

L'Unité d'Hospitalisation Polyvalente : une nouvelle structure à l'Hôpital d'Instruction des Armes Legouest. Bilan d'activités et rôle du médecin généraliste

Laurent Cavalier

▶ **To cite this version:**

Laurent Cavalier. L'Unité d'Hospitalisation Polyvalente : une nouvelle structure à l'Hôpital d'Instruction des Armes Legouest. Bilan d'activités et rôle du médecin généraliste. Sciences du Vivant [q-bio]. 2010. hal-01731713

HAL Id: hal-01731713

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731713

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1 FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY
2010 N° 3492

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
le 13 Décembre 2010 à Nancy

par

Laurent CAVALIER
Né le 29 juillet 1983 à Grasse
Élève de l'École du Val de Grâce
Ancien élève de l'École du Service de Santé des Armées de Lyon

L'Unité d'Hospitalisation Polyvalente :

Une nouvelle structure à l'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest.
Bilan d'activités et rôle du médecin généraliste.

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur DE KORWIN		PRESIDENT DU JURY
Monsieur le Professeur BRIANÇON	}	JUGES
Monsieur le Professeur BOLLAERT	}	JUGES
Monsieur le Professeur AUBREGE	}	JUGES
Monsieur le Professeur GRAFFIN		DIRECTEUR DE THESE

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Mission « sillon lorrain »* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Mission « Campus »* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ
Vice Doyen Mission « *Finances* » : Professeur Marc BRAUN
Vice Doyen Mission « *Recherche* » : Professeur Jean-Louis GUEANT

Assesseurs :

- Pédagogie	**Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ**
- 1er Cycle :	**Professeur Bernard FOLIGUET**
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation des études para-médicales	**M. Christophe NEMOS**
- 2ème Cycle :	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
- 3ème Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	**Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
« DES Spécialité Médecine Générale »	**Professeur Francis RAPHAËL**
- Filières professionnalisées :	**M Walter BLONDEL**
- Formation Continue	**Professeur Hervé VESPIGNANI**
- Commission de Prospective :	**Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**
- Recherche	**Professeur Didier MAINARD**
- Développement professionnel Continu :	**Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE - Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL – Daniel SCHMITT - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ Gérard VAILLANT – Paul VERT – Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF – Michel WEBER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : ***(Anatomie)***

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : ***(Radiologie et imagerie médicale)***

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : ***(Physiologie)***

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : ***(Nutrition)***

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3ème sous-section : ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : ***(Médecine et santé au travail)***

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : ***(Médecine légale et droit de la santé)***

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2ème sous-section : ***(Réanimation médicale ; médecine d'urgence)***

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRINBIROULET

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIEOBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : ***(Pédiatrie)***

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER

Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : ***(Chirurgie infantile)***

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4ème sous-section : ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : ***(Oto-rhino-laryngologie)***

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : ***(Ophtalmologie)***

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT
2ème sous-section : ***(Cytologie et histologie)***
Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER
3ème sous-section : ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Docteur Béatrice MARIE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER
Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT
Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND
Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Nicole LEMAU de TALANCE
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteur Véronique DECOT-MAILLERET
4ème sous-section : ***(Nutrition)***
Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT
45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD
2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***
Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteur François SCHOONEMAN
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteur Lina BOLOTINE
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER
4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Docteur Patrick ROSSIGNOL

50ème Section : RHUMATOLOGIE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIEOBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE
Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL
64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

========

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN - Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Guy PETIET - Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

À NOTRE PRESIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

Professeur de Médecine Interne

Vous nous faites le très grand honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse.
Pour votre disponibilité, vos précieux conseils qui nous ont permis de mener à bien ce travail.
Veuillez recevoir à travers cette thèse l'assurance de notre haute considération et de notre profond respect.

À NOS JUGES

Monsieur le Professeur Serge BRIANÇON

Professeur d'Épidémiologie, Économie de la santé et Prévention

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre considération et de nos remerciements.

****

Monsieur le Professeur Pierre Édouard BOLLAERT

Professeur de Réanimation Médicale

Nous sommes très honorés de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail.
Pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre sincère reconnaissance.

****

Monsieur le Professeur Alain AUBREGE

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.
Nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement à la Faculté.
Veuillez trouver ici l'expression de nos remerciements et de notre profond respect.

À NOTRE DIRECTEUR DE THESE

Monsieur le Médecin en Chef Bruno GRAFFIN

Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chef du Service de Médecine Interne et de Maladies Infectieuses et Tropicales de l'Hôpital d'Instruction des Armées LEGOUEST

Vous nous avez fait l'illustre honneur de diriger ce travail et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.
Vous avez guidé nos premiers pas d'interne et avez contribué, par votre sens de la responsabilisation et vos qualités pédagogiques indéniables, à faire croître notre passion pour la Médecine Générale, à laquelle vous êtes toujours grandement attaché.
Par votre soutien et votre disponibilité, vous avez su nous accompagner, mois après mois, dans l'élaboration et la rédaction de cette thèse.
Nous vous sommes sincèrement reconnaissant de nous avoir enseigné votre savoir médical et votre esprit d'analyse.
Avec nos sentiments les plus respectueux.

À Monsieur le Médecin Général Inspecteur Maurice VERGOS

Directeur de l'École du Val de Grace
Professeur Agrège du Val de Grace
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon vermeil
Médaille d'honneur du Service de Sante des Armées

***

À Monsieur le Médecin Général Jean-Didier CAVALLO

Directeur adjoint de l'École du Val de Grace
Professeur Agrège du Val de Grace
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite
Récompenses pour travaux scientifiques et techniques - échelon argent
Médaille d'honneur du Service de Sante des Armées

***

À Monsieur le Médecin Chef des Services Dominique FELTEN

Médecin Chef de l'HIA Legouest
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

***

À Monsieur le Médecine en Chef Philippe REY

Chef du Service de Maladie Digestive de l'HIA LEGOUEST
Référent pédagogique militaire de l'HIA LEGOUEST
Professeur Agrégé du Val de Grâce
Chevalier de la Légion d'Honneur
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

À Monsieur le Médecin Général Pierre DAUBAS

Vous êtes à l'initiative de la création de l'UHP. Nous espérons que ce travail est à la hauteur de vos attentes. Nous vous remercions infiniment pour votre disponibilité et le temps que vous nous avez accordé.

***

À Monsieur le Médecin en Chef Denis LAGAUCHE

Chef de service du Service de Médecine Physique et Réadaptation de l'HIA Legouest

Jeune interne dans votre service, c'est toujours avec un grand plaisir que nous avons pu travailler à vos côtés et nous inspirer de cette façon inimitable d'appréhender le patient, sa vie et ses projets.

***

À Monsieur le Médecin en Chef Michel RÜTTIMANN

Nous vous remercions grandement pour vos enseignements, vos conseils et les opportunités que vous nous avez permis de saisir.
Nous serions honorés de croiser à nouveau votre chemin.

***

À Monsieur le Médecin en Chef Thierry MATTON

Chef de service du Service d'Information Médicale de l'HIA Legouest

Votre disponibilité et celle de votre service nous ont été d'une grande aide dans la réalisation de ce travail.

***

À Monsieur le Médecin en Chef Henri LEHOT

Chef de service du Service d'Accueil des Urgences de l'HIA Legouest

Nous apprenons beaucoup à votre contact et vous remercions pour votre gentillesse et le climat de confiance que vous savez instauré au sein de votre équipe.

À Monsieur le Médecin en Chef GIURATO
et Monsieur le Médecin Principal WOLOCH
ainsi que l'ensemble des personnels du Service Médical d'Unité
du 4ème Régiment Étranger (Castelnaudary)

Par vos compétences médicales indéniables et votre expérience dans l'institution, vous avez su, attiser « La Flamme » et conforter notre orientation. Nous aspirons à mener une carrière aussi passionnante et mouvementée que la vôtre et devenir un médecin d'unité reconnu et apprécié pour ses qualités tant médicales que militaires, dualité à la source de notre vocation.

***

À Monsieur le Professeur MONIN
et Monsieur le Professeur LEHEUP

Malgré nos réticences initiales à exercer en pédiatrie, vous nous avez accueillis et permis, par votre enseignement bienveillant, de mieux appréhender ces petits êtres.

***

À Madame le Médecin Principal Jaqueline LAGAUCHE
Chef de l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente de l'HIA Legouest

Vous êtes à la tête du service qui a inspiré ce travail et au sein duquel nous avons beaucoup appris. Vos qualités relationnelles et votre motivation, toujours dans l'intérêt du patient, sont pour nous un véritable exemple.

***

À Monsieur le Docteur AUGEY, Madame le Docteur DAUMONT
et Monsieur le Docteur DAUMONT
Chefs de Service au Centre Hospitalier de Vienne

Percevant les études de médecine comme un compagnonnage, vous avez marqué notre apprentissage par votre savoir-faire et votre savoir-être.

À mes parents

Vous avez su m'apporter tout le soutien et l'amour dont j'avais besoin et mener à bien le travail ingrat et difficile de parent. Ma réussite est aussi la vôtre.

***

À mon épouse, Katya,

qui fait mon admiration au quotidien et avec qui je partage tout. Elle a su me soutenir dans mes projets personnels et professionnels et ce, souvent, aux dépens des siens. En échange de tout mon amour, elle a signé pour me supporter encore de nombreuses années…

***

À mes sœurs

Chacune à leur façon, elles savent m'écouter et m'apporter leur soutien. Sachez que je suis très fier de vos réussites, malgré nos orientations bien différentes.

***

À mes grands-parents et mon oncle Victor

Ils sont les doyens de la famille et j'espère leur faire honneur.

***

À ma belle-famille

Vous m'avez accueilli au sein de votre grande tribu et m'avez toujours soutenu. En espérant pouvoir vous le rendre un jour…

***

À Frédérik

Lui aussi me supporte depuis nos débuts à la boate. Merci pour ta gentillesse inégalable et ton amitié.

***

À Robin et Maxime

Nos chemins se sont séparés à la sortie du nid mais ne cesseront de se croiser à nouveau.

***

À tous mes co-équipiers du XV de la boate

Et à tous ces bons souvenirs sur le terrain et à côté…

***

À mes camarades de promo

Weniko, Axelle, Anaïs, Audrey et Hélène.

o ...ALLEZ OU LA PATRIE ET L'HUMANITE o
VOUS APPELLENT SOYEZ Y TOUJOURS
PRETS A SERVIR L'UNE ET L'AUTRE ET S'IL
LE FAUT SACHEZ IMITER CEUX DE VOS
GENEREUX COMPAGNONS QUI AU MEME POSTE
SONT MORTS MARTYRS DE CE DEVOUEMENT
INTREPIDE ET MAGNANIME
QUI EST LE VERITABLE ACTE DE FOI
DES HOMMES DE NOTRE ETAT.

BARON PERCY
CHIRURGIEN EN CHEF DE LA GRANDE ARMÉE
o AUX CHIRURGIENS SOUS-AIDES. 1811 o

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 19
II. EVOLUTION DE LA MEDECINE GENERALE 20
A. Développement universitaire de la médecine générale 20
1. Création de la filière de médecine générale 20
2. L'évolution de la médecine générale en France 22
3. Une spécialité pas comme les autres 23
B. La médecine générale et l'hôpital 24
1. La médecine générale : une spécialité exclusivement extrahospitalière ? 24
2. Les médecins généralistes en milieu hospitalier 27
3. Les enjeux de la recherche en médecine générale 28
C. Le concept d'Unité d'Hospitalisation Polyvalente 29
III. L'UNITE D'HOSPITALISATION POLYVALENTE 32
A. État des lieux 32
B. Projet pédagogique 33
C. Accueil de l'interne 34
1. Conditions d'accueil 34
2. Fonctions de l'interne dans l'unité 34
3. Formations 34
IV. MATERIELS ET METHODES 37
A. Recueil des données 37
B. Codage des informations médicales du RUM 37
V. RÉSULTATS 41
A. Concernant l'activité de l'UHP 41
B. Activité dans l'ensemble des services hospitaliers 49
C. Cas particulier des services de chirurgie 52
VI. DISCUSSION 53
A. Les forces et faiblesses du travail 53
B. Intérêt pour l'HIA Legouest 54
C. Intérêt pour le patient 57
D. Intérêt pour l'interne 58
E. Conclusions 61
VII. LISTE DES ABREVIATIONS 63
VIII. ANNEXES 64
A. Annexe 1 : Libellé GHM en UHP par fréquence décroissante 64
B. Annexe 2 : Projet pédagogique de l'UHP 68
C. Annexe 3 : Chartes de l'UHP 70
D. Annexe 4 : Contrat d'Objectif et de Moyen de l'UHP pour l'année 2010 73
E. Annexe 5 : Plan de l'HIA Legouest 77
IX. BIBLIOGRAPHIE 78

I. INTRODUCTION

Au cours de mes études de médecine, il m'a été permis d'effectuer mon cursus d'étudiant hospitalier puis d'interne au sein de nombreux services hospitaliers, pour la plupart souvent très spécialisés, reflétant peu le métier de médecin généraliste auquel je me destinais. Même si ces stages m'ont permis de parfaire mes connaissances théoriques et d'acquérir les qualités humaines et intellectuelles indispensables à l'exercice de notre profession, ils n'ont pas toujours contribué à l'acquisition d'une vision globale et pluridisciplinaire du patient.

C'est au cours de mon premier semestre d'interne à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest que j'ai pu effectuer pour la première fois un stage nécessitant compétences techniques, qualités humaines et capacité de synthèse pour une prise en charge structurée. En effet, j'ai pu évoluer au sein de l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP), pratiquant une médecine variée, exigeant une prise en charge globale des patients dans leur environnement.

Nouvellement créée, cette unité peu conventionnelle, tenue par un Docteur en médecine générale, ne faisait alors pas l'unanimité au sein de l'HIA, et était même, parfois, victime de réticences internes de la part de certains spécialistes peu convaincus de la légitimité et de l'intérêt d'un tel service.

Ne portant pas de jugement hâtif et mettant de côté tout *a priori*, j'ai pu travailler aux côtés d'une équipe pluridisciplinaire et motivée, toujours soucieuse de l'intérêt du patient et de son devenir.

Il m'a alors semblé intéressant, compte tenu de la rareté et de l'originalité d'une telle unité en hôpital militaire, de réaliser un travail descriptif et analytique portant sur l'UHP et tentant de mettre en évidence les avantages mais également les inconvénients d'une telle structure.

Quel est l'intérêt pour le patient d'une hospitalisation dans un service de médecine « générale » dit polyvalente ?

Quels sont les bénéfices personnels et professionnels, en tant que futur médecin généraliste, que peut apporter la formation médicale au sein cette unité d'hospitalisation polyvalente ?

Quel est l'intérêt d'une telle unité dans une structure hospitalière militaire ?

II. EVOLUTION DE LA MEDECINE GENERALE

A. Développement universitaire de la médecine générale

1. Création de la filière de médecine générale

La médecine générale a lentement conquis la place institutionnelle qu'elle occupe actuellement dans les facultés de médecine. Dans ce long processus d'évolution, trois périodes sont individualisables.

a) Les années 70 et 80 : une lente implantation universitaire

Au début du XX^{ème} siècle, le médecin était un homme proche de son patient et souvent qualifié d' « ami de la famille ». On le retrouve ainsi généraliste par essence, polyvalent et humaniste, ancré dans le tissu social, répartissant son temps entre les consultations, les accouchements, la petite chirurgie, la dentisterie ou encore la pharmacie.

La création en 1958 des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU) a conduit à une forte valorisation des différentes spécialités d'organe au cours des études médicales, au point que la médecine générale n'y occupait, par contraste, qu'une place résiduelle (1). Ces ordonnances de décembre 1958, rédigées à l'initiative de Monsieur le Professeur Debré, déléguaient alors l'enseignement de la médecine aux médecins spécialistes, hospitaliers et universitaires (2). Durant cette formation, nécessaire à l'acquisition des connaissances théoriques, le futur médecin généraliste allait ainsi faire « l'expérience de l'illégitimité et intérioriser une position dévaluée par rapport aux médecins spécialistes » (3).

Dans les années 70, naissent des ambitions nouvelles pour l'enseignement de la médecine générale. Dans certaines facultés de médecine, sur les propositions de la commission Fougère, des maîtres de stage sont mis en place, permettant de faire découvrir aux futurs médecins généralistes les conditions de leur exercice futur (4). On observe également, à la même période, la création des premières sociétés savantes de médecine générale : la Société Française de Médecine Générale (SFMG) en 1973, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) en 1977 et l'Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue en 1978 (UNAFORMEC) (5). Plusieurs

groupes internationaux de réflexion voient le jour, en particulier le groupe Leeuwenhorst et la World Organization of National College and Academic (WONCA) qui redéfinissent le rôle de l'omnipraticien comme le médecin de premier recours, travaillant dans la continuité avec les individus, les familles ou les groupes de population, sans considération d'âge, de sexe ou de pathologie.

La réforme des études médicales de 1982 (7), rendue nécessaire par les directives européennes, consacre l'internat comme seule voie d'accès aux spécialités et aux carrières médicales prestigieuses et affiche pour la première fois l'existence d'une filière de formation de médecine générale. Le troisième cycle de médecine générale, qui doit s'accommoder du terme de résidanat, s'ébauche progressivement avec une formation pratique hospitalière, une formation théorique et un stage de sensibilisation à la pratique de cabinet, qui dure alors vingt demi-journées.

b) Les années 90 : la généralisation des départements universitaires de médecine générale

En 1997, le troisième cycle de médecine générale s'allonge d'un cinquième semestre, consacré à la médecine générale sous la forme d'un stage en cabinet omnipraticien, les quatre autres semestres demeurant hospitaliers (8). Cette réforme, fixée par l'arrêté du 4 mars 1997, est l'occasion pour la médecine générale de prendre véritablement pied à l'université.

Des Départements Universitaires de Médecine Générale (DUMG) sont mis en place au sein de chaque faculté de médecine. Dotés de locaux et de moyens propres, ils ont l'originalité d'être co-dirigés par un hospitalo-universitaire, le plus souvent interniste, officiellement qualifié de « coordinateur universitaire », et par un médecin généraliste, nommé maître de conférence ou professeur associé de médecine générale.

c) Les années 2000 : la médecine générale devient une spécialité

Alors qu'une réforme du troisième cycle des études médicales avait été initiée (9) avec la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, afin de mettre fin à la marginalisation des médecins généralistes et de les hisser au même rang que leurs confrères spécialistes, la conquête d'une place à la faculté franchit une étape importante en 2004.

En effet, c'est la loi du 22 septembre 2004 qui supprime alors le concours de l'internat et permet la reconnaissance de la spécialité de médecine générale avec la mise en place du Diplôme d'Etudes Spécialisées s'y rapportant, à l'instar de l'enseignement du troisième cycle des autres spécialités (10).

L'aboutissement des efforts des décennies précédentes est donc la création d'une filière universitaire complète de médecine générale, comme il en existait dans les autres spécialités. Il était en effet nécessaire de créer une filière digne de ce nom, afin d'offrir aux futurs médecins une formation de très haut niveau leur permettant d'endosser les lourdes responsabilités auxquelles ils sont promis.

C'est ainsi que la loi du 8 février 2008 a fixé les dispositions propres aux personnels enseignants de médecine générale dont le nouveau statut conserve ce qui fait la force de celui des personnels enseignants et hospitaliers : la triple mission d'enseignement, de recherche et de soin, confirmée par le décret du 28 juillet 2008 (11) (12).

2. L'évolution de la médecine générale en France

Parallèlement à sa lente implantation universitaire, la médecine générale a connu des évolutions au cours des dernières années, faisant l'objet de nombreuses réflexions.

