

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine

ANNEE 1998



THESE N° 214/1

**LE MEDECIN GENERALISTE LIMOUSIN
FACE A L'URGENCE**



THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 10 avril 1998

par

Ahmed HASSAIRI

né le 27 juin 1955 à Sakiet Ezzit - Sfax (Tunisie)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur PIVA Claude	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BONNAUD François	JUGE
Monsieur le Professeur SALLE Jean-Yves	JUGE
Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis	JUGE
Monsieur le Docteur SOULIE Luc	MEMBRE INVITE

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur PIVA Claude

ASSESEURS:Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude
Monsieur le Professeur DENIS François**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

* C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BAUDET Jean (C.S)	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien (C.S)	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOULESTEIX Jean (C.S)	PEDIATRIE
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE
BRETON Jean-Christian	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
CATANZANO Gilbert	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CHRISTIDES Constantin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel (C.S)	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
GAY Roger	REANIMATION MEDICALE
HUGON Jacques (C.S)	HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE
LABROUSSE Claude	REEDUCATION FONCTIONNELLE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LAUBIE Bernard (C.S)	ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES
LEGER Jean-Marie (C.S)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE

NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PECOUT Claude (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
PERDRISOT Rémy	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
PILLEGAND Bernard (C.S)	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
PIVA Claude (C.S)	MEDECINE LEGALE
PRALORAN Vincent (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
RAVON Robert (C.S)	NEUROCHIRURGIE
RIGAUD Michel (C.S)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROUSSEAU Jacques (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis	HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
TABASTE Jean-Louis	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
TREVES Richard (C.S)	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VANDROUX Jean-Claude (C.S)	BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A notre Président de thèse,

*Monsieur le Professeur PIVA Claude,
MEDECINE LEGALE,
MEDECIN DES HOPITAUX,
CHEF DE SERVICE,
DOYEN DE LA FACULTE DE MEDECINE.*

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir présider ce jury de thèse,
veuillez trouver ici le témoignage de notre respectueuse gratitude.*

A notre Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur SOULIE Luc,

*Président de la section " Médecins généralistes" à l'Union
Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin,*

Médecin généraliste libéral,

Médecin sapeur pompier à Lubersac et chargé de mission au

S.D.I.S.19.

Médecin de catastrophes participant à la garde du "plan rouge".

*Vous nous avez fait l'honneur de nous diriger dans ce travail,
vos directives et conseils précieux n'ont cessé de nous aider à le mener à
terme.*

Soyez en ici sincèrement remercié.

A notre juge,

*Monsieur le Professeur BONNAUD François,
PNEUMOLOGIE,
MEDECIN DES HOPITAUX,
CHEF DE SERVICE,
DOYEN HONORAIRE.*

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail,
veuillez trouver ici le témoignage de notre sincère reconnaissance.*

A notre juge,

*Monsieur le Professeur SALLE Jean-Yves,
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION,
MEDECIN DES HOPITAUX.*

*Vous nous avez fait l'honneur de bien vouloir juger ce travail,
veuillez trouver ici le témoignage de notre reconnaissance.*

A notre juge,

*Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis,
ancien Professeur associé à mi-temps,*

*Vous nous avez fait l'honneur de nous diriger dans ce travail,
soyez en ici chaleureusement remercié.*

A nos chers Messieurs et Maîtres.

*A nos confrères de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux
du LIMOUSIN.*

A Anne-Marie et à notre Pierre.

A nos famille, belle-famille et amis.

Au Docteur CONQUET Jean-Marie.

A nos confrères.

A tout le personnel des services de nos stages.

A tous nos patients.

PLAN:**I. INTRODUCTION.****II. RAPPEL :**

Définition et classification des urgences.

**III. ENQUETE DE L'UNION PROFESSIONNELLE REGIONALE DES
MEDECINS LIBERAUX DU LIMOUSIN ET METHODOLOGIE :**

III. A. Conception du questionnaire.

III. B. Questionnaire.

III. C. Méthodes de travail.

III. D. Résultats et analyses :

III. D. 1. Indicateurs démographiques.

III. D. 2. Disponibilité des médecins généralistes à la prise en charge des urgences.

III. D. 3. Equipement en matériel d'urgence.

III. D. 4. Participation à l'organisation publique de prise en charge des urgences.

III. D. 5. Gestes d'urgence effectués et urgences prises en charge.

III. D. 6. Interlocuteurs face à l'urgence.

III. D. 7. Destinations des patients en cas d'urgence.

III. D. 8. Difficultés à assurer la prise en charge des urgences.

III. D. 9. Sources de formation en matière de prise en charge des urgences.

III. E. Comparaison avec les résultats d'autres régions.

IV. DISCUSSION :

IV. A. Profil des médecins généralistes de la région Limousin.

IV. B. Les médecins généralistes limousins ont-ils les moyens de prendre en charge les actes d'urgence ?

IV. B. 1. Sont-ils organisés ?

IV. B. 2. De quel matériel disposent-ils ?

IV. B. 3. Dans quelles structures sanitaires publiques participent-ils à la prise en charge des urgences ?

IV. B. 4. Quels actes d'urgence pratiquent-ils ?

IV. B. 5. Combien, et quels types d'urgences ont-ils pris en charge ?

IV. B. 6. Qui sont leurs interlocuteurs lors de ces interventions ?

IV. B. 7. Quelles sont les destinations de ces urgences ?

IV. B. 8. Comment se forment-ils à l'urgence ?

IV. B. 9. Conclusion.

IV. C. Les médecins limousins sont-ils motivés pour prendre en charge les urgences ?

IV. D. Y a-t-il des solutions pour développer les moyens et les motivations ?

V. Conclusion.

VI. Références bibliographiques.

VII. Annexe :

VII. A. Extrait du rapport du Dr. COLSON.

VII. B. Extrait du rapport du Pr. BARRIER.

VII. C. Extrait du rapport du Pr. STEG.

I. - INTRODUCTION :

Nous nous sommes intéressés à la prise en charge des urgences par les médecins généralistes du Limousin, confrontés aux obligations ordinaires et légales.

Pour étudier les moyens dont ceux-ci disposent, et la motivation qu'ils manifestent à répondre aux urgences, nous avons utilisé les résultats d'une enquête de la commission "Urgences", section "Médecins Généralistes", de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

Nous avons analysé ce travail avec pour objectifs :

DE PRECISER :

- 1 - les indicateurs démographiques,*
- 2 - la disponibilité des médecins généralistes à la prise en charge des urgences,*
- 3 - leur équipement en matériel d'urgence,*
- 4 - leur participation à l'organisation publique de prise en charge des urgences,*
- 5 - les gestes d'urgence qu'ils effectuent et les urgences qu'ils prennent en charge,*
- 6 - leurs interlocuteurs face à l'urgence,*
- 7 - les destinations de leurs patients en cas d'urgence,*
- 8 - leurs difficultés à assurer cette prise en charge des urgences,*
- 9 - leurs sources de formation en matière de prise en charge des urgences.*

DE COMPARER l'activité des médecins de la région Limousin avec celle des praticiens d'autres régions pour lesquelles nous disposons de résultats.

Les médecins sont tenus de respecter les obligations ordinaires et légales relevant des codes civil et pénal :

Obligations ordinaires :

Article 9 : “Tout médecin qui se trouve en présence d’un malade ou d’un blessé en péril, ou informé qu’un malade ou un blessé est en péril, doit lui apporter assistance ou s’assurer qu’il reçoit les soins nécessaires.”

Article 41 : “C’est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. La permanence médicale est une responsabilité collective des médecins qui doivent s’organiser ensemble pour y faire face. Les médecins de garde ont à faire face à des urgences ; tous les médecins sont dans l’obligation d’entretenir leur connaissance en matière de Médecine d’Urgence.”

Obligations légales relevant du code civil ou pénal :

Article 223.6 : “Sera puni de cinq ans d’emprisonnement et de 500.000 francs d’amende, quiconque s’abstient volontairement de porter à une personne en péril l’assistance que, sans risque pour lui ou pour les tiers il pourrait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.”

II. - RAPPEL :

Définition et classification des urgences :

La définition de l'urgence dépend de la position de celui qui y est confronté... Comme l'expose le Professeur Le Coutour : "La première ambiguïté tient à ce que le mot urgence peut désigner la demande et la réponse. Pour l'usager et ses proches, elle peut être associée à la rupture d'un ordre dans le cours de la vie ; ce qui est imprévu tend à devenir urgent : je ne veux pas attendre. Pour le médecin, la notion d'urgence reposera non sur celle de rupture, mais sur celle d'échéance avec un pronostic vital à très court terme : il ne peut pas attendre. Pour les institutions, l'urgence correspondra à une perturbation de l'organisation, à ce qui ne peut être prévu"(2).

Classification selon le rapport du Dr. J.M. COLSON (4) :

"Les urgences médicales sont classées en trois groupes :

1 - Les urgences vraies :

a - où le pronostic vital est en jeu. C'est une situation de détresse pour la vie ou pour un organe. Il faut l'intervention très rapide d'un médecin, et/ou d'une équipe médicale avec des moyens lourds.

b - pas de pronostic vital en jeu, mais nécessité d'une intervention médicale avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

2 - Les urgences ressenties :

vécues par l'appelant ou ses proches, comme telle.

3 - Les urgences déguisées :

demande de visite pressée ou visite de commodité."

Classification selon les commissions "Urgences" des "Médecins généralistes" des Unions Professionnelles Régionales de Médecins Libéraux :

Ces commissions, dont celle du Limousin, ont défini quatre niveaux d'urgence (1) :

1 - niveau 0 : urgence de confort : problème social présenté sous un prétexte médical.

2 - niveau 1 : urgence ressentie : problème médical ou psychologique nécessitant un avis ou des soins courants.

3 - niveau 2 : urgence vraie : problème médical ou psychologique dont l'évolution est à évaluer.

4 - niveau 3 : urgence vitale : problème médical ou psychologique mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel immédiat du patient.

III. - ENQUETE DE L'UNION PROFESSIONNELLE REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DU LIMOUSIN ET METHODOLOGIE :

Aucune enquête de grande envergure n'étant à disposition pour ce qui concerne la médecine ambulatoire face à l'urgence, certaines Unions Professionnelles de Médecins Libéraux viennent de combler ce vide dans leurs régions respectives.

En Limousin, l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux a confié à la commission "Urgences" de sa section des "Médecins Généralistes" la réalisation d'une enquête, sous forme de questionnaire adressé aux omnipraticiens de la région.

III. A. - Conception du questionnaire :

La commission "Urgences" de la section des "Médecins Généralistes" a rédigé son questionnaire, d'une part en tenant compte des problématiques complexes des urgences, et d'autre part en s'inspirant en partie des études réalisées par les Unions Professionnelles de Médecins Libéraux des autres régions.

L'objectif était d'avoir des réponses homogènes, et de faire une comparaison entre les résultats des différentes régions.

III. B. - Questionnaire :

UNION PROFESSIONNELLE REGIONALE
DES MEDECINS LIBERAUX DU LIMOUSIN

SECTION MEDECIN GENERALISTE
COMMISSION "URGENCES"

QUESTIONNAIRE

1. Quel est votre âge ? Sexe : () F () M Année d'installation
2. Quel est votre code postal ?
3. Exercez-vous ? () Seul () En groupe
Dans une ville ou une agglomération de :
() plus de 10 000 hab
() entre 2 500 hab et 10 000 hab
() moins de 2 500 hab
4. Votre cabinet et votre domicile sont-ils au même endroit ?
() Oui () Non Quelle distance les sépare?
5. Etes-vous joignable en permanence ? () Oui () Non
Si Oui () Le jour () La nuit
6. Avez-vous un système de communication mobile ? () Oui () Non
Si Oui le(les)quel(s) :
Si Non, pourquoi ? () Absence de Réseau
() Coût
() Absence d'utilité
() Autres.....
7. Appartenez-vous à un système de garde dans votre ville ou votre canton ?
() Oui () Non
Si oui, celui-ci fonctionne t-il ? () Les week-end et fériés () 24/24 () Uniquement la nuit
Si oui, prenez-vous des gardes personnellement ? () Oui () Non
8. Disposez-vous d'un matériel spécifique d'Urgence courante ? (ex : Mat. Perfusion, ECG, Ambu, O2, etc...)
() Oui () Non
9. Avez-vous accès à du matériel de réanimation lourde ? (ex : Mat Intub, Respirateur, Défibri-
lateur)
() Oui () Non
Si Oui, énumérez :
Dans quel cadre (ex : Pompier, Antenne SMUR) ?.....
10. Etes-vous médecin sapeur pompier ? () Oui () Non

11. Avez-vous une activité hospitalière liée à l'urgence ? () Oui () Non
 () Garde SAMU () Garde services d'urgence () Garde en réanimation
12. Participez-vous à une régulation dans le cadre des < centres 15 > ?
 () Oui () Non
13. Quels gestes d'urgences pratiquez-vous dans votre activité libérale (hors activité pompier pour ceux qui le sont) ?
 () Injections IV () Sutures () Plâtre () Secours routiers () Accouchements () Médicalisation de transports
14. Si vous n'en pratiquez pas ou peu, est-ce par manque (Classer de 1 le plus important à 5 le moins important) ?
 () de temps () de formation () de matériel () de rémunération spécifique () d'intérêt
15. La semaine dernière (les 7 derniers jours), combien avez-vous traité de chaque type d'urgence suivant (aidez-vous de votre agenda si nécessaire) ?

. **Urgence vitale** (ex : Détresse cardio-respiratoire, Sd Hémorragique, Autolyses, Accidents neurologiques). ()

. **Urgence vraie** ne mettant pas en jeu le pronostic vital mais nécessitant des soins rapides (coliques néphrétiques, laryngite, fractures, convulsions, appendicite, otite hyperalgique, état d'agitation, etc...). ()

. **Urgence ressenties** : le patient pouvait légitimement penser que son état nécessitait des soins urgents, alors qu'il ne souffrait d'aucune pathologie grave (fièvre élevée isolée, spasmophilie, douleur abdominale, douleur thoracique atypique, etc...). ()

. **Urgence de confort** : le patient vous a abusé pour obtenir de vous des soins urgents injustifiés (angoisse modérée, certificat médical, pilule oubliée, arrêt de travail, insomnie). ()

16. Quels sont vos interlocuteurs dans le traitement de malades urgents : Indiquer F (Fréquemment), R (Rarement), J (Jamais) ; (plusieurs réponses possibles).

