



**HAL**  
open science

# Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles

Vinciane Balestrieri

## ► To cite this version:

Vinciane Balestrieri. Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02363530

**HAL Id: dumas-02363530**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02363530>**

Submitted on 14 Nov 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.



**Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 26 Juin 2019**

**Par Madame Vinciane BALESTRIERI**

**Née le 9 avril 1990 à Woippy (57)**

**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 MICHELET Pierre**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BALLOT Alexandre**

**Directeur**



# AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

**Président** : Yvon BERLAND

## FACULTE DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

**Administrateur provisoire**: Georges LEONETTI

**Affaires Générales** : Patrick DESSI  
**Professions Paramédicales** : Philippe BERBIS

**Assesseurs** :

- aux Etudes : Jean-Michel VITON
- à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

**Chargés de mission** :

- 1<sup>er</sup> cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- 2<sup>ème</sup> cycle : Marie-Aleth RICHARD
- 3<sup>ème</sup> 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
- Intérieur : Joëlle FAVREGA
- Maintenance : Philippe KOCK
- Scolarité : Christine GAUTHIER

**DOYENS HONORAIRES**

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

## PROFESSEURS HONORAIRES

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

MM NOIRCLERC Michel  
OLMER Michel  
OREHEK Jean  
PAPY Jean-Jacques  
PAULIN Raymond  
PELOUX Yves  
PENAUD Antony  
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  
RIDINGS Bernard  
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  
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. BURGENDORFER (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 T. MARRIE (Canada)  
Sir 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)



**PROFESSEURS EMERITE****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	VIALETES 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

**2018**

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

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

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues	THOMAS Pascal
PANUEL Michel	ROCH Antoine	THUNY Franck
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
PAROLA Philippe	ROLL Patrice	TRIGLIA Jean-Michel
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique	TROPIANO Patrick
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	TSIMARATOS Michel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	TURRINI Olivier
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VALERO René
PETIT Philippe	<i>SAMBUC Roland Surnombre</i>	VAROQUAUX Arthur Damien
PHAM Thao	SARLES Jacques	VELLY Lionel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SARLES/PHILIP Nicole	VEY Norbert
PIQUET Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIDAL Vincent
PIRRO Nicolas	SCAVARDA Didier	VIENS Patrice
POINSO François	SCHLEINITZ Nicolas	VILLANI Patrick
RACCAH Denis	SEBAG Frédéric	VITON Jean-Michel
RANQUE Stéphane	SEITZ Jean-François	VITTON Véronique
RAOULT Didier	SIELEZNEFF Igor	VIEHWEGER Heide Elke
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	XERRI Luc
REYNAUD Rachel	TAIEB David	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	THIRION Xavier	

---

#### **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

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIEN HOSPITALIER**

ACHARD Vincent ( <i>disponibilité</i> )	EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine
AHERFI Sarah	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil ( <i>dispo oct 2018</i> )	FAURE Alice	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine ( <i>disponibilité</i> )	FOLETTI Jean- Marc	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FOUILLOUX Virginie	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	FROMNOT Julien	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GASTALDI Marguerite	PESENTI Sébastien
BERBIS Julie	GELSI/BOYER Véronique	RESSEGUIER Noémie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO Bernard	REY Marc
BERTRAND Baptiste	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Philippe
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SECQ Véronique
BOULAMERY Audrey	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	KASPI-PEZZOLI Elise	TOSELLO Barthélémy
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TROUSSE Delphine
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
CUNY Thomas	LAGIER Aude ( <i>disponibilité</i> )	VION-DURY Jean
DADOUN Frédéric ( <i>disponibilité</i> )	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DALES Jean-Philippe	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVILLIER Raynier	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

(mono-appartenants)

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

**MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**CASANOVA Ludovic  
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**MATHIEU Marion  
REVIS Joana

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

<b>ANATOMIE 4201</b>	<b>ANTHROPOLOGIE 20</b>
<p>CHAMPSAUR Pierre (PU-PH) LE CORROLLER Thomas (PU-PH) PIRRO Nicolas (PU-PH)</p> <p>GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH) LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité</p> <p>THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)</p>	<p>ADALIAN Pascal (PR)</p> <p>DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF) VERNA Emeline (MCF)</p>
<b>ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203</b>	<b>BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501</b>
<p>CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH) DANIEL Laurent (PU-PH) FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH) GARCIA Stéphane (PU-PH) XERRI Luc (PU-PH)</p> <p>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)</p>	<p>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)</p> <p>AHERFI Sarah (MCU-PH) ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) disponibilité octobre 2018 DUBOURG Grégory (MCU-PH) GOURIET Frédérique (MCU-PH) NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH) NINOVE Laetitia (MCU-PH)</p> <p>CHABRIERE Eric (PR) (64ème section) LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section) DESNUES Benoit (MCF) ( 65ème section ) MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)</p>
<b>ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801</b>	<b>BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401</b>
<p>ALBANESE Jacques (PU-PH) BRUDER Nicolas (PU-PH) LEONE Marc (PU-PH) MICHEL Fabrice (PU-PH) VELLY Lionel (PU-PH)</p> <p>GUIDON Catherine (MCU-PH)</p>	<p>BARLIER/SETTI Anne (PU-PH) GABERT Jean (PU-PH) GUIEU Régis (PU-PH) OUAFIK L'Houdine (PU-PH)</p> <p>BUFFAT Christophe (MCU-PH) PROMONOT Julien (MCU-PH) MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH) SAVEANU Alexandru (MCU-PH)</p>
<b>ANGLAIS 11</b>	<b>BIOLOGIE CELLULAIRE 4403</b>
<p>BRANDENBURGER Chantal (PRCE)</p>	<p>ROLL Patrice (PU-PH)</p> <p>GASTALDI Marguerite (MCU-PH) KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH) LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)</p>
<b>BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405</b>	
<p>METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH) PERRIN Jeanne (PU-PH)</p>	
<b>BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301</b>	<b>CARDIOLOGIE 5102</b>
<p>GUEDJ Eric (PU-PH) GUYE Maxime (PU-PH) MUNDLER Olivier (PU-PH) Sumombre TAIEB David (PU-PH)</p> <p>BELIN Pascal (PR) (69ème section) RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)</p> <p>CAMMILLERI Serge (MCU-PH) VION-DURY Jean (MCU-PH)</p> <p>BARBARAU/PERLES Teodora Adriana (MCF) (69ème section)</p>	<p>AVTERINOS Jean-François (PU-PH) BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH) CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARD Jean-Claude (PU-PH) FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH) PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)</p>
<b>BIostatistiques, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604</b>	<b>CHIRURGIE DIGESTIVE 5202</b>
<p>CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Sumombre GAUDART Jean (PU-PH) GIORGI Roch (PU-PH)</p> <p>CHAUDET Hervé (MCU-PH) DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH) GIUSIANO Bernard (MCU-PH) MANCINI Julien (MCU-PH)</p> <p>ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section) BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)</p>	<p>BERDAH Stéphane (PU-PH) HARDWIGSEN Jean (PU-PH) SZELEZNEFF Igor (PU-PH)</p> <p>BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)</p>
	<b>CHIRURGIE GENERALE 5302</b>
	<p>DELPERO Jean-Robert (PU-PH) MOUTARDIER Vincent (PU-PH) SEBAG Frédéric (PU-PH) TURRINI Olivier (PU-PH)</p> <p>BEGE Thierry (MCU-PH) BRNBAUM David (MCU-PH)</p>

<b>CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002</b>	GUERIN Carole (MCU PH)
ARGENSON Jean-Noël (PU-PH) BLONDEL Benjamin (PU-PH) CURVALE Georges (PU-PH) FLECHER Xavier (PU PH) PARRATTE Sébastien (PU-PH) <i>Disponibilité</i> ROCHWERGER Richard (PU-PH) TROPANO Patrick (PU-PH)	<b>CHIRURGIE INFANTILE 5402</b>
OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)	GUY'S Jean-Michel (PU-PH) JOUVE Jean-Luc (PU-PH) LAUNAY Franck (PU-PH) MERROT Thierry (PU-PH) VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) FAURE Alice (MCU PH) PESENTI Sébastien (MCU-PH)
<b>CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702</b>	<b>CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503</b>
BERTUCCI François (PU-PH) CHINOT Olivier (PU-PH) COWEN Didier (PU-PH) DUFFAUD Florence (PU-PH) GONCALVES Anthony (PU-PH) HOUVENAEGHIEL Gilles (PU-PH) LAMBAUDIE Eric (PU-PH) SALAS Sébastien (PU-PH) VIENS Patrice (PU-PH)	CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH) GUYOT Laurent (PU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH) TABOURET Emeline (MCU-PH)	FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)
<b>CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103</b>	<b>CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004</b>
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)	CASANOVA Dominique (PU-PH) LEGRE Régis (PU-PH)
POUILLOUX Virginie (MCU-PH) GRISOLI Dominique (MCU-PH) TROUSSE Delphine (MCU-PH)	BERTRAND Baptiste (MCU-PH) HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)
<b>CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDICINE VASCULAIRE 5104</b>	<b>GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201</b>
ALIMI Yves (PU-PH) AMABLE Philippe (PU-PH) BARTOLI Michel (PU-PH) BOUPI Mourad (PU-PH) MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH) PIQUET Philippe (PU-PH) SARLON-BARTOLI Gabriëlle (PU PH)	BARTHET Marc (PU-PH) BERNARD Jean-Paul (PU-PH) BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH) <i>Sumombre</i> DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH) GEROLAME-SANTANDREA René (PU-PH) GRANDVAL Philippe (PU-PH) GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH) SEITZ Jean-François (PU-PH) VITTON Véronique (PU-PH)
<b>HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202</b>	GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)
LEPIDI Hubert (PU-PH)	<b>GENETIQUE 4704</b>
AICHARD Vincent (MCU-PH) <i>disponibilité</i> PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)	BEROUD Christophe (PU-PH) KRAHN Martin (PU-PH) LEVY Nicolas (PU-PH) MONCLA Anne (PU-PH) SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)
<b>DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003</b>	NGUYEN Karine (MCU-PH) TOGA Caroline (MCU-PH) ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)
BERBIS Philippe (PU-PH) GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH) GROB Jean-Jacques (PU-PH) RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)	<b>DUSE</b>
COLSON Sébastien (MCF)	<b>ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404</b>
BRUE Thierry (PU-PH) CASTINETTI Frédéric (PU-PH) CLINY Thomas (MCU PH)	<b>GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403</b>
<b>EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601</b>	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)
AUQUEER Pascal (PU-PH) BOYER Laurent (PU-PH) GENTILE Stéphanie (PU-PH) SAMBUC Roland (PU-PH) <i>Sumombre</i> THRION Xavier (PU-PH)	
BERBIS Julie (MCU-PH) LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH) RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)	
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section) TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)	

IMMUNOLOGIE 4703	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701
<p>KAPLANSKI Gilles (PU-PH) MEGE Jean-Louis (PU-PH) OLIVE Daniel (PU-PH) VIVIER Eric (PU-PH)</p> <p>FERON François (PR) (59ème section)</p> <p>BOUCRAUT Joseph (MCU-PH) CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH) DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH) DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH) ROBERT Philippe (MCU-PH) VELY Frédéric (MCU-PH)</p> <p>BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)</p>	<p>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)</p> <p>DEVILLIER Raynier (MCU PH) GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH) LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH) LOOSVELD Marie (MCU-PH) SUCHON Pierre (MCU-PH)</p> <p>POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)</p>
MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603
<p>BROUQUET Philippe (PU-PH) LAGIER Jean-Christophe (PU-PH) PAROLA Philippe (PU-PH) STEIN Andréas (PU-PH)</p> <p>MILLION Matthieu (MCU-PH)</p>	<p>BARTOLI Christophe (PU-PH) LEONETTI Georges (PU-PH) PELISSIER-ALJCOT Anne-Laure (PU-PH) PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)</p> <p>TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)</p> <p>BERLAND/BENHAÏM Caroline (MCF) (1ère section)</p>
MEDECINE D'URGENCE 4805	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905
<p>KERBAUL François (PU-PH) MOCHELET Pierre (PU-PH)</p>	<p>BENSOUSSAN Laurent (PU-PH) VITON Jean-Michel (PU-PH)</p>
MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602
<p>BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) DISDIER Patrick (PU-PH) DURAND Jean-Marc (PU-PH) FRANCES Yves (PU-PH) Sumomère GRANEL/REY Brigitte (PU-PH) HARLE Jean-Robert (PU-PH) ROSSI Pascal (PU-PH) SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)</p> <p>EBBO Mikael (MCU-PH)</p> <p>GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)</p> <p>ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)</p> <p>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)</p>	<p>LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)</p> <p>BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH) SARI/MENODIER Irène (MCU-PH)</p>
NUTRITION 4404	NEPHROLOGIE 5203
<p>DARMON Patrice (PU-PH) RACCAH Denis (PU-PH) VALERO René (PU-PH)</p> <p>ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité BELIARD Sophie (MCU-PH)</p> <p>MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)</p>	<p>BERLAND Yvon (PU-PH) Sumomère BRUNET Philippe (PU-PH) BURTEY Stéphanie (PU-PH) DUSSOL Bertrand (PU-PH) JOURDE CHICHE Noémie (PU PH) MOAL Valérie (PU-PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROCHIRURGIE 4902
<p>CHABANNON Christian (PR) (66ème section) SOBOL Hagay (PR) (65ème section)</p>	<p>DUFOUR Henry (PU-PH) FUENTES Stéphane (PU-PH) REGIS Jean (PU-PH) ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH) SCAVARDA Didier (PU-PH)</p> <p>CARRON Romain (MCU PH) GRAILLON Thomas (MCU PH)</p>
ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)	NEUROLOGIE 4901
	<p>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)</p>



<b>OPHTALMOLOGIE 5502</b>	<b>PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904</b>
DENIS Danièle (PU-PH) HOFFART Louis (PU-PH) <i>Disponibilité</i> MATONNI Frédéric (PU-PH) <i>Disponibilité</i>	DA FONSECA David (PU-PH) POINSO François (PU-PH)
<b>OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501</b>	<b>PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4903</b>
DESSI Patrick (PU-PH) FAHRY Nicolas (PU-PH) GIOVANNI Antoine (PU-PH) LAVIELLE Jean-Pierre (PU-PH) MICHEL Justin (PU-PH) NICOLLAS Richard (PU-PH) TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) DEVEZE Arnaud (MCU-PH) <i>Disponibilité</i> REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)	BLIN Olivier (PU-PH) FAUGERE Gérard (PU-PH) <i>Surmombre</i> MCALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH) SIMON Nicolas (PU-PH) BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
<b>PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502</b>	<b>PHILOSOPHIE 17</b>
RANQUE Stéphane (PU-PH)  CASSAGNE Carole (MCU-PH) L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH) MARY Charles (MCU-PH) TOGA Isabelle (MCU-PH)	LE COZ Pierre (PR) (17ème section)  MATHIEU Marion (MAST)
<b>PEDIATRIE 5401</b>	<b>PHYSIOLOGIE 4402</b>
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) OVAERT Caroline (MCU-PH) TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)	BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH) BREGON Fabienne (PU-PH) GABORIT Bénédicte (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) DADOUX Frédéric (MCU-PH) <i>(disponibilité)</i> DELLIAUX Stéphane (MCU-PH) REY Marc (MCU-PH)  RUEL Jérôme (MCF) (69ème section) THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)
<b>PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903</b>	
BALLY Daniel (PU-PH) LANCON Christophe (PU-PH) NAUDIN Jean (PU-PH)	
<b>PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16</b>	
AGHABABIAN Valérie (PR)	
<b>RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302</b>	<b>PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101</b>
BARTOLI Jean-Michel (PU-PH) CHAGNAUD Christophe (PU-PH) CHAUMOTRE Kathia (PU-PH) GIRARD Nadine (PU-PH) GORINCOUR Guillaume (PU-PH) JACQUIER Alexis (PU-PH) MOULIN Guy (PU-PH) PANJEL Michel (PU-PH) PETIT Philippe (PU-PH) VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH) VIDAL Vincent (PU-PH)	ASTOUL Philippe (PU-PH) BARLESI Fabrice (PU-PH) CHANEZ Pascal (PU-PH) CHARPIN Denis (PU-PH) <i>Surmombre</i> GRELLIER Laurent (PU-PH) REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)  MASCALX Céline (MCU-PH) TOMASINI Pascale (MCU-PH)
<b>REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802</b>	<b>THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804</b>
GAINIER Marc (PU-PH) GERBEAUX Patrick (PU-PH) PAPAZIAN Laurent (PU-PH) ROCH Antoine (PU-PH)  HRAIECH Sami (MCU-PH)	AMBROSI Pierre (PU-PH) VILLANI Patrick (PU-PH)  DAUMAS Aurélie (MCU-PH)
<b>RHUMATOLOGIE 5001</b>	<b>UROLOGIE 5204</b>
GUIS Sandrine (PU-PH) LAPFORGUE Pierre (PU-PH) PHAM Thao (PU-PH) ROUDIER Jean (PU-PH)	BASTIDE Cyrille (PU-PH) KARSENTY Gilles (PU-PH) LECHEVALLIER Eric (PU-PH) ROSSI Dominique (PU-PH)

## **Remerciements**

*A notre Président de jury*

*Monsieur le Professeur Patrick GERBEAUX*

*Pour me faire l'honneur de présider cette thèse*

*Je vous remercie de votre confiance, de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants*

*Veillez trouver ici l'expression de mon plus profond respect*

*A Monsieur le Professeur Pierre MICHELET*

*Pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury*

*Je vous remercie de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants*

*Veillez trouver ici toute ma gratitude*

*A Monsieur le Docteur Gaëtan GENTILE*

*Pour me faire l'honneur de siéger dans ce jury*

*A vous qui œuvrez pour la qualité de la formation et la reconnaissance de la médecine générale universitaire*

*Veillez trouver ici toute ma gratitude*

*A Monsieur le Docteur Alexandre BALLOT*

*D'avoir accepté de diriger cette thèse*

*Merci de votre disponibilité, de votre investissement et de l'intérêt porté à l'élaboration de ce travail alliant médecine générale et médecine d'urgence*

*Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance et toute mon estime*

## ***Je dédie cette thèse***

*A mes parents, pour votre soutien et vos encouragements depuis la première heure de ces longues études. Pour votre amour inconsidéré, pour les valeurs que vous m'avez transmises, pour être présents à mes côtés et me permettre de m'épanouir dans cette belle aventure de médecine.... Un GRAND MERCI ! je vous suis tellement reconnaissante !...*

*A mon papa, pour ton investissement et ton aide précieuse dans l'élaboration de ce travail.*

*A ma maman, pour ton humour, pour trouver les bons mots en toutes circonstances et me permettre de donner le meilleur de moi-même.*

*A mes frères, pour notre complicité, pour votre soutien et votre amour.*

*A ma belle-maman, pour ton amour et ton soutien depuis toutes ces années.*

*A mes grands-parents Guitou et Monette, pour votre amour et votre éternel soutien.*

*A tous les membres de ma famille, à ma grand-mère, à mes oncles et tantes, cousins et cousines, pour ces moments partagés.*

*A Lutz pour son investissement et sa disponibilité, pour ton intérêt porté à ce travail.*

*A Anne-Flore, ma meilleure amie et marraine, pour être à mes côtés depuis toutes ces années, merci pour ton soutien et tes encouragements, pour tous ces moments merveilleux partagés depuis notre enfance.*

*A Franck, mon parrain, pour ta gentillesse infinie et ton éternel soutien, merci d'être cette « perle précieuse ».*

*A mes amis proches qui me soutiennent malgré la distance.*

*A mes chers co-internes, Franck, Rime, Jeanne, Matthieu, Mélanie, Andréa.... Pour votre soutien, pour tous ces bons moments partagés.*

*A toutes les belles rencontres depuis le début de mes études.*

*A toute l'équipe des urgences d'Arles, merci de m'avoir soutenue dans l'élaboration de ce projet, merci pour vos compétences et votre investissement !*

*A tous ceux qui ont fait le déplacement aujourd'hui pour m'apporter leur soutien.*

*A la mémoire de ma grand-mère Georgette et de mes grands-pères Jacky et Maurice, en espérant faire votre fierté.*

**Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au  
sein du service d'accueil des urgences à Arles**

**T H È S E**

**Présentée et publiquement soutenue devant**

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES**

**DE MARSEILLE**

**Le 26 Juin 2019**

**Par Madame Vinciane BALESTRIERI**

**Née le 9 avril 1990 à Woippy (57)**

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 MICHELET Pierre**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan**

**Assesseur**

**Monsieur le Docteur BALLOT Alexandre**

**Directeur**

# PLAN

## **I/ Introduction**

## **II/ La Permanence et des Soins**

- 1- Définition
- 2- Création de la PDS
  - a) Evolution des pratiques en médecine générale
  - b)
  - c) Les patients – comportements
  - d) Accès aux services des urgences
- 3- Bases et fondements juridiques de la PDS
- 4- La Maison Médicale de Garde
- 5- Acteurs de la PDS
  - a) SAMU – Centre 15 – Centres interconnectés
  - b) SAU
  - c) Acteurs libéraux de la PDS
- 6- La PDS en région PACA
  - a) L'offre de soins en région PACA
  - b) La PDS à Arles – Bouches-Du-Rhône

## **III/ Le CIRCUIT COURT aux urgences à Arles**

- 1- Définition
- 2- Principe actuel – Fonctionnement actuel
- 3- Mise en place et fonctionnement (+ horaires)
- 4- Critères de sélection et d'orientation
- 5- Intervenants
- 6- Les locaux – Organisation au sein du service des urgences
- 7- Equipement (accès au plateau technique)
- 8- Dossier médical – TU
- 9- Financement

## **IV/ Etude de la mise en place de la filière Circuit Court au SAU du Centre Hospitalier d'Arles**

### **IV/A- Objectifs**

### **IV/B- Matériel et Méthode**

- 1- Recueil des données (TU) – Dossier médical
- 2- Orientation – Sélection des patients
- 3- Critères d'inclusion

## **IV/C- Résultats**

- 1- Données générales
- 2- Caractéristiques de la population
  - a) Sexe
  - b) Age
  - c) Motif de consultation
  - d) Gravité
  - e) CCMU
  - f) Provenance
  - g) Devenir des patients orientés Circuit Court
- 3- Durées de séjour et délai de prise en charge
  - a) Durée de séjour globale
  - b) Délai de prise en charge
  - c) Délai de séjour intra-service des patients orientés Circuit Court en 2018
- 4- Répartition en fonction de l'affluence horaire
- 5- Recours au plateau technique

## **IV/D- Discussion**

- 1- Impact de l'étude
  - a) Caractéristiques de la population
  - b) Formation du personnel - Protocoles
  - c) Durées de séjour et délai de prise en charge
  - d) Analyse de l'affluence
- 2- Impact sur le service
- 3- Mise en place et organisation de cette expérience
  - a) Moyens humains – organisation du personnel
  - b) Dossier médical – TU
  - c) Facilité d'accès au plateau technique
  - d) Organisation « géographique » au sein du service
  - e) Financement

## **V/ Conclusion**

## **VI/ Annexe - Abréviations**

## **VII/ Bibliographie**

## RESUME

### **Introduction :**

L'augmentation constante du nombre de passage dans les services d'urgences français pose le problème de la régulation des flux et de la sectorisation. La mise en place d'une filière courte assurant une consultation de médecine de premier recours a montré son efficacité dans de nombreux hôpitaux. La filière « Circuit Court » au sein du service d'accueil des urgences au Centre Hospitalier d'Arles a été mise en place de façon expérimentale de Janvier à Avril 2018 à l'initiative de l'interne en médecine générale réalisant cette thèse. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la mise en place de cette filière sur la durée de séjour des patients orientés Circuit Court.

