

*Étude des déterminants conduisant
les patients qui ne relèvent pas de
l'urgence médico-chirurgicale vitale
à se présenter dans un service
d'urgence public ou privé plutôt que
de faire appel à la médecine de ville.*

RAPPORT FINAL

étude financée par la CNAMTS

Étude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville.

RAPPORT FINAL

Table des matières

I.	Présentation de l'étude	9
	A. État de la question	9
	B. Formulation du problème	10
	C. Objectifs de la recherche	10
	D. Collectif d'équipes concernées	10
	E. Coordination du travail	10
II.	Les enquêtes	11
	A. Raisons qui amènent un patient présentant une urgence non vitale à se présenter dans un service d'urgence : principaux résultats de l'enquête auprès des usagers	11
	B. Identification de l'organisation de la permanence des soins dans les 7 secteurs considérés	16
	C. Implication de la médecine générale dans la prise en charge des urgences : principaux résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes	17
III.	Analyse et réflexion	20
	A. Selon les sites géographiques (urbain, semi-urbain, rural)	20
	B. Selon le statut public ou privé de l'établissement	23
	C. Discussion des résultats	24
IV.	Préconisations	28
	A. En termes d'organisation efficiente de la permanence de soins	29
	B. En termes d'organisation de la médecine générale	31
	C. Vis-à-vis des patients – usagers	32
V.	Conclusion	34
VI.	Annexes	37
	A. annexe 1 : ENQUÊTE AUPRÈS DES USAGERS	37
	B. annexe 2 : ENQUÊTE AUPRÈS DES MEDECINS GÉNÉRALISTES	73
VII.	Bibliographie	95

Préambule

Depuis une vingtaine d'années, la question récurrente de l'engorgement des urgences fait débat tant au niveau des services concernés que des gestionnaires des politiques de santé au niveau régional ou national. Les raisons avancées pour tenter d'expliquer cette situation l'ont toujours été dans l'optique :

- ☞ soit d'un système hospitalier débordé par une activité qu'il ne paraît plus pouvoir maîtriser sans une perpétuelle course en avant des moyens ;*
- ☞ soit d'un système de soins de ville qui aspire à une implication différente dans la permanence de soins et la gestion de ses urgences et qui a su le faire savoir par des mouvements sociaux pourtant peu fréquents dans cette profession.*

Cette dichotomie de systèmes, qui ne semblent plus par ailleurs se comprendre, obère totalement l'acteur principal qu'est l'usager. Il n'a en effet jamais la parole dans ce débat : il est un acteur minoré, voire ignoré, condamné à des épitaphes ou des lieux communs laissant croire que nos concitoyens n'ont aucune réflexion personnelle au regard de l'accès aux soins non programmés.

Grâce à l'appel à projet du conseil scientifique de la CNAMTS et en étroite collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées (ORMIP), l'Union Régionale de la Médecine Libérale (URML) de Midi-Pyrénées et le Département Universitaire d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Santé Communautaire de l'Université Paul Sabatier, l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORU-MiP) a pu conduire ce projet d'étude des déterminants avancés par les patients pour tenter de comprendre pourquoi ils choisissent de se rendre dans un service d'urgence plutôt que de faire appel à la permanence des soins de ville quand ils sont confrontés à une urgence non vitale.

Cette étude à 3 niveaux a été possible grâce à la collaboration entre ces structures, grâce à l'implication au niveau des enquêtes des 9 services d'Urgences et des 100 médecins généralistes de la région et également, grâce au dynamisme du Docteur Christine Sagnes-Raffy, médecin de santé publique au CHU de Toulouse, détachée à mi-temps à l'ORU-MiP.

Les principaux résultats permettent de proposer des actions qui, espérons le, seront correctrices de ces phénomènes d'engorgement mais sans oublier toutefois ces 2 principes :

- ☞ les médecins et soignants des services d'urgence ne font pas de prosélytisme vis-à-vis des patients ;*
- ☞ les patients usagers des urgences s'y rendent majoritairement sur un conseil médical et/ou parce qu'ils sont persuadés qu'il s'agit d'un lieu de soins adapté à leur état.*

Dr JL Ducassé
Directeur de l'ORU-MiP

I. Présentation de l'étude

A. État de la question

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les services d'urgence hospitaliers n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année [1]. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés [2, 3]. En France, le nombre de passages, qui croît de 4,5 % par an, est estimé à 13,5 millions pour 2001 [4].

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour essayer d'expliquer cette augmentation :

✓ La première tient sûrement à la modification en elle-même de la Médecine d'Urgence en France [5]. La restructuration des hôpitaux, la rénovation des services d'urgence, la création de postes médicaux et paramédicaux, la production d'un important travail législatif imposant des normes aux structures accueillant des patients en urgence, caractérisent la réforme des Urgences Hospitalières. Celle-ci fait suite à la publication du rapport STEG en 1993 [6, 7] qui a été l'élément catalyseur d'une prise de conscience de l'importance des urgences et de leur médiocre qualité. Tout ceci concourt à la professionnalisation des équipes et, avec la médiatisation de cette activité, à l'émergence de nouvelles possibilités offertes au patient.

✓ La modification en cours de l'organisation de la permanence des soins est probablement un deuxième facteur déterminant dans cette augmentation d'activité. Ces causes sont multifactorielles, mais il est possible d'avancer la limitation imposée des actes aux médecins généralistes, le problème de sécurité rencontré en dehors du cabinet de médecine générale, les problèmes de responsabilité et de formation, la limitation du temps de travail dans un cadre sociétal général. Toutefois, le caractère du lieu d'exercice (zone urbaine, rurale ou mixte) qui influe peut-être sur les critères de sécurité et de limitation du temps de travail, mais également sur l'organisation en elle-même de la permanence des soins n'a pas été analysé pour lui-même.

✓ La troisième hypothèse est celle concernant les pratiques des patients eux-mêmes. L'exigence croissante (que certains considèrent comme légitime) de la population se traduit par un consumérisme, un refus d'attente et une soif d'un service rendu quasi immédiatement. Des raisons économiques sont également avancées. Si certains travaux ont été réalisés sur ces derniers points, ils l'ont été dans le cadre spécifique des départements d'urgence des États-Unis d'Amérique. Ainsi, Baker et al. [8] affirment que 16 % des patients fréquentant le département des urgences du UCLA medical center de Torrance s'en servent comme une source régulière de soins primaires non urgents avec une très forte proportion de population défavorisée. Kellermann [9] citant des rapports fédéraux chiffre entre 40 et 55 % les visites aux départements

des urgences pour une cause non urgente. Fatovich [10] affirme que ceci est la source première du mal numéro UN des départements d'urgences aux USA : l'embouteillage. Toutefois, Robert en 1996 [11] affirme que les 32 % de passages aux Urgences pour des raisons non urgentes génèrent un coût faible par rapport aux autres passages urgents ou semi-urgents. Au-delà de la difficulté de s'entendre sur la définition de ce qui est urgent, semi-urgent ou non urgent, ces études soulèvent le problème d'avoir été réalisées dans un pays où l'organisation de la prise en charge des soins primaires est suffisamment différente de la France pour empêcher toute extrapolation à notre système de soins.

B. Formulation du problème

En France, au lancement de notre travail, il n'existait pas d'étude française répertoriée dans les bases de données bibliographiques médicales permettant de répondre à la double interrogation issue de l'analyse préalable :

- ◆ qu'est-ce qui, dans le recours aux urgences non vitales, est du choix délibéré du patient ou du recours à la permanence des soins non hospitaliers ?
- ◆ quelles sont les situations assurant une meilleure permanence des soins non hospitaliers et une implication plus efficace de la médecine de ville dans la prise en charge des urgences non vitales ?

C. Objectifs de la recherche

Cette étude vise donc à :

- ◆ analyser les raisons qui amènent un patient présentant une urgence non vitale à se présenter dans un service d'urgence ;
- ◆ identifier l'implication de la médecine générale dans la permanence de soins et la prise en charge de leurs urgences ;
- ◆ évaluer les situations assurant la meilleure prise en charge des urgences non vitales.

D. Collectif d'équipes concernées

- a. Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées
- b. Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées
- c. Département Universitaire d'Épidémiologie, Économie de la Santé et Santé Communautaire, Université Paul Sabatier, Toulouse
- d. Union Régionale de la Médecine Libérale de Midi-Pyrénées

Ces quatre équipes ont défini les objectifs et la méthodologie générale du travail.

E. Coordination du travail

Le sujet du travail, ses objectifs et la méthodologie ont été élaborés par le

Dr Jean-Louis Ducassé^a et le Dr Christine Sagnes-Raffy^a assistés du Pr Alain Grand^c, du Dr Hélène Bocquet^c, du Dr Françoise Cayla^b, du Dr Philippe Julien^d, du Pr Bernard Bros^a et du Dr Alain Sauné^a.

L'enquête de l'ORU-MiP auprès des patients des 9 services d'urgence de la région a été coordonnée par le Dr Christine Sagnes-Raffy et le Dr Jean-Louis Ducassé avec l'aide de Françoise Dumoulin^a, Isabelle Boulesteix^a et Danielle Coriat^a.

L'enquête de l'ORS Midi-Pyrénées auprès des médecins généralistes a été coordonnée par le Dr Françoise Cayla assistée de Laïla Benmoussa-Oumansou^b, interne de santé publique.

L'enquête de l'URML sur la permanence de soins a été assurée par le Dr Philippe Julien.

La rédaction de ce rapport a été coordonnée par le Dr Christine Sagnes-Raffy, en collaboration avec le Dr Françoise Cayla, le Dr Philippe Julien, le Pr Alain Grand et le Dr Jean-Louis Ducassé.

