



**HAL**  
open science

**Évaluation de l'activité de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon : étude descriptive et rétrospective de l'activité, enquête de satisfaction autour des principaux acteurs**

Lucile Navarro

► **To cite this version:**

Lucile Navarro. Évaluation de l'activité de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon : étude descriptive et rétrospective de l'activité, enquête de satisfaction autour des principaux acteurs. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03586969

**HAL Id: dumas-03586969**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03586969v1>**

Submitted on 24 Feb 2022

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

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

U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

Année 2022

Thèse n°1

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par NAVARRO Lucile

Née le 6 septembre 1994 à Talence

Le 3 janvier 2022 à 18h30

**Evaluation de l'activité de la consultation de médecine générale  
rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon.**

Etude descriptive et rétrospective de l'activité  
Enquête de satisfaction autour des principaux acteurs.

Sous la direction de : Ameline YVON

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Jean-Philippe JOSEPH  
Monsieur le Docteur Christophe JOUHET  
Monsieur le Docteur Philippe REVEL  
Monsieur le Docteur Rémy LAPEYRE  
Madame le Docteur Ameline YVON

Président  
Rapporteur  
Examinateur  
Examinateur  
Directeur



## Remerciements

A mon président de jury, Monsieur le Professeur JOSEPH, pour l'honneur que vous me faites de présider ce jury. Je vous remercie également pour la formation reçue au cours de cet internat ainsi que nos échanges au cours des GEAP. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A mon rapporteur, Monsieur le Docteur JOUHET, pour l'honneur que vous me faites de juger ce travail. Je vous remercie pour l'échange autour du futur de notre profession. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur REVEL. Je vous remercie de me faire l'honneur de juger cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LAPEYRE. Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de participer à mon jury de thèse. Rémy, cet internat ne pouvait se conclure qu'avec le chef de service chez qui il a commencé. Tu sais être présent et à l'écoute de tes internes comme de ton service, merci.

A Madame le Docteur YVON. Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de me confier ce travail. Ameline, je te remercie pour ton soutien infailible ainsi que ton écoute en tant que chef, collègue, mais aussi amie.

A l'ensemble de l'équipe médicale de PSA, je vous remercie pour votre formation, votre écoute et votre patience. A l'équipe des urgences, aux infirmiers (ières), aux aides soignant(e)s, aux brancardiers, aux agents d'accueils et aux médecins, vous êtes une équipe en or. J'ai adoré grandir avec vous, merci pour ces trois belles années, vous êtes la maison.

A la famille de Saint Lo, Luc, Thierry, Julien, Laurent, Ines et Maxime. Merci de m'avoir fait redécouvrir la médecine générale sous son meilleur jour. Merci pour les échanges toujours intéressants, les parties de Fifa et les verres de vin.

A Céline, Nadège, Nelly, Muriel et Coralie qui se sont laissées tenter par l'aventure MSU. Merci pour votre confiance, votre envie de former et de partager.

A mes parents pour votre soutien inconditionnel au cours de ces longues années. Maman, merci pour ton écoute, tes mots et tes conseils même dans les moments les plus difficiles. Papa, merci pour ta présence quel que soit le domaine, merci de me rappeler qu'il n'y a pas que médecine dans la vie.

A mes sœurs pour leur patience et leur présence. Léa, merci de me prouver chaque jour, que lorsque l'on croit en ses rêves, on peut aller loin. Enora, merci de me faire voyager depuis quelques années et pour encore longtemps.

A ma famille, à ma grand-mère, à mes tantes, à mon oncle et à mes cousins. Manou, toute cette aventure a commencé par un « je te conseille de faire médecine ... », nous y voilà 10 ans plus tard.

A ma belle-famille, pour votre accueil.

A Marion, pour ta présence à mes côtés depuis Nantes et jusqu'à l'infini. Ces années n'auraient pas eu la même saveur sans toi, nous sommes maintenant deux docteurs.

A Laura, Philippine et Justine, pour ces années à Nantes et les nombreuses à venir entre Toulouse, Bordeaux et Paris.

A Victoria, pour le plus beau stage de SASPAS que je pouvais avoir. Hâte de voir ce que la suite nous réserve.

A Caroline et Benoit pour les heures sur les stades quel que soit la météo. Cette époque me manque.

A Mathilde, pour ton amitié et tes jolis conseils.

A Karen, pour ta douceur. Merci pour ton écoute et ton soutien au cours de la rédaction de cette thèse.

A Moïna, Sophie M, Sophie L, Aurore, Gildas, Auriane, Lara, Elise, Alexandra et Anthony mon internat n'aurait pas été le même sans vous.

A Jean, Anna, Dorian, Ilona, Léo, Kim et Flo pour les soirées d'été comme d'hiver. Merci pour votre accueil et les conversations toujours intéressantes.

A Momothe, Louison, Chaude, Tintin, BR, Tourte, Maeva et Audrey, maintenant que je suis libre, je vous donne rendez-vous à la flèche.

A toutes ces personnes que je n'ai pas mentionnées mais avec qui j'ai passé de beaux moments.

A Bastien, pour ton amour et ton soutien sans faille. C'était ma dernière excuse, promis maintenant je prends des vacances. Je t'aime.

A Marie, Michel et Jean.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>5</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX .....</b>	<b>9</b>
<b>TABLE DES FIGURES .....</b>	<b>9</b>
<b>ABREVIATIONS .....</b>	<b>11</b>
<b>AVANT PROPOS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>14</b>
1 CONTEXTE ACTUEL .....	14
1.1 <i>Etat des lieux de la fréquentation des urgences.....</i>	14
1.2 <i>Causes de consultation aux urgences.....</i>	14
1.3 <i>Etat des lieux de la médecine générale en France.....</i>	15
1.4 <i>Organisation de la permanence des soins ambulatoires.....</i>	16
1.5 <i>Les consultations urgentes, non programmées.....</i>	17
1.5.1 Les maisons médicales de garde.....	17
1.5.2 Les consultations de MG au sein des urgences.....	17
2 CONJONCTURE LOCALE.....	18
2.1 <i>Le Centre Hospitalier d’Arcachon et son territoire .....</i>	18
2.2 <i>La démographie MG sur le Bassin d’Arcachon .....</i>	19
2.3 <i>La PDSA sur le Bassin d’Arcachon .....</i>	19
3 LA CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE RATTACHEE AUX URGENCES DU CHA .....	20
3.1 <i>Les urgences du CHA .....</i>	20
3.2 <i>L’histoire de la CMGRU au sein du centre hospitalier d’Arcachon.....</i>	21
3.3 <i>Le fonctionnement de la consultation .....</i>	21
4 SYNTHÈSE ET PROBLÉMATIQUE .....	23
<b>MATERIEL ET METHODE.....</b>	<b>24</b>
1 ÉTUDE 1 – ÉVALUATION DE LA CMGRU .....	24
1.1 <i>Type d’étude .....</i>	24
1.2 <i>Population étudiée.....</i>	24
1.3 <i>Recueil .....</i>	24
1.4 <i>Objectif et données analysées.....</i>	24
1.5 <i>Exploitation des données .....</i>	25
1.6 <i>Mesures éthiques et réglementaires.....</i>	25
2 ÉTUDE 2 - ENQUÊTE DE SATISFACTION .....	25
2.1 <i>Type d’étude .....</i>	25
2.2 <i>Population de l’étude et diffusion des questionnaires.....</i>	25
2.3 <i>Elaboration du questionnaire.....</i>	26
2.4 <i>Recueil de données .....</i>	27
2.4.1 Les MG exerçant à la CMGRU (MGU) .....	27
2.4.2 Les Médecins Urgentistes (MU) .....	27
2.4.3 Les Infirmiers d’Organisation de l’Accueil (IOA) .....	27

2.4.4	Les MG exerçant en ville (MGA).....	27
2.5	<i>Données analysées, critères de jugement</i> .....	28
2.6	<i>Analyse des questionnaires/présentation des résultats</i> .....	28
<b>RESULTATS</b> .....		<b>29</b>
1	ETUDE 1 – EVALUATION DE LA CMGRU.....	29
1.1	<i>Données sociodémographiques</i> .....	29
1.1.1	Sexe (n=7513).....	29
1.1.2	Age (n=7513).....	29
1.1.3	Lieu de vie (n=7513).....	29
1.2	<i>Date de prise en charge (n=7513)</i> .....	30
1.3	<i>En amont des urgences</i> .....	32
1.3.1	Mode de transport (n=7513).....	32
1.3.2	Type d'orientation préhospitalière (n=54).....	32
1.3.3	Passages antérieurs (n=2657).....	33
1.4	<i>Aux urgences</i> .....	33
1.4.1	Durée avant la prise en charge de l'IOA (n=7509).....	33
1.4.2	Durée avant la prise en charge par le MGU (n=7358).....	34
1.4.3	Examens complémentaires (n=3901).....	35
1.4.4	Actes thérapeutiques (n=1777).....	35
1.4.5	Médicaments (n=2197).....	36
1.4.6	Avis spécialisés (n=352).....	37
1.4.7	Diagnostics finaux (n=7358).....	37
1.4.8	CCMU (n= 7358) (Annexe 8).....	38
1.5	<i>En aval des urgences</i> .....	39
1.5.1	Durée totale de prise en charge (n=7358).....	39
1.5.2	Orientation finale (n=7358).....	41
1.5.3	Consultations itératives (n=129).....	41
1.6	<i>Cas particulier : Eté 2019</i> .....	42
1.6.1	Population rencontrée (n=1544).....	42
1.6.2	Dates de prise en charge (n=1544).....	42
1.6.3	Aux urgences (n=1544).....	42
1.6.4	Durée de prise en charge (n=1544).....	43
2	ETUDE 2 – ENQUETE DE SATISFACTION.....	43
2.1	<i>Questionnaire distribué aux MG exerçant à la CMGRU - MGU</i> .....	43
2.1.1	Description démographique (n=10).....	43
2.1.2	Parcours professionnel (n=10).....	43
2.1.3	L'exercice à la CMGRU (n=10).....	44
2.1.4	Modification des pratiques (n=10).....	45
2.1.5	Satisfaction (n=10).....	45
2.1.6	Offre de soins (n=10).....	46
2.2	<i>Questionnaire distribué aux médecins urgentistes - MU</i> .....	46
2.2.1	Description démographique (n=15).....	46
2.2.2	Parcours professionnel (n=15).....	46
2.2.3	Orientation vers la CMGRU (n=15).....	47
2.2.4	Charge de travail (n=15).....	48
2.2.5	Offre de soins (n=15).....	49
2.3	<i>Questionnaire distribué aux infirmiers d'organisation de l'accueil - IOA</i> .....	49
2.3.1	Description démographique (n=23).....	49
2.3.2	Parcours professionnel (n=23).....	49

2.3.3	Orientation vers la CMGRU (n=23) .....	50
2.3.4	Charge de travail (n=23) .....	52
2.3.5	Offre de soins (n=23) .....	52
2.4	<i>Questionnaire distribué aux MG exerçant en Ambulatoire - MGA</i> .....	53
2.4.1	Description démographique (n=43) .....	53
2.4.2	Mode d'exercice (n=43) .....	54
2.4.3	Connaissances de la CMGRU (n=43) .....	54
2.4.4	Offre de soins (n=43) .....	54
<b>DISCUSSION</b> .....		<b>55</b>
1	FORCES DU TRAVAIL .....	55
1.1	<i>Un sujet d'actualité</i> .....	55
1.2	<i>Une méthodologie rigoureuse</i> .....	55
1.2.1	Etude 1 – Evaluation de la CMGRU .....	55
1.2.2	Etude 2 – Enquête de satisfaction .....	55
2	BIAIS ET LIMITES DU TRAVAIL .....	56
3	PRINCIPAUX RESULTATS .....	56
3.1	<i>Etude 1- Evaluation de la CMGRU</i> .....	56
3.1.1	Données sociodémographiques .....	56
3.1.2	Date de prise en charge .....	57
3.1.3	En amont des urgences .....	57
3.1.4	Aux urgences .....	58
3.1.5	En aval des urgences .....	59
3.1.6	Cas particulier : Eté 2019 .....	59
3.2	<i>Etude 2 – Enquête de satisfaction</i> .....	60
3.2.1	Questionnaire distribué aux MGU .....	60
3.2.2	Questionnaire distribué aux MU .....	61
3.2.3	Questionnaire distribué aux IOA .....	61
3.2.4	Questionnaire distribué aux MGA .....	62
4	VOIES D'AMELIORATIONS ET PISTES POUR L'AVENIR .....	63
4.1	<i>Vers la PDSA ?</i> .....	63
4.2	<i>Visites</i> .....	64
<b>CONCLUSION</b> .....		<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....		<b>66</b>
<b>ANNEXES</b> .....		<b>73</b>
1	ANNEXE 1 – PLAN DES URGENCES ET DE LA CMGRU DU CHA .....	73
2	ANNEXE 2 - GRILLE D'AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTS PAR L'IOA VERS LA CMGRU .....	73
3	ANNEXE 3 – TEXTE EXPLICATIF PRECEDANT CHAQUE QUESTIONNAIRE .....	75
4	ANNEXE 4 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX MGU .....	76
5	ANNEXE 5 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX MU .....	79
6	ANNEXE 6 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX IOA .....	82
7	ANNEXE 7 – QUESTIONNAIRE DISTRIBUE AUX MGA .....	85
8	ANNEXE 8 – COTATION CCMU .....	87
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b> .....		<b>88</b>
<b>RESUME :</b> .....		<b>90</b>

**ABSTRACT : ..... 91**

## Table des tableaux

Tableau 1 - Les vingt diagnostics les plus fréquents .....**Erreur ! Signet non défini.**

## Table des figures

Figure 1 - Répartition en fonction de l'âge.....	29
Figure 2 - Répartition en fonction du lieu d'habitation .....	30
Figure 3 - Répartition en fonction du nombre moyen de passages par jour au cours de la basse et de la haute saison.....	31
Figure 4 - Répartition en fonction du nombre de passage par mois .....	31
Figure 5 - Répartition en fonction du type d'orientation pré hospitalier .....	32
Figure 6 - Répartition en fonction du temps avant la prise en charge par l'IOA .....	33
Figure 7 - Répartition en fonction du temps avant la prise en charge par le MGU.....	34
Figure 8 - Répartition en fonction des actes diagnostiques réalisés .....	35
Figure 9 - Répartition en fonction des actes thérapeutiques réalisés .....	36
Figure 10 - Répartition en fonction des antalgiques prescrits .....	36
Figure 11 - Répartition en fonction des avis spécialisés demandés .....	37
Figure 12 - Répartition en fonction de la cotation CCMU.....	39
Figure 13 - Répartition en fonction du temps de prise en charge total.....	39
Figure 14 - Répartition en fonction du temps de prise en charge avant hospitalisation (n=78) .....	40
Figure 15 - Répartition en fonction du temps de PEC globale AVEC réalisation d'examen complémentaire .....	40
Figure 16 - Répartition en fonction du temps de PEC globale SANS réalisation d'examen complémentaire .....	41
Figure 17 - Répartition en fonction du délai de la nouvelle consultation .....	42
Figure 18 - Répartition en fonction de la durée d'exercice à la CMGRU .....	43
Figure 19 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers la CMGRU .....	44
Figure 20 - Répartition en fonction du degré de satisfaction .....	46
Figure 21 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers la CMGRU par les MU .....	47
Figure 22 - Répartition en fonction du motif de réorientation vers la CMGRU par les MU ....	47
Figure 23 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers les urgences par les MU .....	48
Figure 24 - Répartition en fonction de l'évolution de la charge de travail .....	49
Figure 25 - Répartition en fonction de l'explication d'orientation vers la CMGRU par l'IOA ..	50
Figure 26 - Répartition en fonction de la fréquence de refus par le MG de l'orientation vers la CMGRU par l'IOA .....	51
Figure 27 - Répartition en fonction de la différence de délai de PEC entre chaque secteur entraînant une modification de l'orientation.....	51

Figure 28 - Répartition en fonction de l'avis demandé par l'IOA lors de l'orientation vers la CMGRU .....	52
Figure 29 - Répartition en fonction du lieu d'exercice dans les Landes.....	53
Figure 30 - Répartition en fonction du lieu d'exercice en Gironde.....	53
Figure 31 - Répartition en fonction du lieu d'exercice en Gironde.....	53

## ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien  
ARS : Agence Régionale de Santé  
BU : Bandelette Urinaire  
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences  
CE : Corps Etranger  
CHA : Centre Hospitalier d'Arcachon  
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins  
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés  
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins  
CMGRU : Consultation de Médecine Générale Rattachée aux Urgences  
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie  
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques  
ECBU : Examen Cytobactériologique des Urines  
ECG : Electrocardiogramme  
ETP : Equivalent Temps Plein  
IOA : Infirmier-(ière) d'Organisation de l'Accueil  
IDE : Infirmier-(ière) Diplômé d'état  
MEOPA : Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote  
MG : Médecin Généraliste  
MGU : Médecin Généraliste travaillant à la CMGRU  
MGA : Médecin Généraliste exerçant en Ambulatoire  
MMG : Maison Médicale de Garde  
MT : Médecin Traitant  
MU : Médecin Urgentiste  
NP : Non Précisé  
ORL : Oto-Rhino-Laryngologie  
ORUNA : Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine  
PDSA : Permanences Des Soins Ambulatoires  
PEC : Prise En Charge  
PV : Prélèvement Vaginal  
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente  
SAU : Service d'Accueil des Urgences  
SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence  
SP : Sans Précision  
TC : Traumatisme Crânien  
TC - TCPCI – TCPC : Traumatisme Crânien - Traumatisme Crânien Perte de Connaissance  
Initiale - Traumatisme Crânien Perte de Connaissance  
TQS : Tétanos Quick Test  
TU : Terminal Urgences  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée



## AVANT PROPOS

Le nombre de recours aux urgences est en hausse depuis 20 ans. En effet, nous observons une croissance moyenne de 3.5% chaque année depuis 1996. Cette augmentation des entrées dans les services d'accueil des urgences (SAU) concerne plus particulièrement les patients retournant à domicile. Le taux d'hospitalisation reste stable autour de 20%. Cette évolution s'accompagne d'une démographie médicale libérale décroissante, vieillissante et se féminisant. Elle est associée à un vieillissement de la population française ainsi qu'à une demande accrue de réactivité de la part des patients (1-4).

De façon concomitante de multiples structures se sont mises en place. L'objectif est de répondre à la demande croissante de soins, notamment sur les horaires de la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA). Depuis les années 2000, le territoire voit s'accroître le nombre de maisons médicales de garde (MMG), dont l'organisation et l'offre restent toutefois hétérogènes (5,6).

Au cours de mon premier semestre d'internat aux urgences du Centre Hospitalier d'Arcachon (CHA) j'ai pu découvrir une organisation singulière : une consultation de médecine générale rattachée aux urgences (CMGRU), ouverte sur les horaires de la PDSA mais ne faisant pas partie de celle-ci sur le plan juridique.

N'ayant jamais vu cette organisation auparavant, je me suis alors interrogée sur son activité ainsi que sur le profil des usagers rencontrés au sein de la CMGRU et les habitudes de prise en charge réalisées par les médecins généralistes. Pour répondre à ces interrogations, ce travail s'est intéressé à l'activité de la CMGRU ainsi qu'aux ressentis de ses acteurs.

Après avoir réalisé un état des lieux, et avoir contextualisé ce travail, l'activité de la CMGRU du CHA au cours des 18 premiers mois d'ouverture sera analysée. Par la suite, les axes de satisfaction et d'amélioration émis par les différents acteurs de la structure seront explorés. Pour finir, une discussion des résultats et des pistes d'améliorations qui s'en dégagent sera réalisée.

# INTRODUCTION

## 1 Contexte actuel

### 1.1 *Etat des lieux de la fréquentation des urgences*

Le service d'accueil des urgences (SAU) est un lieu d'accueil et d'intervention médical rapide et accessible, à toute la population, de façon équitable. Il est malheureusement victime d'un encombrement croissant, associé à une augmentation du temps d'attente. Ceci induit un risque accru de la morbi-mortalité. En effet, en France en 2019, les SAU ont accueilli 19.7 millions de passages contre seulement 17.2 millions cinq ans plus tôt. De manière plus récente, cette croissance est toujours d'actualité avec une progression annuelle du nombre de passage de 2,5% en moyenne entre 2009 et 2017. Le nombre d'hospitalisation, à la suite d'une consultation aux urgences, reste stable autour des 20% (7-10).

Comme décrit dans la circulaire DHOS/O1 n°2003-195 du 16 avril 2003, les SAU ont pour mission : la prise en charge, en priorité, des « besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel ». Cependant une étude de 2012, réalisée par la Cour des comptes, révèle qu'une admission sur cinq ne donne lieu qu'à une simple consultation, sans acte de soin ni de diagnostic. Elles seraient donc considérées comme évitables d'un point de vue médical. L'organisation des SAU doit remplir un triple objectif de proximité, de sécurité et d'amélioration de la qualité. Ces objectifs sont mis en péril devant l'accroissement constant du nombre de passages annuels (11-13).

A noter que selon l'étude réalisée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), en 2013, ce sont les populations les plus jeunes et les plus âgées qui sont les plus représentées (14).

### 1.2 *Causes de consultation aux urgences*

Certaines études démontrent qu'il existe une divergence entre urgence ressentie par le patient et nécessité d'une prise en charge aux urgences. Un tiers des patients se présente sans avis médical préalable, tandis que 20% sont orientés à la suite d'un avis médical (direct ou téléphonique, via la SAMU notamment). La population se présentant spontanément est régulièrement pointée du doigt comme ayant un usage abusif des SAU (7,15-17). Elle consulte aux urgences pour plusieurs raisons :

- Pour une partie des patients, c'est la gravité présumée et/ou l'angoisse associée qui expliquent le recours aux urgences (14). Celles-ci sont alors vues comme le lieu le plus approprié pour la prise en charge de leur(s) symptôme(s).

- D'autres causes sont évoquées : l'accessibilité géographique et horaire ainsi que l'accès aux plateaux techniques (14,15,18).
- Certains évoquent la difficulté ou l'impossibilité de consulter un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet de ville et choisissent donc les urgences par défaut (7,14,19).
- Enfin, et malheureusement, le recours au SAU découle parfois d'une méconnaissance du parcours de soins. En effet, la majorité des patients pense que leur médecin généraliste est capable de gérer leur motif de recours aux urgences, mais finalement ne cherchent pas à savoir si celui-ci est disponible (16,18).

A noter que les patients consultant aux urgences plusieurs fois par an ont tendance à davantage consulter leur médecin de ville aussi, faisant donc grossir la demande globale de soins. Ils sont très peu nombreux à ne recourir qu'aux services des urgences. La fréquentation des urgences peut cependant révéler un défaut d'articulation entre ville et urgences. (9)

### *1.3 Etat des lieux de la médecine générale en France*

Le médecin généraliste est spécialiste en soins primaires. Il est le premier interlocuteur du patient, quelle que soit l'affection qui l'amène à consulter : maladie chronique ou aigüe, certificat, vaccination et prévention. Son rôle est d'avoir une approche globale de chaque patient. Il coordonne et permet la continuité des soins au long cours (20-22).

Selon une étude de la DREES datant de 2009, l'effectif maximal des médecins, toutes spécialités confondues a été atteint en 2007 avec 208 000 professionnels actifs. Après une décroissance progressive sur une dizaine d'années, le nombre global de praticiens en exercice devrait retrouver le même niveau pour 2030. Cependant, devant l'accroissement (d'environ 10%) et le vieillissement de la population, la densité médicale resterait plus faible qu'en 2007 (23).