Cette spécialité médicale constitue, depuis la loi du 13 août 2004, le «pivot» du parcours de soins. Devenu l'acteur essentiel du recours aux soins, le médecin généraliste ne soigne, ni une affection, ni un organe mais un malade, souvent dans une relation durable. Nous comptons 101 000 médecins généralistes et 2 000 étudiants en médecine générale par an. La loi de 2004, en instituant le parcours de soins, en a fait des acteurs essentiels.

Toutefois, la démographie des médecins généralistes présente un profil inquiétant, à court et moyen termes, avec une diminution constante mais déjà ancienne des effectifs.

De plus, certaines stratégies de médecins en exercice tendent à restreindre leur activité d'omnipraticien par un mode d'exercice particulier. La possibilité ouverte maintenant aux médecins spécialistes en médecine générale d'accéder à des DESC permet une réorientation, dès la fin du cursus initial de la spécialité de médecine générale. Cela confortera, sans doute, la tendance à un exercice différent de celui de médecin de premier recours (13).

Récemment, la loi HPST du 21 juillet 2009 a confirmé le rôle pivot du médecin généraliste en terme de soins de premier recours, de participation à la permanence des soins,

l'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, la coordination des soins, le respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, la prévention et le dépistage.

3. Une spécialité pas comme les autres

Jean-François Mattei, ardent défenseur de l'internat unique et de la reconnaissance de la médecine générale, pour qui cette discipline est « un humanisme retrouvé », met en exergue à l'occasion de ses débats parlementaires l'opposition terminologique et sémantique entre généraliste et spécialiste (14).

En effet, lorsqu'on utilise les mots « généraliste » ou « spécialiste », il peut s'agir soit du statut des médecins (spécialiste contre non spécialiste), soit de leur activité et de leur pratique (médecine de premier recours contre médecine de second recours). La réforme des études médicales qui a instauré l'internat et les DES pour tous les étudiants conduit à traiter de manière identique les médecins en termes de titre et de statut mais l'activité et la pratique ne sont pas les mêmes pour les deux catégories de médecins.

Ainsi, du point de vue académique, la médecine générale est devenue une spécialité à part entière. Les médecins qui sont sortis de l'Université dès novembre 2007 avec un Diplôme d'Études Spécialisées de médecine générale sont spécialistes en médecine générale et qualifiés comme tels par le Conseil National de l'Ordre des Médecins. En termes de statut et de titre, tous les médecins ainsi formés sont des spécialistes.

À noter toutefois qu'il subsiste une distinction en termes de qualification qui prête à confusion puisque, d'après le Code de l'Éducation, il y a d'un côté une qualification en médecine générale et de l'autre une qualification en spécialité.

Les différences de traitement fondées sur les différences de niveau d'études ou de formation ne devraient donc plus être maintenues. En revanche, celles qui reflètent des différences de mode d'exercice, elles, doivent continuer à l'être.

B. La médecine générale et l'hôpital

1. La médecine générale : une spécialité exclusivement extrahospitalière ?

La médecine générale, souvent choisie par nos prédécesseurs par vocation, trouve ses racines lointaines dans les fondements de la médecine prônée par Hippocrate au IV^{ème} siècle avant J.C.. Il est en effet le premier à proclamer que la base de la médecine se situait dans l'anamnèse et l'examen physique qui, aujourd'hui encore, sont les composants essentiels et parfois uniques de la médecine de première ligne. C'est également Hippocrate qui conseillait au praticien d'être l'ami de son patient. Ce lien empathique caractérise encore aujourd'hui la médecine de famille qui conduit l'omnipraticien à connaître diverses facettes, parfois intimes, de ses patients, lui permettant de les prendre en charge dans leur globalité.

Le groupe Leeuwenhorst a défini en 1974 le médecin généraliste comme « un diplômé en médecine qui fournit des soins primaires, personnalisés et continus, aux personnes, aux familles et à la population, indépendamment de l'âge, du sexe et de la maladie ». C'est la synthèse de ces fonctions qui est unique. Il prend en charge ses patients au sein de son cabinet médical, à domicile, ou parfois même à l'hôpital. Afin d'établir un diagnostic précoce et de fournir des soins de qualité, il intègre des facteurs physiques, psychologiques et sociaux dans la gestion de la santé et des maladies. Des contacts prolongés lui permettent de rassembler l'information selon un rythme adapté au patient, et de construire une relation fondée sur la confiance. Il saura quand et comment intervenir pour traiter, prévenir, éduquer et promouvoir la santé de ses patients et de leurs familles.

Cette définition est complétée par la WONCA en 1991, qui souligne le caractère holistique du médecin généraliste qui « prend en charge la personne dans le contexte de sa famille, la famille dans le contexte de sa communauté, indépendamment de la race, de la religion, de la culture, ou de la classe sociale ». On voit déjà apparaître alors la démarcation avec la médecine d'organe : « le médecin généraliste accepte tous ceux qui cherchent à obtenir des soins, alors que d'autres fournisseurs de soins limitent l'accès à leurs services en fonction de l'âge, du sexe ou du diagnostic ».

La définition européenne de 2002 expose onze critères caractérisant le médecin de famille :

- Premier contact avec le système de soins, il permet un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment des caractéristiques des personnes concernées.

- Il maîtrise les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités, se plaçant si nécessaire en défenseur du patient.

- Il développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.

- Au cours de chaque consultation personnalisée, il construit une relation durable et privilégiée avec son patient, fondée sur une communication appropriée.

- Il assure des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.

- Il fonde sa démarche décisionnelle sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.

- Il gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.

- Il intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.

- Par son intervention appropriée et efficace, il favorise la promotion et l'éducation pour la santé.

- Il assume des responsabilités spécifiques de santé publique dans la communauté.

- Sa réponse aux problèmes de santé doit être globale et intègre les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

L'OMS décrit de façon plus synthétique 7 caractéristiques de la médecine générale :

- Elle est générale, puisqu'elle est centrée sur la personne et non la maladie et s'adresse à toutes les populations sans restriction d'âge, de sexe, de milieu social, d'ethnie ou de religion.

- Elle est continue, s'inscrivant dans une relation durable entre le patient et son médecin et s'étendant ainsi sur des périodes importantes de leur vie.

- Elle est globale, intégrant à la fois des soins préventifs, éducatifs, curatifs, ré-adaptatifs et palliatifs.

- Elle est coordonnée, faisant le lien entre les autres professionnels de santé auxquels le patient est adressé.

- Elle est collaboratrice, justifiant la présence du médecin au sein d'une équipe pluridisciplinaire.
- Elle est orientée vers la famille, traitant des problèmes individuels dans leur contexte familial, social et culturel.
- Elle est orientée vers la communauté et le contexte communautaire local.

La pratique de la médecine hospitalière répond, quant à elle, à une tout autre définition. Les établissements de santé publics, privés et privés d'intérêt collectif, dont les missions sont définies par l'article L 6111-2 du code de la santé publique, assurent, dans les conditions prévues par le présent code, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes lors de soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë. Ils délivrent les soins avec hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils généraux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé publique et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Enfin, ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale.

Ainsi la prise en charge en médecine générale s'oppose à la prise en charge hospitalière par le caractère continu du suivi du patient, dans son « cadre de vie ordinaire », alors que l'hospitalisation concerne le « cadre aigu de l'affection ». Ce n'est d'ailleurs pas tant la durée de prise en charge qui fait cette différence fondamentale, car, que l'hospitalisation soit brève ou plus longue, elle marque toujours une rupture avec le cadre de vie ordinaire. Il semble alors qu'il ne puisse pas y avoir de médecine générale exercée, au sens de l'OMS, dans les établissements de santé.

En effet, l'extension à la médecine générale, du cadre conçu par l'ordonnance de 1958, à l'origine de la création des CHU, supposerait donc l'exercice médical dans des structures de soins adaptées à la pratique ambulatoire. Mais, il serait erroné d'assimiler la pratique de la médecine générale aux disciplines hospitalières.

Néanmoins, la participation des médecins généralistes à la permanence des soins, en liaison avec l'hôpital ne transforme pas pour autant la médecine générale en spécialité hospitalière.

2. Les médecins généralistes en milieu hospitalier

L'exercice isolé, qui domine aujourd'hui largement la médecine générale, n'apparaît plus comme un modèle privilégié. En effet, selon un rapport de l'Inspection générale des finances cité dans l'étude menée par l'IGAS sur les actions à mener pour favoriser le regroupement des professionnels de santé exerçant en libéral, l'exercice isolé en France concerne 58% des médecins, contre 8,5% des médecins au Royaume-Uni, 25% aux USA et 16% au Québec. Pourtant, tant les aspirations que semblent exprimer les jeunes générations de médecins pour un exercice professionnel plus collectif, que les orientations prises par les pouvoirs publics en sa faveur, indiquent que le regroupement des médecins, et plus largement des professionnels de santé, pourrait devenir une figure d'avenir de l'offre de soins.

Plusieurs voies permettent à des diplômés de médecine générale d'exercer dans le cadre d'un établissement public de santé.

Actuellement, le regroupement des professionnels de santé est présenté comme l'une des solutions susceptibles notamment de résoudre la crise des vocations que connaît l'exercice de la médecine de premier recours. Outre l'exercice au sein de cabinet de groupe, dont le fonctionnement est fixé par le code de déontologie (articles R. 4127-1 et suivants du Code de la santé publique), le médecin généraliste souhaitant un mode d'exercice qui s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire peut exercer son activité au sein de structures de soins agréées ou autorisées.

Les centres de santé, identifiés par les codes de la santé publique (L. 6323-1) et de la Sécurité sociale (L.162-32), sont des structures agréées qui assurent une activité de soins, de diagnostic, de prévention, d'éducation pour la santé, de dépistage et d'accompagnement social. Leur nombre est évalué à environ 1700 centres, toutes disciplines confondues. Les soignants y sont salariés ou vacataires, mais l'activité des centres reste rémunérée à l'acte.

Les dispositions réglementaires fixant les conditions de fonctionnement des hôpitaux locaux (articles D6141-17 et suivants du Code de la santé publique) ouvrent la possibilité pour les médecins généralistes qui en font la demande d'être autorisés à dispenser des soins en hôpital local.

Ainsi, le mode d'exercice mixte (libéral/salarié) proposé aux médecins généralistes intervenant dans les centres de santé et les hôpitaux locaux constitue, avec l'exercice regroupé, une des voies les plus citées pour améliorer l'attractivité de la médecine de soins primaires.

Au Royaume-Uni, afin de pallier la demande importante de prise en charge diagnostique et thérapeutique, dans des structures hospitalières, de pathologies « aigues », une nouvelle spécialité a été créée au sein de la médecine générale hospitalière (considérée comme la médecine interne « d'ensemble ») (15). Il s'agit de l' « acute medicine » qui prend en charge un très large éventail de pathologies rencontrées dans un contexte d'urgence et ne mettant pas immédiatement en jeu le pronostic vital (16).

Ce type de service existe également en France avec les unités de court séjour d'urgence polyvalente qui accueillent les patients admis aux services des urgences ne justifiant pas d'une prise en charge spécialisée (17). Certains services de médecine interne proposent ainsi une double activité : celle de proximité, concernant les pathologies générales, avec la médecine polyvalente et celle de recours, s'intéressant plus particulièrement aux maladies systémiques et complexes, avec la médecine interne. Mais il faut souligner la dualité des concours hospitaliers qui entretient une ambiguïté entre patriciens hospitaliers de médecine générale et de médecine interne. Compte tenu du désintérêt des jeunes internistes pour la pratique de la médecine générale hospitalière, les postes sont ainsi ouverts aux médecins issus du DES de médecine générale.

3. Les enjeux de la recherche en médecine générale

La recherche en médecine générale et en soins de premier recours se développe. L'enjeu est double et vise, d'une part, comme le souligne la mise en place du DES, à consolider les bases scientifiques de la discipline, et d'autre part à contribuer à une meilleure organisation du système de santé. Il suffit de parcourir les sommaires de grands journaux internationaux traitant de sujets généraux tels que le British Medical Journal (BMJ) ou le Journal Of the American Medical Association (JAMA), pour constater l'intérêt croissant de ce champ de recherche. En effet, on note l'émergence de nombreux articles dont le champ d'application est exclusivement la médecine de soins primaires (18).

En France, des médecins généralistes orientent aujourd'hui une partie de leur activité vers la recherche. La création, en 2001, du Comité d'Interface Inserm – Médecine Générale,

et celle, en 2003, de postes d'accueil Inserm pour des généralistes chercheurs, sont les signes d'une ouverture institutionnelle : il est possible aujourd'hui de combiner la pratique clinique et une activité de recherche en médecine générale (5).

La création dans les Universités des départements de médecine générale a permis, entre autres, de prendre en charge l'enseignement spécifique à la spécialité et doit contribuer au développement des projets de recherche, en utilisant la richesse des informations de la première ligne.

C. Le concept d'Unité d'Hospitalisation Polyvalente

C'est donc dans ce contexte de modification du statut de médecin généraliste et du cursus de médecine générale, qu'ont émergé de nouveaux types de service hospitalier, dits de « médecine polyvalente ». Bénéficiant d'une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire, ils permettent la consultation et/ou l'hospitalisation de patients atteints de pathologies chroniques décompensées.

Participant aux réseaux de soins intra et extrahospitaliers en liaison avec la médecine de ville, ces « unités de médecine polyvalente » ont alors permis de développer des alternatives intéressantes aux hospitalisations de jour et consultations externes spécialisés, afin de renforcer et développer les réseaux de soins et de prise en charge sociale.

Il est difficile de définir la médecine polyvalente qui ne correspond à aucune définition réglementaire ni à une compétence médicale particulière. Il n'existe en effet aucun diplôme à ce jour et les médecins exerçant dans un tel service n'ont pas de qualification ordinale et sont, pour la grande majorité, titulaires du doctorat en médecine générale. On peut tenter alors de donner une définition par élimination : relèvent de la médecine polyvalente tous les patients dont la pathologie n'est pas du ressort de la spécialité ou ne nécessite pas l'intervention du spécialiste.

Ainsi, trois cas de figure sont rencontrés de façon récurrente : il peut s'agir de patients admis en aval des urgences souffrant de symptômes d'origine indéterminée ne pouvant pas être orientés d'emblée vers un service de spécialité d'organe. Il peut également être question de patients présentant un état polypathologique, principalement chez les personnes âgées. Enfin, sont concernés les patients dont les problèmes sociaux rendent impossible leur prise en charge par le médecin traitant et les structures de soins. Cette ébauche de définition peut être

complétée par l'origine de recrutement des patients admis en médecine polyvalente : ils sont adressés pour la plupart par les services d'urgence, quelque fois par un médecin traitant mais jamais sur convocation.

La médecine polyvalente a ainsi vocation à prendre en charge le « tout venant » adressé par les urgences ou en transit d'un service. Cette spécificité est importante pour définir ce qui fait l'originalité de tels services, notamment par rapport aux services de court séjour gériatrique (CSG), dont la prise en charge concerne principalement la personne âgée « fragile » en perte d'autonomie, et aux services de médecine interne, qui pratiquent une médecine d'excellence à vocation polymorphe de recours pour des maladies complexes de l'adulte.

Même si la médecine polyvalente est difficile à cerner, certains éléments récurrents sont identifiables (19) :

- Ce sont des unités d'hospitalisation traditionnelle se situant en premier aval des services des urgences.
- Le recrutement se fait le plus souvent par le biais des services d'urgence mais pas exclusivement, ce qui élargit légèrement la définition d'une unité dite de « post-urgence ».
- Il n'y a donc pas d'hospitalisation programmée mais il existe la possibilité d'admission directe
- Les pathologies prises en charge ne correspondent pas à une spécialité clairement identifiable

S'appuyant sur cette ébauche de définition, plusieurs centres hospitaliers font l'expérience des services/unités de médecine polyvalente : au Centre Hospitalier (CH) de la Rochelle, au Centre Hospitalier Intercommunal (CHI) des quatre villes (site de Sèvres), au CH de Troyes, au CHI de la Haute Saône… Le développement rapide de ces unités contribue à la continuité des soins et joue un rôle important de proximité (20) (21).

Ainsi, le 3 Mars 2008, l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP) voit le jour à l'Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) Legouest, sous le commandement du Médecin Général DAUBAS, médecin chef de l'hôpital. Au cours de l'entretien qu'il a pu m'accorder, j'ai retenu trois points essentiels ayant abouti à cette création :

- La création du corps des internes des hôpitaux des armées et la nécessité urgente de les former dans chaque Hôpital d'Instruction des Armées.

- La possibilité de proposer, avec ce type de service, un recrutement de pathologies variées et particulièrement adaptées aux internes de médecine générale.
- La nécessité de stimuler l'activité de l'établissement en essayant de proposer aux services spécialisés des lits d'aval.

Il s'est inspiré pour cela du succès de services de médecine polyvalente créés dans d'autres centres hospitaliers et des conseils de la faculté de Nancy, en prenant également pour modèle une unité qui avait été pensée par le Médecin Général Inspecteur DALY, lorsque le Val de Grace accueillait alors l'ensemble des résidants du Service de Santé des Armées.

Le rôle de cette unité diffère quelque peu de la définition d'unité de post urgence et de médecine polyvalente vu précédemment. En effet, initialement créée afin de réduire les difficultés de placement en aval des urgences et de mieux répartir les charges de travail du personnel soignant, paramédical mais également médical, l'UHP s'est avérée être également un atout considérable dans la suite de la prise en charge de patients en transit d'un service spécialisé, médical ou chirurgical ou dans la prise en charge de patients ne relevant pas d'un service spécialisé.

Par ailleurs, sur le plan médico militaire, elle a su répondre à la fermeture des services médicaux d'unité. Elle a ainsi pallié la disparition des possibilités d'hospitalisation en infirmerie de garnison.

Accueillant, dès sa création, les internes de médecine générale, elle affirme rapidement son rôle au sein de la formation en proposant un recrutement varié et adapté. Ce souci de formation avait même été conforté à la création du service par le projet d'accueil des enseignants cliniciens ambulatoires et des médecins d'unité souhaitant passer les qualifications de deuxième et troisième niveau de médecine générale. Comme me l'a confié le Médecin Général DAUBAS, cette volonté majeure de former les futurs médecins généralistes avait alors fait l'unanimité au sein des enseignants de la faculté de médecine de Nancy, mais l'insuffisance initiale de médecins seniors dans l'unité n'a pas permis de répondre, pour l'instant, à ces ambitions.

III.L'UNITE D'HOSPITALISATION POLYVALENTE

A. État des lieux

Ouverte depuis le 3 Mars 2008, l'Unité d'Hospitalisation polyvalente est implantée au 1er étage du bâtiment 001 (annexe 5). Elle a pour vocation d'accueillir des patients pour des soins de médecine générale, en aval du service des urgences, en attente de place dans un service spécialisé, d'un placement dans un centre de convalescence ou d'un retour à domicile après la prise en charge.

Sa capacité d'accueil est de dix chambres seules et six chambres doubles, permettant l'hospitalisation de 19 patients, pouvant être portée à 22 en cas de besoin.

Les locaux comprennent :

- Le bureau du chef de service
- Le bureau de l'interne
- Le bureau du cadre infirmier
- La salle de soins
- L'office alimentaire
- Le bureau médical
- Le bureau infirmier
- Le vidoir

L'équipe de soins est composée de :

- Un médecin, responsable de l'unité, secondé d'un médecin généraliste à temps partiel
- Un cadre de santé, également cadre du plateau technique ORL/ophtalmologie
- Huit infirmières diplômées d'état, issues des services spécialisés
- Huit aides-soignantes
- Une ASH

B. Projet pédagogique

Unité fonctionnelle intégrée à la fédération de médecine coordonnée par le Médecin en Chef Philippe REY, professeur agrégé du Val de Grâce, l'UHP est dirigée par le Médecin Principal Jacqueline LAGAUCHE, médecin généraliste. Depuis 2009, cette dernière est secondée par un deuxième médecin généraliste, qualifié dans le domaine de l'urgence, dont le poste, initialement à temps partiel doit être modifié en poste à temps plein courant 2010. Ce sont les médecins du service des urgences qui prennent en charge les patients la nuit et les week-ends. Le service peut accueillir les patients 24h/24, après obtention par le médecin posant l'indication du transfert, de l'accord de la responsable d'unité.

