

ORSMIP

**Les urgences médico-chirurgicales
« non vitales » :
la place des médecins généralistes**

entretiens auprès de 100 médecins
exerçant en Midi-Pyrénées

Dr Françoise Cayla
Laïla Benmoussa-Oumansour

Janvier 2004

Sommaire

Introduction	3
Contexte et objectifs de l'étude	4
Objectifs de l'étude « médecins généralistes »	4
Méthode	5
1. Échantillonnage	5
2. Modalités de passation	7
3. Grille d'entretien	8
4. Analyse	8
Résultats	
1. Caractéristiques des médecins interrogés	9
2. Conditions d'exercice	10
3. Attitude des médecins généralistes dans la journée face à des situations médico-chirurgicales « non vitales »	12
3.1 Le cas d'un appel téléphonique d'un malade connu pendant la journée	12
3.2 Le cas d'un appel dans la journée pendant la visite ou hors consultation	14
3.3 Le cas des appels de patients « non connus » dans la journée	14
4. Attitude des médecins généralistes durant une permanence de nuit	15
5. Attitude des médecins généralistes durant le week-end de garde	16
6. Analyse des facteurs pouvant influencer sur les attitudes des médecins généralistes	17
7. Opinions des médecins sur « l'urgence, les services d'urgence, la permanence de soins »	21
Synthèse	23
Grille	

Introduction

Dès 2001, l'analyse des données de tous les passages aux urgences des 33 établissements de la région Midi-Pyrénées réalisée par l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées a pu mettre en évidence que 8 passages sur 10 en moyenne correspondaient à des urgences médico-chirurgicales dont le degré de gravité ne met pas en jeu le pronostic vital, « urgences non vitales » correspondant dans la classification des maladies des urgences à la CCMU1 et CCMU2.

Cette proportion, retrouvée dans tous les établissements de la région quelle que soit leur taille et les caractéristiques de leur environnement socio-démographique, confirmait les résultats des enquêtes réalisées à l'échelle nationale () mais aussi dans d'autres pays ().

Dans un contexte où la justification de la mobilisation professionnelle, institutionnelle et par contre-coup médiatique autour des urgences portent sur un argument quantitatif : l'accroissement préoccupant de la fréquence des urgences hospitalières, et sur un argument qualitatif : la nécessité d'assurer une sécurité maximale de la prise en charge, l'ORUMIP a souhaité mener une étude régionale sur les déterminants qui conduisent les patients qui ne relèvent pas d'une urgence vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville afin de pouvoir optimiser la prise en charge de ce type d'urgence.

Trois axes d'études menées parallèlement sur plusieurs sites de la région ont été définis :

- l'analyse des facteurs et des raisons invoquées par les patients se présentant dans les services d'urgence,
- l'identification du dispositif de permanence de soins des médecins généralistes sur les sites d'étude,
- l'analyse des attitudes et de l'opinion des médecins généralistes intervenant sur ces sites.

L'ORUMIP a sollicité l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées pour réaliser ce troisième axe d'étude.

Ce rapport présente les résultats des entretiens que nous avons mené auprès de 100 médecins généralistes exerçant sur les sites des services d'urgence de l'étude.

Contexte de l'étude

Plusieurs facteurs ont été avancés pour expliquer l'augmentation régulière de l'activité des services d'urgence depuis quelques années liés tant à la modification et amélioration de la médecine d'urgence en France (rénovation des services d'urgence, professionnalisme des équipes, médiatisation de l'activité), à la modification en cours de l'offre de soins de ville (limitation importante des actes, problèmes de responsabilité, de formation, de sécurité), qu'aux patients eux-mêmes, souvent qualifiés de « consommateurs », suspectés de profiter de l'apparente gratuité des soins dispensés ou plus simplement d'être « mal informés » ou « mal éduqués ».

Mais certains auteurs () ont pu montrer aussi que les patients ont de fait des comportements rationnellement adaptés aux changements intervenus dans le dispositif de soins, reconnaissant l'efficacité et la technicité des services d'urgence, nouvelle donne à laquelle les médecins de ville se sont aussi accommodés. L'attitude des malades semble alors « hyper adaptée » à l'évolution du système de l'offre de soins des urgences et des professionnels libéraux.

Dans ce contexte, où les phénomènes structurant semblent difficiles à inverser, il paraît important de mieux appréhender et comprendre ces changements dans différents sites de la région, dans différents contextes d'exercice à travers la mise en regard des éléments caractérisant le passage des patients (motifs invoqués, satisfaction, caractéristiques socio-démographiques et diagnostic) et des éléments caractérisant la pratique des médecins généralistes de la zone.