En ce qui concerne les MG de façon plus particulière, leur densité est décroissante depuis plusieurs années : il est observé une chute de 9,6 à 8,9 praticiens pour 10 000 habitants entre 2009 et 2018 avec d'importantes disparités territoriales. La Nouvelle-Aquitaine se trouve sur la marge haute avec une densité de 10,0 MG pour 10 000 habitants en 2018 (24).

Des modifications d'exercice et donc d'accueil des patients sont en cours et à prévoir. En effet, l'évolution des pratiques entraîne une augmentation du salariat, avec 55,5 % des généralistes sous statut libéral en 2018, contre 60,2 % en 2007. La profession se féminise avec 53,8% de femmes praticiennes en 2030 contre 39% en 2006. De façon globale, selon une étude BVA datant de 2007, les attentes des jeunes médecins évoluent : ils recherchent un épanouissement tant sur le plan professionnel que personnel, passant en partie par une

réduction du temps de travail. D'autres facteurs sont responsables de la fragilisation de la densité médicale comme la volonté d'exercer en groupe et les départs à la retraite non remplacés secondaires à la diminution du numerus clausus (23-26).

#### *1.4 Organisation de la permanence des soins ambulatoires*

La PDSA est régie par l'article R.6325-1 du code de la santé publique. Elle a pour mission de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux et centres de santé. Elle est organisée du lundi au vendredi de 20 heures à 8 heures, à partir de midi le samedi et de 8 heures le dimanche et les jours fériés. De façon réglementaire, en Gironde comme dans les Landes, la PDSA n'est plus assurée au cours de la nuit profonde (soit de minuit à 8 heures) du lundi au dimanche. Son organisation est régionale. Elle suit les principes d'organisation définis par un cahier des charges. La PDSA est organisée en territoires de soins. L'aménagement est réévalué chaque année en fonction des bassins de population, des flux touristiques, des infrastructures d'accueil et des moyens d'accès routiers. Ainsi, la sectorisation peut être différente entre l'hiver et l'été. L'accès au médecin de garde est réalisé à la suite d'une régulation médicale téléphonique (27,28).

La PDSA est assurée en collaboration, entre établissements de santé et médecins de ville (cabinets libéraux, maisons et centres de santé), sur la base du volontariat. La rémunération se divise en deux parties : un forfait d'astreinte, (financé par une enveloppe régionale transmise aux agences régionales de santé (ARS)) associé à un paiement à l'acte, faisant l'objet d'une majoration définie par la convention médicale. La gestion de la rémunération et l'élaboration du planning sont réalisées sur le site internet ORDIGARD. Ce dernier est réalisé pour une durée minimale de 3 mois et transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins (28-30).

L'accueil des patients, et la réalisation des consultations au cours de la PDSA se déroulent principalement de deux manières. De façon historique, le médecin de garde décide de recevoir le patient à son cabinet ou de réaliser une visite si nécessaire. Depuis les années 2000, il existe également des Maisons Médicales de Gardes (MMG) au sein de centres hospitaliers ou non. Le lieu de consultation est alors fixe et commun à tous les médecins du secteur de la PDSA (28).

Enfin, le nombre moyen de gardes réalisées par les médecins acteurs de la PDSA est important : 31 au cours de l'année 2018. D'importantes disparités existent sur le territoire, notamment en terme de participation, celle-ci allant de 5 à 100%. La réalisation d'un nombre important de gardes freine l'installation des jeunes médecins (25,31,32).

## 1.5 *Les consultations urgentes, non programmées*

Les consultations non programmées sont de l'ordre de 35 millions par an pour la médecine générale. Elles représentent 11% de la pratique des MG. Elles se répartissent sur les horaires d'ouverture des cabinets ainsi que sur ceux de la PDSA. A cela s'ajoutent les consultations réalisées aux urgences, aboutissant ou non à des hospitalisations (7,33,34).

### 1.5.1 *Les maisons médicales de garde*

Afin de répondre au mieux à la demande croissante de soins, les MG ainsi que les centres de santé se sont organisés, entre autres sur les horaires de la PDSA. En effet, les MMG ont vu le jour de façon très rapide, à partir des années 2000 (98 recensées en 2003, contre 200 en 2006) (5,6).

Les MMG sont définies comme un point fixe de prestation de médecine générale. Elles assurent une activité de consultations médicales, et fonctionnent uniquement aux heures de la PDSA. Il s'agit d'un lieu sécurisé et régulé, implanté ou non au sein d'une structure de soins déjà existante. Leur fonctionnement est régi par la circulaire N2007-137 du 23 mars 2007 (35).

Un rapport de 2006 concernant les MMG montre que, malgré une grande hétérogénéité des structures, elles sont une solution d'avenir de la permanence de soins (6).

### 1.5.2 *Les consultations de MG au sein des urgences*

L'engorgement des SAU peut être dû entre autres, à la présence de consultations dites « inappropriées » ou « non urgentes » (36). Il s'agit de termes qui restent controversés.

La proportion de ce type de visites aux urgences varie considérablement : de 4,8 % à 90 %, avec une médiane de 32 %. Elles sont associées à l'augmentation de fréquentation des urgences. Cette dernière est en partie due à l'utilisation inappropriée, par les patients inquiets, cherchant des réponses rapides à des soins parfois considérés comme non urgents par les professionnels de santé. Ainsi de nouvelles structures appelées « unités de soins primaires » ont été créées à proximité, ou au sein des hôpitaux. Les premières études montrent que 2/3 des patients acceptent d'être réorientés vers ces structures, après s'être présentés spontanément aux urgences. Ces structures émergentes semblent répondre de manière appropriée à la demande croissante des soins « non urgents ». Cependant, leur organisation, en termes d'horaires d'ouverture, doit être adaptée et le personnel formé (15,37,38).

Il existe d'autres modes de fonctionnement, comme des consultations de médecine générale libérale, au sein de SAU, assurant des soins non programmés. Ce mode de

fonctionnement permet d'assurer deux missions. La première, est de gérer le flux de patients « non triés » arrivant au SAU sur les heures d'ouverture des cabinets. La seconde, se déroulant sur les horaires de la PDSA, permet d'en assurer la fonction (39).

## 2 Conjoncture locale

### 2.1 *Le Centre Hospitalier d'Arcachon et son territoire*

Le CHA, situé à une heure de l'agglomération bordelaise, est limitrophe à deux départements : la Gironde, et les Landes. Il s'agit des deux plus grands départements français, respectivement de 10 725 km<sup>2</sup>, et 9 243 km<sup>2</sup> (40,41).

Tout au long de l'année, il prend en charge la population locale répartie dans 20 villes. Celles du sud bassin, comprenant les villes de : Biganos, Le Teich, Gujan-Mestras, La Teste-de-Buch, Arcachon. En allant plus dans les terres, il recouvre les villes de : Marcheprime, Salles, Lugos et Mios. En ce qui concerne les Landes, le territoire du CHA comprend 11 villes : Sanguinet, Biscarrosse, Parentis-en-Born, Gastes, Sainte-Eulalie-en-Born, Pontenx les Forges, Ychoux, Pissos, Saugnac et Muret, Liposthey (42).

Cela concerne donc environ 140 000 patients potentiels (136 309 en 2018), sans compter les flux touristiques. Dans ce territoire, la croissance moyenne de la population est de 1,6%. Cette valeur est nettement au-dessus de la moyenne française, située à 0,4% sur la même période. La ville ayant connu la plus forte croissance démographique est Gujan-Mestras avec 5,7% entre 2013 et 2018. A l'opposé, Biscarrosse et Sainte-Eulalie voient leur population régresser, mais de façon négligeable, avec respectivement - 0,1 et - 0,5% (43).

Par ailleurs, la fréquentation touristique de ces deux départements est un point non négligeable, de l'économie et des flux de population. En effet, le tourisme y est présent toute l'année, avec cependant un pic de fréquentation sur les mois de juillet et août. Nous observons par ailleurs une croissance de la population touristique d'années en années tant française qu'étrangère. Dans les Landes, la fréquentation d'origine étrangère est particulièrement portugaise et espagnole, puis allemande et anglaise. Au moment de la saison estivale, ce sont les allemands qui sont présents en plus grand nombre. En Gironde, ce sont les allemands qui sont les étrangers les plus fréquents puis les anglais et les espagnols (40,41).

## 2.2 *La démographie MG sur le Bassin d'Arcachon*

De façon globale, le territoire français a perdu 2 267 MG en France entre 2015 et 2020. Le secteur couvert par la CHA est partiellement protégé de ce phénomène. En effet, en 2018, 151 MG était recensés dans les villes couvertes par la CHA. Ce chiffre est en légère augmentation depuis les 5 dernières années. Seules les villes de La Teste-de-Buch, Salles et Marcheprime ont chacune perdu un MG par ville sur la même période. C'est Parentis-en-Born et Biganos qui ont le plus vu leur offre augmenter, avec 3 praticiens supplémentaires. Cependant, cet accroissement en nombre de médecins ne permet qu'une stagnation de la densité médicale sur le canton de Gujan-Mestras, voire même une décroissance sur les cantons de La Teste-de-Buch et celui des grands lacs, avec une chute d'un point pour 10 000 habitants (24).

36,8% des MG de ce territoire sont des femmes. Ce chiffre a progressé de 10 points en 10 ans. La moyenne d'âge des MG est hétérogène. Elle est fonction de leur lieu d'exercice. En effet, les villes comme Arcachon, Mios, Salles, Ychoux ont plus de la moitié de leurs praticiens âgés de plus de 55 ans. La Teste-de-Buch, Marcheprime, Biscarrosse et Pissos, possèdent une répartition équilibrée des âges. Le reste des villes couvertes par le CHA ont une majorité de praticiens ayant moins de 55 ans (24).

Au cours des 5 dernières années nous observons une augmentation globale de l'activité moyenne par MG. Cela traduit une augmentation de la charge de travail pour les praticiens (24).

## 2.3 *La PDSA sur le Bassin d'Arcachon*

Le département de la Gironde est composé de 37 secteurs de garde lors des horaires de la PDSA, celui des Landes en compte 25 (dont 14 sont doublés en été). Le CHA est à cheval sur 10 secteurs de soins de PDSA recouvrant les 20 villes précédemment citées. En été, devant l'afflux touristique, le secteur d'Arcachon possède deux médecins au lieu d'un en hiver. De même, pour le secteur de Biscarrosse qui est doublé sur la saison estivale (28).

Actuellement, il n'existe pas de MMG active ou en projet sur le territoire du CHA. Cependant, dans les Landes, il existe un projet de MMG adossée à une Maison de santé pluridisciplinaire, à Mimizan. Elle pourra, à terme, intéresser une partie de la population landaise car plus proche géographiquement que le CHA (28).

Parmi les autres structures concourantes à la prise en charge ambulatoire de patients aux horaires de la PDSA, il existe une structure SOS Médecins à Biganos. Ce centre, situé au 85 avenue de la Côte d'argent, est accessible sur rendez-vous, sur appel téléphonique au 05 57 35 81 69 ou sur internet (44,45).

En dehors du cahier des charges de la PDSA, la ville d’Arcachon s’est organisée afin de répondre aux demandes croissantes de soins. Elle finance, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, l’ouverture d’un cabinet de consultation sur les horaires de la PDSA nommé *Arcachon Santé*. Celui-ci est indépendant de la PDSA, accessible sur les nuits profondes et au cours de certaines journées de grandes affluences, en dehors de la régulation du 15. Cette structure est réservée à la population résidant à Arcachon. Le médecin est joignable au 0 800 000 375. Il réalise en priorité des visites, mais lorsqu’il y a trop de demandes, les patients peuvent être reçus au cabinet situé 1 rue Albert à Arcachon. Après 7 mois d’ouverture, cette structure a fait ses preuves avec une quinzaine d’actes le week-end et un par jour en semaine. Ces chiffres sont augmentés durant la période de vacances scolaires (46-48).

Enfin, dans le département des Landes, l’ARS valide une expérimentation sur l’organisation des soins non programmés (hors horaires de la PDSA). Elle vise à répondre à un besoin de soins sur deux infra territoires (non cités dans le cahier des charges). Cette expérimentation s’inscrit dans la complémentarité entre l’organisation des soins non programmés et l’organisation de la PDSA (28). Il n’existe pas plus d’informations à propos du lieu ainsi que des modalités.

### 3 La consultation de médecine générale rattachée aux urgences du CHA

#### 3.1 *Les urgences du CHA*

Selon les chiffres de l’Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine (ORUNA), les urgences du CHA ont vu leur nombre de passages augmenter de 33 028 en 2017 à 36 745 en 2019, soit 11 % d’augmentation. Nous observons une moyenne quotidienne à 100,7 passages en 2019 contre seulement 90 en 2017, avec 50% des entrées qui se font sur la PDSA. 29% des patients sont considérés comme « touristes » (résidant en dehors de la Nouvelle-Aquitaine), ce chiffre étant en nette croissance entre 2017 (12%) et 2019 (49,50).

De façon plus précise, le taux de retour à domicile est stable à 74%. Les durées moyennes de passages quant à elles sont en diminution : elles étaient de 4h37 en 2017 contre 3h32 en 2019 et ce, malgré l’augmentation globale du nombre d’entrées (49,50). Sur cette même période, l’équivalent temps plein (ETP) moyen annuel a augmenté de 11,79 à 14,55 pour les médecins urgentistes (MU) et de 24,4 à 25,5 pour les infirmiers diplômés d’état (IDE) (8).

Concernant les diagnostics, 59% sont médico-chirurgicaux et 35% traumatologiques. A propos de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) définissant la gravité des patients, 83% sont classés 1 et 2 en 2019 soit présentant un état stable (49-51).

### *3.2 L'histoire de la CMGRU au sein du centre hospitalier d'Arcachon*

La consultation de MG rattachée aux urgences du CHA a été mise en œuvre le 28 juin 2018.

C'est un projet qui a mis du temps à se réaliser. Son objectif principal est de répondre à la demande de soins de médecine générale sur les heures de la PDSA. Différentes propositions d'organisation avaient été explorées, notamment celle d'ouvrir une maison médicale de garde (MMG), faisant partie intégrante de la permanence des soins ambulatoires (PDSA). L'ouverture de cette dernière avait été refusée par les MG libéraux des 3 secteurs de garde (Arcachon, Gujan-Mestras/Le Teich, La Teste-de-Buch). Les raisons en étaient la taille des secteurs et la contrainte des visites. Devant la complexité de créer une véritable MMG, il a été décidé de mettre en place une consultation autonome sur les horaires de la PDSA.

Lors de sa phase d'expérimentation, au cours de l'été 2018, 800 consultations ont été réalisées. Cela a permis de réduire le délai d'attente du SAU d'une heure sur cette même période, actant la pérennisation de ce service, à partir de Septembre 2018 (52).

### *3.3 Le fonctionnement de la consultation*

Le bureau de la CMGRU se situe dans les locaux du CHA, à quelques dizaines de mètres du SAU (annexe 1). Il n'existe qu'une salle d'attente commune pour le SAU et la CMGRU. Tout le matériel nécessaire à la bonne réalisation de la petite traumatologie est disponible aux urgences en accès libre.

La CMGRU propose une prise en charge sur les horaires de la PDSA, mais ne fait pas partie de celle-ci sur le plan législatif. Elle est donc ouverte de 20 heures à minuit du lundi au vendredi, de 13 heures à minuit le samedi et de 9 heures à minuit le dimanche et les jours fériés. A noter qu'il existe depuis 2019 une exception pour l'été. Elle est ouverte tous les jours de 14 heures à minuit du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août pour s'adapter à la forte affluence estivale liée au tourisme.

De façon générale, une dizaine de médecins généralistes y participent toute l'année, sur la base du volontariat, en plus de leur activité ambulatoire de médecin installé ou remplaçant.

Le parcours du patient est organisé de la sorte : il commence par faire l'objet d'un enregistrement administratif systématique, similaire à toutes les personnes se présentant au service des urgences du CHA et ce, quelle que soit leur orientation secondaire. Il est ensuite reçu par l'IOA qui, à l'aide d'une grille d'orientation spécifique au CHA (annexe 2), catégorise le patient en fonction du motif de consultation, des paramètres vitaux et de l'échelle de douleur entre autres. Il est ensuite orienté vers le secteur « Urgences » ou vers le secteur

« MG ». Un patient adressé par un médecin pour deuxième avis ne doit pas être orienté vers la CMGRU.

Le logiciel utilisé pour la CMGRU reste le même qu'au SAU. Il s'agit de Terminal Urgence (TU). Une fois l'orientation faite par l'IOA, le patient apparaît sur le logiciel comme orienté « MG » pour le médecin généraliste.

Le MGU effectuant une garde à la CMGRU a un accès libre, illimité et gratuit au plateau technique (laboratoire et radiologie notamment) ainsi qu'au matériel diagnostique et thérapeutique (notamment pansement, immobilisation et suture). De même, il a la possibilité de demander des avis auprès des spécialistes du CHA. Le MGU n'a donc aucun matériel à acheter ou fournir.

La rémunération se fait à l'acte, selon le thésaurus de cotation des actes et des soins (53,54). Comme lors d'un passage aux urgences, le patient n'a pas d'avance de frais à réaliser et le MGU ne gère pas la partie administrative. Le CHA reverse tout ou partie des actes réalisés aux MGU. Initialement la rétrocession était de 100%. Elle est actuellement de 90% au-delà de 3 consultations. Les 10% restant sont considérés comme participation à l'entretien des locaux et l'utilisation du matériel.

## 4 Synthèse et problématique

L'affluence croissante aux urgences n'est plus à démontrer, et de multiples réponses ont été créées et imaginées pour essayer de s'adapter à cette hausse de la demande, avec notamment l'intégration de MG dans les SAU, ou via la création de MMG. De nombreuses thèses et études ont exploré leur mode de fonctionnement.

De façon plus locale, le territoire couvert par le CHA est vaste, et malgré une offre de soins hétérogène sur le plan de la MG, les acteurs ont su mettre en place différentes structures permettant d'augmenter l'offre de soins et faciliter l'accès à celle-ci.

En 2012, la Cour des comptes formule une recommandation visant à favoriser la mise en place de modes d'organisations internes aux urgences qui ont fait preuve d'efficacité comme la mise en place de circuits courts (12).

Ainsi la CMGRU présente au CHA est une nouvelle structure hybride, mêlant MG et plateau technique des SAU. Son objectif principal lors de sa création le 28 juin 2018, était de désengorger le SAU du CHA sur les horaires de fermeture des cabinets de MG en ville.

Cette jeune structure n'a jamais été évaluée.

Quelle est l'activité de la CMGRU ?

L'objectif principal de ce travail est de décrire l'activité de la CMGRU au sein du CHA afin de participer à son évaluation puis d'explorer le ressenti des principaux acteurs afin de conclure avec de potentiels axes d'amélioration.

## Matériel et méthode

### 1 Etude 1 – Evaluation de la CMGRU

#### 1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective, basée sur l'analyse des consultations réalisées par les médecins de la CMGRU sur une période de 18 mois, du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 décembre 2019.

#### 1.2 Population étudiée

Nous avons pris pour seul critère d'inclusion, tous les patients enregistrés et pris en charge par la CMGRU du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 décembre 2019. Il n'y a pas de critère d'exclusion.

#### 1.3 Recueil

Le recueil de données a été réalisé de façon rétrospective de janvier à mars 2020, en opérant une extraction de la base de données du logiciel utilisé dans le service : Terminal Urgence® (TU). Certaines données n'étant pas accessibles de manière automatique, il a donc fallu reprendre chaque dossier afin de recueillir plus d'informations. Cette analyse individuelle des dossiers a permis d'extraire : le nombre de passage total, la présence ou non de passage antérieur ainsi que leur nombre et délai (supérieur ou inférieur à 6 mois), la prescription d'examens complémentaires, d'actes de soins et de médicaments, ainsi que la demande d'avis spécialisé(s). Enfin, il fallait savoir si les patients étaient adressés ou non aux urgences, par qui et par quels moyens. Les données ont été retranscrites seulement lorsqu'elles figuraient dans le dossier via une prescription ou lorsqu'elles étaient écrites dans l'observation. L'ensemble de ce recueil a été anonymisé et classé dans un tableur Excel®.

#### 1.4 Objectif et données analysées

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la population prise en charge ainsi que les pratiques de la CMGRU.

Nous avons décidé d'évaluer 18 critères :

- Données sociodémographiques : sexe, âge, et lieu de vie.
- Dates de PEC.
- En amont des urgences : mode de transport, type d'orientation et passages antérieurs.
- Aux urgences : délai d'attente avant prise en charge par l'IOA puis par le MGU, examens complémentaires, réalisation d'actes thérapeutiques, prescriptions de

médicaments, demande d'avis spécialisés, diagnostics finaux, et la classification CCMU.

- En aval des urgences : La durée totale de prise en charge, l'orientation finale et les consultations itératives.

Les patients n'appartenant pas au territoire du CHA sont considérés comme « hors secteur ».

### *1.5 Exploitation des données*

Tous les dossiers ont subi une double relecture. La première a été réalisée en dehors du cadre de la thèse afin de corriger les éventuelles erreurs de cotations d'actes et de diagnostics. La seconde a eu lieu au cours de la thèse afin d'identifier et extraire les données manquantes.

Les diagnostics sont ceux codés par les médecins à la fin de la prise en charge. Ils sont basés sur le thesaurus de la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) (55).

L'analyse de données s'est faite à l'aide d'un tableau Excel®. Les tableaux et figures ont été réalisés grâce à ce même logiciel.

### *1.6 Mesures éthiques et réglementaires*

L'auteur de cette thèse travaillant au sein du CHA au cours du recueil et de la rédaction, la déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était déjà faite pour le logiciel TU. Toutes les données ont été anonymisées au cours du recueil.

## **2 Etude 2 - Enquête de satisfaction**

### *2.1 Type d'étude*

Il s'agit d'une enquête de satisfaction, observationnelle, descriptive et transversale conduite au sein du CHA et dans les villes couvertes par celui-ci.

### *2.2 Population de l'étude et diffusion des questionnaires*

Au total quatre populations de professionnels de santé ont été interrogées :

- Les médecins généralistes travaillant à la CMGRU (MGU) ont été interrogés à l'aide de questionnaires en ligne réalisés sur Google Doc®. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Le lien du questionnaire a été envoyé le 13 mai 2020 sur le groupe WhatsApp® comportant les 10 médecins effecteurs de la CMGRU. Aucune relance n'a été réalisée, l'ensemble des MGU ayant répondu dès le premier envoi.

- Les médecins urgentistes (MU) ont été interrogés à l'aide de questionnaires au format papier. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Les formulaires ont été distribués du 5 au 28 mai 2020. Nous avons eu 100% de réponses avec 15 retours.
- Les Infirmiers d'Organisation de l'Accueil (IOA) ont été interrogés à l'aide de questionnaires au format papier. Le critère d'inclusion était d'être au poste d'IOA de façon régulière. Il n'y avait pas de critère d'exclusion. Les formulaires ont été distribués du 5 au 28 mai 2020. Toutes les personnes interrogées ont répondu avec 23 retours.
- Les médecins généralistes installés en ville (MGA) sur le territoire de prise en charge du CHA ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire en ligne réalisé sur Google Doc®. Afin de connaître la liste exhaustive des médecins installés, nous avons fait une recherche sur le répertoire du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), pour chaque ville concernée (56). Cent soixante-six médecins généralistes sont répertoriés sur le territoire. Le seul critère d'exclusion était l'arrêt de la pratique de la médecine générale dans son activité quotidienne. Nous avons exclu au total 11 praticiens : deux acupuncteurs, deux homéopathes, deux médecins esthétiques, un nutritionniste, un échographe et trois angiologues. Une fois cette liste établie, nous avons pu récupérer les mails d'une partie des MGA grâce à la liste des contacts ambulatoires de ville. Pour ceux dont le mail ne figurait pas sur ce document, nous les avons contactés par téléphone afin d'obtenir leur adresse électronique. Un MG a refusé de participer et 14 autres n'ont pu être contacté (pas de réponse lors des appels). Au total, 140 praticiens ont été interrogés par mail. Le lien du questionnaire a été envoyé le 18 mai 2020, deux relances ont été effectuées les 8 et 29 juin 2020. Quarante-trois MGA ont répondu au questionnaire.