Par définition, l'unité accueille des patients ayant des pathologies très diverses, de gravité variable, mais il s'agit de patients cadrés, stabilisés, pour lesquels le projet de soins est pré-établi soit par les médecins de la structure des urgences soit par les médecins de spécialités. Le diagnostic ne peut pas toujours être posé à l'admission puisque l'unité accueille également les bilans diagnostiques.

Le projet pédagogique de l'unité repose sur sept axes :

- Elle assure la prise en charge de patients pour la mise en route ou la poursuite de traitement, en attente de convalescence ou avant le retour à domicile.
- Elle met à disposition des lits d'aval pour les urgences.
- Elle offre aux services des spécialités des lits d'hébergement, leur permettant de réguler leur activité programmée et d'urgence, évitant ainsi des reports d'intervention ou d'hospitalisation.
- Elle assure quelques rares hospitalisations programmées suite à des consultations (en particulier odontologie et ORL), prises en charge par le spécialiste.
- Elle met à disposition des lits pour les ayant-droit militaires (traumatisme sonore aigu).
- Elle assure une prise en charge gérontologique.
- Elle assure également, de façon occasionnelle, la prise en charge pluridisciplinaire de patients en fin de vie, en coordination avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

C. Accueil de l'interne

1. Conditions d'accueil

L'unité accueille un interne en DES de médecine générale, en stage semestriel de formation dans la Fédération de Médecine. L'interne effectue une période de deux mois au sein de l'UHP, en permanence accompagné par le senior.

Afin que l'interne puisse évoluer dans les meilleures conditions, il est mis à sa disposition un téléphone sans fil et un bureau médical équipé d'un ordinateur avec un accès internet mais également un accès au Centre Régional de Documentation scientifique et de Recherche Clinique (CREDORC).

2. Fonctions de l'interne dans l'unité

L'interne contribue à l'accueil des patients, pour lesquels il rédige l'observation médicale sur le dossier médical commun. Il est le lien privilégié avec le service des urgences ou les services spécialisés de provenance pour la restitution de l'histoire clinique, la mise en place du projet thérapeutique et du projet d'avenir.

Commençant en début de journée par une transmission avec l'équipe paramédicale, l'interne effectue ensuite une visite et une contre-visite quotidiennes, avec recours au senior en cas de doute. Toujours avec l'accord de ce dernier, il prescrit les traitements et les examens complémentaires qu'il interprète, quelques fois avec les indications des différents spécialistes intervenants. Il présente l'ensemble des patients lors des deux visites hebdomadaires avec l'équipe médicale et paramédicale au complet.

Par ailleurs, il assure au moins trois gardes mensuelles au service des urgences.

3. Formations

Le passage en UHP permet à l'interne d'aborder les thèmes suivants, rédigés dans le projet pédagogique (annexe 2) :

- Surveillance de pathologies stabilisées au service des urgences
- Diagnostics des complications

- Traitement et suivi des diverses pathologies pouvant être rencontrées
- Gestion des examens complémentaires
- Gestion d'une douleur aiguë et chronique
- Prescription de soins infirmiers (pansements, …)
- Prévention et gestion des complications de décubitus
- Gestion des antibiotiques
- Gestion de l'alimentation parentérale
- Gestion des ordonnances personnelles des patients avec reconduction des traitements utiles
- Synthèse des dossiers

Il bénéficie également d'une formation technique, par les seniors spécialistes ou non, réalisant de nombreux gestes à visée diagnostique ou thérapeutique : pose de sonde naso-gastrique, de sonde urinaire, gestes d'urgence et, plus rarement, des gestes plus spécifiques avec l'aide, si nécessaire, du spécialiste concerné : myélogramme, soin et remplacement de canule de trachéotomie, ponction d'ascite, ponction artérielle, ponction pleurale, ponction lombaire, ponction articulaire, ...

Il est entièrement intégré dans la prise en charge médico socio administrative des patients et au réseau de soins :

- Demande de convalescence, relais avant hospitalisation à domicile
- Gestion des formalités d'admission à l'hôpital (personnes de confiance, …)
- Gestion du dossier médical commun
- Rédaction des comptes-rendus d'hospitalisation
- Rédaction de certificats, d'ordonnances de sortie
- Demande de prise en charge à 100% pour les affections de longue durée
- Contact étroit avec le médecin traitant et les autres acteurs de soin

Par ailleurs, il participe, avec l'ensemble des internes en formation à l'HIA Legouest, aux activités mises en place par le comité pédagogique :

- deux séances bibliographiques par mois, présentées par les internes de l'hôpital à partir d'articles sélectionnés par les seniors

- deux séances par mois de présentation de cas cliniques (avec actualité sur la pathologie présentée) par l'ensemble des internes de l'hôpital en réunion interdisciplinaire médico-chirurgicale
- rédaction de publications et de communications affichées (un par semestre et par interne), sous l'autorité des seniors de la Fédération de Médecine

Enfin, l'interne est évalué au cours de ses deux mois par le responsable de l'unité puis, à l'issue de son semestre, par le coordonnateur de la Fédération de Médecine.

Ainsi, la formation des internes est un souci permanent et, pour cela, ils peuvent compter sur la présence du senior de l'unité, disponible en permanence dans la structure et des nombreux spécialistes dont la pluridisciplinarité (médecine interne, rhumatologie, infectiologie, cardiologie) est une source inestimable d'enrichissement.

IV. MATERIELS ET METHODES

A. Recueil des données

Afin d'avoir une vision plus juste du fonctionnement de l'UHP, l'étude de l'activité a été réalisée sur douze mois consécutifs. Pour ce faire, il m'a semblé judicieux d'exploiter les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en utilisant la classification des Groupes Homogènes de Malades (GHM) qui est l'outil médico-économique utilisé à cette fin.

Compte tenu du passage à partir du 1er Mars 2009 à la version 11 des GHM de la Classification Internationale des Maladies (CIM), le recueil des données porte sur la période du 1er Mars 2009 au 28 Février 2010.

Ainsi, nous avons pu, avec l'aide précieuse du Département d'Information Médicale de l'HIA Legouest, accéder aux données issues de la rédaction du Résumé d'Unité Médicale des patients hospitalisés pendant la période définie.

Afin d'évaluer les répercussions sur l'activité globale de l'établissement, nous avons décidé de comparer l'activité de chaque service lors de la période de Mars 2009 à Février 2010 avec leur activité lors d'une période antérieure à la création de l'UHP (Mars 2007 à Février 2008). Les données suivantes ont donc été recueillies pour chaque mois des deux périodes énoncées :

- Nombres d'entrants (directs et mutations)
- Nombres de journées
- Taux d'occupation corrigé, correspondant au taux d'utilisation en l'absence de fermeture de lit (nombre de lits déclarés = nombre de lits ouverts)
- Durées Moyenne de Séjour (DMS)

B. Codage des informations médicales du RUM

Le praticien responsable d'une structure médicale ou ayant dispensé les soins est garant, pour ce qui le concerne, de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

Le RUM doit être conforme au contenu du dossier médical du patient, dont les informations doivent être elles-mêmes vérifiables dans le cadre des procédures de contrôle. Il ne peut être codé dans le RUM comme diagnostic principal, relié ou associé, que des affections ou des problèmes de santé présents ou actifs au moment de l'hospitalisation. De même, il ne peut être codé que des actes réalisés pendant l'hospitalisation.

La morbidité principale est constituée par le diagnostic principal, complété le cas échéant par le diagnostic relié.

Le diagnostic principal (DP) du RUM est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale, déterminé à la sortie de celle-ci et ne peut jamais être un problème de santé apparu au cours du séjour et inexistant avant l'hospitalisation. Lorsque le motif d'admission est une suspicion diagnostique qui n'est pas confirmée au terme du séjour, le DP est en général la symptomatologie à l'origine de la suspicion. De même, lorsque le patient est placé en surveillance : si celle ci s'avère négative (symptômes spontanément résolutifs, …), le DP sera le symptôme pour lequel la surveillance était nécessaire ; si elle est positive (mise en évidence d'une pathologie), le DP sera l'affection diagnostiquée.

Le diagnostic relié (DR) a pour rôle, en association avec le DP et lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient en termes médico-économiques. Il s'agit le plus souvent d'une maladie chronique ou d'un état permanent qui permet, d'une part de qualifier le DP qui ne suffit pas isolément à traduire les moyens utilisés, et d'autre part d'accroître le sens médical du codage.

Il existe donc une différence fondamentale de sens entre DR et diagnostic associé.

Un diagnostic associé (DA) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP et constituant un problème de santé distinct supplémentaire ou une complication du DP qui va majorer l'effort de prise en charge. Par définition, les maladies chroniques et de longue durée en cours de traitement sont des DA puisqu'elles nécessitent un traitement et une surveillance supplémentaires pendant le séjour.

Enfin, les actes réalisés pendant le séjour doivent également figurer dans le RUM sous forme codée selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM). Leur enregistrement est alors effectué sur le lieu de réalisation.

Au final, tout séjour hospitalier dans la partie Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) d'un établissement de santé public ou privé doit donner lieu à la production d'un Résumé de

Sortie Standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs RUM. Ce RSS est ensuite classé dans un groupe homogène de malades (GHM). Cette classification de type DRG (Diagnosis Related Groups) permet un classement exhaustif et unique : tout RSS est obligatoirement classé dans un GHM et un seul. L'intérêt, certes économique, est également médical puisque, dès son premier niveau (Catégorie Majeure de Diagnostic ou CMD), la classification est fondée sur des critères médicaux (appareil fonctionnel, …). Comme l'illustrent la figure n°1 et le tableau n°1, chaque GHM (au nombre de 791) est ensuite classé selon son type (Aso Médical, Chirurgical ou Obstétrique) et la lourdeur de prise en charge (a et b) qui le caractérisent. Ils sont ainsi regroupés en lignes de produits, elles-mêmes classées dans des pôles d'activités (illustrés dans le tableau n°2) correspondant à des spécialités d'organe.

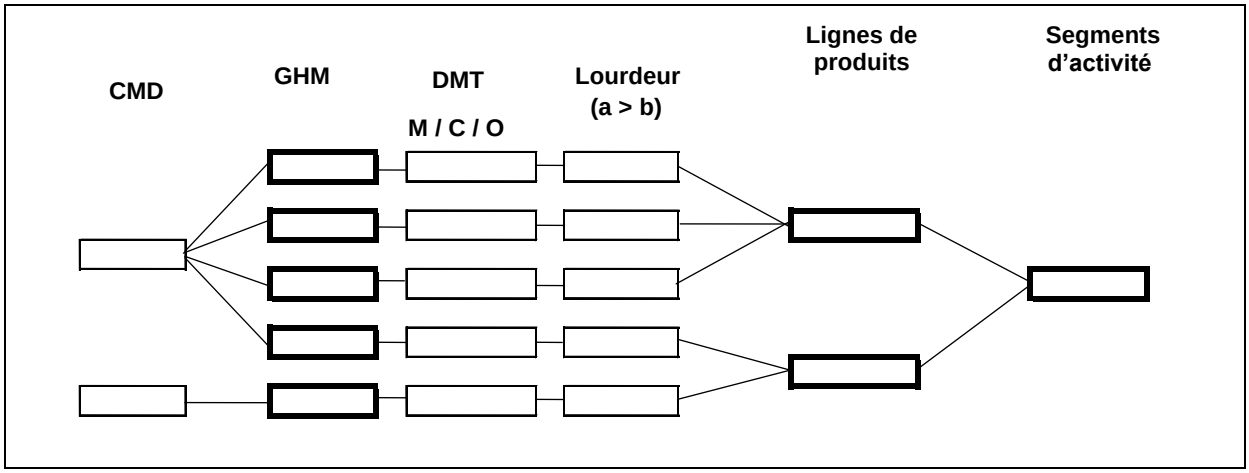


Figure 1 : Schéma illustrant le fonctionnement de l'outil PMSI

Segments d'activité	Lignes de produit (Libellés)	ASo	Lourdeur	n° GHM	Libellés GHM V10
AD - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	Convulsions, épilepsie, céphalées	M	b	24M43Z	Épilepsies : séjours de moins de 2 jours
AH - ORL, Stomatologie	Infections ORL	M	b	24M05Z	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures : séjours de moins de 2 jours
AB - Orthopédie, Rhumatologie	Chirurgies majeures ortho (dont hanche et fémur genou), dont CMAS	C	a	08C24Z	Prothèses de genou
AK - Obstétrique	Césariennes	O	b	14C02A	Césariennes sans complication significative

Tableau 1 : exemple d'exploitation de l'outil PMSI

Chapitre	Lettre(s)	Nombre de Catégories
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	A,B	171
Tumeurs (C00-D48)	C,D	136
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques et certains troubles du système immunitaire (D50-D89)	D	34
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)	E	73
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	F	78
Maladies du système nerveux (G00-G99)	G	67
Maladies de l'oeil et de ses annexes (H00-H59)	H	47
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (H60-H95)	H	24
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-l99)	I	77
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	J	63
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	K	71
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané (L00-L99)	L	72
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (M00-M99)	M	79
Maladies de l'appareil génito-urinaire (N00 à N99)	N	82
Grossesse, accouchement et puerpéralité (O00-O99)	O	75
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale(P00-P96)	P	59
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques (Q00-Q99)	Q	87
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs (R00-R99)	R	90
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (S00-T98)	S,T	195
Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)	V, W, X, Y	372
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé (Z00-Z99)	Z	84

Tableau 2 : Ensemble des pôles d'activité répertoriés dans le PMSI

Ainsi, chaque patient est classé, par le biais d'un groupage complexe, dans un pôle d'activité de la classification « outil d'analyse PMSI » (OAP). Nous utiliserons donc ce système d'analyse afin d'étudier la population hospitalisée en UHP (22).

V. RÉSULTATS

A. Concernant l'activité de l'UHP

Compte tenu de la fermeture de l'unité, les mois de Juillet et Août, consécutive aux permissions du seul médecin présent dans l'unité au moment de l'étude, le recueil des données de l'activité de l'UHP n'a pu être fait que sur dix mois effectifs.

Comme l'illustre le tableau n°3, durant la période d'étude, l'UHP a permis d'effectuer 426 entrées. Le nombre de journées, correspondant au nombre de présents cumulés sur l'année, doit être interprété sur une durée réelle de dix mois. Marqueur brut de l'activité d'un service, il s'élève ici à 2321 et permet d'évaluer le taux d'occupation corrigé. On retrouve ainsi pour ce dernier, une moyenne annuelle de 51,13% mais une variation importante selon les mois, probablement expliquée par des besoins fluctuants, avec une fourchette allant de 38,84% à 59,71%.

	Entrants	Journées	Tx Occupation	DMS	*Tx Occupation Corrigé*
mars-09	64	322	**54,67%**	**9,76**	**55,23%**
avr-09	27	87	**15,26%**	**5,80**	**38,84%**
mai-09	46	256	**43,46%**	**10,24**	**57,14%**
juin-09	29	132	**23,16%**	**6,60**	**45,83%**
juil-09	0	0	***/***	***/***	***/***
août-09	1	1	***/***	***/***	***/***
sept-09	40	171	**30,00%**	**6,58**	**31,67%**
oct-09	55	263	**44,65%**	**6,92**	**56,68%**
nov-09	65	324	**56,84%**	**7,71**	**58,06%**
déc-09	37	170	**28,86%**	**7,08**	**49,71%**
janv-10	33	329	**55,86%**	**6,33**	**59,71%**
févr-10	29	266	**50,00%**	**6,49**	**50,00%**
Total Général	**426**	**2 321**	**33,47%**	**7,32**	**51,13%**

Tableau 3 : Activité mensuelle de l'UHP de mars 2009 à février 2010

La durée moyenne de séjour (DMS), calculée en effectuant le rapport du nombre de journées sur le nombre d'entrants, est de 7,32 jours avec un maximum en Mai 2009 à 10,24 jours et un minimum atteint en Mars à 5,80 jours.

La moyenne de l'ensemble des DMS de tous les services hospitaliers de l'HIA Legouest est de 6,10. La figure n°2 illustre la tendance des autres services au sein de l'hôpital et permet de positionner l'UHP.

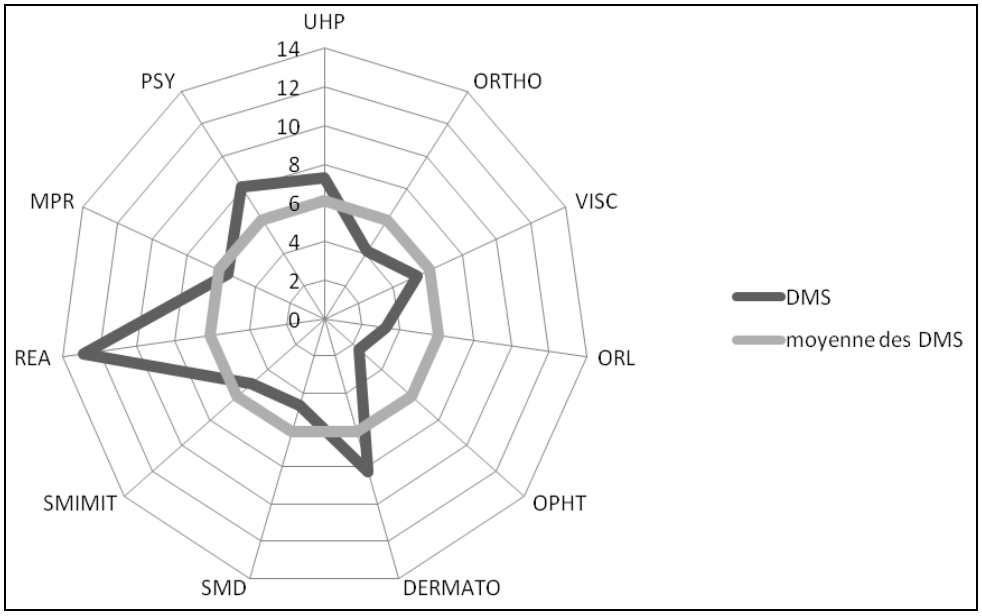


Figure 2 : Durée moyenne de séjour des services de l'HIA Legouest

Les provenances des patients reçus en UHP sont exposées en valeur absolue sur le tableau n°4. On note une nette prédominance des mutations issues du service d'accueil des urgences, hospitalisées initialement en Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée, au nombre de 137, suivies des entrants directs via les urgences (après consultation), au nombre de 122. Les autres mutations se font principalement au profit des services de chirurgies viscérale et orthopédique. Très peu de patients proviennent des services de médecine (SMIMIT, dermatologie et maladies digestives).

Par ailleurs, cinq patients ont été admis directement à l'UHP après transfert d'un autre établissement de soins. Il n'y a eu aucune hospitalisation programmée ou entrée directe du domicile sans passage préalable au SAU.

Services de provenance	Nombres de patients mutés
Dermatologie	6
Psychiatrie	0
Chirurgie viscérale et ORL	68
Chirurgie orthopédique et ophtalmologie	50
SMIMIT	22
Service des maladies digestives	20
Hôpital De Jour	2
Service d'urgence (UHTCD)	137
Domicile via les urgences	122
Transfert d'un autre établissement	5
Médecine Physique et Réadaptation	0
TOTAL	426

Tableau 4 : Provenance des patients hospitalisés en UHP

Toutes ces données sont illustrées en pourcentage du nombre d'entrées dans la figure n°3. Ainsi, 60% de patients admis en UHP ont transité par le Service d'Accueil des Urgences, avec une proportion égale de patients hospitalisés en UHTCD et de consultants. Le reste des patients est issu pour 29% des services de chirurgie avec 21% d'ORL-viscérale et 8% d'orthopédie. Enfin les services de médecine digestive (SMD) et infectieuse (SMIMIT) représentent chacun 4%.