II. Les enquêtes

A. Raisons qui amènent un patient présentant une urgence non vitale à se présenter dans un service d'urgence : principaux résultats de l'enquête auprès des usagers

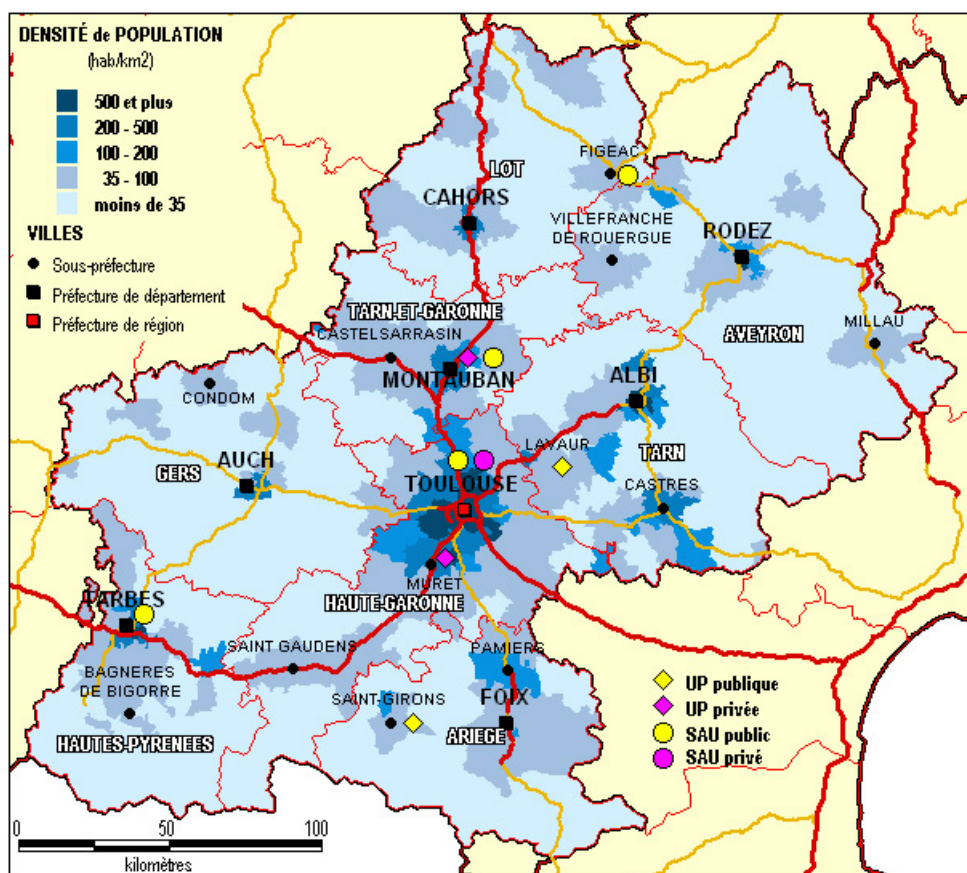
L'intégralité de l'étude qui a fait l'objet d'un rapport intermédiaire en février 2004 est en annexe 1.

1. MÉTHODE

Une enquête prospective transversale a été menée du 10 au 17 mars 2003 dans 9 services d'urgence (SU) de Midi-Pyrénées auprès de patients ne présentant pas d'urgence vitale. Ces 9 SU sont représentatifs des spécificités régionales (urbain, périurbain et rural, carte 1) et des modes d'exercice de la médecine d'urgence selon les normes réglementaires (SAU, Upatou) et les statuts des établissements de santé (public, privé).

Les patients ont été inclus par les médecins urgentistes des sites retenus. Le critère d'inclusion était l'absence de gravité potentielle à l'entrée dans le service d'urgence. La gravité est à l'heure actuelle recensée en routine dans les services d'urgence de Midi-Pyrénées, *via* l'ORU-MiP, au moyen de la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU). En accord avec la méthodologie initialement développée par Fourestié et al. [12], la classification est assurée à la fin de l'examen clinique initial réalisé par le médecin urgentiste. Ainsi, tous les patients présentant une CCMU 1 (état jugé stable et pas d'acte complémentaire à réaliser) et 2 (état jugé stable et décision d'acte complémentaire à réaliser dans le SU) sont considérés comme étant des patients ne présentant pas une urgence vitale [13].

Carte 1. Densité de population



Tous les patients CCMU 1 et CCMU 2 ont été inclus et ont reçu une note d'information sur l'étude. Le critère de non-inclusion était le refus ou l'impossibilité du patient de répondre à l'enquête.

Un questionnaire élaboré spécifiquement pour connaître les raisons du recours et les modalités d'adressage au SU a été administré par des enquêteurs formés, ce qui garantit l'exhaustivité des réponses. Il comporte 20 questions articulées autour de 5 chapitres :

- ◆ le profil sociodémographique : âge, sexe, profession, lieu de résidence, niveau de protection sociale ;
- ◆ la relation médecin / patient ;
- ◆ le recours aux services d'urgence et ses diverses motivations : jour et heure du recours, mode et condition de recours ;
- ◆ le patient usager : nombre de recours aux urgences durant les 12 derniers mois.

Ce recueil a été couplé au recueil réalisé en routine par l'ORU-MiP et qui renseigne sur les pathologies présentées et les types de prise en charge. Les données des deux recueils ont été, pour cette étude, appariées à l'échelon individuel.

Cette enquête sur site s'est déroulée une semaine donnée. Les horaires retenus après analyse de

la base de données de l'ORU-MiP ont été pour les 9 sites :

- ◆ les lundi, mercredi et vendredi de 9 h à 21 h,
- ◆ les mardi et jeudi de 12 h à 24 h,
- ◆ les samedi et dimanche de 0 h à 24 h.

Les méthodes d'analyses statistiques des données utilisées ont été :

- ◆ le test de chi2 ou test exact de Fischer,
- ◆ les tests de comparaison de moyenne, analyse de variance (T de Student, ANOVA, tests de Man Withney, test de Kruskall Wallis).

2. RÉSULTATS

a) Des données représentatives de l'activité habituelle des services d'urgence en Midi-Pyrénées

Sur les 2025 patients répondant aux caractéristiques de l'enquête, 1892 ont pu être interrogés (tableau I). L'échantillon est représentatif des urgences non vitales (CCMU 1 et 2) accueillies dans les services d'urgence de Midi-Pyrénées [14-16].

Tableau I. Nombre de patients enquêtés dans les 9 SU

Service d'urgence	Statut de l'établissement de santé	Autorisation du SU	Milieu	Effectif	%
CH de Figeac	Public	Upatou	Rural	114	6,0
CH de Lavaur	Public	Upatou	Rural	162	8,6
CH Ariège Couserans	Public	Upatou	Rural	89	4,7
CHIC de Tarbes Vic en Bigorre	Public	SAU	Périurbain	308	16,3
CH de Montauban	Public	SAU	Périurbain	245	12,9
CHU de Toulouse- Rangueil	Public	SAU	Urbain	347	18,3
Clinique de l'Union, Toulouse	Privé	SAU	Urbain	279	14,8
Clinique du Pont de Chaume, Montauban	Privé	Upatou	Périurbain	179	9,5
Clinique d'Occitanie, Muret	Privé	Upatou	Urbain	169	8,9
TOTAL	9	9	9	1892	100

b) Les principales caractéristiques des patients

- ◆ Les patients enquêtés sont jeunes ; l'âge moyen de l'échantillon est de 34 ans et 30 % des patients ont moins de 18 ans. 8 % des patients ont 75 ans et plus. Le sex-ratio est à 1,3.
- ◆ 95 % des patients sont originaires de Midi-Pyrénées.
- ◆ 70 % des patients sont venus aux urgences du lundi au vendredi, l'activité du week-end étant toujours proportionnellement plus importante. 88 % des patients ont été vus entre 8 h et 20 h, sachant que les pics d'activité se situent le matin vers 10 h et en fin d'après-midi.
- ◆ Les urgences traumatiques représentent 56 % des passages et sont liées deux fois sur trois à

des accidents de sport et loisir et à des accidents domestiques. Le diagnostic traumatique le plus fréquent est l'entorse de la cheville qui représente 14 % de ces passages.

- ◆ La pathologie non traumatique est avant tout rhumatologique, digestive et cardio-vasculaire.
- ◆ 36 % des patients ne bénéficient d'aucun acte aux urgences. Les actes réalisés, thérapeutiques dans 57 % des cas, sont principalement des actes de radiologie conventionnelle, la mise en place d'orthèses d'immobilisation et des parages de plaie.
- ◆ Les patients restent en moyenne 2 heures aux urgences. A l'issue de la prise en charge, 13 % sont hospitalisés. La durée moyenne de passage augmente lorsque la pathologie présentée n'est pas traumatique, que le patient a bénéficié d'un acte diagnostique ou thérapeutique et qu'il est hospitalisé.

c) Les raisons de la venue des patients dans les SU sont multifactorielles

1) 40 % des patients sont venus aux urgences après avoir pris un avis médical

✓ Cet avis est téléphonique dans 44 % des cas. Parmi les appels téléphoniques, le SAMU a été sollicité dans 58 % des cas ; il représente moins d'un appel sur deux aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, mais 71 % des appels lorsque les cabinets médicaux sont fermés. Pour 42 % des patients, la venue aux urgences fait suite à une consultation, du médecin généraliste dans 84 % des cas. Dans 14 % des cas, c'est une visite du médecin qui a précédé la venue aux urgences. 94 % de ces patients reconnaissent être adressés par un médecin et 57 % ont un courrier à l'arrivée. 90 % des patients qui ont appelé le SAMU ont été amenés par une ambulance et dans 80 % des cas, il s'agit d'un véhicule des sapeurs pompiers.

Les patients, la nuit et le week-end, viennent plus souvent sans avis médical, alors qu'ils évoquent le souhait d'une prise en charge en médecine de ville pour un épisode clinique identique ; lorsqu'un avis médical est pris, il est plus souvent téléphonique.

✓ L'âge et le type d'urgence sont deux facteurs qui interviennent sur le mode de recours aux urgences. Si seulement 29 % des patients de moins de 18 ans viennent après avis médical, ce pourcentage est à 84 % pour les patients de plus de 75 ans. Par ailleurs, la venue après avis médical est plus fréquente lorsque l'urgence est non traumatique, mais ce facteur est lié à l'âge des patients.

