



HAL
open science

**Organisation des soins non programmés : intérêt de la
mise en place d'une consultation de médecine générale
au service d'urgence du centre hospitalier de
Moulins-Yzeure**
Pierre-Yves Deguelle

► **To cite this version:**

Pierre-Yves Deguelle. Organisation des soins non programmés : intérêt de la mise en place d'une consultation de médecine générale au service d'urgence du centre hospitalier de Moulins-Yzeure. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02476465

HAL Id: dumas-02476465

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02476465>

Submitted on 12 Feb 2020

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 CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DEGUELLE, Pierre-Yves Alain Maxime

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2019

**ORGANISATION DES SOINS NON PROGRAMMÉS :
INTÉRÊT DE LA MISE EN PLACE D'UNE
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU SERVICE D'URGENCE
DU CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS-YZEURE**

Directeur de thèse : Monsieur HERNANDEZ Gilles, Docteur, CH Moulin-Yzeure (Unité Post-Urgences)

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (Chef de pôle - Urgences)

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (Chef de pôle - Santé publique)



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

DEGUELLE, Pierre-Yves Alain Maxime

Présentée et soutenue publiquement le 18 novembre 2019

**ORGANISATION DES SOINS NON PROGRAMMÉS :
INTÉRÊT DE LA MISE EN PLACE D'UNE
CONSULTATION DE MÉDECINE GÉNÉRALE AU SERVICE D'URGENCE
DU CENTRE HOSPITALIER DE MOULINS-YZEURE**

Directeur de thèse : Monsieur HERNANDEZ Gilles, Docteur, CH Moulin-Yzeure (Unité Post-Urgences)

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

Membres du jury :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (Chef de pôle - Urgences)

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, CHU Clermont-Ferrand (Chef de pôle - Santé publique)

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **WILLIAMS** Benjamin
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **PAQUIS** François



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel -
BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre -
CHABANNES Jacques - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe -
COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre -
DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK
Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis -
M. JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri -
LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges -
MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-
Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE
Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN
Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY
Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel -
VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain -
DETEIX Patrice - DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY
Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON
Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M. GILAIN Laurent	O.R.L.

M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSIER Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie - Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M. CAMBON Benoît	Médecine Générale
M. TANGUY Gilles	Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

***MAITRES DE CONFERENCES
HORS CLASSE***

Mme CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme BOUTELOUP Corinne	Nutrition

***MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE***

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mlle GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mlle GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mlle VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
Mlle MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mlle COSTE Karen	Pédiatrie
Mlle AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie

***MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE***

Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDEY Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M. PIZON Franck	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS ET DEDICACES

Monsieur Le Professeur Gilles CLEMENT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail et de la confiance que vous m'avez accordée en me permettant de le réaliser. Merci pour votre implication dans la formation des internes en médecine générale.

Monsieur Le Professeur Jeannot SCHMIDT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Monsieur Le Professeur Laurent GERBAUD,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Soyez assuré de mon respect pour l'honneur que vous me faites en jugeant ce travail.

Monsieur Le Docteur Gilles HERNANDEZ,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je te remercie de ton soutien, de ton implication et du temps passé à me guider tout au long de ce travail. Merci de me faire l'honneur de juger ce travail.

A **mes parents**, qui m'ont toujours soutenu dans mes études et dans la vie, et sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Dieureudieuf.

A ma sœur **Candice**, à mon frère **Charles-Edouard**, pour toutes ces soirées qui rythment notre de vie de famille.

A **toute ma famille**, toujours là pour m'accueillir. C'est toujours un bonheur de vous retrouver.

A **Arnaud et sa famille**, pour tous ces souvenirs depuis l'enfance et tous ceux qui restent à venir.

A **Coralie**, pour ton soutien sans faille.

Aux **urgences de Moulins** et toute son équipe. Merci de votre confiance et de votre implication dans la mise en place de cette consultation. C'est avec plaisir que je repasse vous voir de temps en temps. Merci aux équipes de directions, au DIM et au service informatique du CHMY d'avoir permis à ce projet de prendre forme.

A mes maîtres de stage, **Valérie, Julien et Laurent**. Vous m'avez fait découvrir et aimer la médecine générale. Je vous en serai toujours reconnaissant. Merci de votre compréhension pour le temps consacré à la concrétisation de ce travail.

A mes potes de promo, avec qui l'externat est passé si vite. Les **Mathildes, Guillaume, Aurore, Laura, Anne-Sophie, Jules, Mathieu**... Je vous souhaite le meilleur.

A mes **co-internes** qui font tout l'intérêt de l'internat. A **Jonas**, si tu m'entends ! Ton humanité est un exemple.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	16
1 La définition des soins non programmés	16
2 Les missions et les compétences des acteurs actuels des soins non programmés.....	17
2.1 La médecine générale.....	17
2.2 La médecine d'urgence	18
2.3 Les autres acteurs des soins non programmés.....	19
3 Les problématiques actuelles de la prise en charge des soins non programmés.....	20
3.1 Par la médecine générale.....	20
3.2 Par les services d'urgence et les urgentistes.....	23
3.3 La population du territoire d'attractivité du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure...	25
4 Rationnel de l'étude	26
MATERIEL ET METHODE	27
1 Cadre et type d'étude	27
2 Organisation du service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure et du Samu-Centre 15 de l'Allier.....	27
3 Organisation de la consultation de médecine générale	28
3.1 Orientation.....	28
3.2 Planning de la consultation.....	31
3.3 Lieu et modalités de la consultation	31
3.4 Durée et horaires de la consultation	32
3.5 Devenir du patient après la consultation	32
4 Recueil des données	32
4.1 Caractéristiques des patients et de la consultation	32
4.2 Satisfaction des patients	33
4.3 Pénibilité ressentie au travail des urgentistes	33
5 Analyses statistiques	33
RESULTATS	35
1 Données générales	35
1.1 Âge et sexe	35
1.2 Problèmes de santé	35
2 Orientation	36
2.1 Patients non vus à la consultation de médecine générale.....	36
2.2 Mode d'adressage.....	37
2.3 Horaire de prise des rendez-vous	38
3 Consultation.....	38
3.1 Délai d'attente	38
3.2 Durée de la consultation.....	39
3.3 Durée de prise en charge	39

4	Réorientation.....	39
5	Satisfaction des patients.....	40
6	Impact sur le service d'urgence	41
6.1	Activité de la consultation de médecine générale	41
6.2	Analyse de l'activité selon différentes périodes	42
6.3	Pénibilité ressentie au travail des urgentistes	42
	DISCUSSION	44
1	Résumé des principaux résultats de l'étude	44
2	Les forces et faiblesses de l'étude.....	45
2.1	Le type d'étude.....	45
2.2	La représentativité de l'échantillon	45
3	Les patients relevaient des compétences de la médecine générale	46
3.1	Les compétences requises	46
3.2	Les problèmes de santé traités.....	46
3.3	La typologie des patients.....	46
4	L'efficacité et la sécurité du parcours de soins.....	47
4.1	Le mode d'adressage.....	47
4.2	L'adhésion des patients	49
4.3	La réorientation des patients.....	50
5	L'intérêt de la consultation de médecine générale.....	51
5.1	Pour les patients	51
5.2	Pour le service d'urgence	52
6	La pérennisation et les évolutions de la consultation de médecine générale	54
6.1	La pérennisation de la consultation de médecine générale	54
6.2	Les évolutions possibles de la consultation de médecine générale	54
6.3	La problématique d'une nouvelle offre de soins	55
7	Une collaboration entre la ville et l'hôpital pour le territoire de santé Moulinois.....	56
	CONCLUSION	57
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	58
	ANNEXES	62

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau I Les vingt problèmes de santé les plus fréquents de la CMG. Classification CISP-2... 36	36
Tableau II Répartition du nombre de consultations par système de la CISP-2..... 36	36
Tableau III Motifs des patients non vus à la CMG..... 37	37
Tableau IV Répartition quotidienne du nombre de patients vus à la CMG selon le mode d'adressage 38	38
Tableau V Lieux et motifs des patients réorientés au décours de la CMG 39	39
Tableau VI Réponses au questionnaire de satisfaction des patients 40	40
Tableau VII Répartition mensuelle et quotidienne de l'activité de la CMG 41	41
Tableau VIII Comparaison de l'activité de la CMG selon différentes périodes 42	42
Tableau IX Réponses au questionnaire sur la pénibilité ressentie au travail des urgentistes..... 43	43
Figure 1 Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (2) 20	20
Figure 2 Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017 (20) 21	21
Figure 3 Territoire d'attractivité du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (source interne) 22	22
Figure 4 Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (3)..... 24	24
Figure 5 Effectifs des patients vus à la consultation de médecine générale selon l'âge 35	35
Figure 6 Répartition horaire de prise des rendez-vous de la CMG 38	38

LISTE DES ABREVIATIONS

CCMU : Classification clinique des malades des urgences

CHMY : Centre hospitalier de Moulins-Yzeure

CISP-2 : Classification internationale des soins primaires, 2^e édition

CMG : Consultation de médecine générale

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

ET : Ecart-type

FSA : Filière de soins ambulatoires

IOA : Infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil

IQR : Intervalle interquartile

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDSA : Permanence des soins ambulatoires

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SU : Service d'urgence

INTRODUCTION

La prise en charge des soins non programmés est un problème de santé publique majeur.

La médecine générale de ville, principal acteur des soins non programmés, qui absorbait en grande partie ces soins (35 millions de consultations en 2004) voit sa démographie médicale chuter (1). Cette tendance à la baisse va perdurer pendant plusieurs années et le renouvellement générationnel ne s'est pas encore opéré (2).

En parallèle, les services d'urgence (SU) sont saturés. Le nombre de passages a doublé en 20 ans (3). L'augmentation porte surtout sur les passages suivis d'un retour au domicile. Une part non négligeable est même ressortie après une simple consultation qui ne relève pas forcément des compétences du médecin d'urgence (4). De plus, les SU souffrent d'une pénurie d'urgentistes avec le recours fréquent à l'intérim (5).

Dans ce contexte, la prise en charge des soins non programmés est de plus en plus complexe et pesante pour notre système de santé. La problématique est d'ailleurs au cœur de l'engagement collectif « Ma santé 2022 » porté par l'action gouvernementale (6). Il paraissait alors nécessaire d'essayer d'organiser un parcours de soins structuré pour répondre de façon adaptée à cette demande.

Il a donc été décidé de mettre en place une consultation de médecine générale (CMG) au SU du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (CHMY) afin d'assurer une prise en charge adaptée des patients relevant des soins non programmés.

1 La définition des soins non programmés

La définition des soins non programmés diffère selon le point de vue adopté : celui de la demande de soins non programmés ou celui de la réponse aux soins non programmés.

D'un point de vue de la demande. Une synthèse d'études en 2017, sur les soins non programmés en médecine générale libérale, les définit comme recouvrant l'ensemble des demandes de soins non planifiés, avec ou sans prise de rendez-vous préalable (7) :

- Qu'il s'agisse d'urgences médicales considérées comme telles par le médecin prenant en charge le patient ;
- Ou bien d'une urgence ressentie par le patient, l'incitant à demander une prise en charge rapide (dans la journée ou la demi-journée).

D'un point de vue de la réponse. Le député et urgentiste Thomas Mesnier, dans son rapport en 2018 sur les soins non programmés, les définit comme des soins « *devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences* » (5).

Cette définition, qui semble mieux correspondre à la problématique de santé publique actuelle, est celle choisie pour définir les soins non programmés de notre étude.

Savoir si un patient relève, ou ne relève pas, des soins non programmés est parfois difficile à déterminer *a priori*. C'est pourquoi, pour assurer l'orientation de ces patients vers le bon professionnel de santé, il paraît nécessaire de revoir les définitions des missions et compétences des acteurs prenant en charge actuellement les soins non programmés.

2 Les missions et les compétences des acteurs actuels des soins non programmés

2.1 La médecine générale

La médecine générale se consacre aux soins de santé primaires. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a défini les soins de santé primaires pour la première fois à la conférence d'Alma Ata en 1978 (8). Elle en précise les contours en 1998 et 2008 (9,10). De manière concise, les soins de santé primaires sont des soins essentiels, centrés sur la personne, qui répondent à un objectif de justice sociale et de droit à une meilleure santé pour tous.

C'est sur ces notions de soins de santé primaires, que la branche européenne de l'Organisation mondiale des médecins de famille a défini en 2002 la médecine générale - médecine de famille selon onze caractéristiques (11) :

- Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins, permettant un accès ouvert et non limité aux usagers, prenant en compte tous les problèmes de santé, indépendamment de l'âge, du sexe, ou de toutes autres caractéristiques de la personne concernée.
- Elle utilise de façon efficiente 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.
- Elle développe une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales, et communautaires.
- Elle utilise un mode de consultation spécifique qui construit dans la durée une relation médecin-patient basée sur une communication appropriée.

- Elle a la responsabilité d'assurer des soins continus et longitudinaux, selon les besoins du patient.
- Elle base sa démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires.
- Elle gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de chaque patient.
- Elle intervient à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies, qui pourraient éventuellement requérir une intervention rapide.
- Elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.
- Elle a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté.
- Elle répond aux problèmes de santé dans leurs dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle.

Ces 11 caractéristiques se répartissent en 6 compétences fondamentales qui servent à la formation universitaire des futurs médecins généralistes dispensée par l'ensemble des Départements de médecine générale (12) :

- Professionnalisme.
- Premier recours, incertitudes, urgences.
- Continuité/suivi, coordination des soins autour du patient.
- Éducation/prévention/dépistage, santé individuelle et communautaire.
- Prise en charge globale/complexité.
- Relation/communication, approche centrée sur le patient.

Les caractéristiques de la médecine générale et les compétences du généraliste en font l'acteur principal de la prise en charge des soins non programmés.

2.2 La médecine d'urgence

La mission principale des services d'urgence est de prendre en charge 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel (13). Les missions s'étendent aussi à :

- Identifier les problèmes médicaux et mettre en route le traitement.
- Orienter les patients au bon endroit au bon moment.
- Assurer l'observation, les soins et la surveillance des patients.

Le référentiel des compétences du médecin d'urgence a été édité par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) en 2004 au moment où la médecine d'urgence était en passe de devenir une spécialité à travers la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (14).

Dans ce document, plusieurs centaines de compétences sont réparties selon 16 catégories de motifs de recours aux urgences et une catégorie transversale. Les compétences sont toutes orientées vers un but, celui de diagnostiquer et de prendre en charge toutes les situations qui sont susceptibles d'entraîner un risque vital et/ou fonctionnel.

Dans le cadre des soins non programmés, la mission d'orientation au bon endroit au bon moment qui se conçoit pour les patients « urgents », peut aussi se concevoir pour l'orientation des patients relevant des soins non programmés.

2.3 Les autres acteurs des soins non programmés

2.3.1 Les Samu-Centres 15

La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur. Les Samu-Centres 15 assurent une écoute et une réponse permanentes (24 heures sur 24 et 7 jours sur 7) aux urgences médicales et/ou aux demandes de soins non programmés. Le Samu-Centre 15 détermine et déclenche, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels (15).

Aux heures habituelles d'ouverture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé, le Samu-Centre 15 est un acteur de la gestion des soins non programmés de par son conseil médical, sa possibilité de prescription médicamenteuse par téléphone et le cas échéant, l'orientation du patient vers une consultation médicale adaptée grâce à sa connaissance de l'offre de soins du territoire (16).

2.3.2 La permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Aux heures habituelles de fermeture des cabinets libéraux, centres et maisons de santé, la PDSA consiste à maintenir l'offre de soins de premier recours.

Pour assurer la PDSA, l'Allier est découpé en 12 secteurs où un médecin généraliste effectue la PDSA de 20h à 24h en soirée, de 12h à 20h les samedis, de 8h à 20h les dimanches, jours fériés et ponts. En nuit profonde (de minuit à 8h), la permanence des soins est assurée par le SU du CHMY (17).

Pour accéder à la PDSA, un patient peut appeler le Samu-Centre 15 ou un numéro dédié pour le département de l'Allier. Sa demande est traitée par le médecin régulateur de la PDSA (un

généraliste libéral) présent dans les locaux du Samu-Centre 15. Si besoin, le patient est orienté vers le généraliste de garde sur le secteur concerné.

Il n'existe pas sur le territoire de l'Allier de maison médicale de garde ni de structure de type « SOS Médecin ».

