



HAL
open science

Évaluation du taux de consultation par le médecin traitant lors d'une consultation post-urgence requise par l'urgentiste : entre rupture et continuité du parcours de soins

Étienne Roussel

► To cite this version:

Étienne Roussel. Évaluation du taux de consultation par le médecin traitant lors d'une consultation post-urgence requise par l'urgentiste : entre rupture et continuité du parcours de soins. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03889073

HAL Id: dumas-03889073

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03889073v1>

Submitted on 7 Dec 2022

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.

**Evaluation du taux de consultation par le médecin traitant lors d'une
consultation post-urgence requise par l'urgentiste : entre rupture et
continuité du parcours de soins**

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES

DE MARSEILLE

Le 15 Novembre 2022

Par Monsieur Etienne ROUSSEL

Né le 31 octobre 1984 à Le Havre (76)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur VIVILLE Simon

Directeur

Monsieur le Docteur THERY Didier

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DELARQUE Alain
	ALBANESE Jacques		DEVIN Robert
	ALDIGHIERI René		DEVRED Philippe
	ALESSANDRINI Pierre		DJIANE Pierre
	ALLIEZ Bernard		DONNET Vincent
	AQUARON Robert		DUCASSOU Jacques
	ARGEME Maxime		DUFOUR Michel
	ASSADOURIAN Robert		DUMON Henri
	AUFFRAY Jean-Pierre		DURAND Jean-Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		ENJALBERT Alain
	AZORIN Jean-Michel		FAUGERE Gérard
	BAILLE Yves		FAVRE Roger
	BARDOT Jacques		FIECHI Marius
	BARDOT André		FARNARIER Georges
	BERARD Pierre		FIGARELLA Jacques
	BERGOIN Maurice		FIGARELLA-BRANGER Dominique
	BERLAND Yvon		FONTES Michel
	BERNARD Dominique		FRANCES Yves
	BERNARD Jean-Louis		FRANCOIS Georges
	BERNARD Pierre-Marie		FUENTES Pierre
	BERTRAND Edmond		GABRIEL Bernard
	BISSET Jean-Pierre		GALINIER Louis
	BLANC Bernard		GALLAIS Hervé
	BLANC Jean-Louis		GAMERRE Marc
	BOLLINI Gérard		GARCIN Michel
	BONGRAND Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BONNEAU Henri		GAUTHIER André
	BONNOIT Jean		GERARD Raymond
	BORY Michel		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BOTTA Alain		GIUDICELLI Sébastien
	BOTTA-FRIDLUND Daniëlle		GOUDARD Alain
	BOUBLI Léon		GOUIN François
	BOURGEADE Augustin		GRILLO Jean-Marie
	BOUVENOT Gilles		GRIMAUD Jean-Charles
	BOUYALA Jean-Marie		GRISOLI François
	BREMOND Georges		GROULIER Pierre
	BRICOT René		GUYS Jean-Michel
	BRUNET Christian		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BUREAU Henri		HARLE Jean-Robert
	CAMBOULIVES Jean		HASSOUN Jacques
	CANNONI Maurice		HEIM Marc
	CARTOUZOU Guy		HOUEL Jean
	CAU Pierre		HUGUET Jean-François
	CHABOT Jean-Michel		JAQUET Philippe
	CHAMLIAN Albert		JAMMES Yves
	CHARPIN Denis		JOUBE Paulette
	CHARREL Michel		JUHAN Claude
	CHAUVEL Patrick		JUIN Pierre
	CHOUX Maurice		KAPHAN Gérard
	CIANFARANI François		KASBARIAN Michel
	CLAVERIE Jean-Michel		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CLEMENT Robert		LACHARD Jean
	COMBALBERT André		LAFFARGUE Pierre
	CONTE-DEVOLX Bernard		LAUGIER René
	CORRIOL Jacques		LE TREUT Yves
	COULANGE Christian		LEGRE Régis
	CURVALE Georges		LEVY Samuel
	DALMAS Henri		LOUCHET Edmond
	DE MICO Philippe		LOUIS René
	DELPERO Jean-Robert		LUCIANI Jean-Marie
	DESSEIN Alain		MAGALON Guy

PROFESSEURS HONORAIRES

MM MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PANUEL Michel
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
RAOULT Didier
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

EMERITAT

2008

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

2009

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

2010

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

2011

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

2012

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

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUF0 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

EMERITAT

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	VIALETTE 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
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021

EMERITAT

2020

M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

2020

2022

Mme le Professeur	FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
M. le Professeur	HARLE Jean-Robert	31/08/2025
M. le Professeur	PANUEL Michel	31/08/2025
M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2023
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2023
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2023
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2023
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2023
M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2023
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2023

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

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

1974

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

1975

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

1976

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

1977

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

1978

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

1980

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

1981

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

1982

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

1985

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

1986

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

1987

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

1988

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

1989

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

1990		DOCTEURS HONORIS CAUSA
MM. les Professeurs		J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991		
MM. les Professeurs		J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992		
MM. les Professeurs		H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994		
MM. les Professeurs		G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995		
MM. les Professeurs		D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997		
MM. les Professeurs		C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998		
MM. les Professeurs		O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999		
MM. les Professeurs		J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000		
MM. les Professeurs		D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001		
MM. les Professeurs		P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002		
MM. les Professeurs		M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003		
M. le Professeur Sir		T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004		
M. le Professeur		M. DAKE (U.S.A.)
2005		
M. le Professeur		L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006		
M. le Professeur		A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007		
M. le Professeur		S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre Surnombre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel Retraite au 2/11/2022
BARLIER-SETTI Anne
BARLOGIS Vincent
BARTHET Marc
BARTOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BELIARD-LASSERRE Sophie
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERBIS Julie
BERDAH Stéphane
BEROUD Christophe
BERTRAND Baptiste
BERTUCCI François
BEYER-BERJOT Laura
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BOISSIER Romain
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOUFI Mourad
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETTELE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CERMOLACCE Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
COLLART Frédéric

COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
DAUMAS Aurélie
DAVID Thierry
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELAPORTE Emmanuel
DENIS Danièle Surnombre
DEVILLIER Raynier
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DUSSOL Bertrand
EBBO Mikaël
EUSEBIO Alexandre
FABRE Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAURE Alice
FELICIAN Olivier
FENOLLAR Florence
FLECHER Xavier
FOUILLOUX Virginie
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCESCHI Frédéric
FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GABORIT Bénédicte
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane disponibilité
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GONZALEZ Jean- Michel
GAILLON Thomas
GRANEL/REY Brigitte
GRANDVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GROB Jean-Jacques Retraite au 1/10/2022
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent

HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HOUVENAEGHEL Gilles
HRAIECH Sami
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIELLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas disponibilité
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre disponibilité
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	ROUDIER Jean	VALERO René
PIQUET Philippe	SALAS Sébastien	VAROQUAUX Arthur Damien
PIRRO Nicolas	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VELLY Lionel
POINSO François	SCAVARDA Didier	VEY Norbert
RACCAH Denis	SCHLEINITZ Nicolas	VIDAL Vincent
RADULESCO Thomas	SEBAG Frédéric	VIENS Patrice
RANQUE Stéphane	SIELEZNEFF Igor	VILLANI Patrick
REGIS Jean	SIMON Nicolas	VITON Jean-Michel
REYNAUD/GAUBERT Martine	STEIN Andréas	VITTON Véronique
REYNAUD Rachel	SUISSA Laurent	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TAIEB David	VIVIER Eric
RICHERI Raphaëlle	THOMAS Pascal	XERRI Luc
ROCHE Pierre-Hugues	THUNY Franck	ZIELESKIEWICZ Laurent
ROCH Antoine	TOSELLO Barthélémy	
ROCHWERGER Richard	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
ROLL Patrice	TROPIANO Patrick	
ROSSI Dominique	<i>TSIMARATOS Michel détachement</i>	
ROSSI Pascal	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

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

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS MEDECINE GENERALE

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BOURVIS Nadège

Secrétariat Général - RH

MAJ 01.09.2022

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GAUDRY Marine	ROMANET Pauline
APPAY Romain	GELSI/BOYER Véronique	SABATIER Renaud
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GOURIET Frédérique	SAULTIER Paul
BENYAMINE Audrey	GUERIN Carole	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOBOT Mickael	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BONINI Francesca	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUCRAUT Joseph	HABERT Paul	TOGA Isabelle
BOULAMERY Audrey	HAUTIER Aurélie	TOMASINI Pascale
BOULLU/CIOCCA Sandrine	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
BOUSSEN Salah Michel	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
BUFFAT Christophe	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CAMILLERI Serge	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CARRON Romain	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CASSAGNE Carole	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
CHAUDET Hervé	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Héléne
CHRETIEN Anne-Sophie	LAGARDE Stanislas	
COZE Carole	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
CUNY Thomas	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAMBERT Isabelle	
DALES Jean-Philippe	LENOIR Marien	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	MAAROUF Adil	
DEHARO Pierre	MACAGNO Nicolas	
DELLIAUX Stéphane	MALISSEN Nausicaa	
DELTEIL Clémence	MAUES DE PAULA André	
DESPLAT/JEGO Sophie	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MORAND-HUGGET Aurélie	
DUONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOUGAIREDE Antoine	
FOLETTI Jean- Marc	PAULMYER/LACROIX Odile	
FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie	
FROMNOT Julien	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DESNUES Benoît	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	RUEL Jérôme
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MEZOUAR Soraya	THIRION Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte retraite au 1/10/2022	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BERNAL Alexis	ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
FIERLING Thomas	THERY Didier
FORTE Jenny	
MITILIAN Eva	

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe

TRINQUET Laure
VILLA Milène

CDI LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES ET DE LA READAPTION

FORMATION ERGOTHERAPIE

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

FORMATION PODOLOGIE

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

FORMATION ORTHOPTIE

MONTICOLO Chloé

FORMATION MASSO-KINESITHERAPIE

AUTHIER Guillaume
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MULLER Philippe
ROSTAGNO Stéphan

CDD LRU TEMPS PLEIN ECOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

CHAYS-AMANIA Audrey

CDD LRU TEMPS PLEIN ANGLAIS

GILSINN Amanda

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

SACHAU-CARCEL Géraldine

CDI LRU ECOLE DE MAÏEUTIQUE

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

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

ANATOMIE 4201

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

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

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

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

APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)

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

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

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

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

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

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

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

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

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

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

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
 et Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony (PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

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

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

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

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
BOUFI Mourad (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH) Retraite au 1/10/2022
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

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

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

CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF) Retraite au 1/10/2022

IMMUNOLOGIE 4703

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

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
 CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
 DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
 DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
 JARROT Pierre-André (MCU PH)
 ROBERT Philippe (MCU-PH)
 VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH) Disponibilité

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
 DISDIER Patrick (PU-PH)
 EBBO Mikael (PU-PH)
 GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
 ROSSI Pascal (PU-PH)
 SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

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

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)
 VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

DELTEIL Clémence (MCU PH)
 TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

MEZOUAR Soraya (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

*DENIS Danièle (PU-PH) Surnombre***OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501**

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

BOBOT Mickael (MCU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

GRAILLON Thomas (PU PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903*BAILLY Daniel (PU-PH) Retraite au 2/11/2022*

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RHUMATOLOGIE 5001**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

HABERT Paul (MCU PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804*AMBROSI Pierre (PU-PH) Sumombre*

DAUMAS Aurélie (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 HRAIECH Sami (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

UROLOGIE 5204

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

SCIENCES DE LA REEDUCATION ET READAPTATION 91

REVIS Joana (PAST)

AUTHIER Guillaume
 BLANC Catheline
 CAORS Béatrice
 CHAULLET Karine
 ERCOLANO Bruno
 GRIFFON Patricia
 GIRAUDIER Anaïs
 GRIFFON Patricia
 HENRY Joannie
 HOUDANT Benjamin
 MIRAPEIX Sébastien
 MONTICOLO Chloé
 MULLER Philippe
 PAVE Julien
 PETITJEAN Aurélie
 ROSTAGNO Stéphane

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

MAÏEUTIQUE 90

CLADY Emilie
 FREMONDIERE Pierre
 MATTEO Caroline
 MONLEAU Sophie
 MUSSARD-HASSLER Pascale
 REPELLIN David
 RIQUET Sébastien
 ZAKARIAN Carole

SCIENCES INFIRMIERES 92

COLSON Sébastien (PR)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 VILLA Milène (MAST)

ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

CAMOIN Ariane (MCU-PH)
 GAUBERT Jacques (MCU-PH)

BLANCHET Isabelle (MCF ASS)

CHIRURGIE ORALE; PARODONTOLOGIE; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)

CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
 CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)

ANTEZACK Angéline (MCU-PH)

PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
 LE GALL Michel (PU-PH)

LAN Romain (MCU-PH)

DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONCTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

TERRER Elodie (PU-PH)

ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
 GIRAUD Thomas (MCU-PH)
 GIRAudeau Anne (MCU-PH)
 GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
 JACQUOT Bruno (MCU-PH)
 LABORDE Gilles (MCU-PH)
 LAURENT Michel (MCU-PH)
 MAILLE Gérald (MCU-PH)

MENSE Chloé (MCU-PH)
 SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)

BALLESTER Benoît (MCF ASS)
 CASAZZA Estelle (MCF ASS)

REMERCIEMENTS

Au **Professeur Gaëtan Gentile** et au **Docteur Didier They** pour vous être intéressés à mon travail et pour me permettre de clôturer ce nouveau chapitre de ma formation médicale.