Autant d'éléments susceptibles d'aider à prendre acte de ces changements mais de conduire aussi une réflexion sur les moyens d'optimiser ce type de prise en charge.

Objectifs

- ▶ Apprécier la place et l'attitude des médecins généralistes exerçant dans la région face à des « situations d'urgences non vitales » et leur niveau d'implication dans la permanence de soins.
- ▶ Rechercher les facteurs pouvant influencer sur ce positionnement.
- ▶ Connaître l'opinion et les représentations que se font les médecins des services d'urgence et des recours à ce type de service, et les obstacles évoqués pour assurer la permanence de soins.

Méthode

1. Échantillonnage

L'échantillon des médecins généralistes couvrait les trois zones géographiques de Midi-Pyrénées correspondant aux établissements de santé sélectionnés.

Nous avons schématiquement distingué :

- L'agglomération toulousaine par les établissements de la clinique d'Occitanie, la clinique de l'Union, et le CHU de Rangueil.
- Les pôles urbains par le CH de Tarbes et le CH de Montauban.
- Les pôles ruraux par le CH de Saint-Girons, le CH de Lavour, et le CH de Figeac.

Pour ces différentes zones, et à partir d'une base fournie par la DRASS, nous avons tiré au sort 100 médecins généralistes que nous avons répartis comme suit :

- 40 médecins dans l'agglomération toulousaine
- 30 médecins dans les pôles urbains (15 sur la zone de Montauban, 15 sur la zone de Tarbes)
- 30 médecins en milieu rural (10 sur la zone de Saint Girons, 10 sur la zone de Figeac, 10 sur la zone de Lavour).

Ensuite, pour chaque CH ou clinique considérés, nous avons sélectionné les médecins généralistes installés dans les 5 premières communes avoisinantes, ayant le taux le plus élevé de recours à leurs services d'urgence, et ce, pour des urgences non vitales et pour 100 habitants. [estimations à partir des recours du 1^{er} semestre 2001 CCMU 1 et 2, ORUMIP, zones de recours par code postal -cf annexes-]

• CH Ariège Couserans

Taux de recours pour urgences non vitales¹ pour 100 habitants

Prat Bonrepaux	11,5
Saint Lizier	10,2
Saint Girons	9,2
Seix	7,3
Massat	6,8
Castillon	6,5

25 médecins installés² dont
7 à Saint Girons

→ 10 médecins interrogés

¹ estimations à partir des recours du 1^{er} semestre 2001 CCMU I et II. ORUMIP, zones de recours par code postal

² fichier ADELI

• CH de Lavour

Taux de recours pour urgences non vitales¹ pour 100 habitants

Lavour	13,2
Briatexte	8,3
Saint-Sulpice	6,6
Rabastens	4,0
St Paul Cap de Joux	3,4
Graulhet	3,4

55 médecins installés² dont
15 à Lavour

→ 9 médecins interrogés

• CH de Figeac

Taux de recours pour urgences non vitales pour 100 habitants

Figeac	8,6
Assier	6,7
Bagnac sur Cele	5,9
Capdenac Gare	4,5
Cajarc	4,4
Lacapelle Marival	4,0

37 médecins installés dont
17 sur Figeac

→ 12 médecins interrogés

• CH de Montauban

Taux de recours pour urgences non vitales pour 100 habitants

	CH de Montauban	Clinique du Pont de Chaume
Montauban	7,8	2,8
Montech 1	5,4	2,4
Montech 2	4,6	
St Etienne Tulmont	5,5	2,5
La Ville Dieu	5,3	1,7
La Française	4,9	1,3
Albias	4,9	2,1
Salvagnac	-	2,8

89 médecins installés dont
68 à Montauban

→ 14 médecins interrogés

¹ estimations à partir des recours du 1^{er} semestre 2001 CCMU I et II. ORUMIP, zones de recours par code postal

² fichier ADELI

- **CH de Tarbes**

Taux de recours pour urgences non vitales¹ pour 100 habitants

Tarbes	7,8
Soues	5,9
Borderes 1	5,8
Borderes 2	5,6
Aureilhan	5,5
Séméac	5,3
Andrest	5,2

100 médecins installés² dont 75 à Tarbes

→ 13 médecins interrogés

- **Agglomération toulousaine**

Taux de recours pour urgences non vitales pour 100 habitants

CH Rangueil		Clinique d'Occitanie		Clinique de l'Union	
Ramonville	1.0	Muret	3.9	Montrabes	5.4
Castanet	0.6	Pin Justaret	2.4	L'Union	5.1
Toulouse	0.5	Noe	2.4	Castelmaurou	4.7
Escalquens	0.5	Lezat	2.2	Montastruc	4.0
Portet	0.5	Lagardelle	2.1	Castelginest	3.2
Auterive	0.4	Rieumes	2.0		

896 médecins installés dont 709 à Toulouse, 22 à l'Union, 35 à Muret

→ 40 médecins interrogés

2. Modalités de passation

Les médecins tirés au sort étaient destinataires d'une lettre les informant du cadre et des objectifs de l'étude. Un rendez-vous téléphonique était pris avec eux pour un entretien d'une durée de 20 minutes. Les chargés d'études de l'ORS réalisaient l'entretien à l'aide d'une grille d'entretien.