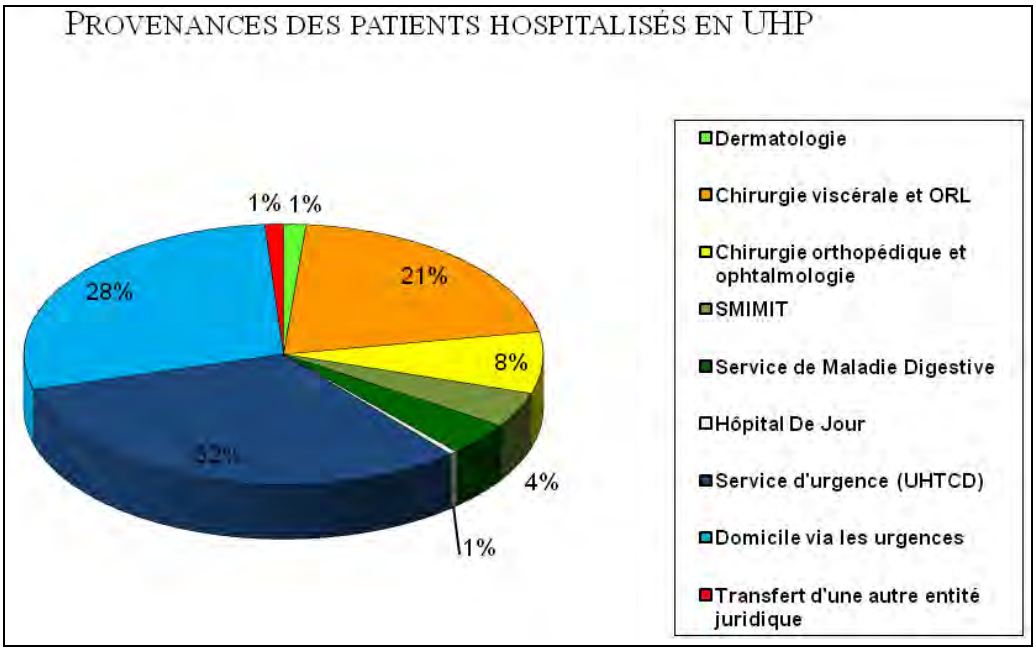


Figure 3 : Proportion des provenances des patients hospitalisés en UHP pour chaque service concerné

À l'issue de leur séjour en UHP, 77% des patients rentrent à domicile (figure n°4) tandis que les 23% restants sont soit mutés dans un service de l'HIA pour un court séjour (12%) ou une hospitalisation en Suite de Soins et Réadaptation (1%), soit transférés dans un autre établissement (10%).

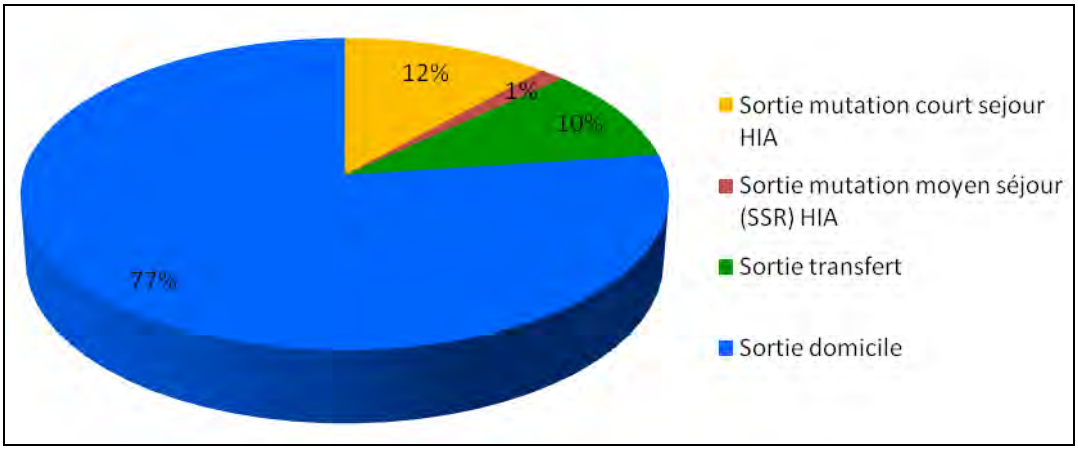


Figure 4 : Destination des patients à leur sortie

L'étude des RUM a permis de comptabiliser 158 GHM distincts (annexe 1) tandis que l'analyse des GHM de l'ensemble de l'établissement sur cette même année en dénombre 350. Autrement dit, 45% des GHM de l'HIA Legouest sont représentés à l'UHP.

Les dix GHM les plus représentés dans l'unité (reportés sur le tableau n° 5), comptent pour près de 40% des RUM produits et correspondent aux CMD « 1 : affection du système nerveux », « 3 : affections de oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents » et « 23 : facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé ».

GHM	Libellé GHM du RUM	Nb Séjour RUM
03M15Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	56
03M111	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, niveau 1	20
03K021	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, niveau 1	17
23M20Z	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	15
03M051	Troubles de l'équilibre, niveau 1	11
01M111	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 2	10
23M062	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, niveau 1	10
23M063	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 3	8
23M06T	Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	8
03M091	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1	6

Tableau 5 : Les dix premiers GHM représentés en UHP tirés de l'annexe 1

La répartition des pôles de segments d'activité représentés dans l'unité, tout type d'activité de soins confondue (médicale et chirurgicale), est exposée sur le tableau n°6 et illustrée en pourcentage de façon plus synthétique (en ne gardant que les segments d'activité comptabilisant plus de dix séjours) sur la figure n°5.

Segments d'activité	Total
AH - ORL, Stomatologie	140
AA - Digestif	48
AB - Orthopédie, Rhumatologie	48
AD - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	39
AX - Autres prises en charge	28
AG - Pneumologie	26
AC - Uro-néphrologie	14
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	13
AE - Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	11
AM - Hématologie	10
AO - Endocrinologie	10
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie obésité)	10
AF - Vasculaire périphérique	5
AI - Ophtalmologie	4
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	3
AJ - Gynécologie	1
AQ - Brûlures	1
AS - Maladie VIH	1
Total	412

Tableau 6 : Répartition des séjours par segment d'activité selon la classification OAP du 1er Mars 2009 au 28 Février 2010

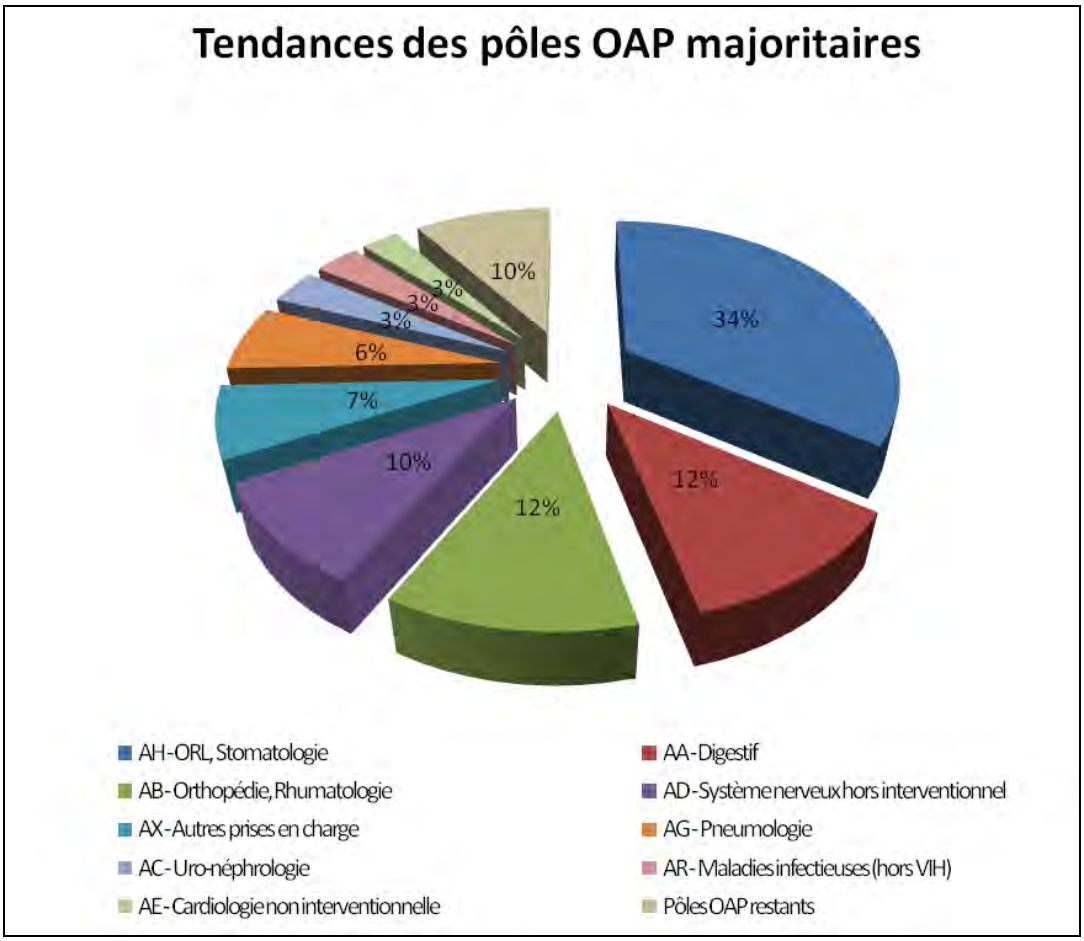


Figure 5 : Pôle OAP majoritairement représentés en UHP

L'exploitation des RUM en isolant le type d'activité de soins, médicale ou chirurgicale, permet de retrouver 312 patients hospitalisés pour des soins médicaux et 100 pris en charge pour des soins chirurgicaux. Le détail des segments d'activité des soins de chirurgie et de médecine est repris dans les tableaux n°7 et 8 ainsi que sur les figures n°6 et 7.

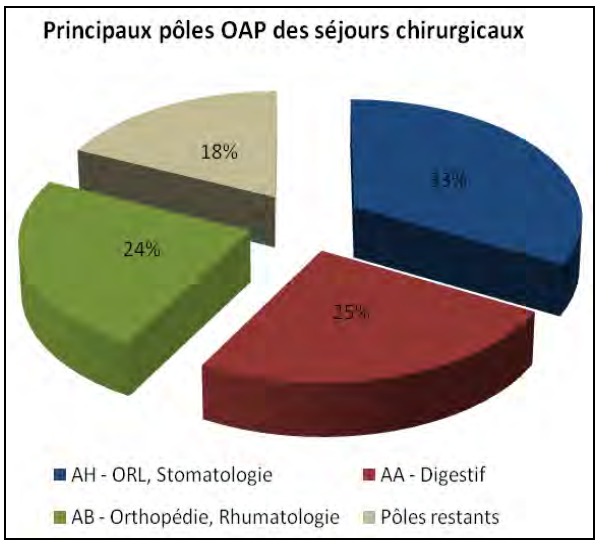


Figure 6 : Principaux pôles OAP des séjours chirurgicaux en UHP

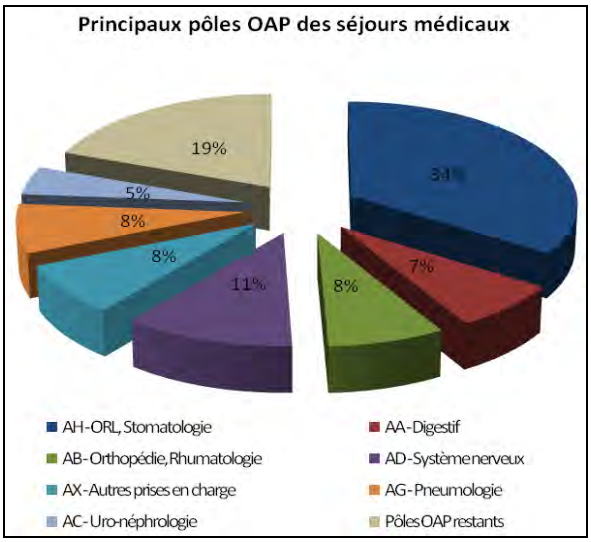


Figure 7 : Principaux pôles OAP des séjours médicaux en UHP

Segments d'activité	Total
AH - ORL, Stomatologie	33
AA - Digestif	25
AB - Orthopédie, Rhumatologie	24
AD - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	4
AX - Autres prises en charge	3
AG - Pneumologie	2
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	3
AM - Hématologie	1
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie de l'obésité)	2
AI - Ophtalmologie	2
AQ - Brûlures	1
Total	100

Tableau 7 : Pôles OAP des séjours chirurgicaux (Aso C) en UHP

Segments d'activité	Total
AH - ORL, Stomatologie	107
AA - Digestif	23
AB - Orthopédie, Rhumatologie	24
AD - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	35
AX - Autres prises en charge	25
AG - Pneumologie	24
AC - Uro-néphrologie	14
AR - Maladies infectieuses (hors VIH)	10
AE - Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	11
AM - Hématologie	9
AO - Endocrinologie	10
AP - Tissu cutané et tissu sous-cutané (dont chirurgie de l'obésité)	8
AF - Vasculaire périphérique	5
AI - Ophtalmologie	2
AV - Psychiatrie, Toxicologie, Intoxications, Alcool	3
AJ - Gynécologie	1
AS - Maladie VIH	1
Total	312

Tableau 8 : pôles OAP des séjours médicaux (Aso M) en UHP

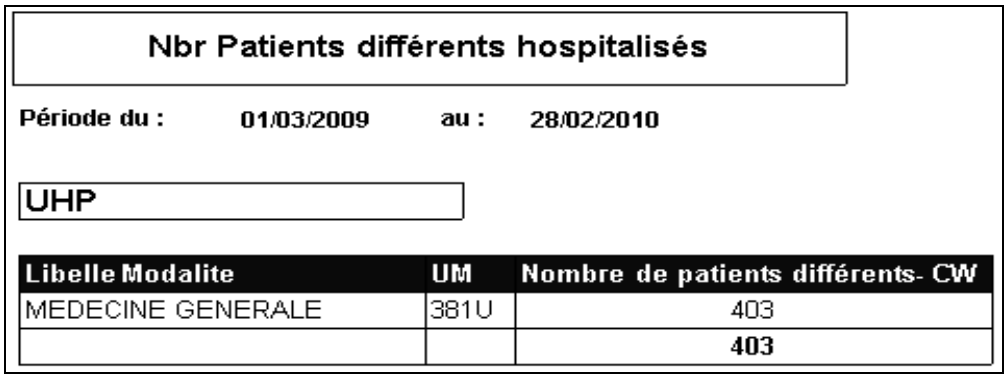
On peut distinguer, grâce à l'analyse des GHM retrouvés en UHP, quatre catégories de niveaux de complexité au sein des pathologies retrouvées. Celles-ci sont classées par ordre croissant de complexité. À noter que 14,56% des GHM, dits de niveau de complexité non segmenté, n'en possèdent aucun : il s'agit des séjours de très courte durée, surveillance et bilan diagnostique.

Ainsi, on retrouve exclusivement des GHM de niveaux de complexité 1 (41,77%) et 2 (38%), les niveaux de complexité 3 (13,92%) et 4 (5,7%) restant largement minoritaires (tableau n°9).

Niveau de complexité du GHM	Nombre de GHM	Pourcentage des GHM représentés en UHP
Non segmenté	23	14,56%
1	66	41,77%
2	38	24,05%
3	22	13,92%
4	9	5,70%
total	158	100%
NB : 350 GHM comptabilisés sur l'HIA Legouest sur la période étudiée		

Tableau 9 : Niveaux de complexité des GHM retrouvés en UHP : nombre et pourcentage

Comme le montre la figure n°8, les 426 hospitalisations étudiées pendant la période définie représentent en réalité une file active (patients comptabilisés une seule fois) de 403 patients, ce qui signifie que certains patients ont été hospitalisés au moins 2 fois dans cette unité.



Nbr Patients différents hospitalisés

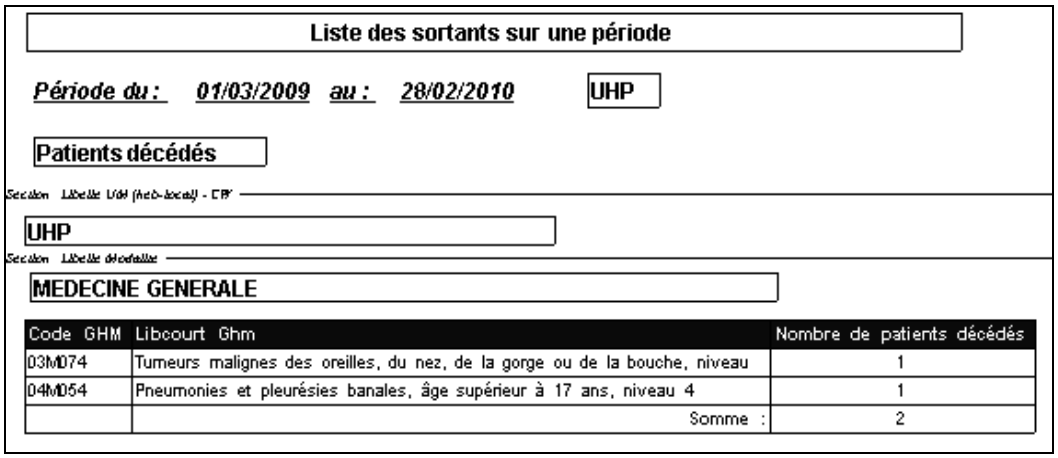
Période du : 01/03/2009 **au :** 28/02/2010

UHP

Libelle Modalite	UM	Nombre de patients différents- CW
MEDECINE GENERALE	381U	403
		403

Figure 8 : File active (patients comptabilisés une fois) du 1er Mars 2009 au 28 Février 2010

Par ailleurs, l'unité n'a fait l'objet d'aucune déclaration d'infection nosocomiale ni d'évènement indésirable. Sur la durée de l'étude, nous n'avons rapporté que deux décès, l'un concernant un patient souffrant d'un cancer ORL en fin de vie et l'autre une pneumopathie chez un patient grabataire (figure n°9).



Liste des sortants sur une période

Période du : ***01/03/2009*** ***au :*** ***28/02/2010*** UHP

Patients décédés

UHP

MEDECINE GENERALE

Code GHM	Libcourt Ghm	Nombre de patients décédés
03M074	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, niveau	1
04M054	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1
	Somme :	2

Figure 9 : nombre de décès recensés à l'UHP du 1er Mars 2009 au 28 Février 2010

Enfin, nous avons recueilli, grâce à l'exploitation du PMSI l'ensemble des actes dits « classants », enregistrés au profit de l'UHP, que nous avons classés selon leur typologie et le service prestataire. Le nombre d'actes, hors biologie, réalisés au profit des patients hospitalisés en UHP est de 969 sur la période d'étude (tableau n°10).