Au **Docteur Simon Viville**, pour t'être impliqué dans ce projet du début à la fin et pour ta guidance pertinente dans le travail d'écriture et de soins.

A toute l'équipe médicale de l'hôpital de La Ciotat (internes du semestre compris), pour votre participation au recrutement de notre échantillon.

A **Emilie Lescasse**, pour les rappels effectués afin de garder le timing à jour.

A **Xavier Donato**, pour ton expertise et le temps que tu m'as accordé dans l'analyse statistique de ce travail.

A **Marie Monleau** pour tes talents graphiques, et la réactivité de **Madamcom**.

A **Stéphanie Pentel** pour la relecture, **Caroline Matteo** pour la traduction.

A **Sophie**, pour ton souci du détail, pour tous les sacrifices accomplis, et pour bien plus encore...

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	p2
A. Parcours de soins : définition et implications	p2
B. Recours au service d'accueil des urgences	p2
C. Critères de réévaluation post-urgence	p3
D. Le médecin traitant : acteur central du parcours de soins	p4
E. Description du bassin hospitalier de La Ciotat	p5
1. Population	p5
2. Offre de soins	p6
F. Objectifs de l'étude	p6
II. MATERIEL ET METHODE	p7
A. Population	p7
B. Recueil des données initiales	p8
C. Rappel secondaire	p9
D. Sécurité et confidentialité des données	p9
E. Méthodes statistiques descriptives et comparatives	p10
III. RESULTATS	p11
A. Population	p11
B. Résultats globaux	p13
C. Analyse statistique	p14
1. Objectif principal	p14
2. Objectifs secondaires	p16
3. Analyses complémentaires	p20
IV. DISCUSSION	p22
A. Population étudiée	p22
B. Objectif principal	p22
C. Objectifs secondaires	p24
D. Forces et faiblesses	p27
E. Ouverture : pistes amélioratives	p28
V. CONCLUSION	p30
VI. BIBLIOGRAPHIE	p31
VII. ANNEXES	p37
VIII. ABREVIATIONS	p45

I. INTRODUCTION

A. Le parcours de soins

Le parcours de soins, ou programme clinique en langage Mesh, est un terme apparu dans les années 1960 et, depuis 30 ans, de plus en plus rapporté dans l'organisation de la médecine comme l'illustre le nombre de citations annuelles (Annexe I) du terme « critical pathways », sans filtre, sur PubMed [1].

Sa définition, en l'apparence simple, implique cependant de multiples facettes dont l'objectif commun est l'efficience de soins coordonnés.

Le Mosby's medical dictionary le définit comme : *le programme des procédures médicales et de soins, y compris tests de diagnostic, médicaments et consultations, conçus pour réaliser un plan de traitement efficace et coordonné* [2].

Le parcours de soins global d'un patient débute dès sa naissance et se construit tout au long de son histoire médicale. Le patient vit son parcours, les professionnels de santé l'écrivent en produisant des données de santé qu'ils compilent dans le dossier médical (Annexe II).

La multiplicité croissante des intervenants médicaux et paramédicaux rend les possibilités de parcours nombreuses. Il apparaît donc difficile de comparer les parcours-patients globaux entre eux. L'étude du parcours ne peut se concentrer que sur des composantes reproductibles : parcours dans le cadre d'une pathologie, d'une hospitalisation, d'un recours à un intervenant particulier.

Le service d'accueil des urgences peut paraître comme une déviation standardisée du parcours de soin. Ce recours peut cependant modifier durablement le suivi, notamment lorsqu'il initie une prise en charge à poursuivre ultérieurement.

B. Parcours de soins théorique avec recours aux urgences

Les services d'urgences ont vocation à accueillir sur régulation ou de manière spontanée, en ouverture continue, tous les besoins de soins immédiats, tant vitaux que, plus largement, ceux nécessitant le plateau technique y étant dédié et/ou la compétence d'un médecin formé à cette spécialité [3].

Le recours pour des affections susceptibles d'engager le pronostic vital y est cependant moins fréquent que le recours 24/24 [4].

Le rôle des urgences est de définir puis de stabiliser l'état de santé du patient afin d'orienter la prise en charge en termes de risques de morbi-mortalité avec trois directions principales possibles à la sortie (Annexe III) :

- Hospitalisation : le patient présente un surrisque à court terme. Les soins doivent être poursuivis et ne sont pas dispensables à domicile.
- Retour à domicile « autonome », ponctué de prescriptions médicamenteuses éventuelles. Le risque est faible à long terme.
- Retour à domicile avec poursuite de la prise en charge : le risque est peu augmenté ou bien à long terme.

C. Critères de réévaluation :

De nombreuses situations permettent à l'urgentiste de surseoir à une hospitalisation mais nécessitent cependant de poursuivre en ambulatoire la prise en charge initiée aux urgences.

Ces consultations peuvent avoir plusieurs objectifs :

- La réévaluation peut être simplement clinique, comme dans certaines affections à risque évolutif : pneumopathie [5], diverticulite non compliquée [6], entorse de la cheville [7], etc.
- Il peut s'agir de récupérer un résultat biologique au rendu différé, comme dans une réévaluation d'antibiothérapie probabiliste après le temps nécessaire de la culture [8], ou bien d'un prélèvement de contrôle, comme dans la surveillance de l'évolution d'une insuffisance rénale aiguë [9].
- La consultation peut avoir lieu après un examen d'imagerie nécessaire sans urgence (contrôle d'une raideur rachidienne avec réalisation de radiographies dynamiques à distance [10], échographie ou scanner après une colique néphrétique sans signe de gravité [11], imagerie ostéoarticulaire secondaire après traumatisme [12], etc).

- Il peut s'agir d'une consultation organisationnelle pour réaliser un complément d'investigation, le suivi d'une thérapeutique initiée, et/ou la prise en charge d'une pathologie chronique débutante : insuffisance rénale chronique [13], syndrome coronarien chronique [14], découverte de diabète [15], bilan de chute, etc.
- Enfin, dans certains cas, une démarche administrative initiée aux urgences a besoin d'être complétée : la mise en place d'aides à domicile par exemple [16], la clôture d'un accident de travail, etc.

D. Rôle du médecin traitant

La loi de réforme de l'assurance maladie de 2004 a créé le terme de « médecin traitant » et en a défini son rôle [17].

La sécurité sociale fait du médecin traitant la pierre angulaire du parcours clinique du patient. C'est la garantie de soins coordonnés par un interlocuteur fixe qui connaît son patient et adapte donc le trajet à son environnement [18].

Le médecin traitant est choisi par le patient et doit accepter cette mission. La « déclaration de médecin traitant » doit être signée par les deux acteurs avant d'être reconnue par l'assurance maladie. Les taux de remboursement des consultations ne sont pas les mêmes « dans le parcours » et en dehors afin d'inciter l'adhésion du plus grand nombre de patients [19]. Les médecins traitants sont rémunérés pour ce rôle spécifique, qui implique un temps non-clinique, par un forfait et des rémunérations à objectif de santé publique (ROSP Médecin traitant)

N'importe quel médecin, généraliste ou spécialiste, hospitalier ou libéral peut se déclarer médecin traitant s'il en assume le rôle.

Le rôle du médecin traitant comporte 5 axes :

- Le soin courant de premier recours (d'où la prédisposition des médecins généralistes à être médecin traitant).
- L'orientation dans le parcours de soins coordonnés : il adresse à l'aide d'un courrier aux différents spécialistes ou services hospitaliers dont l'avis est requis.

- La gestion des données médicales produites tout au long de l'histoire médicale d'un patient. Une synthèse médicale annuelle étant même récemment indemnisée [20].
- Les actes de prévention individualisés (antécédents, âge, facteurs de risques, conduites à risque, etc).
- La rédaction de protocoles de soins et des demandes de prise en charge à 100% dans le cadre des affections de longue durée.

Ainsi, si à l'issue d'un recours aux urgences la prise en charge médicale doit continuer sans urgences, le médecin traitant est l'interlocuteur privilégié pour la suite de la prise en charge.

E. Description du bassin hospitalier de La Ciotat

1. Population

La région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), et plus particulièrement le bassin hospitalier de La Ciotat disposent de variables démographiques particulières [21, 22].

Selon les chiffres de l'INSEE de 2019, 35 174 habitants résidaient à La Ciotat, 191 107 sur le bassin de recrutement de l'hôpital et 5 030 890 en région PACA.

Les densités de population étaient de 545 habitants par km² pour le bassin hospitalier de La Ciotat, 160 habitants par km² pour la région PACA avec cependant une variation saisonnière du fait du tourisme.

La croissance démographique est positive de 0,4 % par an en PACA et 0,2% par an sur le bassin hospitalier, plus importante par son solde migratoire que par sa natalité.

Enfin, on retrouve sur ces territoires des seuils de mortalité plus élevés que la moyenne nationale, notamment du fait d'une proportion des plus de 65 ans plus importante que dans le reste de la France.

2. Offre de soins

a) Hospitalière

Frontalier, le service des urgences de La Ciotat recrute essentiellement sur deux départements : les Bouches-du Rhône et le Var, comme l'illustre la cartographie des groupements hospitaliers de territoire (Annexe IV). L'activité annuelle aux urgences de La Ciotat est en discrète hausse régulière, dépassant depuis 2016 les 25 000 passages annuels (26 484 en 2021)

L'hôpital de La Ciotat est un hôpital périphérique qui dispose de 51 lits de médecine, 36 de chirurgie (viscérale, orthopédique et gynécologique essentiellement), 6 lits de soins continus et d'une maternité de niveau I.

b) Libérale

La densité médicale du bassin de recrutement de l'hôpital est plutôt au-dessus des moyennes régionales et nationales, de type urbaine ou péri-urbaine (Annexe V, VI). La Ciotat compte 1 médecin pour 858 habitants contre une moyenne de 1 pour 1 063 habitants en France [21].

Une permanence médicale 7j/7, 9h-22h est implantée sur le bassin hospitalier.

F. Objectifs

Au vu de la dichotomie supposée «médecine de ville – médecine hospitalière», il semble intéressant d'analyser le parcours de soins d'un patient dont la consultation initiale de premier recours s'effectue dans un service d'accueil des urgences.

C'est pourquoi l'objectif principal est d'analyser le taux de consultation chez le médecin traitant lorsqu'une consultation post-urgences est requise par l'urgentiste, avec comme critère de jugement principal le « devenir-patient » (consultation réalisée par le médecin traitant dans les 15 jours)

Les objectifs secondaires sont de chercher les facteurs influençant cette réévaluation, afin d'en déduire des pistes possibles d'amélioration de l'efficacité du parcours de soins.

II. MATERIEL ET METHODE

Dans le cadre de l'amélioration du parcours de soins, des recommandations sur l'utilisation de la méthode du patient-traceur ont été éditées. Elles ont cependant été rédigées dans le but d'étudier des parcours complexes, soit en ville [23], soit à l'hôpital [24]. Notre parcours étudié est d'apparence simple et nos objectifs plutôt axés sur l'adhésion des patients à ce parcours plutôt que sur l'organisation et l'optimisation du trajet urgences/médecin.

Nous avons donc mis en place une étude épidémiologique, observationnelle, descriptive, prospective et monocentrique nous permettant de répondre à ces objectifs.

A. Population

Le recrutement a été effectué aux urgences de La Ciotat du 21/02/2022 au 01/04/2022.