¹ estimations à partir des recours du 1er semestre 2001 CCMU I et II. ORUMIP, zones de recours par code postal

² fichier ADELI

3. Grille d'entretien

Les thèmes abordés sont centrés sur :

- le niveau et le type de participation à une permanence de soins et les raisons invoquées par le médecin sur ce positionnement ;
- l'opinion (en terme de satisfaction), les raisons invoquées et les propositions faites par le médecin à propos de plusieurs « situations types » d'urgences non vitales ;
- les principaux motifs qui selon le médecin entraînent un recours direct des patients vers les services d'urgence et en particulier de leurs propres patients ;
- le niveau de relation avec le service d'urgence ;
- les problèmes et obstacles les plus souvent rencontrés pour assurer la permanence des soins.

Les « situations types » ont été proposées par un groupe de médecins généralistes participant au projet (URML et ORUMIP) et comprennent :

- Plaie de l'arcade sourcilière
- Douleur abdominale
- Douleur oropharyngée
- Fièvre
- Urgence médico-psycho-sociale
- Traumatisme de la cheville

Le médecin interrogé doit préciser la ou les deux attitudes les plus courantes face à l'une de ces situations :

- Vous faites venir au cabinet
- Vous proposez une visite différée dans la journée
- Vous orientez vers un service d'urgence
- Vous y allez ou envoyez votre associé
- Vous donner des conseils et rappelez, ou êtes rappelés si besoin

4. Analyse

La création du fichier ainsi que la saisie des données ont eu lieu sur le logiciel ACCESS, tandis que l'analyse statistique a été réalisée à partir du logiciel Epi-Info.

Les tests statistiques ont été utilisés avec un risque alpha de 1^{ère} espèce de 5% (chi2).

Résultats

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Tab. 1 : Récapitulatif des caractéristiques de l'échantillon en fonction de l'âge, du sexe et la durée d'installation

	items	effectif	%	moyenne
Age	≤ 40 ans	20	20,4	46,724 (± 7,355)
	40 à 49 ans	41	41,8	
	≥ 50 ans	37	37,8	
Sexe	masculin	73	74,5	
	féminin	25	25,5	
Installés depuis	plus de 15 ans	52	53,1	
	entre 10 et 15 ans	16	16,3	
	moins de 10 ans	30	30,6	

98 dossiers ont pu être exploités. L'échantillon comporte 74,5% d'hommes (proportion légèrement sur-représentée par rapport aux médecins des zones étudiées (67,2)).

41,8% ont entre 40 et 49 ans (proportion légèrement supérieure à celle des médecins des zones de l'étude (35,3%)).

Plus d'un médecin sur deux est installé depuis plus de 15 ans.

Résultats

2. Conditions d'exercice

Tab. 2 : Représentation des différentes zones d'exercice de Midi-Pyrénées en fonction des différentes modalités d'exercice

	Pôle rural et péri-rural		Pôle urbain et péri-urbain		Agglomération toulousaine		Ensemble		degré de significativité p*
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Seul	38.7	(12)	55.6	(15)	60.0	(24)	52.0	(51)	NS (p=0,19)
Consultations sur RdV	57.1	(16)	68.0	(17)	75.0	(30)	67.7	(63)	NS (p=0,30)

* pour p<0,05

** pour p<0,01

*** pour p<0,001

Sur l'ensemble de l'échantillon, un médecin sur deux exerce seul et plus de deux médecins sur trois ont mis en place des consultations sur rendez-vous. Ces modes d'exercice ne diffèrent pas dans les trois zones d'étude.

	Pôle rural et péri-rural		Pôle urbain et péri-urbain		Agglomération toulousaine		Ensemble		degré de significativité p*
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	
Participation à la permanence :									
de nuit	100.0	(31)	65.4	(17)	30	(12)	61.9	(60)	***
de week-end	96.8	(30)	65.4	(17)	47.5	(19)	68.0	(66)	***

* pour p<0,05 ** pour p<0,01 *** pour p<0,001

Sur l'ensemble de l'échantillon, 62% des médecins participent à la permanence de nuit. Mais les différences suivant les zones sont importantes :

- en milieu rural, tous les médecins assurent une permanence de nuit,
- dans les zones semi-urbaines, 2 médecins sur 3,
- dans l'agglomération toulousaine, 1 médecin sur 3.