### **Matériels et Méthodes :**

Il s'agissait d'une étude monocentrique française au Centre Hospitalier d'Arles incluant le nombre de passages de Janvier à Avril 2018. Les patients inclus dans l'étude étaient ceux orientés « Circuit Court » par l'IAO selon des critères cliniques d'orientation définis par un protocole. Les données d'intérêt ont été recueillies à partir du logiciel informatique Terminal Urgences. Le critère de jugement principal était la durée moyenne de séjour du patient.

### **Résultats :**

12067 passages dont 2274 patients étaient orientés « Circuit Court », soit 19% du passage total sur la période de Janvier à Avril 2018. Pris en charge de façon classique, la durée de séjour moyenne était de 275 minutes toutes orientations confondues et de 221 minutes pour les patients « Circuit Court » contre 142 minutes pour les 407 patients inclus dans l'étude ( $p < 0,01$ ). La durée de séjour intra-service allant de la prise en charge par un médecin à la sortie du patient est diminuée à 51,8 minutes pour les patients de l'étude contre 119 minutes pour les patients « Circuit Court » pris en charge de façon classique ( $p < 0,01$ ) et 190 minutes toutes orientations confondues.

### **Conclusion :**

La mise en place de cette filière « Circuit Court » au sein du service des urgences à Arles a permis une diminution significative de la durée de séjour des patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours ( $p < 0,01$ ), passant par une relation médecin généraliste – urgentiste afin d'assurer la permanence des soins de médecine générale, palliant ainsi, sans concurrence à la médecine libérale, à la désertification médicale. Ces conclusions sont confortées par l'ensemble de l'équipe soignante médicale et paramédicale du service des urgences.

**Mots clés** : médecine de premier recours, médecine générale, filière « Circuit Court », permanence des soins, service d'accueil des urgences, durée de séjour, gestion du flux.

## SUMMARY

### **Introduction:**

The constant increase of the number of move in the French emergency ward asks the problem of the regulation of flows and sectorization. The set up of a fast track department providing a primary care's consultation has shown its effectiveness in many hospitals. The general medicine intern performing this thesis set up the fast-track program within the emergency reception ward at Arles Hospital Center as an experimental channel from January to April 2018. The objective of this study is to evaluate the impact of this sector on the patients' period of stay.

### **Materials and methods:**

This was a French monocentric study at Arles Hospital Center including the number of move from January to April 2018. The patients included in the study were those referred to fast track by the OWN (Orientation and Welcoming Nurse) according to clinical criteria of orientation defined by a protocol. The data of interest was collected from Terminal Emergency Computer Software. The primary endpoint was the patients' average period of stay.

### **Results:**

12067 moves whose 2274 patients were oriented "fast track", or 19% of the total move over the period from January to April 2018. Supported in a conventional way, the period of stay was 275 minutes of all orientations combined and 221 minutes for fast track's patients against 142 minutes for the 407 patients included in the study ( $p < 0,01$ ). The intra-office stay period from physician management to patient discharge is decreased to 51,8 minutes for the patients of the study compared to 119 minutes for fast track's patients who are supported on a conventional basis ( $p < 0,01$ ) and 190 minutes all orientations combined.

### **Conclusion:**

The set up of this fast-track department network in Arles' emergency ward significantly reduced the patients' period of stay undergoing primary care consultation ( $p < 0,01$ ), passing through a general practitioner – emergency physician relationship to ensure permanent care of general medicine, thus palliating, without competition to liberal medicine and medical desertification. These conclusions are supported by the entire medical and paramedical team in the emergency ward.

### **Key-words:**

First-line medicine, general medicine, fast-track network, continuity of cares, emergency reception ward, flow of patients' management, period of stay.



## **I/ Introduction**

Le nombre de passages dans les services d'urgences français ne cesse de croître chaque année, aggravé en partie par la désertification médicale, causant un engorgement massif des services, source de stress et de dégradation des conditions et qualité de travail et responsable d'un épuisement du personnel soignant.

Le SAU d'Arles (Service d'Accueil des Urgences) comptent 36 278 passages en 2018 contre 34 549 en 2015, et comme dans l'ensemble des services d'urgences, la part de patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours est en constante augmentation.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2018, le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) recensait 87 801 médecins généralistes en activité régulière, soit 7% de moins qu'en 2010 (n=94 261), dont 3126 dans le département des Bouches Du Rhône.

Malgré une densité médicale parmi les plus élevée en France avec 344 médecins/100 000 habitants pour la région PACA, la moyenne française étant de 270 médecins/100 000 habitants, des disparités sont observées selon les territoires.

La commune d'Arles compte 70 médecins généralistes en activité régulière soit une densité de 132 médecins/100 000 et donc inférieure à la moyenne nationale.

La nouvelle réglementation de 2017 modifie la formation des médecins urgentistes. Ils seront dorénavant titulaires d'un DES de Médecine d'Urgence (Diplôme d'Etudes Spécialisées) et non plus d'un DES de Médecine Générale complété par un DESC de Médecine d'Urgence (Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires), et bénéficieront d'une formation d'avantage ciblée sur la médecine d'urgences. (1)

La Permanence des Soins et donc la prise en charge des patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours et donc majoritairement de la médecine générale sera à l'avenir plus pertinente par un médecin généraliste que par un urgentiste.

La création d'une filière courte avec un médecin dédié au SAU d'Arles, inexistante jusqu'à présent, avec seulement la possibilité d'identifier les patients concernés, s'impose pour améliorer la gestion des flux.

La création et l'organisation efficiente d'une telle filière avec un médecin dédié est un enjeu majeur pour le service et doit permettre, par la diminution des délais de séjour, de désengorger la salle d'attente, améliorant ainsi les conditions de travail de l'équipe soignante.

Chaque partenaire met à profit ses compétences, le médecin généraliste pour la médecine de premier recours, le médecin urgentiste pour la médecine d'urgences.

Ces filières courtes ont prouvé leur efficacité dans les grands centres et pourraient être tout aussi pertinentes dans de plus petites structures. (2)(3)(4)

Une filière « Circuit Court » au SAU d'Arles a été mise en place de façon expérimentale de Janvier à Avril 2018, après formation du personnel infirmier, notamment de l'IAO (Infirmière d'Accueil et d'orientation) et établissement de critères d'inclusion par un protocole.

La comparaison de cette population avec la même période en 2017 a permis de mettre en évidence des échantillons comparables selon les caractéristiques étudiées, permettant d'attribuer les résultats observés à la mise en place de cette expérience et à l'amélioration de la formation du personnel et d'éliminer une fluctuation liée à la population elle-même.

Le médecin dédié était l'interne en médecine générale à l'initiative de cette thèse. Il n'y avait pas de personnel paramédical dédié. Les patients inclus étaient ceux dont le motif relevait d'une consultation de médecine générale, élargis à la petite traumatologie et aux plaies grâce à son implantation au sein du service des urgences permettant l'accès au plateau technique.

L'objectif principal est d'évaluer l'impact de cette filière, dans un service d'urgences d'un centre hospitalier périphérique, ici Arles, avec un médecin généraliste dédié, sur les délais de séjour des patients en améliorant la gestion des flux et d'en apprécier la pertinence au profit de l'équipe médicale et paramédicale mais aussi des patients.

## **II/ La Permanence des Soins**

### **1) Définition**

La permanence des soins (PDS) est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. (4)(5)

La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » (article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires) du 21 juillet 2009). Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

L'organisation de la PDS se distingue selon deux secteurs :

- Le secteur ambulatoire (6) : consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé : toutes les nuits de 20h à 8h du matin ; le samedi de 12h à 24h, les dimanches et jours fériés de 8h à 24h. Les demandes des patients sont régulées par les médecins régulateurs de la PDSA (Permanence Des Soins en Ambulatoire) exerçant au sein du centre 15 de chaque département. Si besoin, les patients sont orientés vers des lieux fixes de consultation (comme par exemple les maisons médicales de garde).

Depuis 2002, l'article 77 du code de déontologie a été modifié, la PDS n'est plus considérée comme une obligation, mais il est désormais du devoir du médecin de participer à la permanence des soins ;

À la demande de la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins), la Haute Autorité de santé a publié des recommandations de bonne pratique en mars 2011 sur les modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. En effet, préserver la qualité des soins de façon équitable sur tout le territoire, et notamment en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, est un enjeu de santé publique.(7)

- Le secteur hospitalier(8) : la convention nationale médicale du 12 février 2005 instaure de nouvelles modalités de rémunération spécifique pour la permanence des soins en établissements privés avec la possibilité pour l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance) de passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé libéraux au sein des établissements, afin que ceux-ci y assurent gardes et astreintes.

La permanence de soins en établissement de santé (PDSSES) se définit comme :

- l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients
- dans une structure de soins d'un établissement de santé
- en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence,
- la nuit (à partir de 20h du soir et jusqu'à 8 heures du matin),
- le week-end (à partir du samedi midi) et les jours fériés.

La PDSSES concerne le seul champ de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).(8)(9)

Dans les établissements publics de santé, la réglementation précise que la permanence des soins peut prendre la forme :

- d'une permanence à l'hôpital impliquant la présence continue (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital ;
- d'une astreinte opérationnelle à domicile impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;
- d'appels exceptionnels (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

La Permanence Des Soins et les urgences sont donc deux activités différentes.

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

L'activité des médecins généralistes exercée pendant la PDS est de la médecine de premier recours.

Le médecin dispense des soins, prescrit si besoin des médicaments ou examens paracliniques, et à l'issue de la consultation il peut orienter le patient vers son médecin traitant ou vers un service d'urgences si cela est nécessaire.

## **2) Création de la PDS**

La création de la PDS résulte de l'évolution des pratiques de la médecine libérale, du comportement des patients et de l'inégalité de l'accès aux soins entre médecine générale et consultation aux urgences.

### ***a) Evolution des pratiques en médecine générale***

Au 1er janvier 2018, on compte 296 755 médecins inscrits soit 5781 de plus qu'en 2017 (+2%) et 35 377 de plus qu'en 2010 (+13.5%).

On compte 43% de femmes et 57% d'hommes, d'âge moyen 57 ans.

Néanmoins, l'évolution des effectifs de médecins inscrits montre des différences départementales.

La densité médicale régionale est en moyenne de 270 médecins pour 100 000 habitants, allant pour les COM (Collectivités d'Outre-Mer) de 185 à 344 médecins/100 000 habitants en région PACA (Provence Alpes Côte d'Azur).(10)(11)(12)

Parmi ces médecins, 217 107 sont en activité totale et 79 648 sont retraités dont 17 373 en cumul emploi-retraite (activité libérale/ mixte/ salariée hors remplaçant). (13)

Depuis 2010, les médecins retraités actifs ou non enregistrent une hausse de 43.6% de leurs effectifs tandis que le nombre d'actifs n'a augmenté, sur la même période que de 0.3%.(10)

Le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) rapporte 198 081 médecins en activité régulière, avec 43% de femmes et 57% d'hommes, d'âge moyen 51 ans.(14)

47% ont une activité salariale, 42% exercent en libéral et 11% ont une activité mixte.

**Actuellement, le tableau de l'Ordre recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière (tous modes d'exercice confondus) ; soit une diminution des effectifs depuis 2010 et 2017 respectivement de 7% et de 0,4%.**

**Les effectifs de MG en activité régulière devrait baisser jusqu'à 81 804 médecins en 2025 selon une méthode de calcul dite de régression linéaire avec un taux de croissance moyen annuel de -0.9%. (15)**

En 2018, le CNOM recense 8733 nouveaux inscrits dont 41% d'hommes et 59% de femmes, d'âge moyen 32ans.

75% sont en activité régulière et 23% en activité intermittente : 62% en activité salariale, 23% sont remplaçants, 12% ont une activité libérale et 1% une activité mixte. 2% sont sans activité.(10)

La pyramide des âges des généralistes fait apparaître un vieillissement de plus en plus marqué.

L'âge moyen des médecins généralistes observe une relative constance entre 2010 et 2018 (50.3 ans et 50.6 ans) comparativement aux spécialistes qui observe un léger rajeunissement (50.1 ans vs 49.5 ans). (11)

La féminisation des médecins qualifiés en médecine générale participe au rajeunissement par le bas (tranche d'âge inférieur).

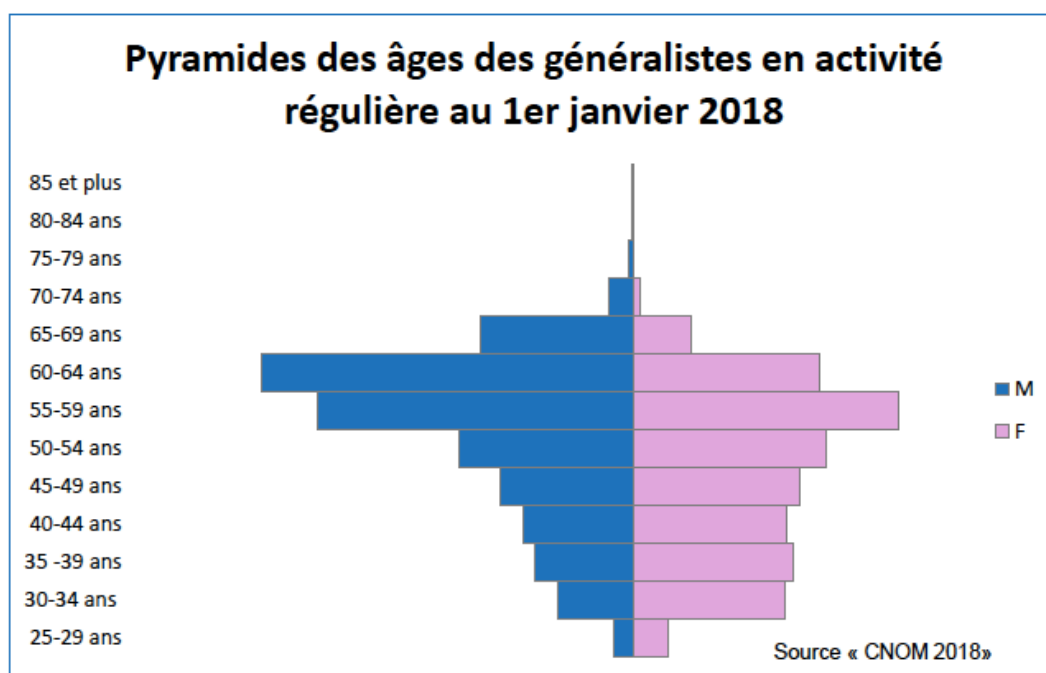


Figure 1 : Pyrame des âges des médecins généralistes en activité régulière au 1<sup>er</sup> janvier 2018

A noter : depuis 2007, l'exercice libéral attire de moins en moins les jeunes médecins : alors qu'un tiers des nouveaux inscrits en 2007 exerce en secteur libéral en 2014, la proportion chute à 14,9 % pour la génération de 2012.

(16)(11)

A cette répartition inégale sur le territoire s'ajoute la pénibilité des horaires, la féminisation de la profession, la judiciarisation, le vieillissement des médecins de campagne.

Les femmes représentent au 1er janvier 2018, 48.2% des effectifs de médecins généralistes en activité régulière.

Entre 2010 et 2017, leur part augmente respectivement de 39.2 (2010) % à 47 % (2017) soit une augmentation de 9 points en 8 ans. Cette proportion de plus en plus importante de femmes est également observée chez les spécialistes passant de 40.8% en 2010 à 46.8 % en 2018

Concernant cette féminisation de la profession, si aujourd'hui un médecin travaille 50 heures, il assure 1,33 ETP (Equivalent Temps Plein).

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

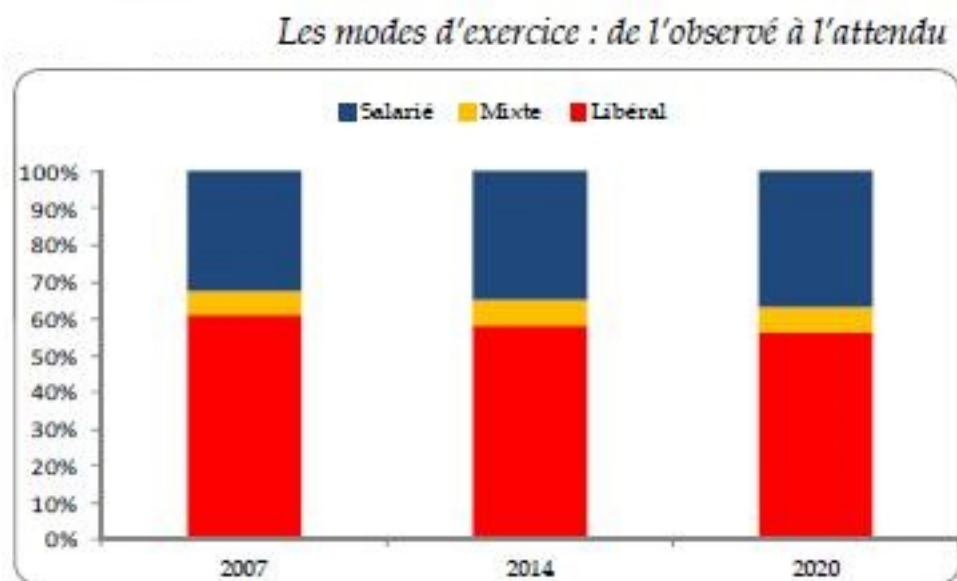


Figure 2 : Diagramme représentant l'évolution des modes d'exercice des médecins libéraux

*Revenons sur la judiciarisation de la profession.*

En 2017, 475 633 sociétaires étaient couverts par la MACSF en responsabilité civile professionnelle (+ 1% par rapport à 2016).

4650 déclarations corporelles ont été adressées par les sociétaires contre 4468 en 2016 5 (+ 4,07%), soit une sinistralité de 1,02% toutes déclarations confondues contre 0,99% en 2016.

En 2017, la MACSF (Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français) recense 145328 médecins toutes spécialités et modes d'exercice confondus contre 141425 en 2016. (17)

Il y a eu 2374 déclarations en lien avec des dommages corporels contre 2305 en 2016 dont 851 ont saisi la CCI (Commission de Conciliation et Indemnisation) ; 848 réclamations amiables ; 493 procédures civiles ou administratives ; 104 plaintes pénales et 78 plaintes ordinaires.

En 2017, les 45845 médecins généralistes sociétaires de la MACSF, dont 35782 médecins libéraux, ont adressé 355 déclarations (93 sans suite) dont 284 en exercice libéral, soit une sinistralité de 0,79% (348 déclarations en 2016 dont 343 en libéral).

Ces déclarations se répartissent en 19 plaintes pénales, 88 procédures civiles, 19 plaintes ordinaires, 3 procédures administratives, 112 réclamations amiables et 114 saisines d'une CCI.

#### ***b) Les patients – comportements***

En France, le recours au service d'urgences est en augmentation croissante, en partie dû à la diminution de l'offre de soins libérale.

