

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTE DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

ANNÉE 2022

N° 244

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État
Mention D.E.S de Médecine Générale

PAR

MULLER Mélanie Mathilde
Née le 08 janvier 1992 à WISSEMBOURG

Évaluation des bénéfices de la création d'une « filière médecine générale » aux
urgences du Centre Hospitalier de Haguenau

Président de thèse : Professeur BILBAULT Pascal

Directrice de thèse : Docteur BERARD Lise, urgentiste

**FACULTÉ DE MÉDECINE, MAËUTIQUE ET
SCIENCES DE LA SANTÉ**

Edition MARS 2022
Année universitaire 2021-2022



- Président de l'université
- Doyen de la Faculté
- Vices Doyen de la Faculté
- Doyens honoraires
- Charge de mission auprès du Doyen
- Responsables administratifs

M. GEMMEL Michel
M. SIBUIA Jean
M. DERUELLE Philippe
M. DORVILLE Marc
M. MAITZ Jean-Michel
M. VYUQUADON Guy
M. GORLIGER Pierre
M. LUDES Bertrand
M. VICENTE Jean
M. STEINMANN Geoffrey



HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général : M. GILY Michel

A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MMHOL Jean-Louis Chaire "Généralisme humain" (à compter du 01.11.2022)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAE Samira Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2019)
GALLAGHER Helen Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM	NOM et Prénoms	CE*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisations	Spécialisation du Conseil National des Universités
ADAM Philippe M001	ADAM Philippe	MRP CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'orthopédie des Membres et Traumatologie / HP	46.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ALCAZOR Omer M111	ALCAZOR Omer	MRP CS	- Pôle de Spéciales Médicales - Service de Neurologie (Désordres) HP	44.02 Neurologie (général) Général : Neurologie (général) Général : Neurologie (général)
ANDRE BERNARD M002	ANDRE Bernard	RPE CS	- Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Néphrologie, Diabétologie, Gériatrie (MRCG) - Serv. de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/IC	40.02 Général : Médecine Interne
APHEX Mathis M003	APHEX Mathis	MRP NCE	- Pôle Tête et Cou - CETS - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	48.01 Neurologie
Mme ANTA Maria Cristina M004 / M219	ANTA Maria Cristina	MRP CS	- Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre - Institut d'Immunologie / Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (général biologie)
ARNAUD Laurent M110	ARNAUD Laurent	MRP NCE	- Pôle d'ORL - Service de Rhinologie / Hôpital de Hautepierre	46.01 Rhinologie
BACHELLET Philippe M005	BACHELLET Philippe	RPE CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	50.02 Chirurgie générale
BAHRAE Samira M006	BAHRAE Samira	MRP CS	- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Immunologie et d'Oncoimmunologie / Hôpital Civil / Hautepierre	47.02 Immunologie (général biologie)
BAUBERT Thomas M007	BAUBERT Thomas	MRP CS	- Pôle Hôpital d'Urgence de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies Infectieuses et Parasitaires / HP	52.01 Gastroentérologie, Hépatologie Général : Hépatologie
Mme BEAUFAILLER Marine M008 / M115	BEAUFAILLER Marine	MRP NCE	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Systèmes et de Biologie moléculaire / HP	44.02 Biologie cellulaire (général biologie)
BEAUDOUX Fabry M009	BEAUDOUX Fabry	MRP CS	- Pôle d'urologie - GNC / Activités universitaires - Unité de Neurochirurgie Interventionnelle (Hautepierre)	45.02 Radiologie et Imagerie médicale (général chirurgie)
BECHEREAU François M010	BECHEREAU François	MRP NCE	- Pôle de Médecine chirurgicale de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique (Hôpital de Hautepierre)	44.02 Chirurgie Pédiatrique
BONNA Fabrice M112	BONNA Fabrice	MRP CS	- Pôle de Pédiatrie, Santé Infantile et Adolescence - Service de Pédiatrie I / Hôpital Civil	46.02 Pédiatrie d'adultes, Pédiatrie Général : Pédiatrie d'adultes
BERTSCHY Gilles M011	BERTSCHY Gilles	RPE CS	- Pôle de Pédiatrie et de Santé Infantile - Service de Pédiatrie II - Hôpital Civil	46.02 Pédiatrie d'adultes
BEARY Suzanne M113	BEARY Suzanne	MRP NCE	- Pôle d'urologie - Service d'urologie II - Neurochirurgie Imagerie Métabolique - Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	45.02 Radiologie et Imagerie médicale (général chirurgie)
BILBAULT Pascal M012	BILBAULT Pascal	RPE CS	- Pôle d'Urgences / Réanimations Médicales / CAP - Service des Urgences médicales-émergences Adultes / HP	46.02 Réanimation, Médecine d'urgence Général : Médecine d'urgence
BLAND Fabrice M114	BLAND Fabrice	MRP NCE	- Pôle de Génétique - Service d'Analyses - Génétique - Hôpital de la Pléiade	50.01 Médecine interne, génétique Général : génétique et biologie du vieillissement
BOON FERRIS M116	BOON Ferris	MRP NCE	- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, Otorhinologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et maxillo-dentaire / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Maxillo-faciale, Neurochirurgie et Otolaryngologie
BONNEMANS Laurent M013 / M118	BONNEMANS Laurent	MRP NCE	- Pôle de Maladies chirurgicales de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONDORET François M014	BONDORET François	MRP CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie Traumatologie du membre inférieur / HP	46.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BONNIEN Nadia M015	BONNIEN Nadia	MRP NCE	- Pôle de Spécialités Médicales-Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie - Nouvel Hôpital Civil	50.02 Ophtalmologie
BOURGON Fabrice M016	BOURGON Fabrice	MRP CS	- Pôle Tête et Cou - CETS - Service de Neurologie - CERS de Sennelager / Hôpital Civil	48.01 Neurologie
Mme BRICARD Carole M017	BRICARD Carole	MRP NCE	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	50.02 Chirurgie générale
BROUAT ROCHER Catherine M018	BROUAT ROCHER Catherine	MRP CS	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et Maxillo-dentaire / HP	50.04 Spécialité maxillo-faciale, neurochirurgie et otolaryngologie
Mme CALLANI-CHLAMAN Sophie M117	CALLANI-CHLAMAN Sophie	MRP NCE	- Pôle de Spécialités Médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Neurologie-Désordres et Transplantation / RNC	50.02 Médecine

NOM et Prénoms	CS	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Association de Conseil National des Universités
CASTELAIN Robert	MRPS	- Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre d'urgence	40.02 Anatomie
CHAPPE Yann	MRPS	- Service de Réanimation Médicale / Hôpital HADRIEN	51.04 Chirurgie vasculaire / Médecine vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	MRPS	- Pôle de chirurgie vasculaire / Centre vasculaire	Opht. - chirurgie vasculaire
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Pôle de l'appareil locomoteur	40.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHENARD-MEU Marie	MRPS	- Service de Chirurgie du bras / Chirurgie H / HC	44.02 Physiologie (autres thématiques)
CHENARD-MEU Marie	MRPS	- Service de Pathologie Vasculaire	44.02 Physiologie (autres thématiques)
CHENARD-MEU Marie	MRPS	- Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / DCC	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHENARD-MEU Marie	MRPS	- Pôle Tels et Coeur - CETS	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Pôle de Biologie	40.02 Anatomie et physiologie pathologiques (autres thématiques)
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	40.02 Anatomie (autres thématiques, thématique neurologique)
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Digestif / HF	40.02 Anatomie (autres thématiques, thématique neurologique)
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Pôle d'Anatomie / Anatomie chirurgicale / SAVOIR SAVIR	40.02 Anatomie (autres thématiques, thématique neurologique)
CHENARD-MEU Marie-Flore	MRPS	- Service d'Anesthésiologie-Réanimation-Chirurgicale / HMC	40.02 Anatomie (autres thématiques, thématique neurologique)
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle Tels et Coeur-CETS	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Centre d'Investigation Clinique / HMC et HF	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Urologie, Néphrologie et Dialyse	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Dermatologie / Hôpital Civil	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Pathologie Vasculaire	51.04 Physiologie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle Tels et Coeur - CETS	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Centre d'Investigation Clinique (CIC) - A&D / Hôp. de Hautepierre	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle Tels et Coeur - CETS	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Explorations Fonctionnelles et de Chirurgie du Système Digestif / HF	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Neurologie-Cardiologie	55.01 Diagnostics-Imagerie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Neurologie-Cardiologie / Hôpital de Hautepierre	41.04 Cardologie (type clinique)
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Biologie Médicale / Hôpital de Hautepierre	41.04 Cardologie (type clinique)
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de l'appareil locomoteur	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Explorations Fonctionnelles du Système Digestif / HF	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	54.01 Pédiatrie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Pédiatrie H / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de l'appareil locomoteur	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Chirurgie de la main - DCC (HMC) / Hôp. Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Biologie	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Laboratoire central de biologie / HF/HMC et Faculté	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Pathologie digestive, hépatique et de la transplantation	50.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de chirurgie générale, hépatique et transplantation et Transplantation / HF	50.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Pathologie Vasculaire	51.04 Chirurgie vasculaire et cardi-vasculaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Chirurgie Thoracique / Hôpital Civil	41.01 Anatomie - Thoracique
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Onco-Hématologie	Opht. - Oncologie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Orthopédie / CAMS	41.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Hôpital - Institut Hospitalier Universitaire - Hôpital Civil	41.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Imagerie	40.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôpital Civil	40.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Imagerie	40.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Imagerie à Interventionnelle / Hôpital Civil	40.02 Radiologie et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle des Spécialités Médicales - Cardiologie / HMC	40.02 Radiologie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Ophtalmologie / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (autres thématiques)
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Pathologie Vasculaire	44.02 Physiologie (autres thématiques)
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / HMC	51.04 Chirurgie vasculaire / Médecine vasculaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'explorations médico-chirurgicales Cardio-vasculaires	Opht. - chirurgie vasculaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Chirurgie Vasculaire et de Transplantation vasculaire / HMC	54.02 Chirurgie vasculaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie	54.02 Chirurgie vasculaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MHC/D)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Médecine Interne et de Nutrition / HF	40.02 Anatomie et santé au travail
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Santé publique et santé au travail	40.02 Anatomie et santé au travail
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Pathologie Infectieuse et Maladies du Travailleur	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MHC/D)	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Spécialités Médicales - Cardiologie / DCC	50.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Neurologie-Cardiologie et Transplantation / HMC	40.02 Opht. - Maladies infectieuses
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Spécialités Médicales - Cardiologie / DCC	40.02 Opht. - Maladies infectieuses
CHONGUES Maria	MRPS	- Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / HMC	40.02 Médecine interne-Réanimation
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre d'urgence	40.02 Médecine interne-Réanimation
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Rhumatologie Médicale / Hôpital Civil	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle Tels et Coeur - CETS	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'Imagerie	40.02 Biophysique et médecine nucléaire
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Neurologie-Cardiologie et Imagerie Médicale / CAMS	40.02 Maladies Psychiques et Neurologiques
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation	40.02 Maladies Psychiques et Neurologiques
CHONGUES Maria	MRPS	- Hôpital Universitaire de Réadaptation / Département	40.02 Anatomie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Biologie	40.02 Opht. - Radiobiologie-Imagerie (Imagerie)
CHONGUES Maria	MRPS	- Hôpital Universitaire de Neurologie / HMC/HMC et Faculté	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MHC/D)	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHONGUES Maria	MRPS	- Service d'Endocrinologie, Diabète et Nutrition / HMC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle d'explorations médico-chirurgicales Cardio-vasculaires	51.02 Cardologie
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Cardiologie / Hôpital Civil	51.02 Cardologie
CHONGUES Maria	MRPS	- Pôle de Santé	50.02 Opht. - générale et biologie du vieillissement
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Médecine Interne - Diabète / Hôpital de la Réunion	50.02 Opht. - générale et biologie du vieillissement
CHONGUES Maria	MRPS	- Service de Nutrition - Diabète / Hôpital de la Réunion	50.02 Opht. - générale et biologie du vieillissement

NOM et Prénoms	CE	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Zone sectorielle du Conseil National des Universités
Mme VERONIQUE Laurence R034	NRSC NCE	- Pôle de Médecine Interne - Rhumatologie - Maladies Infectieuses, Endocrinologie, Gynécologie (Hôpital) - Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Hôpital	52.02 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
VERONIQUE Marie R034	NRSC NCE	- Pôle de Pneumologie - Service de Pneumologie / Hôpital Hôpital Civil	57.01 Pneumologie
VERONIQUE Marie R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Service de Chirurgie Laparo-Endoscopie / Hôpital Hôpital Civil	51.02 Chirurgie laparoscopique et cardiocirculatoire
Mme VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / OMC - Service de Spécialités Médicales et d'Ophtalmologie / OMC / HNC	47.02 Ophtalmologie (autres spécialités)
Mme VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 4 - Neuroradiologie - Radiologie - IRM	40.02 Radiologie et imagerie médicale (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Pôle de Pédiatrie et de Neurologie Pédiatrique (Pédiatrie) / HNC	54.01 Pédiatrie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / OMC	47.02 Ophtalmologie (autres spécialités)
Mme VERONIQUE Laurence R034	NRSC NCE	- Pôle de Pédiatrie, Santé Infantile et Pédiatrie - Service d'Endocrinologie / Hôpital Civil	40.02 Pédiatrie et autres spécialités / Endocrinologie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Otorhinologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urogynécologie / Hôpital Hôpital Civil	52.04 Chirurgie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
Mme VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / HNC	57.04 Ophtalmologie - Chirurgie vasculaire
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Imagerie - Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Océanographique et d'Immunoradiologie / Hôpital de Nautique	42.01 Anatomie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / OMC / HNC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôpital Civil	42.02 Sciences Biologiques de l'Homme
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Otorhinologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	52.02 Dermato-venéréologie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - OMC / HNC / Hôpital de Nautique	52.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Onco-Hématologie / OMC	47.02 Cancerologie, Radiothérapie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Biologie - Département de Biologie fondamentale et appliquée / OMC / HNC - Pôle de Spécialités Médicales - Endocrinologie / OMC	44.02 Biologie et médecine (à l'exception des spécialités de la reproduction (autres spécialités))
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Service de Médecine Interne et d'Endocrinologie / OMC / HNC - Pôle de Pathologie Infectieuse	47.02 Immunologie (autres spécialités)
Mme VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Pathologie Infectieuse / Hôpital Hôpital Civil	57.01 Pathologie Infectieuse, Parasitologie
Mme VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Spécialités Médicales - Endocrinologie / OMC - Pôle de Pédiatrie, Santé Infantile et Pédiatrie - Pôle de Pédiatrie, Santé Infantile et Pédiatrie / Hôpital Civil	54.01 Pédiatrie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Nautique - Pôle d'Immunologie / Faculté de Médecine	47.02 Immunologie, Transfusion (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Service de Chirurgie Laparo-Endoscopie / Hôpital Hôpital Civil	51.02 Chirurgie laparoscopique et cardiocirculatoire
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Biologie - Service de Biologie / Hôpital Hôpital Civil	40.02 Faculté de Biologie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Laboratoire de Pathologie et de Maladies Infectieuses / HNC - Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande / HNC	46.01 Ophtalmologie - Endocrinologie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Service d'Anatomie Pathologique - Anatomie / HNC - Pôle de Physiologie / Faculté de Médecine	44.02 Physiologie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Pathologie Infectieuse - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / HNC	44.02 Physiologie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Santé publique et Santé de Travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, épidémiologie Médicale et Technologies de Communication (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Service de Spécialités Médicales / Hôpital Hôpital Civil	46.02 Anatomie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Pharmaco-Toxicologie - Laboratoire de Neurologie et Pharmacologie Cardio-vasculaire - Hôpital de Nautique / HNC	46.02 Ophtalmologie - Pharmacologie fondamentale
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Service de Cardiologie / Hôpital Hôpital Civil	57.02 Cardiologie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / OMC - Service de Neurologie - Diabète et Transplantation / HNC	52.02 Neurologie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Service de Chirurgie Vasculaire et Digestive / HNC	52.02 Chirurgie vasculaire
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et d'Imagerie médicale / OMC	40.01 Radiophysique et médecine nucléaire
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Imagerie - Service de Radiologie / OMC	47.02 Cancerologie, Radiothérapie (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Anesthésie Réanimation - Chirurgie - OMC - OMC - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale - HNC	46.02 Anesthésiologie - Réanimation
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Imagerie - Pôle d'Imagerie 3 - Imagerie vasculaire et cardiocirculatoire / HNC	40.02 Radiologie et imagerie médicale (autres spécialités)
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle de Cardiologie - Théorique - Service de Cardiologie / Hôpital Hôpital Civil	57.02 Cardiologie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie (Hôpital de Nautique)	54.01 Pédiatrie
VERONIQUE Marie-Claire R034	NRSC NCE	- Pôle d'Endocrinologie, Diabète, Maladies et Maladies de la Glande - Centre de formation et de recherche en pathologie des ossements de la main / Hôpital	46.02 Anatomie - Médecine d'urgence (autres spécialités)

NOM et Prénoms	CE ¹	Services hospitaliers ou autres / Localisation	Université de Corse National des Universités
Mme PERRETTA Bruna M17	MRP RC	- Pôle Hépato-Gastro de l'Hôpital CHU - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôpital CHU	62.01 Chirurgie Générale
Mme PÉREZ Fabrice M19	MRP CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Hôpital Hôpital CHU	62.01 Chirurgie Digestive
Mme PETTIT Françoise M19	ESB CS	- CHU - Département de médecine endocrinologique	47.01 Gynécologie / Radiobiologie Cancer - Cancérologie Clinique
Mme PIVOT Sabine M20	MRP NCS	- CHU - Département de médecine endocrinologique	47.01 Cancérologie / Radiobiologie Cancer - Cancérologie Clinique
M. POPYSCHEV Jean M18	MRP CS	- Pôle d'Anatomie - Réanimations Chirurgicales / Salyer (SMUR) - Service d'Anatomie et de Réanimations Chirurgicales/Neurologie	46.01 Anatomologie expérimentale Médecine d'urgence (cancer chirurgical)
M. PRADIGNAC Jean M17	MRP NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition - Endocrinologie, Diabétologie (MÉDEC) - Service de Médecine Interne et Nutrition / HP	44.04 Nutrition
M. PROUST François M19	MRP CS	- Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Neurologie	46.02 Neurochirurgie
M. RAU Jean-Georges M20	MRP CS	- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et IHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
M. REYMOND Jean-Marc M19	MRP NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. d'Hépatite-Gastro-Endocrinologie et d'Alimentation Nutritionnelle / HP	62.01 Cancer - Gastro-entérologie
M. RICCIO Renato M17	MRP NCS	- Pôle de Biologie - Département Biologie de développement et cellules souches / IGBAC	44.01 Biologie et biologie moléculaire
M. RIVI Serge M19	MRP CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	62.01 Chirurgie générale
M. ROMAN Sébastien M19 / M20	MRP NCS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	62.01 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL BERNARD Dany M19	MRP NCS	- Pôle Endocrinologie-métabolisme - Service de Cancérologie / Hôpital Hôpital CHU	64.01 Pédiatrie
M. ROUJ Daniel M19	MRP NCS	- Pôle Endocrinologie-métabolisme - Service de Cancérologie / Hôpital Hôpital CHU	64.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine M19	MRP CS	- Pôle d'ophtalmologie - Serv. d'ophtalmologie - chirurgie oculaire et soins oculaires / HHC	42.02 Radiologie et imagerie médicale (ophtalmologie)
M. SAMARÉ Nicolas M19	MRP NCS	- Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	64.01 Gynécologie Obstétrique / gynécologie médicale Gynécologie - Gynécologie Obstétrique
M. SAUER Stéphane M18	MRP NCS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMC - Service d'Ophtalmologie / Hôpital Hôpital CHU	42.02 Ophtalmologie
M. SALLAUD Fabrice M19	MRP NCS	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Service de Santé Publique / Hôpital CHU - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Épidémiologie, étiologie médicale et Technologies de Communication (santé publique)
M. SAUSSE Denis M19	MRP CS	- Pôle d'urologie, Néphrologie et Endocrinologie - Service de Cancérologie (oncologie) / Hôpital Hôpital CHU	62.04 Urologie
Mme SCHWYZ Sabine M19	MRP CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMC - Service d'Ophtalmologie / Hôpital Hôpital CHU	62.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLANI Catherine M19	MRP NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôpital CHU	47.04 Génétique (cancer Moléculaire)
M. SCHNEIDER Patrick M19	MRP CS	- Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre antipain - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Neurologie	46.01 Traumatisme
Mme SCHROEDER Catherine M19	MRP CS	- Pôle de Pédiatrie et de Santé Evolutive - Service de Pédiatrie (jeu, enfance et adolescents) / HC	64.04 Pédiopsychiatrie / pédiatrie
M. SICHULTZ Philippe M19	MRP NCS	- Pôle Tête et Cou - CETO - Serv. d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale / HP	62.01 Oto-rhino-laryngologie
M. SIFFERT Laurent M17	MRP CS	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatite-Gastro-Endocrinologie et d'Alimentation Nutritionnelle	62.01 Gastro-entérologie / Hépatologie / radiologie Cancer - Hépatologie
M. SILLA Jean M19	MRP NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition - Endocrinologie, Diabétologie (MÉDEC)	62.01 Néphrologie
M. SILLON Franck M19	MRP CS	- Service de Neurologie / Hôpital de Neurologie - Service d'ophtalmologie - chirurgie oculaire, ORL, et cornéenne / HP	62.02 Radiologie et imagerie médicale (cancer chirurgical)
M. SILLON Franck M19	MRP NCS	- Pôle de Santé Publique et Santé au Travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Économie de la Santé / Hôpital CHU - Laboratoire d'ophtalmologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, étiologie médicale et prévention (cancer chirurgical)
M. SIVIERO Denis M19	MRP NCS	- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Nutrition - Endocrinologie, Diabétologie (MÉDEC) - Service de Médecine Interne, ISMMS et Médecine Métabolique/HC	62.01 Cancer - Gastro-entérologie
M. SORICHET Pierre M19	MRP CS	- Pôle de Pédiatrie et de Santé Evolutive - Service de Pédiatrie d'urgences, de soins et de Pédiopsychiatrie / Hôpital CHU	64.03 Pédiatrie d'adultes
M. SUTTE Stéphane M19	MRP NCS	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologie tropicales / Faculté	64.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (cancer chirurgical)
M. TADIC Thomas M19	MRP CS	- Pôle de Biologie - Serv. de soins de suite et réadaptatifs gériatriques/métaboliques	61.01 Cancer - Génétique et biologie du vieillissement
M. TASSAK Jean-Christophe Pierre M19	MRP CS	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMC - Service de Spécialités Médicales / Hôpital Hôpital CHU	62.01 Cancer - Médecine Interne

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Base de votes du Conseil National des Universités
WOLF Roger Mons	MRP RCD	- Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantation hépatique / HP - Coordinateur des unités de prélevements et transplantations des HP	10,02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie Mons	MPS CS	- Pôle Télé-Cu - Unité néonatale / Hôpital de Valenciennes	46,01 Neurologie

HC : Hôpital Cochin - HP : Hôpital de Hautepierre - HNC : Hôpital de Valenciennes - PTH : Plateau technique de microbiologie
 CC : CC (Chef de service) ou NCC (Nouveau Chef de service hospitalier) Ccjt : Chef de service par intérim CSg : Chef de service provisoire (par int.)
 CU : Chef d'Unité Universitaire
 Rg : Pôle RPE (Responsable de Pôle) ou MRPE (Nouveau Responsable de Pôle)
 Cops : Coordinateur hospitalier (pour les services hospitaliers sans chef de service) DI : Directeur
 (1) Et surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017
 (2) (1) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable -> 31.08.2017
 (2) Et surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (3) Consultant hospitalier (pour une durée limitée) -> 31.08.2017
 (4) Et surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017 (5) Consultant hospitalier (pour une durée limitée) -> 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CF	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Base de votes du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	MRP CS	- Pôle Spécialités médicales - Cardiologie / SAMU - Service de Soins Intensifs / HNC	46,01 Médecine palliative
HARKATZEH François	CS	- Pôle Hépatologie / HNC - Service de Soins Intensifs / HNC	10,01 Soins Intensifs
WYAZAN Tays		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique / HNC	
SALLET DS	CS	- Pôle Télé-Cu - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-Ph)