Il en est de même pour la permanence de week-end où seulement 2 médecins sur 3 dans les pôles urbains et péri-urbains participent à la permanence de week-end ; moins d'1 médecin sur 2 dans l'agglomération toulousaine.

On retiendra aussi que l'analyse comparée des médecins assurant la permanence de nuit ou celle de week-end, avec le groupe de médecins n'y participant pas ne met en évidence aucune différence statistiquement significative en fonction du sexe, de l'âge ou de l'année d'installation du médecin.

Ces répartitions et ces différences corroborent les résultats de l'étude réalisée par l'URCAM-URML qui montrait que 75% des médecins généralistes assuraient une permanence de soins mais avec des disparités importantes selon les départements et les zones d'exercice (urbain ou rural).

la nuit		le week-end	
en secteur urbain	en secteur rural	en secteur urbain	en secteur rural
55.6%	91.1%	54.9%	90.2%
73,9%	89,8%	69,6%	81,6%
64,3%	95,8%	64,3%	96,8%
89,2%	96,0%	89,2%	96,0%
37,4%	87,2%	36,6%	87,2%
78,4%	90,5%	78,4%	87,8%
64,3%	87,8%	71,4%	87,8%
69,6%	91,2%	66,1%	90,1%
57,1%	92,5%	57,1%	94,0%

* taux de participation de 60% pour les médecins installés en zone péri-urbaine en Haute-Garonne
Source : La permanence des soins : attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, sept 2002, URCAM-URML

3. Attitude des médecins généralistes dans la journée face à des situations médico-chirurgicales « non vitales »

3.1 Le cas d'un appel téléphonique d'un malade connu pendant la journée

► Les situations médicales

Résultats exprimés en %	douleur oropharyngée	fièvre	douleur abdominale	urgence médico-psychosociale
Fait venir au cabinet	86	63	52	44
Y va ou envoi associé		3	4	17
Propose une visite différée	3	4	2	5
Conseille et demande à être rappelé	-	2		7
Orienté vers un service d'urgence	-		-	1
Deux attitudes possibles variables selon les cas	4	13	26	8
	fait venir ou visite différée	fait venir ou visite différée	fait venir ou visite différée	fait venir ou visite différée
		3	4	4
		fait venir ou y va	fait venir ou y va	
Plusieurs attitudes possibles non interprétable	7	8	13	14

► Les situations traumatiques

Résultats exprimés en %	traumatisme cheville	plaie de l'arcade
Fait venir au cabinet	64	64
Y va ou envoi associé	2	2
Orienté vers service d'urgence	8	17
Visite différée	3	
Deux attitudes dominantes selon les cas	8	11
	fait venir ou serv. d'urgence	
	7	
	fait venir ou visite différée	
Plusieurs attitudes non interprétable	8	6

Commentaires :

« Faire venir au cabinet médical » est l'attitude dominante quelles que soient les situations cliniques envisagées, médicales ou traumatiques pour la grande majorité des médecins (de 44 à 86% des médecins interrogés dans les six situations).

Mais cette attitude est plus nuancée dans le cas de fièvre et douleurs abdominales. Certains médecins pouvant, selon le tableau clinique et l'âge du malade, proposer aussi une visite différée dans la journée ou même se déplacer pour une minorité d'entre eux (moins de 10%),

Face à l'urgence médico-psycho-sociale, les médecins ont une attitude plus variée et envisagent plus souvent de « se déplacer » au moment de l'appel ou pour des malades connus essayent de réguler par téléphone avant d'envisager un déplacement.

L'orientation de ces appels vers les services d'urgence au moment de la consultation n'est envisagée que pour les urgences traumatiques (plus particulièrement la plaie de l'arcade) et ne concernent que 16% (cheville) à 28% (plaie) des médecins interrogés.

Seulement une minorité de médecins (6 à 14%) n'a pu choisir une attitude face à un appel téléphonique d'un malade connu pendant la consultation ; ces médecins pouvant selon les circonstances et les cas avoir des réponses très différentes.

Le déplacement du médecin en réponse à l'appel téléphonique est en tout cas très minoritaire (7 à 10% selon la situation clinique), si ce n'est dans le cas d'une urgence médico-psycho-sociale (20%).