### *2.3 Elaboration du questionnaire*

Une première version de chaque questionnaire a été réalisée et adaptée à chaque population interrogée. Il se voulait simple et court, afin d'avoir un maximum de réponses. Ils ont été élaborés à l'aide de questionnaires d'autres thèses explorant des sujets de la MMG (57–59). Ils se constituent de questions fermées à réponses simples ou multiples.

Chaque questionnaire a ensuite été présenté à un échantillon test. Pour chaque population, un individu a pu répondre au questionnaire et faire des propositions d'amélioration. Il y a eu une bonne compréhension globale et aucune modification n'a été nécessaire.

Chaque questionnaire était précédé d'un texte explicatif du sujet de thèse, similaire pour chaque population (Annexe 3).

## 2.4 *Recueil de données*

### 2.4.1 *Les MG exerçant à la CMGRU (MGU)*

L'objectif de ce questionnaire est de connaître le point de vue des MGU, principaux effecteurs de la CMGRU. La première partie du questionnaire interroge les données démographiques (âge, sexe, mode d'exercice associé, la durée d'exercice à la CMGRU). La seconde explore les modes de pratiques au sein de la structure, les raisons de celles-ci, et la modification éventuelle des habitudes des MGU. Enfin, il leur a été demandé d'évaluer leur degré de satisfaction, et les axes d'amélioration potentiels (Annexe 4).

### 2.4.2 *Les Médecins Urgentistes (MU)*

L'objectif de ce questionnaire est de connaître le point de vue des MU, principaux acteurs des urgences. La première partie du questionnaire interroge les données sociodémographiques (âge et sexe) ainsi que les données propres à la formation et l'ancienneté de chacun. Par la suite, la pratique du professionnel par rapport à l'orientation des patients, ainsi que leur modification des pratiques a été explorée. Enfin, il leur a été demandé d'évaluer leur degré de satisfaction, et les axes d'amélioration potentiels (Annexe 5).

### 2.4.3 *Les Infirmiers d'Organisation de l'Accueil (IOA)*

L'objectif de ce questionnaire est de connaître le point de vue des IOA, premiers effecteurs de l'organisation de la CMGRU, effectuant l'orientation initiale des patients. La première partie du questionnaire interroge les données sociodémographiques (âge et sexe) ainsi que les données propres à la formation et l'ancienneté de chacun. Ensuite ils devaient évaluer leur pratique par rapport à l'orientation des patients. Enfin, il leur a été demandé d'évaluer leur degré de satisfaction, et les axes d'amélioration potentiels (Annexe 6).

### 2.4.4 *Les MG exerçant en ville (MGA)*

L'objectif de ce questionnaire est de connaître le point de vue des MGA, principaux effecteurs de la PDSA. La première partie du questionnaire explore les données sociodémographiques comme le lieu, le mode et la durée d'exercice ainsi que l'âge et le sexe, de chaque praticien. Il leur était également demandé le nombre de gardes réalisées en ville, au cours de la PDSA. Les deuxième et troisième parties explorent leur connaissance de la CMGRU à l'aide de questions fermées puis ouvertes (Annexe 7).

## *2.5 Données analysées, critères de jugement*

L'objectif principal de cette partie est d'évaluer les connaissances, l'avis ainsi que le degré de satisfaction des différents acteurs : MGU, MU, IOA et MGA.

L'objectif secondaire est d'explorer les pistes d'amélioration de la CMGRU.

## *2.6 Analyse des questionnaires/présentation des résultats*

L'analyse de données s'est faite par le biais d'un tableau Excel<sup>®</sup>. Les tableaux et figures ont été réalisés à l'aide d'un tableur Excel<sup>®</sup>.

## Résultats

### 1 Etude 1 – Evaluation de la CMGRU

Au total la CMGRU a pris en charge 7513 patients au cours des 18 premiers mois de fonctionnement.

#### 1.1 Données sociodémographiques

##### 1.1.1 Sexe (n=7513)

Il n'y a pas de genre marqué parmi les patients consultant à la CMGRU : la population est homogène avec 3763 passages masculins et 3750 passages féminins.

##### 1.1.2 Age (n=7513)

L'âge moyen rencontré est de 28,8 ans. Les âges des patients vont de 3 jours à 99 ans.

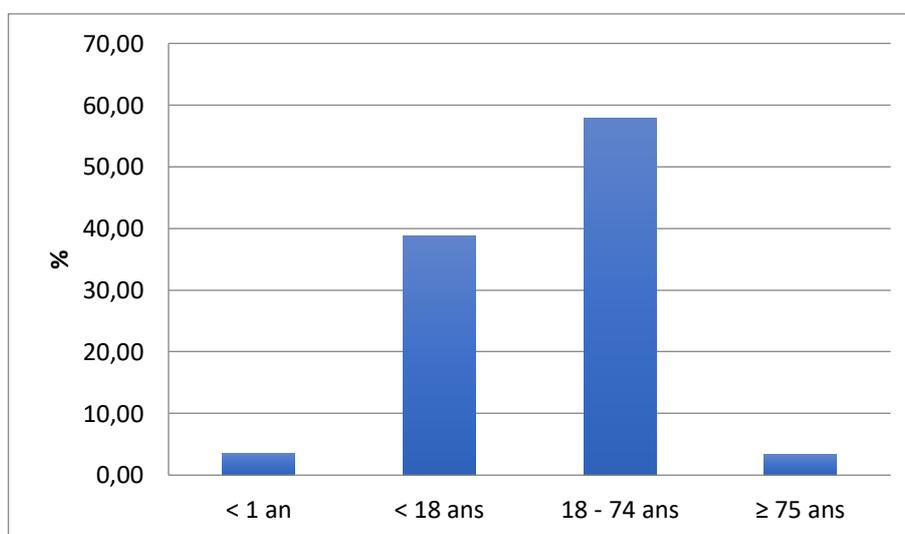
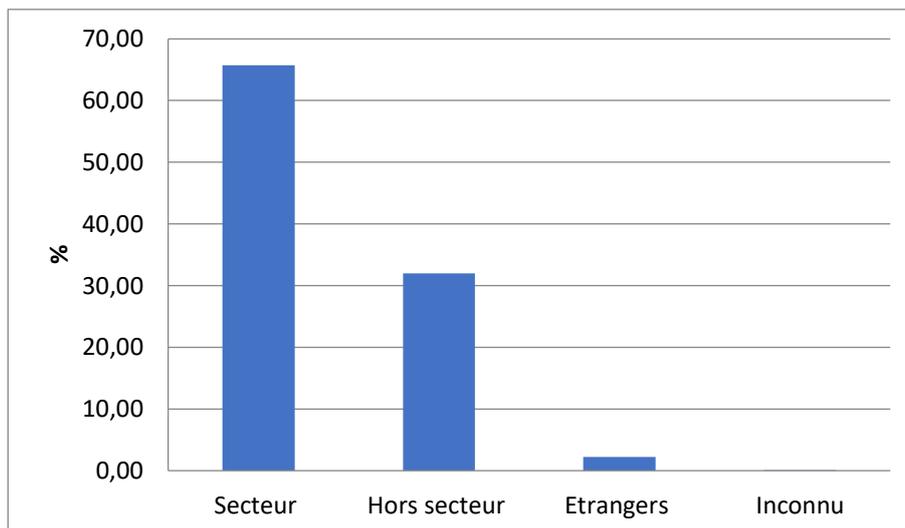


Figure 1 - Répartition en fonction de l'âge

Les âges extrêmes représentent un peu plus de 6% de la population vue, avec 270 nourrissons de moins de 1 an et 251 personnes âgées de plus de 75 ans. La population mineure concerne 39% des consultations de la CMGRU avec 2917 passages. Enfin, les patients ayant entre 18 et 74 ans constituent 58% des entrées avec 4345 personnes.

##### 1.1.3 Lieu de vie (n=7513)

Les patients vivant dans le secteur couvert par le CHA représentent 66% des passages avec un total de 5104.



*Figure 2 - Répartition en fonction du lieu d'habitation*

Ceux habitants, en dehors du secteur du CHA constituent 34% des passages : 32% concernent la population française et 2% sont des étrangers, avec respectivement 2239 et 169 visites.

Les pays les plus représentés sont l'Allemagne avec 20% et l'Angleterre avec 19% des populations étrangères.

A noter qu'un patient a un lieu de vie inconnu.

### *1.2 Date de prise en charge (n=7513)*

En basse saison, soit de septembre à juin, la moyenne du nombre de prises en charge lors d'une garde de semaine (de lundi à vendredi) est de 7. Le samedi, la moyenne est de 22 et 26 pour le dimanche. Les jours de week-end accueillent à eux seuls un peu plus de 50% du nombre total de passages. Cependant, le nombre de patients vus, rapporté au nombre d'heures d'ouverture est stable, avec une moyenne de 1.75 pour chaque jour en dehors du samedi qui est de 2.

En saison estivale (juillet et août), la moyenne du nombre de prises en charge lors d'une garde de semaine (de lundi à vendredi) est de 20. Le samedi, la moyenne est de 36 et 39 pour le dimanche. Le nombre de patients vus, rapporté au nombre d'heures d'ouverture est stable, avec une moyenne de 2 pour chaque jour en dehors du week-end qui est de 3.

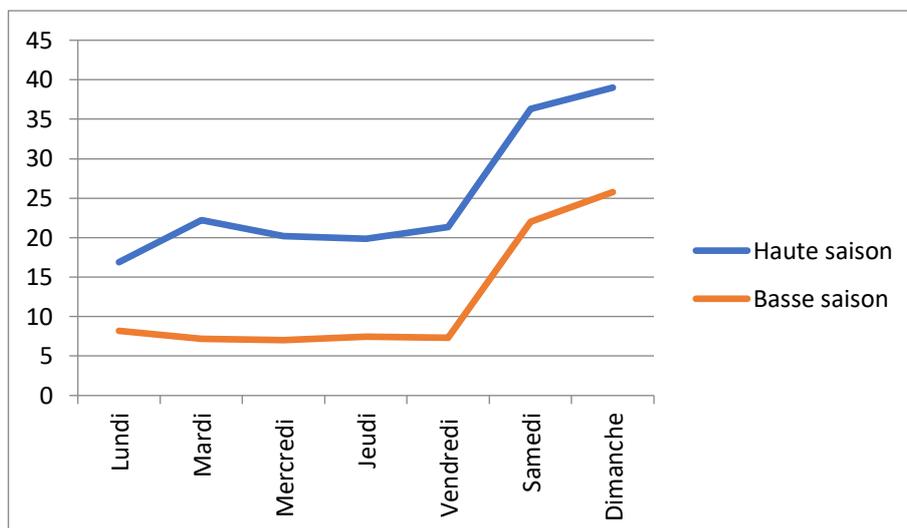


Figure 3 - Répartition en fonction du nombre moyen de passages par jour au cours de la basse et de la haute saison

Le nombre de passages mensuels minimum est observé en novembre 2018, avec 270 entrées. Le maximum de passages a eu lieu en août 2019 avec un total de 794 entrées.

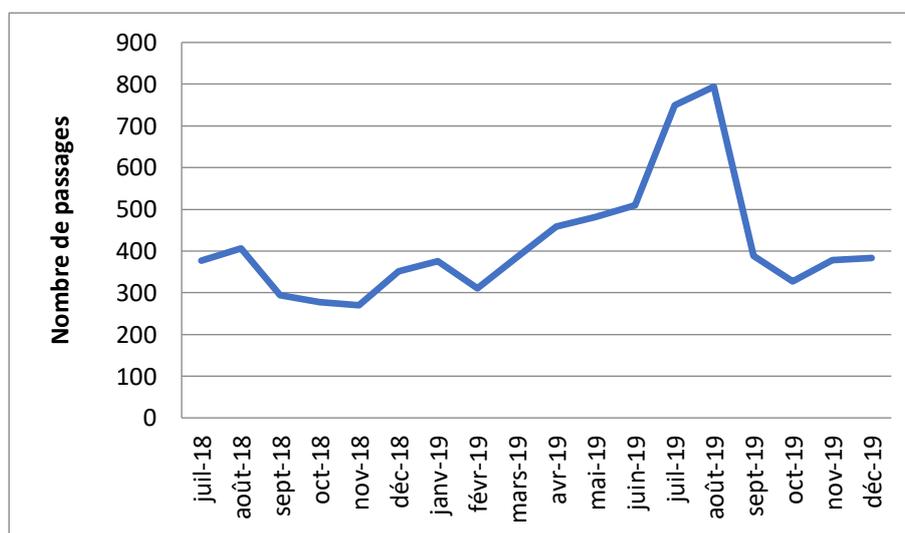


Figure 4 - Répartition en fonction du nombre de passage par mois

La CMGRU a été exceptionnellement fermée pour cause de manque de volontaires le week-end du 21-22 juillet 2018. Il y a eu deux ouvertures au cours desquelles aucun patient n'a été vu : il s'agit des 19 et 25 septembre 2018.

### 1.3 En amont des urgences

#### 1.3.1 Mode de transport (n=7513)

La très grande majorité des patients vus à la CMGRU arrive aux urgences par leur propre moyen. Cela représente 95% de la population, soit 7102 passages. Les patients arrivant avec les pompiers ou en ambulance privée constituent 5% des entrées.

Cinq données sont inconnues et correspondent à des patients partis sans attendre et n'ayant pas été vus par l'IOA.

#### 1.3.2 Type d'orientation préhospitalière (n=54)

Seuls 54 patients sont adressés par un professionnel de santé aux urgences, puis vus à la CMGRU. Cela concerne moins de 1% de la population totale. Les patients orientés par leur médecin de ville (traitant ou remplaçant) sont au nombre de 37, 25 pour un motif de traumatologie et 12 pour un motif médical. Des avis spécialisés ont été demandés pour 3 d'autres eux, auprès d'un pédiatre, d'un chirurgien orthopédique et d'un interne des brûlés.

Six patients sont venus après un appel auprès du 15, cinq sont orientés par SOS Médecins et trois par le médecin de garde. De façon épisodique, un patient est orienté par son ostéopathe, un par la radiologie du CHA, enfin, un patient a été reconvoqué.

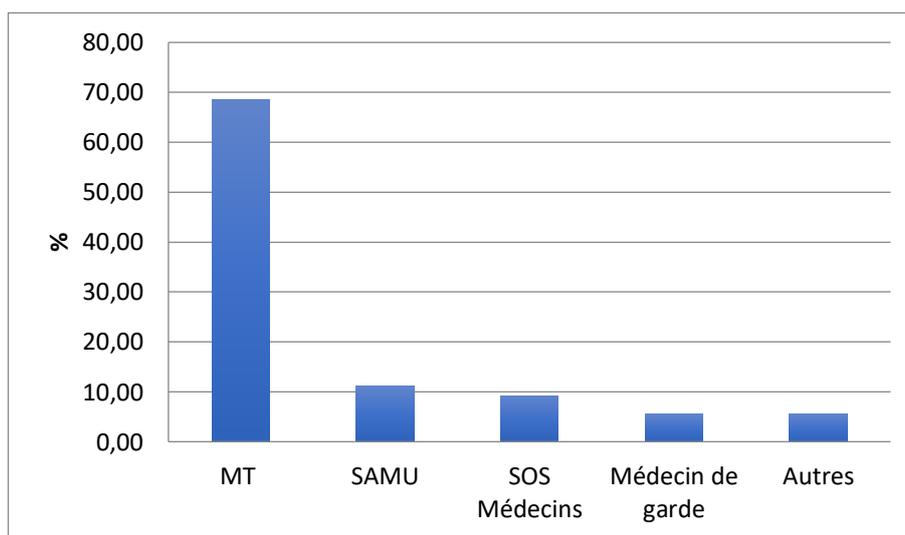


Figure 5 - Répartition en fonction du type d'orientation pré hospitalier

### 1.3.3 Passages antérieurs (n=2657)

Un peu plus d'un tiers de la population rencontrée à la CMGRU est déjà venue aux urgences au moins une fois. Parmi ces patients, la grande majorité est locale, avec 2362 passages, soit 88% d'entre eux. Il y a 286 touristes déjà venus plusieurs fois aux urgences, soit 11% des patients avec plusieurs passages. Enfin moins de 1% (10 passages) sont des étrangers.

Pour 62% des patients ayant déjà consulté, leur dernière visite date de plus de 6 mois.

La moyenne du nombre de passages total aux urgences est de 2, pour une médiane à 1.

## 1.4 Aux urgences

### 1.4.1 Durée avant la prise en charge de l'IOA (n=7509)

La durée moyenne d'attente avant d'être évalué par l'IOA (soit entre l'enregistrement administratif et la prise en charge par l'IOA) est de 24 minutes et 56 secondes. La médiane est de 15 minutes et 13 secondes.

La durée minimum d'attente est de zéro minute. Les patients concernés sont alors vus en même temps que leur enregistrement administratif. Il arrive parfois qu'ils soient évalués avant de voir l'agent administratif. La durée d'attente la plus longue observée est de 7 heures et 19 minutes en février 2019. Quatre personnes sont parties sans attendre, avant d'être évalué par l'IOA.

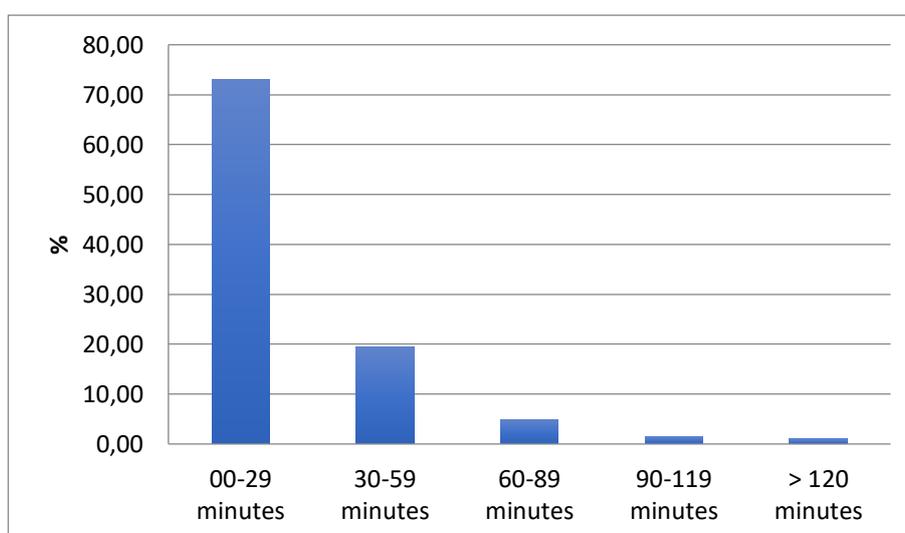


Figure 6 - Répartition en fonction du temps avant la prise en charge par l'IOA

La majorité des patients sont évalués par l'IOA dans la première demi-heure suivant leur arrivée, cela représente 73% des passages. Ce chiffre monte à 92% de personnes vues dans l'heure. Trois dossiers ont un délai de PEC de plus de 4 heures avant de voir l'IOA.

#### 1.4.2 Durée avant la prise en charge par le MGU (n=7358)

La durée moyenne d'attente avant d'être évalué par le médecin généraliste aux urgences est de 1 heure et 14 minutes. La médiane est de 1 heure et 4 minutes.

La durée minimum d'attente est de quelques secondes, le patient est alors vu en même temps que l'IOA ou même avant celle-ci, cela concerne 3 dossiers. Le délai le plus long avant de voir le médecin est de 7 heures et 45 minutes. Il s'agit du même dossier que celui évoqué ci-dessus dans la partie IOA.

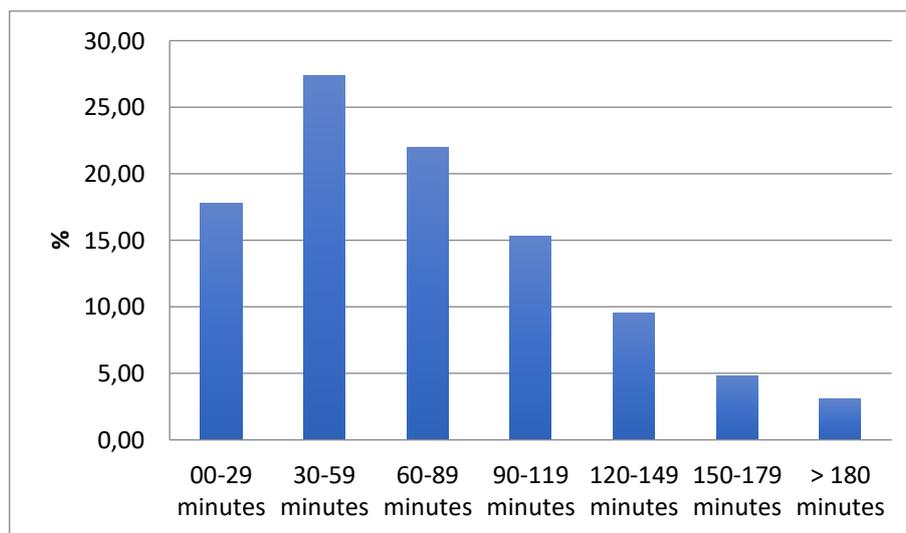


Figure 7 - Répartition en fonction du temps avant la prise en charge par le MGU

Quasiment la moitié des patients (45%) sont vus par le médecin dans l'heure qui suit leur arrivée. La majorité (92%) est vue dans les 2 heures et demie suivant leur enregistrement administratif. Quatre patients ont attendu plus de 7 heures avant de voir le médecin, dont trois le 22 mars 2019.

Les patients partis sans voir le médecin, mais après avoir été évalués par l'IOA sont au nombre de 155.

### 1.4.3 Examens complémentaires (n=3901)

Au total 3901 actes diagnostiques ont été réalisés. Ils sont répartis comme suit :

- 2753 actes d'imageries avec 2640 radiographies, 96 scanners et 17 échographies (7 par un radiologue, 10 par le MGU),
- 617 examens urinaires (BU et ECBU),
- 222 bilans sanguins,
- 91 électrocardiogrammes (ECG),
- 136 Tétanos Quick Test (TQS),
- 47 streptatests.

De façon plus épisodique, 7 coprocultures ont été réalisées, 12 écouvillons, 14 prélèvements vaginaux (PV) ainsi qu'une recherche d'hypotension orthostatique et une antigénurie.