En 2016, en France métropolitaine et dans les DROM (Département et Régions d'Outre-Mer), 719 structures des urgences situées dans 641 établissements de santé ont traité 21,2 millions de passages, soit une progression de 3,5 % par rapport à 2015 et de 15% par rapport à 2012. (18)

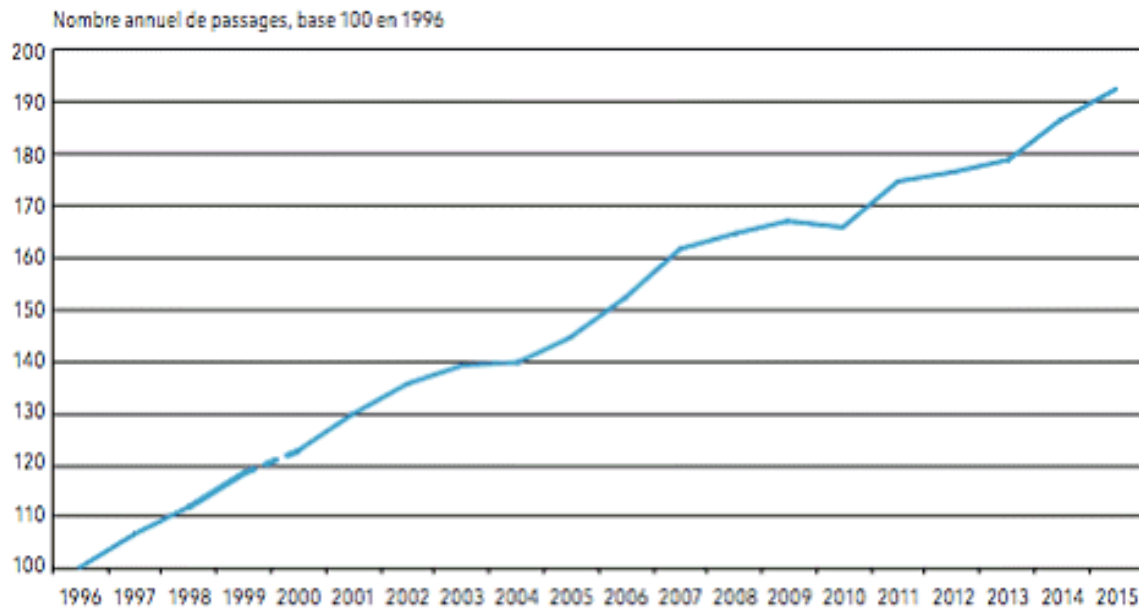
Aux côtés des structures des urgences hospitalières, 103 Samu et 399 SMUR assurent l'orientation, la prise en charge pré-hospitalière et le transport des malades.

Le secteur public fournit la majeure partie de l'activité de médecine d'urgence en comptabilisant 77% des structures.(19)

Cependant ce recours au service d'urgences ne s'observe plus seulement aux horaires de fermeture des cabinets libéraux entraînant ainsi une augmentation massive et anarchique de l'afflux de patients. L'augmentation de la demande de soins non programmés non urgents associée à la raréfaction des médecins libéraux est en partie responsable de l'augmentation de cet afflux.



### Graphique Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



**Note >** Ces évolutions sont à interpréter avec prudence car la modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

**Champ >** France métropolitaine, hors SSA.

**Sources >** DREES, SAE 1996-2015, traitements DREES.

Figure 3 : Graphique représentant l'évolution du nombre de passage aux urgences par an depuis 1996

#### c) L'accès aux services d'urgences

Ouverture permanente 7j/7 et 24h/24, entrée libre et gratuite pourraient bien être responsable de cet afflux massif.

« L'offre provoque la demande », or plus l'offre est large moins il est facile d'y répondre de façon adaptée.(20)

On distingue trois types d'urgence :

- Urgence vitale/absolue
- Urgence relative
- Urgence ressentie ou urgence de confort

Cette « urgence ressentie » et exprimée sous forme d'un symptôme représente une part croissante de la consultation dans les services d'urgences.

La raréfaction de l'offre de soins en libéral, avec le plus souvent un délai de quelques jours avant de pouvoir consulter son médecin traitant, incite les patients à se rendre dans les services d'urgence.

L'évolution des comportements tend vers le « tout et tout de suite » et les patients ne semblent plus temporiser leurs symptômes.

Ainsi le rôle du médecin généraliste dans la mise en place de cette consultation de premier recours au sein d'un service d'urgences est :

- En aucun cas la prise en charge de l'urgence vitale
- Apprécier et réorienter une urgence relative
- Prendre en charge la majorité des urgences ressenties

A l'inverse le SAU répond :

- A tous les cas d'urgences vitales
- A la majorité des cas d'urgences relatives
- En aucun cas aux urgences ressenties ou de confort

Ainsi, la PDS assurée par le médecin généraliste au sein des services d'urgence et le SAU apparaît comme complémentaire.

L'association des compétences médicales des médecins généralistes et urgentistes en un lieu unique semblerait donc adaptée pour répondre à cette augmentation de la demande de soins, tant à l'échelon collectif qu'individuel.

### **3) Bases et fondements juridiques de la PDS**

Le dispositif de permanence des soins est organisé par les ARS (Agence Régionale de Santé) avec l'aide des CODAMUPS-TS (COMité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires). Un cahier des charges régional de la permanence des soins, arrêté par le directeur général de l'ARS, porte les principes d'organisation et de rémunération de cette permanence sur le territoire régional. (21)(22)(23)

Le territoire est divisé en secteurs de permanence des soins, pour chacun desquels est élaboré un tableau nominatif de garde médicale. La régulation libérale des appels de permanence des soins est le plus souvent intégrée au centre de réception et de régulation des appels du SAMU-Centre 15. Elle peut également être autonome, mais reste alors interconnectée avec le SAMU-Centre 15 de façon à pouvoir transférer les appels.(5)

Le médecin de garde bénéficie d'un forfait d'astreinte modulable en fonction des régions, mais ne pouvant être inférieur à 150 € pour 12h. Il est également rémunéré pour les actes réalisés avec des majorations spécifiques (soir, nuit, week-end, jours fériés, visite à domicile). Le médecin régulateur bénéficie d'un forfait de régulation modulable en fonction des régions.(6)(24)(25)

Une maison médicale de garde est un lieu fixe de consultations aux horaires de permanence des soins. Elle peut se trouver à proximité d'un hôpital ou non. Son accès est régulé, c'est-à-dire accessible après un appel au n°15 ou au numéro spécifique de permanence des soins et d'un échange avec un médecin régulateur.(26)(27)

Dans certaines structures hospitalières, comme à Arles, la MMG est attenante au service des urgences. Aux patients régulés par le centre 15, peuvent s'ajouter des patients réorientés par l'IOA.

Code santé publique article [L 6314-1](#) et de l'article [R 6315-1](#) à l'article [R 6315-7](#) ([R 6315-2](#), [R 6315-3](#), [R 6315-4](#), [R 6315-5](#) et [R 6315-6](#))

**Le Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010** relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

**L'arrêté du 20 avril 2011** relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

**L'arrêté du 20 octobre 2011** fixant les règles de traçabilité des appels traités dans le cadre de la permanence des soins en médecine ambulatoire

**L'instruction N° DGOS/R2/2011/192 du 20 avril 2011** relative à la permanence des soins en médecine ambulatoire

**L'instruction N° DSS/1B/2011/ du 27 janvier 2012** portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoire

**Circulaire n° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137** du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

Le décret du 30 décembre 2016 facilite la participation des médecins salariés des centres de santé à la permanence des soins.

D'après les articles R 6315-1 à R 6315-7, Concertation et volontariat sont au cœur du dispositif. Les centres de santé et les médecins salariés sont disposés à y participer. (22)(28)(9)

A l'extrême et si le tableau de garde ne parvient à être complété, le préfet peut procéder à des réquisitions.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins peut accorder des exemptions de permanence dans certaines situations.

La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2.

(29)(30)

#### Quelques chiffres....

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le volontariat des MG libéraux pour assurer cette PDS est en perpétuelle diminution et passe à 63% en 2014 contre 66% en 2013 et 73% en 2012.

A noter que 285 territoires tournent avec moins de 6 volontaires !

#### **4) La Maison Médicale de Garde**

Une maison médicale de garde (MMG), se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée.(27)(26)(31)

Elle répond à un besoin précis et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la Mission Régionale de Santé (MRS). Elle s'inscrit dans l'organisation de la permanence des soins et les orientations du schéma régional d'organisation sanitaire dans ce domaine.

Son accès devrait être en grande partie médicalement régulé (SAMU).

À l'instar des autres acteurs territoriaux de la prise en charge non programmée, elle pourra également participer au réseau des urgences défini à l'article R. 6123-26.

Elle devra signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins respectives proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination des structures.

Le CODAMUPS devra veiller à l'établissement de cette convention avec les acteurs du réseau d'urgence.

Cependant, si elles partagent une appellation commune, leur fonctionnement et leur organisation sont très variables et s'adaptent aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus les visites à domicile indispensables. Elles peuvent être hébergées dans des locaux d'un hôpital ou d'une clinique ou bien, au contraire, être éloignées des centres de soins. En dehors du personnel médical, certaines MMG s'adjoignent, pour leur fonctionnement, d'autres catégories professionnelles paramédicales ou administratives (secrétaires, infirmières, travailleurs sociaux, agents de sécurité...). Certaines MMG sont en relation avec le centre 15 et se chargent parfois elles-mêmes de réguler les appels relevant de la médecine générale libérale (on parle dans ce cas de Centre 15 bis).

Après une phase expérimentale de plusieurs années, le développement des MMG est soutenu par le gouvernement et par les différents syndicats de médecins libéraux [9]. En effet, le rapport Descours réalisé à la suite de la grève des médecins généralistes de novembre 2001 a préconisé le principe du volontariat pour les tours de garde, la réécriture de l'article 77 du Code de déontologie médicale et a encouragé la création de MMG. (32)(33) Ce rapport a été suivi par trois textes réglementaires : la circulaire du 16 avril 2003 (34) relative à la prise en charge des urgences qui rappelle l'importance d'articuler la permanence de soins de ville et les services d'urgence, et qui encourage explicitement les MMG ; le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (35) qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde et le décret n° 2003-881 (36) qui modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale.

Ainsi, les MMG semblent aujourd'hui avoir trouvé leur place dans le système d'offre de soins français. Pourtant, il n'existe pas de recensement des MMG, elles ne sont soumises à aucune autorisation, ni aucune planification et leur financement reste souvent expérimental.

Face à cette mutation de l'offre de soins, en l'absence de données valides et devant l'intérêt porté aux MMG, il nous a semblé intéressant d'établir un état de lieux des MMG existantes actuellement en France et de dresser un aperçu global de leur fonctionnement.

## 5) Les acteurs de la PDS

Les acteurs concernés par la permanence des soins sont :

- les représentants des collectivités territoriales,
- les partenaires de l'aide médicale urgente (Service d'aide médicale urgente - SAMU, Structure mobile d'urgence et de réanimation - SMUR, structures des Urgences, Service départemental d'incendie et de secours - SDIS, sapeurs-pompiers),
- les Ordres (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes),
- les Unions régionales des professionnels de santé,
- la Croix-Rouge française,
- les syndicats (SAMU de France, Association des médecins urgentistes de France - AMUF),
- les associations de permanence des soins (maisons médicales de garde, SOS médecins),
- les représentants de l'hospitalisation publique et privée (Fédération hospitalière de France, Fédération hospitalière privée),
- les représentants des transports sanitaires (Fédération nationale des artisans ambulanciers, chambre nationale des services ambulanciers, Association départementale des transports sanitaires urgents - ATSU) etc...

### *a) SAMU – Centre 15 – Centres interconnectés*

Le service d'aide médicale urgente (SAMU) est le centre de régulation médicale des urgences d'une région sanitaire. Ce service répond à la demande d'aide médicale urgente (AMU), c'est-à-dire l'assistance pré-hospitalière (dans la rue, à domicile, sur le lieu de travail, ...) aux victimes d'accidents ou d'affections soudaines en état critique (malaise, maladie, ou femmes enceintes). Le médecin régulateur du Samu régule les ressources de soins urgents dont il reçoit continuellement les disponibilités et oriente les patients vers les services les plus adaptés à leurs cas.

En France, le Samu est un service hospitalier à l'échelle d'un département, exception faite dans les Bouches-du-Rhône où Marseille gère son propre Samu. Une partie importante de son travail de régulation<sup>8</sup> consiste à récolter continuellement les ressources hospitalières disponibles de son Département et via les voisins de ceux de sa Région.

Il comprend :

- un centre de réception et de régulation des appels, « CRRA » ou « Centre 15 » ;
- un centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU), chargé de la formation initiale et continue des acteurs de l'urgence ; il est habituellement situé à côté de son SMUR et de ses réserves de catastrophe.

### ***b) Service d'Accueil des Urgences (SAU)***

Dans le langage courant, les urgences sont le service d'un hôpital qui s'occupe de recevoir les malades et les blessés qui se présentent d'eux-mêmes, ou qui sont amenés par les services de secours (SAMU, pompiers, etc.).

Cet accueil se fait 24H/24 et 7j/7.

Le SAU est instauré par le décret n° 95-647, du 9 mai 1995, modifié par le décret n° 97-615, du 30 mai 1997.

Les décrets du 22 mai 2006 suppriment les appellations SAU (service d'accueil des urgences), UPATOU (unité de proximité d'accueil des urgences) et POSU (pôle spécialisé) pour laisser la place aux "structures des urgences". D'autre part, ils jettent les bases des réseaux des urgences sur les territoires de santé

### ***c) Les acteurs libéraux de la PDS***

Ce sont :

- Les médecins libéraux de garde ou d'astreinte
- Les associations type SOS médecins
- Les MMG

On distingue différents types de MMG : (37)(38)

- Les MMG intégrées dans un système contractualisé de coopération avec un service d'urgence médicochirurgicale afin de mieux coordonner les flux et ainsi améliorer la prise en charge des consultants. Le site d'implantation doit être à une distance acceptable du site hospitalier ou des urgences pour une coopération optimale.
- Les MMG installées dans un centre hospitalier soit dans les locaux soit à proximité ou dans le service des urgences : elles assurent une activité de consultation de médecine générale dans le cadre de la PDS mais participent sans équivoque à la gestion des flux du service des urgences.

Près de la moitié des MMG correspondent à ce schéma dont le but est de désengorger les urgences. Ce système repose sur une formation adéquate des infirmières dans l'accueil et l'orientation grâce à un protocole d'adressage qui est un relais entre les infirmières et les médecins.

- Les MMG sans rapport formalisé avec un site hospitalier contribuant avant tout à améliorer les conditions de travail des praticiens libéraux avec, soit des MMG isolées en milieu rural qui sont éloignées des centres d'urgences : c'est un service minimum offert qui contribue à ne pas augmenter la fréquentation des urgences, soit des MMG isolées en milieu urbain qui alors peuvent apporter un bénéfice sur le plan social surtout dans les quartiers difficiles.

## **6) La PDS en région PACA**

### ***a) L'offre de soins en région PACA***

La région PACA se distingue par un niveau élevé d'offre de soins, qu'elle soit ambulatoire ou hospitalière. Cette caractéristique est aussi valable pour les acteurs susceptibles de prendre en charge l'activité de permanence des soins ambulatoires.

Cependant, la répartition géographique de cette offre présente de fortes disparités qui suivent les inégalités territoriales de répartition de la population.



L'organisation de la réponse varie donc fortement selon le territoire : urbain, peuplé et pourvu en offre de soins ou rural, à faible démographie de population et de professionnels de santé.

La présence de zones de montagne et de territoires à forte attractivité touristique est aussi un élément à prendre en compte dans l'organisation de la réponse à la demande de soins ambulatoires non programmée.

Enfin, à l'instar des autres régions françaises, le vieillissement de la population médicale est également un élément à prendre en compte. (>52 ans)

En région PACA, la PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoire) est définie par un cahier des charges.

Elle est fondée sur le volontariat et sur la régulation préalable des actes.

146 secteurs géographiques sont gérés par les coordinateurs. (30)(29)

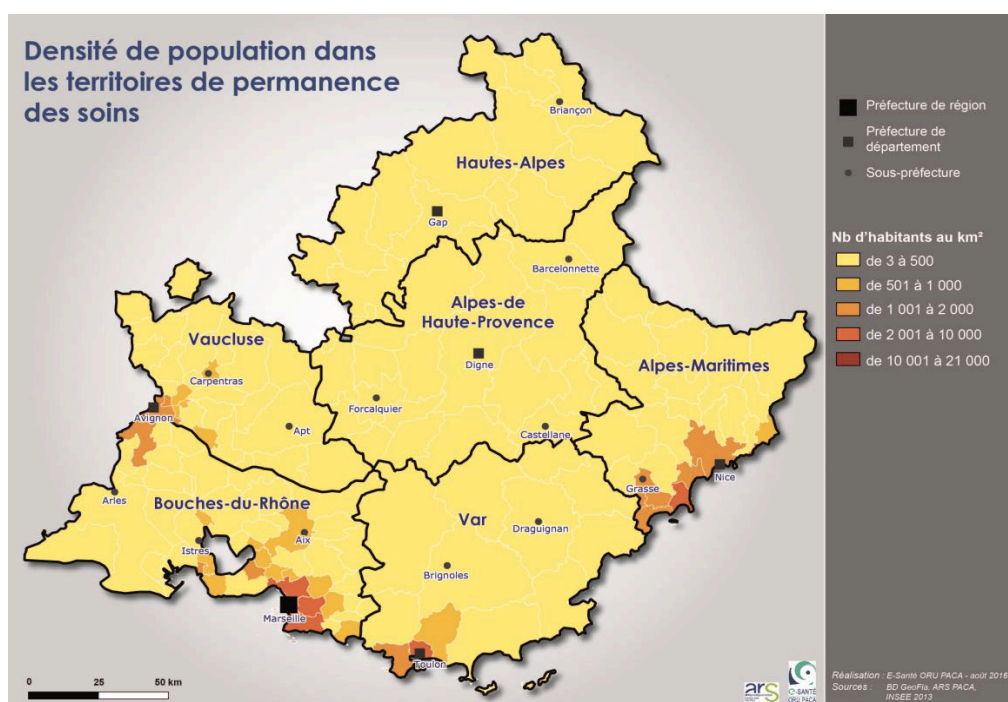


Figure 4 : Densité de population dans les territoires de PDSA

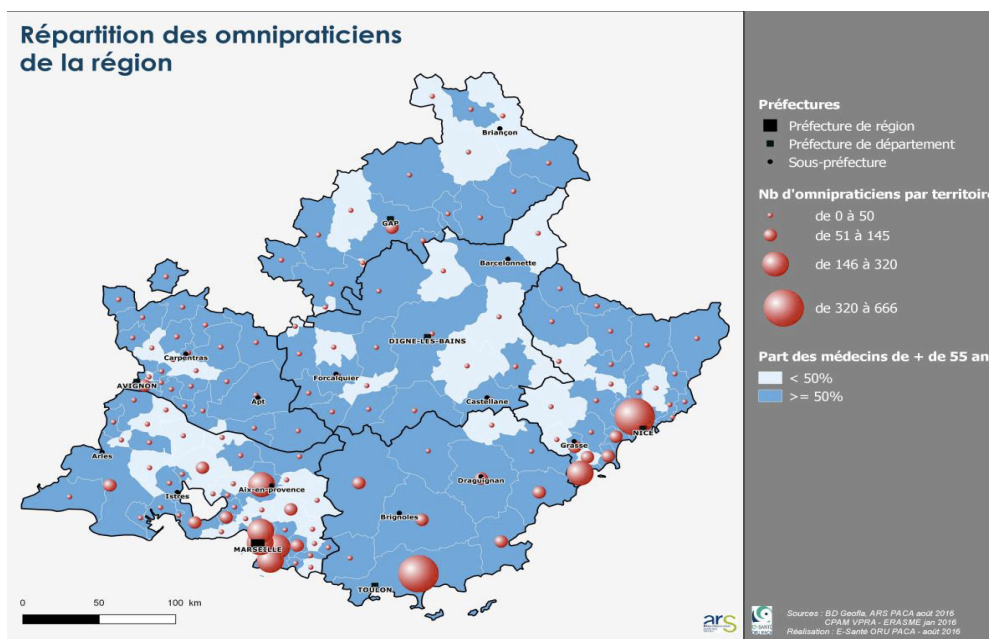


Figure 5 : Effectifs et âge des omnipraticiens par territoires de PDSA

**b) La PDS à Arles – Bouches-Du-Rhône**

Période	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 20h/24h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 24h/8h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 12h/20h	Nb de régulateurs libéraux pour la tranche horaire 8h /20h
<b>Semaine</b>	2	1 (2 jusqu'à 1h)		
<b>Samedi</b>	2	1 (2 jusqu'à 1h)	3 (2 de 12h à 13h)	
<b>Dimanche et férié</b>	2	1 (2 jusqu'à 1h)		3 (2 de 19h à 20h)

Figure 6 : Organisation de la régulation libérale du Centre 15 dans le département des Bouches-Du-Rhône

Le département des Bouches du Rhône compte 3126 médecins généralistes en activité régulière et est divisé en 49 territoires de permanence de soins ambulatoires. Ces territoires comprennent 2 secteurs interdépartementaux avec le Vaucluse dont l'un est traité par le Vaucluse (84003 : Avignon), l'autre par les Bouches-du-Rhône (13010 : Vallée Durance) et 2 secteurs interrégionaux avec le Gard, traité par les Bouches-du-Rhône (13015 : Beaucaire Tarascon et 13046 : Arles).