3.2 Le cas d'un appel dans la journée pendant la visite ou hors consultation

	douleur oro-pharyngée	fièvre	douleur abdo.	urgence médico-psycho-sociale	cheville	plaie
Fait venir au cabinet	43	32	18	23	38	40
Y va	18	18	39	42	21	19
Orienté vers un service d'urgence					4	11
Visite différée	17	14	7	9	9	-
Fait venir ou visite différée	8	15	18		11	9
Fait venir ou orienté vers un service d'urgence					7	5
Plusieurs attitudes possibles	14	21	8	26	10	16

Si les médecins sont contactés pendant les heures de visites ou en tout cas hors de la consultation, ils envisagent plus souvent de se déplacer immédiatement ou de différer la visite. Même si 20 à 40% d'entre eux en moyenne selon les cas demandent aux patients de se déplacer.

3.3 Le cas des appels de patients « non connus » dans la journée

L'analyse des attitudes de médecins face aux différentes situations médico-chirurgicales envisagées mais pour des malades non connus ne met pas en évidence de différence fondamentale.

Même si l'orientation vers un service d'urgence semble un peu plus souvent proposée seule ou associée à la proposition de venir au cabinet pour :

- 32% des médecins en cas de plaie de l'arcade,
- 18% pour un traumatisme de la cheville,
- 10% pour une urgence médico-psycho-sociale,
- 7% pour des douleurs abdominales,
- 5% pour une fièvre,
- 4% pour une douleur oropharyngée.

4. Attitude des médecins généralistes durant une permanence de nuit

	douleur orophar.	fièvre	douleur abdomin.	urgence MPS*	cheville	plaie
Fait venir au cabinet	16	11	13	8	9	24
Y va	28	31	38	37	26	19
Orienté vers un service d'urgence					5	11
Fait venir ou orienté vers urgences	2	3	4	4	1	4
Fait venir ou y va	4					
Pas de garde	29	29	29	29	29	29
Plusieurs attitudes possibles	21	26	16	22	30	23

29% des médecins (installés dans l'agglomération toulousaine ou dans les pôles urbains) n'assurent pas de permanence la nuit.

Un tiers des médecins en moyenne se déplace mais un peu moins souvent en cas d'urgence traumatique (plaie).

Un médecin sur quatre n'a pas d'attitude systématique.

Seulement quelques médecins orientent parfois vers les urgences et surtout traumatiques (15 au maximum).

De même, un petit groupe de médecins demande au patient de venir.

5. Attitude des médecins généralistes durant le week-end de garde

	douleur orophar.	fièvre	douleur abdomin.	urgence MPS*	cheville	plaie
Fait venir au cabinet	44	34	27	25	30	43
Y va	16	15	26	28	16	7
Orienté vers un service d'urgence					3	5
Faire venir ou urgences						7
Faire venir ou visite différée	3	8	10	4	9	
Pas d'attitude dominante ou ininterprétable	11	17	11	17	16	12
Pas de garde	26	26	26	26	26	26

74 médecins sur les 100 interrogés assurent une permanence de soins les week-ends de garde. De façon générale, leur comportement est plus varié et la part des médecins acceptant de se déplacer est légèrement plus importante et notamment en cas de douleur abdominale ou d'une urgence médico-psycho-sociale que dans la semaine. Mais une majorité demande aux malades de venir au cabinet médical en cas de douleur oropharyngée, fièvre et surtout pour une urgence traumatique (plaie de l'arcade ou traumatisme de la cheville).

L'orientation vers les services d'urgences ne concernent que les situations traumatiques et reste minoritaire (de 3 à 12% des cas).

11 à 17% des médecins généralistes ont des attitudes plus variées, sans attitude dominante.

6. Analyse des facteurs pouvant influencer sur les attitudes des médecins généralistes

► L'attitude de « faire venir au cabinet » durant la journée

Nous avons cherché à identifier un groupe de médecins qui, qu'elle que soit la situation médico-chirurgicale, propose systématiquement au patient de se déplacer et de « venir au cabinet » durant la journée.

18% des médecins disent ainsi systématiser leur attitude. Ce groupe de médecins ne diffère pas des autres en ce qui concerne le sexe, l'âge, la date d'installation, les conditions d'exercice et la zone d'exercice.

Etude des principaux facteurs
pouvant influencer sur l'attitude des médecins

« faire venir au cabinet » durant la journée						
	Oui n=18		Non n=80		OR et IC à 95%	p
	%	n	%	n		
Sexe					0.10 < OR < 1.13	NS p=0.06**
masculin	55.6	10	78.8	63		
féminin	44.4	8	21.3	17		
Age						NS p=0.19
≤ 40 ans	33.3	6	17.5	14		
40 à 49 ans	44.4	8	41.3	33		
≥ 50 ans	22.2	4	89.2	33		
Installés depuis						NS p=0.33
+ de 15 ans	38.9	7	56.3	45		
entre 10 et 15 ans	16.7	3	16.3	13		
Moins de 10 ans	44.4	8	27.5	22		
Condition d'exercice					0.35 < OR < 3.48	NS p=0.94*
seul	50	9	52.5	42		
associé	50	9	47.5	38		
Zone d'exercice						NS p=0,79
zone rurale	22.2	4	33.8	27		
zone semi-urbaine	38.9	7	25.0	20		
agglomération toulousaine	38.9	7	41.3	33		