	JOUR	NUIT	WEEK-END FERIE
Prise en charge . Médicalisé par vous même			
. SMUR, SAMU			
. Pompiers			
. Amb Privées			
. SOS Médecins			

	JOUR	NUIT	WEEK-END FERIE
Destination . Urgences Hôpital			
. Urgences Cliniques			
. Correspondant spécialiste libéral			

17. Quelles sont les raisons de vos préférences (Classer de 1 le plus important à 5 le moins important) ?

- Compétence
 Disponibilité
 Proximité
 Capacité d'Accueil
 Autres (Préciser) :

18. Rencontrez-vous des problèmes pour faire transporter vos malades en urgences ?

- Oui Non

Si Oui, pourquoi.....

19.

	Par qui êtes-vous formés actuellement	De qui attendez-vous une formation à l'urgence
Université		
Presse médicale, multi média, Livres		
Sur <le tas> lors de votre activité d'urgence à l'hôpital		
Lors de la FMC ou nationale		
De façon informelle (par des médecins de diverses spéciali- tés)		
Autres (Préciser)		

20. Vous arrive-t-il de quitter votre consultation pour aller traiter une urgence ?

- Non Moins de 10 fois/an Plus de 10 fois/an (Environ combien :)

21. Dans quel nombre de cas n'êtes vous pas payés de vos actes d'urgence ?

- Jamais Moins de 10 fois/an Plus de 10 fois/an (Environ combien :)

III. C. - Méthodes de travail :

Le questionnaire est adressé aux 911 médecins généralistes de la région. Les réponses sont retournées au secrétariat de l'Union pendant la période de février à avril 1996. 498 réponses sont exploitables, soit un taux de réponses de 54,66 %. La saisie et le traitement statistique des données sont effectués à l'aide de Microsoft Epi Info. L'analyse est réalisée sur tableur.

Afin d'exploiter au maximum les réponses, et aussi d'évaluer leur pertinence, nous avons étudié chaque réponse, d'abord par rapport à la question posée, puis nous l'avons croisée avec les réponses aux questions précédentes, bien que certaines questions n'aient pas systématiquement donné lieu à réponse.

Les résultats donnés dans cette étude n'englobent, pour chaque question, que les médecins qui y ont répondu.

III. D. - Résultats et analyses :

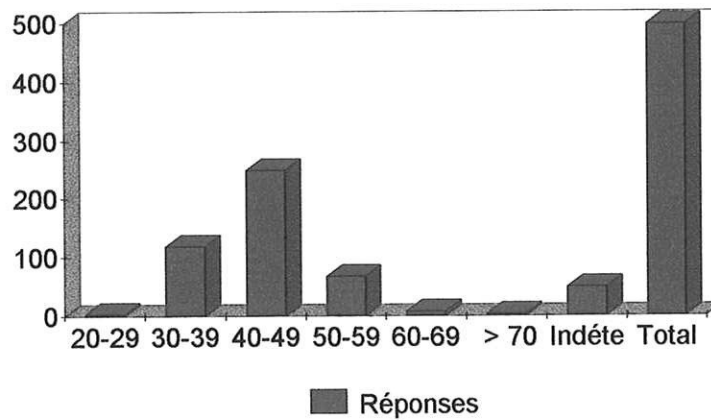
Nous avons regroupé les résultats de l'enquête en différents chapitres, chacun correspondant à un objectif.

III. D. 1. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES :

III. D. 1. 1. Réponses à la première question :

III. D. 1. 1. 1. "Quel est votre âge ?" (498 réponses) :

Répartition selon l'âge.

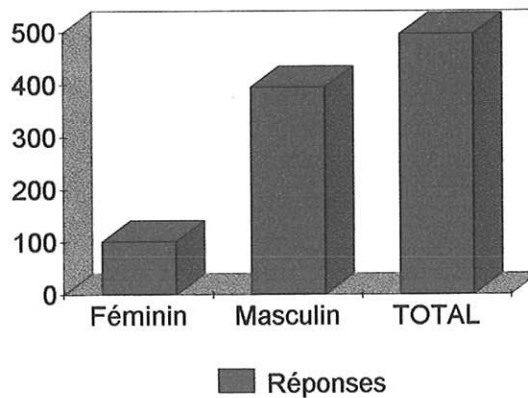


La majorité des médecins sont dans la tranche des 40-49 ans : 50 %.

La répartition selon l'âge est superposable dans les trois départements.

III. D. 1. 1. 2. "Sexe ?" (496 réponses) :

Répartition selon le sexe.

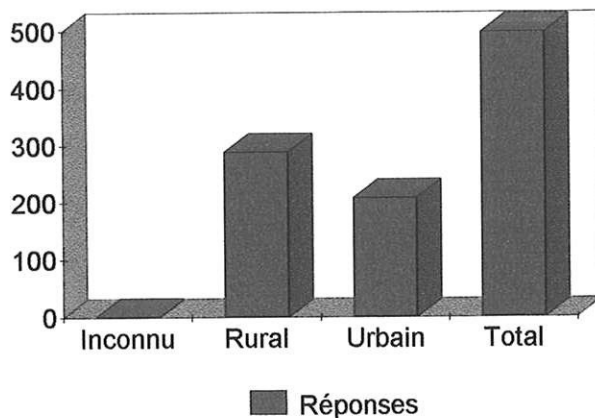


Quatre médecins sur cinq sont de sexe masculin, dans les trois départements.

III. D. 1. 2. Réponses à la deuxième question : "Quel est votre code postal?"

Pour faciliter les analyses et les rendre plus parlantes, les réponses ont été stratifiées : selon les milieux rural ou urbain (498 réponses).

Selon le milieu.

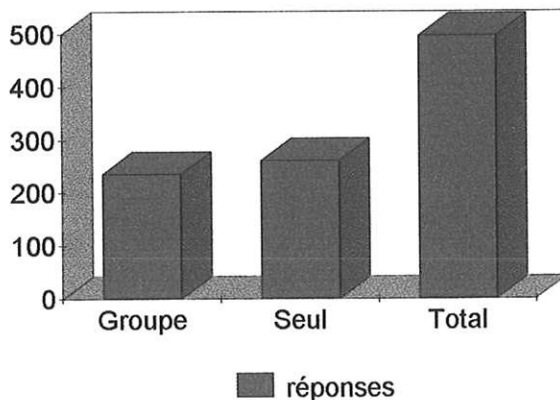


58,2 % des médecins sont installés en milieu rural.

III. D. 1. 3. Réponses à la question 3 : "Exercez-vous seul ou en groupe ?"

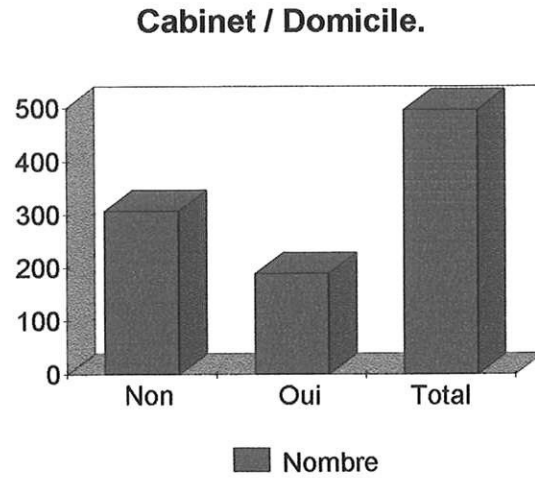
(496 réponses)

Mode d'exercice.



52,6 % des médecins exercent seuls. En milieu rural, 60 % ; en milieu urbain, 50,6 % ; et en milieu semi-urbain, seulement 44,4 %.

III. D. 1. 4. Réponses à la question 4 : "Votre cabinet et votre domicile sont-ils au même endroit ?" :



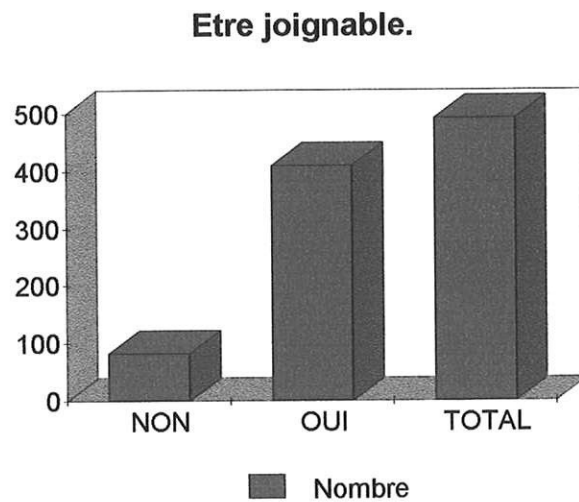
38 % des médecins ont leur cabinet et leur domicile au même endroit : 44 % en milieu rural, et 30 % en milieu urbain.

81,4 % des praticiens parcourent moins de 4 km pour se rendre à leur cabinet, et seulement 12,1 % plus de 5 km.

III. D. 2. DISPONIBILITE DES MEDECINS GENERALISTES A LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES:

III. D. 2. 1. Réponses à la question 5 : "Etes-vous joignable en permanence ?"

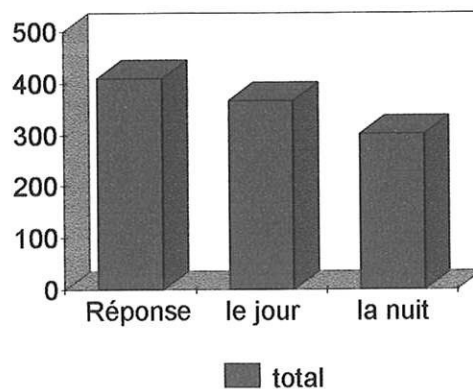
III. D. 2. 1. 1. Non / Oui (492 réponses) :



83,3 % des praticiens sont joignables en permanence.

III. D. 2. 1. 2. "Oui, le jour", "Oui, la nuit" (410 réponses) :

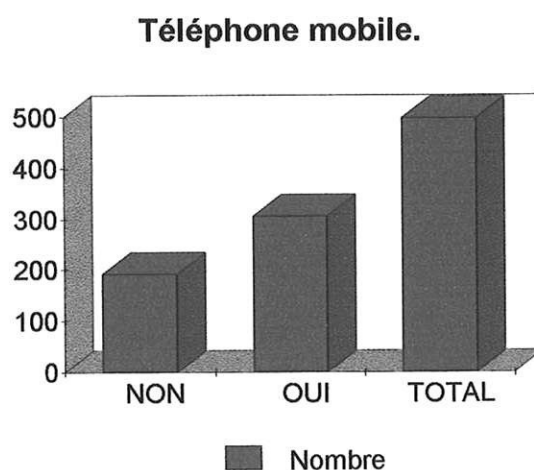
Joignable en permanence.



89,2 % des médecins sont joignables en permanence le jour ; 85 % la nuit.

En outre, il est clair que la pratique de la médecine en milieu rural, où la densité de population est faible, impose une disponibilité importante : 35 % des praticiens des villes de plus de 10.000 hb sont indisponibles la nuit, 16 % des agglomérations de 2.500 à 10.000 hb, et 4 % seulement des villages de moins de 2.500 hb..

III. D. 2. 2. Réponses à la question 6 : "Avez-vous un système de communication mobile?" (498 réponses) :



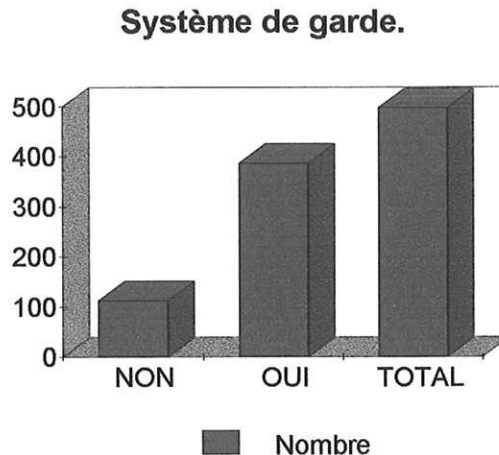
61,4 % des médecins utilisent un système de communication mobile.

73 % des médecins exerçant dans des agglomérations de moins de 2.500 hb, contre seulement 48,8 % des médecins de villes de plus de 10.000 hb : cette supériorité d'équipement en zone rurale s'explique d'une part, par le nombre important de visites à domicile à des patients éloignés, et en conséquence la longueur du temps passé en dehors du cabinet, et d'autre part, par le fait que le médecin généraliste soit le premier recours, pour des patients qui sont à distance de toute autre structure sanitaire.

La proximité d'une structure hospitalière, le non-isolement des patients âgés, les difficultés d'adaptation de la clientèle aux systèmes de messagerie récents, l'existence d'une permanence téléphonique familiale ou privée, ou enfin de systèmes de garde organisés et permanents, permettent à 38,6 % des praticiens de ne pas utiliser de moyen de communication mobile.

III. D. 2. 3. Réponses à la question 7 : "Appartenez-vous à un système de garde dans votre ville ou dans votre canton ?" :

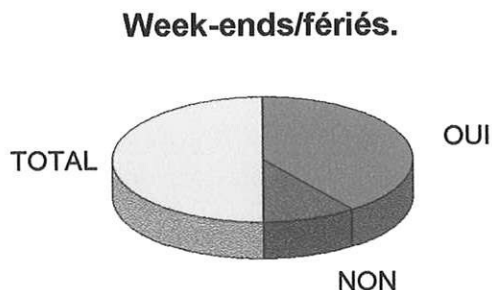
III. D. 2. 3. 1. "Non / Oui" (498 réponses) :



77,5 % des médecins appartiennent à un système de garde organisé : 63 % en Haute-Vienne, 91,7 % en Corrèze et 94,3 % en Creuse.

Ceux-ci sont pour la majorité en milieux semi-urbain et rural : résultats qui dégagent l'hypothèse que la proximité des structures sanitaires, en milieu urbain, entraîne une décharge des gardes des généralistes libéraux sur ces structures ; au contraire, en milieu semi-urbain, leur éloignement, et la concentration relative de la population médicale et des patients, encouragent l'organisation de systèmes de garde, et en conséquence l'allègement des contraintes d'une disponibilité permanente des médecins ; en milieu rural, l'éloignement des structures, l'isolement et la faible densité de la population, imposent relativement aux praticiens d'assumer les contraintes d'une disponibilité permanente (89,7 % en milieu rural participent à un système de garde, contre 93,4 % en milieu semi-urbain, et 52,4 % en milieu urbain).

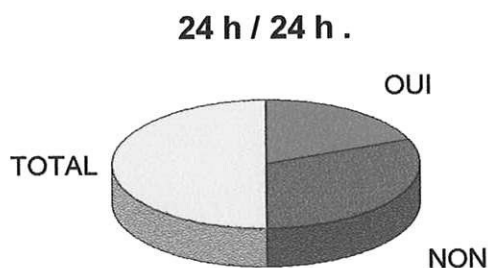
III. D. 2. 3. 2. "Si oui, celui-ci fonctionne-t-il : les week-ends et fériés ?" (386 réponses)



80 % des systèmes de gardes fonctionnent les week-ends et fériés : 75,6 % en Haute-Vienne, 77 % en Corrèze et 93 % en Creuse.