NOM	CF	Service Hospitalier ou Institut / Localisation	Spécialité du Conseil National des Universités
AGNAT AGNAT		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMG	43.01 Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme ANTON-Dupont 4008		- Pôle d'Imagerie - Service de Radiobiologie / ICMG	47.02 Cancérologie - Radiothérapie
Mme ATMO-DIETRICH-ESLIER 4017		- Pôle de Pharmacologie - UFR de Pharmacologie Clinique / Faculté de Médecine	46.05 Pharmacologie fondamentale pharmacologie clinique - anesthésiologie Général - pharmacologie fondamentale
Mme BIRICALAMA Yvonne 4006		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôtel Dieu	47.04 Génétique (option biologie)
SCODET Cécile 4001		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMG	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option chimie)
BOULEZ-DREY 4003		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BRU Yvonne 4014		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie Médicale (PTM HUS) - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	46.02 Parasitologie et mycologie (option biologie)
Mme BUND-CARON 4012		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMG	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
SARAFITI-Raphaël 4011		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Moléculaire / Hôpital Hôtel Dieu	47.03 Immunologie
CAZZATO Romain 4018		- Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie à Interventionnel / ICMG	43.02 Radiothérapie et Imagerie Médicale (option chimie)
Mme DESJAK Hervé 4016		- Pôle Tête-Cou - Service de Neurologie / HP	46.02 Neurologie
CERAIHE Jeanne 4013		- Pôle de Biologie - Département de Biologie Structurale Intégrative / ICMG	47.02 Cancérologie - Radiothérapie (option biologie)
ZUERKER Nicolas 4010		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Moléculaire / Hôpital Hôtel Dieu	47.03 Immunologie (option biologie)
CHOQUET Floppie 4019		- Pôle d'Imagerie - UF627 - Imagerie Prédictive / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël 4017		- Pôle Urgences - Réanimations Médicales / Centre Préhospitalier - Service de Réanimations Médicales / USM de Radiologie	46.02 Réanimation
Mme CORDEAU Elena Mikaela 4016		- Pôle d'Activité Médico-Immunologique Cardiovasculaire - Serv. des Maladies Cardiovasc-HSA-Immunologie (option ICMG)	47.04 Option - Médecine vasculaire
DALL-TOUCET Anne-Nicole 4017		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / ICMG	44.01 Biochimie et Biologie Moléculaire
DECHORAT Jean-Baptiste 4018		- Pôle des Pathologies Digestives, Hépatiques et de la Transplantation - Service de Chirurgie Générale et Urgences / HP	46.02 Chirurgie générale
DEVYS David 4019		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Hôpital Hôtel Dieu	47.04 Génétique (option biologie)
Mme DRINGLACKER Véro 4017		- Pôle Tête et Cou - OTO - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	46.01 Neurologie
DOLLE Pascal 4001		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / ICMG	44.01 Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme ENACHE Yvonne 4014		- Pôle de Pathologie Structurale - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / ICMG	46.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACQUES Audrey 4016		- Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences Médico-Légales et Laboratoire de Toxicologie / Faculté de Médecine - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine, Hygiène et Droit de la Santé
FELTES Romain 4016		- Pôle Tête et Cou - OTO - Centre d'Ordonnance Orale (CO) - AAS / Hôpital de Hautepierre	46.04 Thérapeutique, Médecine de la Santé - Otorhinolaryngologie
FLEUET-Dore 4002	CS	- Pôle de Biologie - Lab. de Parasitologie et de Mycologie Médicale / PTM HUS et Faculté	46.02 Parasitologie et Mycologie (option biologie)
FOUCHER Jean 4007		- Institut de Physiologie / Faculté de Médecine - Pôle de Psychiatrie et de Santé Mentale - Service de Psychiatrie / Hôpital Hôtel Dieu	44.02 Physiologie (option chimie)
GANNIER Pierre 4014		- Pôle de Biologie - Laboratoire (Unité) de Biologie / PTM HUS et Faculté	46.01 Bactériologie-Virologie - Hygiène Hospitalière (option Biochimie-Virologie Moléculaire)
SIEG Vincent 4010		- Pôle de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / ICMG - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / ICMG	47.03 Immunologie (option chimie)
DRILLON Estelle 4012		- Pôle de Biologie - Institut (Unité) de Biochimie / PTM HUS et Faculté	46.01 Option - Bactériologie-Virologie (option chimie)
GUERIN Eric 4003		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biochimie (option biologie)
GUYPROT Romain 4002		- Pôle de Spécialités Médicales - Otorhinolaryngologie / ICMG - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / ICMG	47.03 Immunologie (option chimie)
Mme HARON-BAZTELI Laure 4014		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMG	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
FLEURY Pascal 4001		- Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Médicale / ICMG - Service de Radiobiologie et de Médecine Nucléaire / ICMG	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KATHIER Floppie 4006		- Pôle de Biologie - Département de Biologie Structurale Intégrative et Santé / ICMG	47.04 Génétique (option biologie)
Mme SZEMEL Veronique 4014		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie Moléculaire
KUCH-Gabriele 4014		- Institut d'Anatomie Humaine / Faculté de Médecine	46.01 Anatomie (option chimie)
Mme KNADY-FACI Agnès 4016		- Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation - Chimériques	46.02 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAFFAY Yvonne 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme LARRES Nadine 4001		- Institut d'Imagerie / Faculté de Médecine - Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	43.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option chimie)
LAURET Thomas 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie Moléculaire / HP	44.01 Biologie moléculaire

NOM et Prénoms	ES	Services Hospitaliers de Santé/ Spécialisation	8000 442000 de Conseil National des Universités
M. LEBLANC Claire 4021		- Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, Stomatologie et Dentarologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	80.02 Dentaire Virologique
M. LEROUX Jean 4015		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie - Hôpital de Hautepierre	44.21 Anatomie et cytologie pathologiques
M. LUTZ Jean-Christophe 4004		- Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie - Service de Chirurgie Plastique et Médecine Esthétique / Hôpital Civil	80.02 Chirurgie Maxillo-faciale et Dentarologie
M. MOUTON Laurent 4027		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Hôpital de Hautepierre et HNC	44.21 Biologie animale (gène, protéine, histologie)
Mme MOUTOUZOU Céline et M. GUINHEB 4004	C3	- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCC Godelghem	44.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (cytologie biologique)
M. MULLER Jean 4002		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.24 Génétique (cytologie génétique)
Mme NICOLAZ Emma 4021		- Pôle de Biologie - Service de Pathologie - Hôpital de Hautepierre	40.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (cytologie clinique)
Mme NOLINCKY Aurélie 4011		- Pôle de Santé publique et Santé au Travail - Sect. de Pathologie professionnelle et de Médecine du Travail/HC	40.02 Médecine et Santé au Travail (cytologie clinique)
M. OBERDACH Emile 4002		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HNC	44.21 Biochimie et Biologie moléculaire
M. PAFY Sébastien 4005		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / ITM-HUS	44.02 Parasitologie et Mycologie
Mme PÉDRA Adèle 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / HNC	47.24 Génétique (cytologie biologique)
Mme PORTER Laëtitia 4014		- Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.44 Génétique (type protéine)
M. PREVOST Gilles 4027		- Pôle de Biologie - Secteur (Laboratoire) de Bactériologie / ITM-HUS et Faculté	40.01 Cytologie - Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RANNOU GILLES Suzanne 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (cytologie biologique)
Mme REIS Nadine 4005		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / HNC - Service de (Chirurgie / CLAN)	40.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ROU Margarete 4021		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pathologie et Applications Broncho-pulmonaires / HNC	44.02 Physiologie (cytologie clinique)
M. ROUE Fabrice (et AZ) 4002		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Clinique et Appliquée / HNC	44.21 Biochimie et Biologie moléculaire (cytologie biologique)
Mme ROLLAND Delphine 4021		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Hautepierre	47.21 Histologie / Toxicologie (gène, protéine, neurobiologie)
Mme RUPPERT Elisabeth 4004		- Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Système N.C.	40.01 Neurologie
Mme SARDU Anne 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / HUS - Secteur de Parasitologie / Faculté de Médecine	44.02 Parasitologie et Mycologie (cytologie biologique)
Mme SCHNEIDER Sophie 4012		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.24 Génétique
M. SCHRAM Fabrice 4004		- Pôle de Biologie - Secteur (Laboratoire) de Bactériologie / ITM-HUS et Faculté	40.01 Cytologie - Bactériologie-virologie (biologique)
Mme SOLÉ Margarete 4012		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	44.21 Bactériologie-Virologie, Mycologie clinique (cytologie - Bactériologie clinique Microbiologie)
Mme SORDET Christelle 4004		- Pôle de Médecine Interne, Néphrologie, Médecine Endocrinologie, - Diabétologie (MRECI) - Service de Néphrologie / Hôpital de Hautepierre	80.01 Néphrologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emma 4014		- Pôle de Biologie - Secteur (Laboratoire) de Bactériologie / ITM-HUS et Faculté	40.01 Cytologie - Bactériologie-virologie (biologique)
M. TACHE Sébastien 4002		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pathologie et applications Broncho-pulmonaires / HNC	44.02 Physiologie (cytologie clinique)
Mme TALON Nadine 4012		- Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	64.03 Chirurgie infantile
M. TELTON Marie 4021		- Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCC Godelghem	24.02 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (cytologie clinique)
M. VALLAT Laurent 4004		- Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique - Hôpital de Hautepierre	47.21 Histologie / Toxicologie (cytologie histologique biologique)
Mme VELAZ-AUBON Aurélie 4012		- Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	40.01 Bactériologie-Virologie - Mycologie médicale (cytologie - Bactériologie-Virologie biologique)
Mme VILLARD Céline 4004		- Pôle de Biologie - Sect. de Parasitologie et de Mycologie médicale / ITM-HUS et Fac.	44.02 Parasitologie et Mycologie (cytologie biologique)
Mme WOLF Monique 4012		- Centre de Neuro - Administration générale - Directeur de la Qualité / Hôpital Civil	40.03 Cytologie - Pharmacologie Endocrinologie
Mme ZALUSZCZAK Adèle et MARGANTON 4012		- Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
M. ZOLL Jean 4027		- Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Expérimentation Neurobiologie / HNC	44.02 Physiologie (cytologie clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr. BERNARD Christian Michel

Département d'Etudes de la Médecine / Faculté de Médecine

ES - Epidémiologie - Histoire des sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

M. WESSEL MSc	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. LINDRE Lionel	ICUB-UMH 7307 - Equipe IM2 / Faculté de Médecine	SS	Neurosciences
Mme MRAJES Gene	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCANYONE Mariama	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marie	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. VIGNERON Fabrice	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques
M. ZANONI Alexis	Département d'histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	T3	Epidémiologie - Histoire des sciences et des Techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE**C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)**

Dr. MSc. GREG JAMES LEE	MS104	Médecine générale (01.09.2017)
Dr. MSc. GREG BERTHOUD BSc	MS104	Médecine générale (01.09.2019)
Dr. MSc. GUELLO PHILIPPE	MS104	Médecine générale (01.11.2019)
Dr. MSc. WILD SIMON	MS104	Médecine générale (01.11.2013)
Dr. MSc. ROUGIER Fabien	MS107	Médecine générale (01.06.2014)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dr. CHAMBE JAMES	MS104	03.03 Médecine générale (01.09.2019)
Dr. LORENZO NAVEAU		03.03 Médecine générale

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dr. DUMAS CLARA		Médecine générale (01.09.2019 au 31.08.2019)
Dr. DANIELLE Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr. SCHENK Fabrice		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES**D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme KOPPELSTEIN Pa.	MS104	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANOAS Peggy	MS104	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.09)
Mme HICEDRHOOR Marie-Hélène	MS107	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Marie	MS104	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Suzanne	MS104	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr KOTVIC Dominique	- Pôle Urgences - SAMU7 - Médecine Intensive et Réanimation - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de soins intensifs continus (Hôpital de Hautepierre)
Dr DE MARCHI Marie	- Pôle Oncologie Médico-Chirurgicale et d'Émancipation - Service d'Oncologie Médicale - CANC
Mme Dr GÉNARD Bénédicte	- Pôle de Soins - Laboratoire de Diagnostic GEMFOSK - Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr GILBERTUX Bénédicte	- Pôle de Médecine Gynécologique - Service de Pédiatrie (Neonatal) - Hôpital Marie Curie
Dr HANCHER Fabrice	- Pôle de Soins - Service de Soins de suite de Lésés Crâniés et d'Étiologie perinatale (ECPAD) - Hôpital de la Neurologie
Mme Dr LAU LÉONIE Lucie	- Pôle Urgences - SAMU7 - Médecine Intensive et Réanimation - Perfusion et soins aux soins de suite - LA ESCALON (PA 23)
Dr LEFÈVRE Nicolas	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hôpital (DMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales - Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr LICHTELNIK Isabelle	- Pôle de Soins - Laboratoire de Soins de la Reproduction - CMU12 de Strasbourg
Mme Dr MARTIN-MUNYAU Catherine	- Pôle de Soins - Service d'Endocrinologie (Hôpital de la Neurologie)
Dr NISARD Samuel	- Pôle de Soins Pédiatriques et Soins de Soins - Service de Soins Pédiatriques - CMU - Hôpital Civil
Mme Dr PETIT Fabrice	- Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hôpital (DMO) - UCCM
Dr PIRELLI Olivier	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique - CMU12
Dr REY David	- Pôle Spécialités Médicales - Ophtalmologie / DMU - La Hall d'Urgence - Centre de soins de réfection par le UST - Nouvel Hôpital Civil
Mme Dr RONDEL GUSTAVE Sabine	- Pôle Soins - Service de Chirurgie Générale - Hôpital de Hautepierre
Mme Dr RONDIÈRES Catherine	- Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Centre Obstétrique d'AMP - DMU
Dr THOMASZEWICZ Dorota	- Pôle Médico-Chirurgie de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - Hôpital de Hautepierre
Mme Dr WEISS Anne	- Pôle Urgences - SAMU7 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- de 2010 à 2014 (membre de l'Institut)
CHAMBRON Marie (Biochimie et Biologie moléculaire)
MARTEL Jean-Louis (Généraliste et Soins pédiatriques et pédiatrie)
- de 2010 à 2014 (1er avril 2010 au 31 mars 2012)
Mme STEIN Anne (Anatomie, Anatomie chirurgicale)
- de 2010 à 2014 (1er septembre 2012 au 31 août 2013)
DROUOT Fabrice (Cardiologie clinique)
NISARD Marie (Gynécologie-obstétrique)
PINDAT Michel (Gynécologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme GUICHÉ Claudine (Pneumologie)
- de 2010 à 2014 (1er septembre 2012 au 31 août 2013)
BELLUCO Jean-François (Service de Pathologie)
DIONIS Jean-Marie (Pédiatrie)
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHEIT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)
- de 2010 à 2014 (1er septembre 2012 au 31 août 2014)
DANON Marie (Pédiatrie, Anatomie, obstétrique)
DIEBOLD Christian (Anatomie et Réanimation chirurgicale)
HENNINGHART Klaus (Pédiatrie)
STEIN Jean-Paul (Chirurgie de l'œil)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc CMU-01 (RCAD 01.04.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2017)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITÉ

Dr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Dr KATZ Pascal	(2019-2020)
Dr LANG Wael S.	(2019-2020)
Dr MARIE Antoine	(2019-2020)
Dr MASTELLU Antoine	(2019-2020)
Dr REIS Jacques	(2019-2020)
Mme RONDIÈRES Catherine	(2019-2020)

(* à l'adresse de Hautepierre)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie générale) / 01.05.94	KURTZMANH Pierre (Général) / 01.09.07
BARTH Guy (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.88
BALBAUF Jean-Jacques (Gynécologie Obstétrique) / 01.09.21	LANG Gabriel (Orthopédie et Traumatologie) / 01.10.99
BARRISO Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANGEUR Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BATTENOCCH-LAZER Anne (Anatomie Pathologique) / 01.10.88	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.00
BELMAMBI René (Hépatogastro-entérologie) / 01.10.10	LOISELLET Jean (Physiologie) / 01.09.10
BENGERAT Jean-Pierre (Chirurgie) / 01.01.14	LUTZ Pierre (Pédiatrie) / 01.09.14
BERTHOE Marc (Général) / 01.09.10	MALLIOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.00
BIENTZ Michel (Général Hospitalier) / 01.09.94	MATRE Michel (Général et Soc. néphrologie) / 01.09.11
BLOUJE Jean-François (Médecine interne) / 14.10.17	OLG / 01.09.10a (Général) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.98	MANGIN Fabrice (Médecine Légale) / 01.10.14
BODMARBUDGER Jean (Médecine) / 01.09.00	MANTZ Jean-Marie (Neurobiologie médicale) / 01.10.94
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.00	MARDECAUX Christian (Neurologie) / 01.09.10
BOUSSQUET Fabrice (Pneumologie) / 01.09.10	MARDECAUX Jacques (Chirurgie Générale) / 01.09.10
BRECHENBACHER Claude (Chirurgie) / 01.07.96	MARIE Jean-Jacques (Electro et Imagerie médicale) / 01.09.99
BRETTEL Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MÉRIER Jean-Pierre (Pédiatrie) / 01.09.07
BURKHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.00	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.10
BURSTEIN Guy (Psychiatrie) / 01.09.14	Meyer Pierre (Neurobiologie, informatique med.) / 01.09.10
CAVARELLI Ann (Médecine et Santé au Travail) / 01.09.19	MINTZ Henri (Endocrinologie) / 01.09.11
CAZNAVY Jean-Pierre (Néphrologie) / 01.09.10	MOISSARD Jean-Marie (Chirurgie) / 01.09.00
CHAMPY Maxime (Oncologie) / 01.10.95	DUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.10
CHAUVIN Michel (Chirurgie) / 01.09.14	PARGOL Jean-Louis (Neurologie clinique) / 01.09.10
CHILLY Jacqueline (Général) générale / 01.09.00	PATRY Michel (Pédiatrie) / 01.09.19
CINGOLARE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mrs PAULI Sabina (Psychologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie Générale) / 01.10.10	PHOENIX Michel (Endocrinologie) / 01.09.10
COLLARD Nicolas (Neurologie) / 01.09.00	POTTECHER Thierry (Anatomie-Pathologie) / 01.09.10
CONSTANTINESCO Averil (Général et médecine interne) / 01.09.11	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.88
DETSWANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RITZEN Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.00
DOPPEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RIABLET Yveline (Soc. Gynécobstétrique) / 01.09.10
DUCLOS Bernard (Néphro-Gastro-Neurologie) / 01.09.94	SANDRER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUPREYRIE Jean-Pierre (Anatomie-Physiologie-Pathologie) / 01.09.10	SAUER Philippe (Neurobiologie médicale) / 01.09.00
EISENMAIER Barbara (Cytopathologie-Histologie) / 01.09.10	SAUVAGE René (Chirurgie Générale) / 01.09.00
FAURE Michel (Chirurgie et Pédiatrie) / 01.09.00	SCHLADDER Guy (Général-Général) / 01.09.00
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.10	SCHLINDER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.09.11
FLAMENT Jacques (Chirurgie) / 01.09.00	SCHRAUB Olivier (Radiologie) / 01.09.10
FAY Gérard (Néphro-gastro-entérologie) / 01.09.10	SICK Henri (Anatomie normale) / 01.09.00
FELDMAN Pierre (Soc. de la Reproduction) / 01.09.04	STERLE Jean-Luc (GNC) / 01.09.10
FILICENZI Jean (Institut de Physique Nucléaire) / 01.09.11	STOLL Claude (Général) / 01.09.00
FUT Jean-Pierre (Chirurgie) / 01.09.14	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.10
HAESSELBACH Michel (Respiration médicale) / 01.09.10	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.00
HALTMANN Georges (Néphrologie-Endocrinologie) / 01.09.00	TAMPE Jean-Claude (Neurobiologie médicale) / 01.09.00
HEDZ Michel (Dermatologie) / 01.09.14	TANGUY Jean (Radiologie) / 01.09.10
HELIEN Jean (Médecine Interne) / 01.09.00	THÉODOR Hubert (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10
JACSMAN Océane (Général) / 01.09.11	VAUPELLE Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.10
JACZK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEITZER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.10
JEDL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCIGUZZI Guy (Médecine) / 01.09.00
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.10	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.00
KOHN Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.00	WATTEL Amaut (Général-Général) / 01.09.10
KROBBER Michel / 01.09.00	WELLM Jean-Jacques (Chirurgie Générale) / 01.09.10
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie générale) / 01.09.10	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.10
KROEDER Jean (Neurologie) / 01.09.07	WOLFRAM-GRAEL Renée (Anatomie) / 01.09.00
KURTZ Jean-Louis (Neurologie) / 01.09.00	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine - 6, rue Koenigsberg - F - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 88 34 20 - Fax : 03 88 88 34 16 et 03 88 88 34 47

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS)

- HUS - Hôpital Général - 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 10 07 00
- HC - Hôpital Civil - 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 11 07 00
- HSP - Hôpital de Hautepierre - Avenue Indre - B.P. 26 - F - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 10 00 00
- Hôpital de La Robertsau - 63, rue Himmelsch - F - 67010 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 14 00 11
- Hôpital de l'École - 16, rue Courcier - 67000 Strasbourg - Tél. : 03 88 11 07 00

EMCO - Centre Médico-Chirurgical et Diagnostique - 15, rue Louis Pasteur - BP 125 - Sondernheim - F - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 82 00 00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main - 15, Avenue Saurer - B.P. 30 - F - 67421 Barmen - Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 22 00 00

F.P.S. - Établissement Français du Sang - Alsace - 10, rue Ziemer - BP 3736 - 67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 21 20 20

Centre Régional de Lutte contre le Cancer "Paul Strauss" - 1, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67000 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 25 24 24

SIRC - Institut Universitaire de Radioprotection Chimique - CHU de Strasbourg et UNICEM Centre pour le Soins des Patients des Établissements des Centres d'Évaluation Médicale - 40 Boulevard Dorianville - 67000 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU
DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISSES DANS LES DISSERTATIONS
QUE L'ON PRÉSENTE EN DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QUE L'ON NE LES APPROUVE NI LES IMPROUVE**

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur BILBAULT Pascal,

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse. J'ai réalisé l'un de mes premiers stages d'externat aux urgences de Hautepierre et j'en ai gardé un très bon souvenir. Merci pour votre disponibilité et votre implication dans la formation des étudiants. Recevez tout mon respect et ma profonde considération.

Monsieur le Professeur ADAM Philippe,

Merci d'avoir accepté de juger cette thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de toute mon estime.

Monsieur le Docteur LORENZO Mathieu,

Merci de me faire l'honneur de juger ce travail. Permettez-moi de vous exprimer toute ma reconnaissance.

Madame le Docteur BERARD Lise,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. J'ai toujours été admirative de ta capacité à tout gérer, de ton calme et ton efficacité même dans les périodes de rush. C'était un réel plaisir de travailler à tes côtés. Tu as toujours été présente, à l'écoute et tu avais de bons conseils pour nous faire évoluer au sein des urgences. J'ai beaucoup appris à tes côtés. Tu es une médecin hors pair qui sait transmettre ses connaissances avec beaucoup de bienveillance et d'humilité. Je n'envisageais personne d'autre que toi pour me guider dans cette dernière épreuve. Sache

que tu as rempli ton rôle à la perfection. Tu as su trouver les mots quand les difficultés faisaient surface pour me remotiver. Merci infiniment pour ta patience, et pour toute l'aide et le soutien que tu m'as apportés depuis le début.