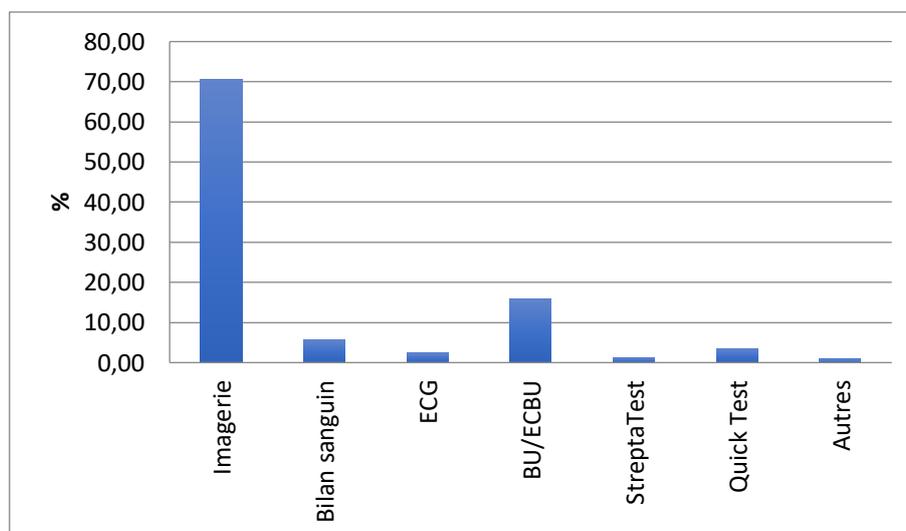


Figure 8 - Répartition en fonction des actes diagnostiques réalisés

### 1.4.4 Actes thérapeutiques (n=1777)

Concernant les actes thérapeutiques, 1777 ont été réalisés. Les plus fréquents sont les immobilisations avec 755 gestes. La réalisation de sutures arrive en seconde position avec 622 prestations, puis les pansements (216), l'ablation de corps étrangers (106) et l'incision d'abcès (44).

De manière plus épisodique, 34 actes « autres » ont été réalisés, parmi lesquels sont retrouvés : ablation d'ongle et de plâtre, réalisation d'aérosol, soins de stomie, tamponnement nasal et enfin réalisation de lavement et réduction de fracture et/ou luxation.

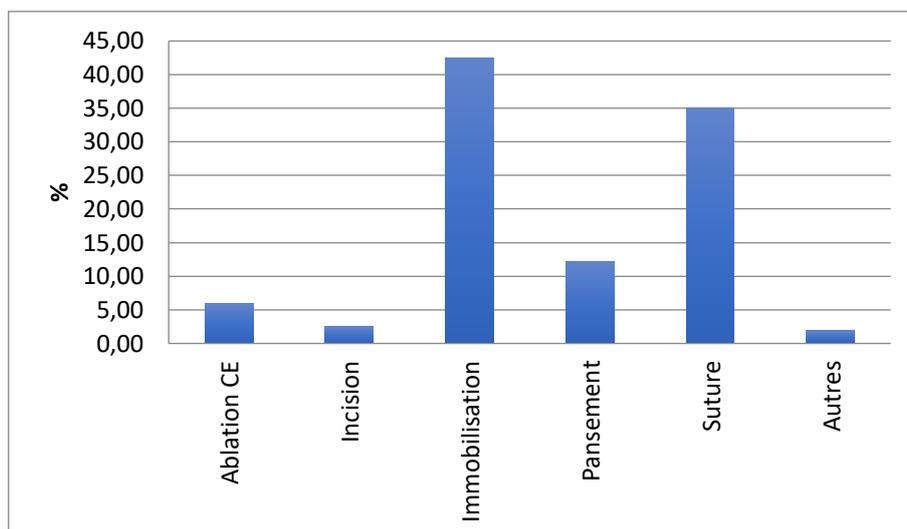


Figure 9 - Répartition en fonction des actes thérapeutiques réalisés

#### 1.4.5 Médicaments (n=2197)

Un peu moins d'un tiers des patients rencontrés à la CMGRU ont bénéficié de prescriptions médicamenteuses.

La classe des antalgiques/AINS est très largement représentée avec 79% des médicaments distribués.

Dans cette catégorie, les antalgiques de palier 1 constituent 84% des antidouleurs. Nous retrouvons ensuite par ordre de fréquence décroissant les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antalgiques de palier 3 puis de palier 2. Par ailleurs, 164 patients ont reçu de la glace, 7 du MEOPA® et 13 du méthoxyflurane (PENTHROX®).

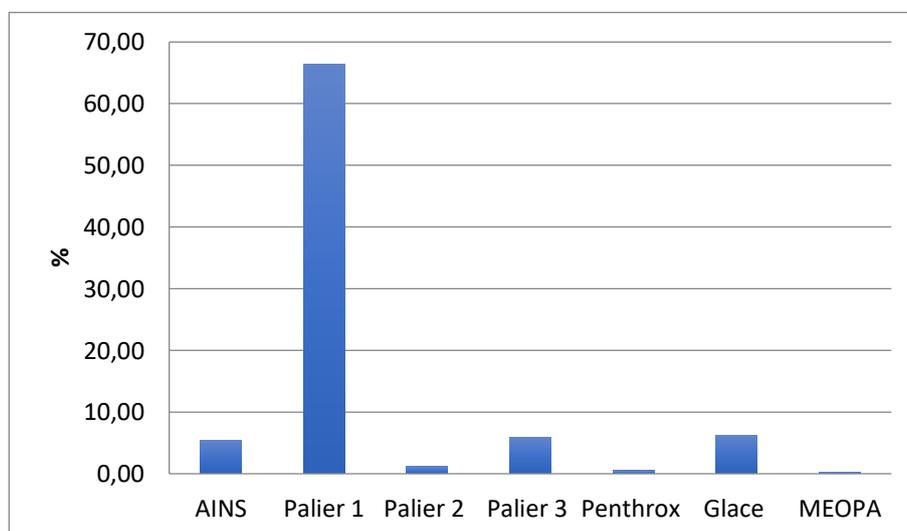


Figure 10 - Répartition en fonction des antalgiques prescrits

Des traitements symptomatiques digestifs sont prescrits 55 fois. Ils comprennent : phloroglucinol, trimébutine, métopimazine, ésoméprazole. Des antibiotiques sont administrés 34 fois, et les traitements à visée antihistaminique 58 fois.

Vingt et un patients ont bénéficié d'hydratation par perfusion.

#### 1.4.6 Avis spécialisés (n=352)

Au total, 352 avis ont été demandés à des spécialistes pour 346 patients, soit 5% des consultations. Toutes les spécialités sont concernées, mais trois d'entre elles reviennent de façon plus régulière. En effet, 56% des avis sont pris auprès des chirurgiens orthopédiques, 16% auprès des pédiatres et 7% auprès des gynécologues.

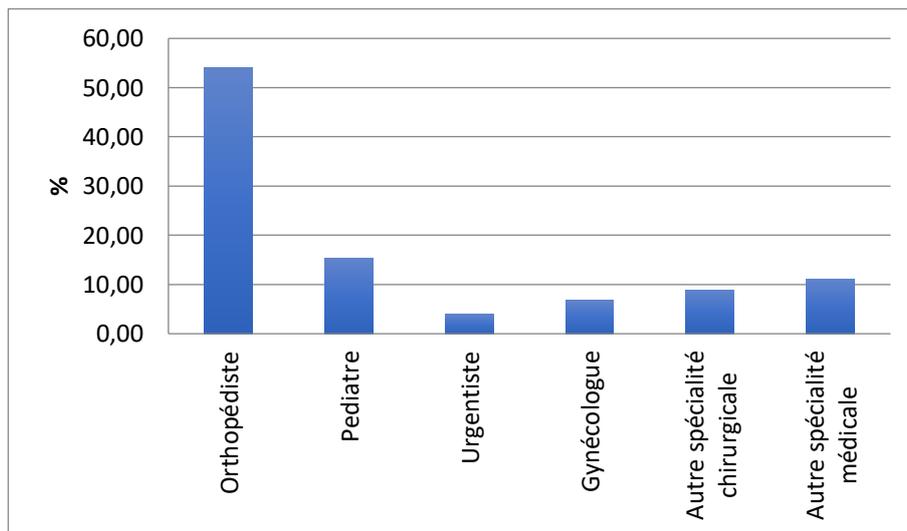


Figure 11 - Répartition en fonction des avis spécialisés demandés

#### 1.4.7 Diagnostics finaux (n=7358)

Les diagnostics traumatologiques (3944) sont plus fréquents que les médicaux (3414). A noter qu'il y a 155 dossiers sans diagnostics correspondant aux « partis sans attendre ».

Tableau 1 - Les vingt diagnostics les plus fréquents

		Nombre
1	Entorse de la cheville	423
2	TC - TCPCI - TCPC	231
3	Contusion du poignet / de la main, SP	192
4	Plaie de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	158
5	Contusion du genou	157
6	Plaie tête, SP	156
7	Contusion autre partie du Pied, SP	152
8	Cystite aiguë (documentée)	151
9	Otite moyenne aiguë	147
10	Lésion traumatique superficielle, partie NP	142
11	Douleurs abdominales, autres, SP	125
12	Entorse des ligaments latéraux du genou	120
13	Contusion du coude	115
14	Rhinopharyngite	103
15	Contusion de(s) doigt(s) sans lésion de l'ongle	99
16	Entorse et foulure de doigt(s)	93
17	Constipation	92
18	Contusion de l'épaule / du bras	91
19	Otite externe aiguë	90
20	Angine / Pharyngite, SP + Lombalgie basse, région lombaire + Fracture du radius (extrémité inf) /fermé	89

Les diagnostics de traumatologie concernent 54% des passages, avec un quart de ceux-ci qui sont des contusions. Nous retrouvons ensuite les entorses, toutes articulations confondues (17% des diagnostics de traumatologie), les plaies (15%) et les fractures (14%).

Les diagnostics à caractères médicaux constituent 46% des entrées. Toutes atteintes médicales confondues, ce sont les causes ORL qui sont les plus représentées (11%) devant la rhumatologie (8%) et le système digestif (7%).

Enfin, huit diagnostics sont catégorisés « intoxication ». Ils comprennent trois intoxications alimentaires, une ivresse aiguë, une piqûre d'insecte, deux intoxications médicamenteuses et enfin une non catégorisée. Cela représente moins de 1% des passages.

#### 1.4.8 CCMU (n= 7358) (Annexe 8)

La très grande majorité des consultations sont codées CCMU 1 ou 2. Cela représente 98% des passages. Seules 3 consultations sont codées CCMU 3. Il s'agit de 3 patients ayant nécessité une hospitalisation ou un transfert pour atteinte cardiologique non déterminée, convulsions et diverticulite.

Enfin, 155 patients sont partis sans attendre ce qui représente 2% de la population. Ils n'ont donc pas de codage CCMU.

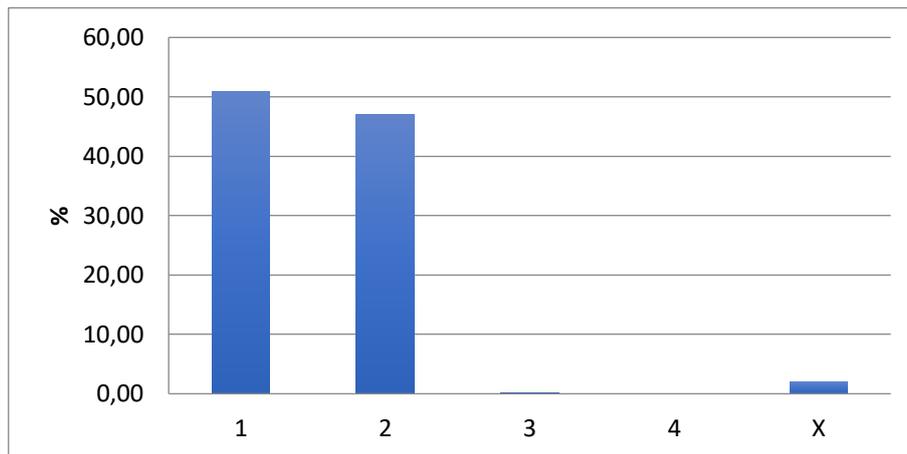


Figure 12 - Répartition en fonction de la cotation CCMU

## 1.5 En aval des urgences

### 1.5.1 Durée totale de prise en charge (n=7358)

La durée moyenne de prise en charge totale est de 1 heure et 55 minutes. La médiane est de 1 heure et 43 minutes.

La durée minimum de PEC est de 1 minute. Le délai le plus long est de 15 heures et 10 minutes, le patient a été gardé en « Urg suivi » (soit en surveillance aux urgences). La majorité des patients, 60%, sont sortis en moins de 2 heures.

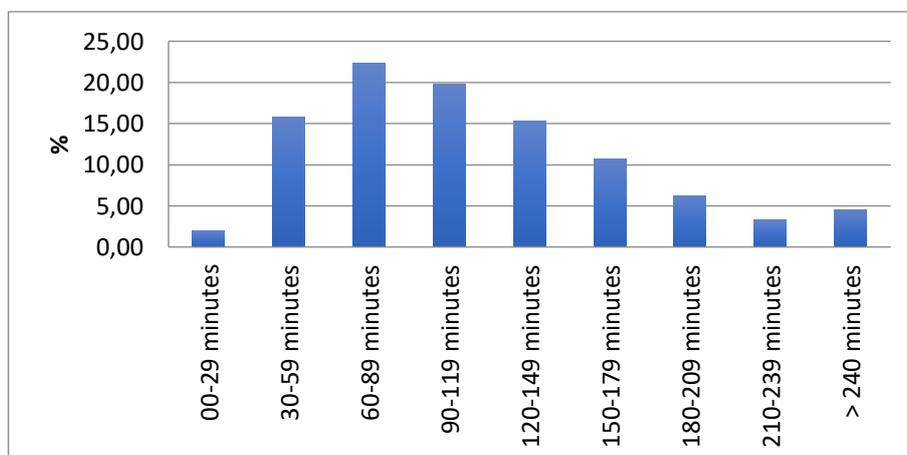


Figure 13 - Répartition en fonction du temps de prise en charge total

De manière plus précise, l'étude met en évidence une durée d'attente allongée pour les personnes nécessitant une hospitalisation. En effet, la moitié des patients attend plus de 3 heures et demie, avant de pouvoir être hospitalisé dans un service du CHA. La durée d'attente minimum est d'une heure dans ce contexte.

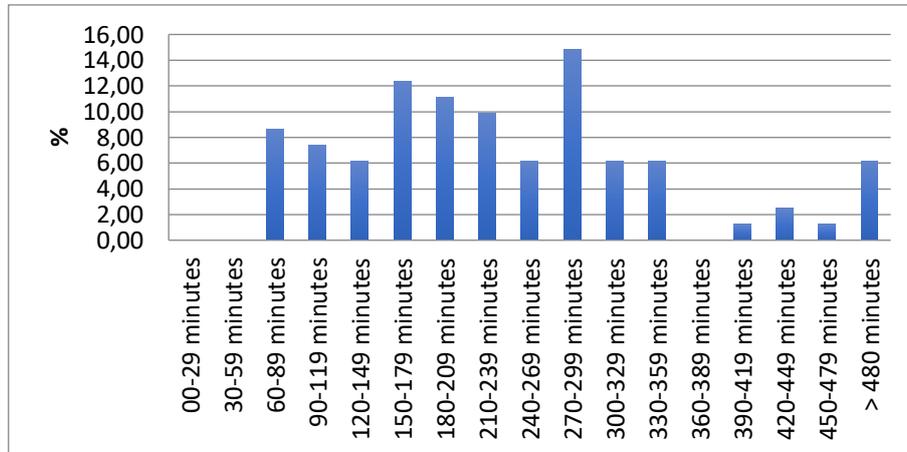


Figure 14 - Répartition en fonction du temps de prise en charge avant hospitalisation (n=78)

La moitié des patients sortis sans examen complémentaire ont attendu moins de 1 heure et demie, alors que cette durée augmente à 2 heures pour les patients en ayant reçu.

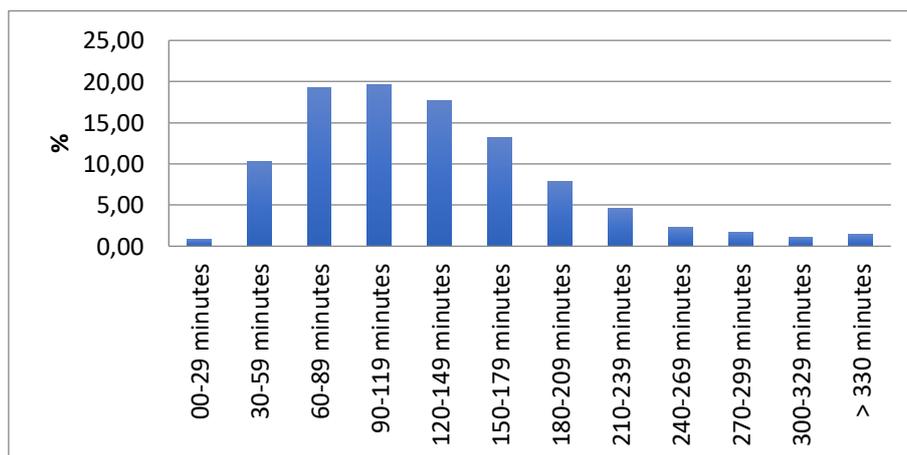


Figure 15 - Répartition en fonction du temps de PEC globale AVEC réalisation d'examen complémentaire

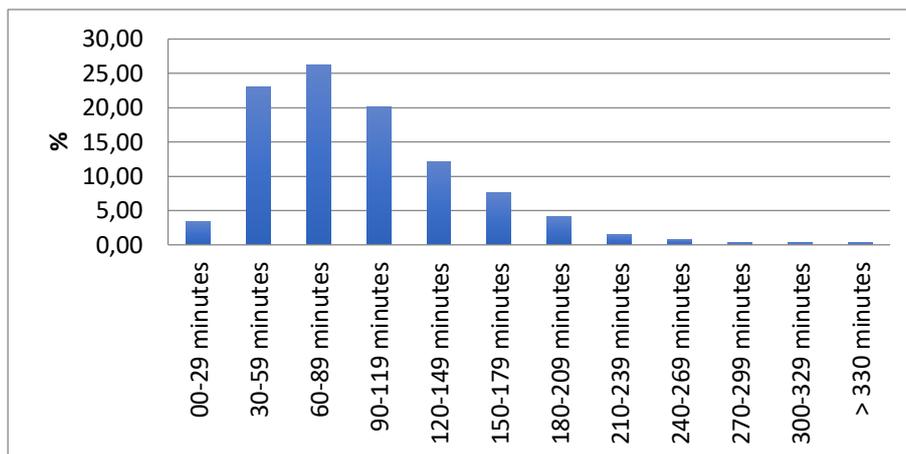


Figure 16 - Répartition en fonction du temps de PEC globale SANS réalisation d'examen complémentaire

### 1.5.2 Orientation finale (n=7358)

La majorité des patients rentre à domicile. Ils sont 7258 à sortir de l'hôpital après leur consultation à la CMGRU soit 97% de la population totale. Les partis sans attendre sont au nombre de 155, soit 2% des passages.

Une hospitalisation a été nécessaire pour 78 patients. Elles sont réalisées majoritairement en pédiatrie, pour 39 enfants et en chirurgie orthopédique pour 17 adultes. Concernant les autres secteurs d'hospitalisation, il y en a eu 5 en gynécologie et en unité d'hospitalisation de courte durée, 3 en chirurgie vasculaire, 3 en chirurgie viscérale, une en gériatrie, neurologie, médecine interne et une à la clinique d'Arcachon. Deux patients ont été gardés en « Urg suivi », c'est à dire qu'ils ont bénéficié d'une surveillance rapprochée dans le service des urgences, avant de pouvoir sortir pour l'un et être transféré à Haut-Lévêque pour l'autre.

Nous observons 18 transferts : 12 pour Pellegrin, 2 pour la clinique Saint-Martin, 1 pour la clinique d'Arcachon, 2 pour Charles Perrens et enfin 1 pour la clinique de Bordeaux Nord.

Enfin, 4 patients sont sortis contre avis médical, 2 ont fugué, et 2 ont été réorientés avant d'être vus par le MGU.

### 1.5.3 Consultations itératives (n=129)

Une minorité de patients consulte une seconde fois pour le même motif à la CMGRU ou aux urgences. Ils sont 129 sur les 18 mois de l'étude. Cela représente moins de 2% de la population.

La grande majorité d'entre eux revient entre 24 et 72h plus tard : 77 dans les 24 heures, 21 dans les 48 heures et 14 dans les 3 jours. 5 patients sont revenus en moins de 24 heures.

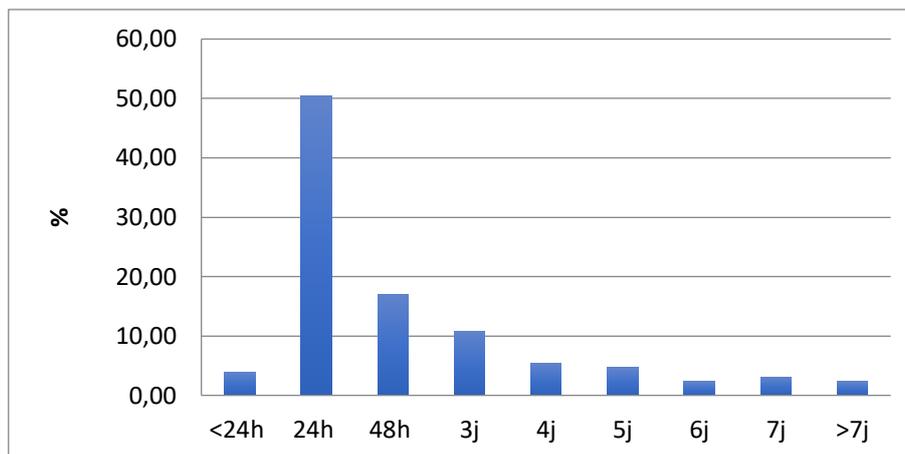


Figure 17 - Répartition en fonction du délai de la nouvelle consultation

## 1.6 Cas particulier : Eté 2019

### 1.6.1 Population rencontrée (n=1544)

Contrairement aux résultats globaux suscités, les femmes ont été un peu plus nombreuses avec 52% des passages. La moyenne d'âge est un peu plus élevée (30 ans), alors que la médiane est quant à elle inchangée (24 ans).

Concernant les lieux de vie, plus de la moitié des patients ne sont pas originaires du secteur habituel du CHA. Nous observons quasiment 5% d'étrangers.

### 1.6.2 Dates de prise en charge (n=1544)

Au total, 1544 patients sont pris en charge du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août 2019. Cela représente 21% de la population vue au cours des 18 premiers mois de fonctionnement. En juillet, 750 passages sont enregistrés et 794 en août.

La moyenne de patients vus du lundi au vendredi est de 20. La moyenne du samedi est de 35 et celle du dimanche est de 39.

### 1.6.3 Aux urgences (n=1544)

La répartition des diagnostics est en faveur de la traumatologie avec 871 passages (58%) pour 641 consultations de médecine (42%). Trente-deux dossiers ne comportent pas de diagnostics, ils correspondent aux patients « partis sans attendre ».

Concernant la classification CCMU, 770 passages sont codés « 1 » et 742 sont codés « 2 ».

Comme le reste de l'année, la grande majorité des patients rentre à domicile après la consultation. Ils sont au nombre de 1503, soit 97% de la population. Seuls 8 patients sont

hospitalisés : 3 en pédiatrie, 2 en chirurgie orthopédique, 1 en UHCD, 1 en chirurgie vasculaire et 1 en neurologie. Un patient a nécessité un transfert à Pellegrin. Les partis sans attendre sont au nombre de 32, soit 2% de la population estivale.