3 Les problématiques actuelles de la prise en charge des soins non programmés

3.1 Par la médecine générale

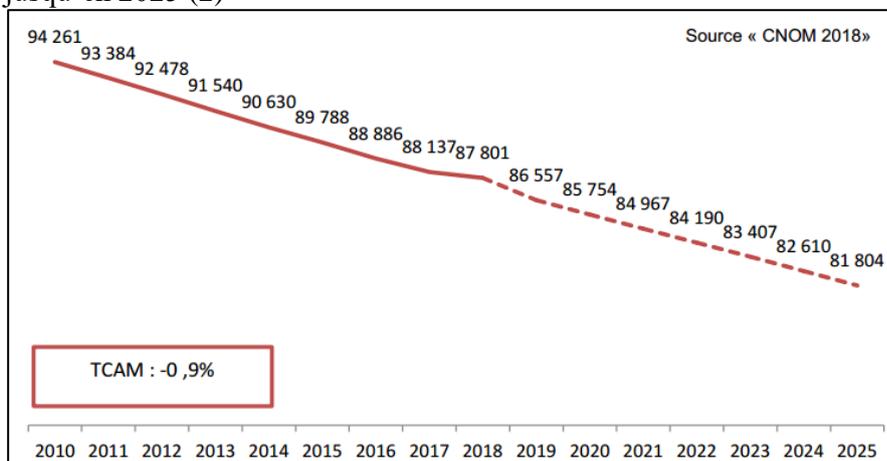
3.1.1 Une démographie en baisse et une attente de renouvellement générationnel

3.1.1.1 Au niveau national

Selon l'atlas de la démographie médicale de 2018 édité par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), le nombre de médecins généralistes en activité régulière¹ (tous modes d'exercice) s'élève à 87 801 en 2018 (18). Il ne cesse de décroître. La tendance à la baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 (figure 1).

Figure 1

Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025 (2)



La part de médecins généralistes en activité libérale est elle aussi en baisse. Le mode d'exercice évolue. Entre 2010 et 2018, les médecins généralistes ont tendance à défavoriser l'exercice libéral (- 3.5 points, pour atteindre 56 %) au profit de l'exercice salarié (+ 4 points, pour atteindre 37 %). Le CNOM précise que cette tendance peut alors « *questionner la disponibilité des ressources en offre de soins de 1er recours* » (2).

¹ Par convention, le CNOM utilise la notion d'activité régulière en référence à l'activité qualifiée de pleine par les médecins (hors activité intermittente, sans condition de cumul emploi-retraite).

Le vieillissement de la population médicale et le nombre insuffisant de jeunes médecins sont à l'origine de cette démographie médicale en baisse. C'est le cas en particulier de la médecine générale qui est la seule spécialité à ne pas avoir entamé son virage générationnel avec un indice de renouvellement (par convention, IR²) de 0,85. Les spécialités médicales (hors médecins généralistes) sont en cours de renouvellement générationnel (IR : 0,99) et les spécialités chirurgicales l'ont déjà effectué (IR : 1,21) (2).

De fait, sans renouvellement générationnel, les médecins généralistes partent de plus en plus tard à la retraite. Le nombre de retraités ayant conservé une activité a d'ailleurs augmenté de plus de 200 % depuis 2010 (19).

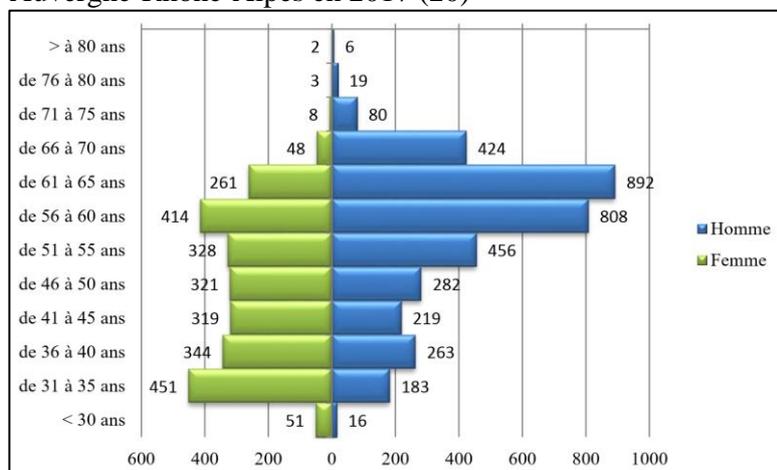
3.1.1.2 Aux niveaux régional et local

Selon le rapport de l'Union régionale de professionnels de santé (URPS) de l'Auvergne-Rhône-Alpes de 2018, les effectifs de médecins généralistes libéraux en Auvergne accusent une forte baisse de 16,0 % depuis 2006 (20). La tendance va possiblement s'accroître avec un médecin généraliste sur deux qui aura théoriquement pris sa retraite d'ici à 2027.

L'Allier sera potentiellement le département le plus touché car il présente l'indice de vieillissement³ le plus défavorable de la région (indice à 2,3).

Malgré tout, à long terme, la légère amélioration de la moyenne d'âge des généralistes et l'augmentation du nombre de jeunes médecins laissent entrevoir une évolution favorable (figure 2).

Figure 2
Pyramide des âges des médecins généralistes libéraux de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017 (20)



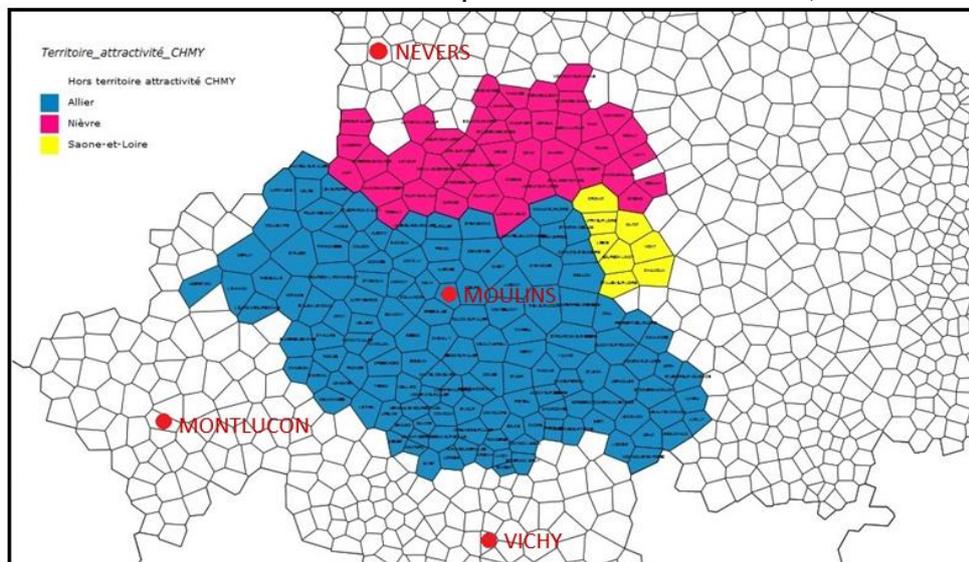
² L'indice de renouvellement (IR) est le rapport des médecins de moins de 40 ans / 60 ans et plus.

³ L'indice de vieillissement est le rapport des médecins de 50 ans et plus / moins de 50 ans.

Au niveau local, le territoire d'attractivité du CHMY s'étend au-delà de l'Allier, en Nièvre et Saône-et-Loire (figure 3) (source interne). Ces départements ont une densité de médecins généralistes en activité régulière en dessous de la médiane nationale en 2018 (18).

Figure 3

Territoire d'attractivité du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure (source interne)



Sur ce territoire d'attractivité, la démographie médicale est aussi en diminution. On dénombre 108 médecins généralistes libéraux en 2018. La tendance est à la baisse depuis 2016 alors que ce nombre était stable depuis plusieurs années aux alentours de 120-130.

La densité de médecins généralistes libéraux est de 7,0 pour 10 000 habitants, en dessous de la moyenne nationale (8,9 pour 10 000 habitants) (21).

La perspective de départs en retraite des médecins généralistes libéraux est plus importante qu'ailleurs. Le pourcentage de praticiens de 55 ans et plus est en augmentation et il atteint 60,7 % en 2018. Il est plus élevé que le chiffre régional : 53,8 % (21).

Le constat est le même pour les 3 communes qui entourent le CHMY : Moulins, Yzeure et Avermes. Elles comptabilisaient 34 médecins généralistes libéraux en 2018, dont quatre ont pris leur retraite en fin d'année. Soit une chute d'effectif de presque 12 % (21). Cette perte a été partiellement compensée par l'installation en mars 2019 de trois nouveaux médecins généralistes à Moulins.

3.1.2 La gestion des soins non programmés en médecine générale de ville

La médecine générale de ville est fortement impliquée dans la prise en charge des soins non programmés. En 2004, l'étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) évaluait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés en médecine générale de ville, soit 12 % des visites ou consultations des généralistes (1).

Des études régionales plus récentes ont aussi évalué l'implication de la médecine générale de ville dans la gestion des soins non programmés.

En 2014, 99 % des généralistes de Franche-Comté acceptaient des soins non programmés. Ils géraient en moyenne 6,6 consultations non programmées par jour et en refusaient 1,75. Pour 48 % des généralistes, des plages étaient réservées pour ces consultations et pour 93 %, des consultations non programmées étaient ajoutées à leurs consultations programmées (22).

En 2015, 43 % des généralistes d'Île-de-France recevaient 6 à 10 demandes de soins non programmés par jour et répondaient à 65 % de ces demandes en 24 heures (23).

La médecine générale de ville assure donc une prise en charge rapide des soins non programmés. Cette notion est aussi retrouvée dans une étude nationale de la DREES en 2018 (24). Elle indique que le délai médian d'un rendez-vous chez un généraliste en cas d'apparition ou d'aggravation d'un symptôme est de zéro jour, c'est-à-dire un rendez-vous dans la journée. Ce même délai est de 9 jours pour accéder à un gynécologue et de 20 jours pour un ophtalmologue.

Cette contrainte du délai pour accéder à certains examens complémentaires ou à un avis spécialisé limite parfois le généraliste dans sa possibilité de prendre en charge les soins non programmés. D'ailleurs, ce manque d'accessibilité fait partie des motifs de recours aux urgences pour certains patients (25).

3.2 Par les services d'urgence et les urgentistes

3.2.1 Une surcharge d'activité des services d'urgence

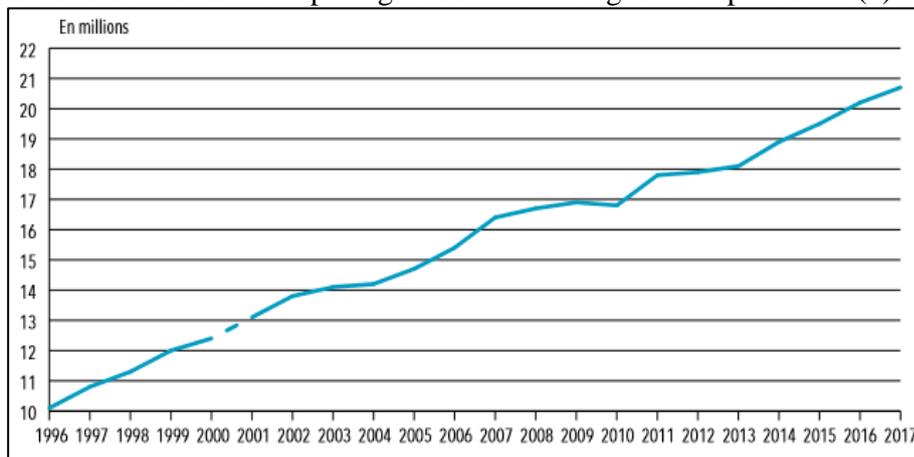
3.2.1.1 *Au niveau national*

En 2017, 713 services d'urgence ont pris en charge 21,4 millions de passages, soit une progression de 2,1 % par rapport à 2016. Sur une plus longue période, le nombre de passages annuel augmente à un rythme régulier de 3,5 % en moyenne depuis 20 ans (figure 4) (3).

En 2018, le nombre de passages s'élèverait à 21,9 millions (26). La progression se poursuivrait donc à un taux plus faible, aux alentours de 2 %.

Figure 4

Evolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996 (3)



3.2.1.2 Au service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure

L'activité du service d'urgence du CHMY croît plus rapidement que la moyenne nationale. Le nombre de passages a quasiment doublé en seulement 15 ans, passant de 21 133 à 39 373 en 2018. Le taux de croissance annuel moyen est de 4,2 % (contre 3,5 % au plan national) (27).

3.2.2 Le manque d'urgentistes

L'augmentation d'activité des SU se confronte à un manque d'urgentistes. Il y a en effet une inadéquation entre le nombre d'urgentistes et le nombre croissant de passages au SU. A côté de cela, il existe une réelle pénurie d'urgentistes dans les SU qui peinent à assurer un planning médical sans avoir recours à l'intérim. Certains SU fonctionnent même quasi exclusivement avec des intérimaires (28,29).

Les urgences du CHMY ne sont pas épargnées. Les effectifs médicaux ne cessent de diminuer (30). Cette situation est pour partie améliorée par la mobilité de médecins urgentistes des hôpitaux voisins grâce à la fédération de médecine d'urgence du groupement hospitalier de territoire (GHT) Allier – Puy-De-Dôme.

3.2.3 La part des soins non programmés aux services d'urgence

La part des soins non programmés au SU est approchée par le taux de patients ressortis après une simple consultation, c'est-à-dire les patients n'ayant pas eu besoin d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique aux urgences. Selon la classification clinique des malades aux urgences (CCMU), ces patients sont classés CCMU 1.

L'analyse des soins non programmés au SU présente plusieurs limites. Le recueil longitudinal des données de passages aux urgences n'est pas encore exhaustif même s'il est en nette progression (31). La CCMU est une cotation réalisée *a posteriori* (à la fin de la prise en charge des patients) et son codage est variable d'un établissement à l'autre. Ainsi, les données des soins non programmés et leur évolution sont à interpréter avec prudence (4).

L'enquête de la DREES sur « un jour donné » en 2013, indique que 16,5 % des patients admis aux urgences auraient pu être pris en charge par un médecin généraliste en cabinet à condition de pouvoir voir un médecin le même jour (25). Ce chiffre est estimé à 20 % par la Cour des comptes en 2019 (4).

Concernant l'évolution de la part des soins non programmés aux urgences en France, le taux de patients CCMU 1 est passé de 16 à 18 % entre 2014 et 2017. Dans le même temps, le taux de patients hospitalisés se maintient aux alentours de 21 à 22 % (31–34).

Au CHMY, le taux de patients CCMU 1 est en progression, atteignant 6,8 % des passages en 2018. Le nombre de patients hospitalisés reste stable (environ 10 000 par an) et le taux de patients hospitalisés décroît progressivement pour atteindre 24 % en 2018 (source interne).

Au CHMY comme en France, les passages suivis d'un retour au domicile représentent la majeure partie de l'activité des SU, et la part des patients ressortis après une simple consultation semble augmenter.

3.3 La population du territoire d'attractivité du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure

Le CHMY est l'établissement de santé de recours pour 155 000 habitants (21). Sur ce territoire, la population est vieillissante. Un tiers des habitants a plus de 60 ans (*versus* un quart en France). La catégorie socio-professionnelle la plus représentée est celle des retraités avec 36,3 %, suivie des employés et des ouvriers (respectivement 15,8 et 14,3 %) (35).

Une population vieillissante participe indirectement aux difficultés de prise en charge des soins non programmés en ville. Une personne âgée, souvent polypathologique avec un suivi régulier, consomme en moyenne 1,5 à 2 fois plus d'actes en médecine générale libérale que le reste de la population (21). Dans ce contexte, la part d'activité consacrée aux soins non programmés devient de plus en plus délicate à gérer.

4 Rationnel de l'étude

Le travail de thèse du Dr Saint Léandre visait à étudier la mise en place d'une consultation de médecine générale (CMG) au SU du CHMY en 2010. Les motivations de son travail avaient le même substratum que notre étude : une surcharge d'activité aux SU et une inadéquation des ressources médicales pour répondre à la demande de soins non programmés. Il avait conclu, à l'époque, à l'absence d'intérêt de la CMG mais son critère de jugement était l'impact de la CMG sur le délai d'attente de l'ensemble des patients au SU (36).

Dans le contexte actuel de forte tension dans les SU par un manque d'effectif médical et un nombre de soins non programmés qui semble augmenter, il paraissait nécessaire de réévaluer le travail de thèse du Dr Saint Léandre.

L'OMS en 2008, indiquait que le « laisser-faire » en matière de santé, privilégie spontanément les soins curatifs spécialisés et que « *livrés à eux-mêmes, les systèmes de santé n'ont pas naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pour tous par des soins de santé primaires. Ils ne vont pas dans le sens de l'équité, de la satisfaction des besoins* » (10).