Merci à toute l'équipe des urgences du Centre Hospitalier de Haguenau pour avoir fait de ces 6 mois un stage inoubliable. Merci de m'avoir accueillie une seconde fois à bras ouverts et de m'avoir fait confiance. Merci aux secrétaires des urgences d'avoir répondu à mes requêtes.

Maman et Papa,

Merci pour tout. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible. Si j'en suis arrivée là aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à vous. Merci pour tous ces allers et retours à Strasbourg, tous ces bons petits plats préparés et tous ces appels de réconfort. Merci pour toutes les fois où vous avez su trouver les mots quand j'avais envie de baisser les bras. Merci pour votre soutien infailible depuis toutes ces années. Merci pour votre amour sans limites. Merci de m'avoir transmis ces valeurs qui font de moi la personne que je suis aujourd'hui et cette envie de toujours donner le meilleur de moi-même.

Camille,

Tu le sais, tu es mon exemple à tous les niveaux. Tu es ce que j'appelle une wonder woman : sur tous les fronts à la fois et compétente dans tous les domaines. Que ce soit sur le plan professionnel, personnel ou encore associatif, tu excelles partout. Tu m'impressionnes. Clara et Lina peuvent être fières de leur maman. Merci pour ton soutien depuis toujours. Merci d'avoir été la grande sœur aimante et protectrice, toujours prête à m'aider quel que soit le moment. Je sais que je peux compter sur toi. Merci pour tout.

Seb,

Je te considère comme un frère, ce frère que je n'ai jamais eu. Merci pour toutes les fois où j'ai pu trouver une épaule sur laquelle me reposer. Garde ta bonne humeur et ton grain de folie. Tes discours motivationnels m'ont permis de tenir plus d'une fois.

Ma famille,

Parrain, Isabelle, Louis, Albert, Brigitte, Marraine, Frank. Merci pour votre soutien. Merci de m'accompagner pour la dernière ligne droite.

Mamemas et Babebas,

J'aurais aimé vous avoir à mes côtés aujourd'hui. Je vous dédie cette thèse. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Mes amies d'enfance,

Noémie, Pauline, Caro, Coco et Cécile, vous êtes bel et bien mes amies de toujours. Tellement d'années qu'on se connaît. Merci de m'avoir soutenue (et supportée) depuis tout ce temps. Je suis tellement heureuse de vous avoir dans ma vie. « Pour tout mais surtout n'importe quoi. »

Anaïs et Léa, une passion commune qui nous lie depuis notre plus jeune âge. Pourvu que ça dure. Et qu'on puisse continuer de danser jusqu'à notre entrée en EHPAD ! Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien sans failles.

Ludi, merci d'être entrée dans ma vie. Tu es une warrior, on vaincra ce combat ensemble.

Cynthia, ma wildsau, merci pour ta folie communicative et ta capacité à me faire rire de tout.

Tu es un vrai rayon de soleil, surtout ne change pas.

Mes amies de la fac,

Sarah, mon binôme, ma voisine. On en aura passé des soirées à réviser jusqu'à pas d'heure ! Quand je repense à toutes ces annales, ces litres de tisane bus, ces tenues d'enfer, j'en rigole encore. On a su être présente l'une pour l'autre au bon moment. Heureusement, notre folie partagée nous a pas mal aidées. Une belle amitié est née de toutes ces galères vécues ensemble.

Jojo et Mathi, une joie de vous retrouver tous les matins en amphi ou en TD. Vous étiez mon petit bonheur dans ce quotidien pas toujours évident. Merci pour tous ces gribouillis retrouvés sur le bord d'une feuille, toutes ces soirées médecines et autres escapades, brunch,... Vos patient(e)s ont beaucoup de chance d'avoir des médecins aussi compétentes, empathiques et dévouées que vous.

Mes collègues,

Patrice, merci de m'avoir confié tes patients. J'espère que je serai à la hauteur. C'était un plaisir et un honneur d'avoir pu me former à tes côtés.

Fabien, merci de m'avoir accueillie au cabinet et prise sous ton aile le temps que je soutienne (enfin) cette thèse.

Florent, merci pour ta bonne humeur et tes anecdotes.

Céline, merci pour ta patience, ta compréhension et ces moments de complicité entre deux patients.

Merci enfin à toutes les personnes que j'ai oubliées, qui ont contribué de près ou de loin à ma réussite et qui m'ont accompagnée et soutenue tout au long de mon parcours. Merci à tous ceux qui ont fait le déplacement aujourd'hui pour m'épauler dans la dernière ligne droite.

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION.....	23
1.1	Quelques généralités	23
1.2	État des lieux au Centre Hospitalier de Haguenau.....	25
2	MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	29
2.1	La filière courte du CHH	29
2.2	Mise en place de la FMG.....	30
2.3	Caractéristiques de l'étude	32
2.4	Recueil de données.....	33
2.5	Critères de jugement	35
2.6	Analyses statistiques.....	36
2.7	Démarches administratives	36
3	RÉSULTATS	37
4	DISCUSSION	48
4.1	Analyse des résultats	48
4.1.1	Critère de jugement principal	48
4.1.2	Critères de jugement secondaires	49
4.1.2.1	Durée totale de la prise en charge.....	49
4.1.2.2	Caractéristiques épidémiologiques.....	49
4.1.2.3	Prise en charge médicale	52
4.2	Validité interne	54
4.2.1	Puissance de l'étude	54
4.2.2	Choix de la période d'inclusion	54
4.2.3	Biais de sélection.....	55
4.2.4	Biais de mesure.....	55
4.2.5	Comparabilité des groupes 2018 et 2019	56
4.3	Validité externe.....	57
4.3.1	Les filières courtes dans les services d'urgence.....	57
4.3.2	Le rôle du médecin sénior.....	61
4.3.3	Délégation à des médecins généralistes	61
4.4	Perspectives	65
4.4.1	Évolution de la FMG au CHH	65
4.4.2	Triage à l'accueil des urgences et classifications infirmières	67

4.4.3	Crise des urgences et du système de santé	69
4.4.4	Les solutions.....	72
5	CONCLUSION.....	76
6	ANNEXES	78
7	BIBLIOGRAPHIE	89

LISTE DES ANNEXES

<i>Annexe 1 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences.....</i>	<i>78</i>
<i>Annexe 2 : Évolution du nombre de passages annuels et des temps moyens de passages aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.....</i>	<i>79</i>
<i>Annexe 3 : Protocole d'orientation en filière courte aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.....</i>	<i>80</i>
<i>Annexe 4 : Plan des urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.....</i>	<i>82</i>
<i>Annexe 5 : Protocole d'orientation en filière médecine générale aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.....</i>	<i>83</i>
<i>Annexe 6 : Liste des pathologies prises en charge en filière médecine générale aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.....</i>	<i>85</i>
<i>Annexe 7 : Classification Clinique des Malades aux Urgences.....</i>	<i>87</i>
<i>Annexe 8 : French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage.....</i>	<i>88</i>

LISTE DES ILLUSTRATIONS

<i>Graphique 1 : Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996.....</i>	<i>23</i>
<i>Figure 1 : Répartition moyenne des passages en filière courte (2018) et en filière médecine générale (2019) au SU au cours de la semaine.....</i>	<i>38</i>
<i>Figure 2 : Répartition moyenne des passages en filière courte (2018) et en filière médecine générale (2019) au SU au cours de la journée.....</i>	<i>39</i>
<i>Figure 3 : Corrélation entre CIMU et CCMU dans les groupes 2018 et 2019.....</i>	<i>41</i>
<i>Figure 4 : Répartition des diagnostics principaux en filière courte et en filière médecine générale selon la Classification Internationale des Maladies 10.....</i>	<i>46</i>
<i>Figure 5 : Répartition des diagnostics principaux en filière courte et en filière médecine générale.....</i>	<i>47</i>
<i>Tableau 1 : Caractéristiques épidémiologiques des patients des deux groupes 2018 et 2019... </i>	<i>40</i>
<i>Tableau 2 : Caractéristiques épidémiologiques des patients de la filière courte et de la filière médecine générale la journée en semaine entre 2018 et 2019.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 3 : Comparaison des délais de prise en charge entre 2018 et 2019.....</i>	<i>42</i>
<i>Tableau 4 : Comparaison des délais de prise en charge en filière médecine générale entre novembre et décembre 2019.....</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 5 : Comparaison de la proportion de patients vus hors délais selon la CIMU entre les sous-groupes « Avant » et « Après »</i>	<i>43</i>
<i>Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques liées à la prise en charge entre 2018 et 2019... </i>	<i>44</i>

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AES : Accident d'Exposition au Sang

AEV : Accident d'Exposition à un risque Viral

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

ARCEP : Autorité de Régulation des Communications Électroniques, des postes et de la distribution de la Presse

BU : Bandelette Urinaire

CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences

CE : Corps Étranger

CHH : Centre Hospitalier de Haguenau

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences

CNH : Certificat de Non-Hospitalisation

CNP : Consultations Non Programmées

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

CTAS : Canadian Triage and Acuity Scale

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

ECG : Électrocardiogramme

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESI : Emergency Severity Index

ETP : Équivalent Temps Plein

EVA : Échelle Visuelle Analogique

FC : Filière Courte

FMG : Filière Médecine Générale

FRENCH : French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IOA : Infirmière d'Orientation de l'Accueil

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier

MG : Médecine Générale / Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MOA : Médecin Organisateur de l'Accueil

NC : Non Connu

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PDS(A) : Permanence Des Soins (Ambulatoires)

PEC : Prise En Charge

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RAD : Retour À Domicile

RDV : Rendez-Vous

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SNPHARE : Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Élargi
aux autres spécialités

SU : Service d'Urgences

SUMO : Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens

TDM : Tomodensitométrie

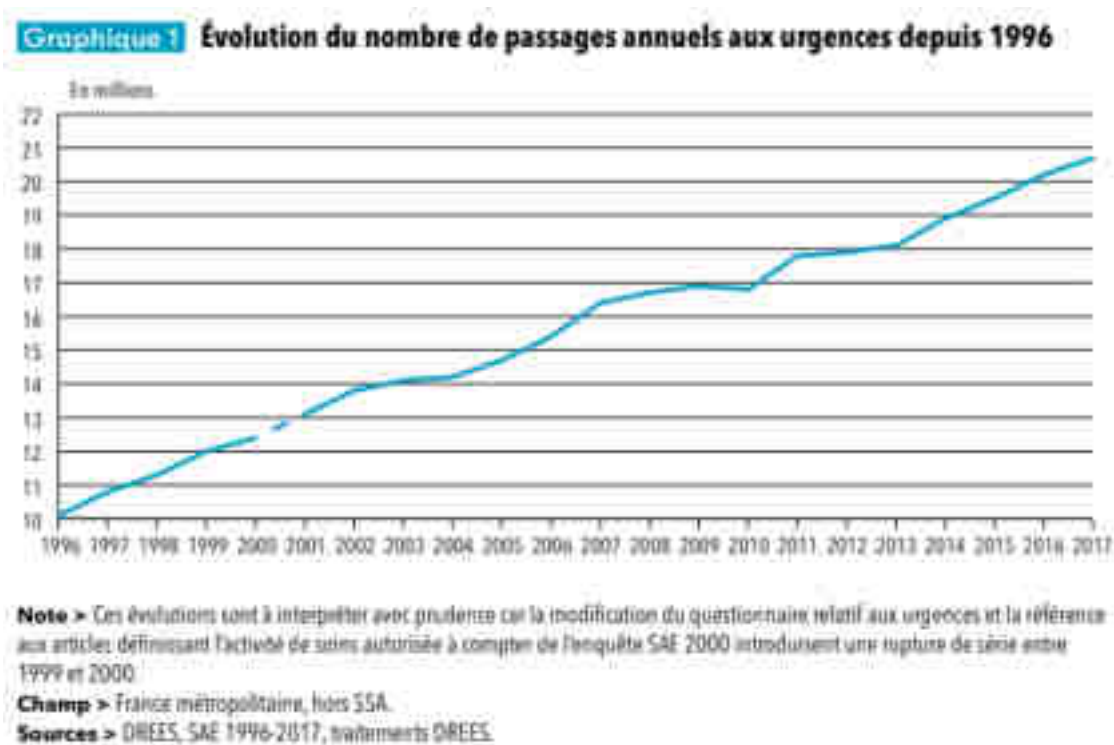
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

WE : Weekend

1 INTRODUCTION

1.1 Quelques généralités

Depuis plusieurs années, on a constaté une explosion du nombre de passages aux urgences en France : de 7 millions en 1990 à 18 millions en 2013. (1,2) L'activité des urgences a continué de croître de près de 3,6% par an en moyenne entre 2012 et 2016, atteignant plus de 21,8 millions de passages en 2018. (3,4)



De plus, on note une baisse concomitante du nombre de structures d'urgence. En 2018, le nombre de services d'urgences (SU) en France s'élevait à 709 dont 76,4% au sein d'hôpitaux publics, 17,9% dans des cliniques et 5,6% dans des établissements privés à but non lucratif. Un peu plus de la moitié de ces structures enregistre entre 15000 et 40000 passages par an et presque 10% d'entre elles ont plus de 70000 passages par an. (2) Les établissements publics

prennent en charge plus de 80% des passages aux urgences et voient proportionnellement plus d'enfants et de personnes âgées que ne le font les urgences dans le secteur privé. (3)

Selon la situation géographique, l'évolution du nombre de passages est très disparate. Certaines régions comme l'Île-de-France et les Hauts-de-France connaissent une croissance très forte. Dans le Grand Est, la progression était de +2,1% entre 2017 et 2018. On y dénombre actuellement 57 unités d'urgences et 20% d'entre elles enregistrent plus de 40000 passages par an. (2)

Cette augmentation continue du recours aux SU porte essentiellement sur les passages non suivis d'hospitalisation, dont le nombre a fortement augmenté notamment en 2014 et en 2015 (+5% par an). (3,5)

Elle s'explique par la facilité d'accès aux urgences, par de nombreuses sollicitations médico-sociales, ainsi que par le sous-développement de l'activité non programmée que ce soit à l'hôpital via les filières d'entrées directes, ou encore en libéral avec le manque de soins ambulatoires sans rendez-vous. (1)

Lorsque le flux dépasse les capacités de prise en charge immédiate des structures d'urgences, il est nécessaire de recourir au triage des patients. Il est recommandé que ce soit une infirmière dédiée, l'Infirmière d'Orientation de l'Accueil (IOA) qui s'en charge. (6) Les patients sont alors répartis en deux catégories bien distinctes. D'une part, les patients dits de « filière classique », allongés sur un brancard et qui présentent des pathologies nécessitant des examens complémentaires et des soins urgents. D'autre part, les patients autonomes, valides et capables de se déplacer seuls, qui consultent pour de la petite traumatologie ou de la

médecine aiguë sans critère de gravité, permettant un retour à domicile. Lorsque les flux sont séparés, cette dernière catégorie de patients est généralement intitulée la « filière courte » (FC). La majorité de ces patients consulte aux urgences de leur propre initiative (7) et pour des pathologies bénignes selon la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU 1 ou 2). Ces consultations sont souvent identifiées comme des passages dits « évitables » aux urgences. (3) La Classification Infirmière des Malades aux Urgences (CIMU), consultable en Annexe 1, est un outil d'aide à la décision d'orientation des malades selon leur degré de gravité permettant la gestion du flux. Elle comporte 5 stades de complexité et de gravité décroissants (CIMU 1 = détresse vitale majeure ; CIMU 5 = pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente).

1.2 État des lieux au Centre Hospitalier de Haguenau

Le nombre de passages aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau (CHH) a considérablement augmenté ces dernières années : +26% entre 2012 et 2018, avec 30962 passages par an en 2014 contre 34950 en 2018 (Annexe 2). Cette hausse d'activité induit une augmentation du temps d'attente, étant donné que le SU n'a pas pu augmenter proportionnellement le nombre de soignants présents ni la dimension de ses locaux lors de cette période. Ceci participe à l'insatisfaction des patients et peut être responsable d'une diminution de la qualité des soins. L'étude de E. Thibon au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Nîmes publiée en 2019 met en évidence une augmentation du taux de mortalité et de la durée d'hospitalisation chez les patients qui attendent aux urgences faute de lits d'hospitalisation disponibles. (8) Une étude britannique a également démontré que les

patients ayant attendu plus de 5 heures aux urgences avant d'être hospitalisés présentent un risque accru de mourir dans les 30 jours suivant leur passage au SU. (9)

Par ailleurs, le profil des patients consultant aux urgences se modifie. En effet, on peut observer :

- un vieillissement des patients, avec une augmentation des consultations de patients de plus de 75 ans : 5545 patients en 2014 contre 6646 en 2018.
- une augmentation du nombre de patients avec un niveau de gravité plus élevé : 8951 patients classés CIMU 3 en 2014 contre 11904 en 2018.
- une augmentation de l'activité médico-chirurgicale, plus consommatrice de temps soignant par rapport à l'activité traumatologique : 16509 patients en 2014 contre 20740 en 2018.

Un certain nombre de patients se présentent aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale, c'est-à-dire des pathologies bénignes sans critère de gravité. Ces passages dits « évitables » contribuent à l'engorgement des SU, et ce notamment en période de forte activité : le temps consacré à ces patients ampute le temps pouvant être dédié à ceux présentant des pathologies plus graves.

De plus, les centres hospitaliers rencontrent de plus en plus de difficultés à recruter de nouveaux médecins urgentistes. Actuellement, le nombre de postes d'urgentistes vacants en Alsace est supérieur au nombre d'urgentistes qui seront formés au cours des deux prochaines années. Au SU d'Haguenau, 12,4 postes sont actuellement pourvus pour 18,8 postes d'Équivalent Temps Plein (ETP) budgétisés.

Face à ces constats, une filière médecine générale (FMG) a été créée au sein du SU de Haguenau. En effet, le projet était de remplacer les internes en stage aux urgences par des médecins généralistes pour la prise en charge des patients de la FC la journée en semaine, ceci afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients, de réduire les temps d'attente et d'optimiser les flux. En effet, la FC était majoritairement prise en charge par des internes de médecine générale de 5 ou 6^{ème} semestre ou des internes de traumatologie il y a quelques années. Mais depuis la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales par les arrêtés des 12 et 21 avril 2017 (10), ce sont les internes de DES de médecine générale en 1^{er} ou 2^{ème} semestre qui réalisent leur stage aux urgences. Ces derniers ont peut-être tendance à prescrire plus d'exams complémentaires notamment de radiographies en raison du manque d'expérience et de confiance en soi vis-à-vis de leur examen clinique, avec la peur de « passer à côté » d'une lésion et la fausse impression que « l'obligation de moyens » doit les pousser à réaliser systématiquement un examen complémentaire. Ce manque d'expérience pour l'examen clinique et l'analyse des imageries nécessite l'avis du senior des urgences.

En FMG, c'est un médecin généraliste ou un interne de médecine générale en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) qui prend ainsi en charge les patients qui étaient précédemment orientés en FC par l'IOA selon des critères définis par le protocole de FMG. Les urgentistes peuvent ainsi consacrer pleinement leur temps à la prise en charge des patients plus lourds de la filière classique et des urgences vitales en salle de déchocage, étant déchargés de la validation des prises en charge des patients de FMG.

Nous avons choisi de comparer les délais et les modalités de prise en charge des patients orientés en FMG à partir de la fin de l'année 2019 par rapport à ceux qui étaient orientés en FC à la même période l'année précédente.

L'objectif principal de l'étude était le constat d'une réduction du temps d'attente avant le premier contact médical des patients orientés en FMG par rapport à l'ancienne FC.

Les objectifs secondaires étaient la comparaison des caractéristiques épidémiologiques et des types de prises en charge médicales entre la FC et la FMG, le constat d'une réduction du temps total de présence au SU, la diminution de la proportion de patients vus hors délai au regard des objectifs de la classification CIMU et une réduction du nombre d'actes diagnostiques.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 La filière courte du CHH

La FC a vu le jour au CHH le 02/04/2013, afin de séparer les flux de patients et de fluidifier leur prise en charge, selon les recommandations de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) (11), de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) (12) et de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). (13)

Les critères d'orientation en FC (Annexe 3) concernaient tous les patients autonomes qui présentaient des pathologies bénignes ne nécessitant pas d'hospitalisation, capables de se déplacer seuls et remplissant les critères suivants (selon le protocole d'orientation en FC du CHH) :

- âgés de 18 ans à 70 ans quel que soit leur motif de consultation,
- âgés de moins de 18 ans avec un motif de consultation relevant strictement de la traumatologie,
- dont l'EVA (Echelle Visuelle Analogique) était strictement inférieure à 7,
- classés CIMU 5 par l'IOA.

Il existe plusieurs échelles de triage des patients au poste IOA, mais c'est la CIMU qui est utilisée au CHH. Les niveaux sont déterminés par les paramètres vitaux du patient à son arrivée, le type et le degré d'atteinte (lésionnelle, fonctionnelle ou vitale, stable ou instable), la nécessité ou non d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique ainsi que le degré d'urgence de la prise en charge. La CIMU 1, niveau le plus grave, nécessite une prise en charge

médicale immédiate, alors que la CIMU 5, niveau le moins grave, permet de différer le délai d'intervention médicale jusqu'à 240 minutes, soit 4 heures. (6)

En FC, les patients attendaient leur tour en salle d'attente et étaient appelés par des internes qui les installaient dans le box de filière courte, situé dans l'enceinte même des urgences. Ces jeunes médecins en formation examinaient ensuite les patients et faisaient valider leurs prises en charge par les médecins urgentistes, avant de laisser ces patients rentrer à domicile ou de les réorienter si nécessaire.

2.2 Mise en place de la FMG

La FMG a été créée au CHH le 01/11/2019 dans le but de déléguer la prise en charge de ces patients à un médecin non spécialiste de médecine d'urgence (médecin généraliste ou interne de SASPAS) et de permettre aux urgentistes de se recentrer sur la prise en charge des patients les plus graves. Son implantation a supposé l'identification d'un espace dédié avec ses propres circuits, afin d'éviter tout croisement de flux au niveau des zones de soins. C'est pourquoi l'ancien secrétariat et l'ancien bureau du SMUR ont été réaménagés respectivement en bureau médical et en salle d'examen pour la FMG (cf Plan en Annexe 4). Quelques travaux ont été réalisés en ce sens, notamment l'installation d'un lavabo dans la salle d'examen et l'achat d'une table d'examen. Le reste de l'équipement nécessaire à la création de la FMG était déjà disponible au SU et n'a pas nécessité d'investissement supplémentaire. La salle d'attente des patients orientés en FMG était la salle d'attente du SU, commune aux patients de FC et aux familles.

Les intervenants dédiés à la FMG lors de sa création (et au cours de la période analysée) étaient une jeune médecin généraliste faisant fonction d'interne, auteure de ce travail de thèse, présente les lundis, mardis, mercredis et vendredis ainsi qu'une interne en SASPAS les jeudis. Les horaires d'ouverture de la FMG étaient adaptés aux emplois du temps des médecins, à savoir, les lundis et mercredis de 10h à 20h, les mardis, jeudis et vendredis de 9h à 18h. La nuit, les weekends, les jours fériés et en cas d'absence des médecins dédiés, les patients étaient orientés en FC, comme précédemment, sous la responsabilité des urgentistes. Lorsque la FMG redevenait la FC, les patients étaient pris en charge par un interne ou un médecin du SU dans ces mêmes locaux dédiés à la FMG. Le but était de pérenniser le système de la FMG.

Le protocole de la FMG ainsi que la liste des pathologies orientées dans cette filière sont présentés en Annexes 5 et 6. Les critères d'orientation en FMG au poste IOA étaient, pour une partie d'entre eux, communs à ceux de l'ancienne FC, à savoir :

- patients autonomes et capables de se déplacer seuls,
- classés CIMU 5,
- EVA inférieure à 7,
- position assise possible.