Un système de garde sur quatre ne fonctionne pas les fins de semaine et fériés en Haute-Vienne et Corrèze ; alors qu'en Creuse, la majorité absolue des systèmes de garde sont fonctionnels : c'est le département le plus rural de la région.

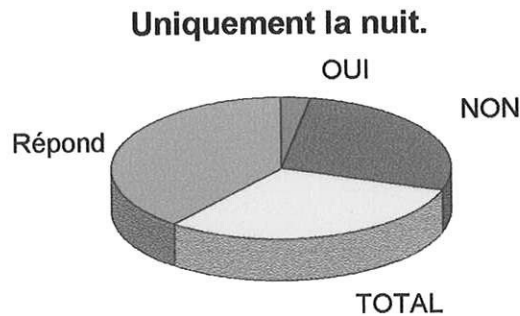
III. D. 2. 3. 3. "24 h / 24 h ?" (386 réponses) :



38 % des systèmes fonctionnent 24 h / 24 h.

69 % en milieu urbain, 33 % en milieu semi-urbain, et 25 % en milieu rural.

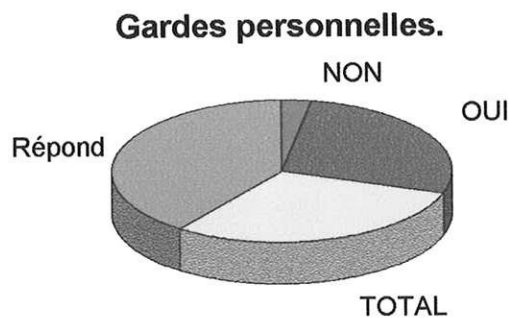
III. D. 2. 3. 4. "Uniquement la nuit ?" (386 réponses) :



9,3 % seulement des systèmes de garde fonctionnent uniquement la nuit, et ce, quel que soit le département ou le type de milieu.

7,2 % de l'ensemble des médecins participent à ces systèmes.

III. D. 2. 3. 5. "Si oui, prenez-vous des gardes personnellement ?" (379 réponses) :



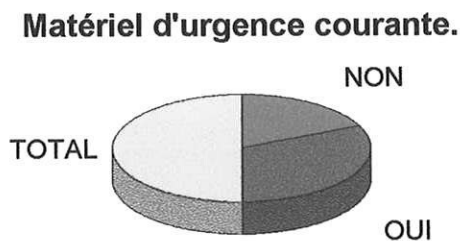
91 % des praticiens prennent réellement des gardes ; les 9 % restant délèguent les leurs.

345/498 (69,3 %) de l'ensemble des participants à l'enquête assurent une permanence des soins au sein d'un système de garde organisé.

En conclusion : la disponibilité des médecins ruraux est quasi totale, alors que celle des médecins de ville est moins pesante, compte tenu de la proximité de structures sanitaires de suppléance, de leur gratuité apparente, de leur facilité d'accès, et du plateau technique dont elles disposent.

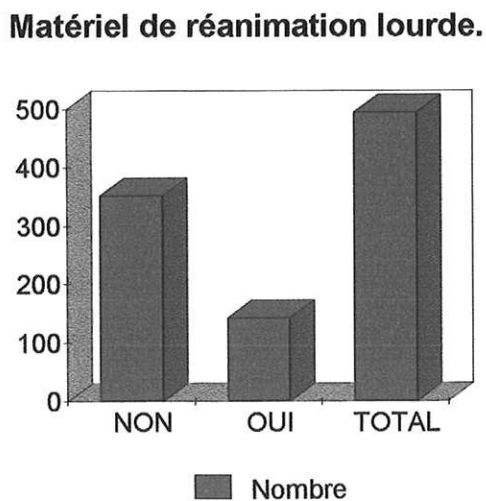
III. D. 3. EQUIPEMENT EN MATERIEL D'URGENCE:

III. D. 3. 1. Réponses à la question 8 : "Disposez-vous d'un matériel spécifique d'urgence courante ?" (490 réponses):



Deux médecins sur trois possèdent ce matériel : 33 % dans les villes de plus de 10.000 hb, 72 % dans les agglomérations de 2.500 à 10.000 hb, et 82 % dans celles de moins de 2.500 hb.

III. D. 3. 2. Réponses à la question 9 : "Avez-vous accès à du matériel de réanimation lourde ?":



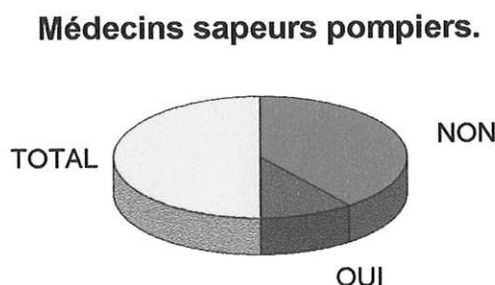
145 médecins ont accès à du matériel de réanimation lourde.

La plupart (78,3 %) en disposent dans le cadre de leur activité de médecin pompier, 13,9 % dans le cadre des S.A.M.U. et S.M.U.R., et 7,8 % dans un autre cadre, sans précision.

L'analyse de ces résultats montre qu'en milieu rural et semi-rural, le médecin généraliste est mieux équipé en matériel d'urgence qu'en ville, et apparaît donc réellement comme le premier recours face à l'urgence, du fait de son éloignement des structures sanitaires urbaines.

III. D. 4. PARTICIPATION A L'ORGANISATION PUBLIQUE DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES:

III. D. 4. 1. Réponses à la question 10 : "Etes-vous médecin sapeur pompier (M.S.P.) ?" (497 réponses):



Un médecin sur cinq est médecin sapeur pompier.

93 % d'entre eux exercent en milieu rural.

Mais les résultats divergent selon les départements : 58,4 % en Corrèze, 22,8 % en Haute-Vienne et 18,8 % en Creuse. La Creuse, bien qu'étant le plus rural des trois départements, compte le moins grand nombre, même en valeur absolue, de médecins sapeurs pompiers : aucun élément de l'enquête ne permet d'en dégager la raison.

Par contre, les croisements de réponses amènent à remarquer que les médecins sapeurs pompiers assurent eux-mêmes leurs gardes en tant que généralistes (88 %), plus que ceux qui ne le sont pas (74 %).

III. D. 4. 2. Réponses à la question 11 : "Avez-vous une activité hospitalière liée à l'urgence ?":

Un nombre très faible de médecins généralistes libéraux (22 sur 497) participent à une activité hospitalière liée à l'urgence. Dix font des gardes au S.A.M.U.

III. D. 4. 3. Réponses à la question 12 : "Participez-vous à une régulation dans le cadre des "centre 15" ?" (497 réponses):

32 médecins assurent une régulation en "centre 15". 11 d'entre eux seulement ont une activité hospitalière liée à l'urgence.

Le secteur public qui attire le plus les médecins, pour participer à la prise en charge des urgences, est celui des sapeurs pompiers (1 médecin sur cinq) ; cette intégration existe essentiellement en milieu rural.

III. D. 5. GESTES D'URGENCE EFFECTUES ET URGENCES PRISES EN CHARGE:

III. D. 5. 1. Réponses aux questions 13 et 14 : "Quels gestes d'urgence pratiquez-vous dans votre activité libérale ?":

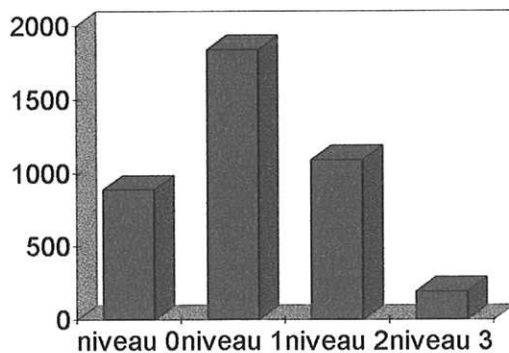
Les gestes d'urgence courante sont assurés par la plupart des médecins.

Quatre médecins sur dix assurent des urgences plus lourdes : secours routiers.

Presque la moitié des médecins (42,8 %) participent à la médicalisation des transports : 60 % en milieu rural, et 19 % en ville ; 74 % des médecins pompiers, et 35 % parmi les autres.

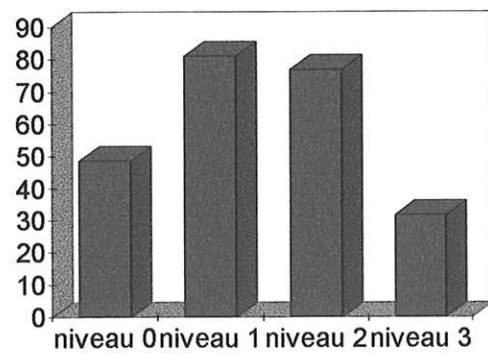
III. D. 5. 2. Réponses à la question 15 : "La semaine dernière, combien avez-vous traité de chaque type d'urgence suivant ?":

Nombre d'interventions/niveau de l'u



■ nbre d'interv

% des intervenants/niveau de l'urg



■ %des interv

Niveau 0 : urgence de confort. Niveau 1 : urgence ressentie.

Niveau 2 : urgence vraie. Niveau 3 : urgence vitale.

"Urgence vitale" : 157 médecins (31,5 %) ont répondu à 191 urgences vitales.

128 de ces urgences ont été traitées en milieu rural (67 %), et 63 en milieu urbain (33%).

54 actes (28 %) ont été effectués par 45 médecins pompiers, et 13 actes par 11 médecins ayant une activité hospitalière.

“Urgence vraie” : 383 intervenants (76,9 %) ont pris en charge 1092 urgences vraies.

En milieu rural, 613 urgences vraies ont été prises en charge par 230 médecins ; en milieu urbain, 479 par 152 intervenants.

“Urgence ressentie” : 405 intervenants (81 %) ont pris en charge 1840 urgences ressenties.

En milieu rural, 930 urgences ressenties ont été traitées par 237 intervenants ; en milieu urbain, 908 par 167 intervenants.

“Urgence de confort” : 242 médecins (48,6 %) sont intervenus pour 889 urgences de confort.

En milieu rural, 499 actes ont été effectués par 136 intervenants ; en ville, 388 actes par 105 intervenants.

La synthèse des réponses à cette question fait apparaître qu'en Limousin :

Dans 22,2 % des cas : 48,6 % des médecins généralistes répondent à des urgences “de confort”.

Dans 45,9 % des cas : 81 % des médecins répondent à des urgences “ressenties”.

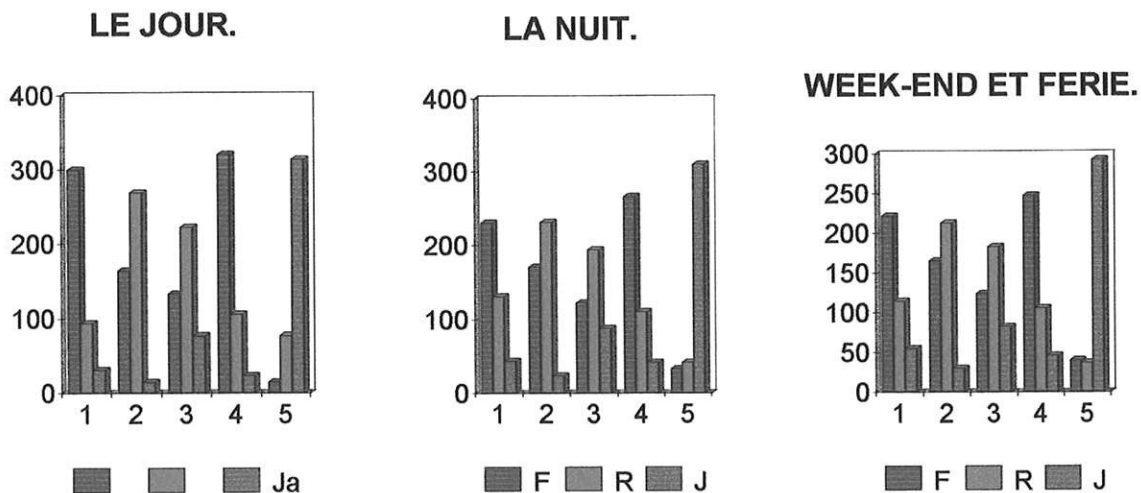
Dans 27,2 % des cas : 76,9 % des médecins interviennent pour des urgences “vraies”.

Enfin, dans 4,8 % des cas : 31,5 % interviennent pour des urgences “vitalles”.

III. D. 6. INTERLOCUTEURS FACE A L'URGENCE:

III. D. 6. 1. Réponses à la question 16 : "Quels sont vos interlocuteurs dans le traitement de malades urgents ? : indiquer F (Fréquemment), R (Rarement), J (Jamais) : (plusieurs réponses possibles)" :

Les interlocuteurs en cas d'urgence :



1 : Médicalisé par vous-même ; 2 : S.M.U.R./S.A.M.U ; 3 : Pompiers ; 4 : Ambulanciers privés
5 : S.O.S. Médecins.

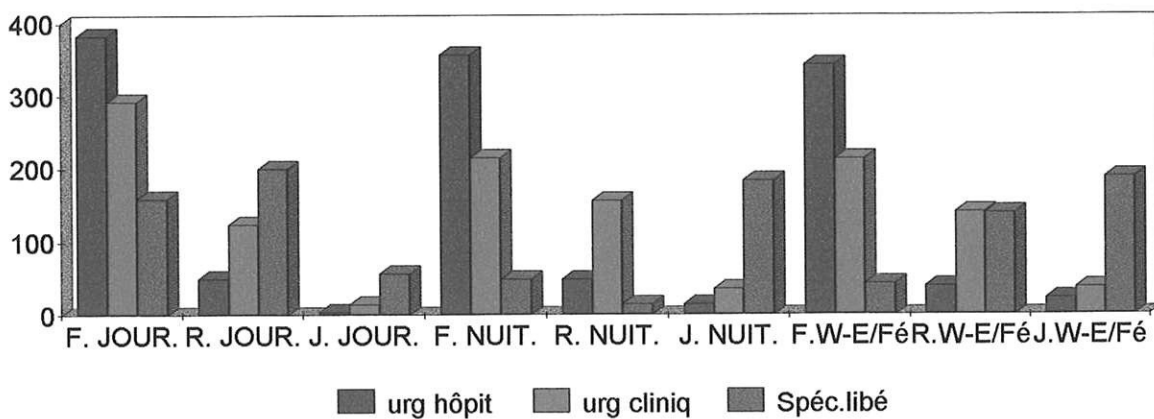
Ces graphiques nous révèlent que fréquemment, en premier lieu et dans la majorité des cas d'urgence (300/443), "le jour", les médecins confient leurs patients aux ambulanciers privés ; presque aussi souvent (321/463), ils médicalisent leurs patients eux-mêmes ; dans environ un tiers des cas, ils font appel aux S.M.U.R./S.A.M.U. (165/473) ou aux pompiers (134/449), avec une légère prédominance pour les S.M.U.R./S.A.M.U. ; enfin, une minorité seulement a recours à S.O.S. Médecins.