Il paraissait donc important pour éviter cette problématique d'organiser et de structurer la réponse aux demandes de soins non programmés.

Ainsi, l'objectif de l'étude était d'assurer aux patients relevant des soins non programmés, parmi ceux accueillis au SU ou appelant le Samu-Centre 15, un parcours de soins adapté vers la ressource médicale appropriée tout en gardant un niveau de sécurité optimal. Pour cela, une consultation de médecine générale au service d'urgence du CHMY a été mise en place et s'est appuyée sur l'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) du SU et le médecin régulateur du Samu-Centre 15 pour effectuer l'orientation des patients.

L'évaluation de la CMG était régulièrement réalisée afin d'adapter son organisation et d'en faire ressortir ses intérêts et ses limites.

MATERIEL ET METHODE

1 Cadre et type d'étude

L'étude était observationnelle descriptive, quantitative et monocentrique. Elle était menée sur l'ensemble des patients accueillis au SU du CHMY ainsi que sur l'ensemble des appels reçus par le Samu-Centre 15 de l'Allier entre le 13 novembre 2018 et le 30 avril 2019.

Un interne de médecine générale en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) assurait la consultation. Le médecin de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) assurait la seniorisation.

La CMG était effective quatre jours par semaine. Le jour non travaillé était parfois imposé par des obligations de formation universitaire, sinon il était décidé arbitrairement. La décision de travailler les samedis, dimanches et jours fériés était aussi prise arbitrairement.

2 Organisation du service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure et du Samu-Centre 15 de l'Allier.

Le service d'urgence du CHMY possède un lieu d'accueil unique où chaque patient effectue une entrée administrative, après un premier contact avec l'IOA.

A ce stade, il existe plusieurs orientations possibles. Les enfants de moins de 16 ans admis pour des pathologies non traumatiques sont orientés vers le service de pédiatrie. Les patientes avec des pathologies obstétricales à partir du deuxième trimestre sont orientées vers le service de gynécologie-obstétrique. Les patients avec des pathologies ophtalmologiques sont orientés vers l'ophtalmologue de garde (en ville ou au CHMY). Dans tous les cas, si un patient présente des signes de gravité, il est aussitôt pris en charge au SU, quel que soit son problème de santé ou son âge.

Tous les autres patients sont orientés vers la filière longue ou la filière de petites traumatologies, dite filière de soins ambulatoires (FSA) du SU selon le tri protocolisé de l'IOA.

Le Samu-Centre 15 de l'Allier est situé à côté des urgences du CHMY. Il est constitué d'un médecin régulateur et de plusieurs assistants de régulation médicale. Il reçoit les appels, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, de tout le département et de quelques communes limitrophes.

Pour les demandes de soins non programmés, le médecin régulateur peut prodiguer des conseils et cherche à savoir si le patient a tenté de joindre son médecin traitant ou un autre médecin du secteur. Si le patient n'a pas réussi à avoir un rendez-vous médical, le médecin régulateur lui demande de rappeler à l'heure de la PDSA. Le patient aura alors accès au médecin régulateur de la PDSA qui déterminera le besoin ou non de recourir au médecin de garde sur le secteur concerné.

3 Organisation de la consultation de médecine générale

3.1 Orientation

3.1.1 Les protocoles IOA et Samu-Centre 15

Tout patient se présentant au SU ou appelant le Samu-Centre 15 pouvait se voir proposer dans la journée une orientation vers la CMG. L'IOA du SU et le médecin régulateur du Samu-Centre 15 avaient des protocoles d'orientation différents adaptés à la spécificité de chaque poste (Annexes I et II). Les jours de consultations, le protocole débutait à 7h00 et se terminait à la fin de la journée de consultations.

Tous les patients orientés vers la CMG devaient obligatoirement être vus par l'IOA. C'était le cas des patients se présentant d'eux-mêmes au SU, mais c'était aussi le cas des patients orientés par le Samu-Centre 15. L'IOA appliquait alors son protocole d'orientation.

En cas de doute sur l'orientation d'un patient, l'IOA devait appeler l'interne effectuant la CMG et non en référer aux médecins du SU.

Pour appliquer son protocole, l'IOA s'appuyait sur l'échelle de tri en vigueur au SU du CHMY. L'échelle comporte 5 niveaux, de la priorité 1 (la plus grave) à la priorité 5 (la moins grave). Elle indique aussi les critères d'orientation vers la FSA (Annexe III).

Selon cette échelle, le patient avec une priorité 5 relève d'une simple consultation et ne nécessite pas d'acte complémentaire. Le patient avec une priorité 4 correspond à une situation pathologique jugée stable avec des examens complémentaires simples et non urgents.

Les patients orientés vers la CMG avaient un rendez-vous à un horaire donné. Ils recevaient une fiche d'information établie spécifiquement. Elle expliquait au patient que son problème de santé n'apparaissait pas comme relevant du service d'urgence et qu'il était orienté vers la CMG. Elle indiquait le lieu et l'horaire de la consultation (Annexe IV).

3.1.2 Critères d'inclusion

Pour l'IOA, les critères d'inclusion du protocole initial étaient les suivants :

- Patient priorité 5.
- Patient priorité 4 dont les actes complémentaires (biologie, radiologie, perfusion...) ou un avis spécialisé peuvent être différés au-delà de la journée.

Pour le médecin régulateur du Samu-Centre 15, le critère d'inclusion du protocole initial était le suivant :

- Patient jugé par le médecin régulateur comme relevant d'une consultation de médecine générale ne pouvant pas attendre la PDSA.

Pour l'IOA, il était précisé que l'absence d'acte complémentaire ou d'avis spécialisé dans la journée était primordiale pour orienter les patients vers la CMG. Les patients de la FSA pouvaient être orientés vers la CMG à la condition de respecter le protocole d'orientation.

Pour le médecin régulateur du Samu-Centre 15, il était précisé que seul son jugement personnel de la situation comptait.

3.1.3 Critères d'exclusion

Pour l'IOA et le médecin régulateur du Samu-Centre 15, les critères d'exclusion du protocole initial étaient les suivants :

- Patient priorité 1, 2, 3.
- Enfant < 16 ans.
- Grossesse : métrorragie ou douleur abdominale.
- Ophtalmo : œil douloureux, œil rouge et douloureux, baisse d'acuité visuelle.
- Refus du patient.
- Adressé par un médecin (après consultation).
- Patient ayant besoin d'actes complémentaires (biologique, radiologique, perfusion...) ou d'avis spécialisé (psychiatrie...) dans la journée.

Si un des critères était présent, le patient était alors orienté en fonction de son problème de santé selon les habitudes en vigueur. Cela pouvait être le cas des patients orientés par le Samu-Centre 15 lorsqu'ils étaient vus par l'IOA à leur arrivée au SU.

Il a été décidé d'exclure la population pédiatrique pour ne pas complexifier l'organisation de la CMG. En effet, il existe déjà une filière de pédiatrie organisée entre le SU et le service de pédiatrie. Une réorganisation complète de cette filière aurait alors été nécessaire.

3.1.4 Adaptation des protocoles

Conformément aux objectifs de l'étude, l'activité de la consultation était analysée mensuellement et les protocoles étaient adaptés selon les résultats de l'analyse. Deux évolutions ont eu lieu le 26 janvier et le 18 février 2019. Elles n'ont concerné que le protocole de l'IOA. Il n'y a pas eu de modification supplémentaire du protocole jusqu'à la fin de l'étude.

3.1.4.1 Première modification du protocole : 26 janvier 2019 (Annexe V)

L'analyse de l'activité de la CMG avec le protocole initial a permis de préciser deux éléments :

- Les patients ayant des troubles de la marche, une problématique sociale ou des difficultés de maintien à domicile ne relevaient pas des compétences de la CMG.
- Dans les faits, les patients avec une priorité 4, au SU du CHMY, n'avaient pas besoin d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique dans la journée.

Donc, pour simplifier l'orientation vers la CMG, les critères d'inclusion ont été modifiés comme suit pour l'IOA :

- Patient priorité 4 ou 5 (sauf marche impossible, problématique sociale, MADD⁴)

3.1.4.2 Seconde modification du protocole : 18 février 2019 (Annexe VI)

A ce moment de l'étude, l'activité de la CMG était d'environ 7 consultations par jour. C'était probablement insuffisant pour envisager un avenir pérenne (au-delà du travail en cours) avec des consultations sur une journée entière. Il a donc été décidé à partir du 18 février 2019 de réaliser les consultations uniquement les après-midis. Les patients continuaient d'être orientés à partir de 7h00 les jours de consultations.

Un addenda au protocole mentionnait les nouveaux horaires de consultations. Les critères d'inclusion et d'exclusion n'ont pas été modifiés.

Le nouveau protocole était susceptible d'allonger le délai avant la consultation médicale. Pour éviter toute perte de chance pour le patient, les rendez-vous pris le matin par l'IOA nécessitaient une confirmation médicale auprès de l'interne effectuant la CMG.

⁴ MADD : maintien à domicile difficile.

Il a été ajouté sur la feuille d'information destinée aux patients « en cas d'aggravation avant votre rendez-vous, veuillez contacter le 15 sans délai ».

3.2 Planning de la consultation

Un planning dédié à la CMG a été créé sur le logiciel de l'établissement (Logon®). Chaque patient qui acceptait la consultation de médecine générale était inscrit sur le planning par l'IOA ou le médecin régulateur du Samu-Centre 15. Un tutoriel sur la prise de rendez-vous a été créé spécifiquement.

L'accès au planning était autorisé aux urgentistes (du SU et du Samu-Centre 15), aux infirmiers, cadres et secrétaires du SU et aux cadres et secrétaires du pavillon de la CMG. Chacun pouvait consulter le planning en temps réel avec son propre code d'identification.

3.3 Lieu et modalités de la consultation

La salle de consultation de la CMG était située à environ 100 mètres du SU, au sein d'un pavillon qui regroupe diverses consultations : anesthésie, chirurgie orthopédie, ophtalmologie, ORL, odontologie, orthoptie et oculariste. Le pavillon accueille aussi le centre de prélèvement de biologie de l'hôpital.

Pour se diriger, un plan d'accès à la CMG était remis aux patients par l'IOA. La salle d'attente était commune aux consultations d'anesthésie.

La salle de consultation disposait des mêmes moyens matériels qu'un cabinet médical de ville. L'outil informatique était le même que celui du SU, Urqual v8®.

De plus, la salle de consultation était équipée du nécessaire pour faire des pansements simples et des petites sutures, de bandelettes urinaires Multistix 8SG®, de tests immunochromatographiques rapides pour vérifier le statut vaccinal des patients contre le tétanos, de vaccins antitétaniques conservés avec toute la qualité nécessaire dans un réfrigérateur du service et d'un électrocardiographe commun aux consultations d'anesthésie.

3.4 Durée et horaires de la consultation

Les horaires de consultations s'étalaient de 9h00 à 12h30 et de 14h00 à 18h00 en semaine et les dimanches ; de 9h00 à 13h00 les samedis matin. La durée des plages de consultations était de 30 minutes.

A partir du 18 février 2019, les horaires de consultations s'étalaient de 13h00 à 18h00, sauf les samedis matin, dimanches et jours fériés où les horaires restaient inchangés. La durée des plages de consultations était de 20 minutes.

L'heure de fin de la CMG pouvait être prolongée en fonction de l'afflux de patients.

3.5 Devenir du patient après la consultation

Deux « mode de sortie » étaient possibles : le retour au domicile ou la réorientation. Les patients réorientés étaient définis comme ceux dirigés en urgence vers le SU ou vers un spécialiste immédiatement après la CMG.

Un compte rendu de passage aux urgences (CRU) était adressé au médecin traitant après chaque consultation.

4 Recueil des données

4.1 Caractéristiques des patients et de la consultation

Pour chaque patient éligible à la CMG selon le protocole, un recueil de données était réalisé. Ce recueil était anonymisé et portait sur les paramètres suivants :

- Age
- Sexe
- Date de la consultation (ou à défaut de la proposition de la consultation).
- Heure de la prise de rendez-vous (ou à défaut heure de la proposition de la consultation).
- Le mode d'adressage (IOA ou Samu-Centre 15).
- La priorité établie par l'IOA (selon l'échelle de tri du SU).
- Les motifs des patients non vus à la CMG.
- La durée de la consultation (10, 15, 20, 25, 35, 40, 50, 60 minutes).
- La situation clinique rencontrée (symptôme, procédure ou diagnostic) selon la Classification internationale des soins primaires, 2^e édition (CISP-2).
- Le devenir du patient (retour au domicile ou réorientation).
- En cas de réorientation : les motifs et le lieu.

Le délai d'attente des patients a été calculé *a posteriori*. Il correspond à la durée entre l'heure de la prise de rendez-vous et l'heure de la consultation sur le planning de la CMG.

La durée de prise en charge des patients a aussi été calculée *a posteriori*. Elle correspond à la durée entre l'heure de la prise de rendez-vous et l'heure de sortie de la CMG (ou l'heure de sortie du SU pour les patients réorientés vers le SU).

Chaque jour, le taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au SU sur la même période était relevé. Cela correspondait aux patients admis au SU pendant les horaires d'application du protocole de la CMG, à savoir de 7h00 jusqu'à la fin de la CMG.

4.2 Satisfaction des patients

A partir du 6 décembre 2018, un questionnaire de satisfaction était distribué par l'interne effectuant la CMG à chaque patient en fin de consultation (Annexe VII). Le patient remplissait le questionnaire en salle d'attente et le déposait dans une urne dédiée à la sortie du pavillon.

Un nombre limité de questions a été volontairement choisi afin d'obtenir une meilleure adhésion des patients et avoir un meilleur taux de réponse. Le questionnaire était anonyme.

4.3 Pénibilité ressentie au travail des urgentistes

A partir du 5 décembre 2018, un questionnaire sur la pénibilité ressentie au travail était recueilli auprès des urgentistes présents au SU, par l'interne effectuant la CMG, en fin de journée de consultations (Annexe VIII).

5 Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 15 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5 %.

La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type ou la médiane [intervalle interquartile = IQR] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique.

Le taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au SU sur la même période a été exprimé avec un intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %), selon différents critères (semaine/weekend, pendant/hors vacances scolaires, etc.).

Le délai d'attente et la durée de prise en charge des patients vus à la CMG ont été comparés à ceux des patients avec une priorité 4 ou 5 pris en charge au SU en 2018, par le test de Mann-Whitney. Ces deux paramètres ont également été comparés selon d'autres critères (avant/après le 18 février 2019, selon le devenir du patient, etc.) par le même test statistique.

RESULTATS

1 Données générales

Il y a eu au total 101 jours de consultations sur une période de 23 semaines allant du 13 novembre 2018 au 30 avril 2019.

Durant cette période, 5544 patients ont été admis au SU pendant les horaires d'application du protocole. 686 patients étaient éligibles à la CMG et 659 consultations ont été réalisées.

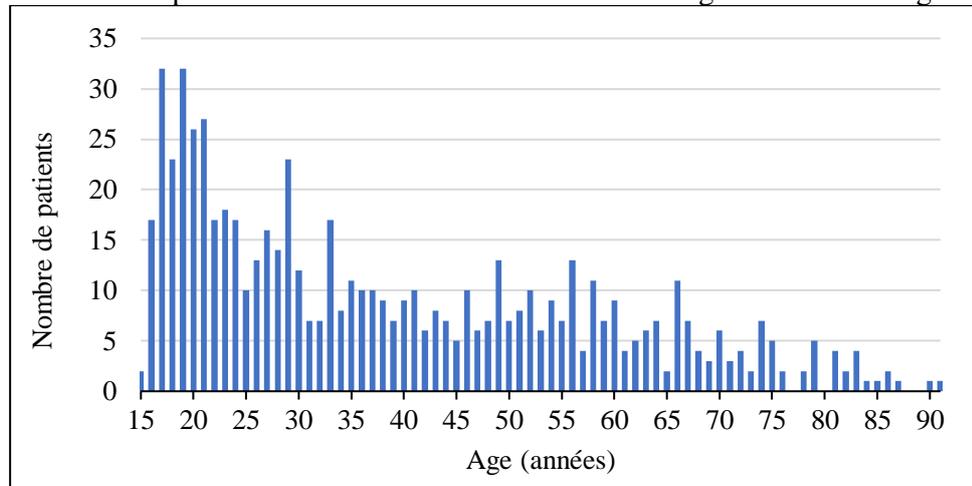
1.1 Âge et sexe

L'âge médian des patients vus à la CMG était de 33 ans [intervalle interquartile (IQR) : 22;53]. L'âge moyen était de 38,7 ans (écart-type (ET) : $\pm 18,8$). Le plus jeune patient avait 15 ans, le plus âgé avait 91 ans (figure 5).