✓ Les trajectoires sont différentes en fonction du service d'urgence sollicité :

- Les patients se présentant aux urgences d'un établissement public viennent plus souvent après un avis médical. Celui-ci est une fois sur deux téléphonique et pris dans 80 % des cas auprès du SAMU. Pour les patients se présentant dans les urgences d'un établissement privé après avis médical, celui-ci est à 65 % un contact médical (consultation ou visite) et

les appels téléphoniques ne concernent le SAMU que pour un patient sur quatre.

- Les patients en milieu urbain viennent plus souvent après avis médical, et le mode de recours à la médecine extrahospitalière pour ces urgences non vitales est variable selon le milieu de vie (tableau II).

Tableau II. **Mode de recours à la médecine extrahospitalière avant l'arrivée aux urgences**

	% de venue après avis médical	Type de contact (en %)		
		Téléphonique au SAMU	Téléphonique autre	Consultation ou visite
Milieu urbain	47,8	26,8	18,4	54,9
Milieu périurbain	35,8	30,2	16,8	53,1
Milieu rural	29,9	8,3	23,9	67,9

2) 60 % des patients se présentent aux urgences sans avis médical

✓ Deux fois sur trois, les patients arrivent sur décision personnelle. Les deux raisons les plus souvent évoquées sont le souhait d'une prise en charge adaptée et un médecin absent. Dans ce deuxième cas, la venue aux urgences ne coïncide pas nécessairement avec les heures de fermeture des cabinets médicaux.

Une fois sur trois, les patients viennent sur décision d'une autre personne, essentiellement de la famille. Ce sont à 90 % des patients de moins de 18 ans.

✓ Ces deux catégories de patients présentent plus souvent une urgence traumatique survenue en dehors du cadre familial (accident du travail, de sport et loisir ou agression physique). Ils sont proportionnellement plus nombreux à ne pas avoir de médecin traitant (10 %). Les patients qui sont déjà venus dans un service d'urgence dans l'année précédant l'enquête ont plus tendance à revenir sans avis médical.

d) Les habitués des urgences y trouvent satisfaction

31 % des patients sont venus dans un SU au cours des 12 derniers mois, essentiellement dans le SU où a été réalisée l'enquête. Un quart de ces patients sont venus deux fois ou plus.

En première intention, pour le même problème clinique, 47 % des personnes interrogées retourneraient dans ce SU, 33 % iraient consulter un médecin non hospitalier principalement leur médecin traitant et 20 % évoquent la possibilité de se rendre dans un autre SU.

Les patients qui envisagent de revenir dans le SU dans lequel ils ont été enquêtés sont préférentiellement ceux déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois. La durée de passage semble influencer le choix de la réponse. Alors que la durée moyenne écoulée entre l'entrée dans les urgences et le début de l'interrogatoire n'est pas significativement différente, les patients dont la durée de prise en charge est plus importante évoquent la possibilité de s'adresser,

le cas échéant, soit à leur médecin généraliste, soit à un autre SU. Les patients enquêtés dans un SU d'un établissement public sont par ailleurs plus nombreux à évoquer une prise en charge dans un autre SU.

3. EN CONCLUSION

Une des spécificités de notre recherche est d'avoir montré que quatre urgences non vitales sur dix sont adressées aux urgences par un médecin. Ce travail souligne également l'importance du conseil téléphonique dans l'orientation du patient en situation d'urgence ressentie.

Autant d'éléments qui devraient nous inciter à réfléchir et agir sur :

- ◆ la place de la régulation dans la permanence de soins ;
- ◆ la meilleure répartition des urgences entre secteur public et secteur privé par les centres 15 ;
- ◆ l'éducation du patient pour une meilleure connaissance des filières de prise en charge.

B. Identification de l'organisation de la permanence des soins dans les 7 secteurs considérés

L'identification de l'organisation de la permanence des soins dans les sept secteurs considérés de l'étude a été menée parallèlement. L'objectif était de préciser s'il existait une permanence des soins le jour, la nuit et les week-ends, ainsi que les modalités d'information vis à vis du public.

1. MÉTHODE

Un premier courrier a été envoyé le 25 mars 2003 aux Présidents des Conseils de l'Ordre des Médecins des départements concernés par l'étude afin de les prévenir du travail et permettre une réponse adaptée aux médecins qui seraient sollicités pour l'enquête téléphonique. Ce même courrier demandait une réponse sur l'organisation de ces secteurs de permanence des soins et sur l'information aux patients.

Un deuxième courrier a été envoyé le 04 avril 2003 aux médecins potentiellement enquêtés pour les prévenir de la finalité du travail.

Plusieurs relances ont permis de réunir de façon plus complète les renseignements demandés. Le tableau III résume les retours d'information des différents Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins.

2. RÉSULTATS

Tableau III.

Réponses CDO	PDS le jour	PDS la nuit	PDS le week-end	Information du public	Remarque
09 Saint-Girons	non précisé	OUI le week-end non précisé les nuits de semaine	OUI : maison médicale de garde plus médecin voltigeur	numéro unique maison médicale de garde	PDS hors secteur étudié serait plus aléatoire et précaire
31 agglomération toulousaine	non précisé	non précisé	non précisé	non précisé	refus de communiquer les renseignements demandés
46 Figeac	non précisé	OUI	OUI	information par voie de presse plus répondeurs des praticiens	/
65 Tarbes agglomération	non précisé	OUI	OUI	répondeur téléphonique des médecins	régulation libérale au Centre 15
81 Lavaur	non précisé	OUI	OUI	information par voie de presse plus répondeurs des praticiens	/
82 Montauban agglomération	OUI	OUI	OUI	numéro d'appel unique	/

En synthèse, en dehors du Conseil de l'Ordre de Haute-Garonne qui en mars – avril 2003 n'a pas souhaité renseigner cette enquête, les cinq autres conseils départementaux ont répondu. Seule, la zone rurale de Saint Girons n'a pas de permanence de soins affichée la nuit. Toutes les autres zones ont une organisation affichée la nuit et le week-end. L'information des patients est hétérogène.

C. Implication de la médecine générale dans la prise en charge des urgences : principaux résultats de l'enquête auprès des médecins généralistes

L'intégralité de l'étude est présentée en annexe 2.

1. MÉTHODE

Une enquête par entretien téléphonique a été réalisée auprès de 100 médecins généralistes afin d'appréhender et de mieux comprendre la place de ces professionnels face à des urgences qualifiées de « non vitales ». L'échantillon des médecins a été constitué en prenant en compte les mêmes zones géographiques que celles retenues pour l'enquête auprès des patients, mais également l'année d'installation, l'âge et le sexe du médecin.

Pour ces différentes zones et critères, à partir d'une base fournie par la DRASS, 100 médecins

généralistes ont été tirés au sort et répartis comme suit :

- ◆ 40 médecins dans l'agglomération toulousaine,
- ◆ 30 médecins en milieu rural (10 sur la zone de Saint-Girons, 10 sur la zone de Figeac, 10 sur la zone de Lavaur),
- ◆ 30 médecins en milieu semi urbain (15 sur la zone de Montauban, 15 sur Tarbes).

Ces entretiens téléphoniques ont été réalisés en explorant les attitudes des médecins généralistes face à différentes situations cliniques 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 situations cliniques définies et testées avec les médecins généralistes du groupe de pilotage tiennent compte de la notion d'urgence traumatique (plaie de l'arcade sourcilière, traumatisme de la cheville), d'urgence médicale (douleur oropharyngée, douleur abdominale, fièvre) ou d'urgence médico-psycho-sociale.

Les entretiens téléphoniques ont permis par ailleurs d'établir les conditions d'exercice de ces médecins et d'enregistrer leurs opinions et relations vis à vis de la permanence de soins et des services d'urgence.

L'exploitation de ces entretiens a été réalisée à partir d'une analyse statistique des réponses correspondant aux différentes attitudes des 100 médecins interrogés et d'une mise à plat des questions ouvertes.

2. RÉSULTATS

a) La confirmation dans notre échantillon des disparités urbain/rural dans la participation à la permanence de soins

Seulement deux médecins interrogés sur trois exerçant dans les pôles urbains et un médecin sur trois dans l'agglomération toulousaine participent à la permanence de nuit ou de week-end. Ceci corrobore les résultats de l'étude régionale conduite par l'URML et l'URCAM de Midi-Pyrénées [17] qui montrait que trois médecins sur quatre participaient à une permanence de soins mais avec des disparités importantes selon les départements et surtout le lieu d'exercice (urbain/rural).

b) Dans la journée, des attitudes relativement codifiées et structurées

✓ L'attitude la plus courante pour la grande partie des médecins « après un appel qui sert de régulation » est de demander au patient « de venir au cabinet ». Ils proposent ainsi de fournir une réponse immédiate pour une demande non planifiée qui vient se surajouter à leur activité, sachant que plus de deux médecins généralistes sur trois ont choisi de consulter sur rendez-vous.

Cette attitude vient confirmer 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. Un petit groupe de médecins (18 %) se distinguent des autres en adoptant cette attitude de façon très systématique quelle que soit la situation clinique. Mais ce groupe ne se différencie pas des autres médecins, ni par l'âge, ni par le sexe, la date d'installation ou la zone 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 son attitude.

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

Mais l'analyse croisée des différentes situations cliniques et des attitudes montre qu'un médecin sur deux (en particulier les médecins qui ont les positions les moins tranchées) peut être amené parfois à orienter ces appels vers les urgences. Cette attitude « ponctuelle » d'orientation vers les services d'urgence se retrouve aussi bien pour les urgences traumatiques que médicales et plus souvent bien sûr si le malade n'est pas connu. Ce groupe de médecins exerce aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain et n'a pas de caractéristique propre en ce qui concerne l'âge, le sexe et la date d'installation.

c) La nuit, des attitudes moins homogènes pour ceux qui prennent la permanence

Un médecin sur quatre dit ne pas avoir d'attitude systématique. Toutefois, le non déplacement du médecin est l'attitude la plus courante (un sur trois) ; Un médecin sur six demande même systématiquement aux malades de se déplacer.