#### 1.6.4 Durée de prise en charge (n=1544)

La durée moyenne de prise en charge globale est de 1 heure et 57 minutes. La médiane est de 1 heure et 53 minutes.

La durée minimum d'attente est d'une minute. Le délai de PEC le plus long est de 7 heures et 15 minutes.

## 2 Etude 2 – Enquête de satisfaction

### 2.1 Questionnaire distribué aux MG exerçant à la CMGRU - MGU

Au total, 10 questionnaires ont été étudiés. Cela représente 100% de la population interrogée.

#### 2.1.1 Description démographique (n=10)

La majorité des acteurs sont jeunes. Ils sont huit à avoir entre 25 et 34 ans, un entre 35 et 44 ans et un de plus de 55 ans.

L'équipe est constituée de six femmes et quatre hommes.

#### 2.1.2 Parcours professionnel (n=10)

Il y a quatre praticiens exerçant à la CMGRU depuis plus de 1 an, quatre autres y participent depuis 6 à 12 mois, et enfin deux depuis moins de 6 mois.

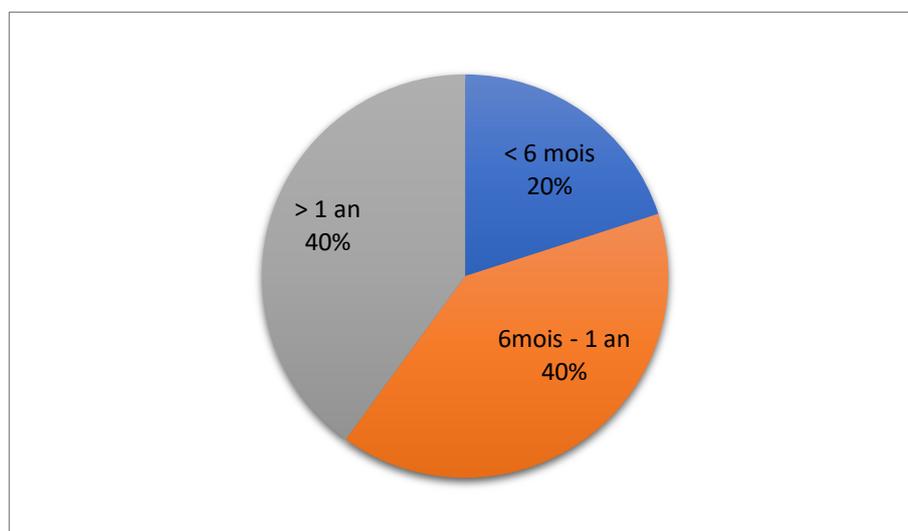


Figure 18 - Répartition en fonction de la durée d'exercice à la CMGRU

Chaque médecin participant à la CMGRU a une autre activité de façon concomitante : six sont remplaçants en cabinet libéral, trois sont installés et un travaille chez SOS Médecins. Trois médecins ont une activité mixte répartie entre ville et hôpital, avec des revenus libéraux et salariés.

Le mode de découverte de la CMGRU par les médecins généralistes est très hétérogène. En effet, cinq d'entre eux l'ont découvert grâce à la mailing list des remplaçants de Gironde. Un médecin en a entendu parlé par un patient, un autre par un collègue médecin, un par l'hôpital, et enfin un praticien a été consulté lors de la création de la structure.

Les raisons d'exercice à la CMGRU sont multiples : neuf médecins rapportent la diversification de l'activité, six énoncent un complément d'activité, cinq l'accès au plateau technique, et le travail d'équipe. Enfin un médecin évoque le désengorgement des urgences.

### 2.1.3 L'exercice à la CMGRU (n=10)

La totalité des MG réalisent des sutures et acceptent de voir de la pédiatrie. Un praticien ne réalise pas de plâtre.

Concernant l'orientation des patients, neuf praticiens rapportent réorienter vers le secteur des urgences moins d'un patient par garde. Un MG déclare réorienter un malade par garde.

A l'inverse, les résultats concernant la réorientation des urgences vers la CMGRU sont plus hétérogènes. En effet, trois MG réorientent plusieurs patients par garde, deux le font une fois par garde, et quatre pour moins d'un patient par garde. Pour finir un praticien ne réalise pas de réorientation.

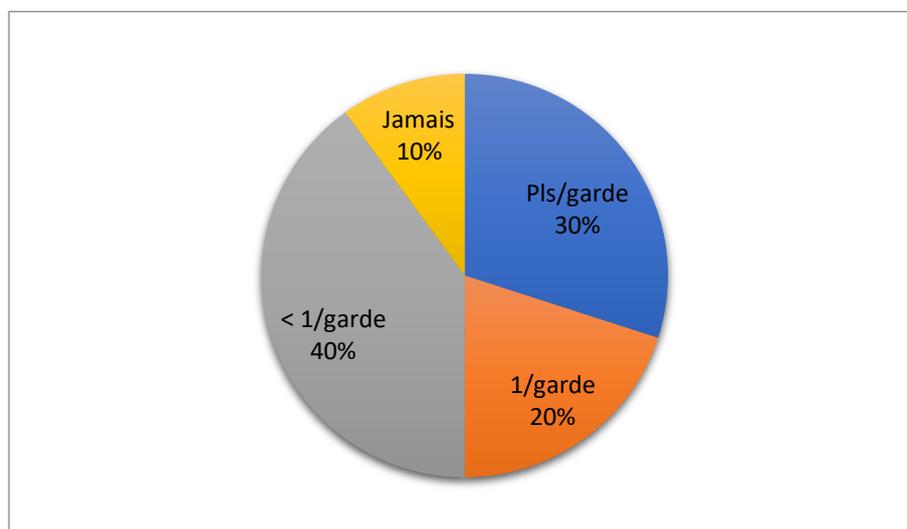


Figure 19 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers la CMGRU

#### *2.1.4 Modification des pratiques (n=10)*

Huit praticiens voient de nouvelles pathologies non rencontrées dans leur(s) autre(s) exercice(s). Deux d'entre eux ont par la suite modifié leurs pratiques : l'un rapporte une meilleure autonomie dans la prise en charge de ces patients, associée à une meilleure orientation de ceux-ci. Le deuxième évoque une meilleure gestion des urgences ophtalmologiques en cabinet de ville.

Par rapport à l'affirmation « les patients sont plus demandeurs d'examens complémentaires à la CMGRU », huit praticiens sont d'accord avec celle-ci. Dans la même dynamique, huit MG reconnaissent avoir une prescription plus facile d'examen(s) complémentaire(s), par rapport à leur(s) autre(s) exercice(s). L'augmentation de prescription est justifiée par l'ensemble des médecins, par un accès plus facile au plateau technique, notamment à la radiologie. L'obligation de moyens est évoquée une fois.

Enfin, six praticiens rapportent un changement de relations entre eux et cet hôpital, deux n'observent aucun changement et deux ne se prononcent pas. Parmi ceux retrouvant un changement, cinq praticiens décrivent une meilleure connaissance du CHA, de l'équipe et du fonctionnement permettant de meilleurs échanges.

#### *2.1.5 Satisfaction (n=10)*

La totalité des médecins participant à la CMGRU sont satisfaits de l'organisation de celle-ci.

Les réponses se répartissent entre « très satisfait » et « plutôt satisfait » pour les six critères explorés hormis pour le nombre de patient vu par garde, un praticien rapporte en être « peu satisfait ». La sécurité de travail et le matériel sont les deux critères qui retrouvent le plus de satisfaction avec sept praticiens « très satisfait ». Concernant la durée des gardes, quatre praticiens sont « très satisfait » et six le sont « plutôt ». Enfin à propos des locaux et du salaire, seul deux praticiens sont « très satisfaits » et huit le sont « plutôt ».

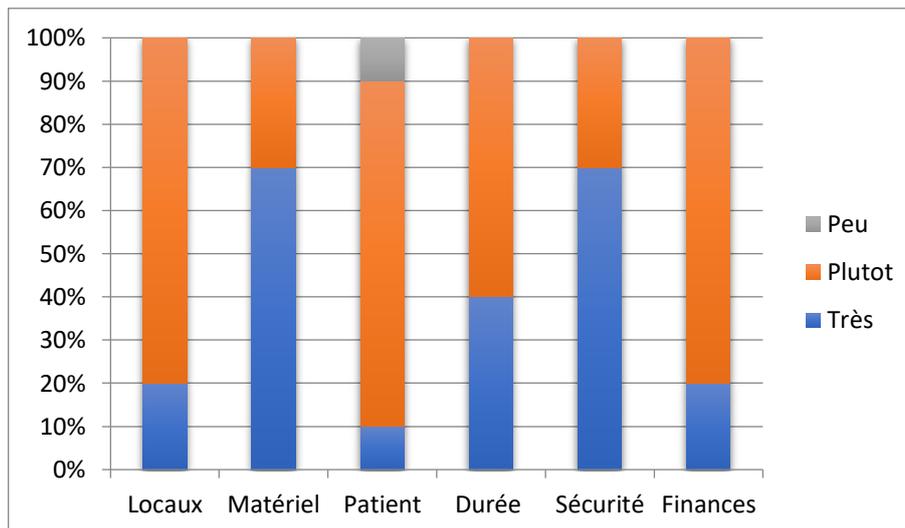


Figure 20 - Répartition en fonction du degré de satisfaction

### 2.1.6 Offre de soins (n=10)

La totalité des MG sont d'accord avec la question « la consultation de médecine générale au sein des urgences est-elle adaptée à la demande de soin croissante ? ». Parmi eux, cinq ne rapportent pas de nécessité de changer l'organisation de la CMGRU, un ne se prononce pas. Les quatre autres médecins pensent que des évolutions seraient souhaitables : deux mentionnent l'amélioration de la CMGRU en l'englobant dans la PDSA. Les deux autres évoquent la possibilité de faire évoluer le type de rémunération vers un paiement à la vacation (et non plus à l'acte).

## 2.2 Questionnaire distribué aux médecins urgentistes - MU

Au total, 15 questionnaires ont été étudiés. Cela représente 100% de la population interrogée.

### 2.2.1 Description démographique (n=15)

L'équipe de médecins urgentistes se révèle équilibrée sur le plan de l'âge, en effet, 7 praticiens ont entre 25 et 34 ans, 4 ont entre 35 et 44 ans, de même pour la tranche d'âge de 45 à 55 ans.

Elle est constituée de neuf femmes et de six hommes.

### 2.2.2 Parcours professionnel (n=15)

La durée d'exercice aux urgences du CHA est répartie entre 6 mois et 26 ans. La moyenne d'expérience est de 7 ans, la médiane est de 3 ans.

### 2.2.3 Orientation vers la CMGRU (n=15)

A propos de la réorientation des urgences vers la CMGRU, huit urgentistes réorientent plusieurs fois par garde les patients, deux le font une fois par garde, et cinq moins d'une fois par garde. Ils expliquent tous le faire en fonction du motif de consultation, deux prennent en compte le temps d'attente et trois autres se basent sur le confrère présent.

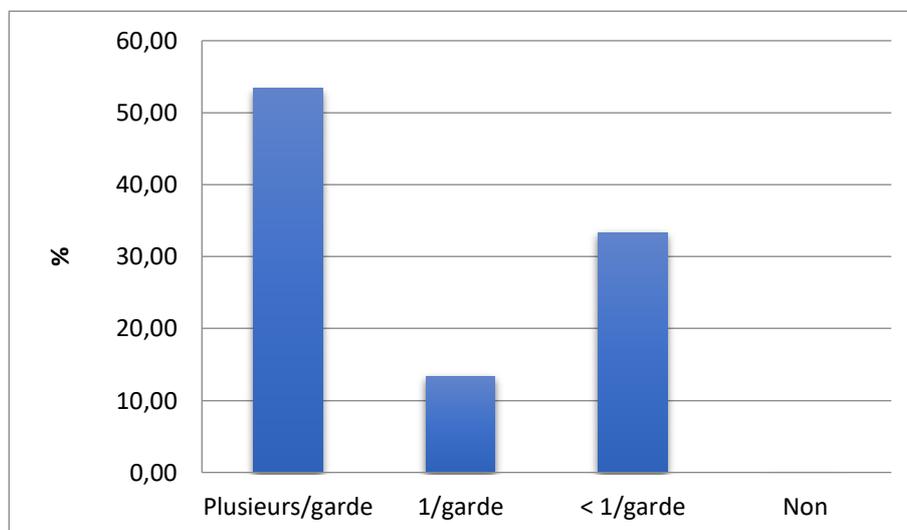


Figure 21 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers la CMGRU par les MU

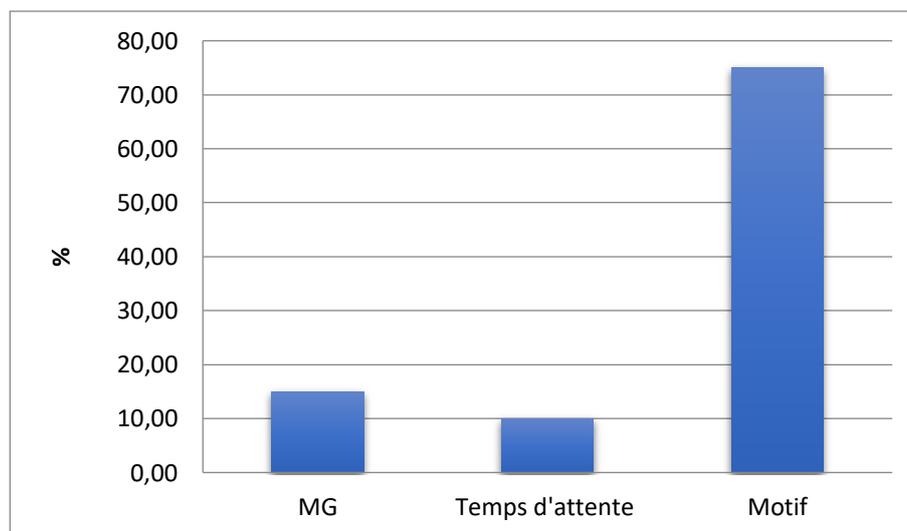
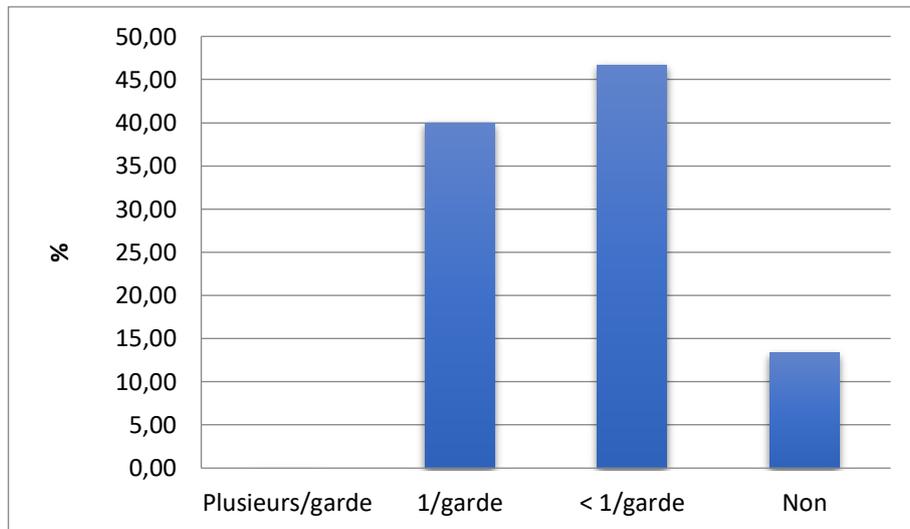


Figure 22 - Répartition en fonction du motif de réorientation vers la CMGRU par les MU

A l'inverse, six urgentistes réorientent les patients de la CMGRU vers les urgences une fois par garde, sept le font moins d'une fois et deux ne le font jamais. Les motifs sont divers, nous retrouvons : la demande du MG, la durée trop longue d'attente à la CMGRU, la nécessité d'hospitalisation ou d'examen(s) complémentaire(s). Il n'y a pas de motif plus fréquent qu'un autre.



*Figure 23 - Répartition en fonction de la fréquence de réorientation vers les urgences par les MU*

#### 2.2.4 Charge de travail (n=15)

La majorité des urgentistes (14 praticiens sur 15) rapportent une diminution de leur charge de travail. Une personne ne se prononce pas.

Huit MU rapportent une modification des pathologies vues aux urgences depuis l'ouverture de la CMGRU.

Seuls cinq d'entre eux ne voient aucune modification, deux ne savent pas. Parmi les huit urgentistes ayant répondu « oui » à la modification des pathologies vues, six voient moins de médecine, deux pensent que cela est inchangé. Concernant la traumatologie, sept en voient moins, un ne rapporte pas de différence.

De manière plus précise, ils réalisent autant d'immobilisations et moins de sutures. La totalité des huit MU voient moins de pédiatrie. Enfin cela a peu d'impact sur la réalisation de certificat : trois en voient moins, cinq ne rapportent pas de changements.

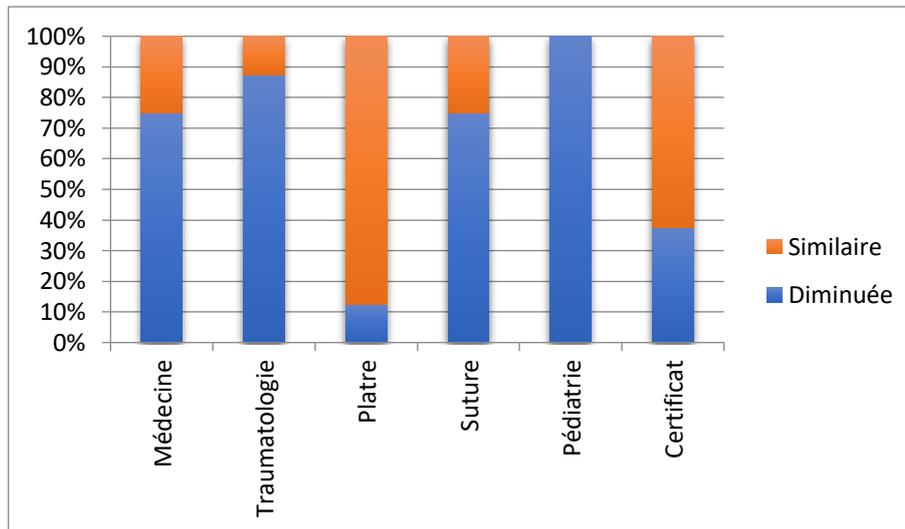


Figure 24 - Répartition en fonction de l'évolution de la charge de travail

### 2.2.5 Offre de soins (n=15)

La totalité des MU est d'accord avec le fait que la CMGRU est une réponse adaptée à la demande de soins croissante. Pour huit d'entre eux il n'y a pas de modifications à apporter, deux ne savent pas. Il y a cinq urgentistes qui souhaiteraient apporter des modifications à cette structure. Ils proposent une augmentation de l'offre de soins notamment en termes d'horaires. Un MU propose d'instaurer une garde par mois pour tous les médecins libéraux afin de favoriser les relations ville/hôpital.

## 2.3 Questionnaire distribué aux infirmiers d'organisation de l'accueil - IOA

Au total, 23 questionnaires ont été étudiés. Cela représente 100% de la population interrogée.

### 2.3.1 Description démographique (n=23)

Il s'agit d'une équipe plutôt jeune : onze infirmiers ont entre 25 et 34 ans, six ont entre 35 et 44 ans, cinq ont entre 45 et 54 ans et enfin une infirmière à plus de 55 ans.

L'équipe est constituée de vingt femmes et trois hommes.

### 2.3.2 Parcours professionnel (n=23)

La durée moyenne d'exercice en tant qu'infirmier au CHA est de 7 ans, avec une durée minimum de 6 mois et un maximum de 23 ans. De façon plus globale, les infirmiers ont obtenu leur diplôme depuis 3 à 28 ans. Une personne n'a pas répondu à cette question.

L'ancienneté d'exercice en tant qu'IOA est comprise entre 6 mois et 34 ans avec une durée moyenne de 7 ans et une médiane de 5 ans. La formation IOA a été réalisée pour quatorze d'entre eux, neuf exercent à ce poste sans en avoir bénéficié.

### 2.3.3 Orientation vers la CMGRU (n=23)

Près de la moitié des IOA (10 professionnels) expliquent systématiquement au patient qu'ils sont reçus par un MG et non par un médecin urgentiste. Ils sont aussi nombreux à l'expliquer plusieurs fois par garde. Enfin trois IOA le font moins d'une fois par plage horaire.

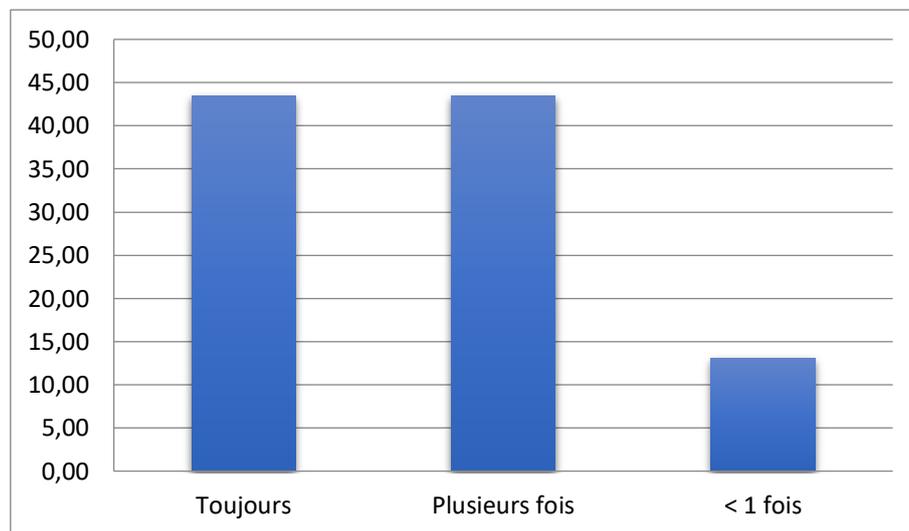
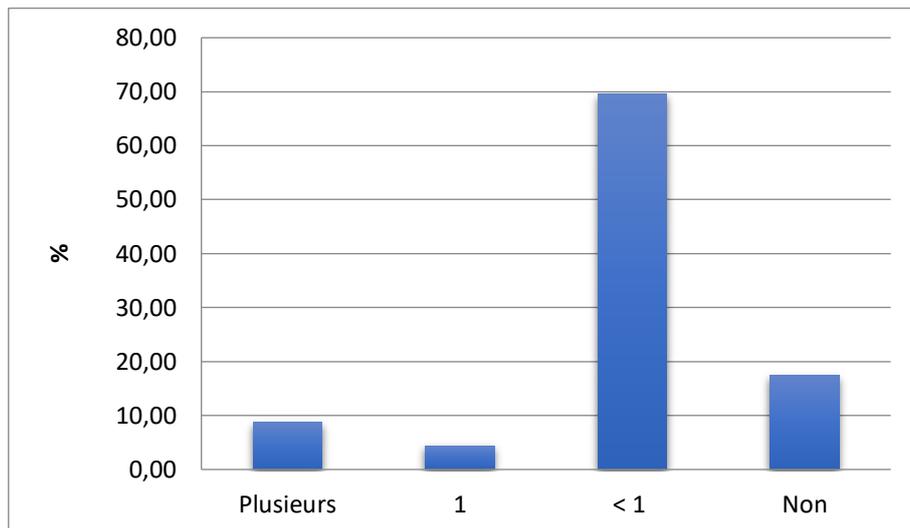


Figure 25 - Répartition en fonction de l'explication d'orientation vers la CMGRU par l'IOA

D'après les IOA, la majorité des patients accepte cette orientation. Trois infirmiers reçoivent un refus ou moins d'un refus par garde de la part du patient et un autre le décrit plusieurs fois par garde.