Les patients vus à la CMG se répartissaient en 347 femmes (53 %) et 312 hommes (47 %).

Figure 5

Effectifs des patients vus à la consultation de médecine générale selon l'âge



1.2 Problèmes de santé

Les principaux problèmes de santé traités étaient les infections des voies respiratoires supérieures, les syndromes dorso-lombaires, les pathologies des dents et des gencives et la grippe. Les problèmes de santé les plus fréquemment rencontrés et leur répartition par système sont détaillés dans les tableaux I et II.

Tableau I

Les vingt problèmes de santé les plus fréquents de la CMG. Classification CISP-2

	Effectif (n=659)	
	n	%
R74 Infection aiguë voies respiratoires sup.	58	8,8
D82 Maladie des dents/des gencives	42	6,4
L84 Syndr. dorso-lomb. sans irradiation	30	4,6
R80 Grippe	26	3,9
L87 Bursite, tendinite, synovite NCA	22	3,3
D70 Infection gastro-intestinale	20	3,0
U71 Cystite/autre infection urinaire	14	2,1
L86 Syndr. dorso-lombaire et irradiation	13	2,0
L92 Syndrome de l'épaule	11	1,7
P01 Sensation anxiété/nervosité/tension	11	1,7
D02 Douleur abdominale/épigastrique	9	1,4
N94 Névrite/neuropathie périphérique	9	1,4
H71 Otite moyenne aiguë/myringite	9	1,4
U70 Pyélonéphrite/pyérite	8	1,2
R06 Saignement de nez, épistaxis	8	1,2
A04 Fatigue/faiblesse générale	7	1,1
R78 Bronchite aiguë, bronchiolite	6	0,9
R76 Angine aiguë	6	0,9
T92 Goutte	6	0,9
L83 Syndrome cervical	6	0,9
Autres	338	51,3

CMG : consultation de médecine générale ; CISP-2 : Classification internationale des soins primaires, 2^e édition ; n : nombre ; sup. : supérieures ; / : ou ; Syndr. : syndrome ; dorso-lomb. : dorso-lombaire ; NCA : non classé ailleurs.

Tableau II

Répartition du nombre de consultations par système de la CISP-2

	Effectif (n=659)	
	n	%
Ostéo-articulaire	138	20,9
Respiratoire	128	19,4
Système Digestif	116	17,6
Peau	78	11,8
Général et non spécifié	41	6,2
Système urinaire	33	5,0
Oreille	24	3,6
Psychologie	23	3,5
Neurologie	16	2,4
Œil	14	2,1
Cardio-vasculaire	11	1,7
Métabolisme, nutrition, endocrinien	10	1,5
Système génital féminin	9	1,4
Système génital masculin	6	0,9
Sang, système hématopoïétique, immunologie	6	0,9
Grossesse, accouchement	4	0,6
Social	2	0,3

CISP-2 : Classification internationale des soins primaires, 2^e édition ; n : nombre

2 Orientation

2.1 Patients non vus à la consultation de médecine générale

Une consultation de médecine générale a été proposée à 686 patients selon le protocole établi. Pour différents motifs, 27 patients n'ont pas été vus à la CMG, soit un taux de 3,9 %.

Les deux principaux motifs des patients non vus à la CMG étaient les rendez-vous non honorés (10 patients, 37 %) et le refus d'orientation vers la CMG (8 patients, 30 %) (tableau III).

Avant le 18 février 2019 (activité de consultations sur la journée entière), sur 420 patients éligibles à la CMG, 6 patients n'ont pas honoré leur rendez-vous ou ont refusé la CMG, soit un taux de 1,4 %.

A partir du 18 février 2019 (activité de consultations uniquement les après-midis), sur 266 patients éligibles à la CMG, 12 patients n'ont pas honoré leur rendez-vous ou ont refusé la CMG, soit un taux de 4,5 %.

Tableau III
Motifs des patients non vus à la CMG

	Nombre de patients, n (%)		
	Total (n=27)	Avant le 18/02/19 ^a (n=13)	A partir du 18/02/19 ^b (n=14)
Orientation par l'IOA	17 (63,0)	6 (46,2)	11 (78,6)
Rendez-vous non honoré	7 (25,9)	1 (7,7)	6 (42,9)
Impossibilité de se rendre à la CMG	3 (11,1)	3 (23,1)	0 (0)
Refus du patient	7 (25,9)	2 (15,4)	5 (35,7)
Refus d'attendre	4 (14,8)	0 (0)	4 (28,6)
Motif de refus indéterminé	2 (7,4)	2 (15,4)	0 (0)
Souhaite examens complémentaires	1 (3,7)	0 (0)	1 (7,1)
Orientation par le Samu-Centre 15	10 (37,0)	7 (53,8)	3 (21,4)
Rendez-vous non honoré	3 (11,1)	2 (15,4)	1 (7,1)
Patient réorienté par l'IOA au SU	5 (18,5)	3 (23,1)	2 (14,3)
Agenda complet	1 (3,7)	1 (7,7)	0 (0)
Refus du patient	1 (3,7)	1 (7,7)	0 (0)
Souhaite être vu par un médecin thésé	1 (3,7)	1 (7,7)	0 (0)

CMG : consultation de médecine générale ; n : nombre ; ^a activité de consultations sur la journée entière ; ^b activité de consultations uniquement les après-midis ; IOA : infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil ; SU : service d'urgence.

2.2 Mode d'adressage

Parmi les 659 patients vus à la CMG, l'IOA a adressé 594 patients (90,1 %) et le Samu-Centre 15 a adressé 65 patients (9,9 %). La répartition selon les jours de la semaine est détaillée dans le tableau IV.

La répartition des patients vus à la CMG selon leur niveau de gravité attribué par l'IOA était la suivante : 547 patients (83 %) avaient une priorité 4, 112 patients (17 %) avaient une priorité 5. Aucun patient avec une priorité 1, 2 ou 3 n'a été orienté vers la CMG.

Tableau IV

Répartition quotidienne du nombre de patients vus à la CMG selon le mode d'adressage

Mode d'adressage	Jours de la semaine						
	Lundi (n=139)	Mardi (n=140)	Mercredi (n=80)	Jeudi (n=68)	Vendredi (n=137)	Samedi matin (n=56)	Dim & JF (n=39)
Samu-Centre 15, n (%)	8 (5,8)	9 (6,4)	8 (10,0)	8 (11,8)	14 (10,2)	18 (32,1)	0 (0)
IOA, n (%)	131 (94,2)	131 (93,6)	72 (90,0)	60 (88,2)	123 (89,2)	38 (67,9)	39 (100)

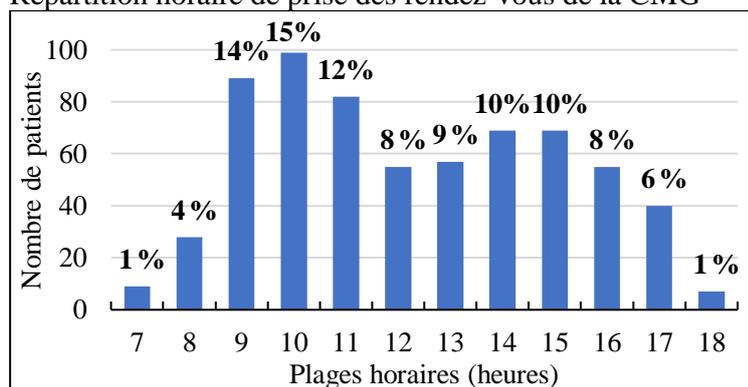
CMG : consultation de médecine générale ; n : nombre ; Dim & JF : dimanche et jours fériés ; IOA : infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil.

2.3 Horaire de prise des rendez-vous

La répartition horaire de prise des rendez-vous (IOA et Samu-Centre 15 confondus) est détaillée dans la figure 6.

Figure 6

Répartition horaire de prise des rendez-vous de la CMG



3 Consultation

3.1 Délai d'attente

Le délai d'attente médian des patients de la CMG avant la consultation était de 20 minutes [IQR : 0;65]. Il était significativement plus court que celui des patients avec une priorités 4 ou 5 pris en charge au SU en 2018⁵ (81 minutes [IQR : 34,5;160,5], $p < 0,001$).

Avant le 18 février 2019, le délai d'attente médian des patients de la CMG était de 15 minutes [IQR : 0;45]. A partir du 18 février 2019, le délai d'attente médian des patients de la CMG était de 30 minutes [IQR : 10;125]. La différence était significative ($p < 0,001$).

⁵ Sur la base des patients admis au SU de 7h00 à 18h00.

3.2 Durée de la consultation

La durée de la consultation médiane était de 20 minutes [IQR : 15;25]. La durée moyenne était de 21,9 minutes (ET : $\pm 8,9$).

3.3 Durée de prise en charge

La durée de prise en charge médiane des patients de la CMG était de 45 minutes [IQR : 30;85]. Elle était significativement plus courte que celle des patients avec une priorité 4 ou 5 pris en charge au SU en 2018⁶ (161 minutes [IQR : 77;276], $p < 0,001$).

4 Réorientation

Parmi les 659 patients vus, 19 ont été réorientés au décours de la CMG, soit un taux de 2,9 %. Avant le 18 février 2019, ce taux était de 3,2 %. A partir du 18 février 2019, ce taux était de 2,4 %.

Les deux principaux motifs de réorientation étaient la réalisation d'actes de biologie et d'imagerie au SU (tableau V).

Tous les patients réorientés avaient été initialement dirigés vers la CMG par l'IOA. Tous les patients réorientés avaient une priorité 4.

Tableau V

Lieux et motifs des patients réorientés au décours de la CMG

Lieux et motifs, n (%)	Nombre de patients (n=19)
Service d'urgence	15 (78,9)
Biologie	12 (63,2)
Imagerie	5 (26,3)
Antalgie	2 (10,5)
Avis spécialisé	1 (5,2)
Autres actes	1 (5,2)
Consultation avec un spécialiste en urgence	4 (21,1)
Chirurgien orthopédiste	2 (10,5)
Chirurgien viscéral	1 (5,2)
Ophtalmologue	1 (5,2)

CMG : consultation de médecine générale ; n : nombre.

⁶ Sur la base des patients admis au SU de 7h00 à 18h00.

La durée de la consultation médiane des patients réorientés était de 35 minutes [IQR : 30;50]. Elle était significativement plus élevée que celle des patients rentrés au domicile (20 minutes [IQR : 15;25], $p < 0,001$).

La durée de prise en charge médiane des patients réorientés vers un spécialiste en urgence était de 82 minutes [IQR : 44,5;102].

La durée de prise en charge médiane des patients réorientés vers le SU était de 353 minutes [IQR : 269;490]. Il n'y avait pas de différence significative avec celle de patients équivalents⁷ pris en charge au SU en 2018 (288 minutes [IQR : 172;422], $p = 0,14$).

5 Satisfaction des patients

Sur 577 questionnaires distribués, 247 (47,1%) ont été recueillis. Au total, 98,9 % des patients étaient très satisfaits ou satisfaits de l'organisation de la CMG (tableau VI).

Sur les 18 patients qui auraient préférés être vus au service d'urgence, 12 étaient très satisfaits, 5 étaient satisfaits et un était plutôt insatisfait.

Tableau VI
Réponses au questionnaire de satisfaction des patients

	Nombre de patients (n=577)
Questionnaires recueillis, n (%)	272 (47,1)
<u>Question 1</u> : Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de la consultation programmée de Médecine Générale ? n (%)	271/272 (99,6)
Très satisfait(e)	213/271 (78,6)
Satisfait(e)	55/271 (20,3)
Plutôt insatisfait(e)	3/271 (1,1)
Très insatisfait(e)	0 (0)
<u>Question 2</u> : Auriez-vous préféré être pris en charge aux Urgences ? n (%)	264/272 (97,1)
Oui	18/264 (6,8)
Non	246/264 (93,2)

n : nombre.

⁷ Patients avec une priorité 3 admis au SU de 7h00 à 18h00.

6 Impact sur le service d'urgence

6.1 Activité de la consultation de médecine générale

L'activité de la CMG était de 6,5 consultations par jour en moyenne (ET : $\pm 3,2$; min : 0 ; max : 17). Le lundi était le jour avec le plus grand nombre de consultations ($7,3 \pm 2,5$ consultations).

Sur l'ensemble de l'étude, le taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au SU sur la même période était de 11,9 %. Ce taux était maximal le samedi matin (15,9 %).

Le nombre de consultations par jour et le taux de patients vus à la CMG étaient plus élevés les mois de décembre, janvier et février (tableau VII).

Chaque jour, avec 6,5 consultations en moyenne, le temps médical de la CMG était de 2 heures et 22 minutes. Sur la durée de l'étude, le temps médical de la CMG était de 240 heures.

Tableau VII
Répartition mensuelle et quotidienne de l'activité de la CMG

	Nombre de consultations (n=659) n (%)	Nombre de jours (n=101) n (%)	Nombre de consultations par jour moyenne \pm ET	Taux de patients vus à la CMG / admis au SU ^a %
Mois de la CMG				
Novembre 2018	69 (10,5)	13 (12,9)	$5,3 \pm 1,9$	11,3
Décembre 2018	139 (21,1)	18 (17,8)	$7,7 \pm 4,1$	13,5
Janvier 2019	165 (25,0)	22 (21,8)	$7,5 \pm 3,1$	12,9
Février 2019	105 (15,9)	14 (13,9)	$7,5 \pm 2,7$	13,5
Mars 2019	66 (10,0)	14 (13,9)	$4,7 \pm 2,6$	8,8
Avril 2019	115 (17,5)	20 (19,8)	$5,8 \pm 2,9$	10,6
Jours de la CMG				
Lundi	139 (21,1)	19 (18,8)	$7,3 \pm 2,5$	11,5
Mardi	140 (21,2)	20 (19,8)	$7,0 \pm 3,3$	12,3
Mercredi	80 (12,1)	14 (13,9)	$5,7 \pm 3,9$	11,0
Jeudi	68 (10,3)	10 (9,9)	$6,8 \pm 2,8$	11,5
Vendredi	137 (20,8)	21 (20,8)	$6,5 \pm 3,3$	11,7
Samedi matin	56 (8,5)	10 (9,9)	$5,6 \pm 2,0$	15,9
Dim & JF	39 (5,9)	7 (6,9)	$5,6 \pm 4,6$	11,1

CMG : consultation de médecine générale ; ^a taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au service d'urgence sur la même période ; n : nombre ; ET : écart-type ; Dim & JF : dimanche et jours fériés.

6.2 Analyse de l'activité selon différentes périodes

Les jours de la semaine, en dehors des vacances scolaires, le taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au SU sur la même période était de 11,09 % (intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %) : 10,09-12,15) (tableau VIII).

Deux périodes avaient une activité significativement plus élevée :

- Les samedis matin (15,86 % ; IC 95 % : 12,21-20,10).
- Les weekends, les jours fériés et les vacances scolaires : en dehors des heures de la PDSA (13,97 % ; IC 95 % : 12,27-15,81).

Tableau VIII

Comparaison de l'activité de la CMG selon différentes périodes

	Patients vus à la CMG	Patients admis au SU	Taux de patients vus à la CMG / admis au SU^a
	n	n	% (IC 95 %)
Semaine	564	4840	11,65 (10,76-12,59)
Semaine (hors vacances scolaires)	406	3661	11,09 (10,09-12,15)
Weekends & JF	95	704	13,49 (11,05-16,24)
Samedis matin	56	353	15,86 (12,21-20,10)
Dimanches & JF	39	351	11,11 (8,02-14,86)
Vacances scolaires	205	1543	13,29 (11,63-15,08)
Weekends, JF, vacances scolaires	253	1883	13,44 (11,93-15,06)
Aux heures de la PDSA	39	351	11,11 (8,02-14,86)
En dehors des heures de la PDSA	214	1532	13,97 (12,27-15,81)

CMG : consultation de médecine générale ; n : nombre ; SU : service d'urgence ; ^a taux de patients vus à la CMG parmi les patients admis au service d'urgence sur la même période ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; JF : jours fériés ; PDSA : permanence des soins ambulatoires.

6.3 Pénibilité ressentie au travail des urgentistes

Sur 87 jours de consultations, 79 questionnaires (90,8 %) sur la pénibilité ressentie au travail des urgentistes ont été recueillis en fin de journée.