L'orientation directe vers les services d'urgence est évoquée par 30 % de l'ensemble des médecins. Mais ce groupe ne se différencie pas des autres médecins, ni par l'âge, ni par le sexe, la date d'installation ou la zone d'exercice.

d) Le week-end, des médecins qui choisissent de « faire venir au cabinet médical » plus nombreux que des médecins qui acceptent de se déplacer

Le comportement en week-end apparaît plus varié que dans la semaine. La part des médecins acceptant de se déplacer est légèrement plus importante, mais 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.

L'orientation directe de l'appelant vers un service d'urgence est évoquée le week-end par un médecin sur quatre. Ce groupe ne présente pas non plus de différence avec les autres médecins.

Si l'on se réfère enfin aux opinions et commentaires des médecins généralistes concernant l'afflux de patients vers les services d'urgence mais aussi les obstacles qu'ils évoquent pour assurer une permanence de soins, les résultats de notre enquête témoignent d'évolutions notables tant chez les patients que chez les médecins. Le rapport des médecins à « l'urgence » est contrasté. Ils considèrent souvent les malades comme « revendiquant » une réponse aux soins rapide, rassurante, de qualité, complète et la moins chère possible. Par contre, les médecins sont eux très nombreux à revendiquer le droit à une meilleure qualité de vie et de conditions de travail et une reconnaissance de leur profession.

3. EN CONCLUSION

Une des spécificités de notre étude est certainement d'avoir montré que les attitudes et opinions sont très homogènes quels que soient les sites d'investigation : urbains, périurbains et ruraux, tout en confirmant la moindre implication des médecins généralistes « des villes » dans la permanence de soins.

Autant d'éléments qui devraient nous inciter à réfléchir et agir sur :

- ◆ les conditions d'organisation d'une réelle permanence de soins en milieu urbain,
- ◆ les modalités d'exercice des médecins généralistes qui permettent de mieux répondre à ces « demandes de soins non programmées »,
- ◆ le déplacement du malade et l'accessibilité du cabinet médical,
- ◆ les axes, méthodes et outils d'information et d'éducation des patients qui leurs permettraient de mieux utiliser les dispositifs de soins existant en fonction des situations cliniques.

III. Analyse et réflexion

A. Selon les sites géographiques (urbain, semi-urbain, rural)

Le comportement des patients dans le recours aux urgences diffère selon les sites géographiques. L'analyse annuelle des 150 000 passages aux urgences de la région Midi-Pyrénées [14-16] montre clairement que la probabilité d'avoir à recourir à un service d'urgence varie fortement d'un département à l'autre : un habitant sur quatre dans le Tarn, un habitant sur dix dans le Gers. Par ailleurs, les agglomérations se caractérisent par un recours aux services d'urgence, toutes gravités confondues, beaucoup plus important que les zones plus rurales qui les environnent. Ce constat peut être expliqué par le fait que le patient ne dispose pas du même choix dans une offre de proximité pour les recours en urgence, ce qui peut d'ailleurs poser le problème de l'égalité

dans l'accès aux soins. En effet, alors qu'aucune différence dans le mode d'exercice de la médecine générale n'est retrouvée en fonction du lieu d'installation, la participation à la permanence de soins dépend de la zone d'exercice.

Des facteurs socioculturels sont également à l'origine de ces différences de comportement [18, 19].

1. COMPORTEMENT DES PATIENTS

Plus de patients se présentent aux urgences après avis médical en zones urbaines et périurbaines qu'en milieu rural ($p < 0,001$). Cette différence tient dans le recours à l'avis téléphonique (tableau IV), très supérieur en milieu périurbain et urbain par rapport au milieu rural ($p = 0,025$). Par ailleurs, en milieu rural, les patients arrivant sans avis médical évoquent plus souvent l'absence du médecin (27 % des patients en milieu rural évoquent cette raison vs 22 % en milieu urbain et 19 % en périurbain).

Tableau IV. Différences de recours selon le type de SU

	% de venues après avis médical	Type de contact (en %)		
		Téléphonique au SAMU	Téléphonique autre	Consultation ou visite
Milieu urbain	48	27	18	55
Milieu périurbain	36	30	17	53
Milieu rural	30	8	24	68

Le week-end, des différences dans le comportement des patients sont retrouvées en milieu périurbain : la fréquentation des SU est plus importante le week-end, mais sans différence significative et les patients viennent moins souvent pour des urgences traumatiques (52 % d'urgence traumatiques le week-end en périurbain vs 61 % la semaine, $p = 0,022$). Il n'y a pas de différence quant à la proportion de patients arrivant après avis médical, mais le contact est plus souvent téléphonique. 38 % de ces patients consulteraient un médecin non hospitalier pour un tableau clinique identique, alors que ce pourcentage est de 28 % pour les patients la semaine ($p = 0,007$).

En milieu urbain, la principale différence retrouvée tient dans le contact médical, plus souvent téléphonique le week-end (79 %) que la semaine (70 %, $p = 0,011$).

Concernant le recours aux urgences la nuit, la seule différence significative retrouvée est une proportion plus importante de patients venant sans avis médical la nuit en milieu périurbain (73,2 %) par rapport à la journée (64 %, $p = 0,047$).

2. PRATIQUE DES MÉDECINS

Dans notre étude, 62 % des médecins participent à la permanence de nuit. Mais les différences suivant les zones d'exercice sont importantes :

- ◆ en milieu rural, tous les médecins assurent une permanence de nuit ;
- ◆ dans les zones semi-urbaines, deux médecins sur trois ;
- ◆ dans l'agglomération toulousaine, un médecin sur trois.

Il en est de même pour la permanence de week-end où seulement deux médecins sur trois dans les pôles périurbains participent à la permanence de week-end contre moins d'un médecin sur deux 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 résultats corroborent ceux de l'étude réalisée par l'URCAM-URML (tableau V) qui montrait que 75% des médecins généralistes assuraient une permanence de soins [17]. L'enquête nationale [20] du 30 avril 2004 menée par la DHOS dans 100 départements retrouve un taux de participation des médecins généralistes de 58 %. Mais tous ces travaux soulignent les disparités importantes quant aux modes d'organisation de la permanence de nuit et de week-end selon les départements et les zones d'exercice (urbain ou rural).

Tableau V. Taux de participation à la permanence des soins

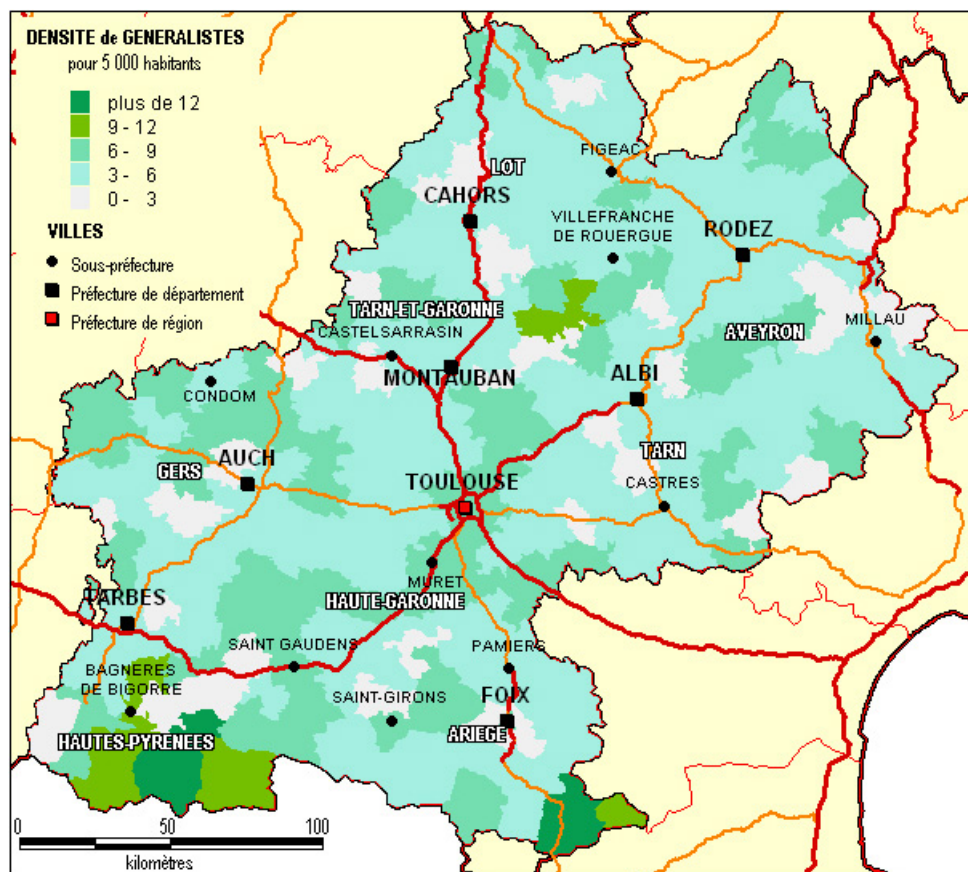
la nuit			le week-end	
en secteur urbain	en secteur rural		en secteur urbain	en secteur rural
55,6 %	91,1 %	Midi-Pyrénées	54,9 %	90,2 %
73,9 %	89,8 %	Ariège	69,6 %	81,6 %
64,3 %	95,8 %	Aveyron	64,3 %	96,8 %
89,2 %	96,0 %	Gers	89,2 %	96,0 %
37,4 %	87,2 %	Haute-Garonne*	36,6 %	87,2 %
78,4 %	90,5 %	Hauts-Pyrénées	78,4 %	87,8 %
64,3 %	87,8 %	Lot	71,4 %	87,8 %
69,6 %	91,2 %	Tarn	66,1 %	90,1 %
57,1 %	92,5 %	Tarn et Garonne	57,1 %	94,0 %

* taux de participation de 60% pour les médecins installés en zone périurbaine en Haute-Garonne

Source : La permanence des soins : attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, sept 2002, URCAM-URML

Par contre, l'attitude des médecins généralistes face à des situations médico-chirurgicales « non vitales » ne diffère pas selon le lieu d'installation aussi bien dans la journée qu'au cours d'une permanence de nuit ou de week-end.