* Yates corrigé ** test exact de Fisher

► La possible orientation vers un service d'urgence dans la journée

Etude des principaux facteurs
pouvant influencer sur l'attitude des médecins

orientation vers un service d'urgence dans la journée						
	Oui n=49		Non n=49		OR et IC à 95%	p
	%	n	%	n		
Sexe					0.94 < OR < 8.03	NS p=0.06*
masculin	83.7	41	65.3	32		
féminin	16.3	8	34.7	17		
Age						NS p=0.8
≤ 40 ans	18.4	9	22.4	11		
40 à 49 ans	44.9	22	38.8	19		
≥ 50 ans	36.7	18	38.8	19		
Installés depuis						NS p=0.26
+ de 15 ans	57.1	28	49	24		
entre 10 et 15 ans	10.2	5	22.4	11		
Moins de 10 ans	32.7	16	28.6	14		
Condition d'exercice					0.38 < OR < 2,22	NS p=1,00*
seul	53.1	26	51	25		
associé	46.9	23	49	24		
Zone d'exercice						NS p=0,79
zone rurale	32.7	16	30.6	15		
zone semi-urbaine	24.5	12	30.6	15		
agglomération toulousaine	42.9	21	38.8	19		

* Yates corrigé ** test exact de Fisher

Si une minorité de médecins dit orienter ses patients vers les services d'urgences, et seulement pour des urgences traumatiques, nous avons cherché à identifier parmi l'ensemble des médecins et en tenant compte en particulier de ceux qui n'avaient pas de position dominante, ceux qui « parfois » pour l'une ou l'autre de ces situations ont évoqué qu'ils pouvaient orienter les malades vers le service d'urgences dans la journée. Près d'un médecin sur deux est dans ce cas, alors que l'autre moitié des médecins n'envisage jamais cette orientation dans la journée pour ce type d'urgence non vitale médico-chirurgicale.

Cependant, ces deux groupes de médecins ne diffèrent pas significativement en ce qui concerne l'âge, le sexe et les conditions d'exercice et en particulier selon les trois zones d'installation.

► **Le possible recours aux services d'urgences pendant la permanence de nuit**

Parmi les médecins qui assurent la permanence de nuit, 18 sur 57, soit 30%, évoquent la possibilité parfois d'orienter vers les urgences.

Ce groupe ne diffère pas significativement de celui qui pour ce type d'urgence n'oriente pas vers les services d'urgences même si cette attitude semble un peu plus fréquente en zone urbaine.

Etude des principaux facteurs pouvant influencer sur l'attitude des médecins

orientation vers un service d'urgence dans la permanence de nuit						
	Oui n=18		Non n=39		OR et IC à 95%	p
	%	n	%	n		
Sexe	masculin	83.3	15	79.5	31	0.25 < OR < 7.33 NS p=1.00**
	féminin	16.7	3	20.5	8	
Age	≤ 40 ans	27.8	5	12.8	5	NS p=0.30
	40 à 49 ans	44.4	8	43.6	17	
	≥ 50 ans	27.8	5	43.6	17	
Installés depuis	+ de 15 ans	50.0	9	61.5	24	NS p=0.69
	entre 10 et 15 ans	11.1	2	10.3	4	
	Moins de 10 ans	38.9	7	28.2	11	
Condition d'exercice	seul	38.9	7	43.6	17	0.33 < OR < 4.47 NS p=0.96*
	associé	61.1	11	56.4	22	
Zone géographique	zone rurale	33.3	6	61.5	24	0.85 < OR < 12.43 NS p=0,089*
	pôle urbain	66.7	12	38.5	15	

* Yates corrigé ** test exact de Fisher

► **Le possible recours aux services d'urgence pendant la permanence de week-end**

17% des médecins généralistes interrogés, soit 30% de ceux qui assurent cette permanence, ont évoqué aussi la possibilité parfois d'orienter vers les services d'urgences l'une ou l'autre de ces situations pendant leur permanence de week-end. Ce groupe de médecins ici aussi ne diffère pas significativement de ceux qui n'y font jamais appel en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'année d'installation et les conditions d'exercice.