De plus, tous les patients classés CIMU 4 par l'IOA étaient également orientés en FMG, comme par exemple, une entorse de cheville, une contusion du genou ou encore une otite.

Par ailleurs, certains critères d'exclusion de la FC n'étaient plus en vigueur pour l'orientation en FMG, soit :

- patients de 70 ans ou plus,

- patients nécessitant d'être déshabillés,
- patients nécessitant probablement un bilan biologique,
- patients nécessitant la suture d'une plaie.

En effet, toutes ces situations sont des actes très courants et habituels dans l'activité normale d'un cabinet de médecine générale.

La FC était autrefois majoritairement à orientation traumatologique car souvent prise en charge par des internes de chirurgie orthopédique (en particulier lors des gardes de nuit, les weekends et les jours fériés). Le but de la FMG était de diversifier les profils des patients et pathologies rencontrées afin d'y orienter tous les patients qu'un médecin généraliste était susceptible de voir en cabinet libéral.

2.3 Caractéristiques de l'étude

Il s'agissait d'une étude de cohorte observationnelle rétrospective monocentrique de type « avant-après ». Les critères d'inclusion dans l'étude ont été les critères d'entrée en FC en 2018 et les critères d'entrée en FMG en 2019. Les patients mineurs consultant pour un motif médical ont été exclus car pris en charge par les urgences pédiatriques du CHH.

Cette analyse épidémiologique a comparé deux groupes de patients. D'une part, tous les patients ayant consulté au SU du CHH, quel que soit leur horaire de passage, du 01/11/2018 au 31/12/2018 (deux mois) et ayant été orientés en FC ont constitué le groupe « 2018 ». D'autre part, tous les patients ayant consulté au SU du CHH, quel que soit leur horaire de passage, du 01/11/2019 au 31/12/2019 et ayant été orientés en FMG la journée en semaine ou en FC la nuit, les weekends et les jours fériés ont constitué le groupe « 2019 ».

L'analyse principale a été réalisée sur les patients des deux groupes « 2018 » et « 2019 » ayant consulté aux urgences aux horaires d'ouverture de la FMG (c'est-à-dire tous les patients dont les dossiers administratifs ont été créés entre 10h00 et 19h00 du lundi au vendredi, hors weekends et jours fériés : 1^{er} et 11 novembre, 25-26 décembre) afin de comparer l'activité de la FMG à celle de la FC de l'année précédente sur une amplitude horaire identique : il s'agissait donc d'une analyse en sous-groupes. Le sous-groupe des patients issus du groupe 2018 en horaires de journée en semaine a été nommé « Avant » et le sous-groupe des patients issus du groupe 2019 aux horaires d'ouverture de la FMG a été nommé « Après ».

2.4 Recueil de données

L'extraction des dossiers a été réalisée à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de manière automatisée. Les données suivantes ont été recueillies :

- le numéro du dossier patient pour l'anonymisation du tableau de données,
- l'heure d'arrivée aux urgences,
- l'heure de sortie des urgences,
- le niveau de classification CIMU.

A partir du logiciel Résurgences® utilisé au SU du CHH, les données suivantes ont été recueillies manuellement pour les deux groupes « 2018 » et « 2019 » :

- l'âge,
- le sexe,
- le motif de consultation : médecine ou traumatologie,

- l'heure du premier contact médical,
- le niveau de classification CCMU (consultable en Annexe 7).

A partir de ces données, ont été calculés :

- le délai de prise en charge : durée entre l'admission et le premier contact médical (en minutes), soit le délai entre la création du dossier administratif par les secrétaires et l'heure à laquelle le médecin (remplaçant, interne ou SASPAS) a noté un mot dans l'anamnèse ou a inscrit son nom sur le dossier informatique du patient,
- le temps de présence aux urgences : durée totale du séjour depuis l'admission jusqu'à la sortie des urgences (en minutes), soit le délai entre la création du dossier administratif par les secrétaires et sa clôture, qui correspond au moment où le médecin, l'infirmière ou la secrétaire mentionne l'heure de départ du patient.

Les dossiers médicaux des patients des deux sous-groupes « Avant » et « Après » ont été explorés manuellement de manière approfondie pour l'analyse des critères de jugement secondaires :

- le motif de consultation exact (interprétation par les auteurs de cette étude selon le motif de l'IOA et l'anamnèse du dossier médical) : traumatologie, plaie, demande de certificat,...
- les examens complémentaires et la prise en charge thérapeutique réalisée aux urgences : radiographies, échographies, biologies, plâtres, sutures,...
- la réorientation éventuelle en filière classique,
- les consultations et avis spécialisés demandés : auprès d'un ORL, d'un ophtalmologiste,...

- le diagnostic principal (interprétation par les auteurs de cette étude selon l'évolution et la conclusion du dossier médical) : fracture, entorse, infection,...
- le diagnostic principal selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). (Les diagnostics ont été regroupés par thèmes afin d'améliorer la lisibilité des résultats),
- l'orientation à la sortie des urgences : retour à domicile, hospitalisation, parti sans attendre, non pris en charge, contre avis médical, transfert à SOS mains,
- la présence d'une ordonnance de sortie dans le dossier informatisé : antalgiques, antibiotiques, anticoagulants, attelle, pansements,...
- la convocation en consultation spécialisée : consultation externe d'orthopédie, de chirurgie digestive,...

2.5 Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la réduction statistiquement significative entre le groupe « Avant » et le groupe « Après » du délai moyen entre la création du dossier et le premier contact médical aux horaires de la FMG.

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants :

- comparaison des caractéristiques épidémiologiques des patients entre les groupes « 2018 » et « 2019 » et entre les sous-groupes « Avant » et « Après »,
- comparaison du temps de présence des patients au SU entre les sous-groupes « Avant » et « Après »,
- comparaison du nombre de patients vus hors délai CIMU entre les sous-groupes « Avant » et « Après »,

- comparaison du nombre d'examens complémentaires entre les sous-groupes « Avant » et « Après ».

2.6 Analyses statistiques

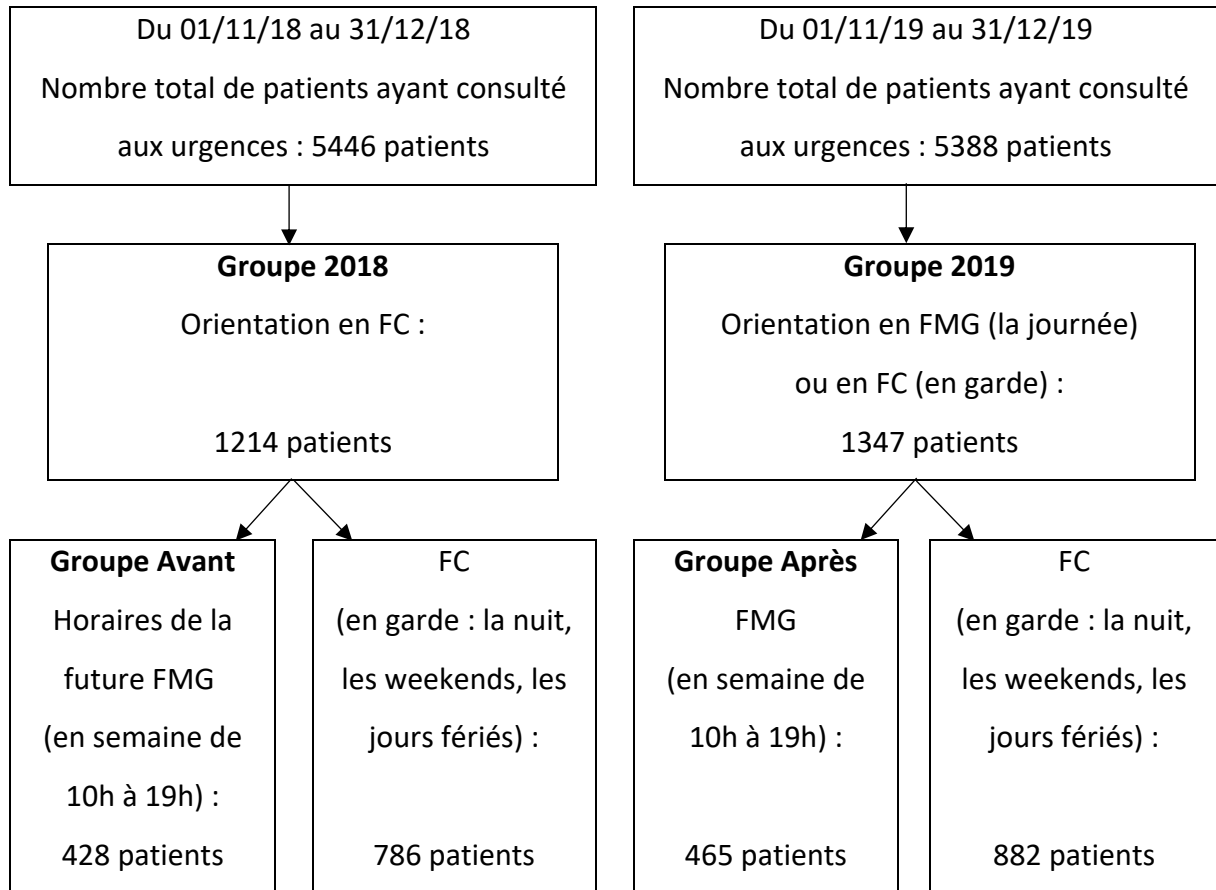
Les variables qualitatives ont été décrites sous forme d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites sous forme de moyennes et d'écart types. Le test de Student a été utilisé pour comparer les variables quantitatives et le test du Chi2 pour comparer les variables qualitatives. Les données ont été analysées via le logiciel de statistiques SAS®.

2.7 Démarches administratives

Cette étude analytique étant observationnelle, elle n'a pas soulevé de questionnement éthique, juridique ou règlementaire. La population de patients incluse dans l'étude a été anonymisée lors du recueil de données (retranscrites dans un fichier Excel sur un ordinateur sécurisé par un mot de passe dans les locaux du SU du CHH). Ce travail a fait l'objet d'une déclaration auprès du Chef de service des Urgences du Centre Hospitalier de Haguenau, le Dr Jérôme SCHLEGEL ainsi qu'à la déléguée à la protection des données de l'hôpital.

3 RÉSULTATS

Deux-mille-cinq-cent-soixante-et-un patients ont été inclus dans cette étude.



Mille-deux-cent-quatorze patients ont été orientés en FC pendant la période allant du 01/11/2018 au 31/12/2018, soit 22% des passages aux urgences toutes filières confondues pendant cette même période. Ils ont constitué le groupe 2018. Mille-trois-cent-quarante-sept patients ont été orientés en FMG et FC du 01/11/2019 au 31/12/2019, soit 25% des passages aux urgences toutes filières confondues pendant cette même période. Ils ont formé le groupe 2019. La proportion de patients orientés en FC par rapport au nombre total de passages au SAU est présentée en Annexe 2.

La répartition moyenne des patients des groupes 2018 et 2019 selon les jours de la semaine est présentée en Figure 1 et leur répartition selon l'horaire de consultation dans la journée est présentée en Figure 2.

Figure 1 : Répartition moyenne des passages en filière courte (2018) et en filière médecine générale (2019) au SU au cours de la semaine.

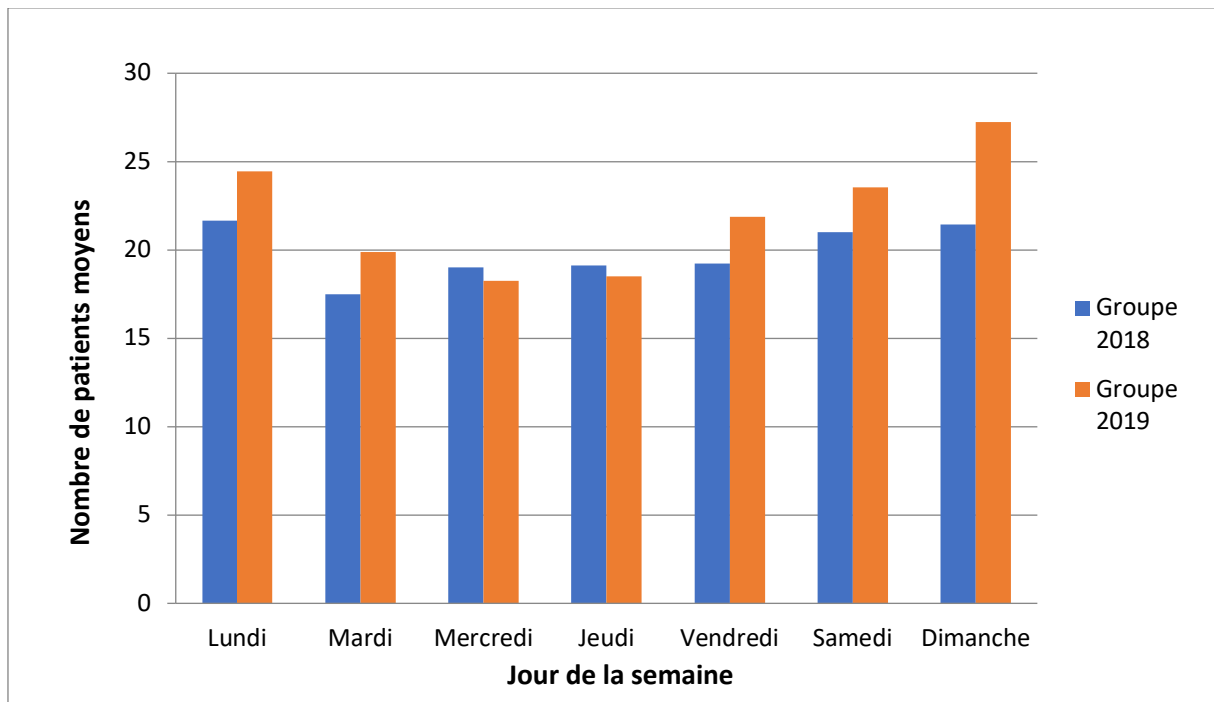
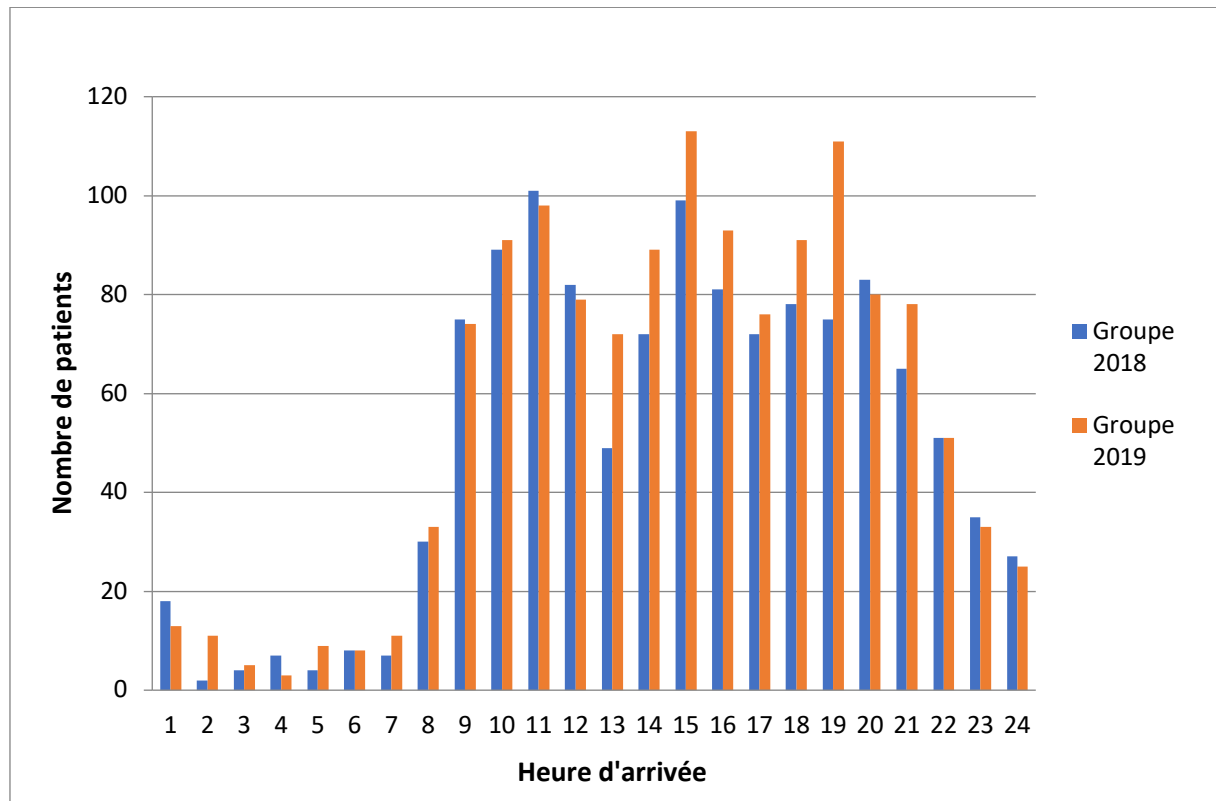


Figure 2 : Répartition moyenne des passages en filière courte (2018) et en filière médecine générale (2019) au SU au cours de la journée.



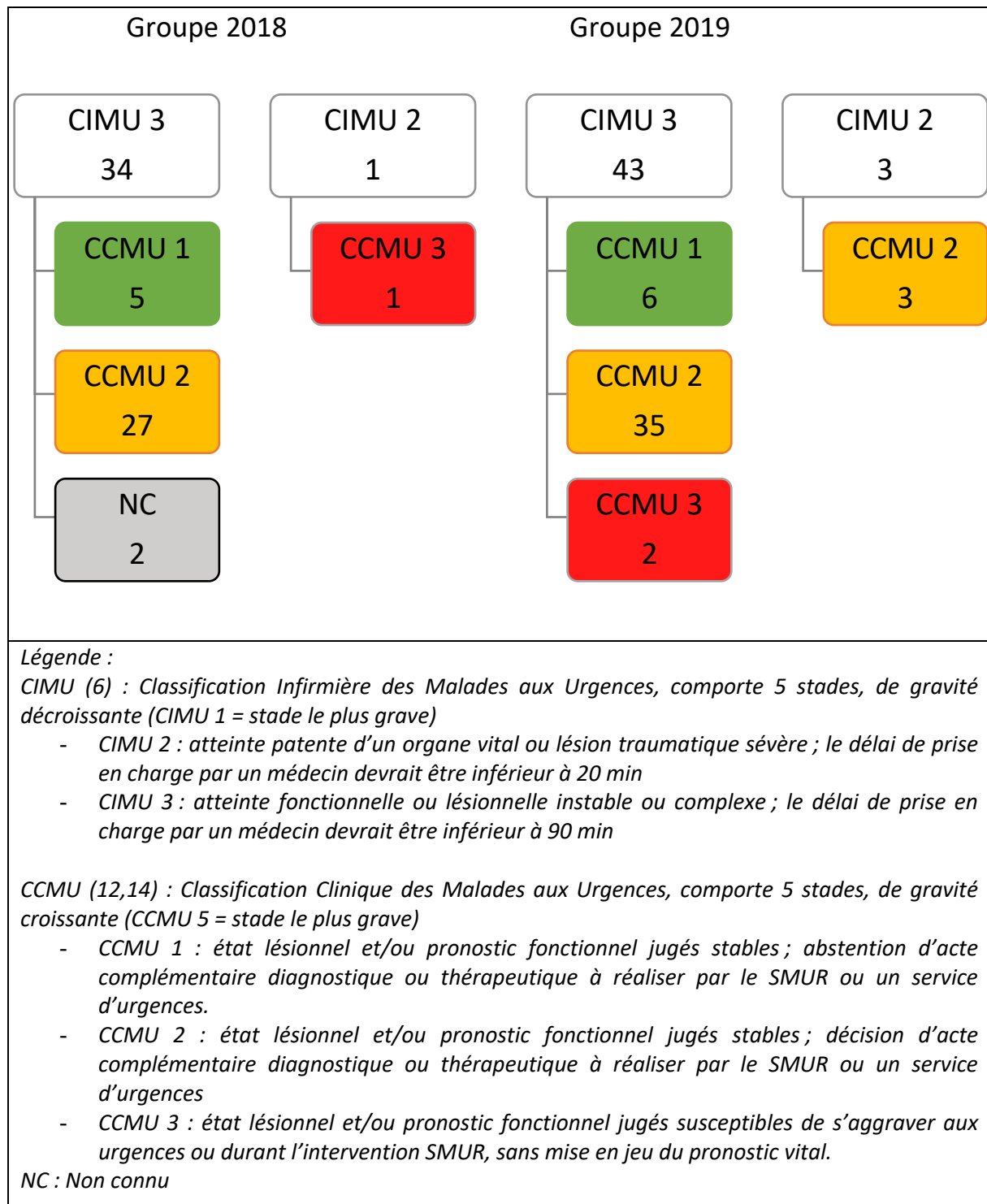
Les caractéristiques épidémiologiques des groupes 2018 et 2019 sont présentées dans le

Tableau 1.

	Groupe 2018	Groupe 2019	p
Effectif : n (%)	1214	1347	
Age moyen : Années (écart-type)	30 (19,7)	31 (20,0)	0,14
Sexe :			0,61
• Hommes	633 (52)	716 (53)	
• Femmes	581 (48)	631 (47)	
Répartition des heures de consultation sur 24h :			0,14
• Journée (10h-19h)	428 (35)	465 (34)	
• Nuit (19h-10h)	504 (42)	525 (39)	
• Weekends et jours fériés	282 (23)	357 (26)	
Classification CIMU :			<0,05
• CIMU 5	972 (80)	960 (71)	
• CIMU 4	207 (17)	341 (25)	
• CIMU 3	34 (3)	43 (3)	
• CIMU 2	1 (0)	3 (0)	
• CIMU 1	0 (0)	0 (0)	
Motif de consultation :			<0,05
• Traumatologie	912 (75)	1077 (80)	
• Médecine	302 (25)	270 (20)	
Classification CCMU			0,74
• CCMU 1	177 (15)	206 (15)	
• CCMU 2	979 (81)	1070 (79)	
• CCMU 3	11 (1)	10 (1)	
• CCMU 4	0 (0)	1 (0)	
• CCMU 5	0 (0)	0 (0)	
• NC	47 (4)	60 (4)	
Légende :			
<i>CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences, comporte 5 stades, de gravité décroissante (CIMU 1 = stade le plus grave)</i>			
<i>CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences, comporte 5 stades, de gravité croissante (CCMU 5 = stade le plus grave)</i>			
<i>NC : Non connu</i>			

Pour rappel, la CIMU est attribuée par l'IOA à l'arrivée du patient tandis que la CCMU est déterminée par le médecin à la fin de sa prise en charge. Nous nous sommes intéressées ici à la relation entre les deux classifications, afin d'observer si ces dernières étaient cohérentes l'une par rapport à l'autre.

Figure 3 : Corrélation entre CIMU et CCMU dans les groupes 2018 et 2019.



Les résultats des comparaisons à venir concernent uniquement les sous-groupes « Avant » et « Après ».

Les caractéristiques épidémiologiques des deux sous-groupes « Avant » et « Après » sont exposées dans le Tableau 2.

<i>Tableau 2 : Caractéristiques épidémiologiques des patients de la filière courte et de la filière médecine générale la journée en semaine entre 2018 et 2019.</i>			
	Groupe Avant	Groupe Après	p
Effectif : n (%)	428	465	
Age moyen : Années (écart-type)	29 (20,8)	30 (20,2)	0,78
Sexe :			0,58
• Hommes	228 (53)	239 (51)	
• Femmes	200 (47)	226 (49)	
Classification CIMU :			<0,05
• CIMU 5	354 (83)	335 (72)	
• CIMU 4	59 (14)	116 (25)	
• CIMU 3	15 (4)	14 (3)	
• CIMU 2	0 (0)	0 (0)	
• CIMU 1	0 (0)	0 (0)	
Motif :			0,47
• Traumatologie	347 (81)	368 (79)	
• Médecine	81 (19)	97 (21)	
Classification CCMU			0,14
• CCMU 1	51 (12)	75 (16)	
• CCMU 2	359 (84)	366 (79)	
• CCMU 3	5 (1)	3 (1)	
• CCMU 4	0 (0)	0 (0)	
• CCMU 5	0 (0)	0 (0)	
• NC	13 (3)	21 (5)	
<i>Légende :</i>			
<i>CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences</i>			
<i>CCMU : Classification Clinique des Malades aux Urgences</i>			
<i>NC : non connu</i>			

Le délai moyen de prise en charge médicale et la durée totale de présence au SU des sous-groupes « Avant » et « Après » ont été comparés dans le Tableau 3.