	Activité d'Anesthésie	Activité de Chirurgie	Activité d'échographie	Acte d'Imagerie	Acte Technique Médical
ACCUEIL DES URGENCES		1			79
BLOC OPERATOIRE	35	40	6	2	
CARDIOLOGIE			29		23
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE					
CHIRURGIE VISCERALE					
DERMATOLOGIE		4			
MEDECINE INTERNE			3	3	199
IMAGERIE MEDICALE			21	418	
OPH				1	6
ORL					87
PNEUMOLOGIE					4
MALADIES DIGESTIVES		2			6
Somme :	**35**	**47**	**59**	**424**	**404**

Tableau 10 : Actes CCAM au profit des hospitalisés de l'UHP par prestataires du 01/03/09 au 28/02/10

B. Activité dans l'ensemble des services hospitaliers

Afin d'observer l'influence de l'UHP sur les autres services de l'HIA Legouest, nous nous sommes intéressés aux paramètres permettant au mieux d'appréhender les modifications d'activité : le taux d'occupation et la DMS.

Ainsi, nous avons recueilli, pour la période de l'étude et l'année précédant l'ouverture de l'UHP, les taux d'occupation de l'ensemble des services hospitaliers (figure n°10) et calculé leur évolution de la première période à la seconde (figure n°12).

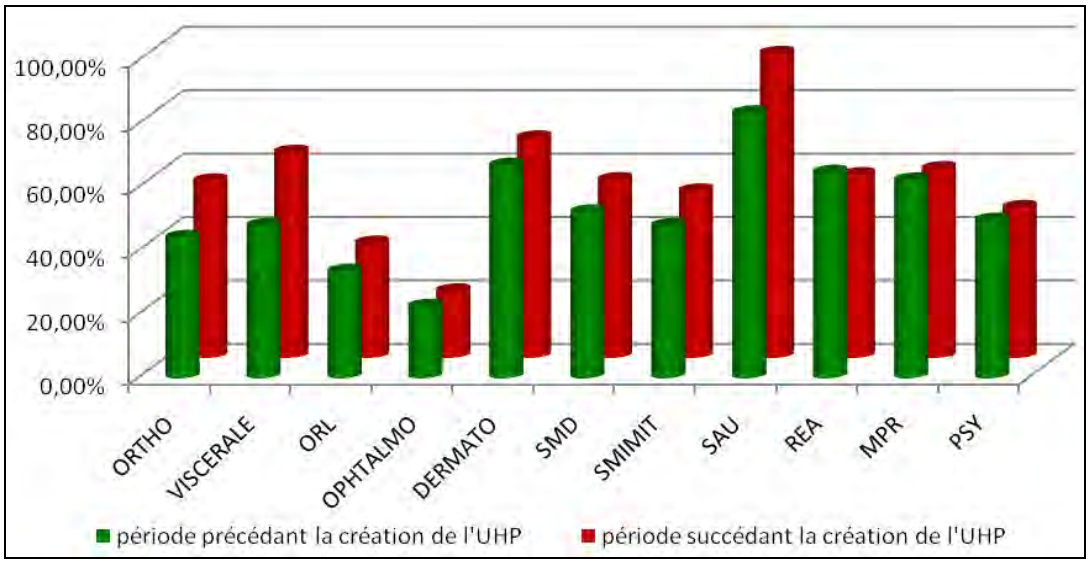


Figure 10 : Taux d'occupation des services de l'HIA Legouest aux périodes étudiées

Un recueil similaire a été réalisé concernant le paramètre « durée moyenne de séjour » de l'ensemble des services pour les mêmes périodes étudiées (figure n°11).

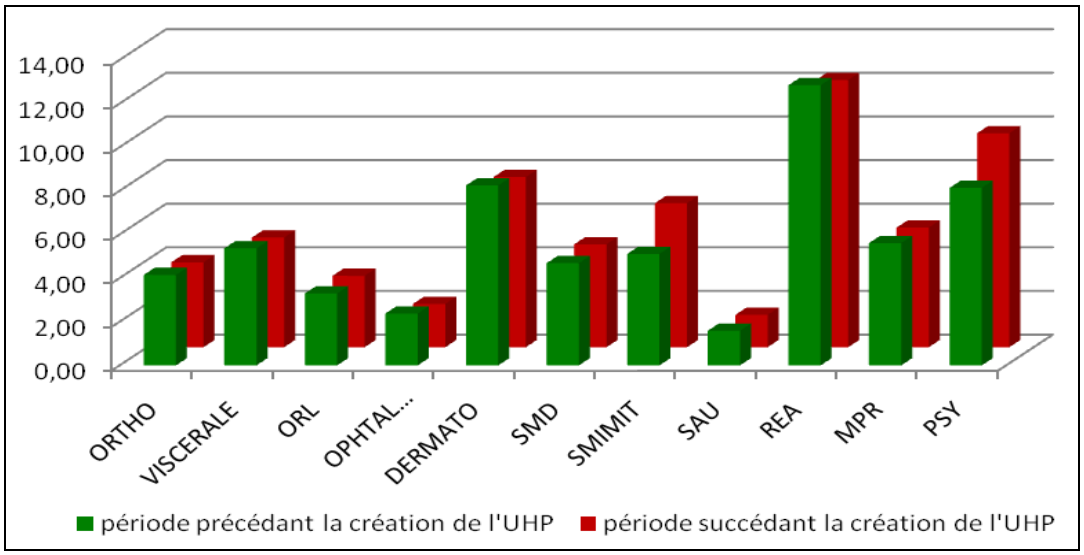


Figure 11 : Durée moyenne de séjour de chaque service avant et après création de l'UHP

L'évolution du taux d'occupation de chaque service, correspondant au rapport du taux d'occupation de la première période sur celui de la seconde, exprimée en pourcentage est reportée sur la figure n°12. Ce graphique permet d'observer, pour le paramètre étudié, une majoration de 35% dans le service de chirurgie viscérale, de 26% pour la chirurgie orthopédique et de 15% à l'UHTCD (Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée).

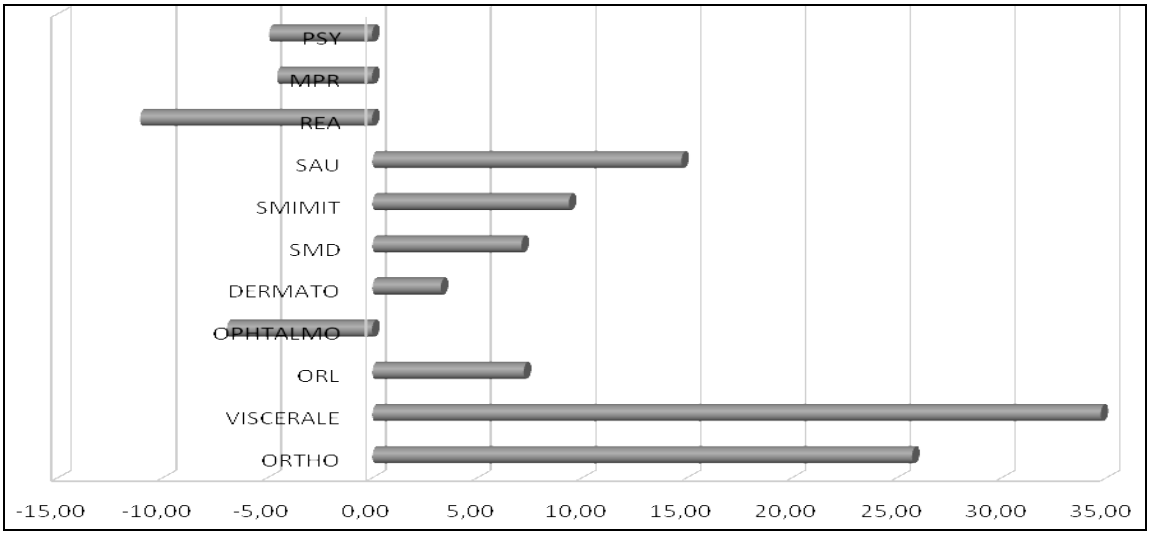


Figure 12 : évolution des taux d'occupation en % après l'ouverture de l'UHP

Concernant la Durée Moyenne de séjour de chaque service, nous avons calculé la différence observée en jour entre la période précédant et celle succédant la création de l'UHP (figure n°13). Ainsi, on note une augmentation de 1,5 jours pour les services de SMIMIT et de psychiatrie. La DMS de l'UHTCD n'a diminué que de 0,1 jour (soit 2h30) tandis que celles de chirurgie viscérale et orthopédique, ont baissé respectivement de 0,34 et 0,25 jours.

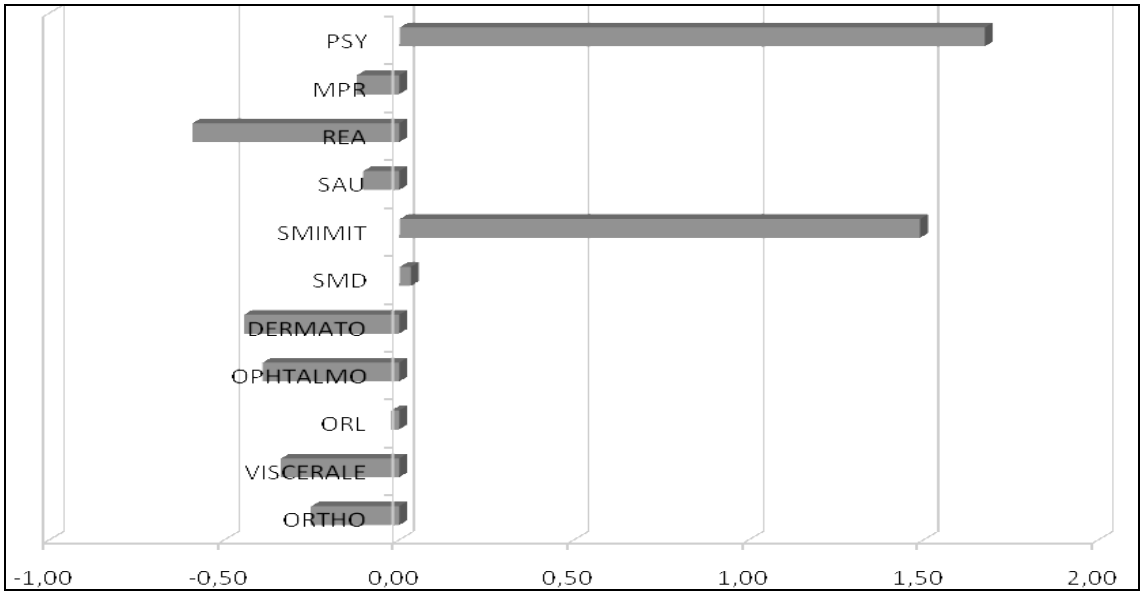


Figure 13 : évolution de la DMS en jour après la création de l'UHP

Enfin, nous avons observé l'évolution du nombre d'entrées comptabilisées à l'HIA Legouest lors des deux périodes d'étude. Ainsi, tandis que 7921 ont été admis de Mars 2007 à Février 2008, on note une majoration de 725 entrants de Mars 2009 à Février 2010 avec 8656 patients hospitalisés (figure n°14).

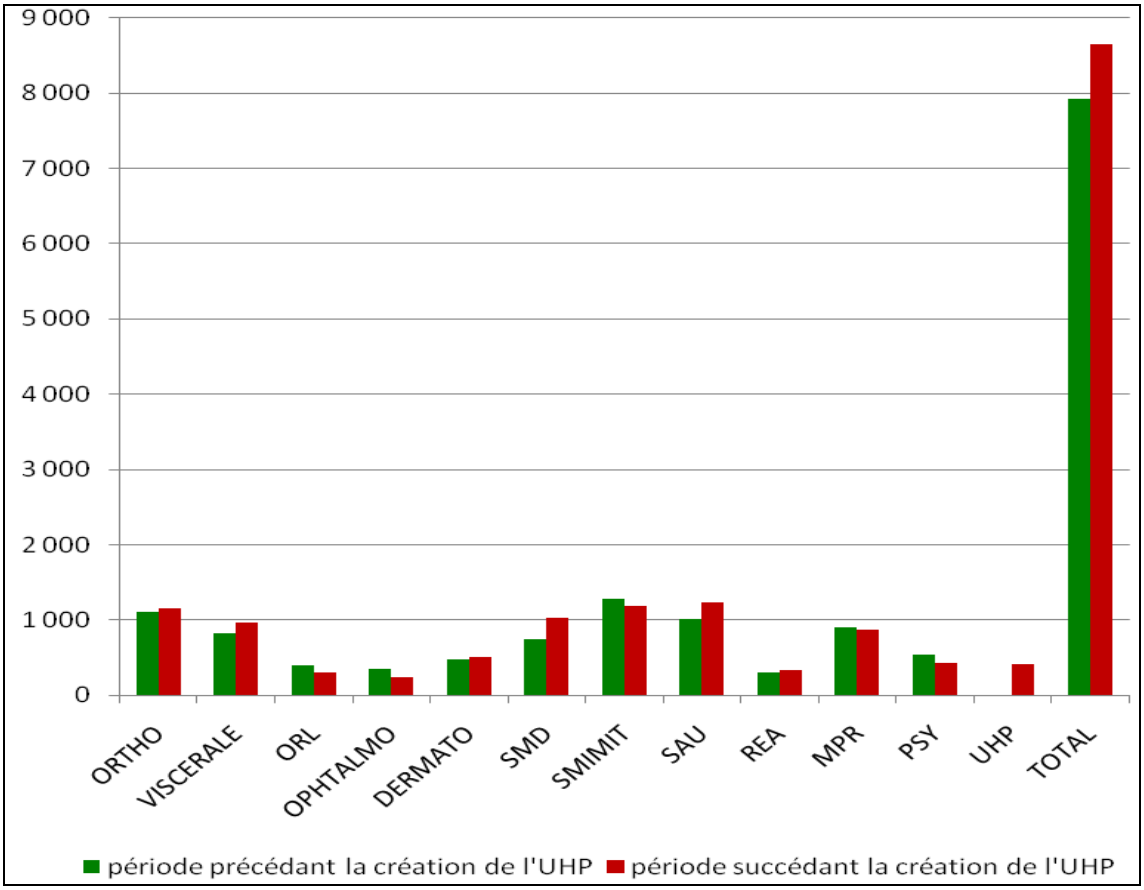


Figure 14 : nombre d'entrées à l'HIA Legouest avant et après la création de l'UHP

C. Cas particulier des services de chirurgie

L'Unité d'Hospitalisation Polyvalente ayant été créée à partir des infrastructures appartenant aux services de chirurgie, avec lesquelles elle travaille en étroite collaboration, nous avons comparé les taux d'occupation de l'ensemble des services de chirurgie, sans distinction de spécialité, d'une période d'étude à l'autre et pour chaque mois.

Nous observons donc une hausse du taux d'occupation annuel qui passe de 40,75% à 50,75%, avec des écarts importants entre les deux périodes, en particulier lors des mois de Juillet et Aout, avec, respectivement, une hausse du paramètre étudié de 29% et 24%, lors de la première période, à 45% et 43% lors de la seconde (figure n°15).

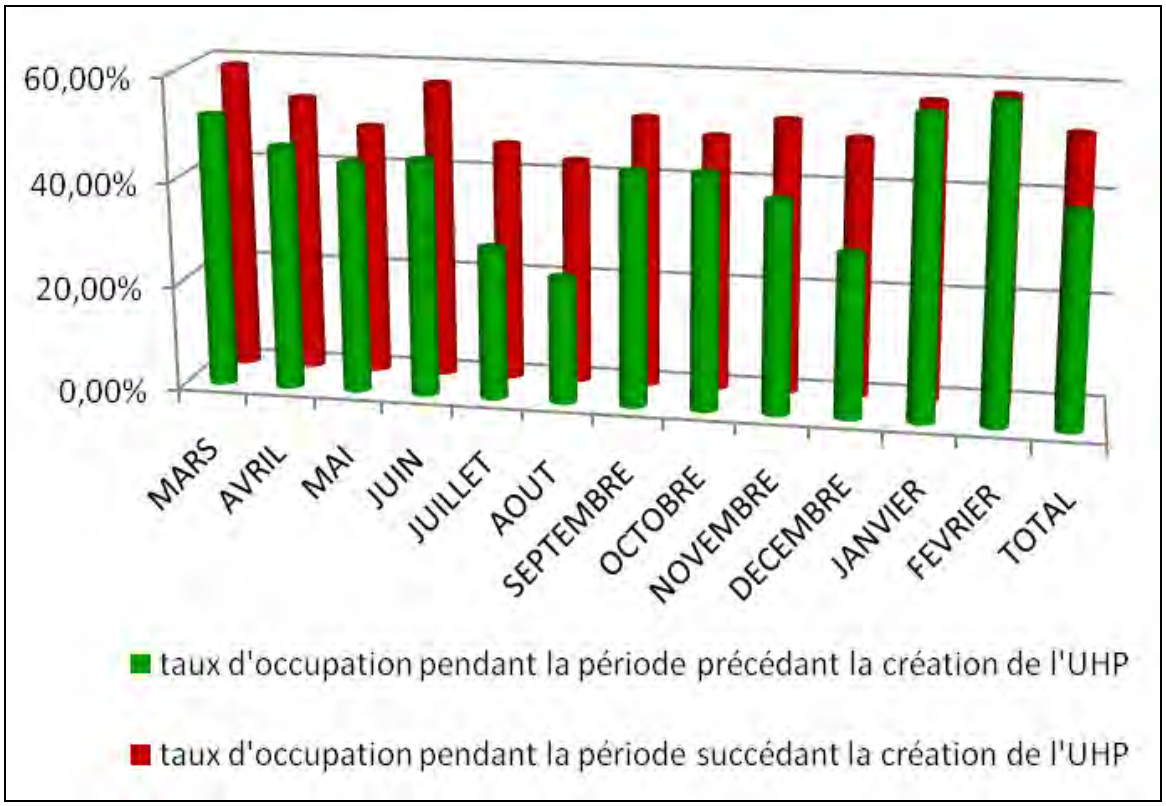


Figure 15 : taux d'occupation mensuel de l'ensemble des services de chirurgie lors des 2 périodes étudiées

VI. DISCUSSION

A. Les forces et faiblesses du travail

Au vu de ce travail, plusieurs biais peuvent être mis en avant.

Le premier et le plus difficile à mettre en évidence est la rédaction du RUM dont la qualité dépend exclusivement du médecin responsable du patient. Même si une relecture, non systématique, est effectuée quelques fois, elle ne permet pas de rectifier l'ensemble des imperfections. Comme nous l'avons vu précédemment une simple erreur d'appréciation dans le choix du diagnostic principal modifie significativement le groupe OAP ou CMD dans lequel est classé le patient.

On peut également discuter le type de classification choisie : GHM ou OAP. Les nuances concernent quelques pathologies pouvant être classées dans plusieurs groupes avec, par exemple, le syndrome du canal carpien, classé comme pathologie orthopédique dans le pôle OAP et neurologique dans la classification CMD. L'utilisation de l'une ou l'autre semble néanmoins peu préjudiciable à l'analyse des données.

L'étude proposée dans ce travail n'étant pas une étude comparative parallèle mais une comparaison historique, de nombreux facteurs, autres que la création de l'UHP, pourraient expliquer les variations que nous avons pu observer. En effet, deux ans séparent les deux périodes historiques, choisies initialement pour des raisons techniques. Par ailleurs, les changements de personnels médicaux, induits par le Plan Annuel de Mutation (PAM), pourraient suffire à expliquer les différences d'activité dans les différents services. De plus, les modifications du réseau de soins sur Metz et les variations d'attractivité des autres établissements ont probablement un rôle qui reste difficile à évaluer.

Enfin, le dernier point délétère est marqué par l'incapacité de réaliser cette étude sur une durée effective de 12 mois compte tenu de la réduction et mutualisation estivale l'année de l'étude.

B. Intérêt pour l'HIA Legouest

La durée moyenne de séjour de l'UHP est de 7,32 jours. Elle est tout à fait superposable aux services de médecine polyvalente d'autres établissements avec, par exemple, 7,5 jours au site de Sèvres et 7,43 jours au CH La Rochelle (19). Ainsi, certains services comme l'Unité de Médecine Polyvalente d'Accueil (UMPA) de Troyes fixe une limite de DMS (à sept jours dans cet exemple) qu'il convient de ne pas dépasser afin de conserver la propriété « court séjour » propre à la médecine polyvalente (19) (23).