Le nombre de médecins de garde sur chaque territoire peut varier selon les horaires de permanence de soins (1 médecin de garde = 1 ligne de garde).

La commune d'Arles compte 70 médecins généralistes, soit 1 médecin pour 753 habitants équivalent à une densité médicale de 132 médecins pour 100 000 habitants. (12)

Dans les Bouches du Rhône, l'organisation est la suivante :

- les soirs de semaine de 20h à minuit : 39 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de weekend end de 20h à minuit : 40 lignes de garde sont actives ;
- les soirs de minuit à 8h (semaine et weekend) : 10 lignes de garde sont actives ;
- les samedis après-midi, dimanches et fériés en journée et journées de pont : 55 lignes de garde sont actives.

Il existe 6 maisons médicales de garde sur le territoire :

- maison médicale Marseille nord (APHM – site nord) ;
- maison médicale SUMO (hôpital Laveran) ;
- maison médicale de Martigues (CH de Martigues) ;
- maison médicale de Salon de Provence (CH de Salon de Provence) ;
- maison médicale d'Istres ;
- maison médicale d'Arles (CH Joseph Imbert)

A Arles, depuis le 3 janvier 2015, la MMG est installée à l'entrée de l'accueil des urgences, mis en place par l'hôpital pour l'Association des médecins libéraux du pays d'Arles.

Elle est ouverte tous les samedis de midi à minuit et les dimanches et jours fériés de 8h à minuit.

Une soixantaine de médecins généralistes, venus d'Arles, de Saint- Rémy-de-Provence, de la vallée des Baux-de-Provence, de Fontvieille se relaient pour assurer cette garde.

Il existe également une Permanence Médicale assurant de la médecine générale de premier recours, située au centre-ville, assurée par des médecins généralistes, du lundi au dimanche de 9h à 21h.

### **III/ Le CIRCUIT COURT aux urgences à Arles**

Les patients peuvent se présenter au service d'accueil des urgences selon trois façons :

- Par leurs propres moyens et de leur propre initiative
- Par l'intermédiaire de leur médecin traitant, Centre 15 ou Forces de l'ordre, et également par leurs propres moyens
- Par un transport sanitaire : ambulance privée, VSASB (Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés des pompiers), VSAV (Véhicule de Secours et Assistance aux Victimes) ou SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation)

La filière « Circuit Court » a été instaurée de façon empirique de Janvier à Avril 2018 dans le service d'accueil des urgences à ARLES pour répondre à un afflux massif croissant et permanent de patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours et donc de répondre au concept de Permanence Des Soins.

Cette initiative fait suite à la fréquentation croissante des urgences à Arles avec des durées de séjour en augmentation responsable d'un engorgement massif du service et d'une dégradation des conditions de travail et de prise en charge, réels problèmes de santé publique actuels et qui ont motivé ce sujet de thèse.

Cette filière a donc deux objectifs majeurs :

- Améliorer la gestion des flux de patients au sein du SAU d'Arles (Service d'Accueil des Urgences) et désengorger la salle d'attente
- Diminuer les durées de séjour et délai de prise en charge

#### **1) Définition**

La filière Circuit Court est une consultation de médecine de premier recours prenant en charge les patients orientés « Circuit Court » après évaluation par l'Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO). Elle est assimilable à une consultation de médecine générale avec élargissement des critères d'inclusion à la petite traumatologie et plaies grâce à son accès au plateau technique (biologie et imagerie).

Ces patients se présentent par eux-mêmes ou sont adressés par la régulation du Centre 15 ou amenés par un transport sanitaire au SAU et réorientés dans cette filière après évaluation par l'IAO.

## 2) Principe et fonctionnement actuel

Actuellement la filière Circuit Court au SAU d'Arles n'est pas une filière à part entière et ne dispose pas d'un secteur spécifique ni d'un médecin dédié.

« Circuit Court » est une orientation donnée après évaluation des patients par l'IAO quel que soit leur mode de venue.

Des critères ont été définis au préalable par un protocole et affichés dans la salle d'accueil.

Au SAU d'Arles on distingue trois secteurs : Secteur 1 ; Secteur 2 ; UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) et une petite « Salle Circuit Court ».

*Cf description plus loin dans « 6) les locaux »*

Lorsque les patients se présentent aux urgences, soit par leurs propres moyens soit par un transport sanitaire, ils sont évalués par une Infirmière d'Accueil et d'Orientation (IAO).

Son rôle est de recueillir le motif de consultation, les antécédents, la prise des constantes ; cela dans le but d'orienter le patient dans l'un des trois secteurs.

Cette orientation est mentionnée sur le dossier TERMINAL URGENCES du patient sous la rubrique « Orientation IAO ».

Il est également indiqué si le patient a été redirigé en salle d'attente ou installé directement en salle.

Hormis pour l'UHCD, il n'y a pas de médecin dédié à un secteur.

Les patients orientés « Circuit Court » peuvent :

- être installés en salle du secteur 1 ou 2 si l'afflux le permet et être pris en charge de façon « classique » par un interne ou un urgentiste,
- Installés en salle Circuit Court et être pris en charge également de façon classique par un des médecins en plus de leurs autres patients dans les différents secteurs.

A noter que les week-end et jours fériés, la Permanence Des Soins (PDS) est assurée par la Maison Médicale de Garde (MMG) et les patients orientés Circuit Court peuvent y être redirigés sauf en cas de nécessité de recours au plateau technique (biologie, imagerie, plâtres, sutures...)

Ils devront alors faire l'avance et payer la consultation comme lors d'une consultation de médecine de ville.

### **3) Mise en place et fonctionnement de la filière Circuit Court**

Cette filière Circuit Court au SAU d'Arles est une consultation de médecine de premier recours apparentée à une consultation de médecine générale avec la possibilité d'accès au plateau technique. C'est une consultation de soins non programmés implantée au sein du Service d'Accueil des Urgences.

Elle est assurée par un médecin dédié pouvant être un médecin généraliste.

Cette expérience s'est déroulée de Janvier à Avril 2018, hors week-end et jours fériés (présence MMG).

Le médecin dédié lors de la phase active de l'expérience était l'interne en médecine générale, auteur de cette thèse.

Cette consultation n'a pu être mise en place à temps plein tous les autres jours de la semaine.

Ses horaires restent à définir, il apparaît toutefois qu'une permanence de 10h à 20h voire 22h serait adaptée pour pallier à la désertification médicale sans pour autant entrer en concurrence avec les médecins libéraux. (sauf week-end et jours fériés où cette permanence de soins est assurée par la MMG)

Le principe d'examen et d'orientation par l'IAO reste le même que pour les autres patients.

Les infirmières et infirmiers ont au préalable suivi une formation pour leur indiquer les critères de sélection permettant d'orienter les patients dans cette filière « CIRCUIT COURT ».

La Grille FRENCH (French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage) est un protocole national de triage pour les IAO instauré par la SFMU et revue en 2018 (Société Française de la Médecine d'Urgence) (39)

Cette orientation devra être mentionnée sur le dossier TERMINAL URGENCES (TU) dans la rubrique « Orientation IAO ».

Les patients seront ensuite redirigés en salle d'attente avant d'être examinés par un médecin.

La consultation se déroule dans la petite « Salle Circuit Court » à côté de laquelle se trouve une petite salle d'attente « Attente Circuit Court ».

Pour l'instant cette salle Circuit Court est très exigüe et non appropriée aux gestes techniques type sutures ou plâtres...

La salle d'attente Circuit Court n'est pas dédiée à la filière Circuit Court, les patients des secteurs 1 et 2 peuvent y être placés lorsqu'ils sont sortants et en attente de leurs papiers de sortie ou en attente de leur transport.

Les patients de la filière Circuit Court peuvent également y être placés lorsqu'ils sont en attente d'un examen complémentaire type imagerie ou biologie avant d'être revus par le médecin avec les résultats.

La salle d'examen et la salle d'attente ne sont pas adaptées pour la mise en place de cette filière et l'organisation sera à revoir.

#### **4) Critères de sélection**

Un protocole mentionnant les objectifs ainsi que les critères d'orientation pré existait à l'expérience mais il manquait de précisions et n'était que peu appliqué.

Ce protocole a été revu et amélioré afin d'optimiser l'orientation des patients par l'IAO.

Il est basé sur des critères cliniques simples.

Les patients orientés Circuit Court sont les patients dont les motifs de consultation relèvent de la médecine générale en grande majorité, élargi à la petite traumatologie et plaies.

Il s'agit de patients valides et autonomes, pour lesquels il n'y a pas besoin de les installer en brancard ni de les déshabiller complètement.

Il s'agit de patients se présentant par leurs propres moyens ou amenés par un transport sanitaire.

L'accès au plateau technique du service permet d'étendre les motifs de consultation, notamment à la petite traumatologie, à condition que les patients restent valides et qu'il n'y ait pas de signes de gravité.

Cette consultation peut prendre en charge des gestes simples tels que des petites sutures, confectionner des plâtres, pansements simples...

Il peut également s'agir d'un bilan sanguin fait en direct, le patient attend alors ses résultats dans la salle d'attente dédiée.

Ceci permet de ne pas encombrer les autres salles lorsque l'afflux est massif.

Dans le cadre de cette expérience, les patients à orientation psychiatrique étaient également pris en charge dans cette filière.

Un examen somatique ainsi qu'un bilan sanguin si besoin étaient réalisés, soit avant ou après avis du psychiatre de garde.

Le séjour de ces patients au sein des urgences était donc optimisé, évitant une agitation et permettant d'améliorer le flux.

Les Infirmières et infirmiers du service ont bénéficié d'une formation afin de leur expliquer ces modalités.

Les protocoles étaient affichés dans la salle où l'IAO recevait les patients.

*Cf tableaux dans la partie IV/ Matériel et Méthode*

## **5) Intervenants**

Avant l'expérience, la répartition du personnel médicale était :

- De 8h à 18h : 3 médecins seniors dont un médecin SMUR, 1 ou 2 internes de 8h à 18h et 1 interne de 13h à 22h ;
- De 18h à 8h (garde) : 2 médecins seniors dont 1 médecin SMUR et 2 internes

Le médecin SMUR peut être amené à tout moment à quitter le service pour une intervention à l'extérieur.

Il n'y a pas de Médecin d'Accueil et d'Orientation (MAO), lorsque l'IAO a besoin d'un avis avant orientation du patient, elle sollicite directement l'avis d'un senior.

En journée comme en garde, selon deux roulements de 7h à 19h et de 19h à 7h, on compte :

- 4 infirmières à temps plein dans le service : 1 infirmière au secteur 1, 1 infirmière au secteur 2 (9h – 21h), 1 infirmière à l'UHCD, 1 infirmière à l'accueil (IAO).
- 1 infirmière SMUR
- 3 aides-soignantes (secteur 1, 2 et UHCD)
- 1 secrétaire d'accueil présente uniquement de 7h à 23h



Il n'y donc pour l'instant pas de personnel dédié à la filière Circuit Court.

Lorsqu'un médecin le pouvait, il se rendait disponible pour voir les patients orientés Circuit Court dans la salle dédiée ou placés dans d'autres secteurs si des salles étaient libres.

Lorsqu'il y avait besoin de soins paramédicaux, l'infirmière de l'UHCD ou SMUR était sollicitée en priorité.

L'aide-soignante de l'UHCD était également sollicitée en priorité en cas de besoin.

Sinon une infirmière disponible effectuait le soin.

Lorsque les patients bénéficiaient d'un examen d'imagerie médicale, ils étaient pris en charge par les brancardiers des urgences, comme pour les filières classiques.

Durant l'expérience, le médecin dédié, ici un interne en médecine générale, était en supplément de l'effectif habituel et présent de façon intermittente et uniquement l'après-midi.

L'organisation des autres intervenants médicaux et paramédicaux n'était pas différente.

L'absence de personnel dédié à cette filière s'est avérée problématique les jours de forte affluence.

En effet il était difficile pour les infirmières et aides-soignantes de se détacher de leur secteur pour effectuer des soins supplémentaires.

## **6) Les locaux**

Au SAU d'Arles on distingue trois secteurs :

- Le secteur 1 comprenant une salle de pédiatrie, deux SAUV (Salle d'Accueil des Urgences Vitales), deux salles de traumatologie et sutures, une salle de consultation et une salle CAPEP (Centre d'Accueil Permanent en Psychiatrie)
- Le secteur 2 comprenant cinq salles, essentiellement pour de la filière longue, médecine, gériatrie... et une salle ORL/OPHTALMO avec du matériel dédié
- Un service UHCD (Unité d'Hospitalisation de Courte Durée) comprenant quatre chambres et deux salles pour les UMJ (Unité Médico-Judiciaire)
- Une petite salle « Circuit Court » dédiée à la prise en charge des patients correspondant à cette orientation mais dans laquelle les patients ne séjournent pas.

Cette salle Circuit Court est exiguë et située en face du bureau médical.

Elle n'est pas appropriée pour la réalisation de gestes type sutures ou plâtres du fait de son étroitesse.

Les patients ne séjournent pas dans cette salle d'examen, lorsqu'ils sont en attente d'un examen d'imagerie ou de résultats biologiques, ils sont redirigés dans la salle d'attente Circuit Court attenante.

Cette salle est également très exiguë et ne peut accueillir que 4 à 6 patients.

Elle est par conséquent vite encombrée.

#### ORGANISATION DU SECTEUR URGENCES

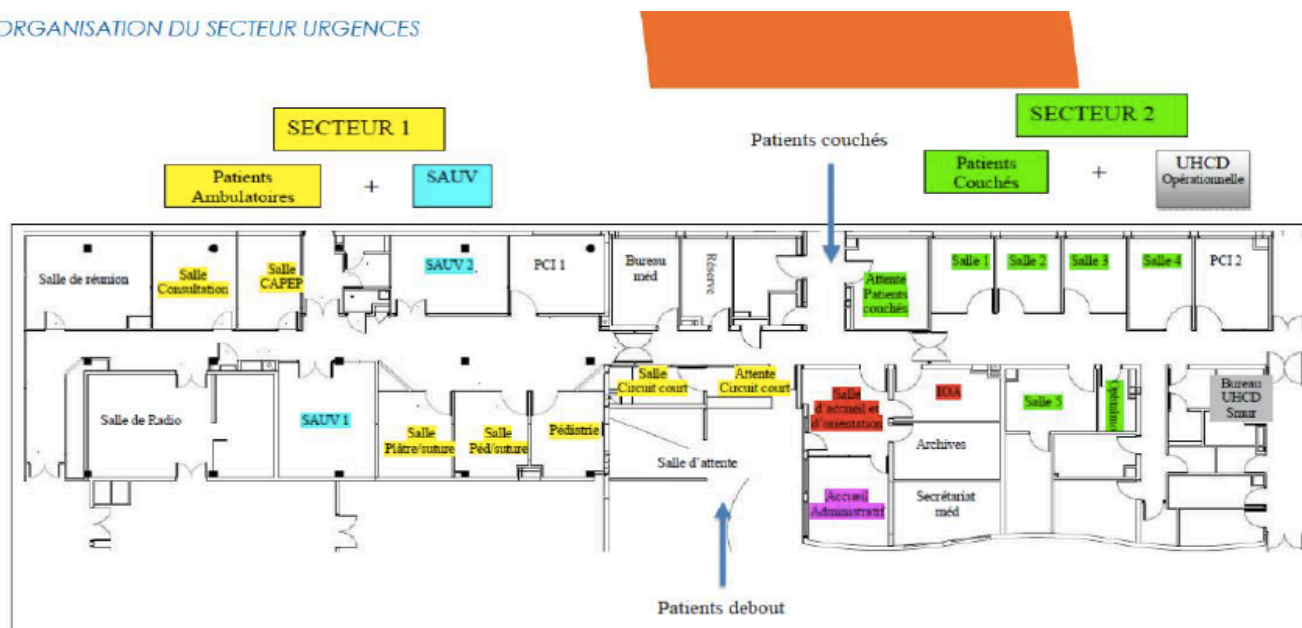


Figure 7 : Plan des urgences

## 7) Equipement

Placer cette consultation de médecine de premier recours au sein du service des urgences permet l'accès au plateau technique, ce qui la différencie de la MMG.

Les patients orientés Circuit Court peuvent bénéficier d'examen biologiques ou d'imagerie s'ils ne peuvent être différés et faits en externe.

En effet, même si cette consultation s'effectue au sein du service avec accès au plateau technique, si l'examen complémentaire n'a pas d'indication à être fait en urgence, il sera différé, fait en externe et le patient reverra son médecin traitant avec les résultats.

Cet accès au plateau technique, à la différence d'une consultation de ville, permet si besoin de confirmer ou non un diagnostic directement sur place et d'éviter la multiplication des consultations.

Il n'y a pas d'avance de frais pour la réalisation de ces examens car les patients bénéficient d'une entrée administrative « classique » commune à tous les patients passant par les urgences.

La réalisation de sutures, plâtres, pose de matériel orthopédique ou autres gestes techniques est également possible.

Les patients peuvent également bénéficier d'un avis spécialisé si cela est nécessaire.

## 8) Dossier médical – Terminal Urgences

A Arles, comme dans toute la région PACA, le logiciel de travail utilisé aux urgences est « TERMINAL URGENCES ». (TU)

Le dossier patient est créé par l'agent administratif d'accueil.

Les informations telles que les coordonnées personnelles, personne de confiance, mode de provenance,... y sont renseignées.

Chaque membre du personnel y a accès à partir de sa session et peut ajouter des données concernant le patient.

L'IAO y renseigne son recueil de données (antécédents, traitements, allergie...) ainsi que les constantes du patient dans les rubriques correspondantes. (40)

Elle renseigne également le critère « Gravité », donnant une information sur le degré d'urgence de la prise en charge. (39)(41)

Cela permet au médecin d'avoir connaissance, sans avoir encore vu le patient, du motif de consultation, de ses constantes, de ses antécédents, et autres données renseignées par l'IAO.

<b>Délai 0</b>	<i>Urgence vitale ou absolue</i>	<i>code 1</i>
<b>Délai &lt; 20 min</b>	<i>Urgence immédiate</i>	<i>code 2</i>
<b>Délai ≤ 1 h</b>	<i>Urgence vraie</i>	<i>code 3</i>
<b>Délai non déterminé (variable selon le flux)</b>	<i>Urgence ressentie ou urgence relevant d'une consultation</i>	<i>code 4</i>

Figure 8 : Grille de cotation Gravité

Les demandes d'examens complémentaires (biologie et imagerie) se font directement à partir du logiciel TU.

Les résultats biologiques sont accessibles directement depuis le logiciel.

La lecture des radios et images scanner se fait sur un écran dédié dans le bureau médical.

Un autre écran est également dédié à la lecture des comptes rendus des scanners et échographies.

TU permet un accès direct au logiciel ACTIPIDOS qui est utilisé dans les services de l'hôpital.

Si le patient a déjà consulté ou été hospitalisé, cela permet d'avoir accès aux différents comptes rendus.

Y sont également enregistrés les comptes rendus d'imageries faites à l'hôpital d'Arles (échographie, scanner, IRM, EEG)

Si les patients sont hospitalisés pendant les horaires de garde, ce sont les médecins urgentistes qui doivent s'acquitter des prescriptions sur ACTIPIDOS.

Le patient sera muté dans le service munis de son dossier comportant un compte rendu d'hospitalisation édité, ses étiquettes ainsi que les renseignements de ses données personnelles.

Pour chaque patient, le dossier TU est rempli de façon la plus exhaustive.

Au terme de la consultation, garantissant ainsi la transmission des informations et la continuité des soins, un compte rendu sera remis au patient (dont une copie sera adressée au médecin traitant si celui-ci a été renseigné lors de l'admission) ou un compte rendu d'hospitalisation sera édité pour les patients hospitalisés.

Chaque membre du personnel doit remplir ce dossier avec sa session personnelle.

A chaque information renseignée apparaît le nom de la personne dont la session est active.

Cela concerne également les médecins spécialistes qui peuvent être amenés à venir donner un avis aux urgences et au décours laisser une trace écrite et informatique dans la rubrique dédiée (« avis spécialiste »).

Une icône donne accès à des documents pré-remplis tels que des ordonnances, certificats, convocations...

Ce dossier est primordial pour la traçabilité.

L'historique des consultations au SAU d'Arles y est enregistré et accessible pour chaque nouvelle admission.

Il est possible de reprendre certaines informations telles que « antécédents », « traitements », « allergie » si celles-ci ne sont pas modifiées.

Ces dossiers TU peuvent être saisis en cas de litige, d'où l'importance de les remplir de la façon la plus exhaustive.

## **9) Financement**

La mise en place de cette filière n'a pas fait l'objet d'un financement à part.

Durant cette expérience, la filière Circuit Court était un « quatrième secteur » avec un médecin dédié, ici un interne dédié en plus de l'effectif habituel.

Le financement du parcours de soins pour le patient était le même que pour que la filière classique.

La tarification s'effectuait directement auprès des Caisses d'Assurance Maladie et des Mutuelles.

Les patients n'avaient pas d'avance à payer.

Selon ce schéma, et à la différence du fonctionnement des MMG, c'est l'hôpital, ici le service des urgences, qui est rémunéré pour la prise en charge de ces consultations.

Le médecin dédié à cette filière était salarié de l'hôpital et faisait partie de l'équipe médicale des urgences.

Le statut de cette filière ainsi que du médecin intervenant reste à définir.

Plusieurs modèles peuvent être nommés, notamment à l'hôpital militaire de Laveran.