Au total, les urgentistes ont ressenti une amélioration de leur pénibilité au travail dans 76,2 % des cas. Aucun urgentiste n'a ressenti d'aggravation (tableau IX).

Tableau IX

Réponses au questionnaire sur la pénibilité ressentie au travail des urgentistes

Réponses, n (%)	Total (n=206)	Secteur 1 (n=76)	Secteur 2 (n=62)	FSA (n=68)
Amélioration	157 (76,2)	61 (80,3)	40 (64,5)	56 (82,4)
Inchangée	49 (23,8)	15 (19,7)	22 (35,5)	12 (17,6)
Aggravée	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

n : nombre ; FSA : filière de soins ambulatoires.

DISCUSSION

1 Résumé des principaux résultats de l'étude

La mise en place de la CMG au SU du CHMY a assuré la prise en charge des patients en demande de soins non programmés avec :

- 659 consultations en 101 jours sur presque 6 mois ;
- Des problèmes de santé principalement représentés par des pathologies infectieuses aiguës (voies respiratoires, ORL, digestives) et ostéo-articulaires ;
- Une majorité de patients jeunes (âge médian : 33 ans) ;
- Plus de femmes (53 %) que d'hommes ;
- Une demande plus importante en milieu de matinée.

L'organisation instaurée par la CMG a permis de structurer le parcours de soins des patients avec :

- Une orientation principalement effectuée par l'IOA (90,1 %) ;
- Une orientation par le Samu-Centre 15 augmentée le samedi matin du fait d'une forte demande de soins non programmés ;
- Un faible taux de patients non vus à la CMG (3,9 %) ayant tendance à augmenter en cas d'allongement du délai de rendez-vous ;
- Un faible taux de réorientation au décours de la CMG (2,9 %) vers le SU ou un spécialiste en urgence.

La CMG a assuré une prise en charge adaptée des soins non programmés tout en ayant un impact positif sur le SU avec :

- Un délai d'attente et une durée de prise en charge des patients de la CMG réduits de manière significative par rapport à une prise en charge au SU ;
- Une satisfaction des patients à 98,9 % ;
- Un nombre de 6,5 consultations par jour en moyenne, représentant 11,9 % des passages au SU sur la même période ;
- Une majoration de l'activité de la CMG les jours de moindre activité de la médecine générale de ville ;
- Une réduction dans plus de 75 % des cas du sentiment de pénibilité au travail des urgentistes.

2 Les forces et faiblesses de l'étude

2.1 Le type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive. Ce type d'étude présente un niveau de preuve scientifique peu élevé mais est adapté à un objectif de santé publique (37,38).

L'analyse mensuelle de l'activité de la CMG et l'adaptation des protocoles en cours d'étude ont donné une force concrète à l'étude pour juger de l'intérêt du parcours de soins proposé.

2.2 La représentativité de l'échantillon

2.2.1 Les jours de consultations

Avec un seul interne en médecine générale pour effectuer la CMG, la consultation n'a pas eu lieu tous les jours. La sélection arbitraire des jours travaillés a pu entraîner un biais de sélection.

Le jeudi fut deux fois moins travaillé que le reste de la semaine car il correspondait à un jour de formation universitaire, mais le jeudi était habituellement un jour avec une activité moyenne (36,39). Environ un weekend sur trois était travaillé. Les weekends proches des jours fériés et des vacances scolaires étaient préférentiellement choisis. Ce choix a pu majorer l'activité de la CMG.

2.2.2 La période hivernale

L'activité de la CMG a pu être majorée par la période hivernale. Les pathologies infectieuses bénignes sont plus fréquentes en hiver. Or, elles sont le premier motif de soins non programmés quel que soit le moment de l'année (36,40).

Par contre, l'activité de la CMG a pu être minorée par la durée des vacances scolaires plus courte en hiver qu'en été. Or, les vacances scolaires étaient à l'origine d'une augmentation de l'activité dans notre étude.

2.2.3 La taille de l'échantillon

Sur presque 6 mois, 659 consultations ont été effectuées. Le nombre de consultations et leur analyse exhaustive apportent de la puissance à l'étude (36,39,41-43).

3 Les patients relevaient des compétences de la médecine générale

3.1 Les compétences requises

Les patients pris en charge à la CMG relevaient des soins de santé primaires inhérents à la médecine générale. Les principales compétences requises étaient (11) :

- L'intervention à un stade précoce et indifférencié du développement des maladies ;
- La démarche décisionnelle spécifique sur la prévalence et l'incidence des maladies en soins de santé primaires ;
- L'utilisation de façon efficiente des ressources du système de santé, la collaboration avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités.

3.2 Les problèmes de santé traités

Les problèmes de santé traités étaient ceux couramment rencontrés en cabinet de ville de médecine générale. Ils correspondent à ceux décrits par la DREES en 2004 pour les consultations urgentes et non programmées auprès des médecins généralistes libéraux : peu de traumatologie, beaucoup de pathologies aiguës telles que les maladies infectieuses, les troubles ORL, les problèmes relevant de la stomatologie, de la gastro-entérologie ou encore de la rhumatologie (40).

Les consultations relevant de l'ophtalmologie étaient moins représentées. L'existence d'une filière dédiée au SU du CHMY en est probablement l'explication.

La comparaison avec d'autres études reste limitée par la classification utilisée pour regrouper les problèmes de santé. Par exemple, la dermatologie était au 4^e rang des problèmes de santé rencontrés dans notre étude, avec presque 12 % des consultations effectuées. Dans la littérature, ce pourcentage peut varier de 5 à 25 % (36,40,43).

3.3 La typologie des patients

Les patients vus à la CMG étaient majoritairement jeunes (âge médian : 33 ans). Le jeune âge est la caractéristique la plus communément retrouvée dans l'ensemble des études et travaux sur les soins non programmés (1,36,40,43,44).

La population de la CMG était à prédominance féminine (53 %), contrairement aux travaux sur le sujet qui retrouvent une prédominance masculine (36,43,45). La différence pourrait venir de l'inclusion ou non de la traumatologie qui concerne préférentiellement les hommes (40). La CMG ne recevait pas de traumatologie car il existe déjà une filière dédiée au SU du CHMY.

4 L'efficacité et la sécurité du parcours de soins

4.1 Le mode d'adressage

4.1.1 L'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil

La place de l'IOA dans l'organisation de la CMG était essentielle. Il a adressé la grande majorité (90,1 %) des patients vers la CMG.

L'IOA était aussi impliqué dans le parcours de soins des patients adressés par le Samu-Centre 15. En effet, avant de se rendre à la CMG, ces patients devaient obligatoirement être vus par l'IOA à leur arrivée au SU. L'IOA appliquait alors son protocole d'orientation.

Ainsi, 5 patients adressés par le Samu-Centre 15 n'ont finalement pas été orientés vers la CMG. Ils ont été pris en charge au SU.

La communication entretenue entre l'IOA et l'interne effectuant la CMG, voulue par le protocole, a permis une meilleure gestion du parcours de soins des patients.

De cette manière, certains patients ont été orientés vers la CMG alors que l'IOA avait un doute. D'autres patients sont restés au SU, évitant alors pour le patient un « aller-retour » au SU et pour l'interne une consultation ne relevant pas de ses compétences.

Une meilleure orientation des patients a aussi été le fruit de l'évaluation mensuelle de l'activité de la CMG et de l'adaptation des protocoles.

En effet, la première modification du protocole a simplifié le travail de l'IOA en orientant vers la CMG tous les patients avec une priorité 4 ou 5 sauf « marche impossible, problématique sociale ou maintien à domicile difficile ».

Malgré la place prépondérante de l'IOA dans l'orientation des patients, la mise en œuvre du protocole par l'IOA n'a rencontré aucun problème d'application. Son travail habituel n'a pas été entravé.

Ainsi, l'IOA fut le pivot du parcours de soins tel que voulu par le protocole. Il a participé en grande partie à l'efficacité et à la sécurité de la CMG.

4.1.2 Le Samu-Centre 15

Seul 9,9 % des patients ont été orientés vers la CMG par le Samu-Centre 15.

La première raison à ce faible taux pourrait venir du protocole. Le choix a été fait dans les discussions préliminaires de ne pas désorganiser la PDSA. Donc, aucun patient n'était orienté vers la CMG si le médecin régulateur jugeait qu'il pouvait attendre la PDSA. Ce qui a réduit le nombre de patients orientés.

La deuxième raison possible pourrait venir des difficultés d'accès à l'agenda de la CMG par le médecin régulateur. Le Samu-Centre 15 n'avait pas la même infrastructure informatique que le SU, ce qui a compliqué la prise de rendez-vous.

L'utilisation d'un système commun d'information partagée pourrait permettre de solutionner cette problématique. C'est d'ailleurs une recommandation pour les futures organisations territoriales de prise en charge des soins non programmés (5).

Les patients de la CMG orientés par le médecin régulateur ne correspondaient donc qu'à une partie des demandes de soins non programmés en journée au Samu-Centre 15.

4.1.3 La particularité du samedi matin

L'activité de la CMG le samedi matin était particulièrement élevée. Le Samu-Centre 15 orientait trois fois plus de patients qu'en semaine car la demande de soins non programmés était majeure.

La compréhension de cette forte demande peut être appréhendée par la notion d'urgence développée par le Dr Marc Giroud, ancien président de l'association Samu-Urgences de France, qui indique que « *l'absence d'offre adaptée constitue l'urgence* » (28).

Ainsi, l'absence d'offre médicale en ville durant le weekend entier peut engendrer une urgence ressentie par les patients le samedi matin, qu'ils n'auraient peut-être pas eu pour la même symptomatologie durant la semaine.

Cette situation est prise en compte par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes qui prévoit dans son cahier des charges de la PDSA en 2018, d'expérimenter sur 2 secteurs (l'un plutôt urbain, l'autre rural) la mise en place de la PDSA le samedi matin (17).

4.2 L'adhésion des patients

Le faible taux des patients non vus à la CMG (3,9 %) reflète la bonne adhésion des patients au parcours de soin proposé. Plusieurs paramètres peuvent expliquer ce faible taux.

4.2.1 La programmation d'un rendez-vous

La programmation d'un rendez-vous était probablement un élément clé pour l'adhésion des patients au dispositif. L'anxiété et la tension créées par un temps d'attente imprévisible au SU pouvaient être dissipées par l'assurance d'un rendez-vous médical à un horaire connu à la CMG.

Le travail de thèse du Dr Travers à la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) du Véron en 2018 va dans ce sens. Son étude sur la mise en place d'une unité de soins non programmés au sein de la MSP indiquait la préférence des patients pour une consultation sur rendez-vous plutôt qu'en consultation libre (46).

4.2.2 Le délai d'attente

Le délai d'attente relativement faible avant la consultation de la CMG (délai médian de 20 minutes) a aussi participé à l'adhésion des patients.

Ce délai d'attente a doublé avec la seconde modification du protocole qui instituait des consultations uniquement les après-midis alors que les patients continuaient d'être orientés à partir de 7h00. La conséquence fut l'augmentation du nombre de rendez-vous non honorés et de patients refusant la CMG.

Malgré cette augmentation et la nécessité d'être attentif à cette évolution, le taux global de patients non vus à la CMG est resté faible (3,9 %).

L'importance du délai de rendez-vous pour les soins non programmés est aussi retrouvée dans la littérature. En 2013, la DREES indiquait qu'environ 30 % des patients ont recours au SU pour un « besoin à régler rapidement » (25).

Le travail de thèse du Dr Badin en 2015 au CHU de Saint-Etienne et au CH du Forez indiquait que les patients admis au SU pour un motif de médecine générale, considéraient plus fréquemment que les délais de rendez-vous en médecine générale étaient trop longs (32 %) que ceux relevant effectivement des urgences (19 %, $p=0,03$) (47).

4.3 La réorientation des patients

Le faible taux de réorientation des patients au décours de la CMG (2,9 %) était un objectif de l'étude en matière de sécurité.

4.3.1 En amont de la consultation de médecine générale

Comme décrit plus haut, la communication entre l'IOA et l'interne effectuant la CMG a probablement évité l'orientation de patients ne relevant pas des compétences de la CMG.

De même, le faible taux de réorientation au décours de la CMG a possiblement été assuré par la méthode d'orientation avec un passage de tous les patients par l'IOA. Sans cette condition, le taux de réorientation aurait pu être majoré. En effet, par exemple, 5 patients adressés par le Samu-Centre 15 sont finalement restés au SU après avoir vus l'IOA (cf *supra*).

L'orientation des patients par l'urgentiste qui effectue les soins au SU ne semblerait pas être adaptée au parcours de soins proposé. En effet, certaines orientations réalisées plus par l'urgentiste du SU que par l'IOA ont entraîné à un moment de l'étude une augmentation du nombre de patients réorientés au décours de la CMG.

4.3.2 En aval de la consultation de médecine générale

La réorientation des patients au décours de la CMG vers le SU s'est effectuée sans difficulté. La communication avec l'urgentiste permettait de coordonner le retour des patients au SU.

Avec l'aide du centre de prélèvement de biologie situé à côté de la CMG, un bilan biologique pouvait être prélevé et une voie veineuse périphérique pouvait être posée avant le retour au SU. Les patients étaient alors pris en charge aux urgences sans retard.

D'ailleurs, la durée de prise en charge des patients réorientés au SU était comparable à celle de patients similaires pris en charge aux urgences.

La réorientation des patients vers un spécialiste immédiatement après la consultation s'est aussi effectuée sans difficulté. La CMG, en tant que structure intra-hospitalière et « rattachée » au SU a probablement facilité la communication entre l'interne effectuant la CMG et les autres professionnels de santé de l'établissement. La prise de rendez-vous en urgence était donc facilitée.

En plus de la fluidité apportée au parcours de soins des patients, l'accessibilité aux spécialistes fut un des éléments de la sécurité de la CMG.

Les travaux similaires sur le sujet retrouvaient un taux de réorientation plus élevé. Il était de 4,3 % pour le Dr Saint Léandre au CHMY en 2010 (36). Il était de 4,9 % pour le Dr Gellibert au CH de Périgueux en 2014 (48). Il atteignait 10 % pour le Dr Schmitt au CH de Mauriac en 2018 (41).

Pour ce dernier, un taux de réorientation plus élevé pourrait provenir d'un parcours de soins moins structuré. L'orientation initiale des patients était réalisée pour les 2/3 par les cabinets de médecins généralistes (par le secrétariat), pour seulement 8 % par le SU et 1/4 des patients se présentaient d'eux-mêmes à la consultation.

La mise en place de la CMG a donc permis de prendre en charge des patients relevant des compétences de la médecine générale. L'efficacité et la sécurité de la CMG reposaient sur une orientation adaptée et structurée des patients et sur la programmation d'un rendez-vous dans un délai court tout en maintenant une communication entre les différents acteurs du parcours de soins.

5 L'intérêt de la consultation de médecine générale

5.1 Pour les patients

5.1.1 Le délai d'attente et la durée de prise en charge

Le parcours de soins proposé aux patients relevant des soins non programmés a été plus rapide que celui réalisé au SU. Le délai d'attente médian avant la consultation et la durée de prise en charge médiane des patients de la CMG étaient significativement réduits (d'environ 4 fois) par rapport aux patients avec une priorité 4 ou 5 pris en charge au SU en 2018.

La méthode de calcul a pu minorer les valeurs des patients de la CMG. Elle était réalisée *a posteriori* et se basait sur l'heure de rendez-vous des patients et pas sur le début effectif de la consultation. L'impact reste cependant limité car, dans la globalité, les patients de la CMG étaient vus à l'heure du rendez-vous.

Des travaux similaires ont retrouvé des données comparables avec une amélioration des délais d'attente et des durées de prise en charge des patients orientés vers une consultation appropriée à leur situation (36,43,49).

5.1.2 La satisfaction des patients

Les patients de la CMG étaient satisfaits de l'organisation de la consultation à 98,9 %.

Le taux de réponse au questionnaire était de 47,1 %. C'est un taux de réponse standard lors de la remise d'un questionnaire patient. Un biais de recueil reste tout de même possible (42,43).

Le taux de satisfaction des patients était identique à celui de l'enquête de la DREES sur les soins non programmés en médecine de ville (99 %) (50).

Seulement 18 patients vus à la CMG auraient préféré être vus au service d'urgence. Néanmoins, parmi eux, 17 patients étaient satisfaits ou très satisfaits de l'organisation de la CMG.

Cette discordance pourrait provenir d'un biais d'acquiescement (51). Pour compléter plus aisément ou plus rapidement le questionnaire, il est possible que certains patients aient répondu « oui » à la deuxième question « auriez-vous préféré être pris en charge aux urgences ? ».