Par ailleurs, l'analyse de l'évolution des DMS des services hospitaliers spécialisés ne met pas en évidence de modifications notables. En dehors du service de psychiatrie dont le fonctionnement est relativement autonome, seul le service de médecine interne et maladies infectieuses et tropicales (SMIMIT) a subi une augmentation de 29% de sa DMS. Les explications sont nombreuses et pourraient être le sujet d'autres recherches : majoration du niveau de complexité des patients induit par la prise en charge de patients moins complexes à l'UHP ? Modification des pathologies rencontrées secondaire au changement d'orientation et de praticien ?

Concernant le recrutement de l'UHP, il se distingue clairement des services de médecine polyvalente et de court séjour d'urgence classiquement rencontrés (26) (28).

En effet, seuls 60% des patients hospitalisés en UHP ont transité par le SAU. Les 40% restants sont issus des services d'hospitalisation avec l'écrasante majorité des services de chirurgie (30%) et un reliquat (10%) issu des services de médecine digestive (SMD) et infectieuse et tropicale (SMIMIT). En plus de son rôle de structure d'aval des urgences, l'unité semble donc agir comme un service de « décompression » pour les services spécialisés, en gérant, par exemple, la période post-opératoire des patients, la surveillance de la tolérance et de l'efficacité de l'introduction d'un traitement...

Ainsi, grâce à ses propriétés de structure de relais, l'UHP devrait probablement avoir une influence positive sur la pertinence des hospitalisations, ce qu'il serait intéressant d'approfondir (24). Cette gestion du patient qui consiste à orienter vers la médecine polyvalente tous les patients qui ne nécessitent pas ou plus d'une prise en charge spécialisée devrait permettre une valorisation accrue des séjours spécialisés en laissant à l'UHP le soin de gérer des pathologies de médecine générale et de niveau de complexité moindre.

Néanmoins, cette gestion concerne peu les services de médecine physique et réadaptation (MPR), psychiatrie et réanimation qui n'ont que peu de rapports avec la médecine polyvalente dont la vocation première n'est pas l'accueil de ces patients hyperspécialisés et présentant des durées de séjour bien supérieures à celle notée précédemment.

Comme nous l'avons vu précédemment, 32% des patients admis en UHP sont mutés de l'UHTCD et 28% hospitalisés après consultation aux urgences. Mais c'est le devenir des patients, à leur sortie du service, qui est alors intéressante à analyser puisque l'on note, chez 23% des patients, une orientation vers un service spécialisé. Il semblerait ainsi que l'UHP permette l'accueil de patients en transit, dans l'attente de lits spécialisés.

À l'instar des structures dites de « court séjour d'urgence », l'unité permet au SAU de disposer de lits d'aval nécessaires pour une gestion plus fluide du flux de patients (25). De ce fait, même si la majoration de 15% du taux d'occupation du SAU est encourageante, nous serions en droit d'attendre une diminution plus importante de la DMS des patients hospitalisés en UHTCD qui n'est que de 2h30. L'effet semble modeste, mais il est tout à fait comparable aux résultats d'autres établissements (23). Par ailleurs de nouveaux paramètres, tels que le nombre d'hospitalisations de plus de 24h et de plus de 48h pourraient être étudié, sur des périodes historiquement plus proches, pour confirmer l'effet bénéfique de l'UHP sur l'UHTCD.

Comme la plupart des autres services de médecine polyvalente, l'UHP s'est constituée, en partie, grâce au redéploiement de certains lits spécialisés. En effet, on note qu'un grand nombre de ces services est issu de la transformation des services spécialisés, quelques fois en difficulté, maintenus mais modifiés afin de bénéficier d'un nombre de lits d'aval suffisant en court séjour pour les services d'urgence. C'est le cas en particulier de l'Unité de Médecine Polyvalente d'Accueil (UMPA) du CH de Troyes créée à partir du service de cardiologie dont la présence médicale devenue insuffisante ne permettait pas un accueil correct des patients, ou également du service de médecine polyvalente au CH La Rochelle ayant pris la place du service de dermatologie que les hébergements pluri-spécialisés écartaient sensiblement de sa vocation initiale.

Cette restructuration à l'HIA Legouest s'est faite aux dépens des lits des services de chirurgies, mais, semble-t-il, pas de leur l'activité. En effet, même si la nette augmentation des taux d'occupation de ces services, illustrée sur les figures n° 10 et 12, ne nous permet pas

de conclure à l'effet bénéfique de la création de l'unité, elle tend à nous faire penser à l'absence d'effet délétère pour les services chirurgicaux. De plus, la majoration de 725 entrants entre les deux périodes d'étude nous permet d'émettre l'hypothèse que l'UHP a été créée sans jamais nuire à la capacité d'accueil de l'HIA Legouest. Néanmoins d'autres facteurs, explicités précédemment de façon non exhaustive, rentrent également en compte et seule une étude médico-économique pourrait déterminer les liens de causalité des modifications observées.

L'étude mensuelle des taux d'occupation des services de chirurgie, toutes spécialités confondues, illustrée sur la figure n°15, permet d'observer, après la création de l'UHP, un maintien de l'activité pendant les périodes estivales, ce qui n'était pas le cas deux ans plutôt puisque l'on observait une baisse de près de la moitié du taux d'occupation.

Ce phénomène pourrait être expliqué, en partie, par la mutualisation estivale des équipes paramédicales de l'UHP lors de la fermeture et la redistribution dans les structures chirurgicales permettant une stabilité des effectifs.

Afin de pouvoir étayer mon travail, il m'a été permis de m'entretenir avec l'un des deux praticiens hospitaliers du service de médecine polyvalente du CHI des quatre villes sur le site de Sèvres. Il en ressort que cette structure reçoit chaque année environ 750 patients issus des services d'urgence des centres hospitaliers alentours dont l'hôpital Ambroise Paré de l'AP-HP (Assistance Publique-Hôpitaux de Paris), l'hôpital Foch PSPH (Participant au Service Public Hospitalier) et l'Hôpital d'Instruction des Armées Percy. Le service, bénéficiant de l'agrément du DES de médecine générale, accueille, outre les deux praticiens hospitaliers issus du cursus de médecine générale, deux assistants et deux internes de cette même filière.

À propos des différences observées entre le taux d'occupation et le taux d'occupation corrigé, elles sont expliquées par la réalisation récente de travaux d'entretien. Néanmoins, même s'il est corrigé, ce taux d'occupation reste assez bas, tout à fait superposable à l'ensemble des établissements de santé militaire, qu'il n'est pas nécessaire de commenter (27).

La fluctuation du paramètre dans l'année est, quant à elle, intimement liée aux variations d'activité des autres services de l'hôpital, dont elle est la « soupape ». Cette propriété pourrait représenter un intérêt considérable dans une structure militaire pour

l'accueil et la prise en charge dans le cadre d'un afflux massif (épidémie, attentat, plan de crise, …).

Aux termes de cette discussion, il semblerait que l'UHP soit un atout pour l'établissement et en particulier pour le service d'accueil des urgences qui reste la « façade » de l'hôpital et pour les services de chirurgie dont l'activité spécialisée empêche quelques fois une prise en charge adaptée du patient polypathologique. L'UHP offre pour ces services une médecine adaptée à la population recrutée et renforce l'offre de soins de l'établissement.

C. Intérêt pour le patient

Le choix de l'établissement lors de l'admission d'un patient dans un hôpital public est de nos jours régi par la spécialité à laquelle il aura recours. Pour calquer l'organisation du travail médical sur les nouvelles techniques issues du progrès, les services, déjà très cloisonnés, évoluent vers une spécialisation accrue. Cet éclatement des spécialités médicales aboutit à une prise en charge segmentée des patients. Cette évolution est très problématique lors de la prise en charge de patients polypathologiques. Or, ces patients sont de plus en plus nombreux et nécessitent une prise en charge moins technique et moins spécialisée, plus globale (21), se calquant parfaitement à la médecine pratiquée par chaque médecin généraliste.

La spécialisation, perçue comme un gage de qualité de la prise en charge hospitalière, aboutit paradoxalement à des prises en charge inadaptées. L'hyperspécialisation qui a vu le jour dans les CHU pose le problème d'articulation entre technicité et proximité dans l'ensemble des centres hospitaliers.

La médecine polyvalente est, comme nous pouvons le constater, une alternative adéquate et constitue une amélioration de la qualité des soins avec une probable diminution du temps d'hébergement dans les services spécialisés (qu'il faudrait confirmer), une inadéquation moindre entre la patientèle et les lits d'hospitalisation et une meilleure adaptation de la prise en charge. Par ailleurs, quelques paramètres, permettant partiellement d'évaluer cette qualité des soins, ont été recherchés (29). Ainsi, l'unité n'a fait l'objet d'aucune déclaration nosocomiale ni aucun évènement indésirable. Durant la période de l'étude, deux décès ont été recensés dont un patient pris en charge pour des soins palliatifs, en

coordination avec l'équipe mobile de l'HIA. De plus, comme il est précisé sur la charte en annexe, l'UHP s'engage à adhérer à la démarche qualité de l'établissement et à participer aux procédures de certification.

Néanmoins, l'absence de médecin qualifié en gériatrie est un manque pour l'unité qu'il faudrait, à terme, combler.

Accolée aux services de chirurgie (annexe 5), l'UHP bénéficie d'un emplacement géographique très intéressant au sein de l'hôpital Legouest, ce qui lui confère une proximité par rapport aux plateaux techniques, au service d'imagerie et au service des urgences.

Un grand nombre d'actes techniques est réalisé au profit de l'UHP par l'ensemble des services spécialisés. On y retrouve en grande majorité les actes d'imagerie et d'échographie à visée diagnostique et les actes techniques médicaux, diagnostiques et thérapeutiques, réalisés en grande majorité en SMIMIT et au SAU. L'UHP constitue donc, grâce à son accès aisé aux examens complémentaires, une plate-forme diagnostique et thérapeutique non négligeable, indispensable à la prise en charge des patients hospitalisés.

Ainsi, la médecine polyvalente, comme l'introduit la Société Française de Médecine et d'Urgence (SFMU) (30), correspond à un projet de prise en charge des patients, indépendant de l'organe atteint, mais réunissant les praticiens autour d'une fonction commune : compléter l'idée d'une prise en charge globale (prenant en compte tous les aspects médicaux et psychosociaux).

L'organisation des structures hospitalières doit s'adapter aux évolutions démographiques irréversibles que sont le vieillissement de la population et ses conséquences : l'émergence des pathologies et leur chronicisation. L'UHP répond, en partie, à cette nouvelle demande en offrant des soins et services adaptés au patient polypathologique (31) sans pour autant délaisser la technicité nécessaire à la pratique d'une médecine moderne, et sans se substituer en aux services de moyen et long séjours de convalescence.

D. Intérêt pour l'interne

La grande diversité de pathologies hébergées en UHP et la représentation d'un grand nombre de pôles d'activité sont les critères majeurs qui témoignent de la diversité du recrutement auquel est confronté l'interne en charge de ces patients.

Ainsi, en reprenant les segments d'activité, on retrouve 312 patients souffrant de pathologie médicale (figure n°7 et tableau n°8) et 100 de pathologie chirurgicale (figure n°6 et tableau n°7) :

- l'ORL-stomatologie qui comptabilise 34% des patients pris en charge, avec principalement les surveillances post-opératoires, les bilans de vertige, les prises en charge de traumatismes sonores aigus, otites compliquées, épistaxis récidivantes, …
- les pathologies digestives (12%), chirurgicales (convalescence et surveillance post-opératoire, surveillance de douleur abdominale, hémorragie digestive, hernie inguinale) ou médicales (pancréatite aiguë, hépatite, gastro-entérite).
- l'orthopédie et la rhumatologie (12%) avec les fractures vertébrales, les ostéites, les suites opératoires de pose de prothèse de hanche, les pathologies osseuses, …
- les affections du système nerveux (9%) comprenant les affections radiculaires et la prise en charge initiale, avant transfert, d'accidents vasculaires cérébraux.

On note assez facilement, malgré la diversité de recrutement marquée par la disparité des pôles OAP représentés, une affinité plus prononcée pour certains organes. Cette affinité est largement expliquée par l'influence des praticiens, certes généralistes, mais dont les orientations de formation peuvent varier, et par les spécialités initialement présentes sur l'établissement. Cette tendance s'illustre à l'UHP par la forte prévalence des patients hospitalisés pour une prise en charge ORL, dans sa composante principalement médicale, et s'explique par l'omniprésence, au sein du service, des spécialistes concernés.

Au sein de l'UHP, les quatre niveaux de complexité de pathologie sont retrouvés. La forte proportion de pathologies de faible niveau confirme le rôle de l'UHP qui est d'accueillir des patients dont le niveau de « gravité » est relativement peu élevé. Ceci devrait permettre aux services spécialisés d'accueillir des patients plus complexes qui correspondent à des séjours à plus haute valeur ajoutée. L'UHP prend également en charge 15% de patients hospitalisés pour une surveillance ou un bilan diagnostic.

Cette grande disparité de pathologies et de niveaux de complexité soulève néanmoins le besoin de codifier la gestion du flux de patients en aval des urgences (32).

Pour Bellou et Al, les pathologies rencontrées aux urgences peuvent être classées, de manière plus pragmatique que la Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU), en cinq catégories (17) :

- la classe 1, correspondant aux malades ne justifiant pas d'une hospitalisation,
- la classe 2, englobant les pathologies justifiant d'une hospitalisation non urgente, à programmer,
- la classe 3, s'intéressant aux pathologies ciblées justifiant une prise en charge spécifique immédiate dans un service de réanimation, de médecine interne, de médecine générale ou de spécialité,
- la classe 4, incluant les pathologies ciblées justifiant une hospitalisation de moins de 48 h et les pathologies spécifiques aux urgences (intoxication, éthylisme aigu, …)
- la classe 5, correspondant à une orientation imprécise ou temporairement impossible.

L'auteur réserve ainsi la classe 5 aux Unités d'Hospitalisation de Court Séjour et d'Urgence (UHCSU) et affecte aux services de médecine polyvalente certains patients de la classe 3. Néanmoins, l'UHP étant une structure atypique dans un établissement de petit gabarit, ces propositions d'organisation sont à nuancer.

Le profil des patients admissibles à l'UHP, défini pour éviter les dérives, inclut ainsi l'une et l'autre des classes, toujours dans le respect de la mission de l'unité (annexe 2).

La grande diversité d'actes techniques médicaux exposés précédemment (tableau n°10) est un atout indéniable pour l'interne de l'UHP qui, encadré par le spécialiste prestataire, va être le médecin qui pratique le geste, conformément au projet pédagogique.

Ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, l'UHP propose des pathologies variées permettant à l'interne d'élargir son panel de connaissances pratiques, d'enrichir son expérience et d'aiguiser son sens clinique. En effet, le 3e cycle des études médicales doit avoir, avant tout, un rôle d'école pratique. Alors qu'il paraît indispensable que ne soient reconnus comme terrain de stage que ceux qui sont utiles à la formation, on remarque que certains stages hospitaliers dans ces services très techniques et éloignés de l'exercice médical quotidien sont, pour des raisons difficiles à admettre, considérés comme validants.

E. Conclusions

De par sa vocation transversale et de par sa place dans la filière de prise en charge des hospitalisations non programmées, l'UHP occupe une place à la fois stratégique et difficile à définir dans l'établissement.

Stratégique tout d'abord car elle joue un rôle important dans le désengorgement des urgences et fait diminuer la pression exercée sur les services spécialisés de médecine (SMIMIT, SMD, …). Elle rend service en acceptant des patients jugés parfois «peu désirables » dans les autres services, trop spécialisés pour leur offrir une prise en charge adaptée.

Mal définie par ailleurs car son rôle n'est pas toujours clairement établi, oscillant entre un substitut de service de court séjour gériatrique et un corollaire d'unité d'hospitalisation de très courte durée. C'est d'ailleurs pour cela qu'un lien privilégié est nécessaire avec les urgences, afin que le triage ne soit pas toujours en défaveur de l'UHP par l'envoi de patients « dont personne ne veut », mais plutôt en respectant le simple critère : un patient dont l'état nécessite une hospitalisation courte et des soins généralistes. Le respect de cette consigne permet ainsi d'éviter toute dérive consistant, par exemple, à adresser un patient directement en UHP où les lits sont plus accessibles que ceux du service de spécialité correspondant à sa pathologie.

Il ressort de mon passage dans l'unité la part importante du recrutement de l'équipe médicale et paramédicale qui est un point clé de la réussite du projet. Les relations avec les autres services sont très « médecin-dépendantes ». Ainsi, un praticien reconnu au sein de l'établissement peut grandement aider à positionner et accroître la crédibilité de ce type service, déjà amplement desservi par les clichés. La motivation et la volonté de faire de la médecine générale lui sont indispensables pour mener correctement l'unité.

Enfin, face à la chirurgie et la médecine hospitalière plus techniques, les services de médecine polyvalente permettent de revaloriser la spécialité émergente de médecine générale et représentent un support pédagogique de qualité.

De tout temps, l'enseignement de l'exercice médical s'est fait sous forme de compagnonnage selon le précepte contenu dans le serment d'Hippocrate : « *Je tiendrai ses enfants pour des frères et, s'ils désirent apprendre la médecine, je la leur enseignerai… je ferai part des préceptes des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître et aux disciples…* » et dans la version plus moderne du serment médical :

« Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères… » .

La pratique de la médecine générale à l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente, au sein d'un hôpital où de nombreuses spécialités sont représentées, en est une parfaite illustration.