La majorité, (16 IOA) déclare moins d'un refus de la part du MG par garde, deux en décrivent plusieurs par garde. Une personne rapporte un refus par garde et quatre n'en déclarent aucun.

Les motifs de refus de la part des MG sont : les enfants en bas âge, certains motifs (plaies complexes, polyopathie), la réalisation de certains actes (bilan biologique), l'heure d'arrivée du patient (quelques minutes avant la fin de la garde).

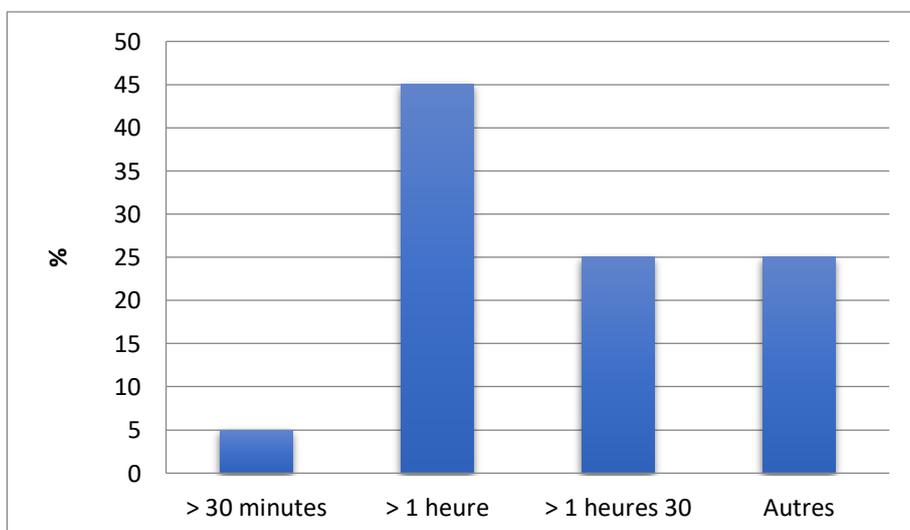


*Figure 26 - Répartition en fonction de la fréquence de refus par le MG de l'orientation vers la CMGRU par l'IOA*

L'orientation du patient par l'IOA vers chacun des secteurs se fait selon plusieurs critères. Dix-sept infirmiers prennent en compte l'affluence de patients, six autres n'en tiennent pas compte.

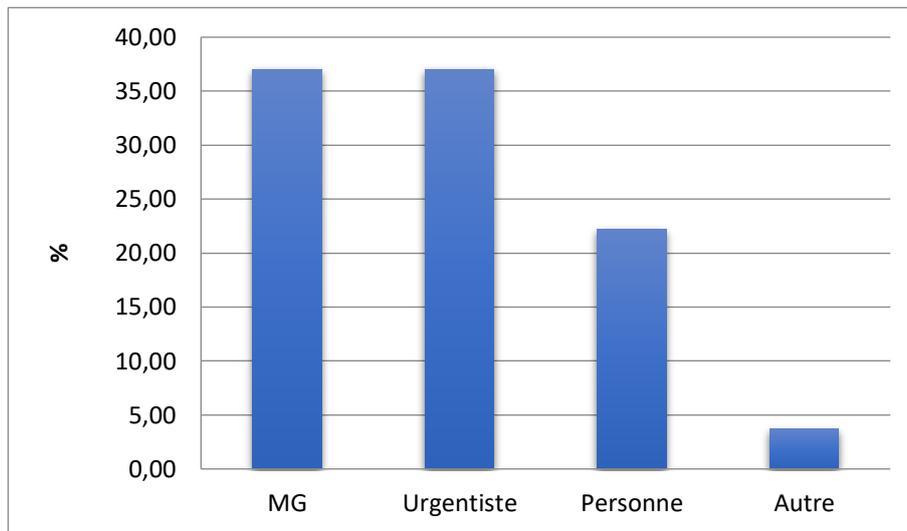
De manière plus précise, neuf infirmiers commencent à réorienter vers les urgences ou la CMGRU à partir d'une différence de délai de prise en charge d'une heure. Un le fait dès 30 minutes et cinq le font à partir d'une heure 30.

D'autres critères sont utilisés par quatre IOA, ils évoquent la pathologie suspectée ou le médecin généraliste de garde.



*Figure 27 - Répartition en fonction de la différence de délai de PEC entre chaque secteur entraînant une modification de l'orientation*

Enfin, l'orientation par l'IOA peut se faire à la suite de discussion avec les MU et/ou MGU pour dix d'entre eux, six ne sollicitent aucun avis et une personne demande à ses collègues.



*Figure 28 - Répartition en fonction de l'avis demandé par l'IOA lors de l'orientation vers la CMGRU*

La majorité (21 IOA) pense que leur orientation est correcte selon leur propre ressenti. Deux ne se prononcent pas.

Concernant la grille d'orientation initiale, dix-huit infirmiers en ont connaissance et parmi eux quatorze l'utilisent. Au total, vingt et une personnes lui trouvent une utilité.

#### *2.3.4 Charge de travail (n=23)*

Plus de la moitié des IOA (14) rapporte une charge de travail augmentée, deux la trouvent diminuée, six professionnels ne retrouvent pas d'évolution et un ne se prononce pas.

#### *2.3.5 Offre de soins (n=23)*

La majorité des IOA (22) a un avis favorable de la CMGRU et considère cette structure comme adaptée à la demande de soins croissante. Malgré ces réponses, quinze personnes considèrent que des modifications sont nécessaires. Ils proposent un élargissement des horaires, le détachement d'un IDE à ce secteur de façon spécifique, la création d'une salle d'attente indépendante avec un circuit ne passant par l'IOA et l'ouverture d'un box plus adapté en termes de matériel pour le MGU.

## 2.4 Questionnaire distribué aux MG exerçant en Ambulatoire - MGA

Au total, 43 questionnaires ont été étudiés. Cela représente 30% de la population interrogée.

### 2.4.1 Description démographique (n=43)

Parmi les 43 MGA ayant répondu au questionnaire, 29 exercent en Gironde et 14 dans les Landes.

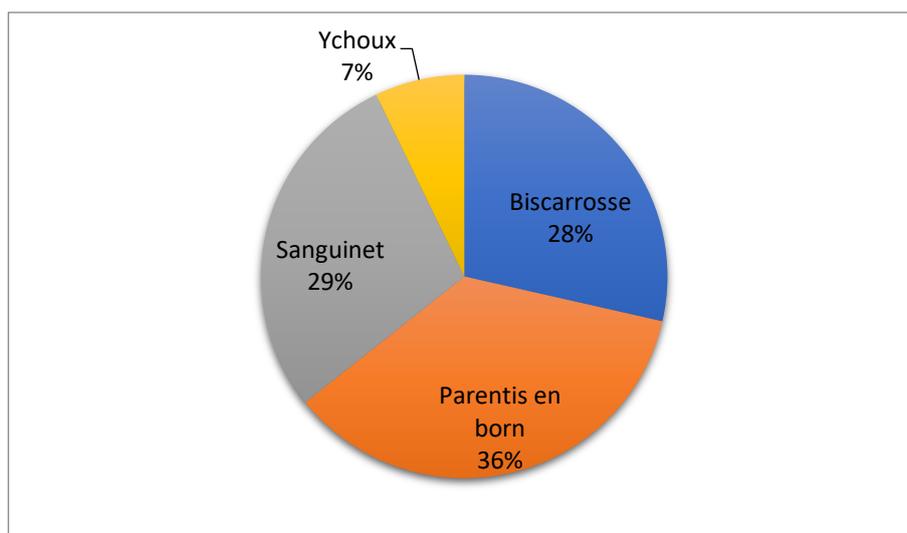


Figure 29 - Répartition en fonction du lieu d'exercice dans les Landes

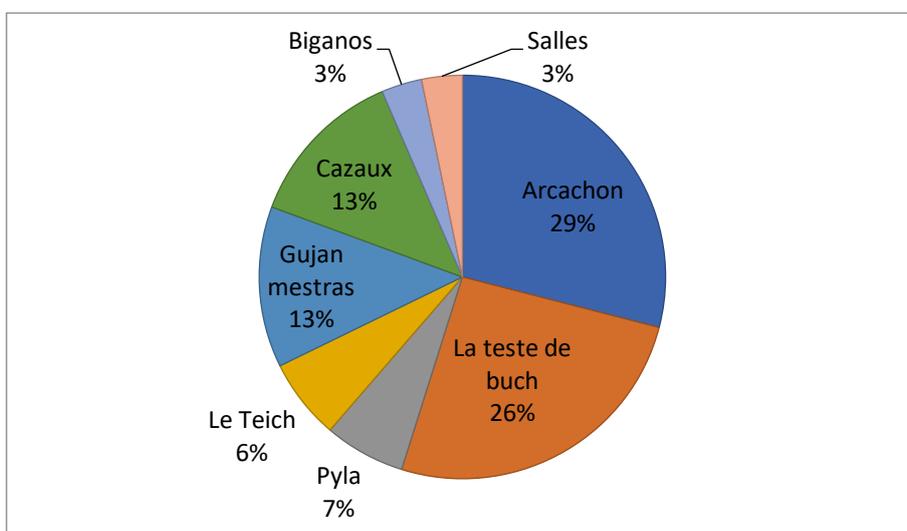


Figure 30 - Répartition en fonction du lieu d'exercice en Gironde

Plus de la moitié (27 praticiens) des MGA ont plus de 45 ans, huit ont entre 25 et 34 ans, et huit autres ont entre 35 et 44 ans.

La répartition en fonction du genre est équilibrée avec vingt-deux femmes et vingt et un hommes.

#### *2.4.2 Mode d'exercice (n=43)*

La moyenne et la médiane de durée d'installation est de 16 ans. La durée minimum est de moins d'un an, l'ancienneté maximale est de 45 ans.

Avec trente-trois réponses, la majorité des professionnels exercent en groupe, dix exercent seuls. Le mode d'exercice est libéral.

Concernant la participation à la PDSA, trente-six MG y contribuent et sept ne le font pas. La répartition du nombre de gardes est très hétérogène allant de 14 à 60 par an.

#### *2.4.3 Connaissances de la CMGRU (n=43)*

Parmi les praticiens libéraux ayant répondu au questionnaire, 3 d'entre eux participent à la CMGRU.

Trente-sept MG libéraux ont connaissance de la CMGRU. Parmi eux, dix-neuf praticiens décrivent son fonctionnement correctement, cela représente 44% des répondants.

#### *2.4.4 Offre de soins (n=43)*

La majorité (38) des MGA pense que la CMGRU est une réponse adaptée à la demande de soins croissante. Vingt praticiens seraient intéressés si cette structure intégrait la PDSA, dix ne le sont pas et treize ne se prononcent pas.

## Discussion

### 1 Forces du travail

#### 1.1 *Un sujet d'actualité*

L'accessibilité à une consultation non programmée est complexe, tant en médecine générale qu'aux urgences.

L'augmentation de la fréquentation des urgences est un sujet ancien (61) mais toujours d'actualité (1) avec notamment une part importante de consultations relevant de la médecine générale.

Cette étude permet d'étudier les caractéristiques des patients rencontrés au sein de cette nouvelle structure innovante, mêlant médecine générale et urgences. Il s'agit d'un fonctionnement mixte et modulable encore peu développé et étudié en France.

#### 1.2 *Une méthodologie rigoureuse*

##### 1.2.1 *Etude 1 – Evaluation de la CMGRU*

Au cours de cette étude, 100% de la population vue au cours des 18 premiers mois d'ouverture a été étudiée.

Il n'y a aucun biais de sélection. L'échantillon est composé de 7513 dossiers, ce qui nous permet d'être représentatif de la population vue à la CMGRU.

L'étude a été réalisée de façon rétrospective en utilisant les données remplies de façon systématique dans les dossiers de TU.

L'extraction informatique d'une très grande partie de nos données dans un tableau Excel® a permis de limiter la perte d'informations et d'avoir accès à des données fiables et complètes.

##### 1.2.2 *Etude 2 – Enquête de satisfaction*

Chaque questionnaire a été testé avant le commencement de l'étude afin de s'assurer de la bonne compréhension de tous, limitant les biais d'interprétation.

La totalité des MGU, MU, et IOA ont répondu, permettant donc d'être représentatif de ces 3 populations malgré des effectifs faibles en nombre.

## 2 Biais et limites du travail

Nous avons étudié une période de 18 mois sans faire de différence entre la saison estivale et le reste de l'année.

L'été 2019 a été marqué par un changement radical d'organisation. En effet la CMGRU a été ouverte du 1er juillet au 31 Aout de 14 heures à minuit, du lundi au vendredi. L'inclusion de ces données avec celles hors saison biaise légèrement nos résultats à la hausse en termes de nombre de passages moyen par jour. De même, les données entre l'été 2018 et 2019 ne sont donc pas comparables.

L'exploration du type d'orientation préhospitalière est en partie biaisée. Certaines données peuvent être manquantes car elles ne sont pas systématiquement reportées dans le dossier.

Contrairement à ce travail de thèse (62), la satisfaction des patients orientés vers la CMGRU n'a pas été étudiée. Cela ne permet donc pas une évaluation exhaustive de tous les participants de la structure. Une autre étude serait intéressante afin d'avoir leur point de vue.

Le faible taux de réponse de la part des MGA ne nous permet pas une étude représentative sur cette partie.

Enfin, il s'agit d'une étude descriptive ne permettant pas d'apporter des solutions.

## 3 Principaux résultats

### 3.1 *Etude 1- Evaluation de la CMGRU*

#### 3.1.1 *Données sociodémographiques*

Les différentes études sont divergentes à propos du genre consultant majoritairement aux urgences. Certaines montrent une population masculine plus fréquente, d'autres retrouvent une population féminine (60). L'étude actuelle retrouve une répartition quasi à l'équilibre des genres. De manière générale, la population masculine est plus fréquente aux urgences du CHA d'après une étude de 2015 (61).

Les populations d'âges extrêmes (moins de 1 an et plus de 75 ans) ont recours de façon plus fréquente aux urgences (14). Ces patients ne représentent que 6% de la population vue à la CMGRU. Bien que consultant fréquemment aux urgences d'Arcachon (61), l'orientation vers une consultation de médecine générale peut être compliquée, devant les motifs de consultation, la nécessité de bilan biologique pour ces deux populations (62) ainsi que la poly pathologie des personnes âgées.

Un peu plus d'un tiers de la population rencontrée à la CMGRU est considérée comme touristique, ce qui est au-dessus des chiffres connus pour les urgences du CHA (61). De même pour les étrangers qui représentent 2% des patients. Il s'agit de population plus fréquente sur les périodes estivales. La difficulté de trouver un généraliste libéral sur cette saison entraîne leur consultation aux urgences et ce pour des motifs « non urgents ».

### *3.1.2 Date de prise en charge*

Plus de la moitié des consultations à la CMGRU se font sur le week-end, ce qui est bien au-dessus des résultats trouvés lors de l'étude réalisée sur les urgences du CHA en 2015 (61). Cela est dû aux plages d'ouvertures largement plus importantes le week-end, respectivement de 9 heures et 15 heures le samedi et le dimanche contre seulement 4 heures en semaines. En effet, le taux horaire de patients vus chaque jour est stable au cours de notre étude.

Le bassin d'Arcachon est une zone touristique dont les flux de populations sont fortement corrélés aux vacances, week-ends et jours fériés. Le nombre de consultations aux urgences y est fortement lié (64). L'étude actuelle retrouve des résultats cohérents avec cette affirmation. En effet, outre les résultats de juillet et août 2019, les mois d'avril, mai et juin 2019 sont ceux accueillant le plus de patients.

### *3.1.3 En amont des urgences*

Avec 95% des patients arrivés par leurs propres moyens et 5% via les pompiers ou une ambulance, la CMGRU remplit son rôle de structure à vocation de prise en charge ambulatoire et en autonomie pour le MG et le patient. De façon attendue, ces chiffres sont bien différents de ceux trouvés dans l'étude réalisées en 2015 sur les urgences du CHA (61) ainsi que ceux nationaux (14).

Parmi les consignes d'orientation vers la CMGRU, un patient adressé par un confrère doit être orienté vers les urgences et non vers la CMGRU. Sur la période de l'étude, 65 patients adressés ont eu accès à la CMGRU. Ce chiffre est négligeable par rapport au reste de la population étudiée. Ces résultats sont toutefois à nuancer, il n'est pas systématiquement demandé ni reporté dans le dossier si le patient a bénéficié d'un avis médical avant de se présenter aux urgences.

Un tiers de la population rencontrée à la CMGRU a déjà consulté aux urgences de façon générale. Ce chiffre est inférieur à celui trouvé dans l'étude des urgences du CHA en 2015 (61). Cela peut être expliqué par la forte proportion de touristes vus dans cette structure. Par ailleurs, parmi les patients ayant déjà consulté aux urgences, pour 38% d'entre eux, la dernière visite a eu lieu au cours des six derniers mois. Ces chiffres sont identiques à ceux trouvés lors de l'étude réalisée en 2015 (61).

### 3.1.4 Aux urgences

Un peu plus de 90% des patients sont évalués par l'IOA dans la première heure suivant leur enregistrement administratif. Ils sont 73% à être vus dans la première demi-heure. Par rapport à l'étude réalisée par la DREES en 2015, les patients attendent plus longtemps avant d'être évalués par l'IOA (63). Cela pourrait être expliqué par la non gravité des motifs de consultation orienté vers la CMGRU. La majorité d'entre eux arrivant par leurs propres moyens, ils peuvent avoir tendance à être évalué après ceux arrivés en ambulance ou par les pompiers (63).

Au cours de l'été 2021, deux postes IOA ont été ouverts en journée, permettant une évaluation primaire plus rapide. Une nouvelle étude comparative avec celle-ci permettrait d'évaluer l'impact de ce nouveau poste. Tendre vers une évaluation dans les 30 premières minutes suivant l'admission est un gage de qualité d'orientation aux urgences (63).

Dans la même dynamique, un peu moins de la moitié des patients est prise en charge dans l'heure qui suit leur enregistrement, ce qui est en dessous de la moyenne nationale. Comme pour la durée de PEC IOA, cela est sûrement secondaire au motif d'entrée. De même le temps d'évaluation IOA étant augmenté, la durée du premier contact avec le médecin ne peut qu'être augmentée (63).

Dans cette étude le nombre d'examen complémentaires réalisés à la CMGRU est inférieur à celui retrouvé au cours de l'étude globale réalisée au sein des urgences du CHA en 2015 (61) ainsi que ceux nationaux (14). Ces résultats sont en adéquation avec les objectifs de prise en charge ambulatoire de la CMGRU. De façon plus précise, ce sont les examens d'imagerie qui sont prescrits le plus fréquemment, largement devant les examens urinaires et sanguins.

Les actes de soins réalisés prédominent très largement sur la traumatologie avec la réalisation d'immobilisations, de sutures et de pansements. Leur fréquence de réalisation est bien moindre que la moyenne globale au sein des urgences du CHA (61).

Les médicaments administrés aux patients sont majoritairement des antalgiques per os et notamment de palier 1. Grâce au protocole antidouleur disponible à l'IOA ces derniers sont proposés aux patients dès leur évaluation. En dehors de quelques exceptions toutes les drogues prescrites sont accessibles facilement en cabinet de ville, et ne nécessitent pas de surveillance ni de geste particulier. Certains patients bénéficient parfois d'une perfusion. Cela pourrait être expliqué par la facilité d'accès à ce type de soins.

Seulement 5% d'avis spécialisés sont demandés pour les patients reçus à la CMGRU, ce qui est bien en dessous de la moyenne d'avis demandés aux urgences du CHA (61).

Les diagnostics sont légèrement en faveur de la traumatologie, ce qui correspond aux études nationales concernant les passages aux urgences ne nécessitant pas d'hospitalisation (14,60). En effet, les 7 premiers diagnostics les plus fréquents sont de la traumatologie. Concernant la partie médicale, les données retrouvées dans cette étude sont concordants avec ceux nationaux retrouvés dans les consultations non programmées de MG libérale (34). En effet, cela concerne des causes ORL, rhumatologique et gastro-entérologique en priorité.

La quasi-totalité, à 3 dossiers près, est cotée CCMU 1 ou 2. Cela remplit donc complètement la mission ambulatoire de la CMGRU.

### *3.1.5 En aval des urgences*

Sur le plan national, la prise en charge aux urgences dure moins de deux heures pour la moitié des patients, hormis ceux ayant séjourné en unité d'hospitalisation de courte durée (14,63). Ce chiffre est de 60% pour les patients pris en charge à la CMGRU. S'agissant d'une consultation de médecine générale avec pour principal objectif le désengorgement des urgences ces résultats sont satisfaisants. De même, la durée moyenne de prise en charge globale pour les patients est similaire à celle nationale qui est de 76 minutes sans examen complémentaire et de 106 minutes si réalisation d'une radiographie (63).

De façon attendue, la majorité des patients rentre à leur domicile. Les chiffres sont bien supérieurs à ceux nationaux qui retrouvent 75% de retour à domicile (14) ce qui est concordant avec l'objectif de prise en charge de consultations non urgentes, de médecine générale.

Une infime partie des patients vue aux urgences, vient à reconsulter aux urgences pour le même motif. Cela concerne moins de 2% de la population. La CMGRU est donc efficiente.

### *3.1.6 Cas particulier : Eté 2019*

La population touristique estivale est jeune avec une moyenne d'âge de 30 ans, ce qui est en accord avec les flux touristiques observés dans les deux départements. En effet 36% d'entre eux ont moins de 35 ans (40).

La population féminine est légèrement plus représentée que la population masculine. La population touristique est plus importante sur cette période avec une inversion de la population majoritaire.

La part de diagnostics de traumatologie est augmentée. Cela peut être expliqué par la réalisation d'activités diverses au cours des vacances.

Concernant l'orientation finale des patients, les résultats trouvés au cours de l'été sont superposables à ceux de l'année. Il en est de même pour la cotation CCMU.

A partir de l'été 2020, la CMGRU a été ouverte tous les jours de la semaine (du lundi au dimanche) de 9 heures à minuit, afin d'essayer de répondre à la demande de soins toujours croissante, et de réduire le temps d'attente.

### 3.2 *Etude 2 – Enquête de satisfaction*

#### 3.2.1 *Questionnaire distribué aux MGU*

De façon globale les MG exerçant à la CMGRU sont jeunes. Leur ancienneté au sein de la structure est difficile à évaluer du fait de sa création récente.

Pour chacun, il s'agit d'une activité complémentaire leur permettant de diversifier une partie de leur exercice, d'apporter un complément de revenu mais aussi d'avoir un accès plus simple au plateau technique.

Le pool de médecins est stable autour de 10 MG depuis sa création. Les arguments suscités peuvent être mis en avant afin de recruter des nouveaux participants notamment via la mailing list des remplaçants qui est un moyen de communication efficace décrit par les MG.

Le ressenti des MG par rapport à l'orientation des patients est positif. Cette étude met en lumière quelques erreurs d'aiguillage de façon épisodique. On note cependant une réorientation plus fréquente des urgences vers la CMGRU. Celle-ci peut être secondaire à une recherche d'augmentation d'activité et donc de revenu les jours de plus faible affluence pour les MG. L'étude réalisée ne permet cependant pas de répondre à cette question.