5.2 Pour le service d'urgence

5.2.1 L'impact de l'activité de la consultation de médecine générale

5.2.1.1 *Activité globale*

La CMG a permis de gérer 11,9 % des passages au SU sur la même période.

Ce taux est surévalué par la prise en compte des patients orientés par le Samu-Centre 15. L'importance de cette surévaluation est tout de même limitée par le faible taux de patients orientés par le Samu-Centre 15 (9,9 %).

Le travail de thèse du Dr Saint Léandre en 2010 comme celui du Dr Gellibert au CH de Périgueux en 2014 retrouvaient une activité de 10,0 % (36,48). Le travail de thèse du Dr Lecuyer sur la mise en place d'une CMG au SU du CHU de Clermont-Ferrand en 2004 retrouvait une activité de 15 % (39).

Pour ce dernier, une activité plus élevée pourrait venir d'un mode de recrutement différent. Les consultations relevaient à 65 % de la traumatologie et de l'ophtalmologie, motifs peu présents dans notre étude car correspondant déjà à des filières existantes au SU du CHMY. De plus, la moitié des patients avaient eu recours au plateau technique du SU (pour des radiographies principalement), ce qui correspondait à un critère d'exclusion de notre protocole.

5.2.1.2 *Evolution depuis 2010*

En comparaison à l'étude du Dr Saint Léandre en 2010 au SU du CHMY, la CMG est passée de 4,5 à 6,5 consultations par jour en moyenne. Soit une progression de 44 %. Dans le même temps, le nombre de passage au SU a progressé de seulement 20 % (36).

En 2010, l'étude n'impliquait pas le Samu-Centre 15. Même en enlevant les patients orientés par le Samu-Centre 15 de notre étude, la tendance est moins forte mais elle reste à la hausse.

Ainsi, la part des soins non programmés au SU du CHMY a augmenté depuis 2010.

5.2.1.3 *Activité selon différentes périodes*

Les deux périodes de la CMG avec une activité significativement plus importante étaient :

- Les samedis matin ;
- Les weekends, les jours fériés et les vacances scolaires, mais uniquement en dehors des heures de la PDSA.

Deux interprétations peuvent alors être effectuées. Premièrement, l'activité de la CMG était majorée les jours où l'activité de la médecine générale de ville était nulle ou réduite. Deuxièmement, la PDSA a joué son rôle dans la prise en charge des soins non programmés.

5.2.2 *La pénibilité ressentie au travail des urgentistes*

La CMG a réduit dans plus de 75 % des cas le sentiment de pénibilité au travail des urgentistes. Par souci d'intelligibilité, le terme de « réduction » de la pénibilité au travail est privilégié ici même si le questionnaire utilisait le terme d'« amélioration ». Les explications données à l'urgentiste au moment du recueil du questionnaire allaient dans ce sens de compréhension.

Le taux de réponses élevé (90,8 %) assure une bonne validité au résultat obtenu. Il permet de formaliser ce sentiment déjà relaté par les urgentistes en 2010 (36).

Au-delà du temps médical journalier de la CMG retiré au SU (2 heures et 22 minutes), le fait de recentrer le travail de l'urgentiste sur ses compétences a sûrement participé à la réduction de son sentiment de pénibilité au travail.

6 La pérennisation et les évolutions de la consultation de médecine générale

6.1 La pérennisation de la consultation de médecine générale

Au vu du nombre de consultations (6,5 par jour en moyenne), la charge de travail semblerait insuffisante pour un praticien à temps plein. Par contre, une activité concentrée sur une demi-journée effectuée par un interne en médecine générale ou un praticien serait tout à fait envisageable. Notre étude a montré la faisabilité de ce modèle de consultations.

Les avantages pour le médecin effectuant la CMG au SU du CHMY sont multiples. La proximité avec le SU apporte de la sécurité. La fluidité du parcours du soins (notamment pour réorienter les patients) est favorisée par une communication facilitée avec les autres professionnels de santé de l'établissement (52). La CMG permet de créer un « réseau » et de connaître les différents acteurs de santé du territoire.

L'intérêt est alors aussi pour le bassin de santé Mouloinois car les avantages suscités sont des facteurs d'attractivité qui comptent dans la décision d'un médecin ou d'un interne de rester travailler dans l'hôpital qu'il connaît ou de s'installer sur le territoire (53).

6.2 Les évolutions possibles de la consultation de médecine générale

Tout d'abord, la durée d'application du protocole pourrait être allongée. Les patients relevant des soins non programmés la nuit pourraient être orientés vers la CMG le lendemain. Il faudra alors trouver le meilleur compromis pour regrouper les rendez-vous afin d'optimiser le temps médical tout en ayant un délai de rendez-vous raisonnable pour assurer l'adhésion et la sécurité des patients.

Ensuite, la CMG pourrait s'étendre aux patients de 15 ans ou moins. La part des soins non programmés aux urgences pédiatriques du CHMY permettrait d'envisager 4 consultations par jour à la CMG. Le calcul est basé sur le taux de patients n'ayant pas eu besoin d'acte complémentaire aux urgences pédiatriques en région Auvergne-Rhône-Alpes en 2017 (31).

Les médecins régulateurs du Samu-Centre 15 ont régulièrement soulevé la part importante des demandes de soins non programmés pour la pédiatrie (près de 50 % pour certains).

Enfin, l'orientation de tous les patients relevant des soins non programmés vers la CMG par le Samu-Centre 15 dans la journée (*i.e* ne pas attendre la PDSA) pourrait significativement faire augmenter l'activité de la CMG.

Les évolutions proposées devront se conformer à l'objectif de l'étude qui était d'assurer un parcours de soins adapté avec un niveau de sécurité optimal. Poursuivre cet objectif pourrait se heurter à certaines limites :

- L'allongement du délai d'attente avant le rendez-vous à la CMG, au-delà de l'adhésion et de la sécurité des patients, pose le problème du retour au domicile des patients avant la consultation. Qui en assure la responsabilité ?
- L'IOA peut-il « absorber » l'augmentation du nombre de patients à orienter vers la CMG sans en affecter sa mission initiale, celle de repérer en priorité les urgences graves ou vitales ?

6.3 La problématique d'une nouvelle offre de soins

La CMG a été développée par la nécessité, dans le contexte démographique actuel, de prendre en charge les patients relevant des soins non programmés qui n'ont pas pu, n'ont pas pensé ou n'ont pas voulu accéder à la médecine générale de ville. Elle était en ce sens, complémentaire à la médecine générale de ville et ne la remplaçait pas.

La venue des patients au SU est un paramètre qui ne semble pas être maîtrisable. La poursuite de la CMG pourrait aboutir à moyen ou long terme à la création d'une nouvelle offre de soins qui pourrait prendre la place de la médecine générale de ville dans la gestion des soins non programmés.

Ce fut le cas, au cours du temps, de certaines structures similaires à la CMG dont l'accès n'était pas régulé. Par exemple, au CH de Fontenay-le-Comte, la consultation de médecine générale a fini par ne plus pouvoir proposer de consultations dans la journée aux patients du SU (42). La MSP du Véron avec son unité de soins non programmés a eu les mêmes limites. Elle a dû repenser son organisation. Elle a renforcé la régulation par le secrétariat, établi un lieu et des plages horaires de consultations dédiées et renforcé ses messages d'éducation donnés aux patients (46).

Il paraît nécessaire que la médecine générale de ville, et en premier lieu le médecin traitant qui est le pilier de notre système de santé, reste l'acteur principal de la prise en charge des soins non programmés. Pour cela, une collaboration entre une structure de régulation, la ville et l'hôpital paraît déterminante pour répondre de façon adaptée à la demande de soins non programmés.

7 Une collaboration entre la ville et l'hôpital pour le territoire de santé Moulinois

La CMG a réussi à organiser la prise en charge des soins non programmés en assurant aux patients un parcours de soins adapté, structuré et sécurisé. Cette organisation intra-hospitalière présente des avantages déjà cités : la sécurisation du parcours de soins et la communication interprofessionnelle.

Sa domiciliation intra-hospitalière ne restreint pas l'implication de la médecine générale libérale dans cette organisation qui peut trouver un avenir commun entre la ville et l'hôpital.

Une organisation « de ville » est aussi possible. Avant 2015, dans l'Allier, la médecine générale libérale assurait la prise en charge des soins non programmés sous forme d'une astreinte médicale en journée. La régulation était réalisée par le Samu-Centre 15. Le mode de fonctionnement était similaire à celui de la PDSA.

Cette organisation était plus éloignée de celle de la CMG. Elle nécessiterait probablement une adaptation (humaine et technique) des processus d'orientation pour organiser et planifier le parcours de soins des patients mais aurait la simplicité de s'appuyer sur les cabinets de médecins généralistes existants.

Là aussi cette organisation, qui repose sur la médecine de ville, peut se concevoir en relation avec l'hôpital et le service d'urgence.

Quel que soit le schéma organisationnel privilégié, la collaboration entre la ville et l'hôpital pourrait se formaliser dans le cadre de la création d'une Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) dont l'une des missions est de « faciliter l'accès aux soins non programmés ». Une aide financière est prévue en ce sens.

CONCLUSION

La mise en place d'une consultation de médecine générale (CMG) au service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure a permis aux patients relevant des soins non programmés d'accéder à un parcours de soins adapté à leur situation. C'est-à-dire d'assurer leur orientation vers le professionnel de santé approprié à leur prise en charge. Dans le cadre de la CMG, les patients pris en charge relevaient bien des compétences de la médecine générale.

L'adhésion des patients au parcours de soins proposé a été assurée par la programmation d'un rendez-vous dans un délai court par le médecin régulateur du Samu-Centre 15 et l'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) des urgences.

L'efficacité et la sécurité du parcours de soins ont été la conséquence du travail effectué par l'IOA. Il a assuré un tri pertinent selon le protocole établi tout en communiquant avec l'interne effectuant la consultation. Il a ainsi permis l'obtention d'un faible taux de réorientation (2,9 %).

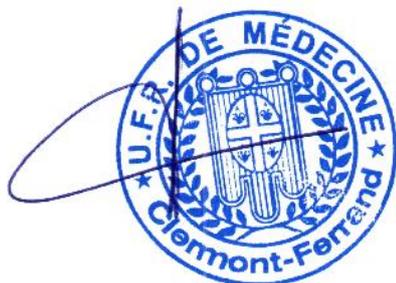
Finalement, les patients ont été satisfaits de l'organisation de la CMG.

L'activité moyenne de la CMG était de 6,5 consultations par jour et représentait 11,9 % des passages au service d'urgence sur la même période. Outre la charge médicale retirée, la CMG a eu un impact positif sur le service d'urgence en réduisant le sentiment de pénibilité au travail des urgentistes.

La pérennisation de ce parcours de soins, qui paraît utile au bon fonctionnement de notre système de soins, ne pourrait se concevoir à notre sens que collectivement à l'échelle d'un territoire. Un terrain d'action commun entre la ville, l'hôpital et une structure de régulation serait alors primordial pour établir l'organisation la plus adaptée au territoire de santé Moulinois.

Le Doyen de l'UFR de Médecine
et des professions paramédicales

Pierre CLAVELOU



Le Président du Jury

Gilles CLEMENT

le 22 10 2019

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et résultats. DREES. nov 2007;(607):8.
2. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2018. version complète. CNOM; 2019.
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé : édition 2019. France: Ministère des solidarités et de la santé; Ministère du travail; Ministère de l'action et des comptes publics; 2019. 197 p.
4. Cour des comptes. Le rapport public annuel. 2019.
5. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. France: Ministère chargé de la Santé; 2018. 84 p.
6. Ministère des Solidarités et de la Santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/ma-sante-2022-un-engagement-collectif/>
7. Observatoire Régional de la Santé des Pays de Loire. (O.R.S.P.L.). Fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. Revue de littérature. déc 2017;8.
8. World Health Organization. Primary health care : report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978. Genève: WHO; 1978.
9. Crismer A, Belche J-L, Van der Venet J-L. Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. Santé Publique. 2016;28(3):375.
10. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2008. Les soins de santé primaires. Maintenant plus que jamais. OMS; 2008.
11. Société Européenne, de médecine générale - médecine de famille. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. WONCA Europe. 2002.
12. Compagnon L, Bail P, Huez JF, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. Exercer, la revue francophone de médecine générale. 2013;(108):148-55.
13. Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) | Legifrance [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2006/5/22/SANH0620664D/jo/texte>
14. Société française de médecine d'urgence. Référentiel de compétences d'un médecin d'urgence. SFMU; 2004.
15. Samu-Urgences de France, Société Française de Médecine d'Urgence. Samu Centres 15. Référentiel et guide d'évaluation. SUDF; SFMU. 2015.
16. Haute Autorité de santé. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS; 2011.

17. ARS Auvergne-Rhône-Alpes. Permanence de soins ambulatoire. Cahier des charges. [Internet]. calameo.com. 2018 [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046915087f5bb8d631dd>
18. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2018. Activité régulière. CNOM; 2019.
19. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale 2018. Chiffres clés. CNOM; 2019.
20. Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes. Rapport départemental de la démographie médicale des médecins généralistes. Région Auvergne-Rhône-Alpes. URPS - Médecins libéraux Auvergne-Rhône-Alpes; 2018.
21. Agences régionales de santé (ARS). CartoSanté [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://cartosante.atlasante.fr/#c=home>
22. Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux de Franche-Comté. Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les consultations de soins non programmés. URPS-Médecins libéraux de Franche-Comté; 2014.
23. Union régionale des professionnels de santé - Médecins libéraux d'Île-de-France. Rendez-vous médicaux non honorés et demandes de soins non programmés - État des lieux et solutions. Enquête auprès des médecins libéraux d'Île-de-France. URPS-Médecins libéraux d'Île-de-France; 2015.
24. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Études et Résultats. DREES. oct 2018;(1085):4.
25. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats. DREES. juill 2014;(889):8.
26. Accueil - SAE Diffusion [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>
27. Centre hospitalier Moulins Yzeure. Chiffres clés 2018 | Centre Hospitalier de Moulins Yzeure [Internet]. 2018 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ch-moulins-yzeure.fr/pages/les-chiffres-de-notre-activite/>
28. COHEN L, GENISSON C, SAVARY RP, Sénat. Commission des Affaires Sociales. (C.A.S.). Mission d'Évaluation et de Contrôle de la Sécurité Sociale. (M.E.C.S.S.). Paris. FRA. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. 2017 p. 109p.
29. Conférence nationale des directeurs de centre hospitalier. Analyse et propositions relatives aux urgences dans le cadre de la mission confiée au député Mesnier et au professeur Carli. CNDCH; 2019.
30. A l'hôpital de Moulins-Yzeure, des urgences en sous-effectif et en souffrance [Internet]. France Bleu. 2019 [cité 22 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.francebleu.fr/infos/sante-sciences/a-l-hopital-de-moulins-yzeure-des-urgences-en-sous-effectif-et-en-souffrance-1566313834>

31. Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU). Panorama des ORU 2017. Activité des structures d'urgences [Internet]. calameo.com. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/00460588789e0c8028da1>
32. Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU). Panorama des ORU 2016. Activité des urgences [Internet]. calameo.com. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004605887c90ec43ccda5>
33. Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU). Panorama des ORU 2015. Activité des urgences [Internet]. calameo.com. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/0046058877b4ea096622f>
34. Fédération des Observatoires régionaux des urgences (FEDORU). Panorama des ORU 2014. Activité des urgences [Internet]. calameo.com. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.calameo.com/read/004605887b47049f25a59>
35. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee - Statistiques locales [Internet]. [cité 12 sept 2019]. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#c=home>
36. Saint Léandre L. La consultation de médecine générale au sein d'un service d'urgences utilité ou utopie ? étude réalisée au service d'accueil des urgences de Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure (Allier) [TH Médecine]. Clermont-Ferrand 1; 2010.
37. Haute Autorité de santé. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. Etat des lieux. HAS; 2013.
38. Organisation mondiale de la santé, Bureau régional du Pacifique occidental. Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. 2e éd. Manille: OMS; 2003. 244 p.
39. Lecuyer F-X. La consultation de médecine générale des urgences du CHU de Clermont-Ferrand : enquête rétrospective, quantitative et qualitative sur son semestre de création (mai à novembre 2004) [TH Médecine]. Clermont-Ferrand 1; 2005.
40. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. Études et Résultats. DREES. mars 2006;(471):8.
41. Schmitt F. Intérêt d'une consultation de médecine générale assurée par des internes en SASPAS dans un centre hospitalier en secteur de désertification médicale [TH Médecine]. Clermont Auvergne; 2017.
42. Viel C. Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale ou « Consultation SASPAS » rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte [TH Médecine]. Nantes; 2019.
43. Khelifi G. Evaluation de l'intérêt de l'ouverture d'une consultation de médecine générale dans le service d'accueil des urgences du CHU Pitié Salpêtrière-Paris [TH Médecine]. Paris 6; 2011.
44. Croué R. Élaboration et évaluation d'un cabinet de médecine générale en lien avec le service des Urgences de Fontenay-le-Comte dans le cadre d'un stage de SASPAS [TH Médecine]. Nantes; 2018.