Celui-ci incluait tout patient sortant des urgences (circuit court ou UHCD) pour lequel une réévaluation avec le médecin traitant à court terme (dans les 15 jours) était requise par l'urgentiste. Cela devait nous permettre d'avoir un taux attendu de consultation maximal.

Un item spécifique obligatoire pour clôturer la consultation a été intégré au logiciel informatique de gestion du dossier patient aux urgences (Terminal Urgence®). Une information orale a été faite à tous les médecins prescripteurs (5 internes de médecine générale et 12 praticiens hospitaliers), suivie d'une période d'essai de 15 jours pour tester le dispositif et définir la durée de l'étude.

Nous avons exclu par la suite après relecture des dossiers :

- Les patients institutionnalisés (EHPAD) : l'encadrement de ces structures nous paraissait trop systématique pour être le reflet du parcours ambulatoire.
- Les sorties contre avis médical : car le parcours n'est pas dans ce sens suivi et coordonné, et la totalité des informations n'a peut-être pas pu être donnée au patient.
- L'absence de contact téléphonique empêchant un rappel ultérieur.

Afin d'évaluer l'importance du biais de sélection lors de la perte de données et de renforcer la validité externe, une étude comparative de l'âge et du genre des patients exclus a été effectuée.

Le nombre de participants inclus a été calculé à partir du taux d'inclusion pendant la phase-test (10 patients/j en moyenne) en estimant 50% de perdus de vue lors du rappel et 70 à 90 % de consultations honorées. L'objectif du taux de réévaluation était de plus de 100 patients afin de prétendre à des pourcentages descriptifs à l'unité. Nous souhaitons donc inclure environ 500 patients soit 2 mois d'inclusion.

B. Recueil des données initiales :

- L'âge, le genre, le mode de venue, le numéro de téléphone, et l'impression du courrier de sortie ont été recueillis directement sur le dossier patient initial (Intégration automatique du compte rendu généré dans la synthèse TU® lorsque celui-ci est envoyé à l'impression).
- Les motifs de réévaluation ont été catégorisés en 5 types (clinique, imagerie, biologie, organisation, accident de travail) en fonction de l'annotation du praticien, ou en fonction des prescriptions complémentaires retrouvées sur le dossier (imagerie, biologie, accident du travail). Sans mention, ni ordonnance, nous les avons classés en réévaluation « clinique ».
- La mention de « motif clairement noté » a été validée quand il était écrit dans la conclusion du dossier « reconsulter médecin traitant pour... » ; « à revoir après, avec, ... » ou formule évidente de ce type.

C. Rappel secondaire

Nous avons effectué ensuite un rappel des patients entre le quinzième et le dix-septième jour en fonction de l'avancement. Un unique contre-appel à 24h était effectué lorsque nous n'avions pas eu de réponse au premier appel. Aucun message n'a été laissé sur répondeur. Le questionnaire oral se déroulait comme suit :

- Présentation, explication brève de l'étude et demande d'accord oral de participation.

- *Avez-vous revu un médecin ?*

- > *si oui, lequel ?* (Avec indiçage : médecin traitant, permanence médicale à horaire élargie, spécialiste ou autre urgences).

- > *si non, pourquoi ?* (Secondairement catégorisé en « va mieux », « facteur externe », « facteur interne », « non requis »).

« Facteur externe » se voulait d'une raison indépendante du patient. « Facteur interne » induisait une raison propre au patient en dehors de « va mieux ». « Non requis » était choisi lorsque le patient mentionnait l'absence de connaissance d'une réévaluation nécessaire.

- *Pouvez-vous évaluer entre 0 et 10 votre satisfaction concernant la fluidité de votre parcours patient.* Une incitation à ne pas noter le service d'urgence ou le médecin reconsulté mais plutôt la fluidité, la facilité de réalisation de l'ensemble des consultations était régulièrement usitée.

L'entretien durait en moyenne moins de 3 minutes. Il a été effectué par 2 opérateurs distincts assurant une reproductibilité du questionnaire.

D. Sécurité et confidentialité des données

Notre travail est une étude descriptive observationnelle qui ne modifie pas la prise en charge des patients. Elle n'est pas assimilable à une recherche sur la personne humaine et ne prétend donc pas à une déclaration au comité d'éthique.

Une fois la base de données constituée après rappel, nous avons numéroté les patients de manière aléatoire puis supprimé définitivement l'identité et le numéro d'identification permanent.

La base de données anonymisées a été conservée le temps de l'étude et sera supprimée dans l'année suivant la publication de ce travail.

E. Méthodes statistiques descriptives et comparatives

Les variables qualitatives seront décrites en termes d'effectif, de pourcentage et d'intervalle de confiance à 95% selon la loi binomiale exacte.

Les variables quantitatives seront décrites en termes de moyenne et d'écart-type. La médiane et l'écart interquartile pourront être utilisés en fonction de la distribution des données.

Les variables qualitatives seront comparées entre elles par le test du Chi-deux, du Chi-deux corrigé ou de Fisher exact, selon les valeurs des effectifs attendus sous l'hypothèse d'indépendance.

Les variables qualitatives et quantitatives seront comparées entre elles par le test de Student si les conditions de validité du test sont respectées (normalité de la loi et égalité des variances), sinon le test non-paramétrique de Wilcoxon sera appliqué.

Les variables quantitatives seront comparées entre elles par un test de corrélation si les conditions de validité du test sont respectées, sinon le test non-paramétrique de Spearman sera appliqué.

Le seuil de significativité des tests statistiques est fixé à 5%.

Les analyses seront réalisées avec le logiciel R (R Development Core Team® (2005). R : A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL : <http://www.R-project.org>).

III. RESULTATS

A. Population

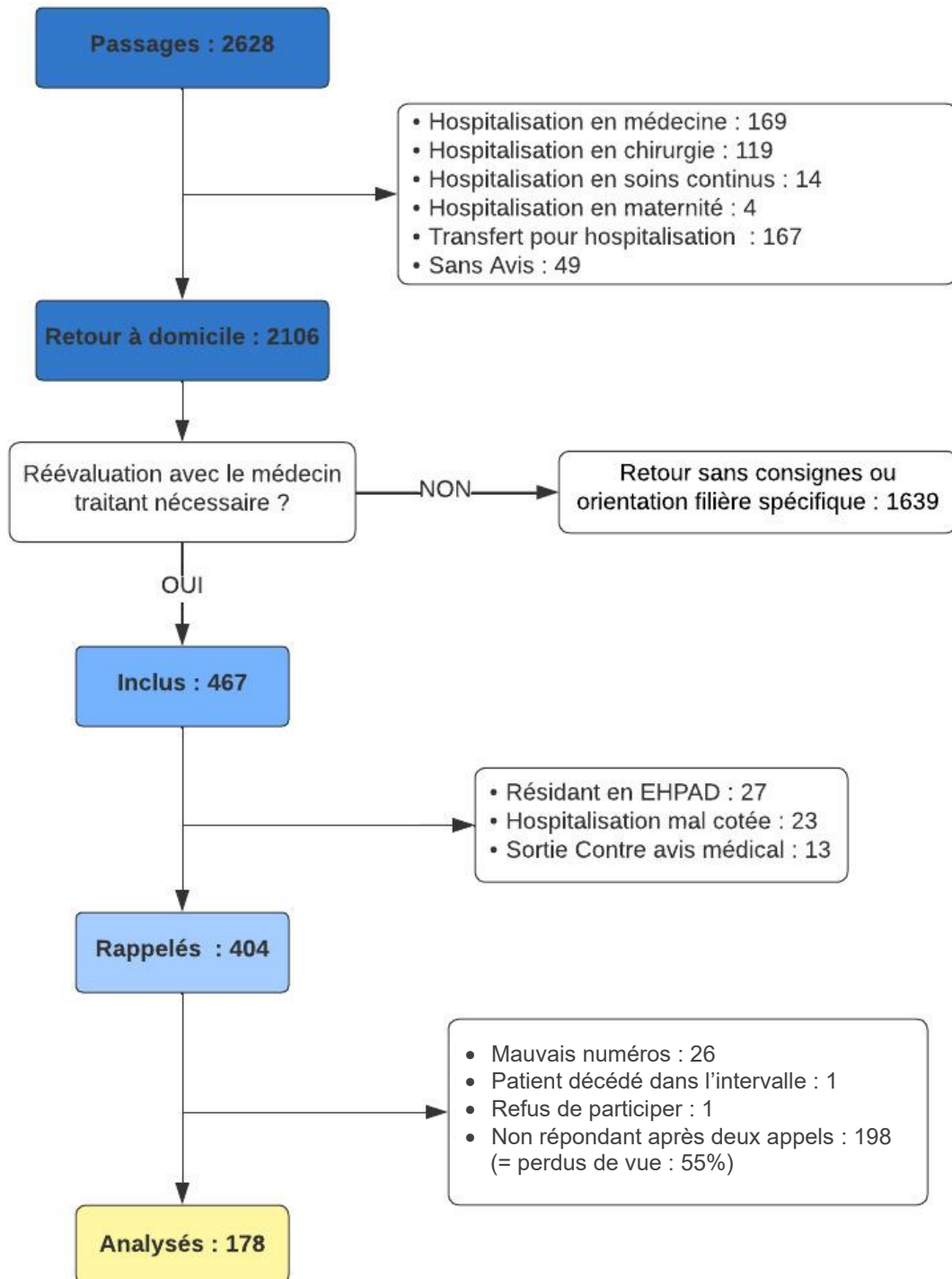


Figure 1 : Diagramme de flux

Paramètre	Passages	Inclus	Perdus de vue	Echantillon
Age moyen	44	51	50	51
Sexe (H)	47%	48%	53%	44%

Tableau 1 : Comparatif âge et sexe dans les différentes population

Le taux d'hospitalisation sur la période est de 18%. Pour 467 patients sortants, l'urgentiste a coché la case « réévaluation nécessaire ». Après relecture des dossiers, 63 patients ont été exclus, amenant le nombre de patients rappelés à 404. Après appel(s) téléphonique(s), le devenir de 178 patients a pu être récupéré : il s'agira de notre échantillon analysé.

Les âges moyens et les proportions de genre sont globalement homogènes dans les populations analysées et perdue de vue.

B. Résultats globaux

Total = 178	n
Genre	
Femme	100 (56%)
Homme	78 (44%)
Non Genré	0 (0%)
Age	
Moyenne (Déviation Standard)	51.4 (24)
Quartile 1, Quartile 3	31.2, 72.1
Min, Max	1.0, 97.0
Mode de venue	
Moyen personnel	125 (70%)
Ambulance / Pompier	53 (30%)
Situation aux urgences	
Circuit court	163 (92%)
UHCD	15 (8%)
Motif de réévaluation après la sortie	
Administratif	3 (1%)
Biologie	17 (9%)
Clinique	93 (53%)
Imagerie	51 (29%)
Organisation	14 (8%)
Compte rendu imprimé	
Non	82 (46%)
Oui	96 (54%)
Motif de réévaluation clairement noté	
Non	98 (55%)
Oui	80 (45%)
Association compte rendu imprimé ET motif clairement noté	
Non	119 (67%)
Oui	59 (33%)
Réévaluation médicale effectuée dans les 15 jours	
Non	62 (35%)
Oui	116 (65%)
Satisfaction	
Moyenne (Déviation Standard)	7.8 (1.8)
Quartile 1, Quartile 3	7.0, 9.2
Min, Max	3.0, 10.0
Données manquantes	49

Tableau 2 : Statistiques descriptives générales de l'échantillon.

Les femmes sont légèrement plus représentées dans notre étude, sans explication rationnelle. L'âge moyen est de 51 ans, nous avons balayé toute la pyramide des âges de 1 à 97 ans. La majorité des patients inclus dans notre analyse était venue aux urgences de manière non régulée (moyen personnel).

Plus de la moitié des patients était orientée pour un motif clinique. Un résultat d'imagerie non urgent était attendu dans plus de 29% des cas. Puis, un résultat biologique justifiait la consultation dans près de 10%, une nécessaire organisation de la prise en charge était attendue dans 8% des cas. Enfin, moins de 1% était reconvoqué pour des démarches administratives ultérieure nécessaires.

Un compte rendu a été imprimé à l'issue du passage aux urgences dans plus de la moitié des cas.

Le motif de réévaluation était clairement noté dans le dossier dans 45 % des cas et dans 33% des cas associé à une compte rendu imprimé.