<i>Tableau 3 : Comparaison des délais de prise en charge entre 2018 et 2019.</i>			
	Groupe Avant	Groupe Après	p
Effectif : n (%)	428	465	
Délai moyen avant le premier contact médical : Minutes (écart-type)	01 : 07 67 min (46,3)	01 : 24 84 min (49,2)	<0,05
Durée totale de prise en charge : Minutes (écart-type)	02 : 35 155 min (93,8)	02 : 34 154 min (97,6)	0,78

Les données ont été considérées dès la création de la FMG, sans tenir compte dans l'analyse d'une probable période d'adaptation initiale nécessaire. C'est pourquoi les délais moyens et durées totales de prise en charge des patients de la FMG ont été comparés entre les mois de novembre et de décembre 2019, dans le but de quantifier une éventuelle « amélioration » au cours du temps et une potentielle réduction des délais. Cette analyse est présentée dans le Tableau 4.

<i>Tableau 4 : Comparaison des délais de prise en charge en filière médecine générale entre novembre et décembre 2019.</i>			
	FMG novembre 2019	FMG décembre 2019	p
Effectif : n (%)	225	240	
Délai moyen avant le premier contact médical : Minutes (écart-type)	01 : 27 87 min (49)	01 : 21 81 min (49)	0,16
Durée totale de prise en charge : Minutes (écart-type)	02 : 44 164 min (106)	02 : 24 144 min (88)	<0,05
<i>Légende :</i> <i>FMG : filière médecine générale</i>			

Le nombre de patients vus hors délai par le médecin selon les critères de la CIMU entre les deux sous-groupes « Avant » et « Après » est exposé dans le Tableau 5.

<i>Tableau 5 : Comparaison de la proportion de patients vus hors délai selon la CIMU entre les sous-groupes « Avant » et « Après ».</i>			
	Groupe Avant	Groupe Après	p
Effectif : n (%)	428	465	
CIMU 5	2/354 (1%)	1/335 (0%)	0,60
CIMU 4	9/59 (15%)	26/116 (22%)	0,26
CIMU 3	4/15 (27%)	7/14 (50%)	0,20
CIMU 2	0/0	0/0	/
<i>Légende :</i> <i>CIMU : Classification Infirmière des Malades aux Urgences</i> <i>CIMU 2 : le délai de prise en charge par un médecin devrait être inférieur à 20 min</i> <i>CIMU 3 : le délai de prise en charge par un médecin devrait être inférieur à 90 min</i> <i>CIMU 4 : le délai de prise en charge par un médecin devrait être inférieur à 120 min</i> <i>CIMU 5 : le délai de prise en charge par un médecin devrait être inférieur à 240 min</i>			

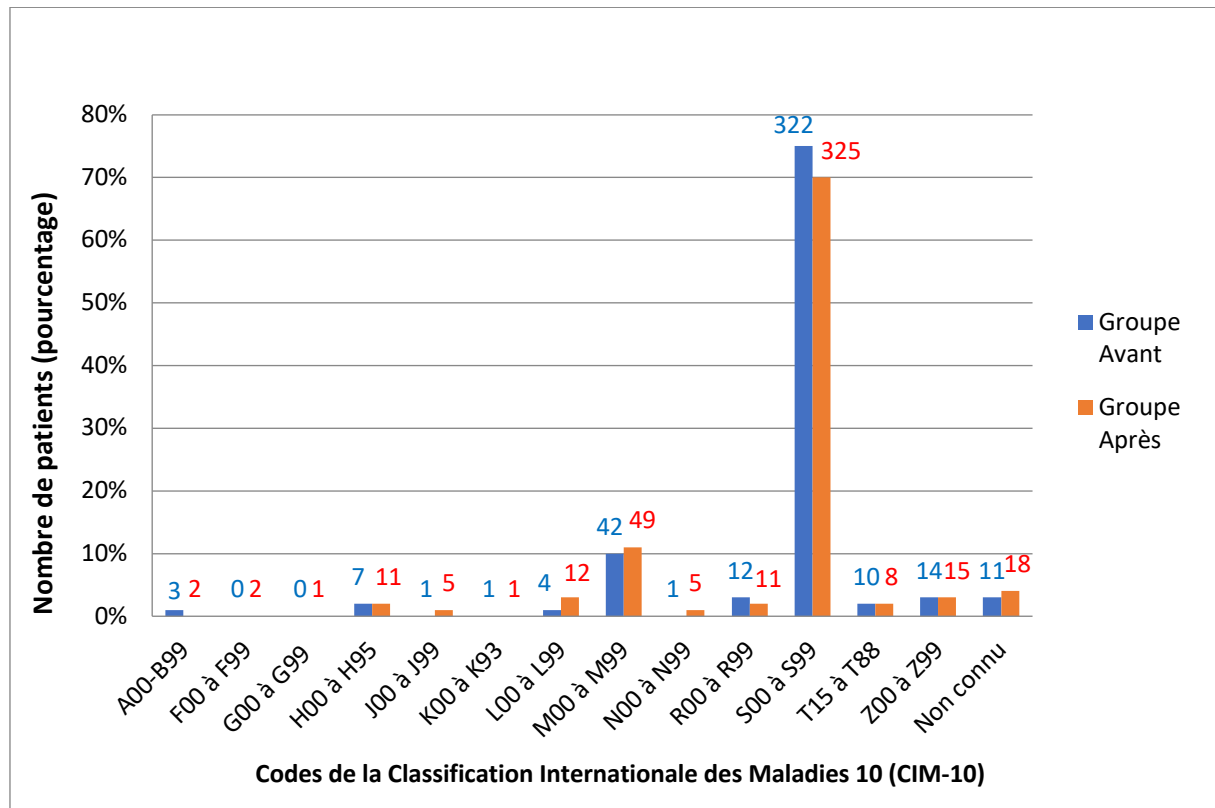
Les comparaisons des données liées à la prise en charge des deux sous-groupes « Avant » et « Après » sont présentées dans le Tableau 6.

<i>Tableau 6 : Comparaison des caractéristiques liées à la prise en charge entre 2018 et 2019.</i>			
	Groupe Avant	Groupe Après	p
Effectif : n (%)	428	465	
Motifs de recours :			<0,05
• Traumatologie	327 (76)	321 (69)	
• Problème d'attelle / plâtre	10 (2)	6 (1)	
• Plaie / Brûlure / Morsure / CE	10 (2)	29 (6)	
• Certificat (coups et blessures / CNH)	5 (1)	8 (2)	
• AES / AEV	3 (1)	3 (1)	
• Ophtalmologie	10 (2)	17 (4)	
• Douleur	50 (12)	52 (11)	
• Infection	12 (3)	27 (6)	
• Anxiété	1 (0)	2 (0)	
Thérapeutique avant les urgences :			<0,05
• Antalgie	147 (34)	116 (25)	
• Immobilisation	14 (3)	22 (5)	
• Antibiothérapie	5 (1)	11 (2)	
• Pansement	21 (5)	8 (2)	
• Glaçage	27 (6)	14 (3)	
Examens complémentaires aux urgences :			<0,05
• Radiographie	318 (74)	299 (64)	
• Biologie	18 (4)	16 (3)	
• Echographie / TDM / IRM	2 (0)	12 (3)	
• Strepta test / BU / Quick test / Test à la fluorescéine	9 (2)	18 (4)	
• ECG	8 (2)	3 (1)	
Prise en charge thérapeutique aux urgences :			<0,05
• Antalgie	179 (42)	170 (37)	
• Plâtre / Attelle / Gilet orthopédique	97 (23)	60 (13)	
• Autre immobilisation	49 (11)	42 (9)	
• Suture	2 (0)	10 (2)	
• Désinfection / Pansement / Incision / Mise à plat	20 (5)	38 (8)	
• Ablation plâtre / attelle / broche / CE	10 (2)	7 (2)	
Réorientation filière classique	11 (3)	4 (1)	<0,05
Consultation spécialisée :	3 (1)	6 (1)	0,96
• Ophtalmologie	0 (0)	1 (0)	
• ORL	1 (0)	4 (1)	
• Pédiatrie	2 (0)	1 (0)	

Mode de sortie :			0,44
Hospitalisation	8 (2)	7 (2)	
Transfert à SOS mains	16 (4)	15 (3)	
RAD :	391 (91)	423 (91)	
• Sans ordonnance	63 (16)	56 (13)	
• Avec ordonnance	328 (84)	367 (87)	
• Sans RDV de contrôle au CHH	281 (72)	316 (75)	
• Avec RDV de contrôle au CHH	110 (28)	107 (25)	
Parti sans attendre	10 (2)	14 (3)	
Non pris en charge	2 (0)	2 (0)	
Sortie contre avis médical	0 (0)	1 (0)	
Police	1 (0)	3 (1)	
Fugue	0 (0)	0 (0)	
<i>Légende :</i>			
<i>CE : corps étranger</i>			
<i>CNH : certificat de non hospitalisation</i>			
<i>AES : accident d'exposition au sang</i>			
<i>AEV : accident d'exposition à un risque viral</i>			
<i>TDM : tomodynamométrie</i>			
<i>IRM : imagerie par résonance magnétique</i>			
<i>BU : bandelette urinaire</i>			
<i>ECG : électrocardiogramme</i>			
<i>RAD : retour à domicile</i>			
<i>RDV : rendez-vous</i>			
<i>CHH : centre hospitalier de Haguenau</i>			

Les diagnostics principaux selon la CIM-10 et selon l'interprétation du dossier médical du patient sont présentés respectivement dans les figures 4 et 5.

Figure 4 : Répartition des diagnostics principaux en filière courte et en filière médecine générale selon la Classification Internationale des Maladies 10.



Légende :

A00-B99 : Maladies infectieuses et parasitaires

F00 à F99 : Troubles mentaux et du comportement

G00 à G99 : Maladies du système nerveux

H00 à H95 : Maladies de l'œil et de l'oreille

J00 à J99 : Maladies de l'appareil respiratoire

K00 à K93 : Maladies de l'appareil digestif

L00 à L99 : Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané

M00 à M99 : Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif

N00 à N99 : Maladies de l'appareil génito-urinaire

R00 à R99 : Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires, non classés ailleurs

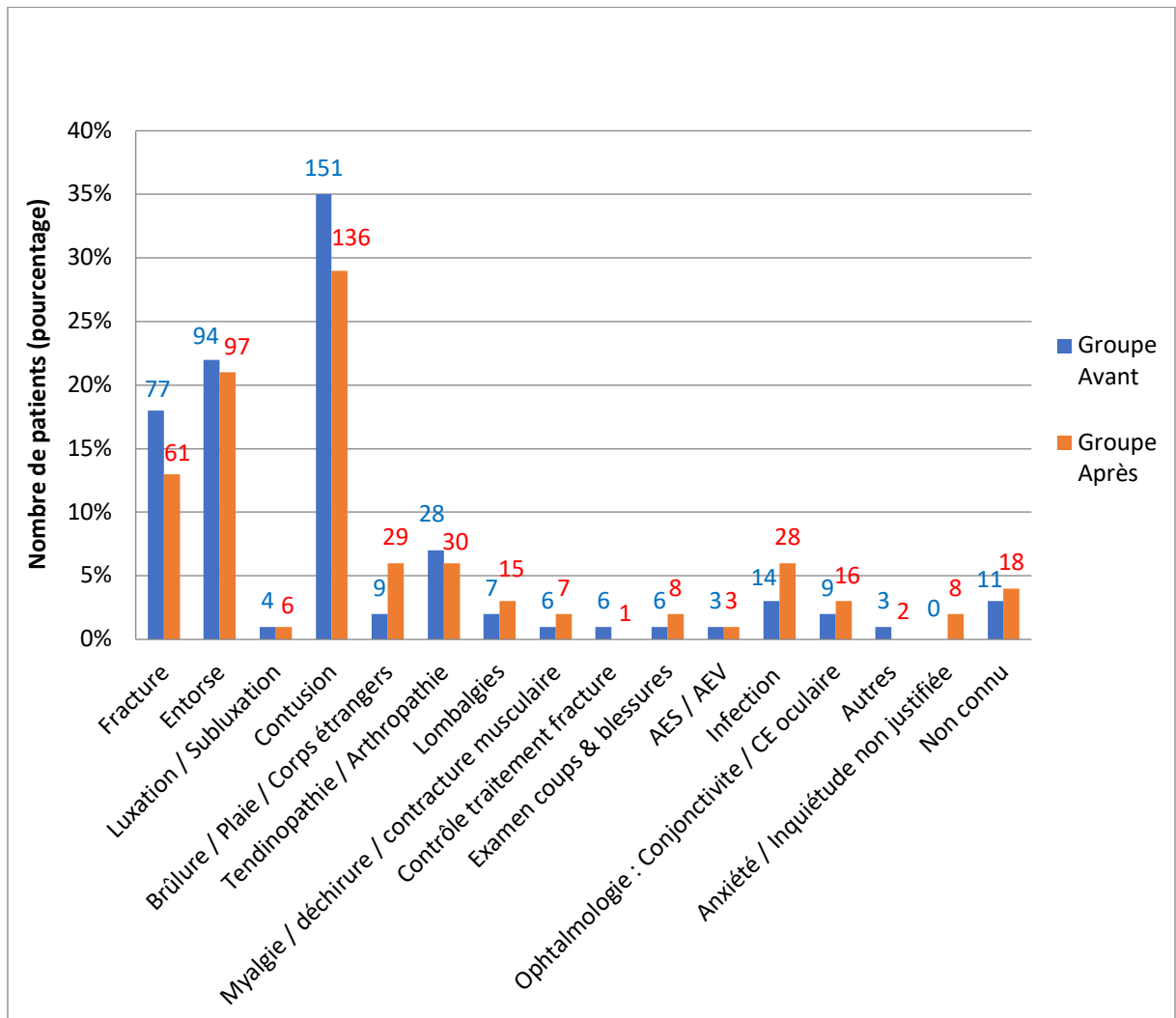
S00 à S99 : Lésions traumatiques

T15 à T88 : Corps étrangers, brûlures, effets toxiques

Z00 à Z99 : Recours aux services de santé pour examens divers

NC : non connu

Figure 5 : Répartition des diagnostics principaux en filière courte et en filière médecine générale.



Légende :

AES : accident d'exposition au sang

AEV : accident d'exposition à un risque viral

CE : corps étranger

4 DISCUSSION

4.1 Analyse des résultats

4.1.1 Critère de jugement principal

Le délai moyen avant le premier contact médical a significativement augmenté passant de 67 minutes (IC 46,3) dans le sous-groupe « Avant » à 84 minutes (IC 49,2) dans le sous-groupe « Après » ($p < 0,05$). Les patients ont donc attendu en moyenne 17 min de plus pour voir un médecin en 2019. Plusieurs biais, développés au fil de la discussion, peuvent expliquer ces résultats contraires à nos attentes.

En premier lieu, cela pourrait être dû à un excès de patients en 2019 par rapport à 2018. En effet, les deux populations n'étaient pas totalement superposables et donc pas vraiment comparables.

En second lieu, on peut évoquer divers retards liés à la mise en place progressive de cette filière (problématiques logistiques et organisationnelles ayant pu empiéter sur la rapidité de prise en charge des patients) et à l'analyse des premiers patients alors qu'une période d'adaptation aurait pu être définie avant la réalisation de l'étude.

Enfin, on peut supposer que l'effectif de patients inclus était insuffisant et que ces résultats sont simplement liés à un manque de puissance statistique.

4.1.2 Critères de jugement secondaires

4.1.2.1 Durée totale de la prise en charge

La durée totale de la prise en charge n'a pas été modifiée, à savoir 155 minutes (IC 93,8) dans le sous-groupe « Avant » contre 154 minutes (IC 97,6) dans le sous-groupe « Après ». Ce résultat non significatif montre que la mise en place de la FMG n'a pas permis, au vu des données recueillies dans cette étude, de réduire le temps total de présence au SU.

4.1.2.2 Caractéristiques épidémiologiques

Il y a eu proportionnellement plus de patients classés CIMU 4 dans le groupe « 2019 », à savoir 25% contre 17% dans le groupe « 2018 » ($p < 0,05$). Il est probable que la modification des critères d'inclusion dans la FMG, à savoir l'établissement d'une liste de pathologies comprenant plus de médecine, ainsi que le changement de praticien, plus expérimenté qu'un interne de première année ont fait varier le profil de gravité des patients orientés en FMG par rapport à la FC.

De plus, une incohérence entre le protocole d'orientation en FC (stipulant que seuls les patients CIMU 5 étaient éligibles à la FC) et la réalité des patients orientés en FC a été mise en évidence en 2018. Le triage des patients est réalisé par l'IOA à leur arrivée, ce qui pourrait expliquer une part de subjectivité et une variabilité interindividuelle dans le choix de leur orientation. L'expérience de l'IOA et l'évolution du protocole au fil des années sont des facteurs à prendre en compte.

L'échelle de triage CIMU (Annexe 1) s'appuie principalement sur le motif de consultation du patient, autrement dit ses symptômes. Les autres critères pris en compte sont les paramètres vitaux, la sévérité de la douleur ainsi que le mécanisme et les circonstances du traumatisme.

(15) Au CHH, le logiciel Résurgences® est pré-paramétré pour que la CIMU se calcule automatiquement à partir du motif de consultation renseigné par l'IOA, qui peut ensuite modifier manuellement le niveau de classification CIMU. Ainsi, une douleur abdominale peut être classée CIMU 3 alors que le patient était parfaitement stable par ailleurs. Il appartient à l'IOA d'ensuite modifier cette CIMU selon les autres paramètres relevés afin qu'elle corresponde au mieux au niveau d'urgence de la PEC du patient.

Toutefois, un patient pouvait toujours être réorienté en filière classique par le médecin ou l'interne le prenant en charge, si son état de santé le requérait (comme cela a d'ailleurs été le cas pour 11 patients dans le sous-groupe « Avant » et seulement 4 patients dans le sous-groupe « Après » dans cette étude). Malgré une très faible puissance, une plus grande quantité de patients a été réorientée à partir de la FC pendant la période d'analyse par rapport à la FMG. Le médecin de la FMG est ainsi parvenu à mieux prendre en charge les patients orientés en FMG en autonomie que les internes de la FC qui avaient plus facilement recours à la réorientation en filière classique du SAU. Ceci est cohérent avec notre hypothèse qu'un médecin généraliste expérimenté va pouvoir mieux délester le SU qu'un interne de premier semestre.

En revanche, pour la classification CCMU, il n'y a pas eu de différence significative entre les groupes « 2018 » et « 2019 ». Dans la figure 3, nous avons observé que les patients ayant une CIMU plutôt grave avaient finalement une classification CCMU peu grave, à la fois dans les groupes « 2018 » et « 2019 ».

Il y a eu un peu plus de patients « graves » selon la CIMU qui ont été orientés en FMG en 2019 par rapport à 2018 : 34 patients CIMU 3 dans le groupe « 2018 » contre 43 patients dans le groupe « 2019 » et 1 patient CIMU 2 dans le groupe « 2018 » contre 3 patients dans le groupe « 2019 ». Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées ici : il est possible que les nouveaux critères d'admission en FMG soient responsables de cette modification du niveau de sévérité selon la classification infirmière. On peut aussi considérer que les IOA ont estimé que les patients un peu plus graves selon la CIMU et donc plus fragiles pouvaient tout de même être pris en charge par des généralistes ou des internes en médecine générale expérimentés (SASPAS) là où autrefois les patients de la FC étaient souvent pris en charge par des internes de traumatologie.

Dans le groupe « 2019 », il y avait significativement plus de patients qui ont consulté pour de la traumatologie que dans le groupe « 2018 » (80% en 2019 contre 75% en 2018, $p < 0,05$). Ce premier résultat portant sur tout le nyctémère est surprenant, étant donné que le but de l'installation d'un médecin généraliste au SU était de soulager la filière classique des pathologies médicales bénignes.

A contrario, dans les sous-groupes « Avant » et « Après », cette différence n'était plus statistiquement significative (81% « Avant » et 79% « Après », $p = 0,47$). Cela signifie que les patients étaient donc orientés de la même manière en journée par l'IOA que ce soit en 2018 ou en 2019, mais pas en période dite de « garde » (nuit, weekends, jours fériés). L'une des hypothèses est que l'IOA a pu orienter une proportion plus importante de pathologies traumatiques la nuit, les weekends et les jours fériés en 2019, en s'adaptant au médecin présent dans les locaux de la filière courte : un médecin généraliste en horaires ouvrés, un interne de traumatologie ou de médecine générale peu expérimenté en période de garde.

Concernant les motifs de recours, ils ont été un peu plus diversifiés : il y a eu significativement plus de plaies, de brûlures, d'infections et de pathologies ophtalmologiques mais moins de traumatologie en FMG ($p < 0,05$). Ceci était logiquement lié à la modification des critères d'orientation en FMG.

4.1.2.3 Prise en charge médicale

Concernant les thérapeutiques avant l'arrivée au SU, il y a eu significativement moins de prise d'antalgiques et moins de glaçage, discrètement plus d'immobilisation ($p < 0,05$). Néanmoins, les variations et le faible échantillonnage ne nous permettent pas de conclure.

Concernant les examens complémentaires réalisés au SU, il y a eu significativement moins de radiographies en FMG ($p < 0,05$), pouvant peut-être traduire une plus grande expérience du médecin, un moindre besoin de validation par un chef, un examen clinique plus discriminant, et une peur moins importante de « passer à côté » d'une pathologie fracturaire. Il y a également eu plus d'examens d'imagerie spécialisée, plus difficiles à obtenir comme les échographies, les scanners et les IRM ($p < 0,05$) en FMG. Le médecin de la FMG a donc plus facilement pris l'initiative de demander ces examens plus complexes d'emblée, plutôt que de déléguer cette tâche aux orthopédistes lors d'une éventuelle consultation de contrôle. Ce phénomène a pu augmenter la durée de prise en charge des patients de la FMG.

Concernant la prise en charge thérapeutique au SU, il y a eu significativement moins d'antalgie et d'immobilisation mais plus de sutures, désinfections et pansements en FMG ($p < 0,05$). Ce constat est cohérent avec la modification des motifs de recours citée ci-dessus.

Hormis les plaies, il y a eu moins d'examens complémentaires et de traitements dispensés en FMG qu'auparavant ; la FMG a un fonctionnement plus proche d'un cabinet médical que la FC.

Concernant les diagnostics selon la CIM 10, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux sous-groupes. La grande majorité des diagnostics étaient des pathologies traumatiques (plus de 70% dans les deux sous-groupes), suivies par les pathologies rhumatismales pour environ 10% des patients. Les autres diagnostics restaient minoritaires.

Néanmoins, les diagnostics principaux de sortie étaient un peu moins souvent des fractures, des entorses, des contusions et un peu plus fréquemment des plaies, des brûlures, des retraits de corps étrangers ou encore des infections en FMG.

Tous ces résultats nous montrent que l'élargissement des critères d'inclusion en FMG a permis de diversifier un peu plus le profil des patients vus en FMG en 2019 : globalement, on retrouve moins de traumatologie et un peu plus de médecine générale.