Comme évoqué précédemment, la participation à la CMGRU permet une modification des pratiques du généraliste, qu'il pourra mettre en œuvre dans sa pratique globale, tant sur le plan de l'autonomie en cabinet, que sur celui des relations ville/hôpital. Ces changements pourraient à terme entraîner une diminution des patients adressés aux urgences par les MG. Cependant peu de MG libéraux participent à cette structure, il y a donc possiblement peu d'impact sur le nombre de patients adressés aux urgences par les praticiens libéraux.

La totalité des MG est satisfait du fonctionnement de la CMGRU. Le nombre de patients, le salaire et les locaux sont les points à améliorer. Concernant ce dernier point, une localisation au sein des urgences avec un accès direct au matériel semble plus appropriée. Un projet d'agrandissement et de restructuration des urgences du CHA est en cours.

Une ouverture plus ample des plages horaires pourrait être une réponse adaptée et bénéfique pour tous, en dehors de la saison estivale. Cependant cela doit rester compatible avec l'activité principale de chaque participant. De plus grandes amplitudes horaires pourraient créer une concurrence avec les cabinets libéraux ou encore favoriser la venue des patients aux urgences et non en ville devant l'offre proposée.

La modification du mode de revenu a été évoquée, avec la possibilité d'évoluer vers un mode salarial, avec un paiement à la vacation, et non à l'acte. Cette option pourrait être intéressante sur les périodes ayant un faible taux de consultation, notamment l'hiver mais le bénéfice serait plus discutable en période estivale.

### *3.2.2 Questionnaire distribué aux MU*

L'équipe d'urgentistes est constituée de jeunes médecins, ainsi que de médecins avec plus d'expérience, dont l'avis sur la CMGRU est plutôt favorable.

La réalisation de l'orientation vue par les MU est plus nuancée. En effet, ils pratiquent plus souvent la réorientation des urgences vers la CMGRU, en se basant en priorité sur le motif de venue, puis, en fonction du confrère présent et du délai d'attente. Leur vision plus globale des urgences et des patients leur permet de réaliser un second filtre, et ce, malgré une très bonne orientation de la part des IOA. Cependant n'ayant pas vu les patients cliniquement et se fiant à l'observation de l'IOA, cette réorientation pourrait parfois être erronée.

L'étude ne permet pas de connaître ces patients réorientés ni leur devenir. Les MU rapportent peu de réorientation de la CMGRU vers les urgences, et ce, pour des motifs divers. Nous pouvons penser que les réorientations vers la CMGRU sont donc justifiées.

Sur les horaires d'ouverture de la CMGRU, la charge de travail est moindre pour les urgentistes, leur permettant donc de se recentrer sur leur corps de métier et de mieux répondre aux « consultations urgentes ». Tous les motifs sont impactés, avec une diminution plus marquée de la traumatologie, dont les sutures mais aussi de la pédiatrie. Cette dernière peut s'expliquer par la faible réalisation d'examen(s) complémentaire(s) chez les enfants, et par des motifs traumatologiques plus fréquents les concernant (62).

Comme pour les MGU, les urgentistes sont tous satisfaits du fonctionnement de la CMGRU. Cette dernière est une réponse adaptée à la croissance du nombre d'entrées aux urgences.

Des modifications sont toutefois proposées comme celle d'inciter la participation de chaque MG installé sur le territoire du CHA à prendre une garde par mois à la CMGRU, afin de favoriser la relation ville/hôpital. Cette proposition reviendrait à centraliser la PDSA au sein de la CMGRU, ce qui est une problématique déjà évoquée, depuis longtemps, mais encore non résolue.

### *3.2.3 Questionnaire distribué aux IOA*

Les IDE exerçant au poste d'IOA ont une expérience très hétérogène, allant de moins d'un an à plus de 30 ans.

La formation spécifique à ce poste d'IOA n'avait pas été réalisée par l'ensemble des effectifs au moment de l'étude cependant cela a été corrigé par la suite. Malgré un manque de formation auprès de certains IOA, les résultats obtenus grâce à cette étude sont positifs.

Dans la majorité des cas, les patients sont prévenus qu'ils vont être examinés par un médecin généraliste et non par un urgentiste. Peu de refus sont reçus par l'IOA de la part des malades. L'étude n'a pas été faite pour connaître les attentes ni les réactions des patients lors des explications. Cela pourra faire l'objet d'une étude future sur les ressentis centrés sur le patient, au sein de la CMGRU.

Les IOA essuient peu de refus de la part des médecins généralistes effecteurs de la CMGRU. Cependant, l'orientation initiale peut encore être améliorée.

Les MGU n'ayant pas les mêmes pratiques, un tableau décrivant les populations vues, ainsi que les actes réalisés par tranche d'âge, pourraient permettre une amélioration de l'orientation initiale en limitant les réorientations et les pertes de temps. Pour aller plus loin, une harmonisation des pratiques sur l'orientation, en fonction des motifs de consultation ou du degré d'affluence est envisageable. Celle-ci pourrait se faire à l'aide d'une grille d'orientation plus facilement accessible, affichée sur le tableau du box d'accueil. Il serait alors accessible à chacun, et notamment aux jeunes IDE et/ou nouveaux arrivants au poste.

La charge de travail au poste d'IOA est importante. D'après cette étude, celle-ci s'est vue augmenter avec la CMGRU. Malheureusement nous n'avons pas étudié les causes de ce ressenti. Cependant, l'avis concernant la CMGRU reste favorable, comme pour toutes les populations déjà interrogées.

Les axes d'amélioration proposés recourent ceux déjà exposés, avec notamment une modification du box de la CMGRU et une augmentation de plages horaires. Il est évoqué un circuit permettant de ne pas passer par l'IOA. Une régulation par le 15 ou via un numéro spécial pourrait palier à cette demande. Cependant, il y aura toujours des patients se présentant spontanément aux urgences, et qui nécessiteront une première évaluation et/ou une orientation vers la CMGRU.

#### *3.2.4 Questionnaire distribué aux MGA*

Seuls 43 médecins libéraux, sur les 140 praticiens installés ont répondu aux questionnaires, ce qui correspond à un peu moins d'un tiers de la population totale.

Les résultats obtenus suite à ce questionnaire ne seront potentiellement pas représentatifs. En effet, nous pouvons penser que les personnes ayant répondu sont plus intéressées par le sujet de la PDSA et de l'engorgement des urgences que ceux n'ayant pas répondu. Cependant malgré un faible taux de réponse, l'échantillon est représentatif de la répartition d'installation des MGA en Gironde et dans les Landes.

Cette étude montre qu'un tiers des MG libéraux ne participent pas à la PDSA. Ce résultat pouvant être biaisé par le faible nombre de réponses. Parmi celles-ci, le nombre de gardes réalisées est très hétérogène, allant de 14 à 60 par an. Le nombre moyen de gardes est de 31 au cours de l'année 2018 (31). Une homogénéisation des pratiques, en passant par la mutualisation de moyens, et la fusion de plusieurs secteurs de garde au cours de la création d'une MMG pourrait permettre une meilleure participation à la PDSA, avec une diminution du nombre moyen de gardes par an.

Très peu de MG libéraux connaissent la CMGRU et encore moins son fonctionnement. Une communication auprès des professionnels, permettrait potentiellement de recruter plus de volontaires, et de faciliter la réalisation du planning de gardes, surtout l'été.

## 4 Voies d'améliorations et pistes pour l'avenir

### 4.1 *Vers la PDSA ?*

Dès les premières réunions d'organisation de la CMGRU un double objectif a été évoqué. Premièrement à court terme, ouvrir la CMGRU dès que possible, pour l'été 2018, parallèlement à la PDSA afin de répondre à la demande de consultations « non urgentes ». Puis, à moyen terme, ouvrir une MMG au sens juridique du terme, dépositaire de la PDSA en rassemblant 3 secteurs de garde. Actuellement, le fonctionnement global de la CMGRU est inchangé et le projet de MMG toujours compliqué à mettre en œuvre.

La majorité des praticiens estime que le fonctionnement de la PDSA est correct. Néanmoins 36% pensent que la situation se détériore au fil des années. Ils évoquent comme principaux freins un emploi du temps professionnel déjà chargé, la fatigue induite par les gardes ainsi que la difficulté de concilier les gardes et la vie de famille (31).

De plus, une étude montre que « 73% des internes de médecine générale souhaiteraient prendre des gardes dans leur futur exercice dont une majorité souhaiterait le faire au sein d'une Maison Médicale de Garde » (64). Leurs projets d'installation sont liés à des facteurs personnels/individuels et contextuels, notamment sur les conditions de travail (65).

La création de MMG peut donc être un réel atout local et attractif pour les jeunes médecins. Ces projets sont d'ailleurs soutenu car le CNOM (31). La création d'une MMG permettrait de mutualiser les secteurs, augmentant le nombre de participants pour chaque tour de garde, et donc diminuant leur nombre moyen annuel (57). Cependant, les villes concernées par cette mutualisation, ayant une densité de médecin élevée, ne sont pas celles en manque de médecin contrairement à certaines villes voisines (24).

## 4.2 Visites

Une étude concernant les MMG met en évidence une faible activité de visites. Pourtant, 3 motifs restent incompressibles : le certificat de décès, le maintien à domicile des personnes âgées ainsi que quelques situations sociales difficiles (6).

Des solutions ont donc été trouvées en France, notamment à Douais où un tour de garde de visite est organisé par le CDOM en parallèle de celui de la MMG. Les deux listes sont indépendantes (66). En Gironde un autre fonctionnement existe, 3 lignes de garde sont ouvertes chaque soir. Deux médecins réalisent les consultations sur place, un troisième réalise les visites régulées par le 15. Il se déplace avec un véhicule et son chauffeur. Lorsqu'il n'y a pas de visite, le troisième médecin participe à l'activité de consultation sur place (57). Le problème des visites a été posé lors de la création de la CMGRU, empêchant son inclusion dans la PDSA. Les deux solutions citées précédemment pourraient être étudiées pour tendre vers la PDSA avec une fusion de plusieurs secteurs de garde.

## Conclusion

Cette étude est un travail préliminaire en vue d'une meilleure organisation.

La CMGRU, dans son organisation actuelle, est une réponse adaptée à la croissance des entrées aux urgences, mais elle ne solutionne pas le problème d'articulation ville/hôpital. En effet, il s'agit d'une structure mixte, se situant entre consultation de médecine générale et circuit court des urgences. Elle permet un accès privilégié au plateau technique par les médecins généralistes et ouvre donc à une diversification de l'activité de garde.

Comme le montre cette étude, sa vocation primaire de désengorger les urgences des consultations non programmées et non urgentes, est respectée, notamment au cours des journées de forte affluence et l'été. Celle-ci reste moins importante en basse saison, notamment en automne, mais l'activité s'avère croissante d'années en années. Son organisation actuelle semble donc optimale pour l'année, hors saison estivale. Cependant quelques évolutions restent à discuter avec les principaux acteurs afin d'optimiser les prises en charge et diminuer les temps de passages. Des améliorations organisationnelles, comme la mise en place d'une grille d'orientation, la relocalisation du box de consultation ou encore le mode de rémunération sont à rediscuter avec l'équipe hospitalière et les médecins généralistes effecteurs de la CMGRU.

Concernant son ouverture, deux trajectoires peuvent être envisagées. La première serait de poursuivre la CMGRU individualisée de la PDSA avec de possibles modifications d'horaires et une parfaite autonomie vis-à-vis du fonctionnement libéral. La seconde serait d'intégrer la CMGRU à la PDSA avec la création d'une réelle MMG dans le sens juridique. Le questionnement des visites serait de nouveau d'actualité. Mais des solutions viables existent.

Cette éventualité poserait alors la question de la modification des horaires sur la saison touristique. Ce point est à aborder avec les acteurs déjà sus-cités mais aussi avec les médecins généralistes libéraux.

Pour conclure, malgré une satisfaction globale de tous les acteurs, de nouvelles réunions d'organisation avec tous les acteurs de santé du bassin de population sont à organiser. Le principe sera de discuter de l'évolution future de cette structure. En effet malgré des résultats très positifs à son démarrage en 2018/2019, la CMGRU a déjà atteint ses limites de fonctionnement au cours des étés 2020 puis 2021.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Bayle-Iniguez A. le quotidien du médecin [en ligne]. 21 millions de passages aux urgences, hausse quasi permanente depuis 20 ans [page consultée le 04/08/21]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/sante-publique/21-millions-de-passages-aux-urgences-hausse-quasi-permanente-depuis-20-ans>
2. Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats.2003 Janv;(212):1-8.
3. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats. 2003 Janv;(215):1-12.
4. Lerat-Golasowski M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de Cambrai [Thèse de médecine]. Lille : Université du droit et de la santé de Lille ; 2015[page consultée le 11 mai 2021]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>
5. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand A-C, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233-40. DOI : 10.3917/spub.052.0233
6. Grall JY. Les maisons médicales de garde. Paris (FRA): Ministère de la Santé et des Solidarités ; 2006. 51p.
7. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on? Le panorama des établissements de santé[En ligne]. 2013 [page consultée le 13/05/21];11-28. Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/panorama2013\\_dossier01.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/panorama2013_dossier01.pdf)
8. Statistique annuelle des établissements de santé diffusion. SAE diffusion[En ligne]. [page consultée le 13/05/21]. Disponible sur: <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm>
9. Ricroch L, Seimandi T. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. Etudes et résultats. 2020 Août;(1157):1-7.
10. Ricroch L, Vuagnat A. Les hospitalisations après passage aux urgences moins nombreuses dans le secteur privé. Etudes et résultats. 2017 Fév;(0997):1-6.
11. Code de la santé publique. Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003. (version à jour au 15/05/21).
12. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une

articulation avec la médecine de ville à repenser. Paris (FRA): Cour des comptes; 2014 Sept. 29p

13. Code de la santé publique. Circulaire DHOS/O1 n° 2007-65 du 13 février 2007. (version à jour au 11/05/21)

14. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats. 2014 Juil;(889):1-8.

15. Durand A-C, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in emergency departments : rational or irresponsible consumers ? Perceptions of professionals and patients. BMC Res Notes. 2012 Sept;5(1)525-34. DOI : 10.1186/1756-0500-5-525

16. Munos J. Influence du l'urgence ressentie dans l'orientation vers une consultation aux urgences sur le bassin d'Arcachon [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2020.

17. Sorcinelli J. Etat des lieux des consultations spontanées au Service d'Accueil des Urgences en 2017: devenir des patients et évaluation des recours [Thèse de médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2018.

18. Bonnet M. Étude des raisons invoquées par les patients consultant pour un motif de médecine générale au service d'accueil des urgences de Marmande plutôt que chez un médecin généraliste [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2018.

19. Bouquin F. Identification des motivations des consultants aux urgences de l'hôpital d'instruction des Armées Legouest [Thèse de médecine]. Nancy: Université de Lorraine; 2017.

20. Société Française de Médecine Générale. Le patient et son généraliste « médecin traitant »[En ligne]. Lyon: Fondation April; 2010[page consultée le 04/08/21]. Disponible sur :  
[http://www.sfm.org/data/generateur/generateur\\_fiche/609/fichier\\_lepatient\\_medtrait\\_vf0af76.pdf](http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf)

21. Ministère des Solidarités et de la Santé. Solidarités santé[En ligne]. Médecin généraliste[page consultée le 04/08/2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/medecin-generaliste>

22. Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien. cgeoi[En ligne]. La discipline médecine générale. [page consultée le 04/08/21]. Disponible sur: <http://www.cgeoi.fr/enseignement/la-discipline-medecine-generale/>

23. Attal-Toubert K, Vanderschelden M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. *Etudes et résultats*. 2009 Fév;(679):1-8.

24. Agence Régionale de Santé. CartoSanté[En ligne]. *cartosante atlasante*[page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: [https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=330803,6437312,117480,86547&c=indicator&i=offre\\_ps.ecart\\_gene\\_5&s=2020&view=map12](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=330803,6437312,117480,86547&c=indicator&i=offre_ps.ecart_gene_5&s=2020&view=map12)

25. Sliman G, Audic Y, Périgois É. Attente, projets et motivations des médecins face à leur exercice professionnel[En ligne]. Paris: BVA group; 2007[page consultée le 17/05/21]. Disponible sur: [http://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier\\_tb757presentationcnodef\\_ce847.pdf](http://www.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_tb757presentationcnodef_ce847.pdf)

26. Burdillat M. Les nouvelles questions posées à la démographie médicale. *La découverte*. 2009 Avr;5(1):74-85.

27. Code de la santé publique. Article R6315-1(version à jour au 08/07/21).

28. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires[En ligne]. Bordeaux: ARS Nouvelle-Aquitaine; 2019 [page consultée le 11/05/21]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/66428/download?fbclid=IwAR1C98Ah-EjnUnl23eqjWvhw3ZxmKit3zZZ42kkdULrytUZbsRNwgE5Ffcg>

29. Code de la santé publique. Article R6315-2(version à jour au 08/07/21).

30. Conseil National de l'Ordre des Médecin. Code de déontologie médicale[En ligne]. Paris: CNOM; 2021 [page consultée le 13/05/21]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

31. Conseil National de l'Ordre des Médecin. Conseil national médecin[En ligne]. Bilan de la permanence des soins 2018[page consultée le 05/07/21]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2018>

32. Aubertin B. Les aspirations professionnelles des futurs médecins généralistes : enquête auprès des internes du D.E.S. de médecine générale de Lorraine et des médecins remplaçants en Meuse [Thèse de médecine]. Nancy: Université Henri Poincaré Nancy I; 2008.

33. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. *Etudes et résultats*. 2006 Mar;(471):1-8.

34. Collet M, Gouyon M. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine

générale. Etudes et résultats. 2007 Nov;(607):1-8.

35. Code de la santé publique. Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B no 2007-137 du 23 mars 2007 (version à jour au 17/04/21).

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

37. Durand A-C, Gentile S, Devictor B, Palazzolo S, Vignally P, Gerbeaux P, et al. ED patients: how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. Am J Emerg Med. 2011 Mar;29(3):333-45.

38. Gentile S, Vignally P, Durand A-C, Gainotti S, Sambuc R, Gerbeaux P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 2010 Mar;10(1):1-6. DOI : 10.1186/1472-6963-10-66

39. Sarrat S. Optimisation de la gestion des flux des patients aux urgences hospitalières par une consultation de Médecine Générale libérale de premier recours [Thèse de médecine]. Marseille: Université de la méditerranée; 2010.

40. Gironde Tourisme. Tourisme en Gironde : Les chiffres clés de 2018 [En ligne]. Bordeaux : Gironde Tourisme; 2018 [page consultée le 06/07/21]. Disponible sur: <https://www.gironde-tourisme.fr/espace-pro/wp-content/uploads/sites/2/2018/10/chiffres-cles-2018.pdf>

41. Chebassier S. Le tourisme dans les landes : chiffres clés 2018 [En ligne]. Mont-de-Marsan: Comité départemental des Landes; 2019 [page consultée le 13/07/21]. Disponible sur: [https://www.landes.fr/files/cg40/entreprendre/Chiffres\\_cles\\_edition2019\\_Version\\_finale.pdf](https://www.landes.fr/files/cg40/entreprendre/Chiffres_cles_edition2019_Version_finale.pdf)

42. Syndicat Intercommunal du Bassin d'Arcachon. Recueil de données touristiques sur le bassin d'Arcachon [En ligne]. Syndicat Intercommunal du Bassin d'Arcachon: Arcachon; 2014 [page consultée le 6/07/21]. Disponible sur: [https://www.siba-bassin-arcachon.fr/sites/siba/files/recueil\\_de\\_donnees\\_tourisme\\_2014.pdf](https://www.siba-bassin-arcachon.fr/sites/siba/files/recueil_de_donnees_tourisme_2014.pdf)

43. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee [En ligne]. Statistiques locales [page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: <https://statistiques-locales.insee.fr/#bbox=-185512,5617504,220427,163892&c=indicator&view=map1>

44. SOS Médecins Bordeaux. SOS Médecins Bordeaux [En ligne]. Centres de consultation [page consultée le 22/07/21]. Disponible sur: <https://www.sosmedecins-bordeaux.com/centres>

45. Ville de Biganos. Ville de Biganos[En ligne]. Numéros utiles[page consultée le 22/07/21]. Disponible sur: <https://villedebiganos.fr/mairie/biganos-pratique/numeros-utiles/>

46. Menet S. Sudouest [En ligne]. Arcachon : la maison médicale ouvrira le 1er octobre [page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2015/09/17/arcachon-la-maison-medicale-ouvrira-le-1er-octobre-2127091-2733.php>

47. Ville Arcachon. Ville Arcachon[En ligne]. Arcachon Santé[page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: <https://www.ville-arcachon.fr/arcachon-sante/>

48. M S. Sudouest[En ligne]. Premier bilan positif pour Arcachon Santé.[page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/2016/05/19/premier-bilan-positif-pour-arcachon-sante-2368314-2733.php?nic>

49. Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine. Activité des services d'urgences 2017[En ligne]. Bordeaux: ORUNA; 2017[page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: <https://www.oruna.fr/system/files/public/CHIFFRES%20CLE%20ETABLISSEMENT%202017%20V5.pdf>

50. Observatoire Régional des Urgences Nouvelle-Aquitaine. Activité des services d'urgences 2019[En ligne]. Bordeaux: ORUNA; 2019[page consultée le 21/07/21]. Disponible sur: [https://www.oruna.fr/system/files/public/2020\\_07\\_02\\_PANORAMA\\_WEB\\_compressed.pdf](https://www.oruna.fr/system/files/public/2020_07_02_PANORAMA_WEB_compressed.pdf)

51. Fédération des observatoires Régionaux des urgences. Recommandations FEDORU : collecte et usages des RPU[En ligne]. Hyères: FEDORU; 2014[Page consultée le 23/07/2021]. Disponible sur: [http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2015/03/GT1\\_Collecte-et-Usages-des-RPU\\_V1.1.pdf](http://www.fedoru.fr/wp-content/uploads/2015/03/GT1_Collecte-et-Usages-des-RPU_V1.1.pdf)

52. Dubourg B. Sudouest[En ligne]. Arcachon : des consultations de médecins aux urgences de l'hôpital.[page consultée le 23/07/21]. Disponible sur: <https://www.sudouest.fr/gironde/la-teste-de-buch/arcachon-des-consultations-de-medecins-aux-urgences-de-l-hopital-2926508.php>

53. MG France. Cotation pratique du spécialiste et du médecin généraliste [Brochure]. Paris: MG France; 2020[page consultée le 23/07/21]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/images/telechargements/plaquette-generale.pdf>

54. MG France. MG France[En ligne]. La CCAM du Médecin Généraliste[page consultée le 23/07/21]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/nomenclature/271-la-ccam-du->

medecin-generaliste

55. Société Française de Médecine d'Urgence. Thésaurus Code Diagnostic. Paris: SFMU; 2013.

56. Conseil National de l'Ordre des Médecins. conseil national médecin[En ligne]. Trouver un médecin[page consultée le 15/07/21]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/annuaire>

57. Flacassier C. Etude de l'impact de la maison médicale de garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2017.

58. Zavisic N. Etat des lieux et evaluation des quatre maisons médicales de garde en martinique en 2014 [Thèse de médecine]. Pointe-à-Pitre: Université des Antilles et de la Guyane; 2014.