Les répondeurs sont moins nombreux aux items : "la nuit ?" et "les week-ends et fériés ?". On peut néanmoins constater que, pendant ces périodes, les médecins font appel aux mêmes interlocuteurs que le jour, dans les mêmes proportions. Pour ce qui est cependant du rôle assuré par le médecin généraliste face à l'interlocuteur choisi, et selon le niveau de l'urgence, cette question reste sans réponse précise.

III. D. 7. DESTINATIONS DES PATIENTS EN CAS D'URGENCE :

III. D. 7. 1. Réponses à la question 16^{bis} : "Quelle est la destination de votre patient vu en urgence ?" : indiquer F (Fréquemment), R (Rarement), J (Jamais) ; (plusieurs réponses possibles) :

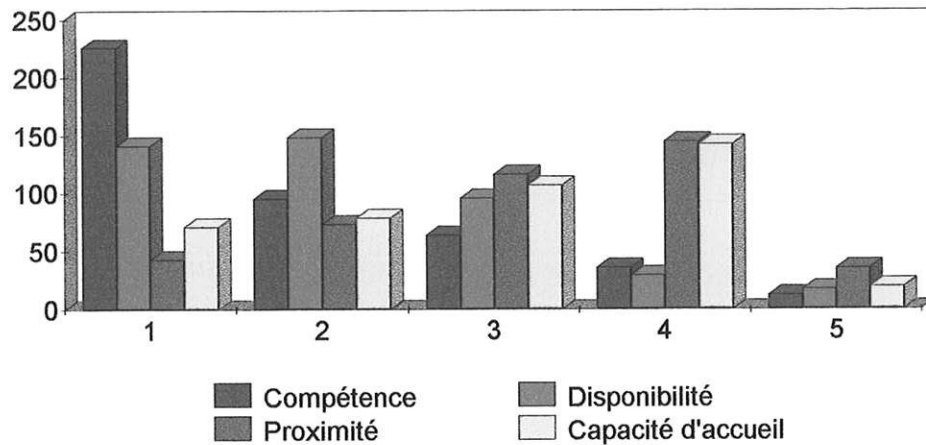
Destinations des urgences.



En cas d'urgence, les destinations privilégiées des patients sont les services d'accueil des urgences des hôpitaux, suivis de ceux des cliniques, et ce, quel que soit le moment de l'intervention dans la journée ou la semaine ; dans moins de la moitié des cas, et essentiellement le jour, les médecins adressent leurs patients à leurs correspondants spécialistes libéraux.

III. D. 7. 2. Réponses à la question 17 : "Quelles sont les raisons de vos préférences ? (Classer de 1 le plus important à 5 le moins important) :

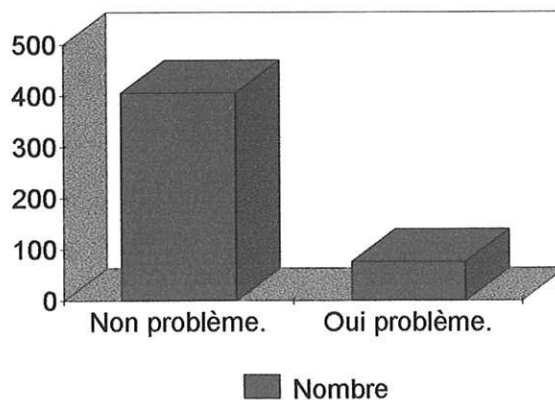
Raisons de la préférence.



La compétence et la disponibilité des équipes d'accueil sont les critères qui motivent majoritairement le choix de la destination du patient en cas d'urgence.

III. D. 7. 3. Réponses à la question 18 : "Rencontrez-vous des problèmes pour faire transporter vos malades en urgence ?" :

Problèmes de transport des urgences.

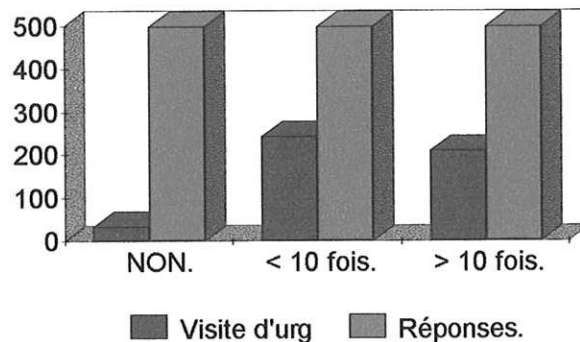


La plupart des médecins n'ont pas de problèmes à faire transporter leurs patients en urgence.

III. D. 8 . DIFFICULTES A ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES:

III. D. 8 . 1. Réponses à la question 20 : "Vous arrive-t-il de quitter votre consultation pour aller traiter une urgence ?":

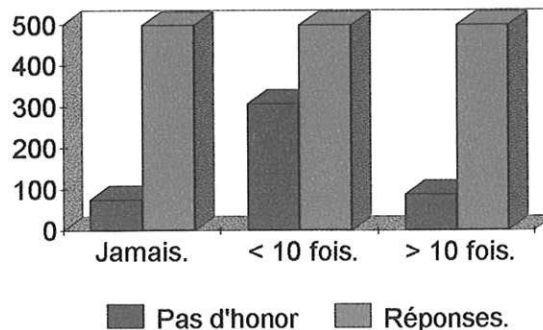
Visite d'urgence lors de la consultatio



Près de la moitié des médecins quittent moins de 10 fois par an leur consultation pour prendre en charge une urgence ; légèrement moins nombreux sont ceux qui la quittent plus de 10 fois par an ; une minorité n'interrompt jamais sa consultation.

III. D. 8 . 2. Réponses à la question 21 : "Dans quel nombre de cas n'êtes-vous pas payés de vos actes d'urgences ?":

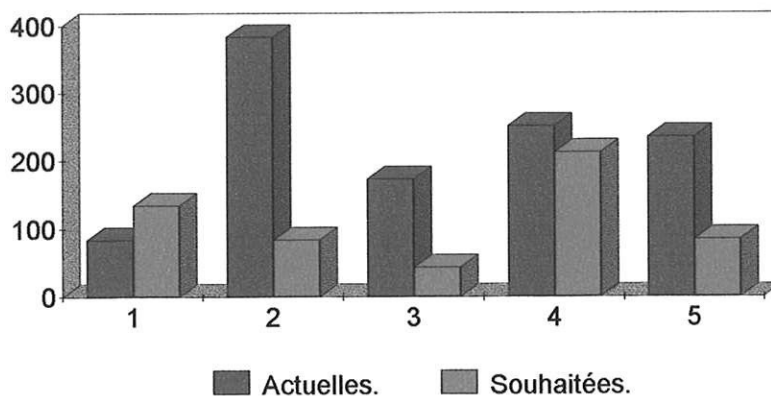
Honoraires de V. U. non payés.



Une majorité de médecins (61,9 %) ont, moins de 10 fois par an cependant, des difficultés à recouvrer leurs honoraires de visites d'urgence.

**III. D. 9. SOURCES DE FORMATION EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE
DES URGENCES :**

Sources de formation à l'urgence.



1 : Université, 2 : Presse médicale, Multi-média et Livres, 3 : "Sur le tas" lors de votre activité d'urgence à l'hôpital, 4 : Lors de la F.M.C., 5 : De façon informelle (par des médecins de diverses spécialités).

La principale source actuelle de formation à l'urgence est la presse médicale, multi-média et livres. Viennent ensuite la Formation Médicale Continue, la formation de façon informelle et celle "sur le tas". L'université apparaît comme le dernier moyen de formation.

Pourtant, la F.M.C. et l'université sont les sources de formation à l'urgence les plus demandées, avant la presse médicale et la formation informelle.

III. E. COMPARAISON AVEC LES RESULTATS D'AUTRES REGIONS :

Un schéma de prise en charge des urgences en médecine (28) a été élaboré à la suite des rapports STEG (25), puis BARRIER en 1995 (2) : ces derniers s'appuyaient sur des statistiques fournies par les S.A.M.U. et les hôpitaux.

En 1997, les commissions "Urgences" de quelques Unions Régionales de Médecins Libéraux (27) (28) (29) (30) (31) ont publié des statistiques concernant la prise en charge de l'urgence, par les généralistes libéraux. Il s'agit des Unions des régions : Bourgogne, Ile-de-France, Poitou-Charentes, Alsace, et Limousin.

Ces cinq études régionales sont insuffisantes à dégager un schéma national.

Il nous a cependant paru intéressant de comparer l'activité des médecins libéraux de la région Limousin à celle des médecins des autres régions enquêtées à l'heure actuelle. (Nous nous référerons peu à la région Ile-de-France, essentiellement urbaine, alors que nous sommes essentiellement ruraux.)

Les taux de réponses à l'enquête pour l'ensemble des omnipraticiens sont de 54,6 % en Limousin, 39 % en Bourgogne (27), 32 % en Poitou-Charentes (29) (30), et 14 % en Alsace (28) (31).

III. E. 1. Indicateurs démographiques :

L'âge moyen des répondants est le même en Limousin qu'en Poitou-Charentes (30) : 43,2 ans ; idem aussi pour leur leur sexe : 20,4 % des médecins sont des femmes.

Le Limousin est plus rural que le Poitou-Charentes : en Limousin, 34,2 % des praticiens exercent en milieu urbain, 22 % en milieu semi-urbain et 43,8 % en milieu rural ; en Poitou-Charentes, 30,8 % sont installés en milieu urbain, 32,4 % en milieu semi-urbain, et

36,3 % en milieu rural (29).

Seulement 47,5 % des répondeurs sont installés en groupe en Limousin, contre 54 % en Poitou-Charentes (29), 41 % en Bourgogne (27), et 36 % en Alsace (28).

Il faut noter qu'en Limousin, sur les 52,6 % qui exercent seuls : 60 % sont en milieu rural, et 44,4 % en milieu urbain.

Davantage d'omnipraticiens ont leur cabinet et leur domicile au même endroit en Limousin : 38,2 %, qu'en Bourgogne : 35 % (27), et en Poitou-Charentes : 29 % (29).

III. E. 2. Disponibilité des médecins généralistes à la prise en charge des urgences :

Les répondeurs limousins sont plus que les autres joignables en permanence (83,3 %), en particulier la nuit : 73,6 % des médecins en Limousin, contre 54 % en Poitou-Charentes (29), et 21 % en Bourgogne (27). (Il faut noter qu'en Limousin, les médecins du milieu rural sont astreints à une plus grande disponibilité que ceux de la ville : 4 % seulement n'y sont pas joignables la nuit, contre 35 % en ville...).

Par contre, les médecins en Alsace sont mieux équipés en moyens mobiles de communication (20) : 71 % (31), qu'en Poitou-Charentes : 67 % (29), en Limousin : 61,4 % (dont 73 % en milieu rural...), et en Bourgogne : 49 % (27).

De même pour les répondeurs appartenant à un système de garde organisé (5) (17) (13) (18) : on en compte 98 % en Poitou-Charentes (29), contre seulement 77,5 % en Limousin.

(Cependant, parmi les médecins appartenant à un système de garde organisé : 91 % en Limousin assurent réellement leurs gardes, pour 80 % en Poitou-Charentes (29).)

80 % des systèmes de garde fonctionnent les week-ends et fériés en Limousin, contre 51 % en Poitou-Charentes (29), et 33 % en Bourgogne (27). Tandis que 9,3 % seulement fonctionnent la nuit en Limousin, pour 16 % en Poitou-Charentes (29), et 21 % en Bourgogne (27).

III. E. 3. Equipement en matériel d'urgence :

Mêmes proportions d'équipement des médecins en matériel spécifique d'urgence en Limousin et en Poitou-Charentes : 63,5 % et 61 %. En Limousin, on peut noter cependant que 82 % des médecins ruraux sont équipés, contre 33 % des urbains.

Le matériel de réanimation lourde est plus accessible aux omnipraticiens limousins : 28,7 %, qu'à ceux de Bourgogne : 24 % (27), ou de Poitou-Charentes : 15 % (29).

L'accès à ce matériel se fait essentiellement auprès des pompiers, en Limousin : 78,3 %.

III. E. 4. Participation à l'organisation publique de prise en charge des urgences :

Le taux de médecins sapeurs pompiers est approximativement le même en Limousin qu'en Alsace et en Bourgogne : 20,3 %, 19 % et 21 %. En Limousin, 93 % de ces médecins sapeurs pompiers sont installés en milieu rural.

Les médecins ayant une activité hospitalière liée à l'urgence sont : 4,4 % en Limousin, 3 % en Poitou-Charentes (29) et 7 % en Bourgogne (27) (18).

Idem pour la participation à l'activité du centre 15 : 6,4 % en Limousin, 4 % en Poitou-Charentes (29) et 7 % en Bourgogne (27).

En milieu urbain, depuis 1991, le nombre d'appels reçus par le centre 15 (87), et transmis à la régulation libérale, ne cesse de progresser chaque mois (6).

En milieu rural, dans le département du Gers où un S.A.M.U. a été créé en 1991, 85,5 % des appels d'urgence ont émané de particuliers cette même année (17). En 1995, en Haute-Vienne, en Creuse et dans l'Indre, dans le même milieu, plus de 60 % des médecins exercent seuls et sont au moins à 25 km d'une structure hospitalière ou d'un S.A.M.U. (19) (11) : dans cette situation, la collaboration entre les médecins généralistes et les services publics est obligatoire.

III. E. 5. Gestes d'urgence effectués :

Plus de 90 % des médecins généralistes limousins pratiquent les injections intraveineuses et les sutures, contre environ 80 % des médecins en Ile-de-France(28).

En Limousin, un médecin sur quatre fait des plâtres, contre un médecin sur dix en Ile-de-France (28).

En Limousin, quatre médecins sur dix assurent les secours routiers et la médicalisation des transports (près d'un sur deux est médecin sapeur pompier), contre un médecin sur sept en Ile-de-France.

En Limousin, un médecin sur cinq pratique encore les accouchements, contre un sur dix en Ile-de-France.

Certains médecins limousins ne pratiquent pas ces gestes d'urgence : 43 % d'entre eux par manque de temps, 20,3 % par manque de formation ; ces taux sont respectivement de 26 % et 24 % en Bourgogne (27).

En Limousin : 19,2 % ne pratiquent pas certains gestes d'urgence, par manque de matériel ; le manque d'intérêt n'est que de 10,3 %, le manque de rémunération spécifique n'atteint que 7,3 %

III. E. 6. Urgences prises en charge :

- En Corrèze, les réponders libéraux ont assuré, pendant une semaine échelonnée de janvier à avril 1996, en tout : 1258 actes d'urgences.

- En Creuse, les réponders libéraux ont assuré, pendant une semaine échelonnée de janvier à avril 1996, en tout : 782 actes d'urgence.

- En Haute-Vienne, les réponders libéraux ont assuré pendant une semaine échelonnée de janvier à avril 1996, en tout : 1974 actes d'urgence.

Pendant le premier semestre 1994, 74,5 % des appels de la régulation libérale ont été transmis aux médecins libéraux de garde ou d'astreinte (6). Pendant l'année 1995, les appels transmis du

S.A.M.U (87) à la régulation libérale se sont élevés à 15926 : soit 306 appels par semaine, en moyenne (6).

Pour l'ensemble des réponders limousins, et pendant une semaine, ont donc été assurées 4012 urgences, dont : 191 urgences vitales (4,8 %), 1092 urgences vraies (27,2 %), 1840 urgences ressenties (45,9 %), et 889 urgences de confort (22,2 %).

Les urgences vitales et les urgences vraies constituent 32 % des urgences vues par les médecins limousins. Leurs équivalences, urgences niveau 2 et 3 (1) (3) (5) en Poitou-Charentes, constituent 30,5 % des urgences vues par les omnipraticiens de cette région (26).

Les urgences de confort et les urgences ressenties représentent 68 % des urgences vues par les médecins limousins. Leurs équivalences, urgences niveau 0 et 1 en Poitou-Charentes, représentent 69,4 % des urgences vues par les omnipraticiens de cette région (29).

Il est dommage que ces questions n'aient pas été abordées en Bourgogne, permettant d'étendre la comparaison.

III. E. 7. Destinations des patients vus en urgence :

- Hospitalisation des patients, en cas d'urgence, dans le secteur public : 80,1 % des médecins limousins la privilégient le jour, 78,2 % la nuit, et 77,6 % les week-ends et fériés. En Poitou-Charentes, ils ne sont que 67 %, en moyenne (29).

- Hospitalisation des patients, en cas d'urgence, en cliniques privées : 62,8 % des médecins limousins la privilégient le jour, 49,2 % la nuit, et 50,2 % les week-ends et fériés. En Poitou-Charentes, ils ne sont que 08 %, en moyenne (29).

- Adresse des patients, en cas d'urgence, à un correspondant spécialiste libéral : 36 % des médecins limousins la préfèrent le jour, 12,1 % la nuit, et 11% les week-ends et fériés.

La compétence et la disponibilité de l'équipe d'accueil sont deux qualités déterminantes dans le choix de la destination du patient, en cas d'urgence, en Limousin. En Poitou-Charentes, ce sont la capacité d'accueil (48 %) et la qualité de soins (39 %) (29) qui déterminent ce choix.

III. E. 8. Difficultés à assurer la prise en charge des urgences :

- Interruption de la consultation pour prise en charge des urgences :

N'ont jamais quitté leur consultation pour prendre en charge une urgence : 6,4 % des médecins en Limousin, 7 % en Poitou-Charentes (29), 11 % en Bourgogne (27).

L'ont interrompue, moins de 10 fois par an, pour s'occuper d'une urgence : 49 % des omnipraticiens limousins, 63 % de ceux du Poitou-Charentes (29).

- Honoraires et prise en charge des urgences :

N'ont jamais de difficultés pour recouvrer leurs honoraires d'actes d'urgence : 15,1 % des réponders limousins ; 7 % en Poitou-Charentes (29).

Ont, moins de 10 fois par an, des difficultés pour recouvrer leurs honoraires d'actes d'urgence : 61,9 % des réponders limousins ; 75 % des réponders du Poitou-Charentes (29).

Ont, plus de 10 fois par an, des difficultés pour recouvrer leurs honoraires d'actes d'urgence : 17,5 % des réponders limousins ; 18 % de ceux du Poitou-Charentes (29).

Dans les deux régions, les actes d'urgence impayés sont aux mêmes pourcentages.

III. E. 9. Sources de formation en matière de prise en charge des urgences :

- L'université : 16,9 % (84/498) des omnipraticiens limousins y suivent une formation à l'urgence, et 27,1 % (135/498) souhaitent être formés de cette façon ; respectivement, en Ile-de-France, 9 % et 20 % (28).

- *La presse médicale, les multi-média et les livres* : 76,9 % des réponders limousins leur doivent leur formation, contre 16,9 % qui souhaitent y puiser leur formation ; respectivement, en Ile-de-France, 46 % et 40 % (28).

- *“ Sur le tas ”* : 34,7 % des médecins limousins sont formés dans ce cadre, contre 8,6 % qui souhaitent l'être ; respectivement, en Ile-de-France, 22 % et 58,8 % (28).

- *La F.M.C.* : 50,4 % de l'ensemble des réponders limousins se forment par cette voie, contre 42,8 % qui veulent l'utiliser ; respectivement, en Ile-de-France, 77 % et 62,5 % (28).

- *De façon informelle* : 47,2 % de l'ensemble des réponders limousins se forment de cette façon, contre 17,1 % qui le souhaitent ; respectivement, en Ile-de-France, 40 % et 40 % (28).

Toutes ces comparaisons entre les résultats des différentes régions nous font conclure que, si la prise en charge des urgences par les médecins généralistes a des spécificités selon chacune d'elles, les différences ne sont néanmoins pas très significatives, l'Ile-de-France exceptée.

IV. - DISCUSSION :

L'enquête de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a obtenu un taux de réponses très important : 54,6 %. Mais, s'intéressant à un domaine très vaste, elle ne pouvait, en un seul questionnaire, répondre à toutes les interrogations.

Ainsi, certaines précisions, comme l'influence de la séparation cabinet-domicile, l'utilité effective des systèmes mobiles de communication, le contenu des troussees d'urgence courante, la distance qui sépare le cabinet de la première structure sanitaire d'urgence, la nature de cette dernière, etc..., n'ont pu être données, ne nous permettant pas de faire une analyse plus détaillée de la situation étudiée.

IV. A. Profil des médecins généralistes de la région Limousin :

Selon l'enquête, les médecins généralistes du Limousin ont un âge moyen de 43,2 ans.

Dans 73 % des cas, ils se sont installés entre 1970 et 1989.

Six médecins sur dix exercent seuls, dans une agglomération de moins de 10.000 habitants (quatre sur dix dans une agglomération de moins de 2.500 habitants).

Une majorité d'entre eux préfèrent installer leur cabinet à l'écart de leur domicile (60 %), mais dans un rayon de moins de cinq kilomètres pour la plupart (80 %).

Quatre médecins sur cinq sont des hommes.

Les médecins limousins prennent en charge un nombre important d'urgences, mais essentiellement des urgences ressenties.

IV. B. Les médecins généralistes limousins ont-ils les moyens de prendre en charge les actes d'urgence ?

Pour ce faire :

IV. B. 1. Sont-ils organisés ?

Huit sur dix d'entre eux sont joignables en permanence. Mais ils ne sont pas tous aussi disponibles la nuit : 35 % sont indisponibles la nuit dans les villes de plus de 10.000 habitants, 16 % dans les agglomérations de 2.500 à 10.000 habitants, mais 4 % seulement dans les villages de moins de 2.500 habitants.

77,7 % d'entre eux participent réellement à un système de garde organisé, de façon plus significative en milieu rural et semi-rural (> 90 %), qu'en milieu urbain (52,4 %).

Peu de médecins ne quittent jamais leur consultation pour prendre en charge une urgence : 6 %. 50 % la quittent, moins de dix fois par an ; et 40 % l'interrompent plus de dix fois par an.

La majorité des généralistes limousins, surtout en milieu rural, sont donc organisés pour répondre aux urgences. L'analyse des croisements multiples de réponses ne permet pas de dire pourquoi une minorité d'entre eux ne le sont pas.

IV. B. 2. De quel matériel disposent-ils ?

Les médecins libéraux possèdent un système de communication mobile : dans 73 % des cas en milieu rural, 57,5 % en milieu semi-rural, mais seulement 48,8 % en milieu urbain.

Ils possèdent aussi du matériel d'urgence courante, avec une prédominance plus nette encore pour l'équipement des médecins ruraux : 82 % des ruraux, 72 % des semi-ruraux et 33% des urbains.

Ils ont enfin accès à un matériel de réanimation lourde (dont la nature n'est pas précisée) dans 28,7 % des cas : 15 % en milieu rural, 10,3 % en milieu semi-rural et 3,3 % en milieu urbain. Cette disposition existe essentiellement dans le cadre d'une participation aux activités des sapeurs pompiers : 78,3 %, surtout en milieu rural : 82 %.

Les médecins ruraux sont donc les mieux équipés en matériel de réponse à l'urgence ; les semi-ruraux disposent du même matériel, mais dans des proportions moindres ; de même les médecins urbains, mais dans des proportions encore plus basses.

Comparativement aux médecins des autres régions étudiées, les médecins limousins disposent, dans l'ensemble, du même matériel de réponse à l'urgence, dans les mêmes proportions.

IV. B. 3. Dans quelles structures sanitaires publiques participent-ils à la prise en charge des urgences ?

20,3 % des médecins limousins sont médecins sapeurs pompiers : 93 % d'entre eux exercent en milieu rural. (58,4 % sont installés en Corrèze.)

4,4 % seulement des médecins généralistes ont une activité hospitalière liée à l'urgence, dont 59 % sont du milieu rural.

Enfin, 6,4 % participent à une régulation dans le cadre du "centre 15", dont 68 % sont médecins urbains. (81 % de ces médecins sont installés en Haute-Vienne.)

IV. B. 4. Quels actes d'urgence pratiquent-ils ?

La majorité des médecins exécutent des gestes d'urgence courante, telles les injections intra-veineuses : 95 %, les sutures : 92 % (avec un taux légèrement plus élevé pour les médecins du milieu rural : respectivement 99 % et 97 %) ;

30 % des omnipraticiens du milieu rural font des plâtres, 16 % de ceux des villes ;

59,2 % des praticiens limousins participent aux secours routiers (11,6 % en ville - nous n'avons pas de précisions quant à leurs gestes ou leur rôle lors de ces interventions -) ;

28,7 % assistent les accouchements (dont 5,3 % en ville) ;

59,9 % des médecins du milieu rural assurent eux-mêmes la médicalisation des transports (18,9 % des médecins des villes - toujours sans précisions sur leurs gestes et leur rôle dans ces interventions -).

Il est à noter qu'on compte plus de 75 % de médecins sapeurs pompiers parmi les médecins qui assurent tous les gestes d'urgence.

IV. B. 5. Combien, et quels types d'urgences ont-ils pris en charge ?

Les praticiens du Limousin ont pris en charge au total 4012 urgences, pendant une semaine s'étalant de janvier à avril 1996 : soit 12,28 urgences par médecin intervenant, ou 8,06 urgences par médecin répondeur à l'enquête.

Parmi ces urgences : 4,8 % sont des urgences vitales, 27 % des urgences vraies, 45,9 % des urgences ressenties et 22,2 % des urgences de confort.

A l'échelle nationale, 30 % des actes des généralistes sont des prises en charge d'urgences : parmi celles-ci, 12 % concernent des urgences vitales ou vraies, 31 % des urgences ressenties, et 57 % des urgences de confort.

Malheureusement, les questions de l'enquête ne nous renseignent ni sur le nombre global de consultations et de visites effectuées pendant une semaine par les médecins limousins, ni sur le moment de l'intervention d'urgence (pendant la consultation ou pendant les gardes), ni sur le rôle précis joué par le médecin intervenant, ni enfin sur le devenir des patients pris en charge.

IV. B. 6. Qui sont leurs interlocuteurs lors de ces interventions ?

Lors de leurs interventions, les médecins limousins assurent le plus souvent eux-mêmes le transport médicalisé du patient. Par ordre décroissant, ils font appel aux services des ambulanciers privés, ont recours aux équipes des S.A.M.U./ S.M.U.R., demandent l'aide des pompiers ; une minorité (3 %) fait appel à S.O.S.-Médecin.

Les critères du choix de l'interlocuteur par rapport au niveau de l'urgence prise en charge, les gestes et le rôle assuré par le médecin dans ces prises en charge, n'apparaissent pas dans les résultats de cette enquête.

IV. B. 7. Quelles sont les destinations de ces urgences ?

La plupart des médecins destinent leurs patients vus en urgence aux services d'accueil des urgences des hôpitaux, sinon à ceux des cliniques privées, quel que soit le moment de la prise en charge ; dans une minorité de cas, ils adressent ces patients aux médecins spécialistes privés.

Le choix de ces destinations se fait en fonction des compétences du service d'accueil et de sa disponibilité.

Peu de médecins rencontrent des problèmes pour faire transporter leurs patients vus en urgence : 15 %, essentiellement en milieu rural.

IV. B. 8. Comment se forment-ils à l'urgence ?

L'enquête permet de dire qu'une majorité de médecins limousins s'imposent une formation à l'urgence, puisqu'on sait que 77,7 % d'entre eux puisent cette formation dans la presse médicale. Mais les réponses au questionnaire ne précisent ni le taux exact de ceux qui accèdent à une formation à l'urgence quelle qu'elle soit, ni le contenu ou la qualité de ces formations.

Pour ce qui est des sources de formation : l'université forme une minorité de médecins limousins (17 %) ; la majorité des médecins se forment avec la presse médicale et dans les réunions de formation médicale continue. Mais seulement 40 % d'entre eux souhaitent poursuivre leur formation par la presse médicale et la formation médicale continue, tandis que 27 % voudraient voir l'université renforcer son rôle dans ce domaine.

IV. B. 9. Conclusion :

Les médecins urbains, s'appuyant sur les structures publiques proches, ont peu de moyens personnels pour faire face aux urgences. Les médecins ruraux et semi-ruraux sont, du fait de leur éloignement, mieux équipés.

Mais peut-on admettre que certains médecins ne répondent pas à l'obligation de moyens pour la prise en charge des urgences ?

Ne faut-il pas aussi poser la question du coût de l'intervention des services publics qui comblent les manques, et imaginer des solutions pour que les médecins généralistes soient tous équipés et formés ?

IV. C. Les médecins limousins sont-ils motivés pour prendre en charge les urgences ?

Cette motivation s'exprime positivement, par le nombre global d'urgences prises en charge par les généralistes libéraux du Limousin.

Elle se nuance, avec un net avantage pour les praticiens ruraux, par l'analyse du nombre des médecins disponibles et joignables en permanence, ou organisés dans des tours de garde, ou encore collaborant avec des structures publiques leur permettant la prise en charge d'urgences lourdes et par la même occasion une formation médicale continue à l'urgence efficace.

L'insuffisance de motivation de certains médecins généralistes pourrait expliquer leur manque de moyens. On peut imaginer plusieurs causes à cette insuffisance de motivation :

- l'angoisse reflétant l'absence de formation adéquate devant l'évolution imprévisible d'urgences vraies,*
- la lassitude devant les exigences des patients pour des urgences de confort,*
- les contraintes de la disponibilité exigée par l'organisation des tours de garde, au détriment de la vie privée...*

IV. D. Y a-t-il des solutions pour développer les moyens et la motivation des médecins généralistes libéraux à prendre en charge les urgences ?

Les médecins généralistes de la région exerçant en majorité en milieu rural, loin des structures hospitalières, sont un premier recours naturel pour les soins médicaux d'urgence. Ces médecins sont d'autant plus contraints de se donner les moyens et de se motiver à la prise en charge des urgences, que la jurisprudence leur impose désormais l'obligation des résultats.

Les rapports du Dr. STEG (25), du Pr. BARRIER (2) et du Dr. COLSON, ainsi que les données de la présente enquête, nous font donc suggérer, pour une prise en charge efficace des urgences, l'intérêt de développer :

- une formation médicale adaptée à la pratique des médecins généralistes, avec prise de responsabilités dans les structures hospitalières d'urgence, les centres de sapeurs pompiers, et pendant le stage de formation obligatoire auprès du praticien ;*
- une formation post-universitaire continue organisée dans les différentes structures publiques de l'urgence, qui permette aux généralistes libéraux d'augmenter et d'entretenir leurs compétences (interprétation juste d'un électrocardiogramme, réussite d'une intubation...), et de dédramatiser la situation de risque vital et l'obligation de résultats ;*
- un support financier, surtout dans les zones les plus reculées, à l'acquisition du matériel adéquat, coûteux et peu rentable (nombre faible d'urgences vitales), que ce soit dans un cadre individuel ou dans le cadre collectif des structures de gardes (19) ;*
- une revalorisation de l'acte d'urgence, qui nécessite une disponibilité importante et l'utilisation de matériel adéquat (honoraires identiques à l'heure actuelle pour l'intervenant qui possède du matériel et qui l'utilise, et pour celui qui n'en dispose pas et se contente d'appeler les services d'urgence publics) (15) ;*
- l'homologation d'un système de communication mobile commun à tous les intervenants dans la prise en charge des urgences, qui faciliterait la coordination et la communication à tout moment et dans toutes les zones ;*
- une mise en valeur des structures publiques existantes, par une meilleure coordination verticale et horizontale entre elles, et par la création d'un seul numéro d'appel d'urgence (112 : numéro d'urgence unique européen) permettant de réduire les sorties des médecins généralistes ou des équipes d'urgence pour les urgences déguisées (6) (7) (8) (15) (20) (21) (22) ;*
- une sensibilisation et une responsabilisation des patients, pour limiter les appels d'urgences de confort.*

V. - CONCLUSION :

Les médecins limousins assurent en grande partie la permanence des soins d'urgence courante, et, grâce à leur intégration dans les structures de sapeurs pompiers, en particulier en milieu rural, ils assurent aussi la permanence de soins plus lourds dans plus de 50 % des cas.

Les cas d'urgence non assurés par les médecins généralistes sont pris en charge par les services d'urgence publics.

L'avenir de la prise en charge des urgences est conditionné, d'une part par l'obligation de maîtrise médicalisée de son coût et de sa rentabilité (16), d'autre part par la nouvelle obligation de résultats, de plus en plus présente et pressante.

En conséquence, la prise en charge des urgences par les médecins généralistes ne peut s'inscrire que dans un projet national global, mettant en relation tous les intervenants publics et privés, et agissant en chaîne avec une parfaite coordination horizontale et verticale.

Ces dernières années, se développe une volonté politique de maîtrise de la prise en charge des urgences par les autorités de tutelle, les praticiens (Unions Professionnelles Régionales de Médecins Libéraux), et les universités et centres hospitalo-universitaires : ceci permet d'être optimiste pour l'avenir des urgences.

VI. - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- (1) Andrew W Murphy, Gerard Bury, Patrick K Plunkett, David Gibney, Mary Smith, Edwina Mullan, Zachary Johnson. *Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department : process, outcome, and comparative cost. B.M.J. 1996 ; 312 : 1135-42.*
- (2) Pr. BARRIER Geneviève. *Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences. Sept 1994.*
- (3) E. BRANTHOMME. *Essai de définition de l'urgence en médecine générale. Exercer 1993 ; 23 : 28-29.*
- (4) Dr. JM. COLSON. *Rapport de la commission des gardes et urgences, présenté par le Dr. JM. COLSON. Session de juin 1996. Document interne au conseil national de l'ordre des médecins.*
- (5) C. LESUEUR. *Les urgences du médecin généraliste en zone rurale. Thèse pour le DOCTORAT EN MEDECINE. BESANCON. 1995. N°95-115.*
- (6) Dr. B. DECOUTY. *Résumé d'activité de la régulation libérale : C.R.R.A. 87. 11. Juin. 1995.*
- (7) *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. LA HAUTE-VIENNE.*
- (8) *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. LA CORREZE.*
- (9) *Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. LA CREUSE.*
- (10) *Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du LIMOUSIN et Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.*
- (11) C. DUPUIS. *Démographie médicale : de fortes inégalités régionales persistent. Quotid du Méd 1997 N°6115 p.5.*
- (12) C. DUPUIS. *Une étude de l'ordre sur la démographie médicale française. Quotid du Méd 1997 N°6188 p.6.*
- (13) J.L. FARJON ; Ph.LAMBERT ; N.WUI THIER. *Le généraliste et les urgences. Le Concours Médical 27-06-1992. 114-23. p.2036-2037.*
- (14) D.FICHEUX. *Démographie médicale. Pano du Méd 1997 N°4530 p.7.*

- (15) Dr. D. FRESSARD. C.H.G. (23) GUERET. *La médecine d'urgence : Perspective d'avenir. 5^{èmes} journées d'Angoulême : RESEAU DE SOINS, ROLE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE, AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION. Mai 1997.*
- (16) A-M.GAUDIN. *La santé contribue de plus en plus au PIB (un rapport du CREDES). Quotid du Méd 1997 N°6112 p.4.*
- (17) Ph.LAMBERT. *Enquête sur la réponse aux appels urgents par le généraliste en milieu rural. 138 p. Thèse pour le DOCTORAT EN MEDECINE. TOULOUSE III. 1991. 91-TOU 3-1154.*
- (18) Ch. LUNEAU. *Prise en charge des urgences en milieu rural. 126 p. Thèse pour le DOCTORAT EN MEDECINE. Université PARIS VII. 1994 N°2072.*
- (19) Ph. ROSSAT. *Problèmes et gestion de l'urgence en médecine générale. En milieu rural. 77p. Thèse pour le DOCTORAT EN MEDECINE. LIMOGES. 1995. N°102.*
- (20) X. ROY. *Les moyens modernes de communication du médecin généraliste. A propos d'une étude dans le département de la Haute-Vienne. 86 p. Thèse pour le DOCTORAT EN MEDECINE. LIMOGES. 1996. N°.....*
- (21) Site Internet du Conseil National de l'Ordre des Médecins : <http://www.ordmed.org>.
- (22) Service Départemental d'Incendie et de Secours. LA HAUTE-VIENNE.
- (23) Service Départemental d'Incendie et de Secours. LA CORREZE.
- (24) Service Départemental d'Incendie et de Secours. LA CREUSE.
- (25) A. STEG. *Rapport sur la médicalisation des urgences. BOLUS 1993. Supplément n°12 : 8-12 ; 25-26.*
- (26) R.TOUBON. *Santé : la France des disparités et des inégalités. Quotid du Méd 1997 N°6144 p.3.*
- (27) Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne, Commission Urgences. *Amélioration de la prise en charge des urgences en médecine générale en Bourgogne (huit propositions), Enquête auprès de 671 médecins de famille de Bourgogne. mai 1997.*
- (28) Union Régionale des Médecins d'Ile de France Exerçant à titre Libéral. Commission "Urgences et permanence des soins". *Les urgences en Ile de France. Juin 1997.*

(29) Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Etat des lieux des urgences dans les établissements du secteur privé. Juillet 1996.

(30) Union Régionale des Médecins Libéraux du Poitou-Charentes. Commission Urgences. Enquête sur la prise en charge des urgences par les médecins généralistes de la région Poitou-Charentes. Rapport final. Mai 1996.

(31) Union Professionnelle des Médecins Libéraux d'Alsace.

VII. ANNEXE:

VII. A. Extrait du rapport du Dr. COLSON.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS
180, Boulevard Haussmann - 75008 PARIS

DOCUMENT INTERNE

☪•☪

*RAPPORT DE LA COMMISSION DES
GARDES & URGENCES PRÉSENTÉ PAR
LE Dr JM. COLSON - SESSION DE JUIN 1996*

COMMISSION DE PERMANENCE MEDICALE ET URGENCES

*B. CHANU - A. CHASSORT - JM. COLSON
V. GUIHENEUF - D. GRUNWALD - R. LEBATARD-SARTRE
R. MICHEL - B. MONIER - L. PRENTOUT - J. WERNER.*

AVEC LA PARTICIPATION DES DOCTEURS

*BLANCHARD - CAFFIER - GATINEAU - OZIER
POUILLARD - STILMUNKEN - VERGEYLEN.*

☪•☪

.....
Rapport adopté par la Section Exercice Professionnel le Jeudi 20 Juin 1996

SOMMAIRE

RESUME :	3
REMERCIEMENTS.....	5
INTRODUCTION.....	8
I. LES TEXTES.....	8
I.1. Code Pénal en son article 223-6	
I.2. Code de Déontologie.	
II. L'EXISTANT.....	10
II.1. Les Patients	
II.2. Les moyens de réponse	
II.2.1. Les médecins généralistes	
II.2.2. Les médecins spécialistes	
II.2.3. Les structures.	
III. LES CAUSES DE DYSFONCTIONNEMENT.....	18
III.1. Les appels	
III.2. Les médecins généralistes	
III.3. Les structures	
III.3.1. Constat	
III.3.2. SDIS - 18	
III.3.3. Hôpitaux, SAMU et Centre 15	
III.3.4. CODAMU	
III.3.5. Unions Régionales	
III.3.6. Intervenants.	
IV. LES SITES EXPERIMENTAUX.....	23
V. LES SOLUTIONS PROPOSEES.....	24
V.1. Efficacité	
V.2. Objectif et acheminement des appels	
V.2.1. A partir d'un appel	
V.2.2. Permanence médicale	
V.2.3. Les urgences vraies	
V.3. Formation	
V.4. Cliniques ou hôpitaux	
V.5. Centre de Réception et Régulation des Appels	
V.6. Union des structures	
V.7. Déontologie.	

RÉSUMÉ

8003

Il faut reconnaître que d'une façon générale, les médecins et les pouvoirs publics ont su s'adapter devant l'évolution de la médecine et de la société pour que les urgences soient bien prises en charge, en particulier les urgences vitales.

Mais force est de constater que si globalement, la permanence médicale et les urgences médicales sont efficaces, des dysfonctionnements pour de multiples raisons apparaissent.

- 1) Les patients n'ont pas la même perception de l'urgence que les médecins. Par ailleurs, la population mal informée est de plus en plus exigeante, consumériste et violente parfois.
- 2) Les médecins libéraux, généralistes en particulier, sont découragés, objets de pressions continuelles de toutes parts, et avancent de nombreux motifs pour délaisser la garde.
- 3) Les structures (hôpitaux, cliniques, SAMU, SMUR, Centre 15, Pompiers 18, libéraux avec secteurs de garde ou associations d'urgentistes) sont bien organisées verticalement, mais un manque de liens horizontaux dus à la concurrence, à la rivalité et à des conflits de personnes entraîne une insuffisance de coordination, une mauvaise utilisation de la complémentarité des moyens et un partenariat peu efficace.

Les textes (loi du 6/01/1986, décret du 16/12/1987, circulaires ministérielles du 16/12/1992 et du 02/02/1996 sur l'interconnexion 15-18, article 711-3 du code de santé publique), les sites expérimentaux ayant donné lieu à un rapport de l'IGAS, les sites où l'articulation des acteurs et de leurs moyens est mieux appréhendée donnent à penser qu'avec :

- une volonté politique, un respect mutuel des intervenants appelés à travailler ensemble, un climat de confiance réciproque,
- les moyens disponibles,

il existe suffisamment d'éléments pour que l'articulation soit capable d'effacer les dysfonctionnements qui aboutissent à la surcharge d'un des acteurs risquant de l'étouffer au détriment des patients et au galvaudage des moyens lourds.

La commission des urgences du Conseil national de l'Ordre des médecins propose des solutions en rappelant que les structures sont faites pour les malades ou blessés et non l'inverse.

1. La Population

Elle doit être formée (enseignement de secourisme dans le cadre de l'Education nationale).

Elle doit être informée de la bonne utilisation des moyens :

- a) appeler son médecin,
- b) à défaut l'organisation de la permanence médicale ou les structures d'urgentistes si elles existent,
- c) le Centre 15 en cas d'urgence vraie,
- d) le centre 18 pour la voie publique, sachant que le 15 et le 18 doivent être interconnectés.

2. Les Médecins

Les appels sont issus de tout le territoire. Les généralistes sont répartis sur tout le territoire et doivent donc être les premiers intervenants.

Deux dispositions sont nécessaires :

- a) Dans un premier temps, reconnaître solennellement le travail et le dévouement dont ils font preuve dans une discrétion exemplaire. Pour cela, il faut leur éviter le découragement en les remobilisant et en les encourageant avec des mesures d'accompagnement financières, fiscales, rémunération des astreintes et des actes d'urgence -hors objectif prévisionnel comptable- (aucun dérapage n'a été constaté par l'IGAS dans les sites expérimentaux dotés de lettre clés spécifiques).
- b) le médecin généraliste ne doit plus avoir de téléphone professionnel muet. Soit il est présent et gère l'appel : il régule, traite, dirige avec ou sans transport ou appelle un renfort nécessaire (médecin plus qualifié, spécialiste d'astreinte ou 15-18), tel un mini centre 15. S'il est absent, son répondeur indique avec précision où l'appelant doit s'adresser, principalement au confrère de son secteur de garde. Ce seul appel supplémentaire doit suffire.