De plus, il y a eu moins de réorientation vers la filière classique à partir de la FMG pour un plus grand nombre de patients vus en 2019 : la médecin généraliste et l'interne en SASPAS de la FMG en 2019 avaient donc moins besoin des urgentistes que les internes de FC en 2018. Il faudrait néanmoins une plus grande période d'inclusion pour améliorer la puissance de cette analyse.

4.2 Validité interne

4.2.1 Puissance de l'étude

Le caractère rétrospectif ainsi que la durée choisie (deux mois) probablement trop courte pour conclure constituent les principales limites de l'étude : la puissance de l'étude est probablement trop faible en raison d'un faible effectif de patients comparés. Il faudrait comparer la FMG et la FC sur une ou plusieurs périodes de 4 à 6 mois, ce qui constituerait un travail titanesque au vu des éléments recueillis manuellement dossier après dossier selon les critères choisis dans cette étude.

4.2.2 Choix de la période d'inclusion

Concernant la méthodologie, il était prématuré de prendre en compte dans l'étude les données du premier mois de mise en place de la FMG, étant donné qu'il y a toujours une période d'installation, d'ajustement et d'adaptation qui a pu ralentir les délais de prise en charge. En effet, la FMG n'était pas tout à fait fonctionnelle dès son ouverture. Quelques jours ont été nécessaires afin d'aménager les locaux, de lister les fournitures consommables et d'obtenir l'ensemble du matériel nécessaire au bon fonctionnement de cette filière (similaire à un cabinet médical). Une réduction significative du temps de passage au SU pour les patients orientés en FMG a été constatée entre les mois de novembre 2019 et de décembre 2019 (Cf Tableau 4), ce qui encourage à penser que les temps de passage et de premier contact médical ont pu continuer à diminuer au cours des mois suivants, et conforte l'idée que le choix d'une période d'analyse plus tardive aurait été plus judicieuse.

4.2.3 Biais de sélection

Certains patients attendaient déjà depuis quelques minutes voire plusieurs heures le matin, avant même l'ouverture de la FMG. En effet, les internes qui s'occupaient des patients de FC en dehors des horaires de la FMG étaient retenus au staff du matin auquel s'ajoutaient des cours dispensés dans le cadre de leur formation. Ces patients non pris en compte dans l'analyse (car leur inscription administrative était antérieure à 10h00 du matin) ont tout de même été pris en charge par le médecin de la FMG dès son arrivée. En effet, en l'absence de critère de gravité, les patients sont systématiquement examinés dans l'ordre d'arrivée, ce qui a probablement retardé la prise en charge des premiers patients de la FMG et allongé artificiellement le délai jusqu'au premier contact médical ainsi que le temps total passé au SU. Pour limiter les conséquences de ce biais de sélection, nous avons choisi a priori de fixer le début des inclusions dans l'étude à 10h00 et non pas 8h00 ou 9h00.

4.2.4 Biais de mesure

En raison de la méthodologie rétrospective de l'étude, il existe une incertitude dans les horaires recueillis constituant un biais de mesure.

Selon les intervenants, l'horaire du premier contact médical, défini comme le moment où le médecin écrit un premier mot dans le dossier informatisé, a pu changer. En effet, lorsque le médecin, le SASPAS ou l'interne ne remplissait pas le dossier informatique au cours de l'examen clinique et mettait ensuite plusieurs minutes voire heures à remplir l'anamnèse, le délai pouvait être faussement allongé. Et à l'inverse, lorsque le médecin, le SASPAS ou l'interne s'identifiait sur le dossier avant d'aller voir le patient et qu'il était interrompu, il

pouvait se passer un moment avant que le patient ne soit effectivement vu, expliquant parfois un délai court avant le premier contact médical mais un temps complet d'attente au SU long.

Il en va de même pour la clôture du dossier, qui détermine le temps de passage au SU. L'heure et la date de sortie n'étaient pas toujours exactes. Il arrivait que le patient soit parti depuis longtemps avant que quelqu'un daigne fermer son dossier informatique. Lorsque le patient ne passait pas par le secrétariat et que l'équipe ne se rendait pas immédiatement compte de son départ, le dossier informatique était clôturé 30 à 60 minutes après le départ réel du patient. Le temps de passage au SU n'était donc pas assez précis et peu évaluable en raison des nombreuses variations interindividuelles et contextuelles.

4.2.5 Comparabilité des groupes 2018 et 2019

L'élargissement des critères d'orientation en FMG est responsable d'une modification des caractéristiques des patients de la FMG en 2019 par rapport à la FC de 2018.

Le nombre de patients a significativement augmenté entre les groupes « 2018 » et « 2019 » (Figure 1 et Annexe 2).

Cet excédent de patients orientés en FMG en 2019 a surtout consulté l'après-midi. Or, l'afflux de patients à certaines heures a pu créer un phénomène d'accumulation alors que seul un médecin s'occupait de la FMG contre plusieurs internes auparavant en FC.

L'effectif de patients en FMG constituait une plus grande proportion de patients par rapport au nombre total de patients ayant consulté au SU en 2019 en comparant avec 2018 (25% vs

22%), ce qui laisse supposer que les médecins urgentistes ont été un peu plus soulagés en 2019 qu'en 2018.

Du fait des modifications des critères d'orientation en FMG, les groupes 2018 et 2019 étaient différents. Il est possible que certaines comparaisons (caractéristiques épidémiologiques) soient peu pertinentes car les populations n'étaient plus réellement comparables.

4.3 Validité externe

4.3.1 Les filières courtes dans les services d'urgence

Plusieurs hôpitaux ont créé une filière courte, encore appelée « circuit court » ou « fast track » au sein de leur SU.

Dans l'étude de V. Balestrieri évaluant la mise en place d'un circuit court dans les urgences du centre hospitalier d'Arles en 2019 (16), la majorité des patients orientés Circuit court étaient classés CIMU 4 (57%) ou 5 (30%), et CCMU 2 (70%). La durée de séjour globale moyenne était de 142 minutes pour les 407 patients inclus dans l'étude contre 221 minutes pour les patients orientés Circuit court mais pris en charge de manière classique, soit une différence significative. Le délai jusqu'au premier contact médical était de 90 minutes contre 102 minutes (résultat non significatif). La durée de séjour intra service correspondant à la durée entre l'examen du patient par le médecin et sa sortie du SU (paramètre non calculé dans notre étude), montrait une différence significative pour les patients inclus dans l'étude soit 51,8 minutes contre 119 minutes. Pour un SU avec un nombre de passages similaire au CHH, les résultats de notre étude sont cohérents car quasiment identiques à ceux de V. Balestrieri. En FMG au CHH, les patients passent plus de temps au SU mais sont vus plus rapidement par un

médecin qu'en Circuit court au CH d'Arles. La significativité des résultats de V. Balestrieri s'explique par l'absence d'organisation antérieure sous forme de filière courte : la création d'une filière courte dans un SU où tous les patients étaient autrefois orientés en filière classique aura nécessairement plus d'impact que la transformation d'une FC en FMG comme c'était le cas pour notre étude au CHH.

Après la mise en place de la FC au SU de Poitiers (17), le délai moyen de prise en charge (PEC) des patients a significativement diminué de 107 minutes en box à 79 minutes en FC. Ces délais plus courts que ceux de notre étude peuvent être expliqués par l'exclusion des patients ayant bénéficié d'examens complémentaires ou de soins ainsi que par la multitude d'intervenants en FC (équipe du SMUR, interne, médecin de l'UHCD, IDE coordinatrice) et le respect d'une période d'adaptation avant l'étude. Les patients relevant de la médecine générale ne correspondaient qu'à 10% des patients consultant aux urgences (9 à 10 patients par jour) et n'étaient donc probablement pas responsable de son engorgement. Cette proportion de patients, inférieure à celle retrouvée dans la littérature et dans notre étude, peut s'expliquer par le fait que les patients n'ont été inclus dans l'étude qu'après la consultation, et non dès leur arrivée au SU, selon des critères d'inclusion qui sous-estimaient probablement le nombre de patients éligibles à une FC. En effet, il n'existe pas de consensus sur ce qu'est réellement un patient des urgences relevant de la médecine générale.

Les FC dites fast-track, comme à Monaco ou encore à l'hôpital Cochin de Paris (18), accueillent les patients peu graves triés 3, 4 ou 5. Dans cette étude, le nombre de patients partis sans soins a diminué de moitié. Pour les patients plus graves (tri 2), le délai jusqu'au premier

contact médical était réduit de manière significative de 63,6 à 45 minutes, ainsi que la durée moyenne de séjour intra-service passant de 8h36 à 7h00. Cette étude est la preuve que la création d'une filière courte permet réellement d'améliorer la fluidité du flux de patients aux urgences tout en accélérant la prise en charge des patients les plus lourds. Cette fois encore, un personnel médical et paramédical était dédié à la fast-track. Les populations fréquentant ces SU, avec plus de 200 passages par jour, plutôt aisées ne sont pas comparables à celle consultant au SU du CHH.

L'étude de K. Saidi de 2015 (19) sur les effets du circuit court au sein d'un SU de la Pitié Salpêtrière de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP) concerne aussi les patients triés 3, 4 ou 5 et rapporte également une baisse significative de 31% du nombre de patients partis des urgences sans soins. Le temps de passage au SU a diminué de 70 minutes en moyenne grâce au circuit court, passant de 267 à 113 minutes, soit un délai inférieur à la FMG du CHH. La proportion de patients dont la prise en charge était inférieure à 4h a significativement augmenté. Ceci était possible car un effectif supplémentaire de médecins, d'internes et d'infirmières a été embauché spécialement pour la mise en place du dispositif de FC, dans un hôpital qui compte bien plus de passages que le CHH avec une population souvent défavorisée et précaire.

M.A. Dehouck (20) vient conforter ces résultats avec son évaluation de la FC au SU du CH de Calais en 2017. La durée médiane de séjour a baissé à 1,7h en FC (soit 1h42) contre 2,5h (soit 2h30) auparavant. Le nombre de patients partis avant la fin des soins a également significativement diminué, passant de 5% à 2,4% en FC. Néanmoins, les deux populations de l'étude s'avèrent différentes, notamment sur les caractéristiques sociodémographiques (moins de migrants après la création de la FC).

Les retours d'expériences sur la mise en place d'un circuit court aux urgences de la Timone à Marseille (21) ainsi qu'au pôle de santé de Gassin du CH de Saint-Tropez (22) sont également positifs. A Marseille, le délai moyen jusqu'au premier contact médical était de 1h48 et le temps global moyen passé aux urgences de 3h22, supérieurs à nos résultats, ce qui reste tout à fait acceptable pour un SU comptant près de 220-230 passages quotidiens soit le double du CHH. Cette FC a donné lieu à une satisfaction générale, à la fois des patients et de l'équipe soignante ainsi qu'une diminution des plaintes. Pour le CH de Saint-Tropez, la FC saisonnière a été essentiellement mise en place pour pallier au surplus d'activité des urgences lié aux touristes qui constituent 90% des patients l'été. Elle a permis de diminuer le délai moyen de prise en charge par un médecin à 24 minutes contre 33 minutes précédemment, grâce à un renforcement estival des effectifs médicaux et paramédicaux.

A la lumière de toutes ces études, nous n'aurions peut-être pas dû inclure les patients susceptibles de nécessiter des examens complémentaires chronophages (biologie, scanner, ...) ainsi que les plaies plus complexes à suturer, bien que les patients du CHH étaient probablement satisfaits d'avoir attendu un peu plus longtemps en FMG mais d'avoir eu leur examen complémentaire complexe le jour même plutôt que de devoir revenir en consultation externe spécialisée, de devoir prendre un rendez-vous pour un examen complémentaire et de devoir encore revoir un médecin avec les résultats de cet examen. Cependant, il ne faut pas oublier que ce sont des études monocentriques qui ne nous permettent donc pas d'extrapoler pleinement leurs résultats. De plus, il ne s'agissait pas des mêmes populations, les études ne sont probablement pas comparables.

4.3.2 Le rôle du médecin sénior

La mise en place d'une FC nécessite également la présence d'un médecin sénior pour interpréter les imageries et valider les prises en charge des patients. La thèse de C. Allard s'intéresse tout particulièrement à la place du médecin sénior en FC. (23) Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle et monocentrique au SU de l'hôpital Saint Vincent de Paul à Lille, qui a environ la même envergure et le même passage que le CHH (environ 100/jour). Cette étude prouve que la présence d'un senior de médecine d'urgence en FC permet d'améliorer la gestion du flux. La durée totale de passage du patient de FC était la même que le médecin sénior soit posté en FC ou en tant que médecin organisateur de l'accueil (MOA) dans la zone de tri, seule la gestion du temps diffère. Le fonctionnement avec MOA permet une évaluation médicale précoce et celui de médecin sénior dédié à la FC permet une prise en charge plus fluide des malades sans délai de latence.

4.3.3 Délégation à des médecins généralistes

De nombreux centres hospitaliers ont pris le parti d'embaucher des médecins généralistes non urgentistes dans les SU. Il existe de grandes variations dans la proportion de patients que ces diverses FC peuvent prendre en charge pour soulager les SU, principalement en raison des horaires d'ouverture, de l'effectif médical présent dans la FC et des critères de réorientation. Une consultation de médecine générale libérale a été mise en place au SU de l'hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille en 2003. Son efficacité a été jugée par l'étude de S. Sarrat en 2010 (24) : ces consultations non programmées (CNP) ont été confiées aux médecins de l'association SUMO (Soins d'Urgence par les Médecins Omnipraticiens) qui

comptait une trentaine de praticiens libéraux exerçant en cabinet de médecine générale. Dans cette étude, les médecins généralistes (MG) ont vu 50% du flux de patients qui se sont présentés spontanément au SU. Parmi les patients vus par les MG, 12% uniquement ont été réorientés vers les urgentistes et 88% sont rentrés à domicile. Grâce à cette organisation, les urgences ont été soulagées de 40% des passages. L'efficacité de ces CNP était liée à la simplicité de l'orientation, étant donné que tous les patients venus au SU par leurs propres moyens étaient vus par les MG.

L'étude de 2017 de G. Gellibert évaluant le dispositif des consultations non programmées assurées par les médecins généralistes au SU du CH de Périgueux expose des résultats moins concluants. (25) Il s'agissait cette fois de médecins généralistes réalisant les consultations de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au sein du SU de l'hôpital de Périgueux. Seuls les patients classés CIMU 4 et 5 venus de leur propre initiative ne nécessitant ni examen complémentaire biologique ou radiologique, ni avis spécialisé urgent étaient éligibles. Uniquement 10% des patients orientés vers les CNP ont été pris en charge par les généralistes, ce qui n'a pas permis de désengorger le SU. Le choix des horaires de la PDSA n'était pas idéal pour poster un médecin généraliste en renfort au SU car ces plages horaires ne correspondent pas aux pics d'affluence de patients : 9h-20h selon notre étude et celle de V. Balestrieri. (16) En revanche, dans l'étude de N. Nabli de 2014 (26), préalable à la création d'une consultation non programmée adjacente au SU du CH d'Orléans, ils n'ont retenu que les patients réorientés en ambulatoire par l'IOA. Les patients classés CCMU 1 et 2 après leur passage ont été retenus comme potentiels candidats pour la maison médicale de garde (MMG) : il s'agissait d'une étude rétrospective. Le nombre de patients éligibles à une prise en charge en CNP était de 30 patients par jour. Ces résultats ainsi que les proportions de CCMU 1 et CCMU 2 étaient cohérents avec ceux de notre étude.

L'étude de V. Labarbe de 2014 (27) a évalué sur trois années les bénéfices de la Maison Médicale de Garde (MMG) sud de l'île de la Réunion, intégrée au CHU de Saint Pierre. Elle démontre une nette diminution du délai avant le premier contact médical des patients ambulatoires lors de la PDS : 80 minutes en moyenne à la MMG contre 156 minutes en filière standard. Néanmoins, il existait de nombreuses données manquantes pour l'analyse de cette étude, ce qui a pu en biaiser les résultats.

D'autres pays ont également eu recours aux médecins généralistes pour désengorger les urgences. Au Royaume Uni, dans l'hôpital pédiatrique tertiaire Alder Hey Children's NHS Foundation Trust de Liverpool, un médecin généraliste était présent aux urgences de 14h à 22h, 7 jours sur 7 afin de prendre en charge les enfants classés « verts » selon le système de triage de Manchester. (28) Cette échelle de tri comporte 5 stades, chacun représenté par un chiffre et une couleur, dont le plus urgent est le premier en rouge ; le stade vert correspond à la priorité 4, de gravité standard et préconise un premier contact médical avant 90 minutes d'attente. (29) Le médecin généraliste a pris en charge 18% des passages aux urgences, ce qui reste une proportion inférieure à notre étude. La durée moyenne de prise en charge aux urgences était de 94 minutes pour le groupe vu par le MG et de 113 minutes pour le groupe vu par les urgentistes. Cette étude a mis en évidence une réduction significative des temps d'attente et des hospitalisations pour les patients vus par le médecin généraliste, mais aussi une augmentation des prescriptions d'antibiotiques par ces derniers.

En Suisse, l'étude de C. Chmiel (30) a analysé l'installation d'un médecin généraliste au sein d'un SU dans le but de réduire la charge de travail correspondant à l'utilisation inappropriée des urgences. Les consultations non programmées réalisées par les médecins généralistes ont permis de baisser de 36% les passages aux urgences. Les patients orientés vers le MG étaient

des patients classés ESI 4 et ESI 5 selon l'échelle de triage américaine Emergency Severity Index (ESI) à 5 niveaux, comparable à la CIMU. Ses plages de consultations étaient larges, puisqu'un médecin était présent tous les jours de 9h à 22h30 en semaine et de 10h à 22H30 le weekend.

Aux Pays-Bas, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Maastricht a évalué l'impact d'une coopérative de médecins généralistes sur la charge de travail de leur SU pendant la PDS. (31) L'étude de C. Van Uden a montré que la coopérative de MG a permis une baisse de fréquentation des urgences de 53%, une majoration de 25% de la proportion de patients consultant la coopérative pour des soins primaires ainsi qu'une baisse du nombre d'hospitalisations. Tous les patients venus au SU par leurs propres moyens pendant les horaires d'ouverture de la PDS étaient examinés par un MG.

Un des problèmes majeurs pour ces filières, où un médecin souvent généraliste s'occupe des patients valides au sein des urgences de façon autonome, peut être le manque de personnel paramédical en cas de forte affluence. En effet, les infirmières peuvent alors difficilement se détacher de leur secteur pour faire un plâtre, poser une attelle, ou encore assister une suture. Cependant, l'accès à ces soignants pour les soins reste avantageux, au même titre que le recours au plateau technique du SU. Les MG en place dans les SU permettent de lutter à la fois contre la raréfaction des urgentistes et la désertification médicale.

Il existe également d'autres MMG qui ne sont pas intégrées aux urgences ni à l'hôpital. Le SU du CH d'Annecy bénéficie d'une MMG gérée par des médecins généralistes et ouverte au grand public uniquement aux horaires de la PDS. Il s'agit d'une structure libérale indépendante de l'hôpital. La réorientation des patients relevant de la MG et consultant au SU est alors

possible qu'après obtention du consentement du patient. Dans la MMG de l'étude de V. Balestrieri (16), les patients devaient régler la consultation et ne pouvaient pas bénéficier d'une biologie, d'une imagerie, d'un plâtre ou encore d'une suture au sein même de la MMG. Des CNP aux horaires de la PDS sont également en place au CH de Dreux.

Toutes ces alternatives représentent bel et bien des solutions pour décharger les urgences, tout en prenant en charge les patients qui s'y présentent à toute heure du jour et de la nuit en maintenant une qualité de soins adéquate. Plus la plage horaire couverte par les MG est large, moins les critères d'inclusion sont restrictifs, plus le dispositif de désengorgement des urgences semble efficace.

4.4 Perspectives

4.4.1 Évolution de la FMG au CHH

Le fonctionnement de la FMG des urgences du CHH a été bouleversé par la crise de la COVID-19. Ayant tout d'abord totalement disparu quelques mois à peine après le début de son activité (mars 2020), ses intervenants s'étant consacrés entièrement à la lutte contre la COVID-19 aux côtés des urgentistes, elle a peu à peu repris de ses fonctions. La FMG est actuellement prise en charge tous les jours de la semaine par un interne en stage SASPAS, sauf pendant la période estivale où la FMG redevient la FC. Néanmoins, les aménagements réalisés restent très utiles même en dehors de ses horaires d'ouverture car ils permettent de libérer de la place au sein du SU pour les patients issus de la filière classique.

Rappelons que lors de notre analyse, il n'y avait qu'un médecin et un SASPAS intervenants en FMG. Les prises en charge étaient ainsi reproductibles d'un jour à l'autre. C'est là tout l'intérêt d'embaucher un médecin unique plutôt que des internes en SASPAS qui ne viennent qu'un jour par semaine et disposent de moins de connaissances quant à l'organisation de l'hôpital. Il existe d'ailleurs une incertitude concernant la réouverture de ces postes de SASPAS en novembre 2022. Plusieurs options sont envisagées pour l'avenir : le fait de pérenniser les étudiants SASPAS avec roulement quotidien (fonctionnement actuel), mais aussi la possibilité d'engager un médecin généraliste rémunéré à l'acte comme c'est le cas en secteur libéral. L'hôpital a effectivement déjà envisagé différentes modalités de fonctionnement et de tarification pour améliorer l'attractivité de la FMG.

Il serait très intéressant de renouveler l'étude, cette fois-ci sur une période plus longue, afin d'observer les temps de prise en charge selon le fonctionnement actuel de la FMG.

De plus, il serait pertinent de faire remplir un questionnaire de satisfaction aux patients orientés en FMG afin de cibler quels sont leurs critères d'efficacité : préfèrent-ils être vus tout de suite par un médecin puis attendre plus longtemps avant de savoir s'ils peuvent rentrer chez eux, ou préfèrent-ils attendre un peu plus à leur arrivée pour que finalement la prise en charge soit plus rapide une fois le premier contact médical établi ?

Nous pourrions également envisager l'intérêt d'un questionnaire de satisfaction à poser aux urgentistes : se sentent-ils soulagés d'une responsabilité et d'une charge mentale supplémentaire lorsque la FMG est occupée par un médecin autonome ?

4.4.2 Triage à l'accueil des urgences et classifications infirmières

Nous avons constaté une discordance entre l'urgence potentielle dictée par la classification CIMU et la gravité médicale finale définie par la CCMU pour 81 patients, tout comme dans l'étude d'A. Chaudet. (17)

Ce constat remet en question la fiabilité de la CIMU ainsi que la qualité du triage à l'accueil des urgences. Les experts de la SFMU recommandent fortement que le triage des patients à l'arrivée aux urgences soit effectué par une infirmière dédiée. (6) Ils ont également qualifié la CIMU d'échelle de triage validée, fiable et reproductible qui permettait de prédire la complexité et la sévérité d'un patient venu consulter aux urgences. Néanmoins, la CIMU n'est peut-être pas le meilleur score de triage des patients à l'accueil des urgences puisqu'il n'est pas respecté par les IOA expérimentées dans l'orientation des patients, qui, en dehors des critères objectifs, vont également se fier à leur instinct. De plus, la CIMU n'est pas adaptée au triage dans les urgences pédiatriques. (32)

Le triage est un élément fondamental dans la prise en charge du patient. En effet, le sous-triage entraîne un retard de prise en charge qui peut être dangereux en étant à l'origine d'une perte de chance pour le patient. Le sur-triage, quant à lui, est responsable d'une surconsommation des ressources hospitalières, ayant plutôt des conséquences financières. (33)

La SFMU a publié en 2016 une échelle de tri originale à six niveaux, largement inspirée de la CIMU qui s'intitule la FRENCH (French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage), disponible en Annexe 8. (34) Une première étude de P. Taboulet a validé la reproductibilité interindividuelle de la FRENCH. (35) Après avoir été évaluée sur le terrain dans un hôpital

universitaire pendant 9 mois consécutifs (36), la FRENCH a également été validée et reconnue comme échelle de tri fiable. Il y est précisé que « la FRENCH propose une liste plus exhaustive et plus précise des motifs de recours aux soins, elle s'applique à l'adulte et à l'enfant, et propose des modulateurs de tri spécifiques aux motifs de recours aux soins et aux paramètres vitaux ». (35) La corrélation entre le taux d'hospitalisation, le niveau de tri du patient et son niveau de gravité est légèrement améliorée avec la FRENCH par rapport à la CIMU. Plus l'état du patient est grave, plus les délais de prise en charge sont respectés avec la FRENCH.