C. Analyse statistique

1. Objectif principal :

a) Taux de réévaluation

Taux de réévaluation (178)		Par médecin : n (%)
OUI	Médecin traitant	84 (47%)
	Autres médecin	32 (18%)
NON		62 (35%)

Tableau 3 : Taux de réévaluation post-urgence dans un délai de 15 jours

Patients réévalués (N=116)	Patients (n)	Pourcentage (%)
Médecin traitant (MT)	84	72
Médecin (sauf MT)	32	28

Tableau 4 : Taux de réévaluation par le médecin traitant des patients reconsultants

Soixante-cinq pour cent des patients nécessitant une réévaluation ont réalisé une consultation médicale 15 jours après la sortie des urgences.

Quarante-sept pour cent des patients nécessitant une réévaluation ont revu leur médecin traitant 15 jours après leur sortie des urgences, correspondant à 72 % des patients ayant consulté.

b) Lieu de réévaluation parmi les patients réévalués

Total = 116	n	%
Autres urgences	2	2 %
Cabinet 9h-22h	6	5 %
Médecin traitant	84	72 %
Remplaçant	11	10 %
Spécialiste	13	11 %

Tableau 5 : Répartition des lieux de consultation

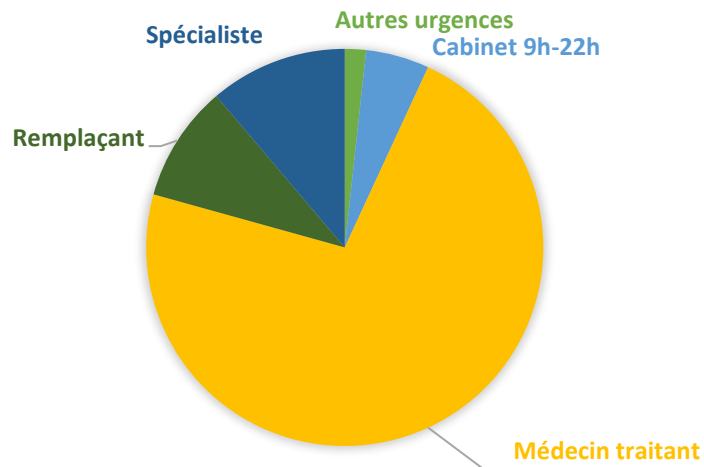


Figure 2 : Répartition des lieux de consultation

Près des $\frac{3}{4}$ des patients ont été réévalués par leur médecin traitant, 10% de plus par son remplaçant. Un accès direct au spécialiste hors parcours de soins au sens de la sécurité sociale est retrouvé dans près de 10% des cas. Le recours à une structure non coordonnée est minoritaire (cabinet 9h-22h et autres urgences).

2. Objectifs secondaires

a) Raison avancée par les patients non réévalués

<u>Total = 62</u>	n	%
Donnée manquante	1	2%
Attente d'un rendez-vous d'imagerie	9	13%
Attente du rendez-vous médical	11	19%
Non requis	2	4%
Raison extérieure	4	6%
Raison personnelle	4	6%
« Va mieux »	31	50%

Tableau 6 : Motifs d'absence de réévaluation

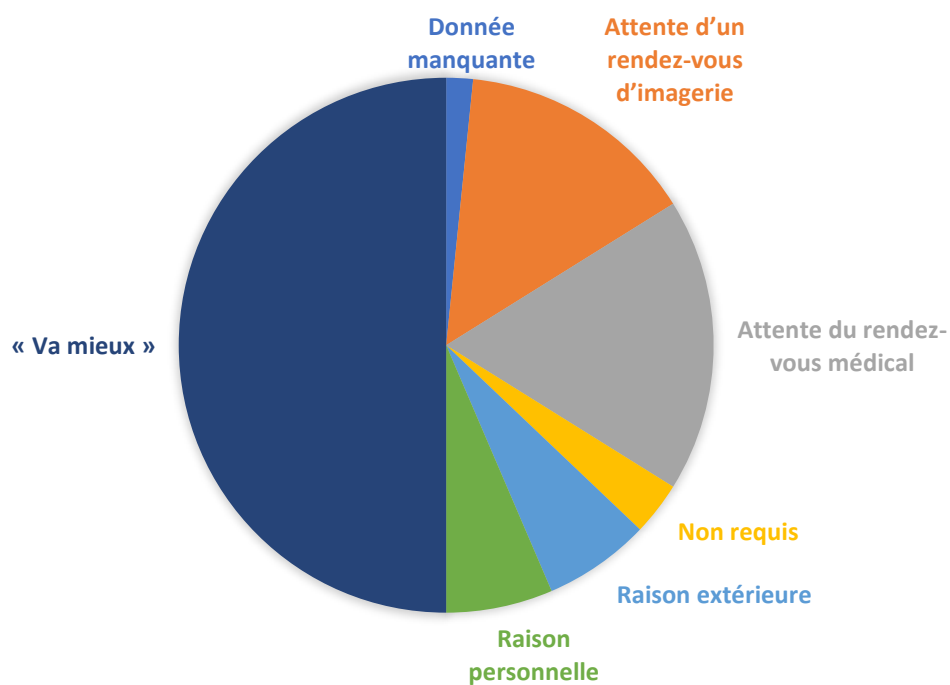


Figure 3 : Motifs d'absence de réévaluation

La moitié des patients ne consultant pas sur recommandation de l'urgentiste déclaraient « aller mieux » comme motif de non-consultation.

Onze patients avaient pris rendez-vous et étaient dans l'attente de celui-ci (respectivement 7 chez le médecin traitant et 4 chez des spécialistes).

Neuf patients attendent un rendez-vous d'imagerie : 4 d'IRM, 3 de scanner, et 2 d'échographie.

Quatre patients invoquaient une raison personnelle et notamment un manque de temps pour la réalisation du rendez-vous.

Quatre patients invoquaient une raison extérieure : l'un était interdit de trajet à la suite d'une découverte d'épilepsie, 2 attendaient le retour de leur médecin pour prendre le rendez-vous avec lui directement, le dernier attendait la réception de son compte rendu pour prendre le rendez-vous.

b) Facteurs de risque de non-réévaluation

	Non réévalués (n=62)	Réévalués (n=116)	Total	p-value
Genre				
F	35 (56%)	65 (56%)	100 (56%)	Chi-square >0.999
M	27 (44%)	51 (44%)	78 (44%)	
Age				
Moyenne (Ecart Type)	44 (26)	56 (22)	51 (24)	0.006 t-test
Médiane (IQR)	44 (47)	58 (33)	51(40)	
Q1, Q3	21, 68	40, 73	31, 72	
Min, Max	5, 88	1, 97	1, 97	
Manquant	0	0	0	
Mode de venue				
Moyen personnel	48 (39%)	77 (61%)	125 (70%)	Chi-square 0,173
Ambulance / Pompiers	14(26%)	39 (73%)	53 (30%)	
Situation aux urgences				
Circuit court	59 (95%)	104 (89%)	163 (92%)	Chi-square 0.329
UHCD (6323)	3 (5%)	12 (11%)	15 (8%)	
Motif de réévaluation en consultation post-urgence				
Administratif	0 (0%)	3 (3%)	3 (2%)	0.322 Fisher exact
Biologie	4 (7%)	13 (11%)	17 (10%)	
Clinique	33 (53%)	60 (52%)	93 (52%)	
Imagerie	22 (35%)	29 (25%)	51 (29%)	
Organisation	3 (5%)	11 (9%)	14 (7%)	
Compte rendu imprimé lors de la sortie du patient				
Non	37 (60%)	45 (39%)	82 (46%)	Chi-square 0.012
Oui	25 (40%)	71 (61%)	96 (54%)	
Motif de réévaluation clairement noté dans le compte rendu				
Non	37 (60%)	61 (53%)	98 (55%)	Chi-square 0.454
Oui	25 (40%)	55 (47%)	80 (45%)	
Association d'un compte rendu imprimé avec motif de réévaluation clairement noté				
Non	48 (77%)	71 (61%)	119 (67%)	Chi-square 0.043
Oui	14 (23%)	45 (39%)	59 (33%)	
Score de satisfaction du patient sur le déroulement du parcours patient (/10)				
Nombre (donnée manquante)	41 (21)	88 (28)	129 (49)	0.312 t-test
Moyenne (Ecart Type)	7.6 (2.0)	7.9 (1,6)	7.8 (1,8)	
Médiane (IQR)	8 (3)	8 (2)	8 (2)	
Q1, Q3	6, 9	7, 9	7, 9	
Min, Max	3, 10	4, 10	3, 10	

Tableau 7 : Tableau comparatif en fonction de la variable « réévaluation »

Il n'y a pas de différence statistique en fonction du genre.

Les patients réévalués étaient en moyenne plus âgés que ceux qui ne l'ont pas été (55 ans vs 44 ans). Cette différence est statistiquement significative ($p < 0,05$).

Nous n'observons pas de différence significative du taux de réévaluation des patients en fonction de leur mode de venue à l'hôpital.

Les motifs de réévaluation ne semblent pas influencer sur la réévaluation. Tous les patients reconvoqués pour « accident du travail » ont été réévalués, mais leur nombre très faible ($n=3$) ne permet pas d'en tirer des conclusions statistiques.

L'impression d'un compte rendu de passage pour le patient est associée à un taux de consultation plus important (40% en l'absence de compte rendu imprimé contre 60% si le compte rendu est imprimé) avec un chi-square significatif à 0,01.

La mention sur le compte rendu du motif de réévaluation n'est pas associée à une différence de taux de consultation.

L'association d'un compte rendu imprimé mentionnant le motif de réévaluation retrouve un effet positif significatif (chi square 0,04) sur le taux de consultation sans pour autant majorer celui de l'impression simple du compte rendu.

Les scores de satisfaction sont homogènes dans les deux groupes avec une majorité de patients satisfaits de leur parcours (moyenne 7.8/10).

3. Analyses complémentaires

a) Y a-t-il une différence d'impression du compte rendu en fonction du motif de réévaluation ?

Motif de réévaluation	Compte rendu : non (n=82)	Compte rendu : oui (n=96)	Total (n = 176)	p-value
Administratif	2 (67%)	1 (33%)	3	0.022 Fisher exact
Biologie	4 (23%)	13 (77%)	17	
Clinique	43 (46%)	50 (54%)	93	
Imagerie	30 (58%)	21 (42%)	51	
Organisation	3 (22%)	11 (78%)	14	

Tableau 8 : Impression du compte rendu en fonction du motif de réévaluation

Il existe une différence significative concernant l'impression du compte rendu en fonction du motif de réévaluation des patients. (p=0,02).

Ainsi les reconvoctions pour « biologie » et « organisation » sont plus souvent accompagnées d'un compte rendu de passage au contraire des reconvoctions pour examen d'imagerie.

Il y a peu de différences concernant les réévaluations cliniques. L'effectif des problématiques administratives semble trop faible pour conclure.

b) Raison invoquée par les patients non réévalués en fonction du motif de réévaluation.

n = 61 (1 donnée manquante)	Attente RDV	Attente imagerie	Non requis	Raison extérieure	Raison personnelle	Va mieux	Total
Imagerie	0	9	2	0	2	8	21
Clinique	6	0	0	3	2	22	33
Biologie	3	0	0	0	0	1	4
Organisation	2	0	0	1	0	0	3
Administratif	0	0	0	0	0	0	0
Total	11	9	2	4	4	31	61

Tableau 9 : Motif déclaré d'absence de consultation en fonction du motif de réévaluation de l'urgentiste

Les patients reconvoqués pour réévaluation clinique et n'ayant pas revu de médecin déclaraient « aller mieux » dans près de 2 tiers des cas, soit 1/3 de tous les patients ne consultant pas. Six patients sur 33 attendaient leur rendez-vous et respectivement 3 et 2 patients déclaraient un motif extérieur ou personnel.

Les patients reconvoqués pour un résultat d'examen d'imagerie et ne consultant pas attendaient leur rendez-vous pour près de la moitié d'entre eux (9 patients). Près d'une autre moitié déclarait aller mieux. Deux n'avaient pas compris qu'ils devaient être revus, et 2 autres avaient un motif personnel (manque de temps).

La majorité des patients non revus alors qu'un contrôle biologique paraissait nécessaire attendaient leur rendez-vous. Un patient allait mieux comme motif de non-consultation (25 ans, consultation pour fièvre).