Au sein des urgences de ce centre hospitalier, la permanence de soins est assurée par l'association SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens).

Le fonctionnement est assuré par la mutualisation des effectifs et matériels de l'hôpital et des libéraux.

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

## **IV/ Etude de la mise en place de la filière Circuit Court au SAU du Centre Hospitalier d'Arles**

### **IV/A- Objectifs**

La mise en place de la filière Circuit Court aux urgences à Arles a pour but de répondre aux objectifs suivants :

- Etudier l'impact de la mise en place de cette filière sur les durées de séjour et délai de prise en charge des patients selon leurs orientations
- Etudier l'impact de la formation du personnel et de la modification des protocoles en 2018
- Etudier l'affluence horaire et les caractéristiques de la population orientée Circuit Court afin d'optimiser l'organisation du service des urgences à Arles

### **IV/B- Matériel et Méthode**

Il s'agit d'une étude monocentrique au Centre Hospitalier d'Arles transversale, quantitative, portant sur les mois de janvier à avril 2018, les mois de janvier à avril 2017 servant de référence avant la mise en place des nouveaux protocoles et de la formation du personnel infirmier.

Les échantillons de 2017 et 2018 seront comparés selon les caractéristiques suivantes : âge, sexe, Gravité, CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences), motif de recours, provenance ; afin de mettre en évidence ou non une différence pour ces critères.

Cela permet d'attribuer les résultats observés en 2018 à la mise en place de l'expérience et à la formation du personnel et d'éliminer une différence liée à la population elle-même.

Cette étude reprend les 12067 patients qui se sont présentés aux urgences de janvier à avril 2018 avec notamment l'analyse des 2274 patients orientés « Circuit Court » dont 407 ont été inclus dans l'étude.

Le but est de comparer la durée de séjour et délai de prise en charge avant et après mise en place de cette filière Circuit Court.

L'outil statistique utilisé est le *t-test de STUDENT* afin de comparer des moyennes, ici les moyennes de durée de séjour et de délai de prise en charge.

Cela consiste à comparer la valeur *-p* à un seuil préalablement défini, généralement 0,05.

Si *p* est inférieur à ce seuil, on rejette l'hypothèse nulle (hypothèse de la « non différence »), le résultat est alors « statistiquement significatif ».

Si *p* est supérieur à ce seuil, on ne peut pas rejeter l'hypothèse nulle et donc on ne peut pas conclure quant aux hypothèses formulées.

## **1- Recueil des données (TU) – Dossier médical**

Le recueil des données a été effectué à partir de fichiers Export en format Excel.

Il s'agit de l'export des données collectées dans le logiciel TERMINAL URGENCES (logiciel de gestion des patients dans le service).

Le SIM (Service Informatique Médical) a permis l'export des données concernant les actes effectués. Ce recueil s'est effectué de façon rétrospective pour les mois de Janvier à Avril 2017 et de façon prospective pour les mois de Janvier à Avril 2018.

L'étude de ces données se fait par l'intermédiaire de fichiers Excel à partir desquels sont incorporés des filtres et créer des tableaux croisés dynamiques.

Ces tableaux servent également de bases pour les données statistiques.

Ces fichiers comprennent notamment :

- Nombre de patients
- Age
- Sexe
- Motif de recours/consultation
- Heure d'entrée administrative
- Heure d'examen par l'IAO
- Heure d'examen par un médecin
- Heure de sortie
- Code gravité / Code CCMU
- Orientation IAO
- Destination / Devenir des patients

A partir de ces données ont été calculés :

- Délai de prise en charge : délai entre entrée administrative et prise en charge par un médecin
- Durée de séjour globale allant de l'entrée administrative jusqu'à la sortie
- Durée de séjour au sein du service des urgences : délai entre examen par un médecin et sortie du patient (Durée de séjour intra-service)
- Recours au plateau technique avec quantification des examens de biologie et imagerie, réalisation de plâtres et sutures

## **2- Orientation des patients**

L'orientation des patients vers la filière Circuit Court se fait après examen par l'IAO.

L'entrée administrative du patient avec renseignement sur ses coordonnées sociales est faite préalablement auprès de la secrétaire d'accueil.

Le patient peut se présenter aux urgences par ses propres moyens, avoir été orienté par le Centre 15 ou amené par un transport sanitaire.

Un « protocole circuit court » définissant les critères de sélection a été établi au préalable (*cf ci-dessous*).

Il doit s'agir d'un patient valide et autonome, ne présentant pas de lourdes comorbidités et ne nécessitant pas de déshabillage complet ni d'être allongé en brancard.

Il ne doit pas présenter de signes de gravité.



### 3- Critères de sélection



#### CIRCUIT COURT à orientation Médicale :

- Ne nécessitant pas d'antalgie IV ;
- Bilan biologique en direct, ECG, BU +/- ECBU
- Patient valide, PEC ambulatoire possible

<p>Gastro-entérologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ingestion de corps étrangers simples (pièces de monnaie...)</li> <li>- Douleur abdominale sans signe de gravité (constipation, diarrhées...)</li> <li>- Douleur épigastrique simple, sujet jeune (RGO, Gastrite simple...) sans signe de gravité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne nécessitant pas de bilan biologique</li> <li>- BU possible</li> <li>- Echo possible</li> </ul>
<p>Ophthalmologie TOUTE CECITE BRUTALE = URGENCE !!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de baisse de l'acuité visuelle</li> <li>- Pas de corps étrangers</li> <li>- Si doute : salle ORL/OPH en circuit long</li> </ul>
<p>Urologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Signes fonctionnels urinaires sans signes de gravité, +/- fièvre bien tolérée,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sujet jeune ou sans grosses comorbidités ;</li> <li>- patient valide, compliant et PEC ambulatoire possible ;</li> <li>- BU et ECBU possible ;</li> </ul>
<p>ORL / Dentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CE oculaire simple type bouchon de cérumen</li> <li>- Otagie, angine...</li> <li>- Epistaxis tarie et bien tolérée</li> <li>- Abscess dentaire : si impossibilité CS stomato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de signe de gravité ;</li> </ul>
<p>Dermatologie : Eruption sans fièvre ;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Erysipèle : patient valide, PEC ambulatoire</li> <li>- Urticaire ou réaction allergique de faible intensité</li> <li>- Pique, Gale...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SAUF réaction allergique importante et affection bulleuse ;</li> <li>- Pas de signe de gravité ;</li> <li>- PEC ambulatoire</li> </ul>
<p>Autres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Certificats médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de bilan biologique ;</li> <li>- Imagerie possible</li> </ul>
<p>Pédiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Idem adultes</li> <li>- Fièvre &lt; 2 jours chez enfant &gt; 3 mois ;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pas de bilan biologique</li> <li>- Pas de signe de gravité, fièvre bien tolérée</li> <li>- Selon terrain, compliance des parents ;</li> </ul>
<p>Gynéco :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infection gynéco simples type mycose ; vaginose...</li> <li>- Si nécessité bilan ou avis gynéco : pas en CC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selon terrain, pas de grosses comorbidité ;</li> <li>- Ne nécessitant pas de bilan biologique ;</li> <li>- Pas d'avis gynéco nécessaire aux urgences</li> <li>- Infection urinaire chez femme enceinte : Bio et avis gynéco</li> </ul>



**CIRCUIT COURT à orientation Traumatique :**

- Ne nécessite pas d'antalgie majeure et/ou IV
- Patient valide, impotence incomplète
- PEC ambulatoire

Traumatisme crânien, tête et face	Pas de pci, Plaie superficielle Pas de ttt anticoagulant ou anti-agrégant
Traumatisme cervical ou dorsal	Faible intensité, Pas de déficit sensitif et moteur
Douleur cervicale et dorso-lombaire	Pas de déficit moteur ; Patient valide ; Pas de nécessité d'antalgie IV
Traumatisme des membres inférieurs	Pas de grosse déformation évidente ; Patient valide avec PEC ambulatoire possible ; Pas de signes de gravité, pouls distaux perçus
Plaies	Superficielles type dermabrasions ; Sutures simples ou cicatrisation dirigée ;
Abcès, panaris, ongles incarnés	Selon terrain et comorbidités, Sans signes de gravité : lésion localisée, pas de signes de sepsis
Brulures	1 <sup>er</sup> et 2 <sup>ème</sup> degré de petite taille ; SAUF visage et muqueuses ; SAUF pédiatrie ;
Hématome sous unguéal	
Morsures	Sans signes de sepsis ; Sans plaie majeure
Pansement et suivi de pansement	Pansement simple ; Petite surface ;

**Procédure :**

- La salle circuit court (CC) doit toujours être disponible ou pouvoir l'être rapidement.
- **Mode de déclenchement : IOA**

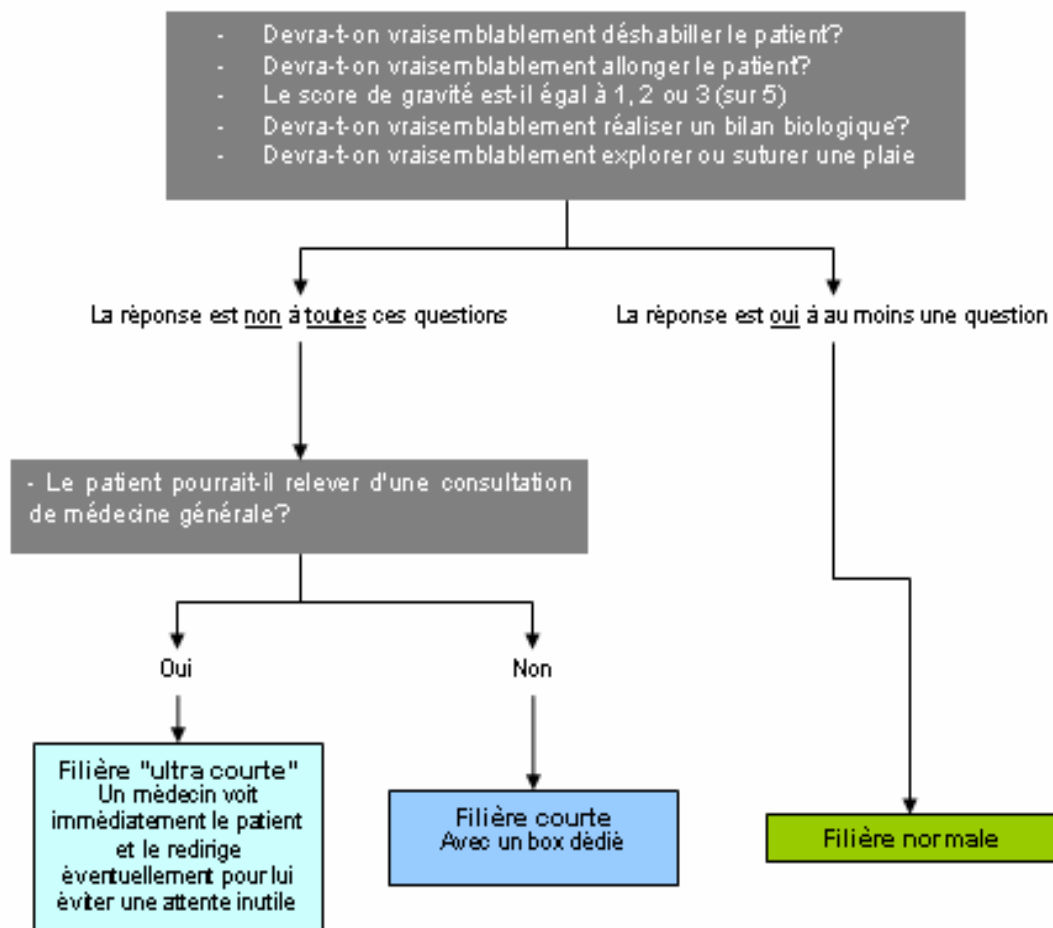


Figure 9 : Organigramme décisionnel pour l'orientation en filière courte ou longue

## IV/C- Résultats

### 1- Données générales

Il y eu 11 478 passages pour la période de janvier à avril 2017 dont 1739 patients orientés « Circuit Court », soit 15% de l'effectif global.

12067 patients ont consulté dans le service des urgences du Centre Hospitalier d'Arles durant le premier quadrimestre 2018, dont 19%, soit 2274 patients, ont été orientés Circuit Court par l'IAO. L'ouverture effective de la filière Circuit Court pour notre étude a permis de recruter 407 patients. Ces 407 patients représentent 4% de la totalité des passages et 18% de l'ensemble des patients orientés Circuit Court durant la période de l'étude.

### 2- Caractéristiques de la population

#### a) Sexe

Le critère « sexe » était comparable pour les échantillons de 2017 et 2018 avec une répartition similaire hommes – femmes, détaillée dans la Figure 10.

Le *t-test de STUDENT* appliqué comparant la moyenne d'hommes et de femmes pour les échantillons 2017 et 2018 retrouve  $p > 0,1$ .

Il n'y a pas de différence significative concernant le sexe au sein de chaque échantillon ni entre 2017 et 2018.

	Jan- Avr 2017			Jan- Avr 2018			
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
Toutes Orientations	5 893	5585	11 478	6 037	6030	12 067	p>0,1
	51,3%	48,7%		50,0%	50,0%		
Toutes Orientations hors Circuit	4 963	4776	9 739	4 846	4947	9 793	p>0,1
	51,0%	49,0%		49,5%	50,5%		
<b>Circuit Court Total</b>	930	809	1 739	1 191	1 083	2 274	p>0,1
	53,5%	46,5%		52,4%	47,6%		

Figure 10 : tableau récapitulatif du critère « Sexe » pour les échantillons de 2017 et 2018

## **b) Age**

Le critère « âge » était comparable pour les échantillons 2017 et 2018.

Pour l'échantillon total de 2018, la moyenne d'âge était de 43 ans.

La moyenne d'âge de la population Circuit Court était de 33 ans.

Le *KHI 2 TEST* appliqué aux différentes tranches d'âge retrouve une répartition aléatoire et similaire pour chaque échantillon.

Le critère âge n'était pas différent ni pour les groupes hommes-femmes ni pour les échantillons 2017 et 2018.

## **c) Motif de consultation**

Cette donnée a été extraite à partir du logiciel TU « Catégorie Recours », item renseigné par l'IAO lors de l'interrogatoire du patient.

Cette donnée n'est pas un diagnostic mais une information sur le motif de consultation.

### **Population Circuit Court :**

#### **° Janvier à Avril 2017 :**

Les motifs de consultation concernant l'appareil locomoteur sont prédominants pour la population du Circuit Court.

La traumatologie représentait 56,4% des motifs de consultations, soit 980 patients et 11,2% pour la rhumatologie/douleur soit 195 patients.

La répartition des différents motifs de consultation pour les patients orientés Circuit Court pour la période Janvier à Avril 2017 est détaillées dans la Figure 11.

TRAUMATO	980	56,4%
RHUMATO & DOULEURS	195	11,2%
OPH-ORL- STOMATOLOGIE	132	7,6%
DIVERS /RECONVOC	120	6,9%
DERMATOLOGIE	80	4,6%
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	36	2,1%
URO-NEPHROLOGIE	25	1,4%
PNEUMOLOGIE	24	1,4%
PSYCHIATRIE et TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	20	1,2%
INFECTIOLOGIE	16	0,9%
NEUROLOGIE	16	0,9%
CARDIO-VASCULAIRE-RYTHME	13	0,7%
GYNECOLOGIE	9	0,5%
OBSTETRIQUE	6	0,3%
BRULURES et GELURES	2	0,1%
INTOXICATIONS	2	0,1%
(vide)	63	3,6%
Total général	1739	

Figure 11 : Tableau représentant les motifs de consultation par ordre décroissant pour les 1739 patients orientés Circuit Court de janvier à avril 2017

° **Janvier à avril 2018 :**

Comme pour 2017, les motifs de consultation concernant l'appareil locomoteur prédominent avec 51,5% pour la traumatologie soit 1169 patients sur les 2274 et 13,1% pour « Rhumatologie et Douleur » soit 299 patients.

Cette répartition est détaillée dans la Figure 12.

L'étude des motifs de consultation en 2018 est comparable à 2017 avec une répartition similaire pour chaque catégorie.

A noter qu'en 2018, 41 patients ayant pour motif de consultation « Psychiatrie » ont été orientés dans la filière Circuit Court contre 20 en 2017.

TRAUMATO	1169	51,4%
RHUMATO & DOULEURS	299	13,1%
OPH-ORL- STOMATOLOGIE	195	8,6%
DIVERS /RECONVOC	132	5,8%
DERMATOLOGIE	125	5,5%
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	61	2,7%
INFECTIOLOGIE	51	2,2%
PNEUMOLOGIE	43	1,9%
CARDIO-VASCULAIRE-RYTHME	41	1,8%
PSYCHIATRIE et TROUBLES	41	1,8%
URO-NEPHROLOGIE	31	1,4%
GYNECOLOGIE	18	0,8%
NEUROLOGIE	17	0,7%
BRULURES et GELURES	11	0,5%
INTOXICATIONS	8	0,4%
OBSTETRIQUE	7	0,3%
DIVERS & ETAT GENERAL-MALAISE	1	0,0%
ENDOCRINO-METABOLISME	1	0,0%
(vide)	23	1,0%
Total général	2274	

Figure 12 : Tableau représentant les motifs de consultation par ordre décroissant pour les 2274 patients orientés Circuit Court de janvier à avril 2018

**Toutes orientations confondues hors Circuit Court :**

Les motifs de consultation pour les patients non orientés Circuit Court en 2017 et 2018 ont une répartition similaire.

Cette répartition est détaillée dans les Figures 13 et 14, respectivement pour les échantillons de 2017 et 2018.

La traumatologie représente également le motif principal de consultation des patients non orientés Circuit Court avec 26% des passages en 2017 et 25% en 2018.

° *Janvier à Avril 2017 :*

TRAUMATO	2998	26,1%
HEPATO-GASTRO-	1225	10,7%
CARDIO-VASCULAIRE-	901	7,8%
OPH-ORL- STOMATOLOGIE	864	7,5%
DIVERS /RECONVOC	846	7,4%
PNEUMOLOGIE	680	5,9%
RHUMATO & DOULEURS	640	5,6%
NEUROLOGIE	418	3,6%
URO-NEPHROLOGIE	410	3,6%
DERMATOLOGIE	348	3,0%
PSYCHIATRIE et TROUBLES	294	2,6%
INFECTIOLOGIE	293	2,6%
INTOXICATIONS	172	1,5%
GYNECOLOGIE	171	1,5%
OBSTETRIQUE	171	1,5%
HEMATOLOGIE	48	0,4%
ENDOCRINO-METABOLISME	39	0,3%
BRULURES et GELURES	31	0,3%
DIVERS & ETAT GENERAL-	1	0,0%
(vide)	928	8,1%
Total général	11478	

Figure 13 : Tableau représentant les motifs de consultation par ordre décroissant pour les 11478 patients de janvier à avril 2017, toutes orientations confondues

° *Janvier à Avril 2018 :*

TRAUMATO	2978	24,7%
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	1250	10,4%
CARDIO-VASCULAIRE-RYTHME	1047	8,7%
OPH-ORL- STOMATOLOGIE	882	7,3%
DIVERS /RECONVOC	836	6,9%
PNEUMOLOGIE	723	6,0%
RHUMATO & DOULEURS	687	5,7%
INFECTIOLOGIE	447	3,7%
NEUROLOGIE	432	3,6%
URO-NEPHROLOGIE	431	3,6%
DERMATOLOGIE	388	3,2%
PSYCHIATRIE et TROUBLES PSYCHOLOGIQUES	329	2,7%
GYNECOLOGIE	177	1,5%
INTOXICATIONS	167	1,4%
OBSTETRIQUE	148	1,2%
ENDOCRINO-METABOLISME	72	0,6%
HEMATOLOGIE	66	0,5%
BRULURES et GELURES	39	0,3%
DIVERS & ETAT GENERAL-MALAISE	2	0,0%
CORPS ETRANGERS	1	0,0%
PEDIATRIE	1	0,0%
(vide)	964	8,0%
Total général	12067	

Figure 14 : Tableau représentant les motifs de consultation par ordre décroissant pour les 12067 patients de janvier à avril 2018, toutes orientations confondues



#### d) Gravité

Le codage Gravité se fait par l'IAO lors de l'examen à l'admission du patient.

Il est défini en fonction du motif de recours et de son degré d'urgence.

Il va de 1 à 5 ; 1 étant le plus grave et nécessitant une prise en charge immédiate.

Cela reste toutefois subjectif, ce n'est qu'un indicateur, une estimation de l'état du patient au moment de l'examen par l'IAO.

En effet l'état du patient est susceptible de varier à tout moment.