Etude des principaux facteurs pouvant influencer sur l'attitude des médecins

orientation vers un service d'urgence dans la permanence de week-end						
	Oui n=17		Non n=48		OR et IC à 95%	p
	%	n	%	n		
Sexe	masculin	76.5	13	79.2	38	0.19 < OR < 3.97 NS p=1.00**
	féminin	23.5	4	20.8	10	
Age	≤ 40 ans	35.3	6	18.8	9	NS p=0.37
	40 à 49 ans	35.3	6	41.7	20	
	≥ 50 ans	29.4	5	39.6	19	
Installés depuis	+ de 15 ans	47.1	8	56.3	27	NS p=0.69
	entre 10 et 15 ans	17.6	3	10.4	5	
	Moins de 10 ans	35.3	6	33.3	16	
Condition d'exercice	seul	41.2	7	52.1	25	0.44 < OR < 5.57 NS p=0.62*
	associé	58.8	10	47.9	23	
Zone géographique	zone rurale	47.1	8	43.8	21	0.25 < OR < 3.08 NS p=0,96*
	pôle urbain	52.9	9	56.3	27	

* Yates corrigé ** test exact de Fisher

7. Opinions des médecins sur « l'urgence, les services d'urgence, la permanence de soins »

► Concernant les recours directs des patients vers les services d'urgences

Les principales raisons évoquées par les médecins qui pourraient être à l'origine de ces comportements sont :

	Cités par :
La rapidité supposée des services d'urgences par rapport aux généralistes	35 médecins
L'absence d'avance des frais	32 méd.
La gravité ressentie et l'anxiété générée	21 méd.
Le type de pathologie (plaie, traumatisme...)	15 méd.
La méconnaissance de la permanence des soins	15 méd.
Les moyens techniques nécessaires et disponibles	13 méd.
Le médecin de famille non joignable	10 méd.
La peur de déranger son médecin	7 méd.

Les principaux motifs évoqués, d'après les médecins généralistes, par leurs propres patients quand ceux-ci ont eu recours aux services d'urgences :

	Cités par :
La panique, le besoin d'être rassurés, la gravité ressentie	21 médecins
L'indisponibilité du médecin traitant ou l'impossibilité de le joindre	17 méd.
Le type de pathologie (grave, plaie, traumatisme...)	16 méd.
Le plateau technique	10 méd.
La rapidité de prise en charge	12 méd.
Peur de déranger	12 méd.

Les profils de population ayant le plus ce type de comportement, d'après les médecins généralistes :

	Cités par :
Milieu défavorisé	45 méd.
Jeunes	28 méd.
Pas de profil particulier	20 méd.
Parents d'enfants	10 méd.
Profil anxieux	10 méd.
Milieu urbain	9 méd.

Les obstacles et problèmes les plus souvent rencontrés par les médecins généralistes pour assurer une permanence des soins :

	Cités par :
Conditions de travail (fatigue, surcharge de travail...)	40 médecins
Qualité de vie (famille, horaires...)	17 méd.
Mauvaise perception de « l'urgence »	12 méd.
Sécurité	9 méd.
Non-respect des médecins	8 méd.

Le fort pouvoir d'attraction exercé par les services d'urgence d'après les médecins généralistes interrogés semblerait donc s'expliquer par la conjonction de plusieurs facteurs dont :

- la « gratuité » des soins,
- la disponibilité permanente d'une structure efficace qui de plus, dispose d'un plateau technique intégré (prise de sang, radiographies...),
- l'évolution du mode de vie qui amène les usagers à considérer que tout ce qui est imprévu devient urgent et ne peut attendre,
- la méconnaissance des possibilités et ressources en matière de soins, déjà mises en place par le dispositif sanitaire pour répondre aux cas urgents,
- la situation de précarité de nombreuses familles qui envisagent l'urgence hospitalière comme le seul accès aux soins possible,
- l'évolution de la société dont l'emploi du temps s'inscrit dans l'instantané. Les patients veulent une réponse rapide, rassurante, de qualité, complète et la moins chère possible.

Si les patients ont changé de comportement ces dernières années, le médecin a, lui aussi, évolué. Les entretiens montrent aussi qu'il n'est plus prêt à être de service 24h sur 24. Il estime avoir aussi droit à une certaine qualité de vie (soirée, WE, temps libre...) et pouvoir garder une disponibilité pour sa vie familiale.

► Concernant les relations avec les services d'urgences

L'étude a montré que 74% des médecins généralistes interrogés entretenaient une bonne relation avec les services d'urgence.

En faisant le détail de cette relation, nous retrouvons les chiffres suivants : Concernant les relations entre professionnels de santé, nous avons recensé 71,9% de bonne opinion ; ce chiffre baisse à 48,3% quand on les interroge sur les conditions et modalités d'accueil des patients qu'ils adressent, et à 48,9% concernant la circulation de l'information. 75,6% ont une bonne opinion au sujet de la technicité de ces services d'urgence.