59. Weber A. La Maison Médicale de Garde de Sallanches : L'implantation au sein du Service des Urgences Hospitalières comme réponse possible à la Permanence de Soins en zone de montagne. Evaluation de son fonctionnement et devenir. [Thèse de médecine]. Grenoble: Université Joseph Fournier Grenoble 1; 2008.

60. Vuagnat A, Toutlemonde F. Histoire des urgences et des évaluations de l'adéquation à leur recours. *adsp*. 2019 Déc;(109):6-9.

61. Yvon A. Les admissions aux urgences du Pôle Santé d'Arcachon [Thèse de médecine]. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2015.

62. Boisguérin B. Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. *Etudes et résultats*. 2019 Oct;(1128):1-8.

63. Ricroch L, Vuagnat A. Urgences : sept patients sur dix attendent moins d'une heure avant le début des soins. *Etudes et résultats*. 2015 Août;(0929):1-8.

64. Bonnave C, Rolfo R. Etat des lieux et perception des internes en médecine générale de la permanence des soins dans la région Nord Pas de Calais [Thèse de médecine]. Lille: Université du droit et de la santé de Lille; 2013.

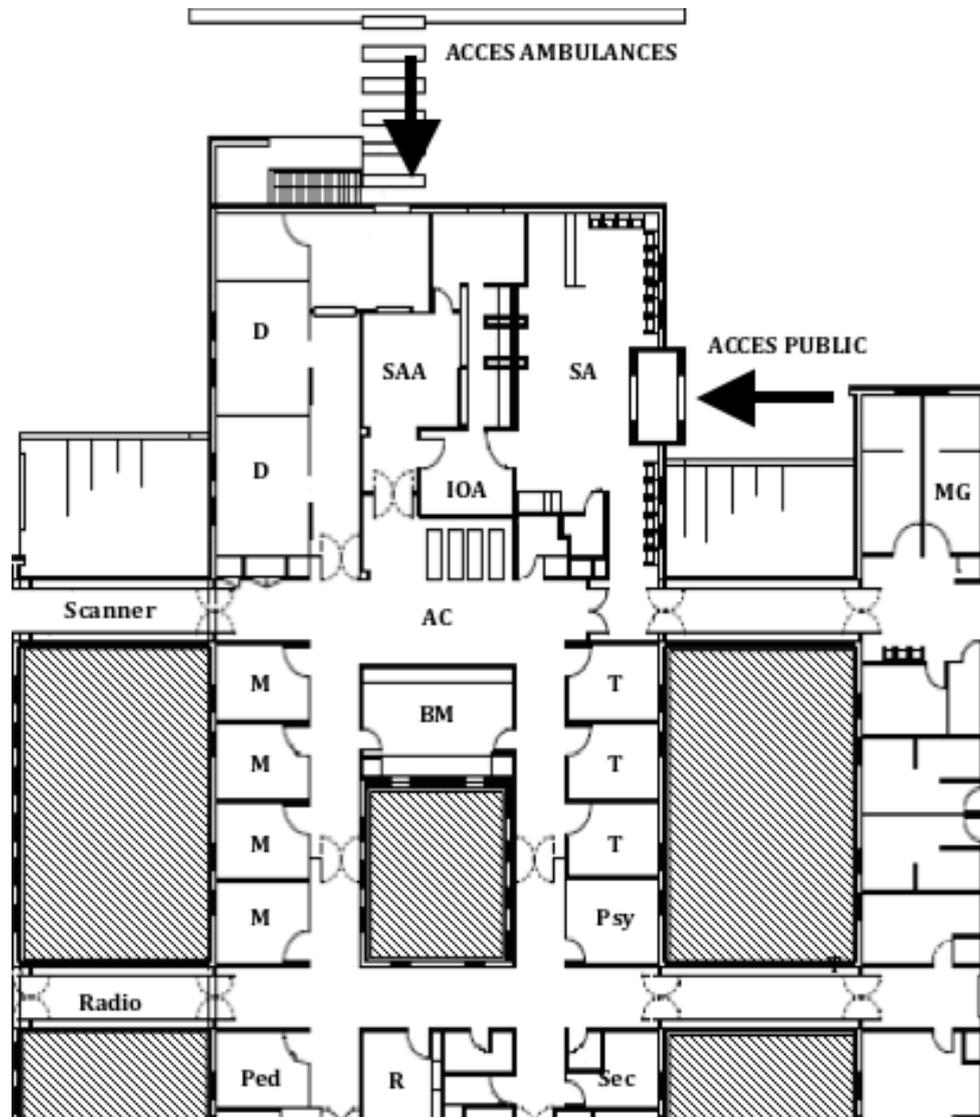
65. Munck S, Massin S, Hofliger P, Darmon D. Déterminants du projet d'installation en ambulatoire des internes de médecine générale. *Santé publique*. 2015 Mar;27(1):49-58.

66. Griere M. La Maison Médicale de garde de Douai pour assurer la permanences des soins ambulatoires dans le Douaisis. Evaluation de l'adaptabilité du dispositif et de la satisfaction des usagers. [Thèse de médecine]. Lille: Université du droit et de la santé de Lille; 2017.



## ANNEXES

### 1 ANNEXE 1 – Plan des urgences et de la CMGRU du CHA



Légende :

**AC** : Attente couchée

**BM** : Bureau médical

**D** : Box de déchoquage

**IOA** : Box d'accueil pour évaluation IOA

**M** : Box de PEC de la médecine

**MG** : Salle de consultation de la CMGRU

**Ped** : Box pour la PEC de la pédiatrie

**Psy** : Bureau psychiatre

**R** : Réserve

**Radio** : Accès vers la radio

**Scanner** : Accès vers le scanner

**Sec** : Chambre sécurisée

**SA** : Salle d'attente commune

**SAA** : Salle d'attente allongée

**T** : Box pour PEC de la traumatologie

2 ANNEXE 2 - Grille d'aide à l'orientation des patients par l'IOA vers la CMGRU

Grille d'orientation des patients vers la MMG

	Urgences	MG
<b>Cardiologie</b>	Détresse circulatoire	
	douleurs thoraciques	
<b>Respiratoire</b>	Détresse respiratoire	
	Dyspnée	
		Toux
<b>ORL</b>		douleurs pharyngées / angine
		otalgie / otite
		rhinite / sinusite
		diminution audition
	epistaxis	
	corps étranger	
<b>Dentaire</b>		douleurs / abcès
<b>Neurologie</b>	Troubles conscience	
	Deficit moteur et/ou sensitif	
	Céphalées inhabituelles et / ou ictales	Céphalées habituelles / migraines connues
	Convulsions	
		malaise sans PC
<b>Rachis</b>	Traumatismes	
		douleurs sans traumatisme
<b>Membre sup et inf</b>		douleurs sans trauma y compris douleurs articulaires
		traumatisme sans impotence
	traumatisme avec impotence et/ou déformation	
<b>Urologie</b>		douleurs
		brulures urinaires / dysurie
<b>Dermatologie</b>	purpura	
		eruption non fébrile
		réaction allergique légère

	Urgences	MG
		urticaire
<b>Gastroentérologie</b>		diarrhée / constipation / nausées vomissements
		douleurs
<b>Gynécologie</b>		brulures / pertes anormales
<b>Traumatologie</b>	plaie profonde / délabrante	plaie superficielle (appeler le MG)
		pronation douloureuse (appeler MG)
		TC sans PCI (sans anticoagulants ni anti agrégants)
<b>Psychiatrie</b>	idées suicidaires	
	IMV	
	agitation / agressivité	
		crise d'angoisse / spasmophilie
		dépression sans idées suicidaires
<b>Ophthalmologie</b>	Corps étranger	
		oeil rouge
<b>Infectieux</b>		Fièvre <72h sans critères de gravité
<b>Certificats</b>		CCB
<b>Pédiatrie</b>		Fièvre <48h bien tolérée
		GEA sans gravité
		eruption fébrile sans purpura
		douleurs abdominales bien tolérées
		brulures mictionnelles
		TC sans PCI

### 3 ANNEXE 3 – Texte explicatif précédant chaque questionnaire

Bonjour,

Je réalise ce questionnaire dans le cadre de ma thèse de médecine générale. Elle a deux objectifs principaux :

- Le premier est d'étudier l'activité de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon. Pour cela nous avons étudié une vingtaine de caractéristiques pour toutes les consultations effectuées du 1<sup>er</sup> juillet 2018 au 31 décembre 2019.
- La seconde est d'évaluer la satisfaction, les connaissances des différents intervenants ainsi que les axes d'améliorations envisageables.

Ce questionnaire est anonyme.

Les résultats seront transmis par la suite afin d'optimiser le fonctionnement de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences.

#### 4 ANNEXE 4 – Questionnaire distribué aux MGU

- 1) Quel est votre âge ? (Cochez une réponse)
- < 25 ans
  - 25 – 34 ans
  - 35 – 44 ans
  - 45 – 55 ans
  - > 55 ans
- 2) Quel est votre sexe ? (Cochez une réponse)
- Femme
  - Homme
- 3) Depuis combien de temps prenez-vous des plages de consultations de médecine générale ? (Cochez une réponse)
- < 6 mois
  - 6 mois – 1 an
  - > 1 an
- 4) En dehors de cette activité, où exercez-vous ? (Cochez une ou plusieurs réponses)
- Cabinet, installé
  - Cabinet, remplaçant
  - SOS médecins
  - Aucune autre activité
  - Autre :
- 5) Comment avez-vous connue cette activité ?
- 6) Dans votre pratique à la consultation de médecine générale rattachée aux urgences acceptez-vous de ? (**Entourez la réponse qui vous semble la plus juste**)
- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| a. Réaliser de sutures :                     | Oui | Non |
| b. Réaliser d'immobilisation plâtrées :      | Oui | Non |
| c. Réaliser des consultations de pédiatrie : | Oui | Non |
- 7) Depuis que vous participez à la consultation de médecine générale, êtes-vous confrontés à des pathologies que vous ne rencontriez pas avant ? (Cochez une réponse)
- Oui
  - Non
- 8) Si oui, cela a-t-il élargie vos champs d'activités pour votre exercice autre ? (Cochez une réponse)
- Oui
  - Non

- 9) Vous arrive-t-il de réorienter un patient vers le secteur des urgences ? (Cochez une réponse)
- Oui, plusieurs fois par garde
  - Oui, une fois par garde
  - Oui, moins d'une fois par garde
  - Non, jamais
- 10) Si oui, sur quel(s) motif(s) ? (Numérotez par ordre de fréquence)
- a. .... Demande du médecin urgentiste
  - b. .... Durée d'attente très longue pour la consultation par rapport au secteur des urgences
  - c. .... Motif de consultation, qui selon vous, ne relève pas du secteur de la médecine générale
  - d. .... Autre, préciser
- 11) A l'inverse, vous arrive-t-il de voir un patient initialement orienté pour le secteur des urgences ? (Cochez une réponse)
- Oui, plusieurs fois par garde
  - Oui, une fois par garde
  - Oui, moins d'une fois par garde
  - Non, jamais
- 12) Si oui, sur quel(s) motif(s) ? (Numérotez par ordre de fréquence)
- a. .... Demande du médecin urgentiste
  - b. .... Durée d'attente très longue dans le secteur des urgences par rapport à la consultation de médecine générale
  - c. .... Motif de consultation, qui selon vous, relève de la consultation de médecine générale
  - d. .... Autres, préciser
- 13) Lors de la consultation, les patients semblent-ils plus demandeur d'examens complémentaires par rapport aux gardes de ville ? (Cochez une réponse)
- Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- 14) Lors de la consultation, pensez-vous prescrire plus facilement des examens complémentaires par rapport à l'exercice au cabinet de ville ? (Cochez une réponse)
- Oui
  - Non
  - Ne sait pas
- 15) Le fait de prendre des consultations a-t-il changé vos relations avec l'hôpital et les urgences ? (Cochez une réponse)
- Oui
  - Non
  - Ne sait pas

16) Si oui, comment ?

17) Globalement, êtes-vous satisfait du fonctionnement de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

18) De façon plus détaillée, que pensez-vous ? (Entourez la réponse qui vous semble la plus juste)

- a. Des locaux : Très satisfait Plutôt satisfait Peu satisfait Pas satisfait
- b. Du matériel à disposition :
- c. Du nombre de patients vus :
- d. De la durée des permanences :
- e. De la sécurité :
- f. Des conditions financières :

19) Avez-vous des remarques sur ces points ?

20) Pour vous, la consultation de médecine générale au sein des urgences est-elle adaptée à la demande de soin croissante ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

21) A votre avis, faut-il modifier le dispositif de consultation de médecine générale rattachée aux urgences ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

5 ANNEXE 5 – Questionnaire distribué aux MU

1) Quel est votre âge ? (Cochez une réponse)

- < 25 ans
- 25 – 34 ans
- 35 – 44 ans
- 45 – 55 ans
- > 55 ans

2) Quel est votre sexe ? (Cochez une réponse)

- Femme
- Homme

3) Depuis combien de temps exercez-vous au sein d'un service d'urgence ? (Nombre en année(s))

4) Depuis combien de temps exercez-vous au centre hospitalier d'Arcachon? (Nombre en année(s))

5) De manière générale, vous arrive-t-il de réorienter un patient initialement pour les urgences vers la consultation de médecine générale ? (Cochez une réponse)

- Oui, plusieurs fois par garde
- Oui, une fois par garde
- Oui, moins d'une fois par garde
- Non, jamais

6) Si oui, sur quel(s) motif(s) ? (Une ou plusieurs réponses, par ordre de fréquence ?)

- Demande du médecin généraliste
- Durée d'attente très longue dans le secteur des urgences par rapport à celui de la consultation
- Motif de consultation, qui selon vous, ne relève pas du secteur des urgences
- Autre(s), préciser :

7) A l'inverse, de manière générale, vous arrive-t-il de voir un patient initialement orienté pour la consultation de médecine générale ? (Cochez une réponse)

- Oui, plusieurs fois par garde
- Oui, une fois par garde
- Oui, moins d'une fois par garde
- Non, jamais

8) Si oui, sur quel(s) motif(s) ? (Une ou plusieurs réponses, numérotez par ordre de fréquence)

	Non	1	2	3	4	5	6
a. Demande du médecin généraliste							
b. Durée d'attente très longue dans le secteur de la consultation de médecine générale par rapport au secteur des urgences							
c. Motif de consultation, qui selon vous, ne relève pas de la consultation de médecine générale							
d. Nécessité d'examens complémentaires							
e. Nécessité d'hospitalisation							
f. Autres, préciser :							

9) Depuis l'ouverture de la consultation de médecine générale, pensez-vous que votre charge de travail ait évolué ? (Cochez une réponse)

- Oui, elle a augmenté pour les patients non graves
- Oui, elle a diminué pour les patients non graves
- Non, cela n'a rien changé
- Ne sait pas

10) Sur les heures d'ouverture de la consultation de médecine générale, pensez-vous que les pathologies prises en charge dans le secteur des urgences ont changé ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

11) Si oui, d'après-vous pour les indications **non graves**, vous voyez ? (Entourez l'affirmation qui vous semble vraie)

- |                  |      |           |       |
|------------------|------|-----------|-------|
| a. Médecine      | Plus | Similaire | Moins |
| b. Traumatologie | Plus | Similaire | Moins |
| c. Plâtre        | Plus | Similaire | Moins |
| d. Suture        | Plus | Similaire | Moins |
| e. Pédiatrie     | Plus | Similaire | Moins |
| f. Certificat    | Plus | Similaire | Moins |

12) D'après-vous, la consultation de médecine générale au sein des urgences est-elle adaptée à la demande de soin croissante ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

13) A votre avis, faut-il modifier le dispositif de consultation de médecine générale rattachée aux urgences ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

14) Si oui, comment ? (Commentaire libre)

6 ANNEXE 6 – Questionnaire distribué aux IOA

- 1) Quel est votre âge ? (Cochez une réponse)
  - < 25 ans
  - 25 – 34 ans
  - 35 – 44 ans
  - 45 – 55 ans
  - > 55 ans
  
- 2) Quel est votre sexe ? (Cochez une réponse)
  - Femme
  - Homme
  
- 3) Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ? (Nombre en année(s))
  
- 4) Depuis combien de temps êtes vous infirmier (ère) organisatrice de l'accueil ? (Nombre en année(s))
  
- 5) Depuis combien de temps exercez vous aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon? (Nombre en année(s))
  
- 6) Avez-vous reçu une formation pour le poste d'infirmier (ère) organisateur (trice) de l'accueil ?
  - Oui
  - Non
  
- 7) Expliquez-vous au patient qu'il y a un médecin généraliste présent et que c'est lui qui recevra le patient ? (Cochez une réponse)
  - Oui, toujours
  - Oui, souvent = plusieurs fois par garde
  - Oui, parfois = moins d'une fois par garde
  - Non, jamais
  
- 8) Vous arrive-t-il qu'un patient refuse d'être pris en charge par le médecin généraliste ? (Cochez une réponse)
  - Oui, plusieurs fois par garde
  - Oui, une fois par garde
  - Oui, moins d'une fois par garde
  - Non, jamais
  
- 9) Vous arrive-t-il qu'un médecin généraliste refuse de prendre en charge un patient orienté vers la consultation ? (Cochez une réponse)
  - Oui, plusieurs fois par garde
  - Oui, une fois par garde
  - Oui, moins d'une fois par garde
  - Non, jamais

10) Si oui, sur quel (s) motif (s) ? (Commentaire libre)

11) Votre orientation vers la consultation de médecine générale ou vers le secteur des urgences dépend-il de l'affluence ? (Cochez une réponse)

- Oui, toujours
- Oui, parfois
- Non
- Ne sait pas

12) Si oui, quand orientez-vous plutôt vers le secteur des urgences ? (Cochez une ou plusieurs réponses)

- A partir de 30 minutes de différence en plus pour la consultation de médecine générale
- A partir de 1heure de différence en plus pour la consultation de médecine générale
- A partir de 1h30 de différence en plus pour la consultation de médecine générale
- Autre(s), préciser :

13) Si oui, en parlez-vous ... (Cochez une ou plusieurs réponses)

- Avec le médecin généraliste de garde ?
- Avec les urgentistes ?
- Personne ?
- Autre(s), préciser :

14) Votre orientation vers la consultation de médecine générale ou vers le secteur des urgences dépend-il du médecin généraliste de garde ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

15) D'après vous existe-t-il une grille d'orientation vers la consultation de médecine générale ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

16) Si oui, l'utilisez-vous ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non

17) Pensez-vous que **pour vous** cela peut-être utile ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

18) Pensez-vous que votre charge de travail a évolué ? (Cochez une réponse)

- Oui, elle a augmenté
- Oui, elle a diminué
- Non, cela n'a rien changé
- Ne sait pas

19) Selon votre ressenti, pensez-vous que vous orientez correctement les patients ?  
(Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

20) Pour vous, la consultation de médecine générale au sein des urgences est-elle adaptée à la demande de soin croissante ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

21) A votre avis, faut-il modifier le dispositif de consultation de médecine générale rattaché aux urgences ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

22) Si oui, avez-vous des propositions de modifications ? (Commentaire libre)

## 7 ANNEXE 7 – Questionnaire distribué aux MGA

- 1) Quel est votre lieu/ville d'exercice ?
  
- 2) Quel est votre âge ? (Cochez une réponse)
  - < 25 ans
  - 25 – 34 ans
  - 35 – 44 ans
  - 45 – 55 ans
  - > 55 ans
  
- 3) Quel est votre sexe ? (Cochez une réponse)
  - Femme
  - Homme
  
- 4) Depuis combien de temps êtes-vous installé ? (Nombre en année(s))
  
- 5) Exercez-vous en cabinet de groupe ou bien seul ? (Cochez une réponse)
  - Groupe
  - Seul
  - Autre :
  
- 6) Participez-vous à la permanence des soins ambulatoire en réalisant des gardes en ville ? (Cochez une réponse)
  - Oui
  - Non
  
- 7) Participez-vous aux gardes de médecine générale rattachées aux urgences du pôle santé ? (Cochez une réponse)
  - Oui
  - Non
  
- 8) Connaissez-vous le fonctionnement de cette consultation ? (Cochez une réponse)
  - Oui
  - Non
  
- 9) Si oui, pouvez-vous me l'expliquer en quelques mots ? (Commentaire libre)
  
- 10) Avant de recevoir ce questionnaire étiez-vous au courant qu'il y a un médecin généraliste qui reçoit des patients aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon sur les horaires de la permanence de soin ambulatoire, en dehors de toute régulation ? (Cochez une réponse)
  - Oui
  - Non

11) D'après-vous, la consultation de médecine générale au sein des urgences est-elle adaptée à la demande de soin croissante ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non

12) Si la consultation de médecine générale rattachée aux urgences remplaçait les gardes de ville (PDS), seriez-vous intéressé ? (Cochez une réponse)

- Oui
- Non
- Ne sait pas

## 8 ANNEXE 8 – Cotation CCMU

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

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

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

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

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

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

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

## Serment d'Hippocrate

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

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

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

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.



# **Titre : Evaluation de l'activité de la consultation de médecine générale rattachée aux urgences du centre hospitalier d'Arcachon**

## **Résumé :**

**Introduction :** L'affluence aux urgences est un problème national s'aggravant au fil des années. Le Centre Hospitalier d'Arcachon a créé une structure innovante basée sur une consultation de médecine générale rattachée aux urgences (CMGRU), ouverte sur les horaires de la PDSA, mais indépendante de celle-ci. Quelle est la population prise en charge et quelles sont les pratiques des médecins généralistes aux urgences (MGU) ? D'après les principaux auteurs, quels sont les axes d'amélioration ?

**Matériel et méthode :** Une analyse exhaustive des données permet une étude observationnelle, monocentrique, rétrospective de la population. Secondairement, grâce aux questionnaires distribués aux principaux acteurs, les principaux axes de satisfaction et d'amélioration sont explorés.

**Résultats :** Cette consultation accueille une population ambulatoire dont la durée de prise en charge moyenne est inférieure à 2 heures avec ou sans la réalisation d'examens complémentaires.

La satisfaction globale de tous les acteurs est bonne. Cependant des axes d'amélioration sont mis en lumière : l'orientation initiale, la localisation du local ou encore la rémunération.

**Conclusion :** La CMGRU est une solution innovante permettant une optimisation de la PEC des patients se présentant spontanément aux urgences. Elle présente cependant des limites au cours de la saison estivale et son évolution future reste à définir.

**Mots clés :** PDSA, Urgences, Médecine Générale,

## **Title : Evaluation of the activity of the general medical consultation attached to the emergencies of the Arcachon hospital center.**

### **Abstract :**

**Introduction :** Overcrowding in Hospitals Emergencies is a national problem that has worsened over the years. The Arcachon Hospital Center has created an innovative structure based on a general medical consultation attached to emergencies (CMGRU), open during PDSA hours and independent from it. What are the populations treated at the Emergencie service, and what are the practices of the generalists in emergencies (MGU) ? According to the main authors, what are the main areas for improvements ?

**Material and method :** An exhaustive analysis of the data allows an observational, monocentric, retrospective study of the population. Secondly, thanks to surveys distributed to the main players, the main areas of satisfaction and improvement are explored.

**Results :** This consultation welcomes an outpatient population for which the average duration of treatment is less than 2 hours with or without carrying out additional examinations. The overall satisfaction of all the players is good. However, areas for improvement are highlighted : the initial orientation, the location of the examination rooms or even the remunerations.

**Conclusion :** The CMGRU is an innovative solution allowing an optimization of the ECP of patients presenting spontaneously to the emergency room. However, it presents limits during the summer season and its future evolution remains to be defined.