant. Puis, ils consultent un ou plusieurs spécialistes et au moins un service d'urgence. Ces écarts de parcours de soins sont justifiés par la persistance du problème de santé malgré la prise en charge, mais aussi la crainte et la recherche d'un nouvel avis, et ce, en dépit d'un traitement souvent efficace, et avec un taux de satisfaction relativement faible. L'association de ces informations tend à laisser penser que le patient nomade semble accorder peu de confiance à son médecin, ou alors manquer d'information.

Il serait alors, intéressant de rechercher où se situe la frontière entre les deux, à travers une étude de la population générale réalisée à plus grande échelle. Une telle étude permettrait d'évaluer en profondeur dans quelle mesure le ressenti du patient et les informations fournies par le médecin, influent sur l'entrée dans le phénomène du nomadisme médical.

Bibliographie

1. Boudier F, Bensebaa F, Jablanczy A. L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante, The emergence of the expert patient: an innovative disturbance. *Innovations*. 11 oct 2012;(39):13-25.
2. Notebaert J-F, Pogam MAL. Les "flamboyants" et les "individus par défaut" pris au piège de la surconsommation médicale à l'époque de l'hypermodernité : vers l'accélération d'une médecine à deux vitesses ?, Abstract. *Management & Avenir*. 2006;(9):45-64.
3. Ratiney J. Le nomadisme médical en médecine générale : étude sur la base de 6 mois de remboursements de la CPAM de Haute-Garonne / Jacques Ratiney ; sous la dir. de Bernard Bros [Internet] [Thèse]. [Toulouse]: Paul Sabatier; 2004 [cité 25 oct 2017]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/081854331>
4. Abecassis et al. - Nomadisme médical et médecin de référence Une mo.pdf [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Philippe_Batifoulier/publication/242553004_Nomadisme_medical_et_medecin_de_reference_Une_modelisation_de_la_dynamique_de_choix_des_patients/links/00b4952a039481be9b000000/Nomadisme-medical-et-medecin-de-reference-Une-modelisation-de-la-dynamique-de-choix-des-patients.pdf
5. Le patient nomade, infidèle à son médecin traitant [Internet]. *Le Quotidien du Médecin*. 2017 [cité 5 déc 2017]. Disponible sur: https://www.lequotidiendumedecin.fr/fiche-pratique/2016/11/25/le-patient-nomade-infidele-son-medecin-traitant_839656
6. DACHICOURT - 2001 - GROUPE DE PILOTAGE .pdf [Internet]. [cité 15 juill 2018]. Disponible sur: https://www.secu-independants.fr/fileadmin/mediatheque/Espace_telechargement/Etudes/nomadisme.pdf
7. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie, Summary. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74.
8. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. 2017 [cité 6 déc 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/motifs-et-trajectoires-de-recours-aux-urgences-hospitalieres>
9. Vignier N, Spira RD, Lert F, Pannetier J, Ravalihasy A, Gosselin A, et al. Accès aux soins des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec une hépatite B chronique, Health care access of Sub-Saharan African migrants living with chronic hepatitis B. *Santé Publique*. 18 juill 2017;29(3):361-70.
10. Geeraert et Rivollier - 2014 - L'accès aux soins des personnes en situation de pr.pdf [Internet]. [cité 4 sept 2018]. Disponible sur: <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01100057/document>
11. (PDF) Troubles psychiatriques courants en... [Internet]. [cité 13 juill 2018]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/274253428_Troubles_psychiatriques_courants_en_medecine_generale_Consultations_a_haute_frequence_et_Nomadisme_medical_Le_dispositif_du_medecin_traitant_a-t-il_change_la_donne

12. La santé et l'accès aux soins ne doivent plus être un luxe pour les femmes en situation de précarité - Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes [Internet]. [cité 18 août 2018]. Disponible sur: <http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/la-sante-et-l-acces-aux-soins-une>
13. Rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France 2016 | Médecins du Monde [Internet]. [cité 18 août 2018]. Disponible sur: <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2017/10/13/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-de-la-mission-france-2016>

Annexe 1

QUESTIONNAIRE	
Date : __/__/____	
Heure : __ : __	
1 - Avez-vous déjà consulté plusieurs médecins pour un même problème, que ce soit celui qui vous conduit aux urgences ce jour ou un autre ?	
Oui :	<input type="checkbox"/>
Non :	<input type="checkbox"/>
- Si oui, combien de consultations y a-t-il eu ?	
1 :	<input type="checkbox"/>
2 ou 3 :	<input type="checkbox"/>
Plus de 3 :	<input type="checkbox"/>
2 - Cela est-il le cas pour la consultation actuelle ?	
Oui :	<input type="checkbox"/>
Non :	<input type="checkbox"/>
A propos de la ou des consultation(s) antérieure(s) (uniquement si vous avez répondu oui à la question 1)	
3 - Chez qui avez-vous effectué cette (ces) consultation(s) ? (plusieurs réponses possibles)	
Chez un médecin du travail :	<input type="checkbox"/>
Chez un remplaçant de votre médecin traitant :	<input type="checkbox"/>
Chez votre médecin traitant :	<input type="checkbox"/>
Chez un autre médecin généraliste :	<input type="checkbox"/>
Dans une permanence médicalisée/maison médicale :	<input type="checkbox"/>
Chez un médecin spécialiste :	<input type="checkbox"/>
Avec SOS médecin :	<input type="checkbox"/>
Appel du SAMU :	<input type="checkbox"/>
Aux urgences :	<input type="checkbox"/>
4 - Lors de la ou des précédentes consultations, y a-t-il eu une prescription de médicaments ?	
Non :	<input type="checkbox"/>
Oui :	<input type="checkbox"/>
- Si oui, ont-ils été efficaces ?	
Non :	<input type="checkbox"/>
Partiellement :	<input type="checkbox"/>
Oui :	<input type="checkbox"/>
5 - Si au moins une de ces consultations ont eu lieu en dehors des heures ouvrables, veuillez préciser pourquoi :	
<div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	
6 - Lors de la ou des précédentes consultations, y a-t-il eu une prescription d'examens ?	
Non :	<input type="checkbox"/>
Oui :	<input type="checkbox"/>
- Si oui, ont-ils permis d'établir un diagnostic ?	
Non :	<input type="checkbox"/>
Oui :	<input type="checkbox"/>
Ne sait pas :	<input type="checkbox"/>
- Si oui, quel est ce diagnostic ?	
<div style="border: 1px solid black; height: 70px; width: 100%;"></div>	