Carte 2. Densité de médecins généralistes pour 10 000 habitants



Au regard de la disparité de la répartition territoriale de l'offre de soins (carte 2), aujourd'hui et à l'horizon 2008 [21], il est probable que sans une volonté de mieux organiser l'offre de soins et d'agir sur la démographie médicale locale, l'organisation de la permanence de soins deviendra difficile sur certaines zones du territoire.

B. Selon le statut public ou privé de l'établissement

Dans le fonctionnement du recours aux urgences en fonction du statut public ou privé de l'établissement, des filières de soins semblent différemment organisées.

Les patients se présentant dans un SU public viennent plus après avis médical (49 % vs 42 % lorsque le SU est privé, $p = 0,01$). Cet avis médical est plus souvent téléphonique (52,6 %) et essentiellement auprès du SAMU (à 80 %). Pour les patients se présentant dans un SU privé, c'est un contact médical (consultation, visite) qui a précédé la venue dans 65 % des cas. Lorsque l'avis médical est pris par téléphone, le SAMU n'a été contacté qu'une fois sur quatre.

Le week-end, les urgences sont proportionnellement plus fréquentes dans les SU publics que

dans les SU privés. Si aucune différence week-end / semaine n'est retrouvée dans la proportion de venue après avis médical pour les structures publiques (48 % des venues), les arrivées après avis médical sont moins fréquentes dans les SU privés le week-end (36 %) que la semaine (44 %, $p = 0,046$). L'avis téléphonique est également plus souvent sollicité le week-end que la semaine (tableau VI).

Tableau VI. Type de recours au médecin selon le statut de l'établissement

	Proportion d'avis téléphoniques (en %)		
	Week-end	Semaine	p
SU d'établissement privé	44,2	31	0,042
SU d'établissement public	67,5	42,3	0,000

La nuit, aucune différence dans le recours n'est retrouvée.

C. Discussion des résultats

1. LIMITES DES ÉTUDES

✓ Les études menées sur les patients aux urgences ne ciblent pas toujours la même population d'utilisateurs, ce qui rend les comparaisons difficiles. Ainsi, l'absence de définition consensuelle des situations dites « non urgentes » ou du recours inapproprié aux urgences [22-25] explique la difficulté du choix de la population enquêtée. La DREES qui a réalisé en janvier 2002 la première enquête nationale sur le profil et les motivations des consultants des services d'urgence [26, 27] a interrogé 3 000 patients accueillis dans près de 150 SU et non hospitalisés à l'issue de la prise en charge. Nous avons choisi d'interroger tous les patients ne présentant pas de critère de gravité à l'arrivée aux urgences (CCMU 1 et 2), considérant que ces patients pourraient relever d'une prise en charge autre, notamment ambulatoire. Certains travaux [28] ont fait l'hypothèse pour la sélection des patients que ceux nécessitant le recours à un plateau technique, même pour des pathologies de faible gravité, relevaient d'un SU. Par ailleurs, le critère de classification CCMU n'est pas forcément un bon outil pour sélectionner les patients non urgents car cette classification est très liée aux pratiques locales de prise en charge ; tel service appliquera les recommandations professionnelles [29] et ne fera pas de radiographie du crâne pour les traumatisés crâniens (qui seront donc classés en CCMU 1) alors qu'un autre réalisera une radiographie (et les patients seront classés en CCMU 2) [30]. De même, il est probable que certains examens complémentaires qui pouvaient être reportés dans le temps aient été réalisés aux urgences en raison de la facilité d'accès au plateau technique.

L'exclusion dans notre étude des urgences pédiatriques du CHU de Toulouse, dont le recours paraît relever d'une autre problématique [31], ne permet pas d'apporter des conclusions quant au

comportement des enfants et de leurs parents en zone urbaine.

✓ Différents travaux [32-34] ont retrouvé qu'une petite frange de la population précarisée utilise les SU comme un lieu de soin habituel. La base de données de l'ORU-MiP ne comporte pas d'information sur la situation socio-économique des patients. Par ailleurs, cette base est constituée de passages aux urgences, où, pour des raisons d'anonymisation, les patients ne sont pas individualisables. De la même façon, il n'existe pas actuellement au niveau régional d'identifiant patient unique qui permettrait d'analyser les recours aux soins itératifs dans le même SU ou dans des SU différents au sein d'une même zone géographique.

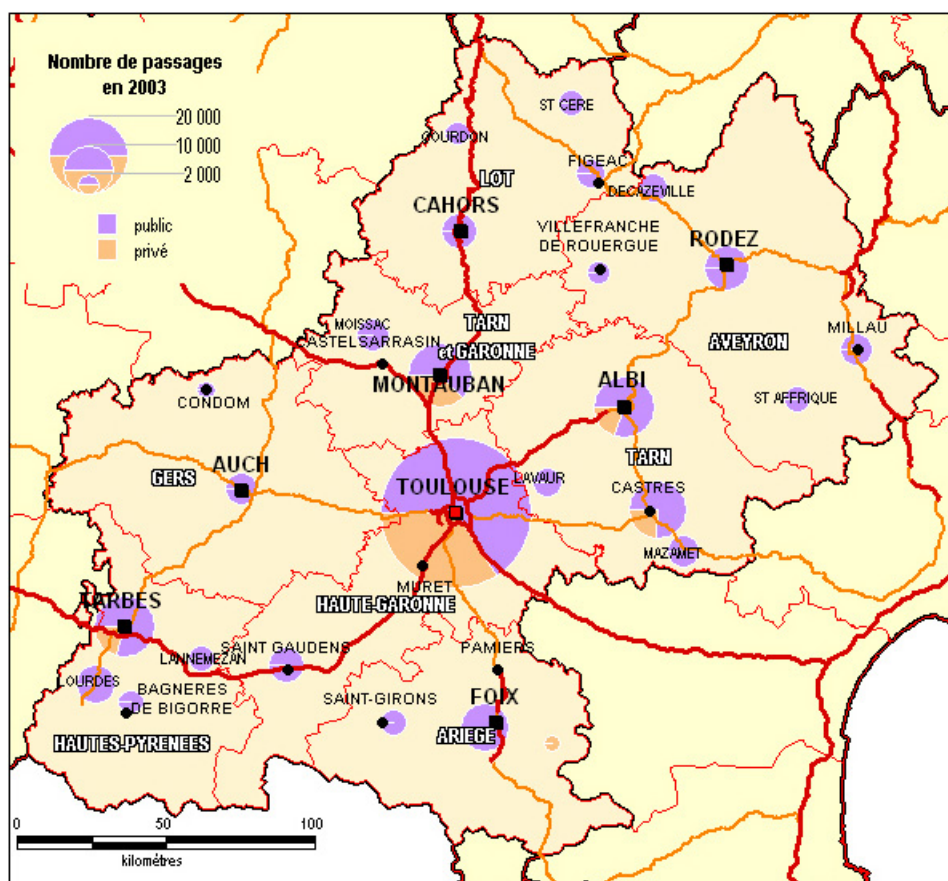
✓ Dans ce travail, 133 patients (soit 6,6 % de l'échantillon) n'ont pas pu être interrogés, soit du fait d'un refus, soit parce que l'interrogatoire a été impossible (patients âgés, déficit mental, fugue...). Les patients refusant le questionnaire sont en moyenne plus âgés et résident plus souvent en zone urbaine. Toutefois, aucune différence statistique n'est retrouvée par rapport au reste de la population. La même difficulté se pose lors des enquêtes auprès de médecins généralistes. Le protocole d'enquête prévoyait de remplacer le médecin contacté en cas de refus par un autre du même sexe, du même âge, et de la même zone géographique. Ceci n'a pas été toujours possible, notamment dans certaines zones rurales, par déficit démographique.

✓ La difficulté de ce type d'étude tient également dans la sincérité des réponses. Ainsi, la motivation du recours aux urgences comme possibilité d'éviter l'avance des frais pour les prises en charge ne semble pas toujours avouée et explique probablement le peu de réponses à cet item (7 patients, soit 0,7 % des réponses).

Par ailleurs, les patients interrogés dans les services d'urgence peuvent, malgré l'information qui leur est donnée préalablement et le fait que l'enquêteur ne faisait pas partie du personnel de l'établissement, craindre les conséquences de leurs réponses sur la prise en charge ultérieure. Toutefois, aucune question ne mettait en cause la qualité de la prise en charge dans les urgences et la satisfaction du patient était abordée indirectement.

✓ Cette étude est par ailleurs réalisée sur une région qui a ses spécificités tant pour la densité de l'offre de soins hospitalière (carte 3) que pour la démographie médicale libérale. Or le problème du recours aux urgences ne peut pas être abordé en dehors du contexte sanitaire global [35, 36]. L'émergence de nouveaux observatoires dans d'autres régions sera l'occasion de confronter nos résultats et de tester la représentativité de notre population par rapport à la population nationale.

Carte 3. Répartition offre publique / offre privée



✓ Pour autant, l'enquête auprès des usagers a le mérite d'avoir été réalisée dans des services d'urgence avec toute la difficulté que représente la recherche aux urgences. En effet, le fonctionnement des services d'urgence présente des conditions très contraignantes pour la réalisation de telles études. Cela en raison :

- ◆ de l'étendue des horaires d'ouverture obligeant la présence d'enquêteurs 24/24 h ;
- ◆ de la rapidité de la prise en charge : les consultants des urgences ne patientent en moyenne que 2 heures ;
- ◆ de l'irrégularité du flux des arrivées ;
- ◆ de l'organisation anxiogène, agitée et souvent peu lisible des services d'urgence pour les patients qui, non seulement sont en attente quant au devenir de leur problème de santé, mais aussi témoins de la prise en charge des autres malades ;
- ◆ de la non disponibilité des praticiens et soignants.