Peu de patients ne reconsultent pas lorsqu'il s'agit d'une organisation de prise en charge. Sur les trois que nous retrouvons dans notre travail, deux attendaient leur rendez-vous et l'un invoquait une raison extérieure (21 ans, épilepsie inaugurale, interdiction de trajet).

Aucun patient n'a manqué son rendez-vous lorsqu'il s'agissait d'une démarche administrative.

IV. DISCUSSION

A. Population étudiée

Sur les 2 628 passages aux urgences durant la phase de recrutement, nous avons eu un taux d'hospitalisation de 18%, concordant avec les 19% d'une étude multicentrique de la DRESS de 2013 [25].

Dans notre étude, le profil des patients invités à reconsulter leur médecin traitant est à légère prédominance féminine (56%), d'âge moyen de 51 ans et venant aux urgences de manière régulée dans 30% des cas. C'est une population différente de la population source et plus généralement de la population consultant aux urgences car d'après l'étude de la DRESS les passages aux urgences sont à légère prédominance masculine, les tranches d'âge les plus représentées sont les extrêmes (nadir pour la tranche 51-70 ans avec moins de 10 % des passages), et venant de manière régulée dans 20% des cas. Les patients dont la consultation aux urgences est coordonnée en amont par un médecin régulateur sont décrit comme étant plus graves car plus souvent hospitalisés. Des patients peuvent cependant être venus par leur propre moyen à la suite d'une consultation médicale d'amont.

D'après les données récentes de la sécurité sociale concernant les ALD [26], l'âge moyen global des ALD est de 64 ans, avec une légère prédominance féminine. Trop de biais nous empêchent de généraliser nos résultats à cette population, mais nos résultats paraissent cohérents.

L'étude du genre et de l'âge moyen des différentes populations de notre étude semble montrer une certaine représentativité de l'échantillon (*Tableau 1*). Il aurait été intéressant d'effectuer ce travail avec le mode de venue pour confirmer cette représentativité.

B. Objectif principal

Le taux de réévaluation brut de notre étude est de 65%, quel que soit le médecin consulté. Ce taux est sans doute même minoré puisque 19% des patients non revus attendaient leur rendez-vous et 13% attendaient la réalisation de leur imagerie secondaire avant de consulter. On peut donc penser qu'avec un délai de rappel plus long, nous aurions pu atteindre 80% dans le meilleur des cas.

Dans son travail de thèse sur la satisfaction des patients aux urgences, Guillaume Deschanel rappelait les patients entre 45 et 75 jours après leur passage et avait un taux de reconsultation de 42% « comme prévu » auquel s'ajoutait 18% de patients reconsultant sans y être invité [27]. Il n'est pas mentionné le taux de patients ne reconsultant pas, mais qui étaient invités à le faire. Ces taux comprennent cependant une part importante de circuit court post-urgence programmé vers des spécialistes (et notamment en orthopédie) ce qui minore peut-être sa comparabilité à notre étude portant uniquement sur des patients devant revoir leur médecin traitant. En termes de résultats bruts nos taux de consultation sont donc plutôt bons.

Lorsqu' ils sont réévalués, nos patients le sont par leur médecin traitant dans plus de 70% des cas mais cela ne représente finalement que 47% des patients ayant reçu la consigne de revoir leur médecin traitant. Fabienne Fereol dans son étude de 2006 retrouvait un peu mieux avec respectivement 65% de consultations chez le médecin traitant avec indication donnée à la sortie et 70% chez le spécialiste [28]. Ces taux peuvent être soumis à un biais d'évaluation à la hausse. En effet un questionnaire initial était distribué aux urgences renforçant possiblement l'adhésion du patient au suivi ultérieur. De plus, les effectifs étaient relativement faibles (122 patients, 30% adressés chez le médecin traitant, 21% chez le spécialiste).

Dans un autre travail de thèse Olivia Boudard rappelait sept jours après leur passage tous les patients ayant consulté de manière spontanée (non régulée) au CHU de Bordeaux et 45% ont déclaré avoir revu leur médecin traitant dans l'intervalle, sans notion d'orientation à la sortie [29]. La population source est cependant différente de la nôtre. En effet, Olivia Boudard confirmait dans son travail que le profil des patients en consultation spontanée est plus consommateur de soins. Le mode de venue dans notre étude ne semble pas influencer le taux de consultations post-urgences (Tableau 7).

En ce sens, notre travail tend à montrer que les consignes de poursuite de prise en charge par l'urgentiste sont globalement respectées, mais à peine la moitié des patients le font dans un parcours de soins coordonnés dans la direction que souhaite orienter la sécurité sociale. Un déficit de connaissance par les patients du parcours coordonné et de son intérêt transparaît dans ce résultat.

Concernant l'absence de réévaluation (35%) dans le cadre d'une étude portant sur une réévaluation systématique, il faut nuancer ce résultat. En effet, on peut supposer un taux de réévaluation « clinique » non complètement indiquée au vu de l'importance des non-réévaluations pour cause de « va mieux » chez ces patients (*Tableau 9*). Ainsi peut être que l'idée de l'urgentiste était de reconsulter « en l'absence d'amélioration », ce qui est sensiblement différent d'une réévaluation systématique. Un biais de sélection existe probablement.

Une non-compréhension de la consigne peut être supposée et l'intérêt d'une prise de rendez-vous directement via les urgences pourrait cependant être intéressante dans des situations où la temporalité est importante et/ou la compréhension du patient semble difficile. Dans le cadre d'une orientation secondaire vers le spécialiste, ce rendez-vous est d'ailleurs plus souvent acté dès la sortie [28].

C. Objectifs secondaires

1. Facteurs de réévaluation

L'âge avancé semble être un facteur positif significatif de réévaluation (*Tableau 7*). La relation au médecin traitant est-elle plus régulière ? La polypathologie amenée par l'âge rend-elle plus fréquentes les visites chez le médecin traitant ? L'âge rend-il plus disponible ? (L'âge de la retraite n'est pas dépassé dans notre moyenne mais il se peut qu'il influe en ce sens).

Un sondage de l'IFOP retrouve un net virage des fréquentations du médecin traitant à partir de 50 ans (Annexe VII). Il est néanmoins difficile de trancher entre une entrée dans la pathologie chronique et une facilité d'accès au médecin traitant du fait d'un parcours simplifié et d'une meilleure connaissance du système par des patients chroniques.

Autant de suppositions hasardeuses qui semblent pouvoir expliquer ces résultats. Il est cependant difficile d'en trouver une application concrète pour l'amélioration du parcours de nos patients.

Comme nous l'avons vu en introduction, le bassin de recrutement de l'hôpital de La Ciotat est un territoire plutôt bien doté en termes de médecins généralistes.

Il conviendra donc d'être prudent quant à la généralisation de ces résultats, notamment en zone isolée.

2. La communication : facteur de réévaluation et bonne pratique

L'impression d'un compte rendu à l'issue du passage aux urgences majore dans notre étude de 20% le taux de consultation post-urgence (*Tableau 7*). De plus il permet d'optimiser la consultation de réévaluation en recontextualisant la consultation initiale. Le bien-fondé de la communication entre professionnels de santé est bien démontré [30].

Ce compte rendu de passage est généré et envoyé par le secrétariat de notre service de manière systématique mais différée, lorsque le patient est adressé aux urgences par le médecin traitant avec un courrier entrant. Des taux de 80% de courrier envoyé au médecin traitant adressant sont retrouvés dans la littérature [31, 32], avec des délais d'expédition parfois long (jusqu'à huit jours) et des contenus parfois incomplets [33].

D'après un audit, à la suite d'une consultation d'un patient aux urgences, leur médecin traitant souhaiterait un compte rendu de passage dans près de 90% des cas [34]. La SFMU indique dans son référentiel qualité qu'un courrier de sortie devrait être envoyé dans les 48h au médecin traitant lorsqu'un patient rentre à domicile à l'issue d'une consultation au SAU [35].

La transmission de ce compte rendu peut cependant être immédiate si l'urgentiste fait la démarche de l'imprimer à l'issue de la consultation et le donner au patient. Cela permet d'inclure le patient dans la prise en charge. Celui-ci devient acteur de sa santé : il est le vecteur de communication entre l'urgentiste et le médecin traitant. La SFMU encourage ce type de transmission [35].

Le compte rendu est alors rendu disponible pour l'équipe paramédicale qui bien souvent intervient dans le parcours de soins avant la réévaluation par le médecin traitant. Un récent communiqué de presse du conseil de l'ordre des médecins renforce d'ailleurs l'importance que revêt « l'équipe de soins primaire de proximité » dans le parcours de soin et propose d'en élargir le rôle [36].

L'on peut déplorer dans notre travail un taux faible d'impression de comptes rendus (53%, immédiats et différés) alors qu'une réévaluation systématique est proposée. Nous attendions un taux beaucoup plus important.

Le format de compte rendu de passage aux urgences de La Ciotat via le logiciel Terminal Urgence édite des documents assez exhaustifs comportant rapidement quatre ou cinq pages. Peut-être que cela peut freiner l'urgentiste pour raison écologique. Il serait intéressant de leur demander les raisons de ce manque de communication.

Ces difficultés sont cependant retrouvées dans d'autres centres. Dans son étude avant/après amélioration et changement des pratiques, Adelina Sofia Grigorie retrouvait une diminution de 5% du taux d'impression de comptes rendus : 56% avant intervention vs 51% après [37]. Dans un autre travail portant sur 3 280 passages au CHU de Nîmes, le taux était même de 27% tous patients confondus, corrigé à 57% pour des patients avec prise en charge exclusive par les médecins urgentistes [38].

Dans notre travail, il n'était pas possible de tracer la transmission des examens de radiologie, ni l'impression des résultats de biologie (en dehors du formulaire généré dans la synthèse à l'impression de la fiche « comment récupérer ses résultats »). L'imagerie médicale secondaire prescrite permet cependant un compte rendu dédié.

Le motif clairement noté semble être un idéal pour optimiser la consultation post-urgence mais il n'influence pas, dans notre étude, le taux de consultation ultérieur. Plusieurs travaux de recherche ont porté sur l'importance du contenu du courrier de sortie des urgences : à la fois simple et complet [31-34].

3. Satisfaction

Nos chiffres de satisfaction sont difficilement interprétables car très incomplets. La satisfaction globale est de 7,8 essentiellement influencée par les patients ayant réalisé leur consultation, contre 7.6 pour les patients non revus (pas de différence statistique).

De manière qualitative, lors des entretiens téléphoniques, il était souvent difficile pour les patients de donner une note de satisfaction quant à leur parcours. Il a fallu régulièrement préciser qu'il ne s'agissait pas de noter la satisfaction du passage aux urgences mais celle de leur prise en charge jusqu'au rappel, incluant la compréhension des consignes de reconsultation et la réalisation des éventuels examens complémentaires.

A ce titre, lorsque le patient n'avait pas reconsulté, leur parcours ne semblait pas être différent d'une simple consultation aux urgences et nous avons rapidement abandonné cette notation qui, de ce fait, paraissait obsolète.

Lorsque la précision était apportée sous la forme de « avez-vous l'impression que la communication entre l'hôpital et votre médecin traitant est efficace ? » de nombreux patients la décrivent comme inexistante indépendamment de l'impression du compte rendu.

Cette question, au-delà de la note nous a permis de constater que le patient respecte globalement les consignes qu'on lui donne, mais que le concept de parcours patient et de communication ville-hôpital leur est assez étranger.

Une étude spécifique qualitative semblerait intéressante pour mieux définir ces croyances.

D. Forces et faiblesses

Notre étude manque un peu de puissance pour l'utilisation de données en sous-groupe. Le fait qu'elle soit monocentrique permettra un travail intéressant sur La Ciotat mais les résultats en seront difficilement extrapolables sans vérifications des dispositifs locaux et de la densité médicale au préalable.

Un biais de recrutement (à la hausse) semble pouvoir exister concernant les réévaluations cliniques non complètement indiquées.

Un biais de classement est assumé concernant les objectifs secondaires : nous avons utilisé les chiffres des patients réévalués sans tenir compte du lieu de consultation. Ceci, afin d'augmenter la comparabilité des groupes, en acceptant qu'une consultation hors parcours de soins programmés valait mieux que l'absence de consultation.

Il n'était pas possible de vérifier informatiquement l'enregistrement d'un médecin traitant par les patients lors de leur admission au service d'accueil des urgences. Tous les patients devaient cependant déclarer un médecin référent à l'agent d'accueil.

Nous retrouvons tout de même quelques résultats significatifs intéressants après utilisation de tests statistiques pertinents. Il serait sans doute pertinent d'analyser ces données en collaboration avec une unité de santé publique sur un plus grand nombre de patients. Une approche par analyse factorielle ou par régression logistique permettrait peut-être de mieux définir des profils types de patients à risque de ne pas reconsulter après leur sortie des urgences.

Enfin, l'absence de questionnaire pendant le séjour aux urgences permettait de mieux appréhender le parcours sans influencer le patient.

Le libre choix de l'urgentiste concernant la consigne de reconsultation de son patient en fait une étude en conditions usuelles de travail, au plus près du reflet des pratiques quotidiennes.

E. Ouverture : pistes amélioratives

Notre travail semble démontrer que la communication écrite est la clé d'un parcours patient coordonné optimal.

Une lettre de liaison augmente le respect des consignes de reconsultation de nos patients et permet la continuité des soins entre le service des urgences et le médecin traitant.

Il semblerait donc intéressant au regard de ces résultats d'améliorer la présentation de la lettre de liaison afin de la rendre plus facilement imprimable et d'essayer d'en formaliser son contenu. L'optimisation des ressources informatiques doit permettre un gain de temps et d'efficacité en matière de communication écrite et de gestion des données médicales [39].

Dans les situations où la réévaluation s'avère importante malgré un état clinique paucisymptomatique ou chez un patient à risque de non-consultation, il pourrait être intéressant de prendre directement rendez-vous depuis le service des urgences chez le médecin traitant. La faisabilité de cet appel téléphonique a été évaluée positivement dans une étude concernant seulement des patients hospitalisés en UHCD [40]. Cela demande en effet un temps administratif qui n'est malheureusement pas généralisable du fait des horaires différents entre les urgences et le médecin traitant. Une délégation de tâches peut cependant être envisagée pour une simple aide de prise de rendez-vous en ligne.

L'utilisation des compétences des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) aux urgences ou en ville doit permettre de libérer du temps médical et d'améliorer la coordination des soins.

Des projets de dossiers communs ville-hôpital existent sous différentes formes depuis longtemps (accès extérieur au dossier hospitalier ou plateforme commune) [41]. Suivre l'évaluation de ce type d'outil paraît intéressant [39]. Les mettre en place est un projet plus ambitieux qui demande un travail d'évaluation des besoins du réseau au préalable, dont notre étude pourrait faire partie.

La médecine libérale est en première ligne pour l'utilisation et le développement de *monespacesanté* dont les objectifs sont le partage d'informations médicales et l'amélioration de la communication entre les professionnels de santé [42]. Cette plateforme paraît encore difficile à utiliser dans le cadre de la communication urgences/médecin traitant.

Un accès « hospitalier » à l'interface amelipro (et donc à *monespacesanté*) aux urgences mérite d'être étudié. Le récent changement de format du Dossier Médical Partagé vers *monespacesanté* montre la difficulté de trouver un outil faisant l'unanimité.

Le parcours patient semble encore méconnu du grand public tant dans son organisation que dans son intérêt. Toute action promotionnelle en ce sens nous paraît intéressante.

V. CONCLUSION

Notre étude descriptive du parcours patient après consultation initiale au service d'accueil des urgences montre que les consignes de poursuite de la prise en charge en ambulatoire sont globalement bien respectées puisque, de manière sous-évaluée, plus de 65% des patients réalisent une consultation post-urgence lorsqu'elle est médicalement indiquée.

Le parcours de soins coordonnés est néanmoins peu respecté puisque seulement 47% des patients consultent leur médecin traitant dans ce cas.

La lettre de liaison entre les urgences et le médecin traitant est sous-utilisée. Elle permet cependant d'améliorer l'observance du suivi post-urgence (augmentation de 20% du taux de consultation) et la pertinence de cette consultation. Remise en main propre lors de la sortie du service des urgences, elle inclut aussi l'équipe paramédicale dans la prise en soins coordonnés.

L'optimisation des outils informatiques doit aller dans le sens d'un gain en informations choisies sans perte de temps clinique. Le dossier médical partagé (DMP), qui a récemment évolué vers monespacesanté, doit encore relever le défi d'une utilisation hospitalo-ambulatoire commune.

Dans les cas où la temporalité est importante, le rendez-vous doit pouvoir être pris avant la sortie du patient. Cette tâche administrative peut être déléguée en fonction des ressources à disposition (secrétariat dédié, prise de rendez-vous en ligne, logiciel de messagerie sécurisée intégrée au TU...). L'infirmier en pratique avancé (IPA), plus récemment, dont les missions ont été définies par décret, pourrait libérer du temps médical et donc faciliter la prise de rendez-vous plus précoce

Ces résultats ne sont pas généralisables, notamment en zones sous-dotées, où les différents réseaux locaux doivent s'organiser afin d'améliorer la connaissance du parcours de leurs patients, et des patients de leurs parcours.

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. National Center for Biotechnology Information (NCBI). *Pubmed search : critical pathway*. [En ligne]. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=critical%20pathway>
2. Anderson K. *Mosby's medical, nursing, and allied health dictionary*. 4th ed. Saint Louis, London ; Mosby. 1994 : 1973p.
3. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. *Circulaire DHOS/01 n°2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences*. [En ligne]. Consulté le 10/10/2022. Disponible sur <https://solidarites-sante.gov.fr/fichiers/bo/2007/07-03/a0030070.htm>
4. HAS. *Évaluation de la prise en charge des urgences-SAMU-SMUR et soins critiques selon le référentiel de certification*. [En ligne]. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_urgences_samu_smur.pdf
5. Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé. *Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte Pneumonie aiguë communautaire Exacerbations de Bronchopneumopathie Chronique Obstructive*. Recommandations pour la pratique clinique ; Paris : AFSSAPS ; 2010
6. Haute Autorité de Santé. *Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique*. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2017
7. Haute Autorité de Santé. *Rééducation de l'entorse externe de la cheville*. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2004

8. Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé.
Recommandations de bonne pratique Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte ;
Recommandations pour la pratique clinique. Paris : AFSSAPS ; 2008
9. Collège universitaire des enseignants de néphrologie. *Insuffisance rénale aiguë* dans ECNi - Les référentiels ; 8ème édition. Paris ; Ellipses. 2018 : p213-235
10. Haute Autorité de Santé. *Pertinence de l'imagerie cervicale - Cervicalgie après un traumatisme cervical non pénétrant chez l'adulte.* Recommandations pour la pratique clinique. Saint Denis de la plaine : HAS ; 2020
11. L. Balssaa, F. Kleinclauss. *Prise en charge des coliques néphrétiques aigus.* Progrès en Urologie 2010 ; 20(11) : 802-805
12. Collège Français des Chirurgiens Orthopédistes et Traumatologues. *Lésions péri-articulaires et ligamentaires de l'épaule, du genou, et de la cheville (tendinite, bursite, entésopathie)* dans Orthopédie Traumatologie ; 3e édition. Paris, Ellipses ; 2022 ; p232-242
13. Haute Autorité de Santé. *Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC).* Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021
14. Haute Autorité de Santé. *Guide du parcours de soins – Syndrome coronarien chronique.* Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021.
15. Haute Autorité de Santé. *Stratégie thérapeutique du diabète du type 2 : Fiche mémo et Parcours de soins intégrés - Note de cadrage.* Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2020.

16. L'assurance maladie. *Maintien à domicile*. [En ligne]. Actualisé le 04 janvier 2022. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/bons-gestes/seniors/maintien-domicile>
17. Légifrance. *LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*. [En ligne]. Actualisé le : 27 juillet 2019. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGIARTI000006759001/2004-08-17/>
18. L'assurance maladie. *Le rôle du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés*. [En ligne]. Actualisé le 29 mars 2022. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur <https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
19. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre). *Médecin traitant et parcours de soin coordonné*. [En ligne]. Actualisé le 12 avril 2021. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
20. L'assurance maladie. *Le volet de synthèse médicale, l'outil clé de la coordination entre professionnels*. [En ligne]. Actualisé le 25 janvier 2022. Consulté le 16/10/2022. Disponible sur <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/le-volet-de-synthese-medicale-l-outil-cle-de-la-coordination-entre-professionnels>
21. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). *Dossier complet, commune de La Ciotat*. [En ligne]. Consulté le 03/10/2022. Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-13028>
22. CH La Ciotat. *Projet d'établissement 2022-2027*. Document de travail ; 2021

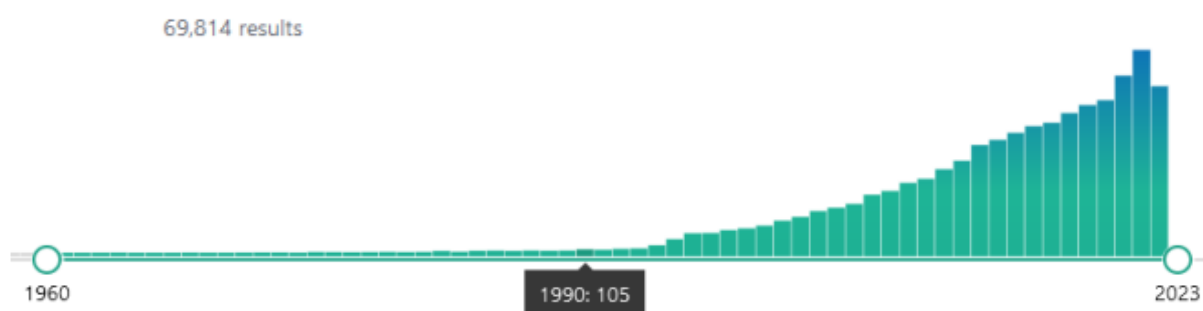
23. Haute Autorité de Santé. *Le patient traceur en ville*. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2016
24. Haute Autorité de Santé. *Le patient traceur en établissement de santé*. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014
25. Boisguérin B., Brillhault G., Ricroch L. et al. « *Structures des urgences hospitalières : premiers résultats de l'enquête nationale réalisée par la DREES* », *Le Panorama des établissements de santé*. Paris : DRESS ; 2014
26. L'assurance maladie. *Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d'une ALD en 2019*. [En ligne]. Mis à jour le 01 décembre 2020. Consulté le 04/10/2022. Disponible sur <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/prevalence-beneficiaires-ald-2019>
27. Deschanel G. *Satisfaction et devenir des patients consultants aux urgences de Chambéry*. [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Grenoble Alpes. 2010. ffdumas-00628997f
28. Ferréol F, Duval G. *Réinsertion des patients dans le système de soins de ville après leur passage aux urgences médicales*. [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019) ; 2006
29. Boudard O. *Devenir des patients en présentation spontanée aux urgences de L'hôpital Pellegrin à Bordeaux et facteurs associés à ce type de recours*. [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Bordeaux ; 2015. ffdumas01235042f
30. Leonard M, Graham S, Bonacum D. *The human factor : the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care* ; Qual Saf Health Care ; Oct 2004 ;13(1) : 85-90

31. Hubert G, Galinski M, Ruscev M. *Information médicale : de l'hôpital à la ville. Que perçoit le médecin traitant ?* La Presse Médicale. Oct 2009 ; 38 (10) : 1404-1409.
32. Carneiro B, Pare F, Roy P-M. *Qualité des courriers de sortie des consultants des urgences de l'hôpital aux médecins généralistes.* Santé Publique. Févr 2014 ; 26 (2) : 165-172.
33. Durak A. *Coordination Ville-Hôpital, le compte rendu de passage aux urgences.* [Thèse]. Médecine Humaine et pathologie. Lille ; 2018
34. Blondin C, Van der Linden T. *Évaluation de la communication des médecins de services d'urgence vers les généralistes par audit de médecins généralistes et analyse de lettres de sortie.* [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Lille ; 2005
35. Rootner. *Référentiel SFMU – Critère d'évaluation des services des urgences. 2006.*[En ligne]. Consulté le 04/10/2022. Disponible sur <https://www.sfmou.org/upload/referentielsSFMU/audit.pdf>
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Nouvelle organisation du parcours de soin.* Communiqué de presse. 07 octobre 2022. [En ligne]. Consulté le 11/10/2022. Disponible sur <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/nouvelle-organisation-parcours-soins>
37. Grigore A. *Évaluation des pratiques concernant la communication ville-hôpital sur le nombre de comptes rendus de passage remis aux patients consultant le service des Urgences médicales adultes du CHI R. BALLANGER.* [Thèse]. Médecine Humaine et pathologie. Versailles-Saint Quentin en Yvelines ; 2021.

38. Gervais E. *Courriers de sortie informatisés des patients externes adressés au médecin traitant à la sortie d'un service d'accueil des urgences : étude observationnelle prospective*. [Thèse]. Médecine Humaine et pathologie. Université Montpellier 1 ; 2011.
39. Sors C, Bermes A. *Perspectives de développement de l'outil informatique en soins premiers : une étude Delphi-abaque pluridisciplinaire auprès de 23 experts*. [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Grenoble Alpes. 2018. ffdumas-01908287
40. Enzinger L. *Coopération ville-hôpital : évaluation de la faisabilité et de l'intérêt de l'appel téléphonique par le médecin hospitalier du médecin traitant pour préparer le retour à domicile*. [Thèse]. Médecine humaine et pathologie. Grenoble Alpes. 2018. dumas-01925265
41. Alao, O., Anceaux, F., Beuscart, R., Beuscart-Zéphir, M., Brunetaud, J. & Renard, J. *La communication ville-hôpital : un modèle pour améliorer la continuité des soins*. Les Cahiers du numérique, 2001 ; 2, 37-55. [En ligne]. Consulté le 02/10/2022. Disponible sur <https://www.cairn.info/revue--2001-2-page-37.html>
42. L'assurance maladie. *Mon espace santé, un nouveau service numérique personnel et sécurisé*. [En ligne]. Mis à jour le 23 septembre 2022. Consulté le 16/10/2022. Disponible sur <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>

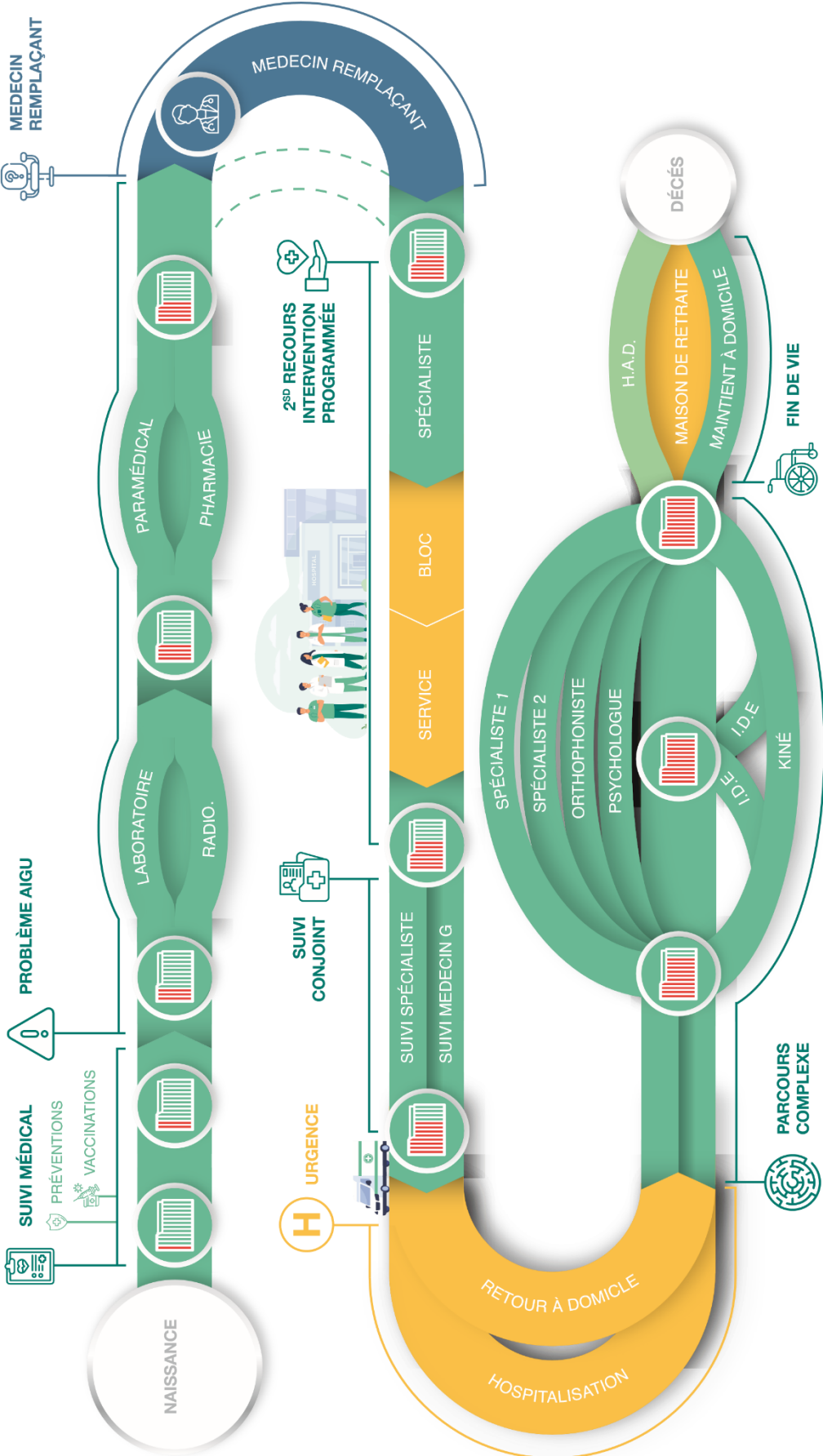
VII. ANNEXES

ANNEXE I : Graphique schématisant le nombre de citations du terme « critical pathways » sans filtre sur Pubmed.

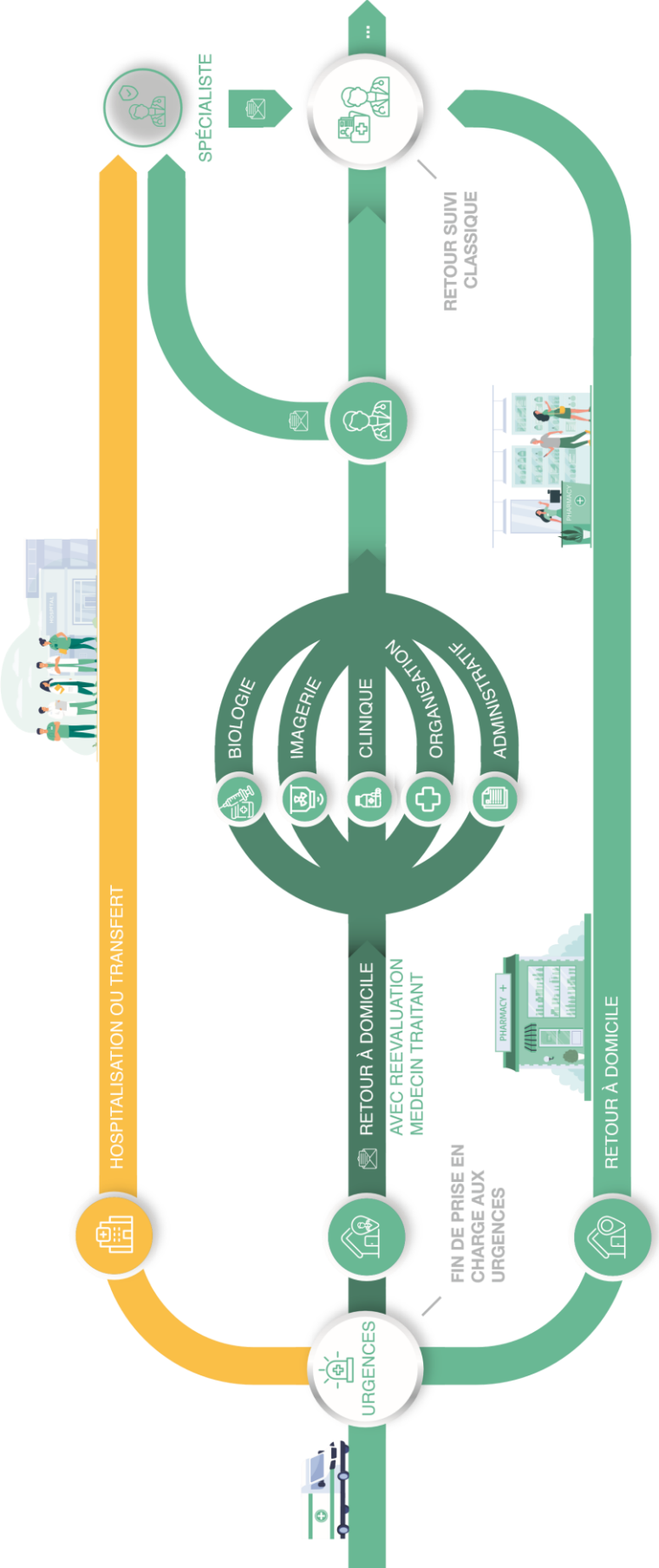


Année	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2020
Publications	0	1	20	105	885	2709	5750

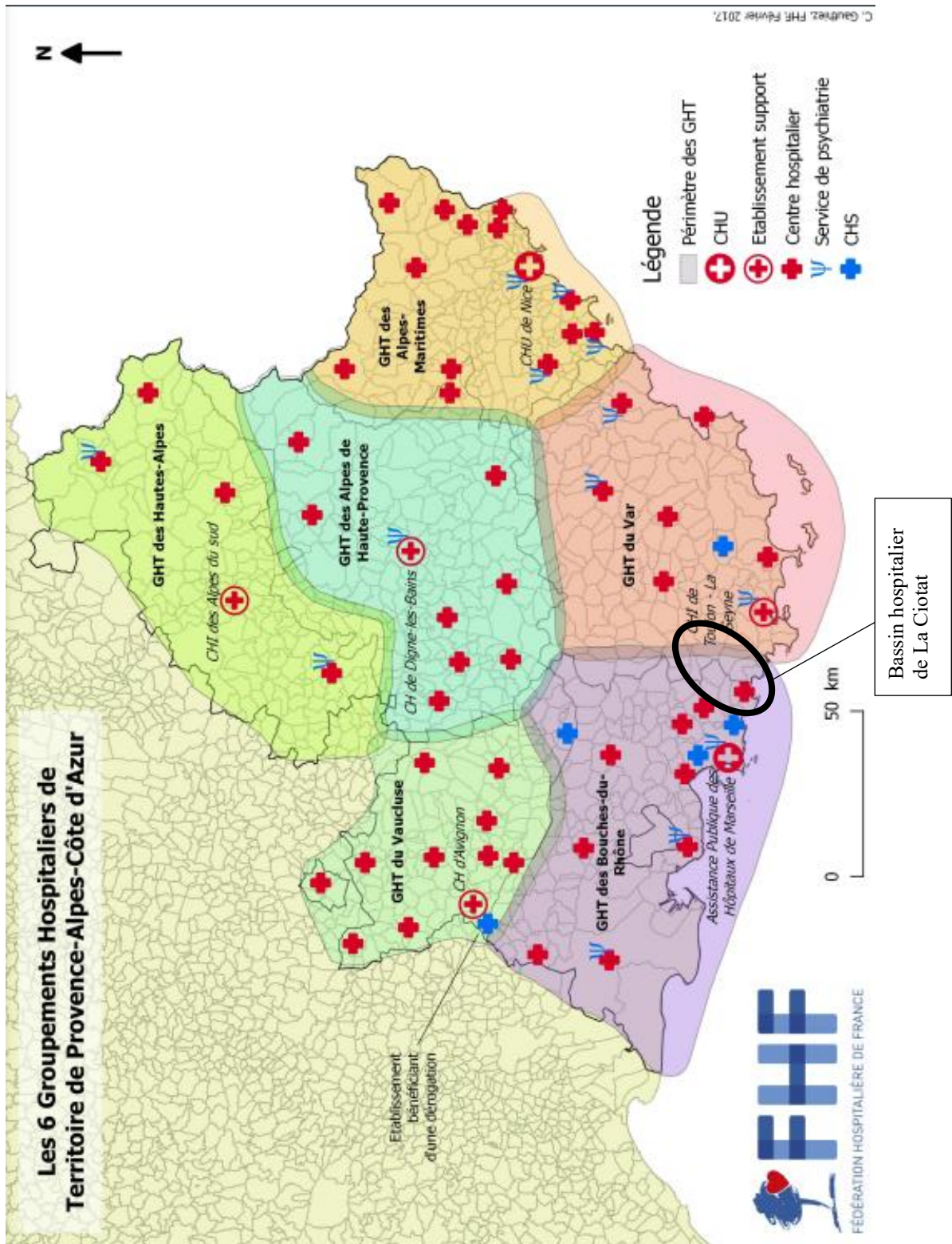
ANNEXE II : Exemple de schématisation du parcours de soins global d'un patient