L'étude de M. Khelif de 2020 comparait la FRENCH à une autre échelle validée, la Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). Cette analyse soutenait l'idée que l'échelle de tri FRENCH semble plus pertinente, car elle diminue notamment l'hésitation possible entre deux niveaux de tri, surtout dans l'ancienne catégorie CIMU 3 divisée en 2 catégories dans la FRENCH (3A et 3B). De plus, la FRENCH est avantageuse en termes d'estimation de l'utilisation des ressources hospitalières, car plus le niveau de tri était sévère (proche de 1), plus les patients ont bénéficié d'examen complémentaires, ou ont été hospitalisés. (37)

Il serait intéressant de réaliser la même analyse en filière classique cette fois, pour voir si une telle discordance entre CIMU et CCMU apparaît pour les patients en brancard, afin d'établir la corrélation entre les CIMU « graves » et le taux d'hospitalisation ou de décès. Nous pourrions également recalculer la FRENCH pour tous les dossiers et les comparer à la CIMU et à la CCMU dans le but de confirmer l'hypothèse que la FRENCH est la classification la plus pertinente.

Par ailleurs, il n'y a pas eu de différence significative sur la proportion de patients vus hors délai selon la CIMU entre les sous-groupes « Avant » et « Après ». Le pourcentage de patients

vus hors délai se majorait lorsque la CIMU décroissait, c'est-à-dire que les catégories de patients les plus graves selon la CIMU, qui devraient être vus le plus rapidement possible, étaient ceux dont les délais étaient les moins respectés. Cela démontre que les patients en FC ou en FMG sont vus dans leur ordre d'arrivée et que la classification CIMU n'est pas du tout prise en considération par le médecin de la filière (que ce soit un interne ou un médecin expérimenté) lorsqu'il appelle les patients en salle d'attente, exactement comme on pourrait le voir dans un cabinet de médecine générale avec les consultations libres.

4.4.3 Crise des urgences et du système de santé

Le nombre de passages aux urgences augmente d'année en année depuis quelques décennies. (1-4,38-41) Le temps de passage aux urgences grimpe également, atteignant jusqu'à 8h en moyenne au SU du CHU de Nantes en juin 2021. Selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) datant d'août 2015, sept patients sur dix attendaient moins d'une heure avant le début des soins. Dans les SU accueillant plus de 80 patients par jour, un parcours sans actes ni soins durait en moyenne 85 minutes contre 184 minutes en moyenne pour une prise en charge avec soins et recours au plateau technique. (42) Dans l'étude de D. Jacquier concernant les plaintes aux urgences, 8,4% des plaintes concernaient le temps d'attente jugé trop long. (43) La surcharge des urgences est également responsable d'une augmentation du nombre d'erreurs médicales notamment de prescription et d'une augmentation du taux de mortalité. (44)

On dénombre une part conséquente de passages aux urgences dit évitables, relevant de la médecine générale. (26,45,46) Ces consultations non programmées représentent souvent des

urgences ressenties par les patients. Ces patients consultent majoritairement face à l'indisponibilité de leur médecin traitant, ou encore en raison de l'accès direct à des examens complémentaires tels que les radiographies afin d'obtenir une réponse rapide quant à leur inquiétude. (17,47) La gratuité de la prise en charge constitue également une motivation des patients à venir consulter aux urgences. (48)

Selon l'étude de M.J. Schull, ces patients peu graves n'engendrent cependant qu'une majoration négligeable du délai de premier contact médical et du temps de prise en charge pour l'ensemble des patients des urgences. Le fait de diminuer la proportion de patients valides qui consultent aux urgences ne permettrait donc pas de réduire les temps d'attente ni de désengorger les SU. (49)

De plus, on constate un réel sous-effectif de personnel médical et paramédical dans les services d'urgences, dû à la réduction des postes au cours des dernières décennies et à une dégradation des conditions de travail. D'après une enquête du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs (SNPHARE), 85% des équipes médicales des SU sont incomplètes, avec une différence avec l'effectif cible souhaité supérieure à 30% dans la moitié des cas. (38) Cela nécessite une majoration du recours à l'intérim pour pallier tant bien que mal à ce manque de personnel. Les conséquences qui découlent de cette pénurie sont la fermeture de services d'urgences ou encore leur transformation en centre de soins non programmés. Treize pourcents des SU en France se retrouvent contraints de filtrer leurs entrées, une première fois en Alsace pour le CHH durant la nuit du 12 au 13 août 2022. Ces 88 services d'urgences ont mis en place une restriction d'accès ; 67 d'entre eux bénéficient d'une régulation médicale préalable par le SAMU Centre 15 qui décide d'autoriser ou non

l'accès aux urgences, 42 SU ont eu recours à des fermetures totales la nuit durant le mois de juillet 2022. (50)

Il existe également une fragilité dans les relations entre la médecine de ville et l'hôpital. D'une part, l'offre de la médecine de ville n'est pas suffisamment développée pour absorber les consultations non programmées en libéral. (3) D'autre part, la tarification en vigueur dessert la coopération entre les deux entités. En effet, un même patient pris en charge à l'hôpital revient bien plus cher à la sécurité sociale que s'il était pris en charge en ville. Or, les patients peu graves ne nécessitant pas d'hospitalisation constituent un intérêt financier non négligeable pour les services d'urgences et les hôpitaux. (3)

Enfin, la diversité des numéros de régulation tend à complexifier les parcours de prise en charge des patients. (3,51) L'ARCEP (Autorité de Régulation des Communications Électroniques, des postes et de la distribution de la Presse) décompte 13 numéros d'urgences (52) :

- 15 : SAMU,
- 17 : police ou gendarmerie,
- 18 : pompiers,
- 112 : numéro d'urgence européen,
- 114 : numéro d'urgence pour les personnes déficientes auditives,
- 115 : urgences sociales,
- 116000 : enfants disparus,
- 116111 : enfance en danger,
- 116117 : permanence des soins ambulatoires,

- 119 : enfance maltraitée,
- 191 : sauvetage aéronautique,
- 196 : sauvetage maritime,
- 197 : alerte attentat et alerte enlèvement.

A ces derniers s'ajoutent les numéros spécifiques de la PDSA ou encore les numéros locaux de SOS médecins.

La SFMU a proposé de réduire considérablement cette liste et de ne conserver que les quatre numéros d'appel d'urgence suivants : le 15 pour tout ce qui relève de la santé et du social, le 17 pour les problèmes de sécurité, le 18 pour les incendies et le secours et le 112 en tant que numéro européen connu des touristes et permettant l'accès aux trois services précédents.

(51) Elle n'est pas favorable à la création d'une plateforme commune de réception des appels d'urgences. En effet, le traitement d'un appel d'urgence est meilleur quand on diminue le nombre d'interlocuteurs et différent selon la structure qui le réceptionne. C'est pourquoi la spécificité de chaque métier permet une réponse adaptée aux besoins de chacun.

4.4.4 Les solutions

Plusieurs solutions ont été proposées afin de soulager les services d'urgences. Comme le notait N. Nieder dans sa thèse, « la résolution globale de la surcharge des structures d'urgences ne pourra trouver une réponse unique tant le phénomène est complexe et polyfactoriel. » (53)

Tout d'abord, en amont des urgences, des dispositifs sont mis en place pour ne pas adresser les patients aux urgences. Évidemment, il existe les consultations libres de médecine générale.

Le développement de la télémédecine dans les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) ainsi que la création d'unités mobiles de téléconsultation sont des pistes à explorer. (38) La rééquilibrage des tarifs entre l'hôpital et la ville permettrait également une meilleure prise en charge des patients. (3) De plus, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a conduit à la suppression du numéris clausus. (54) Depuis la rentrée 2020, le nombre d'étudiants en santé accédant à la seconde année d'études de médecine est déterminé par chaque université selon ses capacités de formation et les besoins du territoire. Cela permet de former davantage de médecins mais le bénéfice ne sera observable que dans une dizaine d'années. (55)

Ensuite, la régulation et l'éducation des patients permettent de freiner la fréquentation des urgences lorsque ce n'est pas nécessaire. La conservation d'un numéro de régulation unique permettrait de clarifier les trajectoires à emprunter par les patients. (1,3) Plusieurs hôpitaux, comme l'APHP ont également mis en place des sites internet où le nombre de patients présents au SU est consultable en temps réel avec des estimations de temps d'attente, ce qui permettrait de dissuader les patients peu graves lors des périodes de forte affluence et ainsi de réguler le flux. (56) Sur la page Santé.fr du gouvernement, on peut trouver des explications quant à l'attente aux urgences ainsi que des informations concernant les alternatives, afin d'éduquer les patients, d'améliorer leur compréhension et de diminuer leur mécontentement. Parmi tous ces messages de prévention, une phrase retient l'attention du lecteur : « Souvenez-vous que l'on ne vous fera attendre que si votre état le permet. » Il est important de le rappeler, car cela va rassurer le patient, le faire relativiser et l'éduquer. (57) Des structures spécifiques sont également en place pour décharger les urgences. En médecine de ville, plusieurs dispositifs permettent de décharger les urgences des consultations non

programmées, que ce soit en journée ou pendant la PDSA, comme les MMG indépendantes, les coopératives de MG, les walk-in centers, les centres de soins non programmés, comme celui qui a ouvert ses portes à proximité des urgences du CH de Mulhouse en mai 2021 ou encore SOS médecins. (3) Il persiste néanmoins un obstacle dans le développement des MMG adjacentes aux SU : la diminution du nombre de passages aux urgences a pour conséquence une baisse du financement pour les établissements de santé. De plus, certains patients préféreront consulter tout de même aux urgences à cause de la gratuité apparente des soins et de la nécessité d'avance des frais médicaux en MMG.

L'hôpital peut participer au désengorgement des urgences en créant des filières d'entrées directes adaptées à un certain type de patients, plutôt âgés et atteints de maladie chroniques. (58) Ces dispositifs permettent l'hospitalisation d'un patient directement dans le service dont il a besoin depuis son domicile. Une unité gériatrique d'entrées directes a été créée au CHU de Nancy en 2014. Elle a permis de garantir une bonne qualité des soins et même de diminuer la durée d'hospitalisation des patients. (3)

Enfin, des réorganisation internes au sein des urgences permettent de fluidifier les PEC des patients. Des filières courtes gérées par des urgentistes ont été mises en place et leur efficacité est prouvée. (18-22,59) Selon les retours d'expériences de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MEAH) et de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP), les créations de filières courte et ultra courte (CH Bastia, exclusion de tous les patients classés CCMU 2 ou au-delà) ont permis une réduction des temps d'attente et de passage aux urgences. Les MOA permettent également un gain de temps dans la prise en charge médicale. (23,60) Des médecins généralistes sont venus prêter main forte sous forme de filière dédiée dans des SU (16,24,25) ou encore de maison médicale de garde, au sein de l'hôpital ou à

proximité. (1,27) L'hypothèse selon laquelle la prescription anticipée d'examens complémentaires radiographiques par l'IOA selon un protocole pourrait diminuer le temps de passage des patients au SU a été vérifiée dans l'étude de PG. Claret à l'hôpital de Tenon (61). En effet, le délai jusqu'au premier contact médical a diminué de 41 minutes et la durée totale du passage au SU de 48 minutes. Cette délégation de tâche nécessite des formations régulières des IOA et constitue une piste pour le désengorgement des SU. (61,62) Elles pourraient également améliorer la satisfaction des patients pour qui le temps d'attente « n'est plus un temps mort (...) mais devient une étape de la démarche diagnostique. »

Pour finir, en aval des urgences, la gestion des lits est le principal problème. Selon le rapport de la DREES, le nombre de lits d'hospitalisation complète a régulièrement baissé de -0,9% par an en moyenne entre 2013 et 2019, atteignant -1,2% en 2020. (63) L'ouverture de lits dans les services d'hospitalisations ainsi que l'emploi de personnel médical et paramédical surnuméraire constituent une solution majeure au désengorgement des urgences, dont la proportion de patients âgés et dépendants ne fait qu'augmenter.

5 CONCLUSION

La création d'une filière médecine générale (FMG) fin 2019 au SU du CH d'Haguenau à la place de la filière courte (FC) n'a pas permis de diminuer le temps d'attente avant le premier contact médical ni le temps de passage aux urgences pour les patients valides.

Plusieurs biais ont été identifiés à l'issue de cette étude, notamment une puissance trop faible, une analyse trop précoce sans respect d'une période d'adaptation après la création de cette filière et des groupes de populations pas tout à fait comparables en raison de la modification des critères d'orientation en FMG.

De nombreuses études intégrant des MG dans des SU présentent des résultats positifs laissant supposer que le développement de la FMG ne peut être que bénéfique pour les patients ainsi que pour les médecins urgentistes, en participant à l'activité des consultations non programmées aux urgences. Une nouvelle étude serait à envisager maintenant que le fonctionnement de la FMG est mieux connu de ses intervenants (praticiens, internes de SASPAS et IOA) et que le parcours des patients est plus fluide.

D'autres solutions permettent également de soulager les urgences du flux de patients comme les filières d'entrée directe à l'hôpital ou encore les MMG en libéral lors de la PDSA, préférentiellement à proximité d'un SU.

Même si les résultats de cette étude ne sont pas significatifs au vu des critères de jugement et des objectifs choisis, le fait de confier la FC à des MG est une option crédible pour continuer à prendre en charge tous les patients qui se présentent aux urgences la journée, en limitant

la perte de chance pour les patients les plus graves qui restent pris en charge par les urgentistes. Rien ne devrait opposer les urgentistes aux généralistes. Les compétences de chacun se complètent et les moyens doivent être mis en commun : à la spécificité de la médecine d'urgence vient s'ajouter la polyvalence de la médecine générale. La coopération entre médecins généralistes et urgentistes dans une même structure est donc justifiée et souhaitable. Cette synergie est susceptible d'améliorer la qualité de la prise en charge de chaque patient et comme l'a si bien énoncé le Pr Gilles POTEL dans le cercle thématique sur les urgences, « la médecine générale a toute sa place aux urgences ». (1)

VU

Strasbourg, le *13 septembre 2022*

Le Président du jury de thèse

Professeur Pascal BILBAULT


Professeur P. BILBAULT

Chief de Pôle et Responsable de Service
Service des Urgences Adultes - Pôle Urgences (SAMU) /
Médecine intensive et Réanimation
HOPITAL DE HAUTEPIERRE
1 Avenue Molière - 67088 STRASBOURG Cedex
Tel : 03 88 12 81 79 - Fax : 03 88 12 84 05

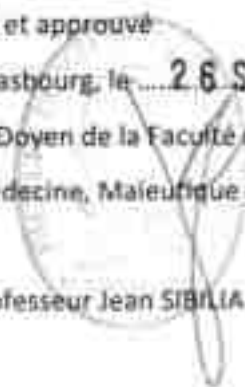
VU et approuvé

Strasbourg, le **26 SEP. 2022**

Le Doyen de la Faculté de

Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé

Professeur Jean SIBILLA



6 ANNEXES

Annexe 1 : Classification Infirmière des Malades aux Urgences.

Niveau CMU	Stabilité	Risque	Resilience	Action	Délais	Secteur
1	Détresse vitale majeure	Dans les minutes	≥ 5	Support d'une ou des fonctions vitales	Infirmière < 1 min Médecin < 5 min	SAUV
2	Atteinte potentielle d'un organe vital ou lésion traumatique sévère (instabilité potentielle)	Dans les prochaines heures	≥ 5	Traitement de la fonction vitale ou lésion traumatique	Infirmière < 1 min Médecin < 20 min	SAUV
3	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle instable ou complète (instabilité potentielle)	Dans les 24 heures	≥ 3	Évaluation diagnostique et pronostique et complément du traitement	Médecin < 90 min	Box ou salle d'attente
4	Atteinte fonctionnelle ou lésionnelle stable	Non	1-2	Acte diagnostique et/ou thérapeutique limité	Médecin < 120 min	Box ou salle d'attente
5	Pas d'atteinte fonctionnelle ou lésionnelle évidente	Non	0	Pas d'acte diagnostique et/ou thérapeutique	Médecin < 240 min	Box ou salle d'attente

Source : *Le triage en structure des urgences, Recommandations formalisées d'experts, Société Française de Médecine d'Urgence, 2013.*

Disponible sur : https://www.sfm.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf

Annexe 2 : Évolution du nombre de passages annuels et des temps moyens de passages aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Filière Courte						
Nombre total de passages annuels	6372	7405	8521	8653	8295	8592
Pourcentage de passages (en %)	21%	23%	26%	26%	24%	25%
Temps moyen de passage (en heures)	02:29	02:02	02:20	01:59	02:15	02:37
Filière Classique						
Nombre total de passages annuels	24256	23751	23729	24002	25915	24995
Pourcentage de passages (en %)	78%	75%	72%	72%	74%	73%
Temps moyen de passage (en heures)	04:24	04:28	04:20	04:08	04:24	04:54
Filière SAUV						
Nombre total de passages annuels	334	440	538	650	740	740
Pourcentage de passages (en %)	1%	1%	2%	2%	2%	2%
Temps moyen de passage (en heures)	03:21	04:05	03:59	03:57	04:36	04:31
Urgences						
Nombre total de passages annuels	30962	31596	32788	33610	34950	34327

Légende

SAUV : Service d'Accueil des Urgences Vitales

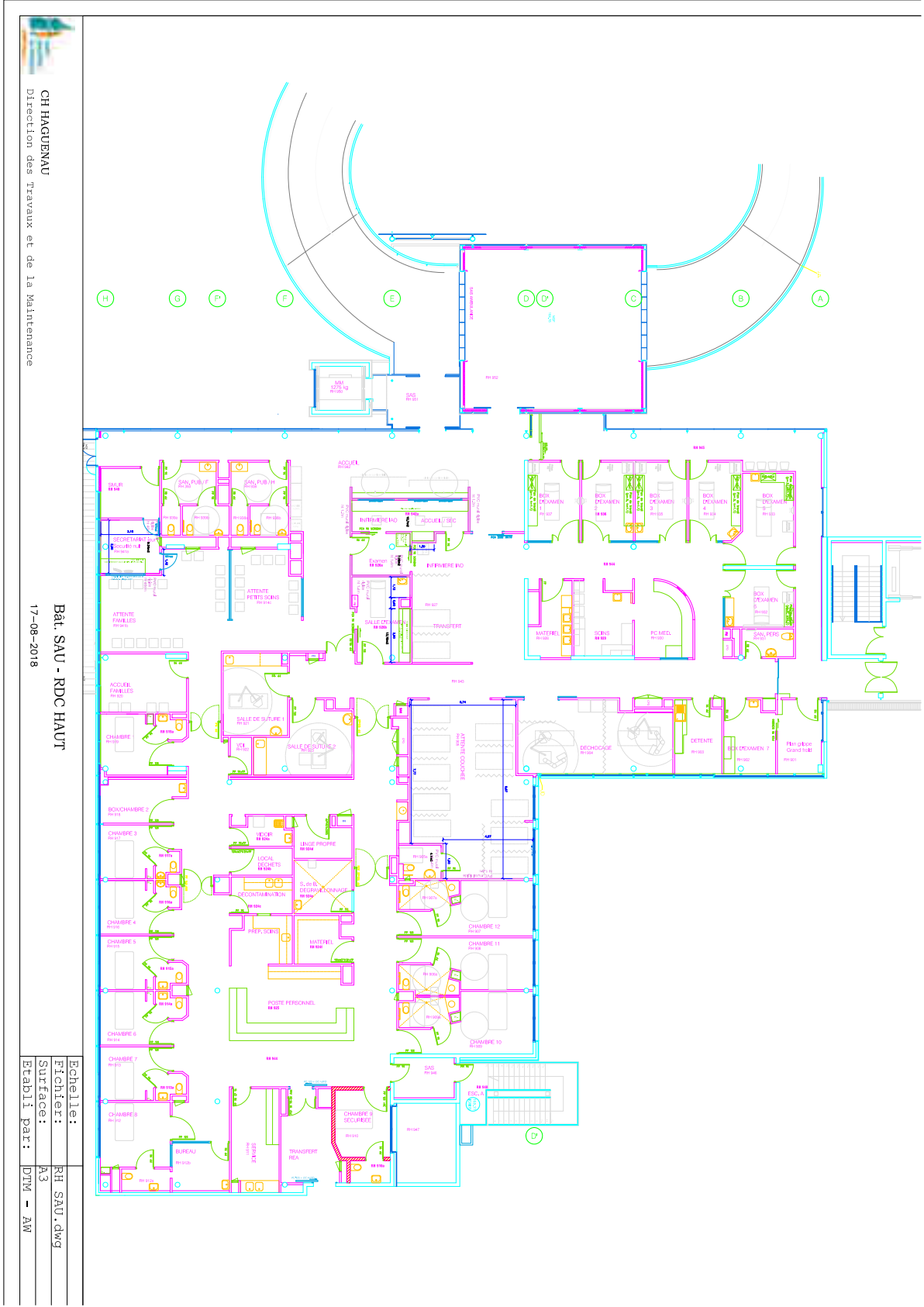
Annexe 3 : Protocole d'orientation en filière courte aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.

 <p>SERVICES D'ACCUEIL DES URGENCES - SBHUS</p>	FILIERE COURTE	CODE : VERSION : 1 DATE D'APPLICATION : 02/06/2013
Composition de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - 1 MOA (Médecin Organisateur de l'Accueil) - 1 IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil) - 1 AS référente 	
Mission spécifique	<p>Patients cibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients classés CIMU 5 (TRI 5) par l'IOA. <p>Critères d'admissibilité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients autonomes et capables de se déplacer seuls. - Age < 70 ans - EVA < 7 <p>Questions à se poser pour le tri :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de gravité correspond-il à une CIMU 1,2,3 ou 4 ? - Devra-t-on vraiment désabiller le patient ? - La position assise est-elle impossible ? - Devra-t-on vraisemblablement réaliser un bilan biologique ? - Devra-t-on suturer une plaie ? <p><i>Si la réponse est non à toutes ces questions : le patient peut être orienté en filière courte.</i> <i>Si la réponse est oui à au moins une de ces questions : le patient est orienté en filière médico-chirurgicale</i></p> <p>NB : Possibilité de consulter vers une autre filière si nécessaire.</p>	
Contributions spécifiques attendues	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des délais d'attente aux urgences. - Diminuer le temps de passage global aux urgences. - Désengorgement de la filière normale. - Prendre en charge des patients pouvant être potentiellement traités rapidement. - Remise à disposition de brancards pour les urgences vraies et les prises en charge lourdes. - Réduction des tensions en salle d'attente. - Optimiser le flux de prise en charge dans le but d'anticiper sur une future augmentation d'activité du service. ☐ ☐ ☐ 	

 <p>SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES - SMU</p>	FILIERE COURTE	CODE : VERSION : 1 DATE D'APPLICATION : 02/04/2013
Autres exigences spécifiques du poste	Horaires d'ouverture : <ul style="list-style-type: none"> - Du lundi au vendredi de 9h à 18h. - Fonctionnement en continu, pas de fermeture au moment du repas de midi (durant sa pause repas le MOA se fera remplacé par le médecin coordonnateur). - La nuit et le WE la salle d'examen devient un box pour les CDMU 4 et 5. Cette salle devra être libérée au plus tard à 9 heures le lendemain matin au moment de la réouverture de la filière courte. 	
Moyens mis à disposition	<ul style="list-style-type: none"> - 1 salle d'attente et 1 salle d'examen dédiés. - Circuit patient distinct du circuit des 2 autres filières. <p>NB : Si une syndactylie ou un plâtre doivent être réalisés, le patient, se rend au niveau des chaises situées près du box 5. L'IDE référente plâtre se chargera de l'appeler afin de lui réaliser son soin avant sa sortie ☐</p>	
Examens réalisés en filière courte	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie - Bandelette urinaire 	

REDACTION NOM : DR SCHLEGEL JEROME FONCTION : CHEF DE SERVICE SAUSMUR Visa :	VALIDATION NOM : FONCTION : Visa :	APPROBATION NOM : FONCTION : Visa :
---	--	---

Annexe 4 : Plan des urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.