2. ENTRE USAGERS, MÉDECINS TRAITANTS, SAMU ET SERVICES D'ACCUEIL : LES LOGIQUES À L'ŒUVRE DANS LE RECOURS AUX URGENCES

L'objectif de cette étude est, à travers l'analyse des témoignages respectifs des usagers/patients d'une part, des médecins généralistes d'autre part, de comprendre les logiques à l'œuvre derrière ce que certains pourraient considérer comme des formes inadaptées de recours aux SU.

La focalisation sur les seuls cas relevant des CCMU 1 et 2 situe clairement le débat : le recours aux services d'urgence n'apparaissant pas toujours opportun, qu'est ce qui a présidé à ce recours et peut-on, le cas échéant, l'infléchir ? Cela présuppose qu'existe une attitude optimale de recours qui pourrait servir de référence aux attitudes inadaptées observées.

Cette attitude optimale est celle du recours à la médecine de ville. Selon les témoignages des usagers/patients, la médecine de ville a été sollicitée au téléphone par 17,4 % d'entre eux, alors que 22,3 % bénéficiaient d'une consultation (16,7 %) ou d'une visite (5,5 %). On peut donc considérer que 40 % des usagers/patients se sont correctement comportés en faisant appel en première intention à la médecine de ville. Cette dernière a répondu sous la forme d'une consultation/visite dans 56 % des cas, avant d'adresser au service d'urgence. On peut s'interroger sur la logique qui a présidé à cette orientation ; elle résulte en tout cas d'une décision médicale étayée par un examen clinique. Les 7,4 % orientés suite à un échange téléphonique pose le problème d'une éventuelle « défausse » du médecin généraliste sur le service d'urgence (mauvaise connaissance du patient qui ne fait pas partie de sa clientèle habituelle ?).

Dans 10 % des cas, c'est un appel téléphonique au SAMU qui a précédé le recours aux urgences. On peut supposer que l'orientation a fait l'objet d'une réflexion de la part du régulateur et que la décision a été prise dans une forme d'arbitrage entre la sévérité et le type présumé de problème d'une part, la disponibilité potentielle de la médecine de ville d'autre part. A cet égard, il est à noter que le recours téléphonique au SAMU se fait plutôt lors des périodes de fermeture des cabinets médicaux (71 % des appels durant ces périodes, contre moins de la moitié aux heures d'ouverture). Ces données amènent à s'interroger sur l'adéquation de tels appels, tant hors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux que durant ces périodes d'ouverture. En effet, la permanence des soins de ville devrait être la règle et l'appel au SAMU l'exception.

Il conviendrait de confronter ces chiffres au bilan des régulations des SAMU afin de pouvoir mesurer dans quelle proportion le régulateur oriente vers les urgences et pour quelles raisons (difficile évaluation du cas, déficit de permanence des soins de ville, etc).

Dans 60 % des cas, le recours aux urgences est direct à l'initiative, soit de la personne elle-même, soit d'un membre de son entourage (plutôt chez les jeunes). Ce recours direct est certainement le plus problématique car il témoigne d'un rapport inadapté au système de santé. On peut penser qu'il est sous-tendu par une méconnaissance du dispositif qui amène à s'adresser directement aux structures hospitalières. Cette méconnaissance n'est pourtant pas associée au fait de ne pas avoir un médecin traitant, 92 % des patients enquêtés déclarant avoir un médecin généraliste. Cela explique en partie la plus grande fréquence de recours direct chez les jeunes.

Des divers acteurs susceptibles de déclencher un recours inadapté aux urgences, deux paraissent donc au centre des actions à mener :

- ◆ l'utilisateur/patient auquel on doit inculquer une culture du recours prioritaire au dispositif ambulatoire de la permanence de soins ;
- ◆ le médecin généraliste que l'on doit inciter très fortement à participer à cette permanence des soins et à la mise en place de structures ambulatoires équipées pour les CCMU 1 et 2 (maison médicale de garde).

En l'absence de telles campagnes de sensibilisation/dissuasion, on peut craindre que la forme d'entente implicite nouée entre le patient/usager (attentif à la rapidité, la disponibilité, la technicité et la gratuité des soins) et le médecin généraliste (réticent à participer à la permanence des soins et à d'éventuels dispositifs du type maison médicale) ne se poursuive au détriment des services d'urgence, de l'assurance maladie et de l'ensemble du système de santé.

IV. Préconisations

La problématique de l'augmentation du nombre de passages aux urgences est connue [1] et des propositions de nouvelles organisations se mettent en place, comme par exemple la régulation libérale des appels pour la permanence de soins ou l'ouverture de maisons médicales de garde.

Le patient est souvent désigné comme le seul responsable de ce phénomène pour assouvir ses exigences consuméristes.

Deux grands types de logique se dégagent donc de cette étude :

- ◆ la première est celle du recours direct aux urgences par la personne et/ou son entourage : il s'agit typiquement d'un jeune, souffrant d'un traumatisme, plutôt dans la période de non ouverture des cabinets médicaux (le week-end notamment).
- ◆ la deuxième logique est celle de l'adressage par un médecin qui peut être :
 - soit un médecin généraliste, médecin traitant ou non, et la cible des actions correctrices doit alors être ce dernier : sensibilisation à la permanence des soins (surtout en ville), équipement du cabinet voire d'une maison médicale...
 - soit, une fois sur quatre, le régulateur du SAMU lorsqu'il ne peut compter sur un dispositif ambulatoire permanent et équipé. Ces résultats soulèvent le problème de l'orientation des patients dans un état clinique stable vers les services d'urgence lors de la régulation par le SAMU. La participation des médecins libéraux à cette régulation pourrait permettre une orientation différenciée de ces patients, en fonction du motif de recours et de l'offre de soins libérale.

Ces logiques semblent s'opposer et il existe une profonde divergence entre les conceptions des professionnels de santé et celles des usagers concernant la définition d'une situation d'urgence. Or, de ces conceptions dépendent très largement les comportements mis en œuvre.

A. En termes d'organisation efficiente de la permanence de soins

La permanence de soins s'est mise en place progressivement dans la région Midi-Pyrénées après la longue grève des médecins en 2001/2002. A côté de la sectorisation, qui est la base de cette nouvelle organisation, de la régulation qui est la garantie d'amont de son efficacité et des maisons médicales de garde qui peuvent en devenir une garantie d'aval, se pose cependant le problème des périodes d'organisation de cette permanence de soins ambulatoires

1. PÉRIODE D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DE SOINS

Cette enquête s'est déroulée alors que le fonctionnement de la permanence des soins libérale connaissait une réorganisation complète. Après la longue grève des médecins généralistes de 2001/2002 qui avait fait reconnaître la nécessité d'une refonte complète du fonctionnement de la permanence des soins, la sectorisation de l'astreinte médicale a été pour la première fois organisée au niveau de chaque département en réponse au texte ministériel réglementaire¹. Au moment de la rédaction de ce rapport la sectorisation et l'organisation du fonctionnement de la permanence des soins libérale sont toujours en discussion dans la plupart des départements de Midi-Pyrénées.

En tout état de cause, cette permanence des soins ne se concevra que de 20 h à (au mieux) 8 h du matin du lundi au vendredi, de 13 h à 8 h le samedi et de 8 h à 8 h le dimanche et jour férié. Or c'est entre 8 h et 20 h que les services d'urgence accueillent le plus de patients relevant de pathologies de grades 1 et 2 dans la CCMU. Certes les samedi, dimanche et jours fériés devraient en théorie voir une amélioration de l'activité des services d'urgence hospitaliers, mais le reste de la semaine, cette organisation influera peu sur l'activité des urgences ; en dehors probablement des services des grandes métropoles (comme Toulouse dans notre étude) où l'activité est soutenue jusqu'à 21 ou 22 heures.

Le recours aux médecins traitants doit donc être encouragé pendant cette période d'ouverture des cabinets de médecine de ville. Ceci passe sûrement par une incitation à une organisation différente de l'activité des cabinets de médecine générale de ville (cf. supra IIIA2.Pratique des médecins) mais également par le développement d'une démarche de communication auprès des usagers pour les sensibiliser à une meilleure utilisation des dispositifs de permanence.

¹ Circulaire ministérielle DHSO/SDO n° 2002/399 du 15 juillet 2002.

La réalisation de ce dernier point peut se concevoir au niveau des COMités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS) avec un financement *via* le Fond d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville. La dissociation entre l'échelon départemental de proposition et l'échelon régional de financement n'est pas un obstacle discriminant. L'idéal serait cependant une incitation plus large de type campagne nationale de l'Assurance Maladie.

2. RÉGULATION TÉLÉPHONIQUE LIBÉRALE

La régulation téléphonique libérale fait partie intégrante du dispositif de la permanence de soins ambulatoires. Son préalable est la sectorisation sans laquelle elle ne peut fonctionner. Son but est d'organiser, au sein de la profession, la réponse aux appels des usagers souhaitant une continuité dans la prise en charge des soins primaires. Sa proximité avec les appels pour les urgences a fait proposer qu'elle soit couplée à la réception des appels de l'aide médicale urgente au sein des Centres de Réception et de Régulation des Appels (CRRRA-Centre 15) des SAMU. A côté des conseils médicaux, ces appels peuvent être transférés au médecin régulateur du SAMU en cas d'urgence vitale, justifiant d'une connexion étroite avec le SAMU². Enfin, des appels peuvent donner lieu à une intervention soit du médecin de garde du secteur concerné soit du médecin de la maison médicale de garde auprès de laquelle la régulation libérale orientera l'appelant. Cette régulation est adaptée à l'optimisation de l'utilisation de la permanence de soins et jugée optimale pour identifier les urgences vitales.

Une alternative s'est fait jour à cette régulation libérale départementale au niveau du SAMU : c'est la régulation privée indépendante du SAMU reposant sur le transfert des appels au médecin adhérent à la structure auprès de cette régulation. Elle est quand même connectée au 15 pour tout transfert d'appel en cas d'urgence vitale. Elle active comme la précédente les médecins de garde du secteur ou de la maison médicale de garde. L'intérêt principal d'une telle structure réside dans la continuité de l'appel au médecin traitant afin que ce lien médecin-patient reste privilégié. La limite est que, située en dehors des centres 15 – SAMU, elle ne traite pas les appels de la permanence de soins qui arrivent au 15 (et elle ne souhaite pas toujours les traiter expliquant en cela son éloignement géographique du SAMU). Le risque d'une telle structure réside dans l'apparition de numéro d'appel public à 10 chiffres faisant de ces structures de véritables centres de régulation indépendants totalement déconnectés de l'aide médicale urgente.

L'information de l'utilisateur pour l'utilisation de cette régulation libérale pourra pâtir d'un tel

² La circulaire n° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences prévoit « *chaque fois que possible* » la mise en place d'une régulation des appels relevant de la médecine ambulatoire dans les locaux du Centre-15.

dysfonctionnement amenant à une désorganisation de la régulation de l'aide médicale urgente comme de la permanence des soins.

B. En termes d'organisation de la médecine générale

La permanence des soins et les réponses aux urgences posent un problème majeur d'organisation pour toutes les formes d'exercice de la médecine dans l'ensemble des pays industrialisés. L'activité des praticiens repose sur des consultations et visites à domicile auxquelles il faut rajouter les dispositifs de garde mis en place pour répondre à la demande de soins en dehors des heures ouvrables (nuits et week-end).

☞ Aux heures d'ouverture des cabinets médicaux, la prise en charge d'une urgence est déstructurante pour l'activité habituelle. L'évolution de l'activité en médecine générale vers une organisation essentiellement sur rendez-vous devrait permettre au médecin de mieux prendre en charge, au cabinet et pendant les heures d'ouverture des cabinets, l'urgence inopinée (exception faite de l'urgence médico-sociale), de diminuer le nombre de visites et de mieux maîtriser son activité. Le déplacement du médecin en réponse à l'appel téléphonique est en tout cas très minoritaire (7 à 10 % selon la situation clinique dans notre enquête), si ce n'est dans le cas d'une urgence médico-psycho-sociale (20 %). Le déplacement du médecin ne peut pas être amélioré par une organisation sur rendez-vous. La solution est probablement dans l'association de médecins.

☞ Par ailleurs, la garde médicale est de plus en plus difficile à organiser, car rejetée par le corps médical. Le vieillissement et la féminisation de la profession médicale, l'accroissement de l'insécurité, le manque de pratique de l'urgence et la mauvaise valorisation financière expliquent l'évolution de la population médicale vers des catégories moins investies dans les urgences médicales. L'augmentation des recours aux urgences hospitalières et l'implication croissante des Centres 15 [37] qui connaissent une inquiétante multiplication des demandes d'interventions alors que le nombre d'appels pour des urgences « vraies » semble stable sont également des facteurs qui influencent l'organisation de la permanence de soins. Enfin, les modifications du mode de vie et l'application des 35 heures expliquent le désengagement des médecins et leur demande de meilleures conditions d'exercice [38].

En Midi-Pyrénées, 75% des médecins généralistes assurent une permanence de soins mais avec des disparités importantes selon les départements et les zones d'exercice (urbain ou rural), résultat de notre étude tout comme celle réalisée par l'URCAM-URML [17].

La volonté des médecins est réelle d'organiser la permanence de soins avec une régulation

efficace afin de permettre une meilleure qualité de soin aux patients, qu'il soit en rapport avec une urgence ou non. Une meilleure équité des pratiques de permanence est également souhaitée, notamment entre les zones urbaines, périurbaines et rurales [17]. La réflexion doit forcément tenir compte des moyens mis à disposition des médecins pour assurer leurs gardes et des conditions financières. Les secteurs urbains des centres-villes sont assez bien équipés en moyens mobiles d'urgence et en possibilités d'accueil hospitalier. De même, le découpage des secteurs sanitaires doit tenir compte de la densité de médecins et du mode de vie des usagers.

C. Vis-à-vis des patients – usagers

L'augmentation de la fréquentation des urgences n'est pas isolée, mais s'inscrit dans un contexte plus général d'une augmentation de la consommation de soins. Ainsi, la problématique actuelle des services d'urgence n'est pas seulement la conséquence d'un transfert simple de l'activité du médecin de ville vers les services d'urgence, mais bien d'une augmentation globale de la demande de soins ambulatoires qui au-delà de la désorganisation du système de soins libéral ambulatoire, se traduit parfois par un mésusage des services d'urgence et souvent par leur engorgement. Ce sont les représentations sociales des usagers en matière d'urgence qui vont guider et orienter les comportements dans ce domaine ; or, le système de rationalité et de représentation diffère entre le profane et le professionnel. Les résultats de cette étude en sont la démonstration : alors que les patients expliquent leur venue aux urgences sans avis médical par le souhait d'une prise en charge adaptée (42 %) et l'absence de leur médecin (22 %), le médecin évoque comme motivation des patients, la rapidité de la prise en charge (35 %) et l'absence d'avance de frais (32 %).

Par ailleurs, la performance des services d'urgence n'est plus à démontrer. Dans l'exemple d'un traumatisme, le patient va en moins de deux heures bénéficier d'une consultation médicale (polyvalente, plus ou moins complétée d'un avis spécialisé), obtenir un examen de radiologie, suivi de la prescription et éventuellement de la mise en œuvre du traitement adéquat... ce qui lui aurait pris dans la meilleure des éventualités pas moins d'une demi journée en médecine de ville avec des va-et-vient entre les différentes structures, contraignants et non remboursés par l'assurance maladie ! Le service d'urgence est également la porte d'entrée rapide pour obtenir un avis spécialisé dans la journée alors que les listes d'attente pour certaines spécialités reportent la demande de consultation à plusieurs mois.

Aussi, tout patient qui souhaite accéder à un plateau technique et/ou bénéficier rapidement d'un avis spécialisé va pouvoir décider et ce, de façon souvent très éclairée de l'endroit qui lui semble le plus adapté à sa situation d'urgence. Les patients, en situation d'urgence ressentie, ne

cherchent pas toujours à joindre un professionnel de la santé et décident soit de se rendre directement dans les urgences hospitalières lorsqu'ils suspectent un problème nécessitant l'utilisation rapide d'un plateau technique, soit essaient d'obtenir l'avis d'un médecin d'astreinte afin de le faire venir à domicile [39]. Les patients assurent donc la régulation du système de soins, en choisissant le lieu de prise en charge en fonction de leur perception de l'urgence et surtout des besoins, en examens complémentaires et en gestes techniques qu'ils jugent eux-mêmes nécessaires. L'action correctrice qui doit être menée vis-à-vis de ce type de recours vise le patient/usager lui-même qu'il convient de sensibiliser au recours à la médecine de ville par diverses mesures incitatives (médecin référent, information des assurés, etc) voire dissuader de recourir directement par diverses mesures : délai d'attente, tarification adaptée...

Ces passages aux urgences auto-décidés n'assurent pas toujours une prise en charge optimale du patient, par exemple dans les situations nécessitant de développer l'éducation thérapeutique du patient et de sa famille, difficile à mener dans un contexte d'urgence [40].

Dans notre étude, un patient sur trois évoque la possibilité d'une prise en charge en médecine libérale pour un même tableau clinique, constat qu'il fait de l'inadaptation de ce type de recours dans certaines situations cliniques.

De ces constats découle la nécessité de réorganiser la prise en charge des urgences non vitales et d'accompagner ces changements d'une information appropriée aux patients.

1. DÉPLACEMENT DU PATIENT

Notre enquête montre que le médecin généraliste fait venir le patient à son cabinet, la semaine et le week-end, un peu moins la nuit. Le déplacement du médecin à la demande du patient est minoritaire. Ce constat répond aux mesures prises en 2002 par l'assurance maladie pour maîtriser les dépenses de santé [41]. En effet, depuis le 1^{er} octobre 2002, le médecin peut s'opposer aux visites à domicile, puisqu'elles sont réservées aux personnes qui sont dans l'impossibilité de venir à la consultation. C'est lui qui estime la capacité du patient à se déplacer, au regard d'une liste de situations médicales ou compte tenu de critères sociaux et environnementaux (situation familiale du patient, difficultés géographiques d'accès aux soins). Lorsqu'un patient qui pourrait se rendre au cabinet du médecin choisit néanmoins de faire déplacer le médecin, le tarif de la visite est de 30 €, mais le patient n'est pas remboursé des frais de déplacement de 10 €.

Parallèlement, la mise en place de la sectorisation de la permanence de soins pourrait induire à terme un agrandissement des secteurs d'astreinte. Aussi, le médecin sera de moins en moins

susceptible de pouvoir effectuer des visites ce qui obligera le malade à se déplacer. A partir de ce constat, la mise en place de systèmes de permanences de soins est envisageable mais selon des modalités différentes selon la zone d'habitat [17] :

- ◆ en zone urbaine, la maison médicale de garde ;
- ◆ en zones périurbaines, la maison médicale de garde virtuelle ;
- ◆ en zone rurale, l'association entre médecins.

2. ÉDUCATION ET INFORMATION DE L'ASSURÉ SOCIAL

L'information et la communication auprès des usagers sont également des points à développer. Les usagers s'avèrent être relativement ignorants sur les modalités de prise en charge des urgences et de la permanence de soins et de façon plus générale sur les alternatives aux services d'urgence [27, 42]. Les résultats de l'enquête de la DREES [27] montrent que près de 70 % des consultants pensent qu'il faut une ordonnance pour faire une radiographie, 20 % ignorent s'il existe un médecin de garde dans la commune où ils se trouvent lors de la survenue de leur problème médical et 9 % ne savent pas comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde.

Tous les acteurs du système de soins, éventuellement en collaboration avec les associations des usagers de santé du département, doivent contribuer à faire connaître à l'utilisateur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et en particulier ses modalités d'accès au niveau du département. Le rôle des tutelles et celui des médias est ici incontestable, mais nécessite un changement radical du contenu de l'information qu'ils délivrent. Au niveau des CODAMUPS, des instructions d'information devraient être adressées par les autorités nationales (DHOS, DGS, CNAMTS) accompagnées de moyens financiers. L'éducation à la santé doit débuter au plus tôt. L'association des campagnes d'information avec les services du rectorat doit permettre une approche anticipée chez les plus jeunes.