7 - Quel est votre ressenti vis-à-vis de la ou des consultation(s) antérieure(s) ? (plusieurs réponses possibles)

- Non satisfait :
Satisfait :
Méfiant :
Autre (veuillez préciser) : : _____

Pourquoi avez-vous ce sentiment?

8 - Pourquoi ressentez-vous le besoin de reconsulter ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque d'information :
Conseil entourage :
Absence d'amélioration :
Survenue d'une complication :
 Crainte :
Récidive malgré la prise en charge :
Nouvel avis :
Autre (veuillez préciser) : : _____

Pourquoi avez-vous ce sentiment?

9 - Avez-vous déjà consulté de multiples fois aux urgences pour le même motif ? :

- Non :
Oui :

- Si oui, dans quelle circonstance vous y êtes-vous rendu ? (plusieurs réponses possibles)

- De votre propre initiative :
A la demande d'un autre médecin :
Suite à un résultat d'examen (biologie, radio, scanner...) :
Suite à une recherche internet :
Devant l'absence de votre médecin traitant :
Devant l'indisponibilité de votre médecin traitant :
Vous n'avez pas de médecin traitant :
Suite à une consultation téléphonique avec un médecin :
Déplacement :
Autre :

- Si oui, y a-t-il eu (plusieurs réponses possibles) :

- Un appel de votre médecin à la structure :
La réalisation d'un courrier :
Aucun des deux :

10 - Le motif de votre consultation concerne(ait) t-il le domaine (plusieurs réponses possibles) :

- Médical :
Traumatologique (plaie, blessure) :
Chirurgical :
Psychiatrique :
Plaie/Blessure :
De la douleur :
Autre (veuillez préciser) : : _____

11 - Ressentez(iez)-vous le motif de votre consultation comme une urgence ?

- Oui :
Non :

12 - Prévoyez-vous de consulter de nouveau pour le même motif ?

Oui :
Non :
Ne sait pas :

- Si oui, pour quelle(s) raison(s)? (plusieurs réponses possibles):

En cas d'absence de diagnostic :
Vous souhaitez avoir l'avis de votre médecin traitant :
Vous souhaitez avoir l'avis d'un spécialiste :
Vous ne faites pas confiance aux urgences :
En cas de complication :
En cas d'absence d'amélioration :
En cas de récurrence :

Données socio-démographiques

13 - Êtes-vous :

Un homme :
Une femme :

14 - Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?

15 - 17 ans :
18 - 25 ans :
26 - 35 ans :
36 - 45 ans :
46 - 55 ans :
56 - 65 ans :
66 - 75 ans :
Plus de 75 ans :

15 - Vivez-vous en milieu :

Urbain :
Rural :
Semi-rural :

16 - Avez-vous un médecin traitant ?

Oui :
Non :

- Si oui, quel est le nombre moyen de consultations annuelles? : ____

17 - Êtes-vous en ALD (Affection de Longue Durée) ?

Oui :
Non :

18 - Avez-vous une pathologie chronique? (affection pour laquelle vous êtes suivi régulièrement)

Oui :
Non :

19 - Prenez-vous des traitements médicamenteux au quotidien pour une ou plusieurs pathologie(s) médicale(s) ?

Oui :
Non :

20 - Quelle est votre couverture sociale (plusieurs réponses possibles) ?

- Sécurité sociale :
- RSI :
- Régime spécial (SNCF, armée...) :
- MSA (Mutuelle Sociale Agricole) :
- AME :
- Mutuelle :
- ACS :
- CMU :
- CMUC :
- En attente de droits :
- Pas de complémentaire santé :

21 - Quel est votre niveau d'étude ?

- Collège :
- Lycée :
- Formation professionnelle :
- BAC :
- BAC + 2 :
- BAC + 3 :
- Master 1 :
- Master 2/BAC + 5 :
- Supérieur à BAC + 5 :

22 - Quelle est votre situation professionnelle ? (catégorie selon la nomenclature PCS de l'INSEE)

- Etudiant :
- Chômage / Invalidité :
- Sans profession :
- Parent au foyer :
- RSA :
- En formation / reconversion professionnelle :
- Profession libérale :
- Agriculteur exploitant :
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise :
- Ouvrier :
- Employé :
- Profession intermédiaire :
- de l'enseignement, santé, fonction publique :
- administratives et commerciales des entreprises :
- technicien :
- contremaître, agent de maîtrise :
- Cadre et profession intellectuelle supérieure :
- Retraité :

23 - Avez-vous des enfants ?

- Oui :
- Non :
- Si oui, combien d'enfants avez-vous?
 - 1 :
 - 2 :
 - 3 ou plus :

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.