VII. LISTE DES ABREVIATIONS

AP - HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ASH	Agent des Services Hospitaliers
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCMU	Classification Clinique des Malades aux Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CREDORC	Centre Régional de Documentation scientifique et de Recherche Clinique
CSG	Court Séjour Gériatrique
DA	Diagnostic Associé
DES	Diplôme d'Étude des Spécialités
DESC	Diplôme d'Étude Spécialisé Complémentaire
DMS	Durées Moyenne de Séjour
DP	Diagnostic Principal
DR	Diagnostic Relié
DRG	Diagnosis Related Groups
DUMG	Départements Universitaires de Médecine Générale
GHM	Groupes Homogènes de Malades
HIA	Hôpital d'Instruction des Armées
HPST	Hôpital, Patient, Santé et Territoire
JAMA	Journal Of the American Medical Association
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
MPR	Médecine Physique et Réadaptation
OAP	Outil d'Analyse PMSI
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PAM	Plan Annuel de Mutations
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SMIMIT	Service de Médecine Interne et Maladies Infectieuses et Tropicales
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMD	Service de Maladie Digestive
SFTG	Société de Formation Thérapeutique du Généraliste
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SSR	Suite de Soin et Réadaptation
UHCSU	Unités d'Hospitalisation de Court Séjour et d'Urgence
UHP	Unité d'Hospitalisation Polyvalente
UHTCD	Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée
UMPA	Unité de Médecine Polyvalente d'Accueil
UNAFORMEC	Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue
WONCA	World Organization of National College and Academic

VIII. ANNEXES

A. Annexe 1 : Libellé GHM en UHP par fréquence décroissante

GHM	Libelle GHM-RUM	Nb Séjour
03M15Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 03	56
03M111	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	20
03K021	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, niveau 1	17
23M20Z	Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23	15
03M051	Troubles de l'équilibre, niveau 1	11
01M111	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 2	10
23M062	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, niveau 1	10
23M063	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 3	8
23M06T	Autres facteurs influant sur l'état de santé, très courte durée	8
03M091	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1	6
11M041	Autres motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée	6
23M061	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	6
23M20T	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	6
06C121	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5
08M252	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 2	5
11M021	Lithiases urinaires, niveau 1	5
03M041	Convalescences et autres motifs sociaux	4
04M051	Douleurs abdominales, niveau 1	4
06M121	Ulcères cutanés, niveau 3	4
06M18Z	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	4
08M36Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	4
09M063	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 06	4
23M16Z	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08	4
01M311	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, niveau 1	3
03C161	Épistaxis, niveau 1	3
03M042	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 1	3
03M061	Actes non effectués en raison d'une contre-indication	3
05M131	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 1	3
05M152	Autres pathologies rachidienne relevant d'un traitement médical, niveau 1	3
08M291	Douleurs thoraciques, niveau 1	3
09M062	Hypertension artérielle, niveau 2	3

23M101	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	3
23M15Z	Ulcères cutanés, niveau 2	3
01M161	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aigües, niveau 1	2
03M131	Fractures, entorses, luxations et dislocations de la jambe à l'exception de l'avant-pied, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
04M053	Hémorroïdectomies, niveau 1	2
04M054	Interventions sur la région anale et périanale, niveau 1	2
04M173	Ostéomyélites aiguës (y compris vertébrales) et arthrites septiques, niveau 1	2
04M22Z	Épanchements pleuraux, niveau 3	2
05M071	Hémorragies digestives, niveau 1	2
05M123	Rééducation	2
05M172	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	2
06C191	Soins de stomies digestives	2
06M031	Troubles vasculaires périphériques, niveau 3	2
06M03T	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 80 ans, niveau 1	2
06M041	Autres affections de l'appareil circulatoire, niveau 2	2
06M17Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 4	2
07C141	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
07M10T	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	2
08M071	Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	2
08M153	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	2
08M251	Effets toxiques des médicaments et substances biologiques, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
08M262	Explorations et surveillance pour affections de l'appareil respiratoire	2
08M311	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
09C081	Fractures du rachis, niveau 2	2
09M051	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 1	2
10M021	Infections aigües sévères des voies aériennes supérieures, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
10M182	Infections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2
11M042	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	2
11M123	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2
18M032	Pancréatites aigües, très courte durée	2
18M041	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	2
21M021	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	2
21M101	Soins palliatifs, avec ou sans acte	2
23M02Z	Tendinites, myosites et bursites, niveau 3	2
23M064	Thrombophlébites veineuses profondes, niveau 1	2
23Z02Z	Troubles nutritionnels divers, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	2
01M082	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires, en ambulatoire	1
01M084	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1
01M092	Autres affections de l'appareil circulatoire, niveau 3	1
01M11T	Autres affections hépatiques, niveau 2	1
01M151	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
01M191	Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1
01M221	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, niveau 1	1
01M312	Autres interventions sur la main, niveau 1	1
01M32Z	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins, niveau 1	1
01M34Z	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, niveau 1	1
02C081	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	1
02M081	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 2	1
02M082	Brûlures et gelures non étendues sans intervention chirurgicale, niveau 1	1
03C091	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1
03C101	Epanchements pleuraux, niveau 2	1

03C131	Epistaxis, niveau 2	1
03C141	Fractures de la hanche et du bassin, niveau 1	1
03K02J	Fractures de la hanche et du bassin, niveau 2	1
03M021	Hémorroïdectomies, niveau 3	1
03M031	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, niveau 1	1
03M062	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé, niveau 3	1
03M074	Interventions pour infections ostéoarticulaires, niveau 1	1
03M092	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1
03M094	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1
03M09T	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
03M112	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, niveau 4	1
03M14Z	Ostéomyélites chroniques, niveau 1	1
04M052	Rhinoplasties, niveau 1	1
04M071	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 2	1
04M073	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 3	1
04M083	Soins de contrôle chirurgicaux, niveau 4	1
04M101	Soins de contrôle chirurgicaux, très courte durée	1
04M102	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3	1
04M161	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 79 ans, niveau 1	1
04M172	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
04M202	Affections de la rate, niveau 1	1
04M204	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, très courte durée	1
05M091	Affections des voies biliaires, niveau 2	1
05M092	Affections et lésions du rachis et de la moelle, niveau 2	1
05M173	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 2	1
06C111	Anomalies de la démarche d'origine neurologique	1
06C142	Autres accidents vasculaires cérébraux non transitoires, niveau 2	1
06C193	Autres affections du système réticuloendothélial ou immunitaire, niveau 1	1
06M034	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1
07M022	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
07M042	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1
07M062	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	1
07M072	Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1
08C441	Autres infections de l'appareil génital féminin, niveau 1	1
08C561	Autres irradiations, niveau 2	1
08M041	Autres rachialgies, niveau 1	1
08M042	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, niveau 2	1
08M101	Autres troubles de la coagulation, niveau 1	1
08M103	Autres troubles de la coagulation, niveau 2	1
08M152	Autres troubles de la lignée érythrocytaire, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1
08M154	Autres troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives, niveau 2	1
08M193	Autres troubles endocriniens, niveau 2	1
08M253	Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 4	1
08M261	Bronchopneumopathies chroniques, niveau 3	1
08M281	Cirrhoses alcooliques, niveau 2	1
08M321	Embolies pulmonaires, niveau 1	1
08M36T	Embolies pulmonaires, niveau 2	1
09C101	Explorations et surveillance pour affections du système nerveux	1
09M052	Explorations et surveillance pour affections ORL	1
09M05T	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1
10M072	Fractures du rachis, niveau 1	1

10M163	Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3	1
11M063	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	1
12M032	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1
13M061	Insuffisance rénale, sans dialyse, niveau 3	1
16C031	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 1	1
16M061	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire, niveau 2	1
16M091	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales, niveau 2	1
16M113	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 17 ans, très courte durée	1
16M131	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, niveau 2	1
16M132	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 1	1
16M15Z	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, niveau 3	1
17K042	Migraines et céphalées, niveau 1	1
18M043	Otites moyennes et autres infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1
18M072	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
19M063	Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1
19M132	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 08, très courte durée	1
20Z063	Symptômes et autres recours aux soins de la CMD 16	1
21M142	Tendinites, myosites et bursites, niveau 2	1
22M021	Tendinites, myosites et bursites, niveau 4	1
23C021	Traumatismes et déformations du nez, niveau 1	1
23C023	Traumatismes thoraciques, niveau 1	1
23M102	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, niveau 3	1
23M103	Troubles métaboliques, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1
23M104	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin, niveau 2	1
23M10T	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, niveau 4	1
Total	Total	412

B. Annexe 2 : Projet pédagogique de l'UHP

Service de Santé des Armées

H.I.A. LEGOUEST

UNITE D'HOSPITALISATION POLYVALENTE

Metz, le 12 février 2010

Projet pédagogique
de l'unité d'hospitalisation polyvalente

1. Présentation de l'Unité

Unité d'hospitalisation polyvalente
Hôpital d'Instruction des armées Legouest
27, Avenue de Plantières
57 077 METZ Cedex 3

Tél : Secrétariat : 03 87 56 50 26, Hospitalisation : 03 87 56 24 41, Fax : 03 87 56 48 21
Mail : UHP@hia-legouest.fr

L'Unité d'hospitalisation polyvalente (UHP) a été ouverte le 03 mars 2008. Elle dispose de 19 lits.
Il s'agit d'une unité fonctionnelle appartenant à la Fédération de Médecine, coordonnée par le Médecin en chef Philippe REY, professeur agrégé du Val de Grâce.
L'UHP est dirigée par le Médecin Principal Jacqueline LAGAUCHE, médecin généraliste.

Le responsable d'Unité est secondé par un deuxième médecin généraliste qualifié en médecine d'urgence. Ce deuxième poste, à temps partiel en 2009-2010 (Dr P. Walkowiak) doit être transformé en poste à temps plein en septembre 2010.
L'équipe paramédicale est constituée d'un cadre de santé (0.7 ETP) de 8 IDE et 8 aides-soignantes.

2. Missions de l'Unité

Cette unité implantée au 1er étage du bâtiment 001 a pour vocation d'accueillir des patients pour des soins de médecine générale.
Par définition, l'unité accueille des patients ayant des pathologies très diverses, de gravité variable, mais il s'agit de patients cadrés, stabilisés, pour lesquels le diagnostic est posé et le projet de soins est pré établi soit par les médecins de la structure des urgences soit par les médecins de spécialités.

- Axe 1 : Assure la prise en charge de patients pour mise en route ou poursuite de traitement, en attente de convalescence ou de retour à domicile
- Axe 2 : Lits d'aval pour les urgences
- Axe 3 : Offre aux services des spécialités des lits d'hébergement, leur permettant de réguler leur activité programmée et d'urgence, évitant ainsi des reports d'intervention.
- Axe 4 : Assure quelques hospitalisations programmées suite à des consultations (en particulier pour l'ondontologie) prises en charge par le spécialiste.
- Axe 5 : disponibilité de lits pour les ayants droits militaires (ex. : Problèmes ORL type traumatisme sonore aigu, ..)
- Axe 6 : Prise en charge gérontologique
- Axe 7 : Prise en charge occasionnelle, pluridisciplinaire, de patient en fin de vie

Le service accueille les patients 24h/24, sur accord du chef de service.
Les médecins de la structure des urgences prennent en charge les patients la nuit et les week-ends.

3. Accueil des internes

3.1. Conditions d'accueil

L'unité accueille un interne en DES de médecine générale.
Les internes sont en stage semestriel dans la Fédération de Médecine. Ils font une période de deux mois au sein de l'unité d'hospitalisation polyvalente.
Ils sont en permanence accompagnés dans le service par un médecin sénior

3.2. Moyens à disposition

Bureau médical avec bureau et ordinateur
Téléphone portable pour l'interne, accès Internet
Accès au Centre régional de Documentation scientifique et de recherche Clinique (CREDORC)

3.3. Fonctions de l'interne

Accueil des patients adapté selon leur provenance
Observation médicale
Relations avec le service des urgences ou le service spécialisé de provenance ou de destination : histoire clinique, prise en charge, projet thérapeutique, projet d'avenir
Visites biquotidiennes des hospitalisés avec médecin sénior
Prescriptions d'examens et des traitements en accord avec le médecin sénior de l'unité
Interprétation des examens avec le médecin de l'unité ou les différents spécialistes intervenants
Gardes dans le service des urgences.
Présentation de dossiers cliniques en réunion interdisciplinaire médico-chirurgicale bimensuelle.

3.4. Formations thématiques

Surveillance, diagnostic de complications, traitement et suivi des diverses pathologies pouvant être rencontrées
Gestion des examens complémentaires
Prévention des complications du décubitus
Gestion d'une douleur aiguë et chronique
Gestion des antibiotiques
Gestion de l'alimentation parentérale
Gestion des ordonnances personnelles des patients

3.5. Formations techniques

Pose de sondes naso gastriques, de sondes urinaires
Alimentation entérale
Divers gestes techniques, plus ou moins spécifiques, réalisés si nécessaire, avec les médecins spécialistes
Prise en charge administrative complète d'un patient (Examen clinique, prise en charge thérapeutique, compte rendu d'hospitalisation, prescription de sortie (ordonnances, ALD….)
Demande de convalescence, relai avant HAD ou soins de suite.

3.6. Formations médico-administratives

Gestion des formalités d'accueil notamment personne de confiance
Gestion du dossier médical
Compte-rendus d'hospitalisation et relations avec les médecin-traitants
Modalités de rédaction d'un certificat

3.7. Evaluation

Entretien formalisé avec le responsable de l'unité à un mois
Evaluation semestrielle avec le coordonnateur de Fédération ou le chef de service dont dépend le stage semestriel

MC Philippe REY
Coordonnateur de la Fédération de Médecine

MP Jacqueline LAGAUCHE
Responsable de l'UHP

C. Annexe 3 : Chartes de l'UHP

H.I.A. Legouest Metz	**Charte de fonctionnement de l'Unité d'Hospitalisation Polyvalente (UHP)**	Code : **R3-F-S-0094-V1** Date d'application : 01/10/2010 ORIGINAL APPROUVE CQ Page : **1 / 3**

Article 1 - Généralités

L'Unité d'hospitalisation polyvalente (UHP) a été ouverte le 03 mars 2008.
Elle est implantée au 1er étage du bâtiment 001.
Elle dispose de 19 lits, repartis de la chambre 04 à la chambre 39 soit 14 chambres dont 9 chambres particulières.
Une extension à 22 lits est possible en utilisant les chambres 38 et 40, situées dans le même couloir.
Il s'agit d'une unité fonctionnelle intégrée à la fédération des services médicaux.

Article 2 - Principes fondateurs de sa création

- Rechercher une meilleure fluidité du parcours du patient au sein de l'hôpital :
  - en facilitant le placement des patients en post-urgence ;
  - en accueillant des malades en attente de place dans un service spécialisé ou en attente d'un placement dans un centre de convalescence.
- Permettre l'hospitalisation de patients ne relevant pas d'un service de spécialité (disparition des possibilités d'hospitalisation en infirmerie de garnison) ou en soins de suites simples.
- Optimiser la répartition de la charge de travail des soignants.
- Développer la polyvalence des personnels et devenir un nouveau site de formation, en particulier pour les praticiens généralistes.

Article 3 - Missions principales

Cette unité a pour vocation d'accueillir des patients pour des soins relevant d'un suivi en médecine générale.

Par définition, l'unité reçoit des patients ayant des pathologies très diverses, de gravité variable, mais toujours cadrés et stabilisés, pour lesquels le diagnostic est posé et le projet de soins est pré-établi soit par les médecins de la structure des urgences, soit par les médecins spécialistes.

- Axe 1 : Lits d'aval pour les urgences.
- Axe 2 : Prise en charge de patients soit pour mise en route ou poursuite de traitement, soit en attente de convalescence, ou de retour à domicile.
- Axe 3 : Offre aux services des spécialités des lits d'hébergement, leur permettant de réguler leur activité programmée et d'urgence, évitant ainsi des reports d'intervention.
- Axe 4 : Assurer quelques hospitalisations programmées suite à des consultations (en particulier pour l'odontologie) prises en charge par le spécialiste.
- Axe 5 : Disponibilité de lits pour les ayants droits (Ex : affections ORL fréquentes type traumatisme sonore aigu, …)
- Axe 6 : Prise en charge gérontologique.
- Axe 7 : Prise en charge exceptionnelle et pluridisciplinaire de patients en fin de vie.

Le service possède 6 chambres (8 lits) équipées en air médical et pouvant être réquisitionnées en cas de plan de crise.

Article 4 - Ressources humaines

L'UHP est dirigée par un médecin généraliste.

Le responsable de l'unité est secondé par un médecin généraliste qualifié en médecine d'urgence, affecté à mi-temps. Son emploi principal est l'UHP, son emploi secondaire est la structure des urgences (SU). En fonctionnement normal à deux médecins en UHP, il travaille le matin en UHP et à partir de 14 heures à la structure des urgences, selon les règles de ce service. En l'absence du chef d'unité de l'UHP, il exerce à temps plein à l' UHP.
Des adaptations seront réalisées autant que nécessaires, en bonne entente entre le responsable de l'UHP et le chef de service des urgences, en respectant la priorité à l'UHP.

Document consultable sur l'IntraLegouest

Un interne de médecine générale de la fédération des services médicaux est affecté en permanence pour une période de deux mois.
L'équipe paramédicale est constituée d'un cadre de santé, et d'un nombre suffisant, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'ACSHQ et de secrétaires pour assurer la continuité des soins.

Article 5 - Fonctionnement

L'UHP fonctionne au même titre que les autres services et unités de l'HIA (Ressources humaines, commandes, gestion du personnel, éléments variables, formations….)
Les règles de fonctionnement de l'unité s'appuient sur l'IM 500 portant règlement des hôpitaux des armées (Fiches 44, 45 et 46).
Un contrat d'objectif et de moyen est signé annuellement entre la chefferie et l'unité. Pour cela l'unité doit prendre part à la mise en œuvre des orientations institutionnelles et être un acteur attentif du respect des contraintes de gestion qui s'impose à l'HIA. C'est pourquoi, l'UHP s'engage :

- à adhérer à la démarche qualité de l'établissement et à participer aux procédures de certification ;
- à réaliser le suivi de l'évolution de l'activité du service et le respect des objectifs quantifiés y afférant ;
- à réaliser le suivi et le respect de ses dépenses prévisionnelles.

Le fonctionnement du service est régi par 3 réunions de service par an (réunions qui font l'objet d'un compte-rendu) ayant valeur de conseil de service.

Article 6 - Organisation et continuité des soins

Le service reçoit les patients 24h/24, selon un accord tacite entre médecins, en concertation avec le cadre de santé (possibilités d'accueil).

L'organisation et la continuité des soins sont assurées :

- sur le plan médical par :
  - le responsable d'unité ou son adjoint ;
  - les médecins de la structure des urgences qui prennent en charge les patients en dehors des heures ouvrables (de 18h00 à 8h00 et jours fériés).

  « En garde » la responsabilité médicale du patient appartient au médecin qui hospitalise le patient. Il est ainsi son médecin référent. S'agissant d'une hospitalisation ordonnée par un médecin de permanence à la SU, il est le référent du patient durant la totalité de sa garde. Il assure une bonne transmission des données (diagnostic, traitement et tenue du dossier) concernant le patient à son successeur qui devient alors son nouveau référent.

  L'UHP organise une astreinte médicale propre de week-end et jours fériés. Le médecin d'astreinte prend, dès son arrivée, la responsabilité des patients confiés durant la permanence des soins par les médecins de la SU, après transmission des informations. La présence du médecin d'astreinte dans le service UHP est effective le matin. Il peut être joint par téléphone au-delà. En dehors de la présence du médecin attaché à l'UHP, toute intervention médicale dans l'unité est réalisée par la permanence médicale de la SU.

  L'interne peut assurer l'astreinte sous la responsabilité d'un médecin senior de la SU.

  Le médecin en chef Walkowiak, responsable du caisson hyperbare, participera au tour d'astreinte de l'UHP, à raison d'un week-end par mois. A cette occasion, une transmission des informations est réalisée à l'UHP entre le médecin de l'UHP et le MC Walkowiak, le vendredi précédant son astreinte.

- sur un plan paramédical par le cadre de santé sous l'autorité du chef de service et en lien avec la coordination générale des soins.

Les horaires de l'équipe infirmiers et aides-soignants ont été validés par le CHSCT :

- le matin : 6h35 à 14h56.
- le soir : 13h09 à 20h45.
- les week-ends : 7h30 à 19h30.
- les nuits se font par roulement de 15 jours (Lundi-Mardi-Vendredi-Samedi-Dimanche-Mercredi-Jeudi)
- Les personnels travaillent en alternance jour/nuit.

La charge de travail étant variable, les personnels peuvent être répartis dans les autres services par le cadre de santé (en lien avec le coordonnateur général des soins), tout en assurant la sécurité et la qualité des soins des patients de l'UHP.

Article 7 - Fermeture temporaire

Au cours de la période estivale (et éventuellement lors d'autres périodes de congés), cette unité fait l'objet d'une fermeture temporaire.

A cette occasion les personnels médicaux de l'UHP se mettent à la disposition du chef de service de la SU. Les équipes paramédicales viennent renforcer les autres services cliniques. La répartition tient compte dans la mesure du possible des vœux des intéressés et s'inscrit dans une démarche de développement de la polyvalence souhaitée.

Les fermetures annuelles sont programmées le plus tôt possible, en concertation avec la chefferie.