Les secteurs de garde doivent être bien structurés avec un responsable, et regroupés au sein d'une association départementale, avec si possible un numéro d'appel unique plus facilement mémorisable.

Il peut être conseillé au médecin généraliste de s'investir, par un système de vacation, là où le besoin s'en fait sentir, en ville, en particulier dans les zones à risques, mais aussi en zone rurale, dans :

- ☞ les services d'accueil des hôpitaux,
- ☞ les cliniques,
- ☞ éventuellement les centres d'accueil de premiers soins (CAPS), qui ont l'avantage de la fixité du lieu et d'un équipement ad hoc, qui sont gérés par l'association locale ou départementale, mais qui soulèvent un certain nombre de problèmes en particulier déontologiques.

3. Les Structures

La mise en commun des moyens tant humains que matériels paraît indispensable afin d'éviter des investissements épars avec souvent redondance.

Les prémices en sont l'interconnexion des centres d'appel 15 et 18 qui doit être renforcée.

Un seul centre d'appel 15-18, appelant le futur 112, devrait exister, cogéré par toutes les parties prenantes

- ⇒ libéraux,
- ⇒ SAMU,
- ⇒ SDIS (sapeurs-pompiers)

à tous les niveaux, direction - régulation - intervention.

Il s'agirait donc bien d'une autonomie tant de gestion que financière.

Tous les acteurs (humains et moyens matériels) pourraient être regroupés au sein d'un **service national de l'urgence médicale**.

Sur le plan national, une seule tutelle, interministérielle ou supra-ministérielle, aurait un avantage fonctionnel sur les différentes tutelles existantes actuellement.

Elle serait relayée au plan départemental par les comités départementaux d'aide médicale urgente, réunissant déjà tous les intervenants, mais n'existant en général que dans les textes.

Ainsi, de la base médecin généraliste jusqu'au sommet serait réalisé un seul réseau de l'urgence médicale.

4. La Formation

La formation des médecins à l'urgence (bonne dans la pratique tant dans les facultés que dans les structures) demande à être mieux précisée :

- a) tout médecin, au cours de ses études, devrait bénéficier d'une formation au secourisme au tout début, un peu plus tard d'une formation d'infirmier, puis de l'urgence médico-chirurgico-obstétricale et psychiatrique au fur et à mesure de l'enseignement de chaque chapitre de pathologie, avec en fin d'études, un enseignement spécifique d'urgence regroupant tous les chapitres, se terminant par un stage dans un service d'urgence et pour les futurs généralistes, une participation significative avec leur maître de stage aux gardes de nuit et de week-end.
- b) pour les intervenants dans les urgences vraies dont la disponibilité doit être instantanée, le volontariat semble nécessaire, avec bien sûr un savoir faire spécifique dont l'enseignement, identique pour tous, pourrait être dispensé par une structure neutre telle la faculté (formation et enseignement continu).
Ces médecins volontaires seraient à disposition sous forme d'astreinte, et comme intervenants à la régulation 15-18-112 dans les SMUR, les VSAB, cliniques, hôpitaux et CAPS.

Les applications déontologiques (le code de déontologie étant un des moyens mis à disposition de l'aide médicale urgente) dans l'exercice quotidien, dans la gestion des urgences, devant le progrès des connaissances et des moyens, devant l'évolution de la société, demandent une adaptation continue.

Une conférence permanente de l'aide médicale urgente et de la permanence médicale au sein du Conseil national de l'Ordre des médecins paraît nécessaire, réunissant régulièrement tous les acteurs, y incorporant les Ministères.

VII. B. Extrait du rapport du Pr. BARRIER.

**RAPPORT SUR LA PRISE EN CHARGE
PRE-HOSPITALIERE DES URGENCES**

* * * * *

Professeur Geneviève BARRIER

Septembre 1994

INTRODUCTION

En septembre 1993, le Professeur Steg a, au terme d'un travail de deux ans, remis un rapport dont le but était d'analyser les services d'accueil d'urgence à l'hôpital. Son objectif était de "mieux prendre en charge les patients accueillis en urgence". Parmi ses conclusions, il insistait sur la nécessité de familiariser les populations" avec les ressources nombreuses, variées et graduées offertes en cas d'urgence et avec la nécessité d'une volonté politique déterminée. soutenue par un engagement financier pour répondre à une véritable exigence de santé publique".

Dans la droite ligne de ces conclusions, il est apparu qu'il était nécessaire d'analyser non seulement l'aboutissement hospitalier de la chaîne des urgences, thème confié au Professeur Steg, mais toute la chaîne des urgences en amont de l'hôpital.

En décembre 1993, Monsieur le Premier Ministre nous a confié une mission portant sur "la prise en charge effective des urgences médicales à tous les échelons, de la médecine de ville jusqu'à l'hôpital".

Il importe de définir d'abord le mot urgence qui n'a pas le même sens pour la population, pour les médecins et pour l'administration. Comme l'a très bien écrit le Professeur Le Coutour, "la première ambiguïté tient à ce que le mot urgence peut désigner la demande et la réponse. Pour l'usager et ses proches, elle peut être associée à la rupture d'un ordre dans le cours de la vie ; ce qui est imprévu tend à devenir urgent : *je ne veux pas attendre*. Pour le médecin, la notion d'urgence reposera non sur celle de rupture, mais sur celle d'échéance avec un pronostic vital à très court terme : *il ne peut pas attendre*. Pour les institutions, l'urgence correspondra à une perturbation de l'organisation, à ce qui ne peut être prévu".

Aujourd'hui, on considère que, sur 100 appels reçus par les médecins

- environ 10 représentent une menace à court terme pour la vie ou une fonction importante
- 20 concernent des pathologies, qui, sans mettre immédiatement la vie en danger, n'en doivent pas moins être rapidement prises en charge par un médecin.

- le reste, soit 70% des appels, correspond à des incidents imprévus qui perturbent le cours de la vie. Certains de ces incidents induisent des phénomènes de crise, de détresse psychologique qui nécessitent l'aide et l'assistance d'un tiers. C'est souvent le médecin dans la société actuelle. Est-ce inéluctable ?

La réponse à ces appels impose une permanence d'écoute qui permette de repérer dans la masse des appels les cas graves, et de les faire traiter immédiatement par les moyens appropriés : c'est la mission des médecins régulateurs des SAMU-centres 15. Elle demande aussi une permanence de soins qui assure la continuité de l'accueil et l'accessibilité de tous non seulement aux services d'accueil hospitaliers, mais aussi à la médecine libérale.

Il est nécessaire de faire cette distinction car ainsi que l'a justement noté Le Coutour "à assimiler le confort de tous - la permanence de l'accueil - à la sécurité des personnes en détresse, nous risquons d'observer, par rapport à l'objectif de départ, une dérive soumise aux particularités des désirs de chacun, les usagers, les médecins, les personnels des hôpitaux, les responsables communaux".

La manière française de traiter les urgences médicales hors de l'hôpital achoppe sur deux points :

I - l'exercice individuel de la médecine : les nouvelles générations médicales n'acceptent plus de sacrifier leur vie personnelle et familiale à une vie professionnelle de moins en moins gratifiante. D'où le défaut d'organisation des professions de santé libérales en matière d'urgence et les lacunes de certaines listes de garde. Cela conduit à un hospitalocentrisme regrettable que personne n'a souhaité.

Libéral ne signifie ni individualiste, ni anarchique. La liberté ne consiste ni à ignorer les contraintes scientifiques et économiques de la médecine d'urgence, ni à confondre isolement et indépendance. Les contraintes sont scientifiques, car l'étendue des connaissances nécessaires pour traiter un malade, surtout en urgence, ne peut plus être l'apanage d'un seul médecin. Elle exige une collaboration vivante, permanente et sans faille entre plusieurs intervenants. Les contraintes sont aussi économiques, car le prix élevé de cet exercice est justifié s'il concourt à éviter des morts, des blessures ou des séquelles redoutables. Il est injustifiable en revanche s'il sert à dédoubler des actes médicaux ou des transports sanitaires, s'il sert à réaliser des hospitalisations faciles mais inutiles.

On a encore très peu évalué et les besoins de la population et l'offre réelle de soins d'urgence ; chacun peut alors définir à sa convenance et de façon subjective les nécessités sanitaires.

2 - le deuxième obstacle à l'organisation d'un réseau de médecine d'urgence satisfaisant est le financement des actes d'urgence : il y a trop peu de différence entre le prix de la consultation au cabinet du médecin et le prix de la visite au domicile du malade. La différence réellement déboursée par le malade n'est que de 18,25 F pour faire déplacer un médecin, que ce déplacement soit légitime ou non. Cela incite évidemment beaucoup de malades à demander des visites, et les médecins à négliger l'organisation des consultations d'urgence libérales. En revanche, il existe des consultations d'urgence hospitalières où la population se rend en masse, puisqu'elle est sûre d'être reçue. ~~Le succès des quelques expériences de consultation et de soins~~ d'urgence privés, soit dans des cabinets de groupe, soit dans des cliniques privées, prouvent pourtant que la permanence des soins peut être assurée et rentable. Les médecins libéraux peuvent donc occuper une place importante dans l'aménagement des soins d'urgence, à condition d'être organisés. Dans certains quartiers où les médecins craignent de se rendre isolément, l'agencement de centres de consultation pourrait être une solution.

Pour mettre en place un réseau de soins d'urgence accessibles, efficaces, permanents, il est indispensable de faire coïncider l'intérêt général - c'est-à-dire les exigences de santé publique - et les intérêts légitimes de chacun. La crise économique a modifié le jeu. Il importe donc d'instaurer un nouveau dialogue entre les médecins, les caisses d'assurance maladie comptables des urgences sanitaires, les collectivités locales comptables des urgences sociales, mais aussi les Associations de consommateurs. Pour trouver des solutions équitables qui permettent l'accès de tous aux soins qui sont véritablement urgents, il faut reconnaître à leur juste valeur l'activité des médecins qui s'y consacrent hors de l'hôpital. Les anesthésistes-réanimateurs et les médecins généralistes sont les plus engagés dans cette voie parfois exaltante mais bien souvent ingrate.

Notre groupe de travail était constitué de personnalités de terrain. Il a entendu un grand nombre de partenaires concernés. Très vite, il est apparu que les généralistes assumaient la majorité des urgences de proximité, alors même qu'ils ne sont pour la plupart ni formés ni préparés à cette activité et que leurs conditions de travail ne sont pas satisfaisantes. Ils sont au contact direct de la population. Ils ont vu se développer dans certaines régions un processus de désintertion sociale engendré par la crise économique. car l'accès aux soins des plus démunis passe désormais par l'appel d'urgence. Seuls ou presque, mal rémunérés, certains ont pris les dispositions nécessaires. Plus vite que d'autres, les médecins généralistes ont compris

que la technique, nécessaire, n'est plus suffisante. Il n'est plus possible de travailler isolément. Ils ont fait oeuvre de pionniers en créant des réseaux de santé de proximité, tout comme les anesthésistes-réanimateurs d'il y a 20 ans, qui créaient les SAMU et les SMUR.

Ceux de nos interlocuteurs qui ont pu présenter des réalisations intéressantes avaient quatre points en commun :

- ils ont tous reçu une formation en médecine d'urgence dans un SAMU universitaire avec lequel ils ont gardé un lien professionnel et affectif.

- ils s'astreignent tous à une formation continue, pour la plupart dans leur SAMU d'origine et dans les congrès d'anesthésie-réanimation où des sessions sont consacrées à la médecine d'urgence.

- ils sont tous volontaires pour soigner les malades et blessés urgents et sont pour la plupart médecins de sapeurs-pompiers volontaires.

- ils acceptent tous de dispenser leurs soins aux plus démunis, et ont pour la plupart pris cruellement la mesure de l'inadaptation des modes de financement actuels de la prise en charge de soins qui sont devenus sanitaires et sociaux.

Ces médecins généralistes ne travaillent plus seuls, mais soit en véritables cabinets de groupe, soit en associations libres ou formalisées qui permettent d'assurer une garde efficace pour répondre aux besoins de la population.

Le plan de ce rapport suivra la lettre de mission reçue, et comportera quatre chapitres :

- la liaison entre les structures hospitalières et la médecine de ville
- la redéfinition des modalités et du contenu de l'enseignement de la médecine d'urgence
- l'organisation des Centres 15.
- l'organisation des transports sanitaires.

Pour chaque chapitre, nous avons cherché à faire des propositions capables, croyons-nous, d'apporter des solutions à certaines des difficultés analysées.

Améliorer l'enseignement de la médecine d'urgence et en particulier celui de la clinique et des sciences sociales, améliorer la coordination entre les différents acteurs de l'urgence, définir clairement les modalités de fonctionnement des SAMU-centres 15 et celles du réseau de permanence des soins, redéfinir les transports sanitaires dans l'optique de la restructuration des services d'accueil d'urgence et dans la continuité du rapport Steg, tel a été notre but dans le délai qui nous a été imparti.

Modifier des modes de fonctionnement individuels et collectifs devenus obsolètes, parfois anarchiques, souvent inopérants et donc dangereux, tel devient l'enjeu.

Nous remercions tous nos interlocuteurs pour les documents qu'ils ont bien voulu nous adresser après leur audition. Nous remercions aussi les très nombreux médecins qui nous ont écrit spontanément pour nous faire part de leur expérience et pour nous encourager.

VII. C. Extrait du rapport du Pr. STEG.

COMMISSION NATIONALE DE
RESTRUCTURATION DES URGENCES

RAPPORT SUR LA MEDICALISATION
DES URGENCES

Professeur Adolphe STEG

REINTEGRER LE MEDECIN GENERALISTE DANS LA CHAINE
DE L'URGENCE ET ASSURER UNE MEILLEURE
COORDINATION ENTRE L'HOPITAL PUBLIC ET LES
ETABLISSEMENTS PRIVES

Dans la première partie de ce rapport, nous avons vu l'attraction considérable et démesurée qu'exerce l'hôpital sur les urgences. Ce phénomène souligne, s'il le fallait, l'insuffisante implication des médecins généralistes dans les urgences. A l'évidence, l'hôpital a pris la place du médecin de famille dans la gestion des urgences. Ce courant hospitalo-centriste qui s'accroît d'année en année constitue en soi une cause de dysfonctionnement des services d'urgences et il est important de tenter d'en limiter le flux. D'autant que l'amélioration de l'accueil des urgences attendue de la restructuration, à toutes les chances de l'accentuer encore car l'offre crée sa demande. Aussi, la réintégration des généralistes dans la chaîne de l'urgence constitue-t-elle une des conditions de la restructuration. C'est d'elle dont on peut espérer qu'elle diminuera le flux débridé en agissant précisément en amont de l'hôpital : un très grand nombre de patients devraient pouvoir voir leurs problèmes de santé réglés sur place.