45. Deroche C. Intérêt de la mise en place de la consultation non programmée aux urgences de l'hôpital Edouard Herriot pour réduire la durée moyenne de séjour et le nombre de patients « partis sans attendre » [TH Médecine]. Lyon 1; 2017.
46. Travers A. Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés [TH Médecine]. Tours; 2018.
47. Badin M. Facteurs de consultation aux urgences du CHU de Saint-Etienne et du CH du Forez de patients relevant de la médecine générale de ville [TH Médecine]. Saint-Etienne; 2015.
48. Gellibert G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) [TH Médecine]. Bordeaux; 2017.
49. Labarbe V. La maison médicale de garde, organe de permanence des soins et filière courte des urgences de Saint-Pierre, CHU de l'île de la Réunion : quels bénéfices en matière de réduction des temps de prise en charge ? [TH Médecine]. Bordeaux; 2014.
50. Collet M, Gouyon M. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. Etudes et résultats. DREES. févr 2008;(625):8.
51. Krosnick JA. Response strategies for coping with the cognitive demands of attitude measures in surveys. Applied Cognitive Psychology. mai 1991;5(3):213-36.
52. Catoire F, Francia Y. Etude et analyse des conditions favorables à la gestion d'un centre de santé par un établissement de santé. Rapport. ARS île-de-France; 2016.
53. Conseil national de l'ordre des médecins. Etude sur l'installation des jeunes médecins. Exercice professionnel - commission jeunes médecins [Internet]. CNOM; 2019. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_enquete_installation.pdf

ANNEXES

ANNEXE I : Orientation vers la consultation de médecine générale – protocole IOA. Application à partir du 13/11/2018.

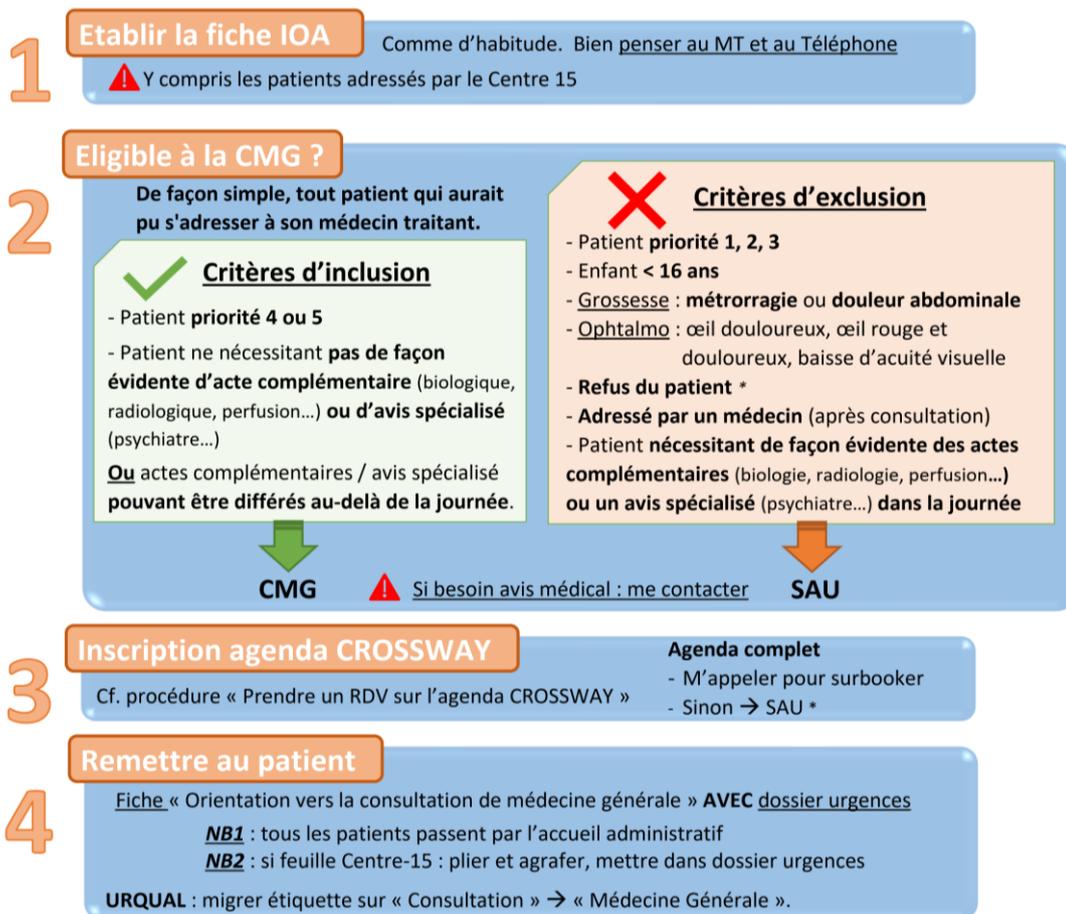
ORIENTATION VERS LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE PROTOCOLE IOA

NB 1 : le protocole est susceptible d'évoluer en fonction des problèmes rencontrés.

NB 2 : je serai présent pour la « formation – explications » en début de matinée et d'après-midi.

Objet	Création d'une <u>Consultation de Médecine Générale (CMG)</u> à Mercier 1 ^{er} avec Pierre-Yves DEGUELLE (interne médecine générale, 3 ^e année) pour assurer une meilleure prise en charge des soins non programmés (soins ne relevant pas des Urgences).
Quand	Protocole applicable par l'IOA de jour uniquement. <u>Consultation ouverte ? Vérifier sur l'agenda.</u>
Qui	Tout patient se présentant au SAU peut être réorienté vers la CMG par l'IOA. Le Centre 15 peut adresser un patient à la CMG. Il passe obligatoirement par l'IOA avant sa CMG.
Où	Bureau de la CMG : consultations polyvalentes à Mercier 1 ^{er} . Salle d'attente Anesthésie.

Comment | Procédure d'orientation d'un patient vers la CMG



Pierre-Yves DEGUELLE :

* Mettre étiquette et motif sur feuille dédiée

N°box consultation :

ANNEXE II : Orientation vers la consultation de médecine générale – protocole SAMU.
Application à partir du 13/11/2018.

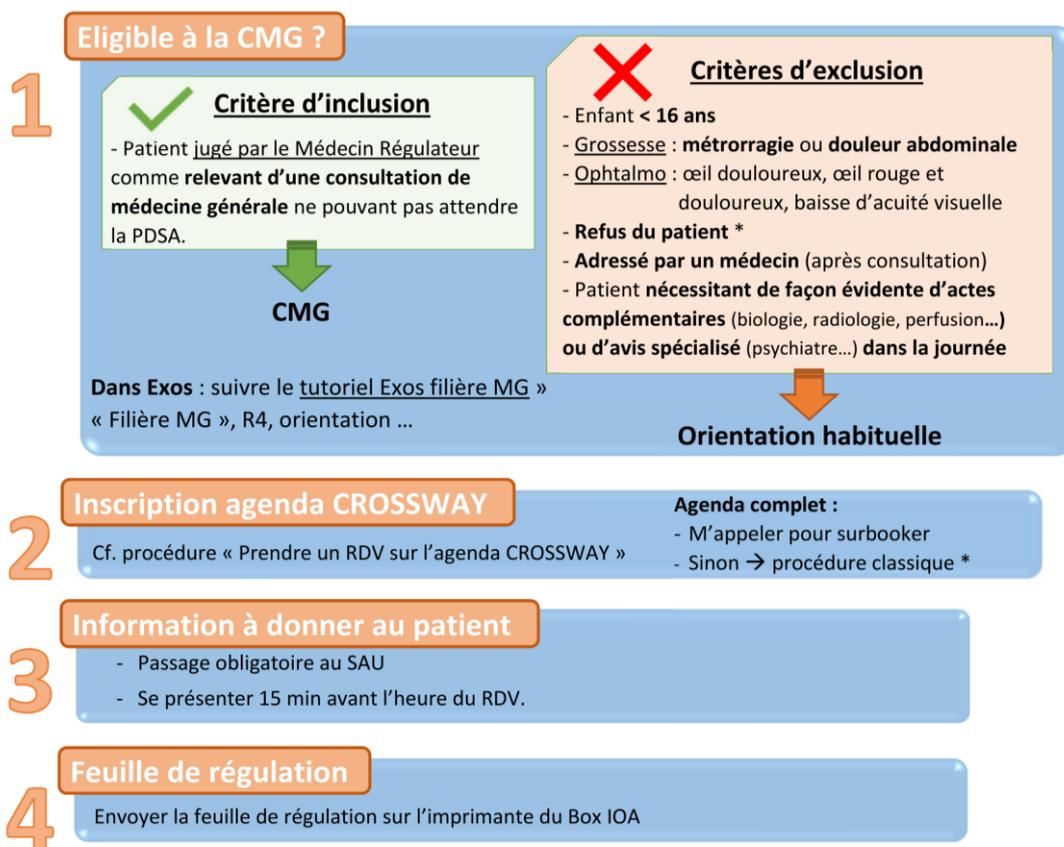
**ORIENTATION VERS LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE
PROTOCOLE SAMU**

NB 1 : le protocole est susceptible d'évoluer en fonction des problèmes rencontrés.

NB 2 : je serai présent pour la « formation – explications » en début de matinée.

- Objet** | Création d'une Consultation de Médecine Générale (CMG) à Mercier 1^{er} avec Pierre-Yves DEGUELLE (interne médecine générale, 3^e année) pour assurer une meilleure prise en charge des soins non programmés (soins ne relevant pas des Urgences).
- Quand** | Protocole applicable par le **SAMU en dehors des heures de PDSA.**
Consultation ouverte ? Vérifier sur l'agenda.
- Qui** | Tout patient se présentant au SAU peut être réorienté vers la CMG par l'IOA.
Le Centre 15 peut adresser un patient à la CMG. Il passe obligatoirement par l'IOA avant sa CMG.
- Où** | Bureau de la CMG : consultations polyvalentes à Mercier 1^{er}. Salle d'attente Anesthésie.

Comment | Procédure d'orientation d'un patient vers la CMG



* Noter « filière MG » dans DRM puis cf protocole « Refus ».

Pierre-Yves DEGUELLE :

N°box consultation :

ANNEXE III : Echelle de triage IOA utilisée au service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Priorité 1

Situation pathologique pouvant entraîner la mort, la perte d'un membre ou d'un organe si la prise en charge n'est pas immédiate

Détresse respiratoire

- SAT < 85 %
- FR <10 ou >30
- Cyanose généralisée
- Tirage ou balancement thoraco-abdominal
- Incapacité élocution

Détresse hémodynamique

- Arrêt circulatoire
- Absence de pouls carotidien
- Pouls < 40 ou > 160
- TA \leq 8 ou PAM < 65
- Marbrures généralisées
 - Hémorragie active + 1 item : sous AVK ; Hb test < 8 g/dL ; digestive haute ; hémoptysie ; plaie artérielle ; hémophilie connue

Détresse neurologique

- GCS < 9
- Traumatisme rachidien ou crânien, déficitaire
- Etat de mal épileptique

Cas particuliers

- Suspicion AVC inférieur à 4H30 (déficits, BAV, aphasies, (vertiges et/ou PF sur avis médical))
- Brûlures selon avis Médecin secteur 1
- Température \geq 41

Délai de prise en charge médicale	Immédiat
Orientation	SAUV
Délai de réévaluation IOA	Sans objet

Priorité 2

Situation pathologique n'engageant pas le pronostic mais susceptible de s'aggraver dans l'immédiat

Gêne respiratoire

- SAT < 90 %
- FR entre 25 et 30
- Gêne élocution
- Tirage isolé
- Cyanose extrémités

Troubles hémodynamiques

- PAS > 210 ; PAD > 120
- Marbrures localisées
- TA \leq 9 et fièvre associée
- Hémorragie active en dehors plaies compressibles

Détresse neurologique

- GCS entre 9 et 12
- Phase post-critique

Cas particuliers

- Hyperalgies
- Fièvre > 40 ou hypothermie < 35
- Sueurs
- Cushman > 7
- Troubles psychiatriques (Sd dépressif grave, mutisme, agitation, délire, menace de passage à l'acte)
- Risque de fugue
- Forces de l'ordre / détenus
- Grossesse et OMI ou TA > 160
- Isolement nécessaire
- Luxations articulaires
- AES
- Victimes de violences conjugales
- Œdème de la sphère ORL (langue, lèvre, région cervicale...)
- TC sous AVK/NACO

Liste partiellement exhaustive

Délai de prise en charge médicale	\leq 20 min
Orientation	SAUV ou secteurs
Délai de réévaluation IOA	< 10 minutes

Priorité 3

Situation pathologique où le temps ne constitue pas un facteur critique.

Etat du patient à son arrivé jugé stable.

Situation nécessitant actes diagnostiques et/ou thérapeutiques aux Urgences.

- **Nécessité de délai de prise en charge de moins de 1h30**
- **Nécessité aux urgences :**
 - Avis spécialisé
 - Examens complémentaires autres que radiologie et biologie standard
 - Geste invasif aux urgences
- **Pathologie aiguë associée à au moins un des 3 items :**
 - 90 ans ou plus
 - Terrain débilite (dénutrition, I cardiaque, I respiratoire, chimiothérapie ...)
 - Polypathologie
- **Algiques**
- **GCS entre 12 et 14**
- **Confusions aiguës**
- **Intoxications médicamenteuses ou autres (toxiques, champignons ...)**

Délai de prise en charge médicale	≤ 90 min
Orientation	Secteurs
Délai de réévaluation IOA	90 minutes

Priorité 4

**Situation pathologique jugée stable
et
ne nécessitant pas de soins en urgences**

- **Nécessité de délai de prise en charge de moins de 2h30**
- **Examens complémentaires limités à des actes thérapeutiques simples et non urgents :**
 - Biologie standard
 - Radiographie standard
 - Possibilité d'un avis spécialisé si non urgents (prise de RDV...)
 - ECG

Délai de prise en charge médicale	≤ 2h30
Orientation	Secteurs
Délai de réévaluation IOA	2h30

Priorité 5

Etat lésionnel ou pronostic fonctionnel jugée stable
et
abstention d'acte complémentaire diagnostique et thérapeutique aux urgences

- **Pas de limite de temps**
- **Patient relevant d'une simple consultation :**
 - Aucun acte nécessaire
 - Aucun avis spécialisé
 - Pas d'hospitalisation prévisible
 - Constantes normales

Délai de prise en charge médicale	$\leq 4h$
Orientation	Secteurs
Délai de réévaluation IOA	4h

Filière de Soins Ambulatoires

Critères d'inclusion

- Douleurs d'articulations sur mouvements répétés
- Plaies non hémorragiques (même sous AVK)
- Traumatologie ne nécessitant pas de pose de VVP immédiate et suite de soins
- MASTER 1 (pas de perte de connaissance, pas de signe neurologique)

Critères d'exclusion

- Poly-traumatismes
- Hautes cinétiques
- Hyperalgies
- Plaies profondes ou étendues
- Trauma thoracique avec AVK ou insuffisance respiratoire
- Traumatisme sternal sur AVP
- Panaris
- Déficit neurologique

En cas de doute, expertise par Secteur 1

La FSA débute à 10h30 jusqu'à 20h30, tout patient sauf suite de soins arrivant avant l'heure d'ouverture sera affecté aux secteurs, tout comme après la fermeture (étiquette reste blanche) : Patients physiquement en salle d'attente FSA.

En cas d'afflux important, ne renseigner que le niveau de tri FSA et en informer le médecin de la filière de soins ambulatoires

ANNEXE IV : Orientation vers la consultation de médecine générale – fiche d'information patient.



CENTRE HOSPITALIER MOULINS YZEURE
PÔLE SUPPORT POUR LA CLINIQUE
10 Avenue du Général de Gaulle
B.P. 609
03006 MOULINS CEDEX
Tél : 04 70 35 77 77 -Fax : 04 70 35 77 99
<http://www.ch-moulins-yeure.fr>
N° Finess : 030000061

Orientation vers la consultation de Médecine Générale

Madame, Monsieur,

Après évaluation par le Service d'Accueil des Urgences ou le centre 15 (SAMU), votre problème de santé n'apparaît pas comme relevant d'une prise en charge dans la Structure des Urgences.