Synthèse

Les 100 entretiens menés auprès des médecins généralistes exerçant dans l'agglomération toulousaine, deux pôles urbains et trois pôles ruraux de la région, permettent de dresser quelques traits caractéristiques de la place de ces professionnels face à des urgences qualifiées de « non vitales ».

Nous avons choisi d'explorer les différentes attitudes des médecins face à des situations cliniques (définies et testées avec des médecins généralistes du groupe de pilotage), correspondant à des situations où les patients expriment une « demande pressante de consultation ou de visite liée à une urgence ressentie ou avérée », « demande de prise en charge ne pouvant attendre au lendemain du point de vue du patient ou de son entourage » mais ne mettant pas en jeu le pronostic vital.

Les éléments de synthèse que nous présentons ici seront à confronter aux résultats de l'enquête auprès des patients (menée pendant la même période et sur les mêmes sites) qui se sont rendus dans les services d'urgences pour des urgences « non vitales ».

► **La confirmation dans notre échantillon des disparités urbain/rural dans la participation à la permanence de soins :**

Seulement 2 médecins sur 3 interrogés exerçant dans les pôles urbains et 1 médecin sur 3 dans l'agglomération toulousaine participent à la permanence de nuit ou de week-end.

► **Dans la journée, des attitudes relativement codifiées et structurées:**

L'attitude la plus courante pour la grande majorité des médecins « après un appel qui sert de moyen de régulation » est de demander au patient « de se déplacer et de venir au cabinet », proposant ainsi de fournir une réponse immédiate pour une séance non planifiée.

(attitude corroborant les évolutions observées ces dernières années où la proportion des visites à domicile n'a cessé de diminuer, représentant ¼ des actes pratiqués aujourd'hui* ; 33% des patients sur un an).

Parmi ces médecins, un petit groupe de médecins (18%) adopte même cette position de façon très systématique quelle que soit la situation clinique mais ils ne se différencient des autres ni par l'âge, le sexe, la date d'installation et les trois zones d'exercice.

L'interruption de l'activité et le déplacement du médecin vers le malade n'est envisagée que par une minorité de médecins (en intervenant au moment de leurs visites ou en envoyant un associé ; c'est l'orientation la plus souvent prise pour les urgences médico-psycho-sociales).

Enfin, une minorité de médecins dit ne pas systématiser ses attitudes.

L'orientation des malades vers les services d'urgences est très peu évoquée. Seuls quelques médecins interrogés avouent orienter systématiquement vers les services d'urgences les malades qui les appellent pour des urgences traumatiques (entorse de la cheville, plaie de l'arcade sourcilière).

Mais l'analyse croisée de ces différentes situations cliniques et attitudes, nous montrent qu'1 médecin sur 2 et en particulier les médecins qui ont les positions les moins tranchées peuvent être amenés parfois à orienter ces appels vers les urgences.

Cette attitude se retrouve aussi bien pour les urgences traumatiques et médicales et plus souvent bien sûr si le malade n'est pas connu.
Ce groupe de médecins se retrouve aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et n'est pas caractéristique en ce qui concerne l'âge, le sexe et la date d'installation.

► **La nuit : des attitudes moins homogènes pour ceux qui prennent la permanence.**

Si 1 médecin sur 4 dit ne pas avoir d'attitude systématique, le déplacement du médecin est loin d'être l'attitude la plus courante et la plus dominante (1 sur 3).

L'orientation possible vers les services d'urgences est en fait évoquée par 18% de l'ensemble des médecins et ceci quels que soient l'âge, le sexe, la date d'installation et les zones d'implantation.

15% en moyenne des médecins demande au malade de se déplacer.

► **Le week-end : des médecins qui choisissent de « faire venir au cabinet médical » plus nombreux que des médecins qui acceptent de se déplacer.**

Si le comportement en week-end apparaît plus varié que dans la semaine et que la part des médecins acceptant de se déplacer est légèrement plus importante, une majorité de médecins demande aux malades de se déplacer pour se retrouver dans de meilleures conditions d'exercice, ceci quelles que soient les zones d'exercice et les caractéristiques des médecins.

Ici aussi, 1 médecin sur 3 a cependant évoqué pouvoir orienter l'appel vers un service d'urgences (ce groupe ne présente aucune différence significative avec les autres médecins).

Au total :

Des médecins qui pensent que les patients ont changé de comportement mais qui eux aussi ont beaucoup évolué.

- Une réponse rapide, rassurante, de qualité, complète et la moins chère possible revendiquée par les patients.
- Le droit à une qualité de vie revendiqué par les médecins.

Face à l'homogénéité de ces constats, quel que soit le milieu d'exercice, la nécessité de réfléchir sur :

- la mise en place d'une réelle permanence de soins,
- le déplacement du malade et l'accessibilité du cabinet médical,
- la place de la régulation...