Annexe 5 : Protocole d'orientation en filière médecine générale aux urgences du Centre Hospitalier de Haguenau.

 SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES - SMUR	FILIERE MEDECINE GENERALE	Code : VERSION : 1 DATE D'APPLICATION : 02/11/2018
Composition de l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - 1 Médecin généraliste 	
Mission spécifique	<p><u>Patients cibles :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients classés CIMU 4 et 5 par l'IGA. <p><u>Critères d'admissibilité :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients autonomes et capables de se déplacer seuls. - EVA < 7 <p><u>Question à se poser pour le tri :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le niveau de gravité correspond-il à une CIMU 1,2,3? - La position assise est-elle impossible ? <p><i>Si la réponse est non à toutes ces questions : le patient peut être orienté en filière médecine générale.</i> <i>Si la réponse est oui à au moins une de ces questions : le patient est orienté en filière classique.</i></p> <p>NB : Possibilité de réorienter vers une autre filière si nécessaire.</p>	
Contributions spécifiques attendues	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des délais d'attente aux urgences. - Diminuer le temps de passage global aux urgences. - Désengorgement de la filière classique. - Prendre en charge des patients pouvant être potentiellement traités rapidement. - Rendre à disposition de brancards pour les urgences vitales et les prises en charge lourdes. - Réduction des tensions en salle d'attente. - Optimiser le flux de prise en charge dans le but d'anticiper sur une future augmentation d'activité du service. 	
Autres exigences spécifiques du poste	<p><u>Horaires d'ouverture :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lundi 10h à 20h. - Mardi 9h à 18h. - Mercredi 10h à 20h. - Jeudi 10h à 19h. 	


 <p>SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES - SAMU</p>	FILIERE MEDECINE GENERALE	Code : Version : 1 Date d'application : 02/11/2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Vendredi 9h à 18h - La nuit et le WE ou en l'absence du médecin généraliste, les patients sont orientés en filière courte. 	
Moyens mis à disposition	<ul style="list-style-type: none"> - 1 bureau et 1 salle d'examen dédiés. - Circuit patient distinct du circuit des 3 autres filières. <p>NB : Si une syndactylie ou un plâtre doivent être réalisés, le patient, se rend au niveau des chaînes vitales près de la 3. 1, l'IDE référent plâtre se chargera de l'appeler afin de lui réaliser son soin avant sa sortie.</p>	
Examens réalisés en filière courte	<ul style="list-style-type: none"> - Radiographie - Examen biologique - Bandelette urinaire 	

REDACTION NOM : DR SCHLEGEL JEROME FONCTION : CHEF DE SERVICE SALUSMAR VISA :	VALIDATION NOM : DR SCHLEGEL JEROME FONCTION : CHEF DE SERVICE VISA :	APPROBATION NOM : FONCTION : VISA :
--	--	--

**Annexe 6 : Liste des pathologies prises en charge en filière médecine générale aux urgences
du Centre Hospitalier de Haguenau.**

 <p>Centre Hospitalier de Haguenau SERVICES D'URGENCE LABORATOIRES - GMLJH</p>	FILIERE MEDECINE GENERALE	CODE : VERSION : 1 DATE D'APPLICATION : 04/11/2019
---	----------------------------------	--

Douleur	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur dentaire sans fièvre / sans téramin - Douleur musculaire diffuse
Rhumatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur rachidienne sans traumatisme (cervical / dorsal / lombaire) - Douleur articulaire sans traumatisme / sans fièvre (épaule)
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Piqure d'insecte / de tique - Bouton isolé / Plaque isolée - Cor au pied / Verrue - Prurit / Démangeaison localisée / Sécheresse de la peau
Digestif	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur abdominale > 1 semaine isolée (pas de masse / vomissement) - Constipation (sauf si vomissement) + Hématocrites non hyperalgiques (Hb < 7)
Ophthalmologie (appeler l'ophtalmologue ou !)	<ul style="list-style-type: none"> - Décompensation oculaire - Œil rouge + Corps étranger intra-oculaire
ORL	<ul style="list-style-type: none"> + Douleur de gorge / Angine / Stomatite / Aphte - Obstruction nasale / Rhinite / Sinusite - Pathologie de l'oreille / Otite / Bouchon de cérumen - Corps étranger dans l'oreille / dans le nez
Plaies	<ul style="list-style-type: none"> - Plaque superficielle ne nécessitant pas de suture / Ecchymose superficielle - Brûlure peu étendue (< 5% de la surface corporelle) - Morsure - Plaque simple linéaire < 3cm - Écharde
Pneumologie	<ul style="list-style-type: none"> - Tous sans fièvre et sans dyspnée
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> - Anxiété / Anxiété isolée (sans idée suicidaire)
Traumatologie	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatisme ne nécessitant pas d'amalgique majeur (pdlr 2) - Contusion / Élongation - Entorse (doigt / poignet / coude / épaule / genou / pied / cheville...) - Traumatisme des extrémités (doigt / orteil) sans déformation - Traumatisme du nez

	FILIERE MEDECINE GENERALE	Code : Version : 1 Date d'application : 04/11/2019
---	----------------------------------	--

Urologie	<ul style="list-style-type: none"> - Brûlures génitales sans frotte chez la femme jeune (non enceinte)
----------	---

REDACTION NOM : DR BERARD LISE FONCTION : VISA :	VALIDATION NOM : DR SCHLEGEL JEROME FONCTION : CHEF DE SERVICE SAUSMUR VISA :	APPROBATION NOM : FONCTION : VISA :
--	--	---

Annexe 7 : Classification Clinique des Malades aux Urgences

La Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée

La CCMU modifiée classe selon 7 degrés de gravité les patients de l'urgence pré hospitalière (SMUR) et de l'accueil hospitalier. C'est le médecin SMUR ou de l'accueil qui détermine à la fin de l'examen clinique initial ce degré. L'examen clinique comprend interrogatoire, examen physique et éventuellement E.C.G., SpO₂, glycémie capillaire, bandelette urinaire ou hématocrié par micro méthode.

Cette classification est issue de la CCMU à 5 classes à laquelle il été ajoutée 2 nouvelles classes :

- CCMU D, patients déjà décédés à l'arrivée du SMUR ou aux urgences, aucune manœuvre de réanimation n'est entreprise
- CCMU P, patients souffrant d'une pathologie psychiatrique dominante sans atteinte somatique instable associée.

Définitions :

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

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

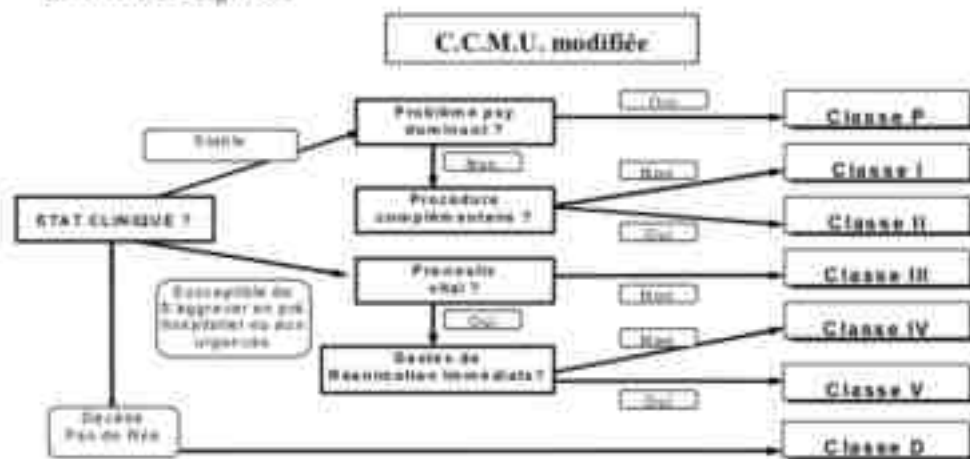
CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

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



Évaluation à réaliser à la fin de l'interrogatoire, du bilan des fonctions vitales et de l'examen clinique qui peut comprendre aussi :

E.C.G., SpO₂, glycémie capillaire, Hématocrite par micro méthode.

Les procédures complémentaires sont réalisées par le SMUR ou doivent l'être au sein d'un service d'urgence : Soins, ponctions, drainage, traitement parentéral, radiographie, bilans biologiques, consultations spécialisées somatiques.

Source :

<http://urgentologie.free.fr/dmdocuments/organisation/smur/2003%20%20ccmu.pdf>

Annexe 8 : French Emergency Nurses Classification in-Hospital triage

Tvl	Situation	Risque d'aggravation	Perte de chance en cas d'attente	Actes hospitaliers prioritaires	Hospitalisation possible	Actions	Délais d'intervention	Intensivité
1	Défaillance vitale imminente	Dans les minutes	+++	0-2	0-20%	Support vital ou des fonctions vitales	Dans 15 min (urgence + réanimation)	SAU*
2	Malade potentiel d'un organe ou d'un système fonctionnel sévère**	Dans l'heure	++	0-3	0-20%	Traitements de l'organe ou du système fonctionnel	Médical + 30 min (Urgence + 20 min)	SAU** ou SAU
3A	Malade potentiel d'un organe ou d'un système fonctionnel sévère. Comorbidités (cardio) ou pathologie associée**	Dans les 24 heures	+	0-3	0-20%	Examen diagnostique et thérapeutique en complément de l'attente	Médical + 30 min (sans référence si besoin)	SAU ou SAU** ou salle d'attente
3B	Même Tvl 3A Pathologie sans comorbidité associée	Dans les 24 heures	+	0-3	0-20%	Examen diagnostique et thérapeutique en complément de l'attente	Médical + 30 min (sans référence si besoin)	SAU ou salle d'attente
4	Malade chronique ou symptômes sévères	Non	0	1-4	0-10%	Acte diagnostique ou thérapeutique simple	Médical + 120 min (sans référence si besoin)	SAU ou salle d'attente
5	Pas d'attente thérapeutique ou chirurgicale urgente	Non	0	0	0%	Pas d'acte diagnostique ou thérapeutique	Médical + 240 min	SAU ou salle d'attente ou service médecine de garde

* ou transférer à l'unité qui possède une action thérapeutique dans les 20 minutes suivantes

** patient admis par médecin à son retour des urgences

Source : SFMU - FRENCH Triage - V1.1 Juin2018

Disponible sur : <https://docplayer.fr/149374635-L-echelle-de-tri-f-r-e-n-c-h-olivier-picot-csu-sfm-Paris-CMUB-2019.html>

7 BIBLIOGRAPHIE

1. ANAP. Restitutions 1^{er} cercle thématique Urgences « Les urgences ce n'est pas systématique ». Paris : ANAP ; 2017. [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/urgences/publication/1724-1er-cercle-urgences-les-urgences-ce-n-est-pas-systematique-restitution-des-travaux/2676-restitution-cercle-urgence>
2. APM news. Nouvelle hausse des passages aux urgences en 2018, ciblée sur les services les plus importants. [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.apmnews.com:443/story.php?objet=340938>
3. Cour des comptes. Rapport public annuel 2019. Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. 2019.
4. DREES. Les établissements de santé, édition 2019. La médecine d'urgence. [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/26-14.pdf>
5. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014. 2014 ; 673.
6. SFMU. Recommandations formalisées d'experts. Le triage en structure des urgences. 2013. [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/RFE_triage_IOA_2013.pdf
7. DREES. L'arrivée aux Urgences selon la tranche d'âge du patient et la zone géographique du recours aux urgences [Internet]. [cité 21 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=1196>
8. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies médicales. *Ann. Fr. Med. Urgence*. Juill 2019;9(4):229-34.
9. Jones S, Moulton C, Swift S, Molyneux P, Black S, Mason N, et al. Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality. *Emerg. Med. J.* 1 mars 2022;39(3):168-73.
10. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La réforme du 3e cycle [Internet]. 2019. [cité 20 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/etudiants-internes/etudes-medecine/reforme-3e-cycle>
11. ANAP. Évaluer l'opportunité et les modalités de la mise en place d'un circuit court au sein du service des urgences [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <https://ressources.anap.fr/urgences/publication/1760>

12. MeaH. Retours d'expériences Tome 3 - Partie 1. Réduire les temps d'attente et de passage aux urgences. 2007. [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/sau/MeaH/2007%20-%20BPO%20urgence%20Partie%201.pdf>

13. Alladaye T, Aubert T, Benzine A, Bissolokele P, Conche A, Gauche A et al. Gestion des flux dans une structure d'urgences de plus de 40000 passages, impact de la création d'un circuit court sur les délais de prise en charge. 2012. [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2012/donnees/communications/resume/resume_321.htm

14. Classification Clinique des Malades des Urgences modifiée. [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <http://urgentologue.free.fr/dmdocuments/organisation/smur/2003%20-%20ccmu.pdf>

15. Gazzah M, Ghannouchi S. Le triage aux urgences : pourquoi et comment ? 2008. [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.efurgences.net/publications/triefurgences.pdf>

16. Balestrieri V. Organisation d'une consultation de médecine générale de premier recours au sein du service d'accueil des urgences à Arles. Thèse de médecine. Université d'Aix Marseille ; 2019, 97 p.

17. Chaudet A. Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge. Thèse de médecine. Université de Poitiers ; 2013, 88 p.

18. Claessens YE, Dabreteau A, Martin C, Ranerison R, Takun K, Thiebaud PC. Le Fast-Track : Un moyen efficace de gestion de flux. 2013. [Internet]. [cité 8 août 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2013/donnees/communications/resume/resume_58.htm

19. Saidi K, Paquet AL, Goulet H, Ameer F, Bouhaddou A, Nion N, et al. Effets de la création d'un circuit court au sein d'un service d'urgence adulte. Ann. Fr. Med. Urgence. 1 déc 2015;5(6):283-9.

20. Dehouck MA. Évaluation de l'efficacité d'une filière courte aux urgences du centre hospitalier de Calais. Thèse de médecine. Université de Lille 2 ; 2017, 42 p.[Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2017/2017LIL2M395.pdf

21. Péquignot V, Arnaud A. Retour d'expérience sur la mise en place d'un circuit court aux Urgences SAU Timone 2. 2015, 24 p. [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <http://www.copacamu.com/files/11/communications2015/JEUDI/HA2/9h00-PEQUIGNOT-ARNAUD.pdf>

22. Garitain P, Palandri L. Retour d'expérience sur la mise en place d'un circuit court aux urgences. 2015, 17 p. [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <http://copacamu.com/files/11/communications2015/JEUDI/HA2/9h00-Garitain-Palandri.pdf>
23. Allard C. Amélioration de la prise en charge médicale en filière courte : la place du médecin sénior. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2018, 57 p. [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2018/2018LILUM334.pdf
24. Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours. Thèse de médecine. Université d'Aix-Marseille ; 2010, 109 p. [Internet]. [cité 5 août 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/16025449-Optimisation-de-la-gestion-des-flux-des-patients-aux-urgences-hospitalieres-par-une-consultation-de-medecine-generale-liberale-de-premier-recours.html>
25. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux. Thèse de médecine. Université de Bordeaux 2 ; 2017, 80 p. [Internet]. [cité 4 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676405/document>
26. Nabli N. La création d'une consultation non programmée adjacente aux urgences : une réponse complémentaire aux demandes de consultations non programmées ? Évaluation rétrospective aux urgences d'Orléans. Thèse de médecine. Université François Rabelais de Tours ; 2014, 59 p. [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: http://www.applis.univ-tours.fr/scd/Medecine/Theses/2014_Medecine_NabliNesrine.pdf
27. Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ? Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2014, 70 p. [Internet]. [cité 15 août 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01083540/document>
28. Smith L, Narang Y, Pavon ABI, Edwardson K, Bowers S, Jones K, et al. To GP or not to GP: a natural experiment in children triaged to see a GP in a tertiary pediatric emergency department. *BMJ Qual Saf.* 1 juill 2018;27(7):521-8.
29. Rey JW, Dümcke S, Fischbach A, Dieroff M, Tresch A, Nguyen-Tat M, et al. Sa1070 the Manchester Triage System (MTS): A Score for Emergency Management of Patients With Acute Gastrointestinal Bleeding - A Retrospective Analysis in a Maximum Care Hospital in Germany. *Gastrointest Endosc.* 1 mai 2016;83(5):AB224.
30. Chmiel C, Wang M, Sidler P, Eichler K, Rosemann T, Senn O. Implementation of a hospital-integrated general practice : a successful way to reduce the burden of inappropriate emergency-department use. *Swiss Med Wkly.* 2016;146:w14284.

31. Van Uden CJT, Winkens RAG, Wesseling G, Fiolet HFBM, van Schayck OCP, Crebolder HFJM. The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. *J Gen Intern Med.* juill 2005;20(7):612-7.
32. Claret PG, Bobbia X, De La Coussaye JE. Évaluation de la classification infirmière des malades aux urgences (CIMU) : généralisation des résultats. *Ann. Fr. Med. Urgence.* 1 mai 2015;5(3):142-3.
33. Rutschmann OT, Kossovsky M, Geissbühler A, Perneger TV, Vermeulen B, Simon J, et al. Interactive triage simulator revealed important variability in both process and outcome of emergency triage. *J Clin Epidemiol.* 1 juin 2006;59(6):615-21.
34. SFMU. FRENCH triage. V1.1 Juin 2018. [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/2019%2012%2006%20FRENCH%20pour%20PDF%20A4%20V1.2%20site.pdf>
35. Taboulet P, Moreira V, Haas L, Porcher R, Braganca A, Fontaine JP, et al. Triage with the French Emergency Nurses Classification in Hospital scale: reliability and validity. *Eur J Emerg Med Off J Eur Soc Emerg Med.* avr 2009;16(2):61-7.
36. Taboulet P, Vincent-Cassy C, Squara PA, Resche-Rigon M. Validité de la FRENCH, l'échelle de tri des urgences hospitalières élaborée par la Société française de médecine d'urgence. *Ann. Fr. Med. Urgence.* janv 2019;9(1):10-6.
37. Khelif M. Évaluation de la qualité et de la pertinence du triage par l'infirmière organisatrice de l'accueil au service d'accueil des urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque. Thèse de médecine. Université de Lille ; 2020, 107 p. [Internet]. [cité 3 sept 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/844001dc-750d-49e9-a231-26262713a5ff>
38. SNPHARE. Enquête Urgences: la coupe est pleine ! *Journal du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs Élargi* n°86. Juin 2019. [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://snphare.fr/assets/media/enquete-urgences-phare-86-7.pdf>
39. Est-RESCUE. Panorama urgences 2016. Activité des structures d'urgence Région Grand Est. 2017, 274 p. [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: https://www.est-rescue.fr/wp-content/uploads/2017/12/Panorama-2016-hyperliens_Version-corrig%C3%A9-15Dec17.pdf
40. Santé Publique France. Réseau OSCOUR - Organisation de la surveillance coordonnée des urgences. 2019. [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences>

41. Statista Research Department. Nombre de passages aux urgences générales en France de 2013 à 2017. [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/689285/nombre-passages-urgences-france/>
42. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. DREES Études & Résultats numéro 929. 2015 [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er929.pdf>
43. Jacquier D. Qui se plaint aux urgences et pourquoi ? Thèse de médecine. Université de Paris 7 ; 2010, 66 p.
44. Claret PG, Bobbia X, Richard P, Poher F, De La Coussaye JE. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. Ann. Fr. Med. Urgence. 1 mars 2014;4(2):96-105.
45. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. DREES Études & Résultats numéro 212. 2003;8.
46. Lejaille V. Motivation de recours et parcours de soins aux urgences des patients d'une petite ville d'Ille et Vilaine : Redon. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2018, 87 p.
47. Fagot Griffin E. Caractéristiques démographiques et connaissance de la permanence des soins des usagers des services d'urgence du Havre. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2012, 84 p.
48. Kaskas GA. Enquête préalable à la mise en place d'un dispositif de consultations non programmées au SAU du centre hospitalier de Périgueux. Thèse de médecine. Université de Bordeaux ; 2017, 112 p.
49. Schull MJ, Kiss A, Szalai JP. The effect of low-complexity patients on emergency department waiting times. Ann Emerg Med. 2007 Mar;49(3):257-64 [Internet]. [cité 31 août 2021]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17049408>
50. Noizet M. Les Structures d'Urgences toujours en grande difficulté au milieu de l'été. Samu Urgences de France - Communiqué de Presse 03/08/2022 [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/fr/actualites/presse/cp-sudf-03-08-2022-les-structures-d-urgences-toujours-en-grande-difficulte-au-milieu-de-l-ete/art_id/1065
51. SFMU. Éléments de réflexion sur les plateformes communes, le numéro unique et leurs effets sur la qualité des soins. [Internet]. [cité 13 juin 2021]. Disponible sur: https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/Note_112_SFMU_1805.pdf
52. ARCEP. Liste des numéros d'urgence [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.arcep.fr/demarches-et-services/utilisateurs/je-cherche-la-liste-des-numeros-durgence.html>

53. Nieder N. Évaluation de l'efficacité d'un plan de lutte contre la surcharge de patients dans une structure d'urgences. Thèse de médecine. Université de Lorraine ; 2017, 130 p.
54. République française. Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Journal Officiel, n°0172 du 26 juillet 2019. [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000038124322/>
55. Conseil d'État. Le Conseil d'État juge que quinze universités doivent augmenter le nombre de places en 2ème année d'études de santé au bénéfice des étudiants en LAS et en PASS [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-etat.fr/actualites/le-conseil-d-etat-juge-que-quinze-universites-doivent-augmenter-le-nombre-de-places-en-2eme-annee-d-etudes-de-sante-au-benefice-des-etudiants-en-la>
56. APHP. La fréquentation des Services d'Accueil des Urgences de l'AP-HP. [Internet]. [cité 1 juill 2022]. Disponible sur: <https://mon.aphp.fr/frequentation-urgences/direct-LRB>
57. République française. L'attente aux urgences. Santé.fr. 2018. [Internet]. [cité 10 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sante.fr/lattente-aux-urgences>
58. Ministère des solidarités et de la santé. Instruction n°DGOS/R4/2021/252 du 14 décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la mesure 5 du pacte de refondation des urgences. [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/instruction_dgos-r4-2021-252_-_14_dec_2021_-_mesure_5_pru-_organisations_d_admissions_directes_des_pa.pdf
59. Pateron D. Les circuits courts sont parfois les meilleurs. Ann. Fr. Med. Urgence. 1 déc 2015;5(6):279-80.
60. Beltramini A, Debuc E, Pateron D. Organisation des structures d'urgence. Encycl Med Chir. (Elsevier Masson, Paris), 2015. [Internet]. [cité 14 août 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/es/article/1022638/organisation-des-structures-d-urgence>
61. Claret PG, Bobbia X, De La Coussaye JE. Les prescriptions anticipées d'imagerie par les infirmier(e)s diplômé(e)s d'État en structure des urgences. Ann. Fr. Med. Urgence. 1 mai 2017;7(2):75-6.
62. Potier B, Sineux D. Mise en place aux urgences d'un circuit court pour les consultations avec prescription anticipée de radiographies par l'infirmière organisatrice de l'accueil. 2011 [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgence_s2011/donnees/communications/resume/resume_199.htm
63. DREES. Les établissements de santé - édition 2022. [Internet]. [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine
maïeutique et sciences de la santé
Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom :MULLER..... Prénom :Mélanie.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète.

Signature originale :

À HAGUENAU , le 14/09/2022

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.