Ainsi, nous vous proposons un RDV ce jour en consultation de Médecine Générale avec le médecin Pierre-Yves DEGUELLE.

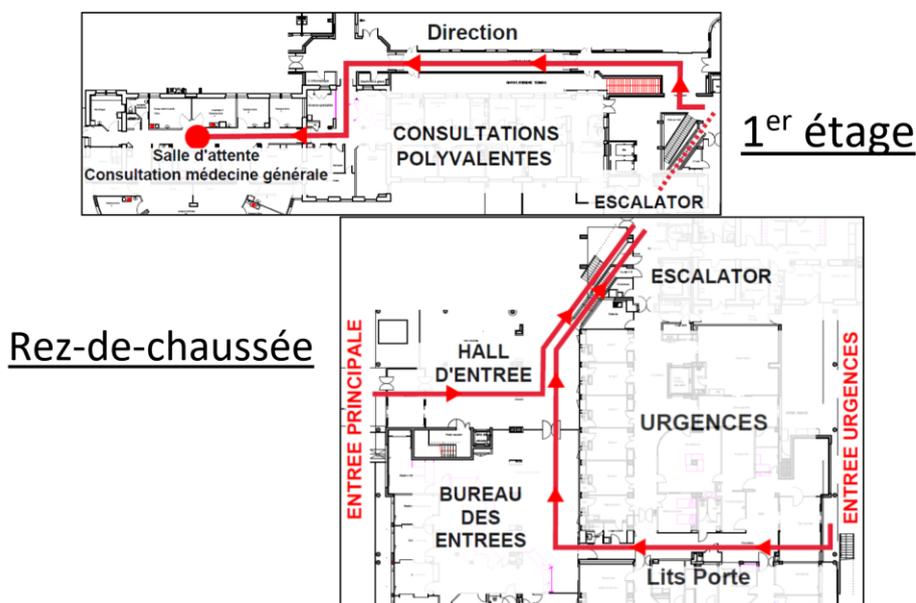
Mode d'entrée : IOA Centre 15

Heure de consultation :

Lieu de consultation : pavillon _____ , salle d'attente « consultation Médecine Générale »
(suivre **Prélèvements laboratoire**).

Les modalités d'accès à la consultation font qu'un patient arrivé après vous en salle d'attente peut être vu avant vous. L'ordre de passage est fonction de l'heure de RDV.

Plan pour se rendre à la consultation de Médecine Générale.



En cas d'aggravation avant votre RDV, veuillez contacter le 15 sans délai

Le Centre hospitalier de Moulins-Yzeure est certifié niveau B par la Haute Autorité de Santé



ANNEXE V : Orientation vers la consultation de médecine générale – protocole IOA. Application à partir du 26/01/2019.

**ORIENTATION VERS LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE
PROTOCOLE IOA**

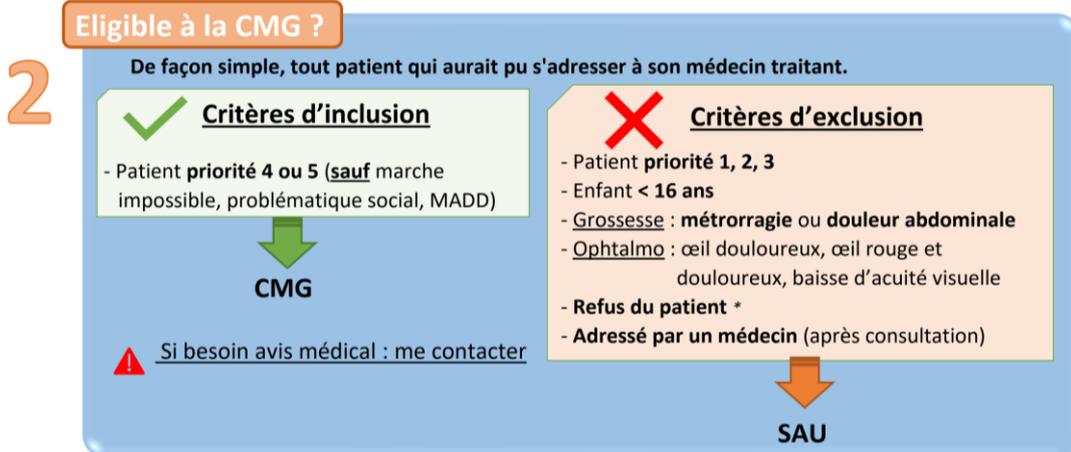
NB 1 : le protocole est susceptible d'évoluer en fonction des problèmes rencontrés.

NB 2 : je serai présent pour la « formation – explications » en début de matinée et d'après-midi.

- Objet** | Création d'une Consultation de Médecine Générale (CMG) à Mercier 1^{er} avec Pierre-Yves DEGUELLE (interne médecine générale, 3^e année) pour assurer une meilleure prise en charge des soins non programmés (soins ne relevant pas des Urgences).
- Quand** | Protocole applicable par l'IOA de jour uniquement.
Consultation ouverte ? Vérifier sur l'agenda.
- Qui** | Tout patient se présentant au SAU peut être réorienté vers la CMG par l'IOA.
Le Centre 15 peut adresser un patient à la CMG. Il passe obligatoirement par l'IOA avant sa CMG.
- Où** | Bureau de la CMG : consultations polyvalentes à Mercier 1^{er}. Salle d'attente Anesthésie.

Comment | Procédure d'orientation d'un patient vers la CMG

- 1** **Etablir la fiche IOA** Comme d'habitude. Bien penser au MT et au Téléphone
⚠ Y compris les patients adressés par le Centre 15



- 3** **Inscription agenda CROSSWAY** **Agenda complet**
Cf. procédure « Prendre un RDV sur l'agenda CROSSWAY »
- M'appeler pour surbooker
- Sinon → SAU *

- 4** **Remettre au patient**
Fiche « Orientation vers la consultation de médecine générale » **AVEC dossier urgences**
NB1 : tous les patients passent par l'accueil administratif
NB2 : si feuille Centre-15 : plier et agraffer, mettre dans dossier urgences
URQUAL : migrer étiquette sur « Consultation » → « Médecine Générale ».

Pierre-Yves DEGUELLE :

* Mettre étiquette et motif sur feuille dédiée

N°box consultation :

Version du 26/01/19

ANNEXE VI : Orientation vers la consultation de médecine générale – protocole IOA. Application à partir du 18/02/2019. Avec addenda.

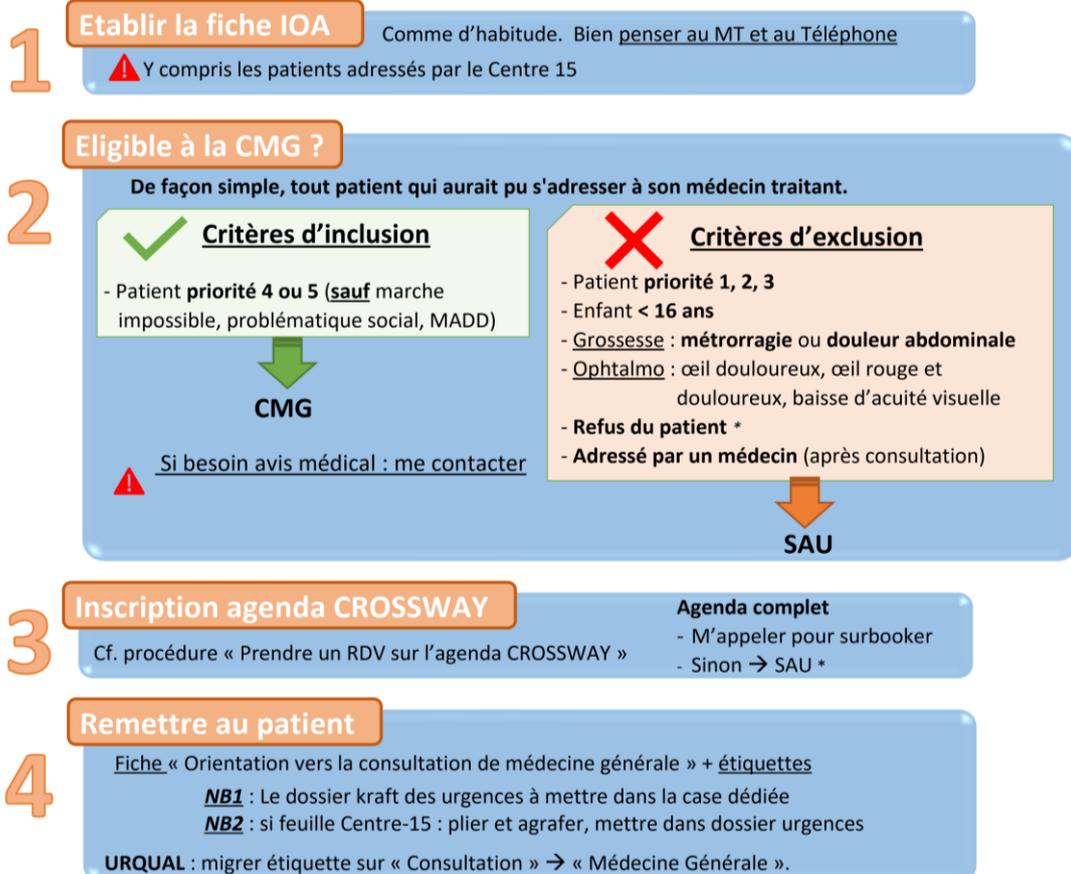
**ORIENTATION VERS LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE
PROTOCOLE IOA**

NB 1 : le protocole est susceptible d'évoluer en fonction des problèmes rencontrés.

NB 2 : je serai présent pour la « formation – explications » en début de matinée et d'après-midi.

- Objet** | Création d'une Consultation de Médecine Générale (CMG) à Mercier 1^{er} avec Pierre-Yves DEGUELLE (interne médecine générale, 3^e année) pour assurer une meilleure prise en charge des soins non programmés (soins ne relevant pas des Urgences).
- Quand** | Protocole applicable par l'IOA de jour uniquement.
Consultation ouverte ? Vérifier sur l'agenda.
- Qui** | Tout patient se présentant au SAU peut être réorienté vers la CMG par l'IOA.
Le Centre 15 peut adresser un patient à la CMG. Il passe obligatoirement par l'IOA avant sa CMG.
- Où** | Bureau de la CMG : consultations polyvalentes à Mercier 1^{er}. Salle d'attente Anesthésie.

Comment | Procédure d'orientation d'un patient vers la CMG



Pierre-Yves DEGUELLE :

* Mettre étiquette et motif sur feuille dédiée

N°box consultation :

Version du 18/02/19

A partir du lundi 18 Février 2019

Les consultations de MG auront lieu uniquement de 13h à 18h

Même lieu, même protocole, même prise de RDV

**Pour tout patient susceptible de sortir des Urgences avant son RDV
→ validation médicale du RDV obligatoire (par moi-même)**

A remettre au patient : Feuille d'information (avec l'horaire du RDV) + étiquettes

Reste du dossier kraft : à mettre dans la case dédiée

NB : bien noter tout refus ou réorientation vers SAU sur la feuille consacrée

Pierre-Yves DEGUELLE :

N°box consultation :

Questionnaire de satisfaction Consultation de Médecine Générale

Madame, Monsieur,

Vous sortez d'une consultation programmée de Médecine Générale du Centre Hospitalier de Moulins-Yzeure, je vous invite à prendre un instant pour répondre aux deux questions suivantes :

Date : _____

	Très satisfait(e) 	Satisfait(e) 	Plutôt insatisfait(e) 	Très insatisfait(e) 
Etes-vous satisfait(e) de l'organisation de la consultation programmée de Médecine Générale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Oui	Non		
Auriez-vous préféré être pris en charge aux Urgences ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Observations & suggestions : _____

ANNEXE VIII : Consultation de médecine générale – questionnaire sur la pénibilité ressentie des urgentistes.

Pénibilité des Urgentistes

Dans le cadre du travail de la consultation programmée de Médecine Générale au SAU, je recueille chaque jour votre ressenti de la journée.

Date : _____

Nombre de patient CMG :

Nombre de patient SAU :

Patients CMG / SAU :

<i>SECTEUR</i>	Amélioration	Aggravation	Inchangée
La filière de Médecine Générale a-t-elle modifié votre pénibilité au travail aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>SECTEUR</i>	Amélioration	Aggravation	Inchangée
La filière de Médecine Générale a-t-elle modifié votre pénibilité au travail aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>FSA</i>	Amélioration	Aggravation	Inchangée
La filière de Médecine Générale a-t-elle modifié votre pénibilité au travail aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

Pierre-Yves DEGUELLE

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Pierre-Yves DEGUELLE

Signature

DEGUELLE Pierre-Yves : Organisation des soins non programmés : intérêt de la mise en place d'une consultation de médecine générale au service d'urgence du Centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Thèse Médecine, Clermont-Ferrand, 2019

RÉSUMÉ :

Introduction : Les soins non programmés et leur prise en charge sont un problème de santé publique. Ils sont définis comme des soins répondant à une urgence ressentie mais ne relevant pas médicalement de l'urgence. Dans le contexte de saturation des services d'urgence (SU) et de démographie médicale en baisse, les demandes de soins non programmés pèsent de plus en plus dans notre système de santé. Le bassin Moulinois et le Centre hospitalier de Moulins-Yzeure n'échappent pas à ce constat.

Objectif : Mettre en place une consultation de médecine générale (CMG) afin d'assurer aux patients relevant des soins non programmés, parmi ceux accueillis au SU ou appelant le Samu-Centre 15, un parcours de soins adapté vers la ressource médicale appropriée tout en gardant un niveau de sécurité optimal. Evaluer régulièrement l'activité de la CMG pour l'adapter et en faire ressortir ses intérêts et ses limites.

Méthode : Etude observationnelle descriptive, quantitative, menée du 13 novembre 2018 au 30 avril 2019. En journée, les patients étaient orientés vers la CMG, selon le protocole établi, par l'infirmier(e) organisateur(trice) de l'accueil (IOA) du SU ou le médecin régulateur du Samu-Centre 15, avec prise de rendez-vous. Les patients orientés par le Samu-Centre 15 devaient passer par l'IOA. En cas de doute sur l'orientation, l'IOA contactait l'interne effectuant la CMG. L'analyse portait sur le parcours de soins, sur les caractéristiques des patients et leur satisfaction. Elle portait aussi sur l'activité de la CMG et son impact sur la pénibilité ressentie au travail des urgentistes.

Résultats : Il y a eu 659 consultations effectuées sur 101 jours travaillés. L'âge médian des patients était de 33 ans. Les principaux problèmes de santé traités étaient des pathologies infectieuses et ostéo-articulaires. La demande de soins non programmés prédominait en milieu de matinée. L'IOA a orienté 90,1 % des patients de la CMG. 3,9 % des patients éligibles selon le protocole n'ont pas été vus à la CMG. Le taux de réorientation au décours de la CMG vers le SU ou un spécialiste en urgence était de 2,9 %.

En comparaison aux patients équivalents pris en charge au SU en 2018, le délai d'attente médian est passé de 81 à 20 minutes ($p < 0,001$) et la durée de prise en charge médiane est passée de 161 à 45 minutes ($p < 0,001$). Les patients étaient satisfaits de l'organisation de la CMG à 98,9 %.

L'activité moyenne de la CMG était de 6,5 consultations par jour et représentait 11,9 % des passages au SU sur la même période. L'activité de la CMG était plus élevée les jours de moindre activité de la médecine générale de ville. Dans 76,2 % des cas, la CMG a réduit le sentiment de pénibilité au travail des urgentistes.

Conclusion : La CMG a assuré un parcours de soins adapté aux patients relevant des soins non programmés, dans l'intérêt de ces derniers, tout en ayant un impact positif sur le service d'urgence. L'efficacité et la sécurité de la CMG reposaient sur la méthode d'orientation, la prise d'un rendez-vous dans un délai court, la communication entre l'IOA et l'interne effectuant la consultation et, si nécessaire, une réorientation des patients sans difficulté.

Afin de pérenniser cette démarche, au-delà de la CMG, une organisation collective de la gestion des soins non programmés pour le territoire de santé Moulinois nécessiterait l'implication conjointe d'une structure de régulation, de la médecine de ville et de l'hôpital.

MOTS-CLÉS :

Soins non programmés, Parcours de soins, Consultation, Médecine générale, Service d'urgence, Centre hospitalier de Moulins-Yzeure