Article 8 - Pédagogie

L'unité accueille :

- des internes en DES de médecine générale.
  Ils sont en stage semestriel dans la fédération des services médicaux. Ils font une période de deux mois au sein de l'unité d'hospitalisation polyvalente. Ils sont en permanence encadrés dans le service par un médecin senior.
  Le service s'est doté d'un projet pédagogique formalisé, disponible en ligne.
- des stagiaires paramédicaux des IFSI et IFAS, et aussi des CMA.
  Le nombre de stagiaires, définit dans le PASS, est de 2 à 3 au maximum. Les stagiaires sont répartis de jour ou de nuit. Aucun stagiaire n'est programmé pendant les vacances d'été en prévision de la fermeture.

Article 9 - Validité de la charte - Révision

La présente charte a une validité de trois ans. Elle est lue et approuvée par le responsable de l'UHP, le coordonnateur de la fédération des services médicaux le chef de la SU et le médecin-chef de l'HIA.

Elle sera reconduite à l'issue des trois ans ou plus tôt si nécessaire, à la demande du responsable de l'UHP ou de la chefferie.
Une évaluation annuelle du fonctionnement doit être réalisée par le responsable de l'UHP en collaboration avec les principaux services utilisateurs et tout particulièrement la SU. Le résultat de cette évaluation sera mentionné dans le contrat objectif moyen annuel de l'UHP.

Cette charte est validée par le responsable de l'UHP (MP Lagauche), le coordonnateur de la fédération des services médicaux (MC Rey), le chef de service de la SU (MC Lehot), et le médecin-chef de l'HIA (MG Felten).

D. Annexe 4 : Contrat d'Objectif et de Moyen de l'UHP pour l'année 2010

H.I.A. Legouest
Metz

HIA Legouest
27 avenue de Plantières
57077 METZ cedex 3

CONTRACTUALISATION INTERNE année 2010

CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Établi entre la Chefferie et le service **Unité Hospitalisation Polyvalente**

Préambule :

Dans le cadre de la modernisation de la politique institutionnelle et de l'adaptation des outils de gestion et de pilotage de l'Hôpital d'instruction des Armées (H.I.A) Legouest, il a été convenu qu'une démarche de négociation et de signature de contrats internes à l'établissement serait mise en œuvre. Il s'agit d'appréhender dans un même mouvement les données d'activité, de recettes et de dépenses. **A partir d'objectifs partagés entre les cocontractants**, il est déterminé une quantification de l'activité et des moyens destinés à sa réalisation.

La contractualisation interne prend place dans un ensemble de réformes (T2A, LOLF) qui intéresse les établissements de santé dans leur ensemble et les H.I.A, en particulier.

Cette relation contractuelle vise à clarifier les orientations des services cliniques et médico-techniques. Elle permet de donner un sens à l'action quotidienne des professionnels concernés, à travers des perspectives annuelles précisées et des tendances pluriannuelles explicitées.

Toutefois, le présent contrat d'objectifs et de moyens ne remet pas en cause les responsabilités propres du médecin-chef et les responsabilités plus spécifiques des professionnels impliqués, notamment les praticiens hospitaliers au regard du nécessaire respect des règles déontologiques dans l'exercice de la médecine.

Article 1er : état des lieux

Au **30 juin 2009**, le service **Unité Hospitalisation Polyvalente (UHP)** :

- est installé au 1er étage, du bâtiment **01**
- dispose d'une capacité d'hospitalisation de 19 lits
- a réalisé 1386 journées d'hospitalisation complète
- dispose d'un effectif médical et paramédical composé de :
    - 01 médecin
    - 01 cadre de santé pour 0,7 ETP
    - 08 infirmier (ère) s diplômé(e) s d'Etat,
    - 08 aides-soignants(e) s,
    - 01 agent des services hospitaliers,
    - 01 aide secrétaire médicale

En **2008**, l'activité du service était de :

- 1806 journées d'hospitalisation,
- 399 séjours,
- présentant une durée moyenne de séjour (journée/entrants directs + transferts) de 4,2 jours,

Pour réaliser cette activité, en **2008**, les moyens budgétaires mis en œuvre étaient de :

- 31 978 € consacrés aux consommations **pharmaceutiques**.
- Non déterminé € consacrés aux matériels et consommation courante en achat compte 60 "hors 78.22" **(MOCC)**.

Article 2 : Objectifs généraux

Le service **UHP** doit prendre part à la mise en œuvre des orientations institutionnelles et être un acteur attentif du respect des contraintes de gestion qui s'impose à l'H.I.A. gestion qui s'impose. C'est pourquoi, il s'engage :

- à adhérer à la démarche qualité de l'établissement et à participer aux procédures de certification
- à réaliser le suivi de l'évolution de l'activité du service et le respect des objectifs quantifiés y afférant,
- à réaliser le suivi et le respect du niveau des dépenses

Article 3 : Objectifs particuliers du service (aspect qualitatif)

- **Au niveau de l'organisation du service**

De création récente (mars 2008) cette unité a su se rendre indispensable. Destinée aux patients en attente de retour à domicile ou de départ en service de suite mais aussi aux patients en attente de place dans un service spécialisé, l'UHP a eu en 2009 un bilan très positif.
Deux éléments sont à prendre en compte pour 2010 par le service et la chefferie :

  - Nécessité d'avoir deux ETP médecins généralistes
  - Nécessité de structurer le service avec un projet de service
  - Nécessité de réaliser un projet pédagogique pour accueillir des internes de médecine générale et recevoir l'agrément de la DRASS.

- **Activités techniques**

  - Hospitalisation : activité tributaire de celle des autres services et en particulier de la structure des urgences. Une progression est à envisager.
  - Délocalisation prévue de la réanimation dans les locaux de l'UHP en cas d'application du plan grippe.

/

- **Au niveau des interfaces avec les autres services**

Activités en commun : avec les services en attente des patients de l'UHP ou fournisseurs des patients de l'UHP.

Activités induites : sans particularité.

- **Pratiques médicales nouvelles pour 2010 dont innovations thérapeutiques** : néant

- **Abandon ou modification de pratiques :** néant

- **En matière d'amélioration de la qualité des prises en charge, de l'accueil, de l'information et des droits des usagers** :

- réalisation dans intraLegouest de la page d'information sur le service.
- EPP pour la certification 2010 : communication et compréhension par le patient.

- **Autres activités**
  - Opérations extérieures : Selon volontariat.
  - Organismes extérieurs (réseaux, hôpitaux, université, …) : néant
  - MIGAC, MERRI : sollicitation des internes de médecine générale pour des présentations cliniques, des publications voire des thèses

Article 4 : Objectifs quantifiés de l'activité (voir document joint en Annexe 1)

Le service a pour objectif d'effectuer, en 2010 :

- 600 séjours hospitaliers (RUM),
- pour une durée moyenne de séjour (journée/entrants directs + transferts) de 5.75 jours, soit 2 300 journées.

Article 5 : Objectifs en matière de dépenses (moyens financiers)

Le plafond de dépenses pharmaceutiques pour 2010 est fixé à **40 000 €**, réparti en :

- 40 000 € au titre des produits pharmaceutiques conventionnels,
- 0 € au titre des molécules onéreuses,
- 0 € au titre des dispositifs médicaux implantables.

L'enveloppe des dépenses de consommation courante* auprès de la cellule achat, hors PAA et PAE, est fixée pour 2010 à 12 580 €.

* Fournitures entretien matériel médical – 7601, Entretien et réparation du matériel médical (Contrat de maintenance) – 7611, Petit matériel médico-chirurgical non stérile – 7822, Vêtements et uniformes (chaussure, sabots...) 7840, Fournitures et objets de consommation à usage hôtelier et général (Produits d'entretien…) -7842, Fournitures de Bureau – 7844, Papeterie (papiers) – 7849, Fournitures consommables informatiques - 9800

Article 6 : Moyens en personnels (maintien de l'état actuel / changements envisagés)

- personnel médical : Un médecin à 0,3 ETP est mis en place pour les premiers mois de 2010. Un ETP médecin généraliste est envisagé pour le PAM 2010.
- personnel paramédical : pas de modification envisagée.
- autres : la chefferie va essayer de mieux identifier le secrétariat de l'UHP.
- formation en stomathérapie : à inscrire au plan de formation.

Article 7 : Moyens matériels et infrastructure (orientations)

Equipement souhaités par le service :

- photocopieur
- 2 lits électriques
- Renouvellement progressif du mobilier

- Matériels de manutention et de soins infirmiers (pieds à perfusion, drap de rehaussement malade, coussin anti-escarre, etc.…) prévus au PAA 2009

Travaux locatifs :

- Remise en état de la paillasse.
- Réfection du vestiaire (Peinture, sol) Bât 1
- Réfection peinture des zones techniques du couloir
- Nettoyage et peinture sous sol Bât 1

Article 8 : Durée et conditions d'exécution

Le présent contrat est établi pour une durée de : **1 an**.

Il entre en vigueur le **1er janvier 2010**.

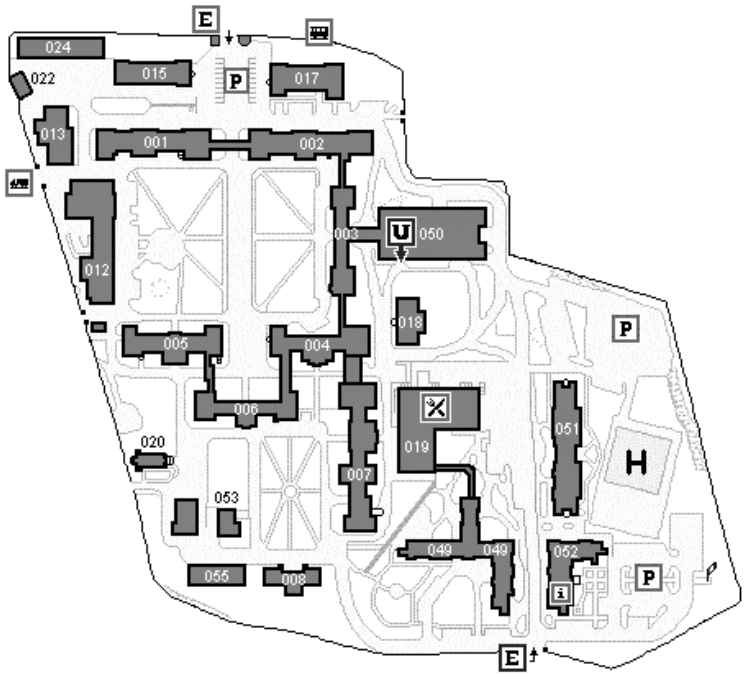
Il fait l'objet d'un suivi à l'aide de tableaux mensuels d'indicateurs diffusés par la CCG à la chefferie et au service.

Afin d'assurer un suivi institutionnel de la démarche de contractualisation interne une rencontre entre le SIM, la CCG et le service de **Unité Hospitalisation polyvalente** est organisée en juin 2010 pour faire le point à mi-contrat.

Fait à Metz, le 7 décembre 2009

Le chef de service, Le médecin-chef,

E. Annexe 5 : Plan de l'HIA Legouest



001	ORL - Ophtalmologie Unité d'Hospitalisation polyvalente
002	Stomatologie - Chir. Viscérale - Odontologie - HdJ Hospit. Chir. Orthopédique et Viscérale
003	Chirurgie Orthopédique Consultation Chirurgie Orthopédique Hospitalisation
004	Hospit. Réadaptation - Anésthésie Rééducation Fonctionnelle Kiné-consultation (plateau technique)
005	Pharmacie
006	Cardiologie Consultation Pneumologie Consultation SMIMIT
007	Dermatologie Service des Maladies Digestives Hospitalisation Dermato - SMD
008	Laboratoire Biologie - Biochimie
012	Service d'Ingénierie Hospitalière Service techniques - Cellule Formation
013	Service Achats - Service d'Ingénierie Biomedicale Cellule Comptabilité Matériel - Magasins
015	Logements Cadres célibataires - Aumônerie Lingerie - Services Hôteliers - Pompiers
017	CITERA - Logements Service Social Bibliothèque - Central téléphonique

Logements	018
Restauration	019
Chapelle	020
Atelier Fer	022
Atelier Bois - Cellule Auto	024
Endoscopie - Coiffeur - Vaguemestre Salon de Thé - Loséma (Location Tel - TV)	031
Psychiatrie Service Informatique -Cellule Communication Med. Pers. - Prélèvement Centre de vaccinations internationales	049
Imagerie Médicale Accueil des Urgences Réanimation - Bloc Opératoire CTBRC - Médecine Hyperbare	050
Bâtiment Cadres Célibataires	051
Accueil - Caisse - Chefferie - Gestionnaire SHSE Service du Pers. - Service Finances Compta. Service Régie - Cellule Accueil Militaires	052
Dépositoire	053
Jardiniers - stokage	055

IX. BIBLIOGRAPHIE

(1) Bungener M. Evolution de la médecine générale, Pratiques, 2004(24), p. 52-54.

(2) Ordonnance n° 58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale (J.O.R.F. 31 décembre 1958)

(3) Arliaud M., Les médecins, 1987, La Découverte, Paris, coll. Repères.

(4) RENARD V. Maître de stage : une formation spécifique. La Revue du praticien. Médecine générale. 2003, 17, n°613, p. 705-706.

(5) Levasseur G., Schweyer F.X. La recherche en médecine générale en France : perspectives et enjeux, 2001, Cah. Socio. Démo. Med., 41, 1, p. 47-80.

(6) Lancry J.P. Rapport de mission remis à Monsieur Xavier Bertrand Ministre de la Santé et des Solidarités : Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale. 27 février 2007.

(7) Loi n° 82-1098 du 23 décembre 1982 (J.O.R.F. 26 décembre 1982)

(8) Arrêté du 4 mars 1997 relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales (J.O. du 26 mars 1997)

(9) Article 60 de la loi n° 2002-73 de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (J.O. 18 janvier 2002)

(10) Article de loi du 22 septembre 2004. (J.O. 6 octobre 2004)

(11) Loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale (J.O. 9 février 2008)

(12) Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale (J.O. 30 juillet 2008)

(13) Le rapport 2006-2007 médecine générale de l'Observatoire National de la Démographie et des Professionnels de Santé. Tome 1.

(14) Assemblée nationale, débats parlementaires, 1ère séance du jeudi 11 janvier 2001, Compte-rendu intégral, p. 231-235.

(15) Royal College of Physician. Acute medical care : The right person, in the right setting – first time, Octobre 2007, Report of the Acute Medicine Task Force.

(16) The Society for Acute Medicine (UK). Recommendations for medical assessment (admission) units. Edinburgh: Society of Acute Medicine (UK), 2003.

(17) Bellou A, De Korwin J.-D. Place des services d'urgence dans la régulation des hospitalisations publiques, La revue de médecine interne 2003, 24 ; p.602-612.

(18) Arrêté du 8 juillet 2010 modifiant l'arrêté du 4 octobre 2006 (J.O. 16 Juillet 2010)

(19) Matray J. Créer un service de médecine polyvalente au centre hospitalier de Dole : pertinence, limites et préconisations [mémoire de directeur d'hôpital]. École des hautes études en santé publique. Décembre 2008.

(20) Bernard E. Améliorer l'orientation des patients en soins de suite : quel outil pour quel avenir ? L'exemple du Groupement de Coordination Sanitaire Nantais [mémoire d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale]. École des hautes études en santé publique. Mars 2008.

(21) Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine. Schéma Régionale d'Organisation III 2006-2011, volet médecine. arrêté n°17 du 28 mars 2006.

(22) Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009, Bulletin officiel n° 2009/5 bis – Fascicule spécial.

(23) Monneret T. Unité d'Accueil de Médecine Polyvalente : une solution performante pour l'amélioration de l'aval des structures d'urgences ? Journal Européen des Urgences. Mai 2007 ; 20 : p113.

(24) Paillé-Ricolleau C, Hamidou M. Revue de pertinence des journées d'hospitalisation en médecine et chirurgie : un tiers de journées inappropriées au CHU de Nantes. La Presse Médicale. Avril 2009 ; 38,4 : 541-550.

(25) Zemmouche P. Analyse du profil des admissions et de la charge de travail paramédical en unité d'hospitalisation de courte durée : l'UHCD victime de l'aval ? Journal Européen des Urgences. Mai 2007 ; 20 : p39.

(26) Bourrier Ph, Le Queau A. Bilan de fonctionnement d'une unité de médecine générale intégrée à un service d'accueil des urgences. Réan Urg 1997 ; 6 : 121 (résumé).

(27) Rapport public thématique de la Cour de compte : Médecins et hôpitaux des armées. Octobre 2010.

(28) Nizard J, Potel G. Création d'une unité de médecine générale en aval de l'urgence en CHU : évaluation pragmatique sur 190 patients. Réan Urg 1997 ; 6 : 121 (résumé).

(29) Com-Ruelle L. La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? IRDES, DTn°18 ; octobre 2008.

(30) Potel G. et le groupe de travail de la SFMU. L'organisation de l'aval des urgences : état des lieux et propositions. Recommandations de la SFMU, 2005.

(31) Huot-Marchand M. Analyse de l'afflux massif de patients âgés de 75 ans et plus admis au service d'accueil des urgences du CHU de Nancy pendant la période du 31 Janvier au 13 Mars 2005[thèse de médecine générale]. UHP Nancy 1 . Novembre 2005.

(32) Gerbeaux P. Recommandations de la Société Francophone de Médecine d'Urgence concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation des unités d'hospitalisation de courte durée des services d'urgence. Journal Européen des Urgences, 2001, 14, p144-152.

VU

NANCY, le **15 novembre 2010**
Le Président de Thèse

Professeur J-D. De KORWIN

NANCY, le **18 novembre 2010**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 3492

NANCY, le 23 novembre 2010

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1
Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON

RESUME DE LA THESE :

INTRODUCTION : L'Hôpital d'Instruction des Armées Legouest est doté depuis mars 2008 d'une Unité d'Hospitalisation Polyvalente, service peu conventionnel accueillant des patients souffrant de pathologies ne relevant pas nécessairement d'une prise en charge spécialisée. La médecine polyvalente est un concept récent mettant en valeur la médecine générale, nouvellement placée au rang de spécialité avec la création du Diplôme d'Études Supérieures. Victime à sa création de certaines réticences internes, ce service, pourtant novateur, présente de nombreux atouts que ce travail va démontrer.

DISCUSSION : En utilisant le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information, nous avons voulu mettre en évidence l'intérêt que présente une telle unité :

- Intérêt pour le patient qui bénéficie alors d'une prise en charge globale plus adaptée à son affection et à son statut polypathologique.
- Intérêt pour l'établissement qui peut ainsi proposer des lits d'aval au service d'accueil des urgences et aux services spécialisés permettant une gestion plus fluide des patients.
- Intérêt pour l'interne en formation qui peut, en rencontrant des pathologies variées, exercer une médecine, par définition, générale.

CONCLUSIONS : De par sa vocation transversale et de par sa place dans la filière de prise en charge des hospitalisations non programmées, l'UHP occupe à l'HIA Legouest une place stratégique, à la fois pour le Service d'Accueil des Urgences mais également pour les autres services spécialisés en jouant un rôle important de désengorgement. Cet état des lieux indique que le médecin généraliste est à sa place dans cette unité, du fait de sa capacité à gérer la polyvalence et les pathologies générales dont sont affectés les patients, tout en bénéficiant du recours aux autres spécialistes présents dans l'HIA. Pour ces raisons, les internes en médecine générale, en formation à l'UHP, jouissent d'un support pédagogique de qualité, cohérent avec leurs objectifs. Néanmoins, ce premier travail ne permet pas d'apporter de conclusion quant à l'apport médico-économique de cette structure.

TITRE DE LA THÈSE : Multi-skilled medicine unit : A new structure in military hospital Legouest. Statements and place of the general practitioner.

THESE : MEDECINE GENERALE **ANNEE :** 2010

MOTS CLEFS : Médecine générale, hospitalisation, médecine polyvalente, formation, réseau

---

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR : UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, Nancy 1
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex