

***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.***

---

**SYNTHESE**

---

**L'objectif de ce travail** était d'analyser les motivations des patients se présentant dans un service d'urgence (SU) pour une urgence non vitale, au regard de l'implication de la médecine générale dans la permanence de soins de son secteur.

**La méthode** utilisée a reposé sur la réalisation de trois enquêtes concomitantes dans sept secteurs géographiques. Ces secteurs ont été choisis après analyse de la base de données de l'ORU-MiP et en tenant compte des spécificités des milieux urbains, périurbains et ruraux et des caractéristiques des services d'urgence (public/privé, type d'autorisation).

① La première enquête, prospective et transversale, a été menée auprès de tous les patients présents du 10 au 17 mars 2003 dans les neuf services d'urgence retenus et ne présentant pas d'urgence vitale (CCMU 1 et 2). Cette étude, réalisée par des enquêteurs spécifiquement formés, visait à connaître les raisons qui ont amené ces patients à se présenter dans un SU public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville ainsi qu'à approcher leur satisfaction. Elle a été analysée au regard des données médico-administratives collectées par l'ORU-MiP depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2001 dans les 36 SU de la région.

② La deuxième enquête consistait à définir l'organisation de la permanence des soins dans les mêmes secteurs et à appréhender le niveau d'information disponible pour le patient quant à cette organisation.

③ La dernière enquête, prospective et transversale, a été réalisée par entretien téléphonique sur un échantillon représentatif de 100 médecins généralistes installés dans les secteurs d'activité des neuf SU. Elle a permis d'enregistrer leurs opinions et relations vis-à-vis de la permanence de soins et des services d'urgence, ainsi que leur ressenti vis-à-vis des raisons ayant amené leurs patients à se présenter aux Urgences.

## Les résultats

### ① Enquête auprès des patients

1892 patients ont été interrogés. L'échantillon est représentatif des urgences non vitales accueillies dans les urgences de Midi-Pyrénées.

- ◆ 40 % des patients sont venus aux urgences après avoir pris un avis médical. Cet avis, téléphonique dans 44 % des cas, est pris auprès du SAMU pour plus d'un patient sur deux. 94 % de ces patients disent être adressés par leur médecin et 57 % ont un courrier à l'arrivée. 65 % sont venus aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. Les patients venant après avis médical sont plus âgés et présentent plus souvent un motif non traumatique.
- ◆ 39 % des patients se présentent sur décision personnelle et évoquent en priorité leur souhait d'une prise en charge adaptée et l'absence de leur médecin. 58 % viennent aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.
- ◆ 21 % viennent sur décision d'une autre personne, essentiellement de la famille. 90 % ont moins de 18 ans. 59 % des patients sont venus aux heures d'ouverture des cabinets médicaux.

31 % des patients sont déjà venus dans un SU au cours des 12 derniers mois. En première intention et pour le même problème clinique, 47 % des personnes interrogées retourneraient dans ce SU, 33 % iraient consulter un médecin non hospitalier et 20 % iraient dans un autre SU.

### ② Organisation de la permanence de soins

En dehors du Conseil de l'Ordre de Haute-Garonne qui n'a pas renseigné 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, soit par voie de presse, soit par le biais des répondants téléphoniques des praticiens. Dans certains départements, il semble qu'un numéro d'appel unique ait été mis en place.

### ③ Enquête auprès des médecins généralistes

Cette étude confirme les disparités urbain/rural quant à la participation à la permanence de soins, avec une moindre implication des médecins généralistes « des villes ». Pourtant, les attitudes et les opinions des médecins sont très homogènes quels que soient les sites d'investigation : urbains, périurbains et ruraux.

Dans la journée, l'attitude la plus courante pour la grande partie des médecins est de demander au patient de se rendre 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. 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).

La nuit, l'attitude des médecins est moins homogène pour ceux qui prennent la permanence. Un médecin sur quatre déclare ne pas avoir de conduite systématique. Toutefois, le non-déplacement du médecin est la réponse la plus courante et un médecin sur six demande systématiquement aux malades de se déplacer.

L'orientation directe vers les services d'urgence est évoquée par 30 % de l'ensemble des médecins la nuit et par 25 % le week-end. Ce groupe de médecins ne se différencie pas des autres médecins, ni par l'âge, ni par le sexe, la date d'installation ou la zone d'exercice.

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 ailleurs, les médecins sont eux-mêmes très nombreux à mettre en avant leur droit à une meilleure qualité de vie et de conditions de travail et la reconnaissance de leur profession.

**L'analyse des résultats de ces trois études permet, au regard de la littérature, de formuler les préconisations qui suivent.**

La permanence des soins ne se conçoit que de 20 h à 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'urgences accueillent le plus de patients relevant de pathologies de grade 1 et 2 dans la CCMU.

Aujourd'hui, tout patient qui souhaite accéder à un plateau technique et/ou bénéficier rapidement d'un avis spécialisé peut décider de l'endroit qui lui semble le plus adapté à sa situation d'urgence et se rendre directement dans les urgences hospitalières. Ce sont donc les patients qui assurent la régulation du système de soins par le choix du lieu de leur prise en charge en fonction de leur propre perception de l'urgence et surtout, en fonction des besoins en examens complémentaires et en gestes techniques qu'ils jugent eux-mêmes nécessaires.

*Le recours aux médecins traitants doit donc être encouragé pendant la période d'ouverture des cabinets de médecine de ville. Ceci passe sûrement par une organisation différente de l'activité des cabinets de médecine générale de ville, mais également par le développement d'une démarche de communication auprès des usagers pour les informer des modalités de prise en charge des urgences, en insistant plus spécifiquement sur les alternatives aux services d'urgence et par une sensibilisation à une meilleure utilisation des dispositifs de permanence. Cette sensibilisation peut se concevoir au niveau des COmités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS) mais passe également par une incitation plus large de type campagne nationale de l'Assurance Maladie.*

Ce travail s'est déroulé 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 libérale, sont encore expérimentaux.

La régulation téléphonique libérale fait partie intégrante du dispositif de la permanence de soins ambulatoires. 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 (CRRA-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 une connexion étroite avec le SAMU. Enfin, certains 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 permet d'optimiser la permanence de soins tout en étant mieux adaptée à l'identification de l'urgence vitale. L'alternative à cette régulation libérale départementale au niveau du SAMU est la régulation privée, indépendante du SAMU, reposant sur le transfert des appels au médecin adhérent à la structure auprès de cette régulation. Elle demeure connectée au 15 pour tout transfert d'appel en cas d'urgence vitale. Comme la précédente, elle active 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. 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 et totalement déconnectés de l'aide médicale urgente. Le maintien de l'article R 732 du code de la santé publique est donc nécessaire : le SAMU doit rester l'organisateur de la régulation médicale hospitalière et libérale.

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.

*Ainsi, l'efficience de l'ensemble du dispositif devra être évaluée à distance 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.*