Les taux de Gravité de l'échantillon de 2017 (patients orientés et non orientés Circuit Court) étaient comparables à ceux de l'échantillon de 2018

##### ° Janvier à Avril 2017 :

	Toutes Orientations		Toutes Orientations sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
Taux de Gravité	nb	%	nb	%	nb	%
1	106	0,9%	106	0,9%	0	0,0%
2	809	7,0%	794	6,9%	15	0,1%
3	3 747	32,6%	3 536	30,8%	211	1,8%
4	3 796	33,1%	2 861	24,9%	935	8,1%
5	2 095	18,3%	1 580	13,8%	515	4,5%
Vide	925	8,1%	862	7,5%	63	0,5%
<b>Total</b>	<b>11 478</b>		<b>9 739</b>	<b>84,8%</b>	<b>1 739</b>	<b>15,2%</b>

Figure 15 : tableau récapitulatif du critère « Gravité » pour la période janvier à avril 2017

##### ° Janvier à Avril 2018 :

	Toutes Orientations		Toutes Orientations sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
Taux de Gravité	nb	%	nb	%	nb	%
1	101	0,8%	101	0,8%	0	0,0%
2	846	7,0%	815	6,8%	31	0,3%
3	3 661	30,3%	3 355	27,8%	306	2,5%
4	4 107	34,0%	2 880	23,9%	1 227	10,2%
5	2 389	19,8%	1 702	14,1%	687	5,7%
Vide	963	8,0%	940	7,8%	23	0,2%
<b>Total</b>	<b>12 067</b>		<b>9 793</b>	<b>81,2%</b>	<b>2 274</b>	<b>18,8%</b>

Figure 16 : tableau récapitulatif du critère « Gravité » pour la période janvier à avril 2018

### ***Distribution spécifique pour les 2274 patients orientés « Circuit Court » :***

La majorité des patients orientés Circuit Court était cotée Gravité 4 ou 5, c'est-à-dire sans critère d'urgence à la prise en charge.

	Circuit Court total	
Jan- Avr 2018	Nombre patients	Taux
Taux de Gravité	nb	%
1	0	0,0%
2	31	1,0%
3	306	14,0%
4	1 227	57,0%
5	687	30,0%
Vide	23	1,0%
<b>Total</b>	<b>2 274</b>	<b>100,0%</b>

Figure 17 : tableau récapitulatif du critère « Gravité » pour la période janvier à avril 2018 pour les 2274 patients orientés Circuit Court

#### **e) CCMU**

Le codage CCMU se fait par le médecin lors de la clôture du dossier et de la cotation des actes effectués, il va de 1 à 5 ; 1 correspond à la gravité la plus faible. (42)(43)

**1** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables

**2** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables, Décision d'acte complémentaire

**3** État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences

**4** Situation pathologique engageant le pronostic vital

**5** Situation pathologique engageant le pronostic vital réanimation immédiate

**D** Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

**P** Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

Le plus souvent cette cotation est à 2, équivalent d'une consultation de médecine générale plus ou moins associée à un ou des examens complémentaires, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou externes (filière longue et filière courte).

Les patients UHCD sont cotés 3 voire 4.

CCMU 4 ou 5 correspond à des patients dont le diagnostic est incertain ou nécessitant une surveillance clinique ou la réalisation d'examens complémentaires.

**CCMU des patients Circuit Court en 2018 :**

Circuit Court total		
Jan- Avr 2018	Nombre patients	Taux
CCMU	nb	%
1	453	20,0%
2	1 603	70,0%
3	64	3,0%
4	2	0,0%
5	0	0,0%
Vide	152	7,0%
<b>Total</b>	<b>2 274</b>	<b>100,0%</b>

Figure 18 : tableau récapitulatif du critère « CCMU » pour la période janvier à avril 2018 pour les 2274 patients orientés Circuit Court

**CCMU des patients non orientés Circuit Court :**

La cotation CCMU de l'échantillon de 2017 (patients orientés et non orientés Circuit Court) était comparable à celle de l'échantillon de 2018.

**° Janvier à Avril 2017 :**

Jan- Avr 2017	Toutes Filières IOA		Filières IOA sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
CCMU	nb	%	nb	%	nb	%
1	1 926	16,8%	1 476	12,9%	0	0,0%
2	7 172	62,5%	6 051	52,7%	450	3,9%
3	1 507	13,1%	1 486	12,9%	1 121	9,8%
4	135	1,2%	134	1,2%	21	0,2%
5	16	0,1%	16	0,1%	1	0,0%
Vide	722	6,3%	576	5,0%	146	1,3%
<b>Total</b>	<b>11 478</b>		<b>9 739</b>	<b>84,8%</b>	<b>1 739</b>	<b>15,2%</b>

Figure 19 : tableau récapitulatif du critère « CCMU » pour la période janvier à avril 2017

° *Janvier à Avril 2018 :*

Jan- Avr 2018	Toutes Filières IOA		Filières IOA sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
CCMU	nb	%	nb	%	nb	%
1	1 679	13,9%	1 226	10,2%	453	3,8%
2	7 095	58,8%	5 492	45,5%	1 603	13,3%
3	2 278	18,9%	2 214	18,3%	64	0,5%
4	81	0,7%	79	0,7%	2	0,0%
5	16	0,1%	16	0,1%	0	0,0%
Vide	918	7,6%	766	6,3%	152	1,3%
<b>Total</b>	<b>12 067</b>		<b>9 793</b>	<b>81,2%</b>	<b>2 274</b>	<b>18,8%</b>

Figure 20 : tableau récapitulatif du critère « Gravité » pour la période janvier à avril 2018

#### f) Provenance

Le mode de provenance pour les patients non orientés Circuit Court était similaire entre 2017 et 2018.

#### Mode de Provenance des patients orientés Circuit Court :

85% des patients orientés Circuit Court sont venus par leur propres moyens contre 50% pour les patients non orientés Circuit Court (2018).

14% des patients orientés Circuit Court sont venus aux urgences par un transport Sanitaire contre 28% des patients non orientés Circuit Court.

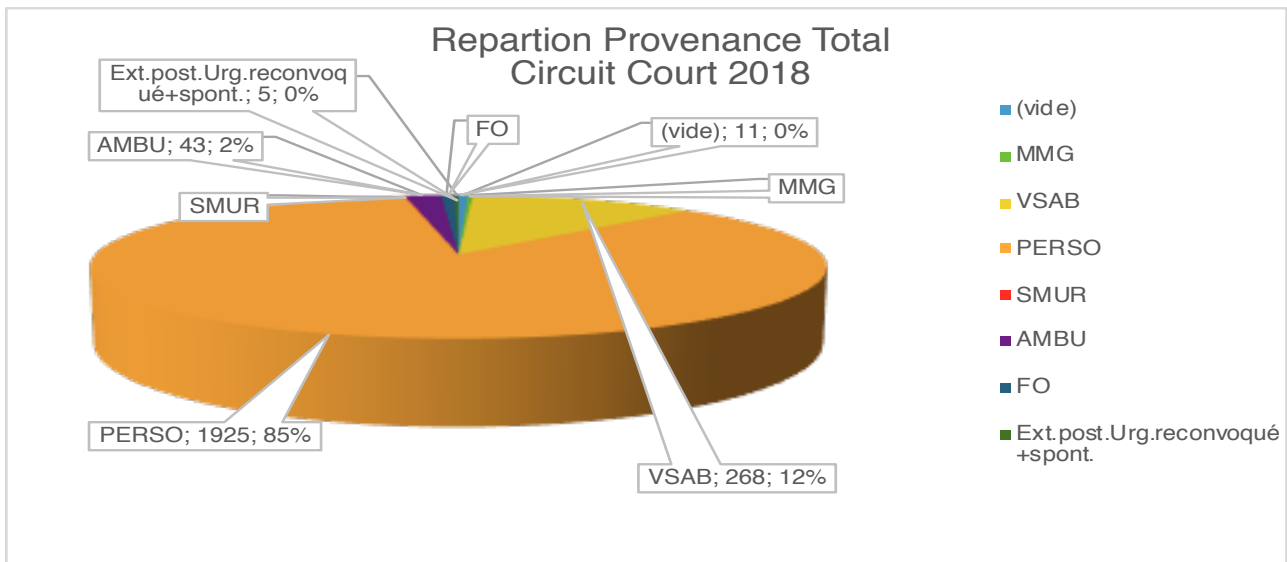


Figure 21 : Diagramme représentant la distribution de la Provenance pour les 2274 patients orientés « Circuit Court » de janvier à avril 2018

**Mode de Provenance des patients non orientés Circuit Court :**

° *Janvier à avril 2017 :*

Jan- Avr 2017	Toutes Filières IOA		Filières IOA sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
Provenance	nb	%	nb	%	nb	%
PERSO	7 792	67,9%	6 244	54,4%	1 548	13,5%
VSAB	2 456	21,4%	2 288	19,9%	168	1,5%
AMBU	801	7,0%	783	6,8%	18	0,2%
SMUR	212	1,8%	212	1,8%	0	0,0%
FO	144	1,3%	144	1,3%	0	0,0%
HELI	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
Vide	72	0,6%	67	0,6%	5	0,0%
<b>Total</b>	<b>11 478</b>		<b>9 739</b>	<b>84,8%</b>	<b>1 739</b>	<b>15,2%</b>

Figure 22 : Tableau récapitulatif des différents modes de provenance par ordre décroissant pour les 11478 patients de janvier à avril 2017, toutes orientations confondues  
 PERSO : moyens personnels ; VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés ; FO : Forces de l'Ordre ; HELI : Hélicoptère

° *Janvier à avril 2018 :*

Jan- Avr 2018	Toutes Filières IOA		Filières IOA sans Circuit Court		Circuit Court total	
	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux	Nombre patients	Taux
Provenance	nb	%	nb	%	nb	%
PERSO	7 943	65,8%	6 018	49,9%	1 925	16,0%
VSAB	2 628	21,8%	2 360	19,6%	268	2,2%
AMBU	832	6,9%	789	6,5%	43	0,4%
SMUR	224	1,9%	223	1,8%	1	0,0%
MMG	139	1,2%	133	1,1%	6	0,0%
FO	128	1,1%	113	0,9%	15	0,1%
Ext.post.Urg.reconvoqué+spont.	22	0,2%	17	0,1%	5	0,0%
HELI	5	0,0%	5	0,0%	0	0,0%
Mutat. du CH (Moyen séj)	5	0,0%	5	0,0%	0	0,0%
Mutat. du CH (Court séj)	1	0,0%	1	0,0%	0	0,0%
Vide	140	1,2%	129	1,1%	11	0,1%
<b>Total</b>	<b>12 067</b>		<b>9 793</b>	<b>81,2%</b>	<b>2 274</b>	<b>18,8%</b>

Figure 23 : Tableau récapitulatif des différents modes de provenance par ordre décroissant pour les 12067 patients de janvier à avril 2018, toutes orientations confondues

### g) Devenir des patients orientés Circuit Court

*Pour la période janvier à avril 2017 :*

Le devenir des 1739 patients orientés Circuit Court était :

- Externe : 1293 patients
- Externe + Reconvocation : 201 patients
- Hospitalisation : 18 patients
- Contre/sans avis médical ou Réorientation sans soins : 154 patients
- Non renseigné : 73 patients

**Pour la période janvier à avril 2018 :**

Janvier – Avril 2018	<b>Circuit Court, prise en charge classique</b>	<b>Circuit Court, phase active expérience</b>
<b>Externe</b>	1440 (77%)	361 (89%)
<b>Externe + Reconvocation</b>	219 (12%)	38 (9%)
<b>Hospitalisation</b>	46 (2%)	6 (1%)
<b>Contre/Sans avis médical/Réorientation sans soins</b>	162 (9%)	2 (1%)
<b>Total</b>	<b>1867</b>	<b>407</b>

Figure 24 : Tableau récapitulatif du devenir des patients orientés Circuit Court avec prise en charge classique versus patients inclus dans l'expérience

Lors de la phase active de l'expérience, 98% des patients étaient « Externe », c'est-à-dire qu'ils n'ont pas été hospitalisés, dont 9% ont été reconvoqués.

Seulement 2 patients sont partis sans ou contre avis médical contre 162 en prise en charge classique.

### **3- Durées de séjour et délai de prise en charge**

#### **a) Durée de séjour globale**

La durée de séjour globale correspond au séjour global du patient, allant de l'entrée administrative à sa sortie ou hospitalisation.

**Durée de séjour globale des patients orientés Circuit Court :**

° **Janvier à avril 2017 :** 191 minutes (1739 patients)

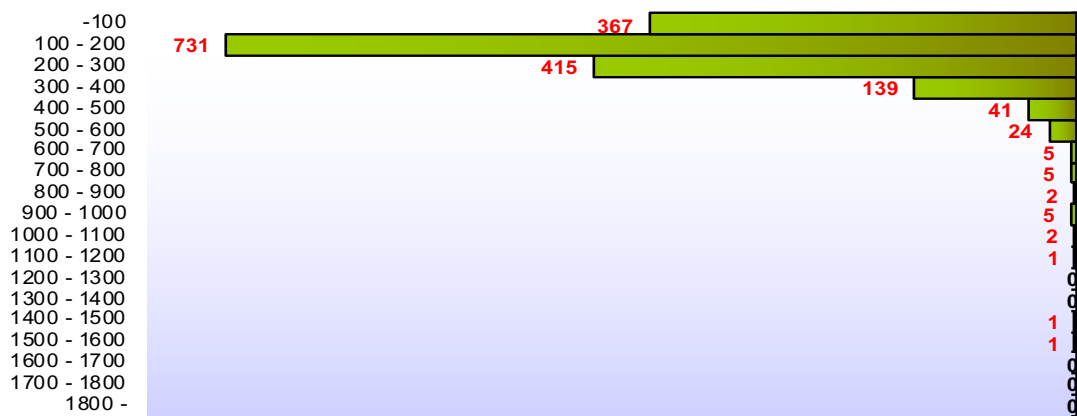


Figure 25 : Diagramme représentant la durée de séjour pour les 1739 patients orientés Circuit Court de janvier à avril 2017

Ordonnée : durée de séjour en minutes par tranches horaires de 100 minutes ; Abscisse : nombre de patients par tranches horaires

° **Janvier à Avril 2018 :**

- 221 minutes pour les 1867 patients orientés Circuit Court et pris en charge de façon classique
- 142 minutes pour les 407 patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude

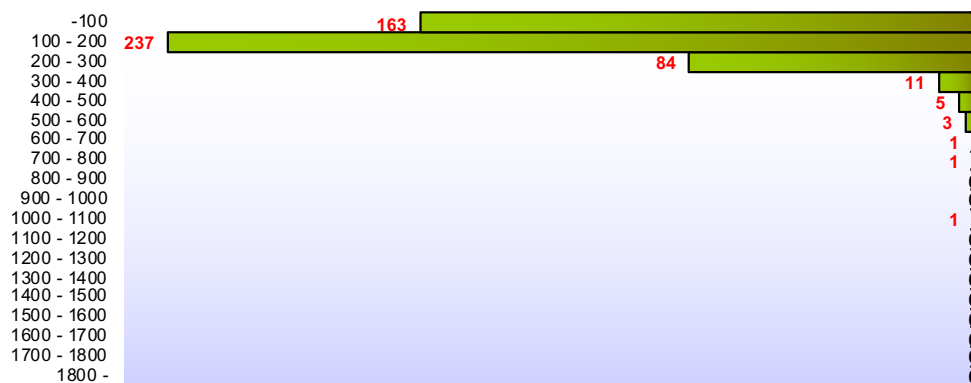


Figure 26 : Diagramme représentant la distribution de la durée de séjour pour les 407 patients orientés « Circuit Court » inclus dans l'expérience

Ordonnée : durée de séjour par tranches horaires de 100 minutes ; Abscisse : nombre de patients par tranches horaires



- Après application du *t-test de STUDENT* pour la comparaison de la durée de séjour globale moyenne des patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude versus patients Circuit Court pris en charge de façon classique, on retrouve  $p < 0,01$ .

L'hypothèse nulle de la non-différence entre les 2 groupes est rejetée. Il y a donc une différence significative des durées de séjour entre ces 2 groupes.

- Le *t-test* pour la comparaison de la durée de séjour globale moyenne des patients Circuit Court inclus dans l'étude versus patients non orientés Circuit Court retrouve également  $p < 0,01$ . Il y a donc une différence significative entre ces deux groupes.

L'explication de cette différence sera reprise dans la Discussion (page 61).

- Le *t-test* comparant la durée de séjour globale moyenne des patients orientés Circuit Court et pris en charge de façon classique en 2018 versus patients Circuit Court en 2017 retrouve  $p < 0,01$ .

### Durée de séjour globale toutes orientations confondues :

Le *t-test* comparant la durée de séjour des patients non orientés Circuit Court et toutes orientations confondues en 2017 et 2018 retrouve  $p > 0,1$ , il n'y avait pas de différence entre les deux échantillons.

#### ° Janvier à Avril 2017 :

- 274 minutes toutes orientations confondues (11478 patients)
- 289 minutes pour les patients non orientés Circuit Court (9739 patients)

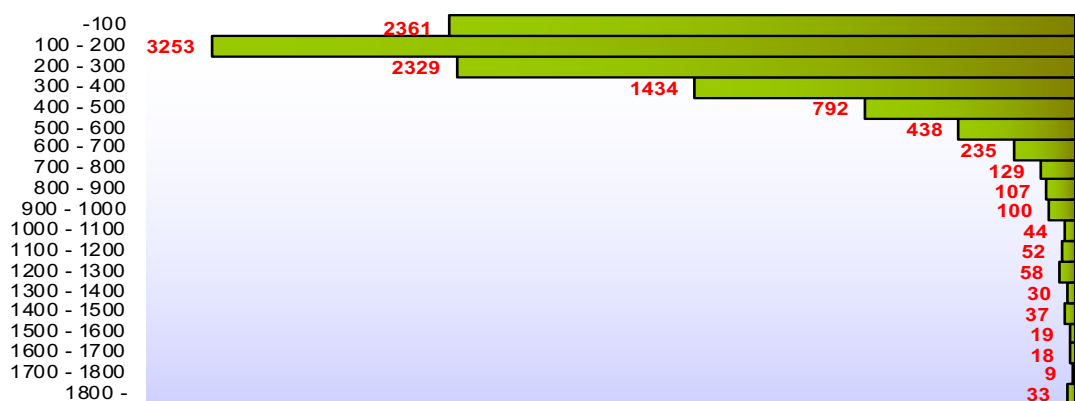


Figure 27 : Diagramme représentant la durée de séjour globale pour les 11478 patients de janvier à avril 2017, toutes orientations confondues.

Ordonnée : durée de séjour en minutes par tranches horaires de 100 minutes ; Abscisse : nombre de patients par tranches horaires

° **Janvier à avril 2018 :**

- 275 minutes toutes orientations confondues (12067 patients)
- 292 minutes pour les patients non orientés Circuit Court (9793 patients)

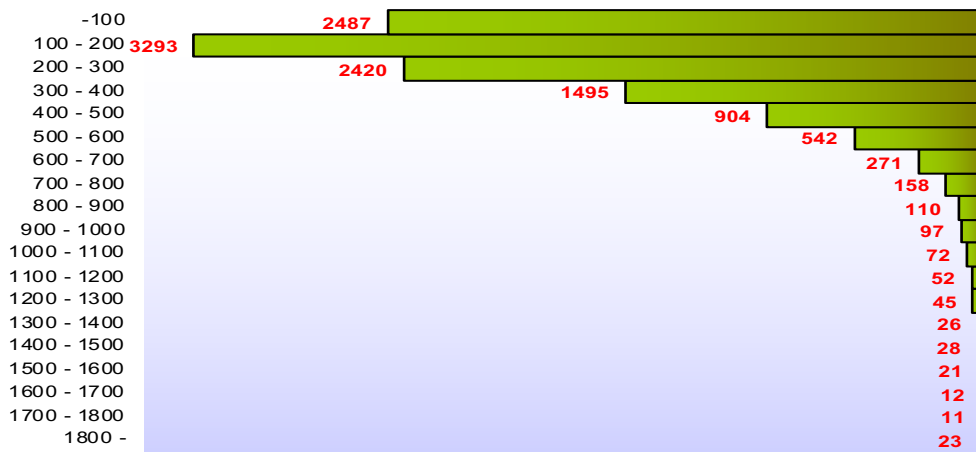


Figure 28 : Diagramme représentant la durée de séjour pour les 12067 patients sur la période janvier-avril 2018 par tranches horaires.

Ordonnée : durée de séjour par tranches horaires de 100 minutes ; Abscisse : nombre de patients par tranches horaires

**b) Délai de prise en charge**

Le délai de prise en charge correspond au délai entre l'admission du patient, c'est-à-dire son entrée administrative auprès de la secrétaire d'accueil et sa prise en charge par un médecin.

Ce délai a été calculé à partir du logiciel TU, l'examen du médecin étant considéré comme le moment où le médecin se loguait sur le patient.

Toutes orientations confondues, le délai de prise en charge était en 2017 de 84 minutes et de 85 minutes en 2018.

Sur la période de janvier à avril 2018, le délai de prise en charge était en moyenne de :

- 82 minutes toutes orientations confondues hors Circuit Court (9793 patients)
- 90 minutes pour les 407 patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude
- 102 minutes pour les 1867 patients orientés Circuit Court et pris en charge de façon classique

Après application du *t-test de STUDENT* comparant le délai de prise en charge des patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude versus tous les autres patients pris en charge de façon classique, on retrouve  $p>0,1$ .

L'hypothèse nulle n'est pas rejetée, il n'y a pas de différences entre les groupes concernant ce critère.

### **c) Durée de séjour intra-service**

La durée de séjour intra-service correspondant à la durée entre l'examen du patient par un médecin et sa sortie ou hospitalisation.

***Pour la période janvier à avril 2017***, la durée de séjour intra-service était en moyenne de :

- 207 minutes toutes orientations confondues hors Circuit Court
- 91 minutes pour les patients orientés Circuit Court.

***Pour la période janvier à avril 2018***, la durée de séjour intra-service était en moyenne de :

- 210 minutes toutes filières confondues hors Circuit Court (9793 patients)
- 119 minutes pour les 1867 patients orientés Circuit Court et pris en charge de façon classique
- 51,8 minutes pour les 407 patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude

Après application du *t-test de STUDENT* comparant la durée de séjour intra-service des patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude versus tous les autres patients pris en charge de façon classique, on retrouve  $p<0,01$ .