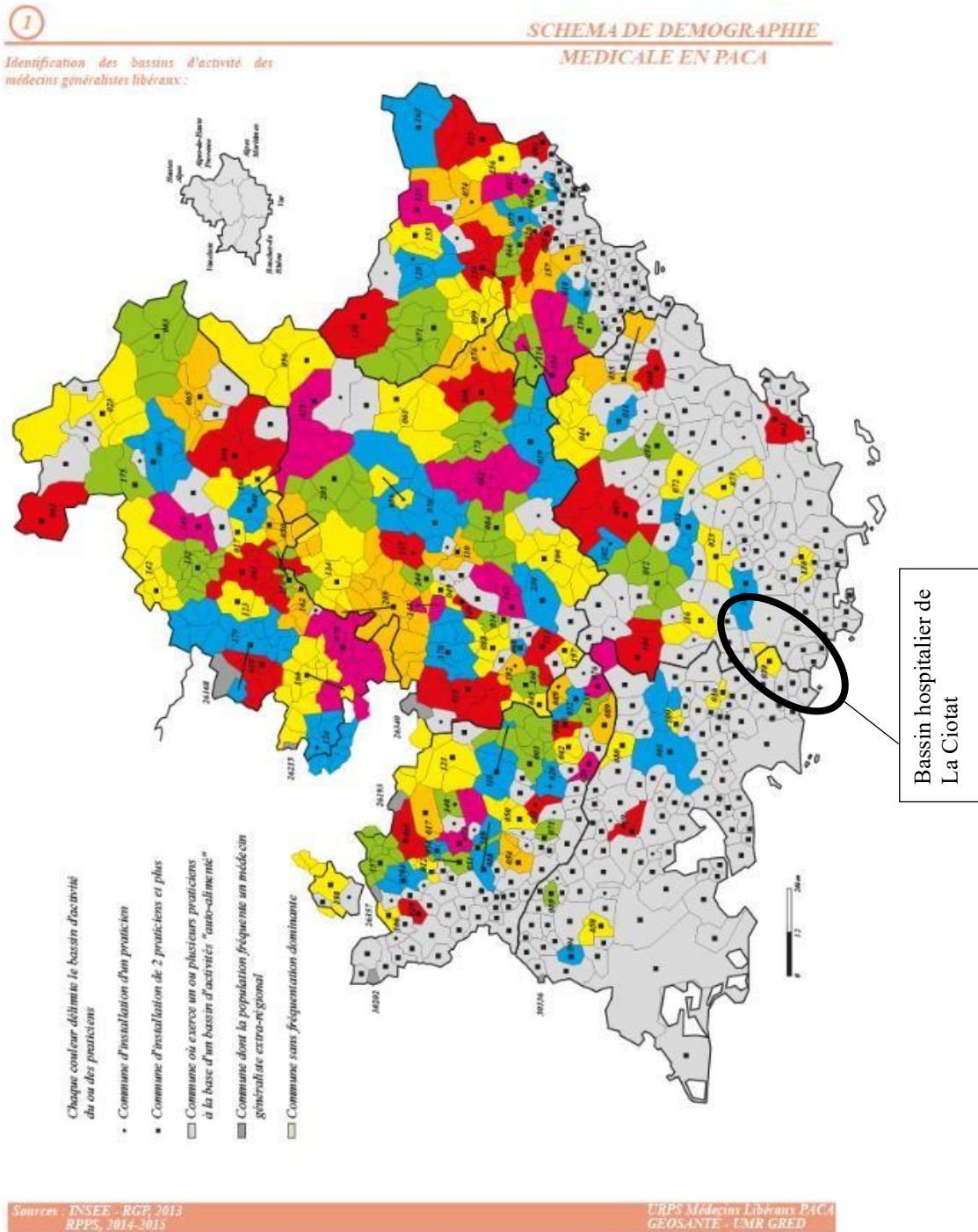
ANNEXE III : Schéma du parcours de soins après consultation aux urgences



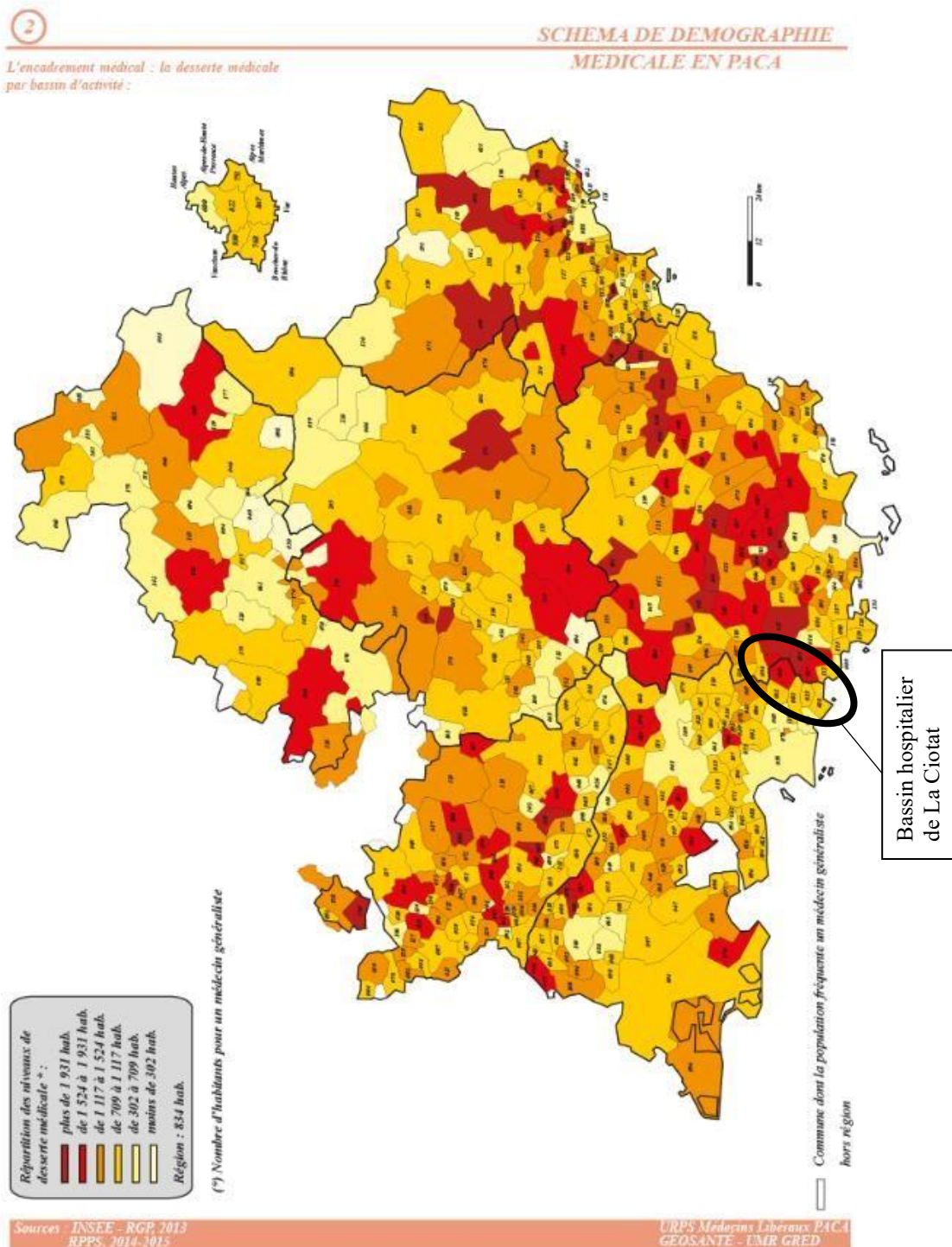
ANNEXE IV : Cartographie du Groupement Hospitalier Territorial de PACA



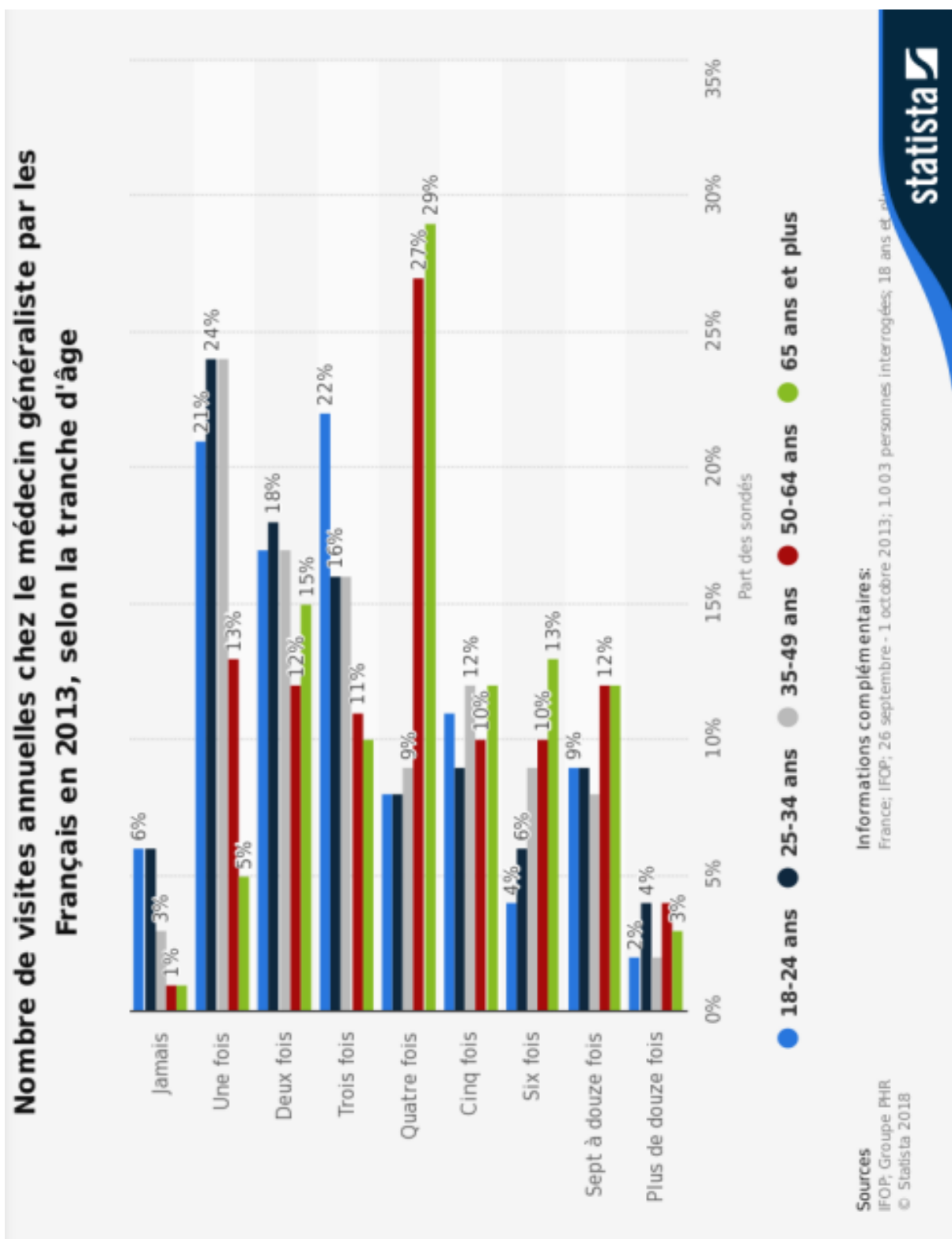
ANNEXE V : Démographie médicale : bassin d'activité des médecins généralistes libéraux



ANNEXE VI : Démographie médicale : desserte médicale par bassin d'activité



ANNEXE VII : Sondage IFOP 2013 – taux de consultations chez le médecin généraliste en fonction de l'âge



VIII. ABREVIATIONS

MeSH : Medical Subject Headings

MT : Médecin Traitant

ROSP : Rémunérations à Objectif de Santé Publique

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

INSEE : Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

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

ALD : Affection de Longue Durée

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DMP : Dossier Médical Partagé

IPA : Infirmier en Pratiques Avancées

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque. »