V. Conclusion

Une meilleure connaissance des profils des usagers des services d'urgence peut permettre de redéfinir les missions propres de ces services et de déterminer le caractère approprié ou non des comportements de santé, tant du point de vue qualitatif que du point de vue quantitatif :

- ◆ certaines pathologies sont-elles inappropriées aux services d'urgence ?
- ◆ quel est le nombre de recours réellement inadaptés ?
- ◆ quels sont les volumes et les flux en adéquation avec la population desservie ?

Il apparaît à l'analyse de ce travail que des réorientations de la prise en charge globale des

patients sont nécessaires afin d'améliorer autant la satisfaction des usagers que celle des professionnels. Elles passent par une information adaptée des patients sur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et sur les modalités de prise en charge des urgences en insistant plus spécifiquement sur les alternatives aux services d'urgence. Elles nécessitent également une meilleure formation des professionnels libéraux à l'urgence et plus généralement axée vers l'ensemble des professionnels sur les aspects managériaux.

Cette enquête est une enquête point de repère. Elle doit alimenter la réflexion actuelle sur les perspectives d'évolution des dispositifs de permanence des soins. Elle s'est déroulée alors que le fonctionnement de la permanence des soins libérale connaissait une réorganisation complète. Au moment de la rédaction de ce rapport, la sectorisation et l'organisation du fonctionnement de la permanence des soins libérale sont toujours en discussion dans la plupart des départements de Midi-Pyrénées. Certains dispositifs, tels que les maisons médicales de garde ou la régulation libération, sont encore expérimentaux.

La mise en place des maisons médicales de garde répond plus à une volonté d'améliorer l'organisation de la permanence de soins qu'à un souci de stabiliser voire de diminuer la fréquentation des services d'urgence. Elle a été accompagnée de moyens financiers importants, dans le cadre des FAQSV³. Aussi, l'efficacité de l'ensemble du dispositif devra être évaluée afin d'aboutir à la configuration optimale, aussi bien en réponse à l'attente de l'utilisateur qu'à celle des professionnels dans un cadre financier acceptable pour la collectivité et pérenne pour les professionnels. Une nouvelle enquête reposant sur une même méthodologie pourrait être proposée dans deux à trois ans afin d'évaluer l'effet des nouvelles organisations sur le dispositif global.

³ Fonds d'aide à la qualité des soins de ville

VI. Annexes

A. annexe 1 : ENQUÊTE AUPRÈS DES USAGERS

appel à projet CNAMTS



RAPPORT PRÉLIMINAIRE

**Étude des déterminants conduisant
les patients qui ne relèvent pas de
l'urgence médico-chirurgicale vitale
à se présenter dans un service
d'urgence public ou privé plutôt que
de faire appel à la médecine de ville**

février 2004

**Dr Christine Sagnes-Raffy
Dr Jean-Louis Ducassé**

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

VII. Bibliographie

- 1- Beaubeau D, Deville A, Joubert M, Fivaz C, Girard I, Le Laidier S. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. DREES Etudes et Résultats 2000 ; 72:1-8.
- 2- Lacroix J, Aseneau M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. Arch Pédiatr 1999 ; 6 Suppl 2:457-8.
- 3- Zimmerman DR, Allegra JR, Cody RP. The epidemiology of pediatric visits to New Jersey general emergency departments. Pediatr Emerg Care. 1998;14:112-5.
- 4- Rapport au parlement sur la sécurité sociale. Cour des comptes. Les éditions des Journaux Officiels. Sept 2002:358-368.
- 5- Humbert B, Riou B. Les enjeux des urgences en France. Soins 2002 ; 664: 18-21
- 6- Steg A. L'urgence à l'hôpital. Rapport du Conseil Economique et Social. Paris, 1989.
- 7- Steg A. La médicalisation des urgences. Rapport de la Commission Nationale de restructuration des urgences. Paris, 1993.
- 8- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. JAMA 1994 ; 271:1909-12
- 9- Kellermann AL. Nonurgent emergency department visits : meeting an unmet need. JAMA 1994 ; 271:1953-4
- 10- Fatovich DM. Emergency medicine. BMJ 2002 ; 324:958-62
- 11- Roberts W. The costs of visits to emergency departments. N Eng J Med 1996 ; 334:642-6
- 12- Fourestié V, Roussignol E, Elkarrat D, Rauss A, Simon N. Classification clinique des malades aux urgences : définition et reproductibilité. Réan Urg, 1994, 3, 573-578.
- 13- Rivas M, Angenard F, Letoumelin P, Gripon P, Guittard Y. Validation de la classification clinique des malades aux urgences (CCMU) par la charge de travail. Réan Urg, 1994, 3, 118.
- 14- ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2001. 76 p. www.oru-mip.fr.
- 15- ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2002. 140 p.
- 16- ORU-MiP. Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2003. 148 p.
- 17- Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie en Midi-Pyrénées. Permanence des soins : pratiques et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Septembre 2002. URL : <http://www.urmlmp.org/docpdf/index.php> [consulté le 9 août 2004].
- 18- Flick U. La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales. Ed. Harmattan, 1992:400p.
- 19- Herzlich Claudine. La perception quotidienne de la santé et de la maladie. Théories subjectives et représentations sociales. Editions l'Harmattan, 1992, pp.295.
- 20- Circulaire DHOS/01 n°2004-336 du 9 juillet 2004 portant éléments d'information sur la permanence des soins en médecine ambulatoire. Texte non paru au Journal officiel.
- 21- Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie. Démographie des médecins libéraux en 2008. Septembre 2000. URL : <http://www.urcam-poitou-charentes.fr> [consulté le 26 août 2004]
- 22- Foldes SS, Fischer LR, Kaminsky K, What is an emergency? The judgments of two physicians. Ann Emerg Med. 1994 Apr;23(4):833-40.
- 23- Lang T, Davido A, Diakite B, Agay E, Viel JF, Flicoteaux B. Non-urgent care in the hospital medical emergency department in France : how much and wich health needs does it reflect ? J Epidemiol Community Health. 1996 Aug;50(4):456-62.
- 24- Lui T, Sayre MR, Carleton SC. Emergency medical care: types, trends, and factors related to nonurgent visits. Acad Emerg Med. 1999 Nov;6(11):1147-52.
- 25- O'Brien GM, Shapiro MJ, Woolard RW, O'Sullivan PS, Stein MD. "Inappropriate" emergency department use: a comparison of three methodologies for identification. Acad Emerg Med. 1996 Mar ; (3):252-7.
- 26- Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. Etudes et résultats. n°212. Janvier 2003. 8 pages.

- 27- Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. n° 215. Janvier 2003. 12 pages.
- 28- Gentile S. Analyse des attitudes et comportements des consultants ayant recours aux services des urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. Thèse de 3ème cycle, Faculté de médecine de Marseille. Soutenance prévue pour Octobre 2004
- 29- Conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence, Vlème. Radiographies thoraciques et radiographies du crâne en urgence. Réan Soins Intens Méd Urg 1990 ; 6(6):409-14.
- 30- Bersat H. Radiographies du crâne et traumatisme crânien : évaluation et amélioration des pratiques. A propos d'une étude multicentrique prospective réalisée dans les services d'urgence du Tarn-et-Garonne. Thèse de Médecine, Faculté de médecine de Toulouse, 2004.
- 31- Davido A. Les consultations non urgentes dans les services d'urgence: importance et signification (abstract). Réan Urg 1996 ; 5(2):131(015).
- 32- Sarver JH, Cydulka RK, Baker DW. Usual source of care and nonurgent emergency department use. Acad Emerg Med. 2002 Sep;9(9):916-23
- 33- Peneff J. Les malades des urgences. Ed Métaillé, 2000
- 34- Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Determinants of emergency department use: are race and ethnicity important? Ann Emerg Med. 1996 Dec;28(6):677-82.
- 35- Padgett DK, Brodsky B. Psychosocial factors influencing non-urgent use of the emergency room: a review of the literature and recommendations for research and improved service delivery. Soc Sci Med. 1992 nov ; 35(9):1189-97.
- 36- Richardson LD, Hwang U. Access to care: a review of the emergency medicine literature. Acad Emerg Med. 2001 Nov ; 8(11):1030-6.
- 37- Chanteloup M, Gadel G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. DREES Etudes et résultats mars 2000 ; 55:1-7.
- 38- Union Régionale des Médecins Libéraux Bretagne. Les médecins généralistes et la permanence de soins : une enquête d'opinion. Juin 2004. URL : http://www.urml-bretagne.com/99_up99load/2_docupload1/8230_01.pdf [consulté le 3 septembre 2004]
- 39- Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral. Livre blanc sur l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale. Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral. Juillet 2001.
- 40- Rault-Morel Françoise. Epidémiologie de l'asthme aux urgences en Midi-Pyrénées en 2001 et 2002. 62 p. Thèse de médecine ; Toulouse III, 2004 ; n°2004 TOUT3 1004.
- 41- Arrêté du 30 septembre 2002 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, JO n° 230 du 2 octobre 2002:16264.
- 42- Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durant AC, Bongiovanni I, Haro J, Giraud C, Sambuc R. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique 2004 ; 16(1):63-74.



Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées

Hôtel-Dieu Saint-Jacques
2, rue Viguerie – TSA 80035
31059 TOULOUSE cedex 9
05 61 77 87 43



Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées

Faculté de Médecine
37, allées Jules Guesdes
31073 TOULOUSE cedex
05 61 53 11 46



**Département Universitaire d'Épidémiologie,
Économie de la Santé et Santé Communautaire**

Faculté de Médecine
37, allées Jules Guesdes
31073 TOULOUSE cedex
05 61 14 59 51



Union Régionale des Médecins Libéraux de Midi-Pyrénées

Espace Pierre Gaubert
33, route de Bayonne
31300 TOULOUSE
05 61 15 80 90

OCTOBRE 2004