Il y a donc une différence significative concernant la durée de séjour intra-service des patients inclus dans l'étude.

Jan- Avr 2017	Durée de séjour globale	Délai de prise en charge	Durée de séjour intra-service	Nombre patients
	min	min	min	nb
Toutes Filières IOA	274,0	84,0	190,0	11 478
Toutes Filières IOA sans Circuit Court	288,8	81,1	207,8	9 739
<b>Circuit Court (Total)</b>	<b>191,1</b>	<b>100,4</b>	<b>90,7</b>	<b>1 739</b>

Figure 29 : tableau récapitulatif des différents délais pour la période janvier-avril 2017

Type Expérience	Prise en charge "classique"				Expérience			
	Durée séjour globale	Délai de prise en charge	Durée séjour intra-service	Nombre patients	Durée séjour globale	Délai de prise en charge	Durée séjour intra-service	Nombre patients
Jan- Avr 2018	min	min	min	nb	min	min	min	nb
Circuit Court	221,4	102,3	119,1	1867	142,0	90,2	51,8	407
Toutes Filières IOA sans Circuit Court	292,1	81,7	210,4	9694	170,9	74,5	96,4	99
<b>Total</b>	<b>280,7</b>	<b>85,0</b>	<b>195,6</b>	<b>11 561</b>	<b>147,7</b>	<b>87,1</b>	<b>60,5</b>	<b>506</b>
					p<0,01	p>0,1	p<0,01	

Figure 30 : tableau récapitulatif des différents délais pour la période janvier – avril 2018 pour la phase active de l'expérience versus prise en charge classique, orientation Circuit Court ou non

#### d) Données spécifiques pour les 11561 patients non inclus dans l'étude

L'étude de ces différentes données pour les 11561 patients non inclus dans l'étude peut être séparée en 2 axes :

- 6686 patients pris en charge de façon classique hors phase active de l'expérience
- 4875 patients pris en charge de façon classique pendant la phase active de l'expérience

Les durées de séjour globale et intra-service ainsi que le délai de prise en charge pour les patients non orientés Circuit Court n'étaient pas modifiés pendant la phase active de l'expérience.

Type Expérience	traitement "classique", hors phase expérience				traitement "classique", expérience active			
Jan- Avr 2018	Durée séjour globale	Délai de prise en charge	Durée séjour intra-service	Nombre patients	Durée séjour globale	Délai d prise en charge	Durée séjour intra-service	Nombre patients
	min	min	min	nb	min	min	min	nb
Circuit Court	229,2	106,8	122,4	1151	208,8	95,1	113,7	716
Toutes Filières IOA sans Circuit Court	280,0	82,1	197,9	5 535	308,2	81,2	226,9	4 159
<b>Total</b>	<b>271,3</b>	<b>86,3</b>	<b>184,9</b>	<b>6 686</b>	<b>293,6</b>	<b>83,3</b>	<b>210,3</b>	<b>4 875</b>

Figure 31 : Tableau récapitulatif des différents délais pour les 11561 patients non inclus dans l'étude pendant et hors phase active de l'expérience

#### 4- Répartition en fonction de l'affluence horaire (2018)

L'analyse de l'afflux des patients orientés « Circuit Court » en 2018 met en évidence une fréquentation prédominant la journée (8h-18h) avec une recrudescence pour la journée du lundi.

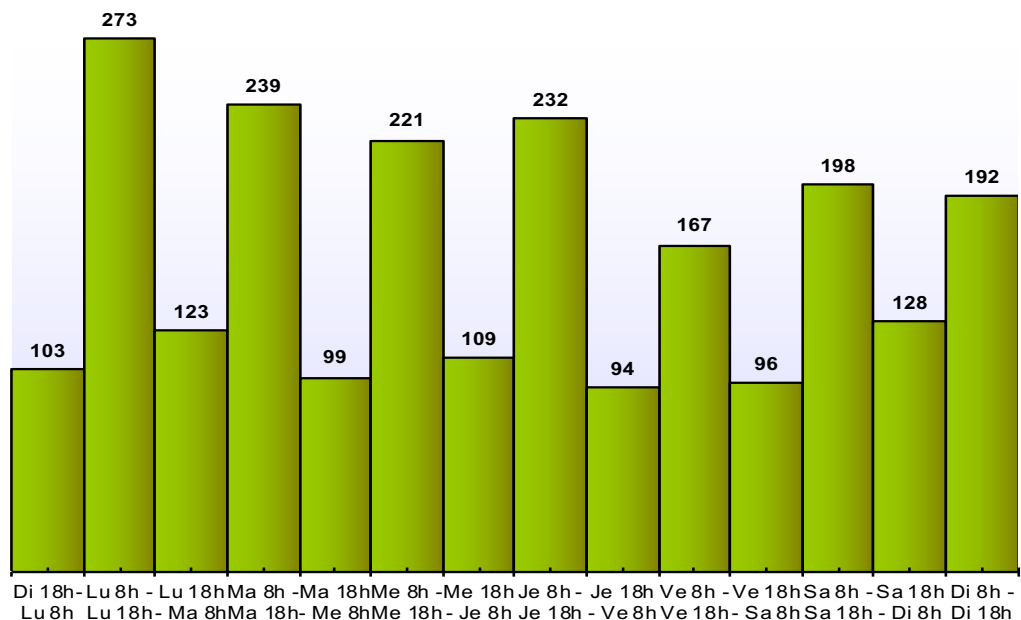


Figure 32 : Diagramme représentant le nombre d'admission de patients orientés « Circuit Court » selon les roulements horaires des médecins.

Abscisse : nombre de patients admis ; Ordonnée : roulement horaire des médecins, de 8h à 18h et de 18h à 8h, du lundi au dimanche

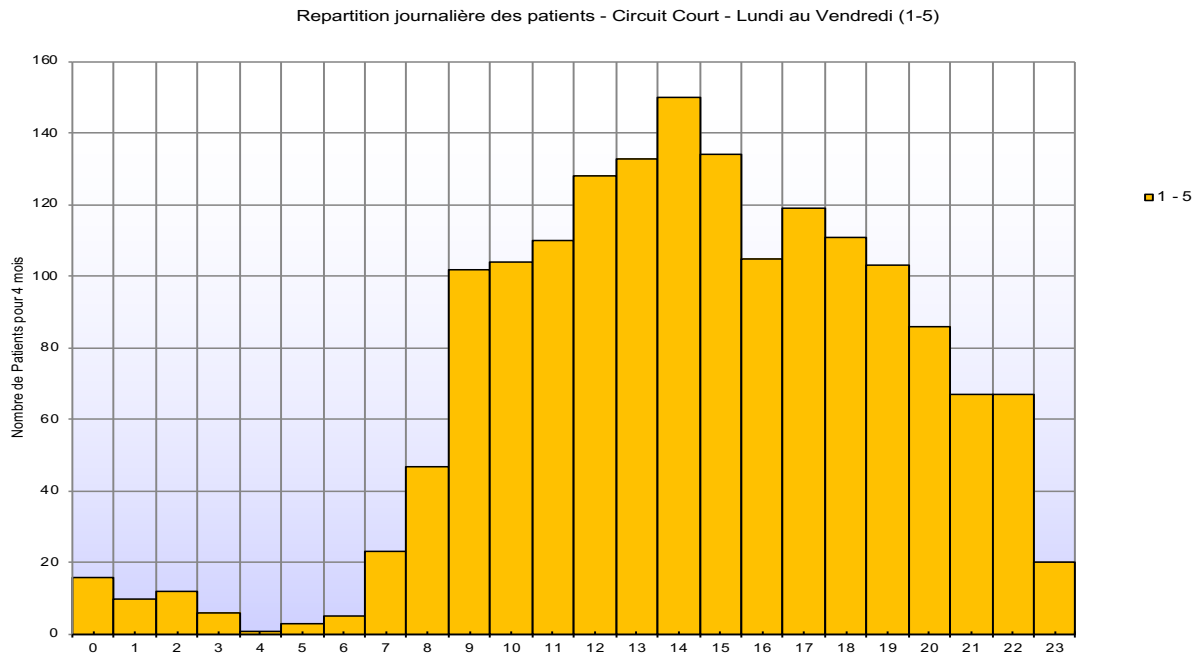


Figure 33 : Distribution du nombre d'admission de patients orientés « Circuit Court » sur les 24h du lundi au vendredi inclus (1-5).  
 Abscisse : heures de la journée ; Ordonnée : nombre de patients par heure pour la période janvier à avril 2018;

**Distribution pour les 12067 patients :**

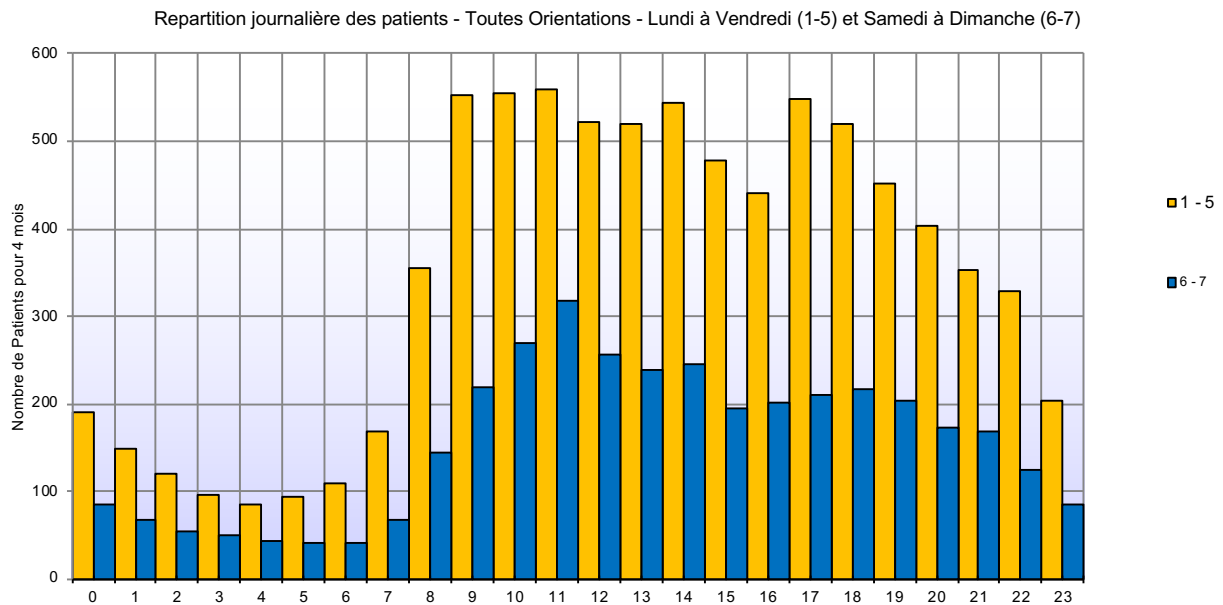


Figure 34 : Diagramme représentant le nombre d'admissions toutes orientations confondues sur 24h du lundi au dimanche. 1 = lundi ; 7 = dimanche  
 Abscisse : heures de la journée ; Ordonnées : nombres d'admissions

## 5- Recours au plateau technique

Lors de la phase active de l'expérience, 212 patients sur les 407 ont nécessité le recours au plateau technique, soit 51% de l'échantillon.

44% ont eu recours à l'imagerie.

La part des patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude ayant nécessité le recours au plateau technique ou la réalisation de gestes techniques était comparable à celle des patients orientés Circuit Court pris en charge de façon classique.

Janvier – Avril 2018	<b>Biologie</b>	<b>Imagerie</b>	<b>Sutures</b>	<b>Immobilisation plâtrée</b>
<b>407 Patients Circuit inclus dans l'étude</b>	14 (3%)	180 (44%)	10 (2%)	8 (2%)
<b>1867 Patients Circuit Court, prise en charge classique</b>	117 (6%)	865 (46%)	19 (1%)	72 (4%)
<b>Total Circuit Court 2274 patients</b>	131 (6%)	1045 (46%)	29 (1%)	80 (4%)

Figure 35 : tableau récapitulatif des examens paracliniques et gestes techniques effectués pour les 2274 patients orientés Circuit Court de janvier à avril 2018

## IV/D- Discussion

### 1- Impact de l'étude

L'objectif principal de cette expérience était d'étudier l'impact de la mise en place de cette filière Circuit Court dans le service des urgences au Centre Hospitalier d'Arles sur les durées de séjour et délai de prise en charge des patients.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer la pertinence de la formation du personnel infirmier et la mise en place des nouveaux protocoles et également d'étudier les caractéristiques de la population orientée Circuit Court ainsi que l'affluence horaire afin d'optimiser l'organisation du service.

Globalement la mise en place de cette consultation de médecine de premier recours au sein des urgences à Arles a été possible.

Il reste à définir un statut à la fois pour la filière en elle-même, pour le médecin référent (salarié ? médecin libéral ? intérimaire ?...), du financement, de l'organisation matérielle et humaine.

### **a) Caractéristiques de la population orientée Circuit Court**

Les échantillons de populations de 2017 et 2018, toutes orientations confondues, étaient comparables selon les critères âge, sexe, Gravité, CCMU, motif de recours et Provenance.

Cela a permis d'attribuer les résultats observés en 2018 à la mise en place de cette expérience et d'éliminer les différences observées liées à la population elle-même.

#### **° *Concernant le motif de consultation :***

La traumatologie apparaît comme un motif majeur de consultation avec 1169 patients sur les 2274, soit 51,5%.

Le motif « Rhumatologie et Douleur » représente également une part importante avec 299 patients soit 13,1%.

Le recours au plateau technique et notamment à l'imagerie induit par ces motifs de consultation montre l'intérêt de la mise en place de cette filière au sein du service des urgences avec une salle d'attente dédiée.

#### **° *Concernant la CCMU et la Gravité :***

La majorité des patients orientés Circuit Court était cotés CCMU 1 ou 2 et Gravité 4 ou 5.



Cette cotation est assimilable à une cotation de consultation de médecine générale libérale, l'état du patient est stable sans critères d'urgence à la prise en charge ni de nécessité absolue à la réalisation d'examens complémentaires.

° ***Concernant le mode de Provenance :***

85% des patients orientés Circuit Court se sont présentés par leurs propres moyens, la validité étant un critère de sélection essentiel pour l'inclusion des patients.

**b) Formation du personnel – Protocoles**

Le personnel soignant et notamment les IAO ont bénéficié d'une formation avant le début de l'expérience pour la présentation des nouveaux protocoles et de l'organisation souhaitée.

Globalement les critères d'inclusion ont été respectés.

Le nombre de patients orientés Circuit Court était légèrement supérieur en 2018 représentant 20% de l'effectif total contre 15% en 2017, probablement attribuable à une meilleure formation des IAO et la révision des protocoles.

Les études statistiques concernant les résultats de l'étude n'ont été appliquées que sur la période janvier-avril 2018.

**c) Durées de séjour et délai de prise en charge**

° ***Durée de séjour globale***

La durée de séjour globale était de 142 minutes pour les patients orientés Circuit Court lors de la phase active contre 221 minutes pour les patients orientés Circuit Court et pris en charge de classique et 291 minutes pour le reste des patients.

A noter qu'après application du *t-test* comparant la durée de séjour globale entre les patients orientés Circuit Court en 2017 et 2018 avec une prise en charge classique, on retrouve  $p < 0,01$ .

En appliquant un filtre artificiel type « Circuit Court » sur les échantillons de 2017 et 2018, on observe trois effets : une forte diminution des effectifs, une différence de la valeur moyenne de la

durée de séjour entre 2017 et 2018 ; une différence de la distribution des durées de séjour qui ne peut pas être uniquement attribuée à un effet aléatoire des échantillons. Les échantillons de patients Circuit Court 2017 et 2018 ne sont pas représentatifs de l'ensemble des patients qui se présentent aux urgences.

Le *t-test* appliqué pour les patients non orientés Circuit Court entre 2017 et 2018 retrouve  $p > 0,1$ . Ces échantillons, d'une part plus importants en terme d'effectifs, bénéficient d'une distribution aléatoire, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de « filtre » appliqué et que ces échantillons sont représentatifs de l'ensemble de la population qui se présente aux urgences.

Ce test vient en complément du précédent.

Pendant la phase active de l'expérience, on a pu observer une diminution significative de la durée de séjour globale et durée de séjour intra-service des patients orientés Circuit Court et inclus dans l'étude ( $p < 0,01$ )

De plus, le *t-test* comparant la durée de séjour globale des patients orientés Circuit Court inclus dans l'étude versus patients orientés Circuit Court avec prise en charge classique retrouve également  $p < 0,01$  et donc l'existence d'une différence significative entre les deux groupes.

Les différences observées peuvent être attribuées à la mise en place de cette filière, aux protocoles établis et à l'amélioration de la formation du personnel soignant.

#### ° *Durée de séjour intra-service :*

La durée de séjour intra-service était de 51,8 minutes pour les patients orientés Circuit Court et inclus dans l'étude contre 119 minutes pour les patients orientés Circuit Court pris en charge de classique ( $p < 0,01$ ) et 209 minutes pour le reste de la population. ( $p < 0,01$ )

#### ° *Délai de prise en charge :*

Il n'a pas été mis en évidence de différence concernant le délai de prise en charge (90 minutes pour les patients de l'étude contre 102 et 82 minutes) ( $p > 0,1$ )

Les horaires de cette filière étaient trop restreints lors de l'expérience, le médecin dédié n'arrivant qu'en début d'après-midi, il y avait déjà un afflux de patients orientés « Circuit Court » en salle d'attente.

En élargissant les horaires de cette filière et donc en prenant en charge ces patients dès leur arrivée, cela éviterait leur accumulation en salle d'attente et permettrait d'observer une diminution des délais de prise en charge et donc de diminuer d'avantage les délais de séjour.

#### d) Analyse de l'affluence horaire

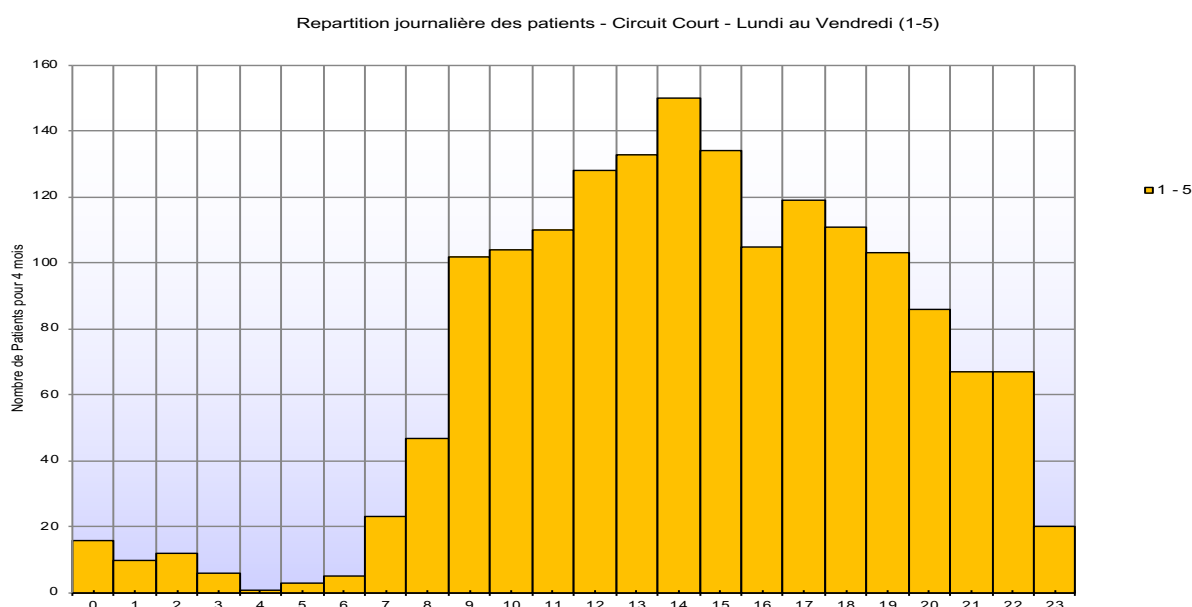


Figure 33 : Distribution du nombre d'admission de patients orientés « Circuit Court » sur les 24h du lundi au vendredi inclus.

La fréquentation de patients orientés « Circuit Court » se situe principalement en journée de 9h à 20h.

La mise en place de cette filière avec un médecin dédié apparaît pertinente de 9h ou 10h à 20h voire 22h.

La fréquentation apparaît d'emblée élevé vers 9h, la mise en activité de cette filière dès le début de l'afflux permettrait d'éviter une accumulation de patients orientés Circuit Court en salle d'attente.

Par ailleurs, l'affluence de patients orientés dans les autres secteurs est similaire.

Rappelons que cela ne vaut que du lundi au vendredi, car le week-end et jours fériés la Maison Médicale de Garde prend en charge une grande partie de ces patients.

Cela donne lieu à diverses pistes de réflexion concernant le poste et l'activité pour cette filière.

Un médecin dédié à part entière et présent du lundi au vendredi, de 9h à 20h voire 22h serait judicieux.

La présence d'un MAO (Médecin d'Accueil et d'Orientation) reste également à définir.

## **2- Impact sur le service**

L'étude des durées de séjour globale et intra-service ainsi que le délai de prise en charge pour les 11561 patients non inclus n'a pas montré de différences pendant et hors expérience.

Ceci peut en partie être expliqué par le fonctionnement du logiciel TU, la « sortie informatique » ne correspond pas toujours à la sortie réelle du patient du service.

L'élargissement des horaires de cette filière et la réorganisation du service pourraient améliorer le flux des patients non orientés Circuit Court.

## **3- Mise en place et organisation de cette expérience**

### **a) Moyens humains – Organisation du personnel**

Le médecin dédié à cette filière Circuit Court était en surnombre de l'effectif habituel comptant trois médecins seniors et deux à trois internes l'après-midi.

Toutefois les internes en poste ce semestre étaient majoritairement des internes en premier semestre. Pour améliorer le flux et désengorger les urgences, il est donc nécessaire que cette filière fasse l'objet d'un poste supplémentaire par rapport à l'effectif habituel...

En pratique, durant l'expérience, ce sont majoritairement les infirmières et aides-soignantes du SMUR ou UHCD qui ont effectué les soins demandés mais le manque de renseignements retranscrits sur TU ne permet pas l'analyse de ces données.

L'élargissement des critères d'inclusion dans cette filière à la prise en charge de la petite traumatologie et plaies nécessitent d'avoir du personnel dédié avec une infirmière et une aide-soignante.

En effet, en période de forte affluence, il s'est avéré difficile pour le personnel paramédical de se détacher de son secteur.

L'organisation du personnel paramédical la plus adaptée serait :

- 1 infirmière et 1 aide-soignante pour chaque secteur 1, 2 et UHCD
- 1 infirmière SMUR
- 1 infirmière et 1 aide-soignante pour la filière Circuit Court

Abordons un autre point essentiel aux urgences qui peut être source de problème : les plannings.

Ce problème n'est pas spécifique à Arles. Le manque d'urgentistes est malheureusement d'actualité dans de nombreux hôpitaux et peut être davantage en périphérie.

De plus en plus les services d'urgences sont obligés de faire appel à des intérimaires. La raréfaction des urgentistes oblige parfois à avoir recours à des médecins non spécialistes de la discipline.

Cette expérience montre qu'un médecin généraliste a sa place au sein des urgences pour y assurer la médecine de premier recours, sans concurrence avec les médecins libéraux, palliant ainsi à un autre problème d'actualité : la désertification médicale.

Le statut du médecin dédié à cette filière pourrait être :

- Un médecin généraliste salarié de l'hôpital à temps plein
- Un médecin généraliste avec une activité mixte exerçant en libéral et en milieu hospitalier
- Un médecin généraliste intérimaire
- Un jeune médecin assistant finissant son internat de médecine générale et souhaitant avoir une activité hospitalière avant de s'installer

## **b) Dossier médical – TU**

Un biais important à prendre en compte est l'absence des données d'intérêt sur le dossier TU, à commencer par l'orientation IAO : pour janvier à avril 2018, l'orientation IAO n'était pas renseignée pour 6009 patients, soit environ 50% du passage total pour cette période.

Le nombre de patients orientés Circuit Court est donc probablement sous-estimé.

La « date d'examen » correspond au moment où un médecin se logue sur un patient, ce n'est donc qu'une donnée informatique, cette heure ne correspond pas toujours à l'heure de l'examen physique du patient.

De même que l'heure de sortie indiquée ne correspond pas toujours à l'heure de sortie réelle du patient. En effet le patient peut sortir physiquement du service mais rester sur le TU le temps que le dossier soit rempli et côté par le médecin qui fera ensuite sa sortie du TU.

Pour tenter d'être le plus précis possible et de se rapprocher le plus possible de l'heure réelle de sortie du patient, il faudrait pouvoir retenir l'heure d'impression des papiers de sortie comme heure de sortie physique du patient, les délais seraient alors plus représentatifs. Cette donnée n'a pu être exportée et analysée.

L'heure de mise en salle n'était pas disponible. Elle aurait permis de calculer le délai entre l'installation du patient dans une salle et son examen par le médecin, à condition que le médecin ne se logue sur ce patient seulement au moment de son examen physique. Cela permettrait également de calculer le délai réel de séjour intra-service (dans cette étude le délai de séjour intra-service correspond au délai entre l'examen par un médecin, c'est-à-dire l'heure à laquelle il se logue, et la sortie ou hospitalisation du patient).

### **c) Facilité d'accès au plateau technique**

La mise en place de cette filière au sein du service des urgences est nécessaire pour permettre l'accès au plateau technique, ce qui la différencie de la MMG, permettant ainsi l'élargissement des critères d'inclusion à la petite traumatologie et plaies.

La traumatologie représentant plus de 50% des motifs de consultation, l'imagerie radiologie a été utilisée pour 46% des patients orientés Circuit Court.

6% des patients ont bénéficié d'un bilan biologique. Il y a également la possibilité de réaliser une Bandelette Urinaire, ECG...

Les gestes techniques ont concerné environ 5% des patients. D'autres soins comme les pansements ont également été réalisés.

Il n'a pas été possible d'exporter et de quantifier tous les gestes techniques effectués, notamment les pansements et la pose d'orthèses amovibles.

Ces données montrent la nécessité de l'accès au plateau technique du service ainsi qu'au personnel paramédical, confortant ainsi la présence de cette filière au sein du service des urgences.

#### **d) Organisation « géographique » au sein du service**

L'organisation actuelle n'est pas adaptée pour la mise en place de cette filière à part entière.

La salle Circuit Court est trop exigüe et peut rendre l'examen ou la réalisation de soins difficile.

De plus, elle se situe juste en face du bureau des médecins ce qui peut poser des problèmes de confidentialité.

La salle d'attente Circuit Court, également trop exigüe, se situe dans un lieu de passage.

Pour optimiser la mise en place de cette filière, il est nécessaire de disposer d'une ou deux salles de consultation et d'une salle d'attente dédiée.

Selon la configuration actuelle du service, la « Salle Consult » et « Salle CAPEP » situées en face de la radiologie pourraient être appropriées.

#### **e) Financement**

Dans le cadre de cette expérience, il n'y a pas eu de financement spécifique pour cette filière.

Le financement a été en totalité pris en charge par l'hôpital pour chaque patient, toutes filières confondues, sauf en cas de réorientation vers la MMG.

Le médecin référent du Circuit Court faisant l'objet d'un poste supplémentaire, ici interne lors de la phase active de l'expérience, était salarié de l'hôpital.

L'implantation de cette filière au sein du service des urgences assure une rémunération à l'hôpital pour chaque passage et détermine le financement du service en fonction de la cotation des actes effectués.

Les examens paracliniques et gestes techniques effectués pour ces patients sont cotés dans le logiciel TU et permettent de déterminer l'activité et donc la rémunération du service des urgences.

### ***Exemple du financement de l'association SUMO de l'IHA Laveran :***

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

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

### ***Revenons sur le financement des hôpitaux...***

La tarification à l'activité (T2A) est le mode de financement unique des établissements de santé, publics et privés.

Lancée en 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », elle repose sur une logique de mesure de la nature et du volume des activités et non plus sur une autorisation de dépenses. (44)

Elle constitue le mode unique de financement pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics (ex DG) et des établissements privés (ex OQN).

**Désormais, les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.**

Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

S'agissant du secteur public, la mise en place depuis 1983 d'une dotation globale (DG) annuelle a pesé sur le choix d'un mode de transition différent.

Ainsi, il a été décidé de maintenir une part de dotation annuelle résiduelle, complétée par la valorisation des données d'activités produites par le PMSI. Cette valorisation de l'activité s'est opérée d'année en année de façon croissante : 10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 et 100% en 2008.

Cela a conduit au maintien, en parallèle, d'une dotation annuelle complémentaire (DAC), faisant effet « d'amortisseur ».

**Recettes x valorisation de l'activité + dotation résiduelle (DAC) = recettes de l'établissement**

S'agissant du secteur privé, le passage à la réforme a été géré par l'application d'un coefficient de transition qui devra atteindre la valeur 1 en 2012 afin, qu'à cette date, l'ensemble des tarifs régionaux soit aligné sur le tarif national.

**Tarif national x coefficient de transition de l'établissement = tarif de l'établissement**



Afin d'ajuster au mieux le dispositif aux besoins et aux attentes des établissements, le mécanisme de montée en charge de la T2A dans le secteur ex-DG est aligné sur celui du secteur privé depuis le 1er janvier 2008. Les activités de MCO sont valorisées à 100% des tarifs et la DAC est supprimée.

Un coefficient de transition est appliqué de manière modulée à chaque établissement.

Ce coefficient spécifique est calculé pour chacun des établissements.

Le dispositif de convergence intra-sectorielle, inscrit dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2004, se poursuit. Pour chaque établissement, un taux de convergence est appliqué au coefficient de transition depuis le 1er mars 2008.

L'application de la T2A à 100% emportera son plein effet en 2012, les coefficients de convergence devant tendre vers la valeur 1.

**Certaines activités spécifiques telles les urgences, la coordination des prélèvements d'organes et les greffes font l'objet d'un financement forfaitisé.**

Les coûts fixes de ces activités sont financés par des forfaits annuels (près d'un milliard d'euros par an pour l'ensemble).

(45)(46)(47)(48)

[Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999](#) portant création d'une couverture médicale universelle (JO du 28 juillet)

[Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#), articles 22 à 34

## V/ Conclusion

Le rapport annuel de la Cour des Comptes de Février 2019 « **Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités** » rapporte une fréquentation croissante des services d'urgences français avec 21,2 millions de passages en 2016, soit une augmentation de 15% en 4 ans (18,4 millions en 2012).

En parallèle, l'offre de soins s'avère stable avec 641 structures d'urgences publiques recensées en 2016. (18)

Le nombre de passages croissant dans les services d'urgences français, aggravé par la désertification médicale d'avantage observée dans les milieux semi-ruraux, est responsable d'un engorgement massif de ces services.

La répartition inégale de l'offre de soins dans la région PACA et le manque de médecins généralistes dans la commune d'Arles et ses environs avec une densité de 132 médecins pour 100000 habitants, inférieure à la moyenne nationale (270 médecins pour 100000 habitants), sont responsables d'un afflux important de patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours.

La mise en place d'une filière courte au sein du service des urgences du Centre Hospitalier d'Arles a été instaurée de façon expérimentale de Janvier à Avril 2018 pour répondre à cette demande de soins.

La gestion des flux des patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours dans les services d'urgences fait consensus.

La nouvelle réforme de 2017 faisant de la Médecine d'Urgence une spécialité à part entière, renforce la pertinence de la prise en charge de cette consultation par un médecin généraliste.

La mise en place de cette filière courte avec un médecin dédié, en l'occurrence interne en médecine générale, dans le service des urgences à Arles avait pour objectif d'en étudier l'impact sur la qualité de prise en charge des patients, en diminuant les durées de séjour et ainsi prodiguer des soins de qualité dans des délais raisonnables.

Au préalable, le personnel infirmier a suivi une formation et les critères de sélection ont été établis par des protocoles.

La mise en place de la filière Circuit Court au SAU d'Arles de Janvier à Avril 2018 a permis une diminution significative des durées de séjour pour les patients relevant d'une consultation de médecine de premier recours et orientés Circuit Court selon les critères de sélection établis, passant de 221 minutes à 142 minutes ( $p < 0,01$ ). La durée de séjour au sein du service a quant à elle pu être diminuée de moitié passant de 119 minutes à 52 minutes ( $p < 0,01$ ).

La mise en place de cette filière n'a pas montré de diminution significative sur les durées de séjour des patients de la filière longue et n'a donc pas permis d'observer le désengorgement significatif attendu au sein du service.

Les conditions de réalisation de cette expérience n'ont pas permis d'objectiver de plus-value du médecin urgentiste par rapport au médecin généraliste pour cette filière courte.

Les caractéristiques de la population orientée en filière courte ainsi que les cotations Gravité et CCMU sont similaires à celles des patients de médecine de ville.

L'affluence horaire des patients orientés Circuit Court est journalière et vient s'ajouter à une sollicitation importante du service pour la filière longue.

Assurer la Permanence Des Soins uniquement le soir et les week-end ne suffit plus et la mise en place de cette filière s'impose de 9h à 20h du lundi au vendredi, la PDS étant assurée par la MMG les week-end et jours fériés.

Cette expérience a permis d'améliorer les conditions de travail en diminuant le stress de l'ensemble de l'équipe soignante médicale et paramédicale mais également des patients, conditions nécessaires pour une prise en charge de qualité.

La Cour des Comptes concluait son récent rapport en indiquant qu'il était nécessaire de développer des alternatives au Service d'Accueil des Urgences en ville, les mesures incitatives débloquées dès 2014 ayant échoué.

La mise en place d'un médecin généraliste aux urgences dans un SAU comme Arles est une voie palliative porteuse passant par un « rapport gagnant-gagnant » ; chaque partenaire est complémentaire, l'urgentiste centré sur la médecine d'urgence ; le médecin généraliste assurant la médecine de premier recours avec l'élargissement de ses compétences grâce à l'accès au plateau technique, et pouvant à tout moment solliciter l'urgentiste.

Cette organisation permet également la rationalisation des coûts tout en permettant une prise en charge de qualité dans des délais raisonnables.

## **VI/ Annexe – Abréviations**

<b>AMU</b>	Aide Médicale Urgente
<b>AMUF</b>	Association des Médecins Urgentistes de France
<b>AOT</b>	Autorisation d'Occupation Temporaire
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>ATSU</b>	Association Départementales des Transports Sanitaires Urgents
<b>BU</b>	Bandelette Urinaire
<b>CAPEP</b>	Centre d'Accueil Permanent En Psychiatrie
<b>CCI</b>	Commission de Conciliation et Indemnisation
<b>CCMU</b>	Classification Clinique des Malades aux Urgences
<b>CESU</b>	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
<b>CNOM</b>	Conseil National de l'Ordre des Médecins
<b>CODAMUPS-TS</b>	Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires
<b>CRRA</b>	Centre de Réception et de Régulation des Appels,
<b>DAC</b>	Dotation Annuelle Complémentaire
<b>DES</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>DESC</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées complémentaires
<b>DG</b>	Dotation Globale
<b>DGOS</b>	Direction Générale de l'Offre de Soins
<b>ECBU</b>	Examen Cytobactériologique des Urines
<b>ECG</b>	Electrocardiogramme
<b>GHM</b>	Groupe Homogène de Malades
<b>GHS</b>	Groupe Homogène de Séjours
<b>Grille FRENCH</b>	French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage
<b>HIA</b>	Laveran Hôpital d'Instruction des Armées
<b>IAO</b>	Infirmière d'Accueil et d'Orientation
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>Loi HPST</b>	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
<b>Loi LFSS</b>	Loi de Financement de la Sécurité Sociale

<b>MACSF</b>	Mutuelle d'Assurance du Corps de Santé Français
<b>MAO</b>	Médecin d'Accueil et d'Orientation
<b>MCO</b>	Médecine Chirurgie Obstétrique
<b>MG</b>	Médecin Généraliste
<b>MMG</b>	Maison Médicale de Garde
<b>MRS</b>	Mission Régionale de Santé
<b>PDS</b>	Permanence Des Soins
<b>PDSA</b>	Permanence Des Soins en Ambulatoire
<b>PDES</b>	Permanence Des Soins en Etablissement de Santé
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>POSU</b>	Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences
<b>SAMU</b>	Service d'Aide Médicale Urgente
<b>SAU</b>	Service d'Accueil des Urgences
<b>SAUV</b>	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
<b>SDIS</b>	Service Départemental d'Incendie et de Secours
<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>SUMO</b>	Soins d'Urgences par les Médecins Omnipraticiens
<b>T2A</b>	Tarifcation à l'activité
<b>TU</b>	Terminal Urgences
<b>UHCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
<b>UMJ</b>	Unité Médico Judiciaire
<b>UNCAM</b>	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>UPATOU</b>	Unité de Proximité d'Accueil des Urgences
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
<b>VSAB</b>	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et Blessés
<b>VSAV</b>	Véhicule de Secours et d'Assistance aux Victimes

## **VII/ BIBLIOGRAPHIE**

1. Riou B. 2017 : l'an 1 du diplôme d'études spécialisées de médecine d'urgence. Ann Fr Médecine Urgence. févr 2017;7(1):1-4.
2. Pateron D. Les circuits courts sont parfois les meilleurs. SFMU et Lavoisier; 2015.
3. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameur F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. Ann Fr Médecine D'urgence. 1 déc 2015;5(6):283-9.
4. Des urgences plus fluides même avec la bobologie ! [Internet]. [cité 8 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.reseau-chu.org/article/des-urgences-plus-fluides-meme-avec-la-bobologie/>
5. Permanence des soins [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/permanence-soins/permanence-soins>
6. Fédération Nationale des Centre de Santé. La permanence des soins ambulatoires [Internet]. Fédération Nationale des Centres de Santé. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.fncs.org/la-permanence-des-soins-ambulatoires>
7. L'organisation de la permanence et la continuité des soins [Internet]. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <http://www.ars.sante.fr/lorganisation-de-la-permanence-et-la-continuite-des-soins>
8. Professionnel ME. Permanence des soins en établissement de santé [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. [cité 20 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Reglementation-et-actualite/Actualites-et-lois-de-sante/decret-permanence-des-soins>
9. Sécurité Sociale. Organisation de la permanence de soins et des services d'urgence; indicateur n°3-3; partie II : Objectifs/Résultats.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France en 2018, chiffres clés.
11. Cristofari. Démographie médicale : généralistes en baisse, spécialistes en hausse [Internet]. Syndicat MGFrance. [cité 19 nov 2018]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/545-demographie-medicale-generaliste-en-baisse-specialistes-en-hausse>
12. BouchesduRhone13\_SDM-2018-v1.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2019]. Disponible sur: [http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/BouchesduRhone13\\_SDM-2018-v1.pdf](http://www.urps-ml-paca.org/wp-content/uploads/2019/02/BouchesduRhone13_SDM-2018-v1.pdf)
13. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Médecins en cumul retraite/activité régulière [Internet]. [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: [http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/med\\_cumul.htm](http://www.carmf.fr/page.php?page=chiffrescles/stats/2017/med_cumul.htm)
14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2018.
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France en 2018, activité régulière.
16. Densité médicale régionale France 2017 | Statistique [Internet]. Statista. [cité 21 déc 2018]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/500637/densite-medicale-regions-france/>
17. Professionnel ME. Chiffres clés des professions de santé [Internet]. macsf-exerciceprofessionnel.fr. [cité 10 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.macsf-exerciceprofessionnel.fr/Rapport-annuel-sur-le-risque-en-sante/Risque-des-professions-de-sante/Chiffres-cles-risque-medical>
18. Cour des Comptes. Rapport Cour des Comptes Février 2019; Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités.

19. dress solidarité santé gouv. La médecine d'urgence 2016.
20. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). 2006-576 mai 22, 2006.
21. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE. :5.
22. Code de la santé publique - Article L6314-1. Code de la santé publique.
23. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. 2010-809 juill 13, 2010.
24. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.
25. Santé Gouv. Permanence Des Soins. Forfaits de régulation et astreinte. Instruction N° DSS/1B/2011 du 27 janvier 2012.
26. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;Vol. 17(2):233-40.
27. Santé Gouv. Permanence Des Soins. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-4: Annonce N°68 [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040068.htm>
28. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 12 févr 2019]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=45B400FE5BFD488080576F01192BFDD1.tplgfr26s\\_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171614&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=45B400FE5BFD488080576F01192BFDD1.tplgfr26s_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171614&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090730)
29. Agence Régionale de Santé. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoire de la région PACA.
30. Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux PACA. La PDSA (Permanence Des Soins Ambulatoires) en PACA – URPS Médecins Libéraux PACA [Internet]. [cité 25 nov 2018]. Disponible sur: [http://www.urps-ml-paca.org/?page\\_id=2377](http://www.urps-ml-paca.org/?page_id=2377)
31. Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones. Maison Médicale de Garde.
32. Descours C, Honoraire S. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. :19.
33. Nouvelle écriture de l'article 77 du Code de déontologie | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/nouvelle-ecriture-de-l-article-77-du-code-de-deontologie-546>
34. Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences - APHP DAJ [Internet]. [cité 17 févr 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhoso-1-n-2003-195-du-16-avril-2003-relative-a-la-prise-en-charge-des-urgences/>
35. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2003-880 sept 15, 2003.
36. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 2003-881 sept 15, 2003.
37. MMG fonctionnement.
38. Maison Médicale de Garde - Implantation.
39. SFMU 2018. Echelle de tri IAO aux urgences.
40. Société francophone de médecine d'urgence, Boivin M. Référentiel IOA, Infirmière organisateur de l'accueil. Paris: Brain Storming; 2004.
41. SFMU 2013. Triage IAO aux urgences.
42. ccmu.pdf [Internet]. [cité 22 mai 2019]. Disponible sur: <https://www.orumip.fr/wp-content/uploads/2011/11/ccmu.pdf>

43. Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [cité 25 mai 2019]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/aide-a-la-decision/61-classifications.html>
44. DGOS. Financement des établissements de santé [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2010 [cité 27 déc 2018]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>
45. LegiFrance. Financement des hopitaux, loi 99-641 du 27 juillet 1999.
46. LOI n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. 2003-1199 déc 18, 2003.
47. solidarites.sante-gouv. Financement des hopitaux.
48. Cour des Comptes. Financement des hôpitaux, Rapport de la Sécurité Sociale 2014; Urgences hospitalières.





## 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.