Dans un premier temps, il convient de reconnaître et d'analyser les faiblesses des systèmes de garde actuel. Dans les grandes agglomérations en particulier, le service de garde des médecins généralistes libéraux n'est pas encore institué de façon efficace. Lorsque comme c'est encore le cas, la liste des médecins de garde d'une commune n'est pas tenue à jour ou encore, lorsque les réponders téléphoniques des médecins libéraux se renvoient les appels, les urgences réelles et ressenties ne sont pratiquement pas prises en charge par un généraliste de premier recours (20h00 à 8h00 et les fins de semaines, les jours fériés) et la population ne connaît qu'une seule réponse à sa demande de soins urgents : l'établissement hospitalier. La situation est évidemment différente aux heures ouvrables mais, ici encore, la participation des généralistes n'est pas aussi importante qu'elle devrait l'être. On peut, à cette désaffection, trouver explications :

- le fait que l'urgence désorganise la consultation qui de plus en plus est organisée sur rendez-vous.
- le fait que les généralistes pratiquent de moins en moins les petits gestes d'urgence ou de petite traumatologie.
- le fait enfin, que les généralistes ont maintenant le sentiment d'être imparfaitement préparés pour faire face aux situations de grandes urgences.

En milieu rural par contre, la réponse pré hospitalière à l'urgence semble paradoxalement plus rapide et plus rationnelle en raison sans doute de l'existence d'un tissu social où les médecins de famille sont connus de la population. Un certain nombre d'entre eux appartenant au corps médical des sapeurs pompiers a reçu une formation appropriée. Encadrés par des professionnels des services de secours et d'incendies disposant de moyens de liaison, ils forment un premier maillon médical solide dans la chaîne des urgences. L'intérêt d'une prise en charge pré-hospitalière déjà illustrée par l'efficacité des systèmes d'urgentistes (type SOS médecins) est démontré par tous les travaux : deux fois sur trois, grâce à cette intervention des médecins, le maintien à domicile est possible.

Dans une récente étude (J.L. Fargion - P. Lambert - N. Wuithier) portant sur l'activité d'urgence pendant 1 an de 11 généralistes ruraux, il a été montré que 87% des appels urgents correspondent à des situations sans gravité et de fait, les médicaments les plus prescrits sont les anxiolytiques et les antibiotiques !

Pour tenter de remédier à cette insuffisante implication des généralistes, la Commission considère que l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital doit être réétudiée avec l'ensemble des hospitaliers et libéraux dans ses différents aspects, suivant les recommandations du groupe de travail présidé par Raymond Gatelmad.

1 - ORGANISATION DES MEDECINS LIBERAUX EN AMONT DE L'HOSPITALISATION.

La médecine de ville devrait pouvoir organiser elle-même en priorité en amont de l'hôpital, la permanence des soins de l'ensemble de la population. Disposant d'équipements lourds, l'hôpital devrait en effet, être soulagé de la petite et moyenne urgence pour se consacrer utilement à son rôle de deuxième recours. Or, il existe principalement en milieu urbain une contradiction entre le désir des organisations médicales consultées, d'assurer l'accueil des urgences à l'hôpital, alors que dans les grandes villes notamment, ce sont précisément leurs carences qui conduisent un nombre important de malades à chercher à l'hôpital les réponses qu'ils ne trouvent plus la nuit, les dimanches ou les jours fériés, à proximité de leur domicile. Tous les témoignages concordent sur ce point. Par ailleurs, on observe que l'activité urgence des médecins libéraux est presque exclusivement centrée sur les visites à domicile à l'exclusion des consultations au cabinet, ce qui accentue encore le mouvement des malades vers l'hôpital. C'est pourquoi, la plupart des organismes consultés, seraient favorables à une réorganisation du système de garde des médecins libéraux dans un cadre départemental et dans les grandes villes, par secteurs ou arrondissements, assorties de dispositions conventionnelles.

2 - LA PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE DES URGENCES.

L'hôpital public devrait de plus en plus solliciter le concours des généralistes libéraux voire des spécialistes. Les uns et les autres ayant préalablement acquis les compétences reconnues dans le domaine de l'urgence. Qu'il s'agisse de la régulation du Centre 15, qu'il s'agisse des médecins contractuels de SAMU ou SMUR, qu'il s'agisse de la participation à la garde dans les ANACOR et les SAU.

Le mode de rémunération est en général le point le plus controversé. Si certaines organisations de médecins libéraux demandent le paiement à l'acte, la commission s'est prononcée à la faveur d'une rémunération à la fonction, formule qui écarte l'obstacle ordinal du cabinet secondaire, en se rapprochant de celle du médecin hospitalier à temps partiel ou du médecin attaché. Cette formule devrait également viser à harmoniser les rémunérations respectives du médecin hospitalier et du médecin libéral exerçant dans une structure hospitalière. La commission a considéré qu'il n'était pas légitime de proposer une rémunération différente pour une activité identique.

3 - LA MEDECINE SALARIEE DE VILLE ET L'HOPITAL :

Exerçant principalement une médecine de consultations dans les Centres de Santé et certaines organisations caritatives, les médecins salariés représentent un échelon intermédiaire important entre la population essentiellement urbaine au milieu de laquelle ces centres sont implantés, la médecine libérale et l'hôpital public. Ils disposent en outre très souvent d'un plateau technique avec une bonne imagerie. De plus, coexistent souvent plusieurs spécialités à la disposition du généraliste.

Cette activité cependant, est limitée aux horaires diurnes et les jours ouvrables seulement. La Commission a estimé que les médecins de ces centres pourraient s'intégrer dans l'organisation de l'urgence pré-hospitalière en participant au système de garde des médecins de ville. En effet, les organismes gestionnaires (municipalités, associations à but non lucratif, ...) ne seraient pas opposés à mettre leurs structures à la disposition de ces praticiens. Leurs représentants sont prêts à étudier les possibilités de cette participation.

4 - LE CAS DES CLINIQUES PRIVEES DITES A BUT LUCRATIF :

Le mode de fonctionnement des établissements privés pour ce qui concerne l'accueil des urgences est différent de celui des hôpitaux publics. En effet, si certaines cliniques disposent d'un véritable service individualisé d'accueil des urgences, toutes les autres ont un service de garde interne généralement assurée par les praticiens libéraux de l'établissement qui organisent entre eux une astreinte permanente par roulement.

La plupart sont domiciliés à proximité et disposent des moyens d'appels portatifs. Ils sont même souvent amenés à assurer les consultations non programmées qui se présentent à la porte de l'établissement. De plus, souvent une garde sur place est assurée par un anesthésiste-réanimateur et un chirurgien. Il serait possible d'envisager la présence d'un médecin de garde dans le cadre d'une participation au service public. Certaines cliniques s'assurent, la nuit, le concours de médecins libéraux, le plus souvent de généralistes formés à l'urgence et qui sont honorés à l'acte. Ils assurent la permanence des soins en coopération avec les spécialistes de l'établissement. Cette formule semble en voie d'extension. Les établissements privés tiennent de fait une place non négligeable dans l'accueil des urgences et doivent pouvoir s'intégrer dans le réseau des urgences restructurées.

Dans un souci d'harmonisation avec les établissements publics, les dispositions réglementaires et conventionnelles spécifiques devraient être négociées avec les tutelles pour couvrir les frais exposés par la clinique pour son nouveau service.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	p. 14.
II. RAPPEL :.....	p. 16.
<i>Définition et classification des urgences.....</i>	<i>p. 16.</i>
<i>Classification selon le rapport du Dr. J. M. COLSON.....</i>	<i>p. 16.</i>
<i>Classification selon les commissions des “Urgences” des “Médecins généralistes” des Unions Professionnelles Régionales de Médecins Libéraux.....</i>	<i>p. 17.</i>
 III. ENQUETE DE L’UNION PROFESSIONNELLE REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX DU LIMOUSIN ET METHODOLOGIE :..	 p. 18.
III. A. Conception du questionnaire.....	p. 18.
III. B. Questionnaire.....	p. 18.
III. C. Méthodes de travail.....	p. 22.
III. D. Résultats et analyses :.....	p. 22.
<u>III. D. 1. INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES :.....</u>	<u>p. 23.</u>
III. D. 1. 1. Réponses à la première question.....	p. 23.
III. D. 1. 1. 1. “Quel est votre âge ?”.....	p. 23.
III. D. 1. 1. 2. “Sexe ?”.....	p. 23.
III. D. 1. 2. Réponses à la deuxième question : “Quel est votre code postal ?”..	p. 24.

III. D. 1. 3. Réponses à la question 3 : “Exercez-vous seul ou en groupe ?”.....p. 24.

III. D. 1. 4. Réponses à la question 4 : “Votre cabinet et votre domicile sont-ils
au même endroit ?”.....p. 25.

III. D. 2. DISPONIBILITE DES MEDECINS GENERALISTES A LA PRISE
EN CHARGE DES URGENCES :.....p. 26.

III. D. 2. 1. Réponses à la question 5 : “Etes-vous joignable en permanence ?”..p. 26.

III. D. 2. 1. 1. “NON / OUI ?”p. 26.

III. D. 2. 1. 2. “Oui, le jour”, “Oui, la nuit”.....p. 26

III. D. 2. 2. Réponse à la question 6 : “Avez-vous un système de communication
mobile ?”.....p. 27.

III. D. 2. 3. Réponses à la question 7 : “Appartenez-vous à un système de garde
dans votre ville ou dans votre canton ?”.....p. 28.

III. D. 2. 3. 1. “NON / OUI”.....p. 28.

III. D. 2. 3. 2. “Si oui, celui-ci fonctionne-t-il : les week-ends et fériés ?”..p. 29.

III. D. 2. 3. 3. “24 h / 24 h ?”.....p. 29.

III. D. 2. 3. 4. “Uniquement la nuit ?”.....p. 30.

III. D. 2. 3. 5. “Si oui, prenez-vous des gardes personnellement ?”.....p. 30.

III. D. 3. EQUIPEMENT EN MATERIEL D'URGENCE :.....p. 31.

III. D. 3. 1. Réponses à la question 8 : “Disposez-vous d'un matériel spécifique
d'urgence courante ?”.....p. 31.

III. D. 3. 2. Réponses à la question 9 : “Avez-vous accès à du matériel
de réanimation lourde ?”.....p. 31.

III. D. 4. PARTICIPATION A L'ORGANISATION PUBLIQUE DE PRISE

EN CHARGE DES URGENCES :.....p. 33.

III. D. 4. 1. Réponses à la question 10 : “Etes-vous médecin sapeur pompier ?”..p. 33.

III. D. 4. 2. Réponses à la question 11 : “Avez-vous une activité hospitalière liée à l'urgence ?”.....p. 33.

III. D. 4. 3. Réponses à la question 12 : “Participez-vous à une régulation dans le cadre des “centres 15” ?”.....p. 34.

III. D. 5. GESTES D'URGENCE EFFECTUES ET URGENCES PRISES

EN CHARGE :.....p. 35.

III. D. 5. 1. Réponses aux questions 13 et 14 : “Quels gestes d'urgences pratiquez-vous dans votre activité libérale ?”.....p. 35.

III. D. 5. 2. Réponses à la question 15 : “La semaine dernière, combien avez-vous traité de chaque type d'urgence suivant ?”.....p. 35.

III. D. 6. INTERLOCUTEURS FACE A L'URGENCE :.....p. 37.

III. D. 6. 1. Réponses à la question 16 : “Quels sont vos interlocuteurs dans le traitement de malades urgents ?”.....p. 37.

III. D. 7. DESTINATIONS DES PATIENTS EN CAS D'URGENCE :.....p. 38.

III. D. 7. 1. Réponses à la question 16 bis : “Quelle est la destination de votre patient vu en urgence ?”.....p. 38.

III. D. 7. 2. Réponses à la question 17 : “Quelles sont les raisons de vos préférences ?”.....p. 39.

III. D. 7. 3. Réponses à la question 18 : “Rencontrez-vous des problèmes pour faire transporter vos malades en urgence ?”.....p. 39.

III. D. 8. DIFFICULTES A ASSURER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES :..p. 40.

III. D. 8. 1. Réponses à la question 20 : “Vous arrive-t-il de quitter votre consultation pour aller traiter une urgence ?”.....p. 40.

III. D. 8. 2. Réponses à la question 21 : “Dans quel nombre de cas n’êtes-vous pas payés de vos actes d’urgences ?”.....p. 40.

III. D. 9. SOURCES DE FORMATION EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE DES URGENCES.....p. 41.

III. E. Comparaison avec les résultats d'autres régions :.....p. 42.

III. E. 1. Indicateurs démographiques.....p. 42.

III. E. 2. Disponibilité des médecins généralistes à la prise en charge des urgences...p. 43.

III. E. 3. Equipement en matériel d'urgence.....p. 44.

III. E. 4. Participation à l'organisation publique de prise en charge des urgences.....p. 44.

III. E. 5. Gestes d'urgence effectués.....p. 45.

<i>III. E. 6. Urgences prises en charge.....</i>	<i>p. 45.</i>
<i>III. E. 7. Destinations des patients vus en urgence.....</i>	<i>p. 46.</i>
<i>III. E. 8. Difficultés à assurer la prise en charge des urgences.....</i>	<i>p. 47.</i>
<i>III. E. 9. Sources de formation en matière de prise en charge des urgences.....</i>	<i>p. 47.</i>
IV. DISCUSSION.....	p. 49.
<i>IV. A. Profil des médecins généralistes de la région Limousin.....</i>	<i>p. 49.</i>
<i>IV. B. Les médecins généralistes limousins ont-ils les moyens de prendre en charge les actes d'urgence ?.....</i>	<i>p. 50.</i>
<i>IV. B. 1. Sont-ils organisés ?.....</i>	<i>p. 50.</i>
<i>IV. B. 2. De quel matériel disposent-ils ?.....</i>	<i>p. 50.</i>
<i>IV. B. 3. Dans quelles structures sanitaires publiques participent-ils à la prise en charge des urgences ?.....</i>	<i>p. 51.</i>
<i>IV. B. 4. Quels actes d'urgence pratiquent-ils ?.....</i>	<i>p. 52.</i>
<i>IV. B. 5. Combien et quels types d'urgences ont-ils pris en charge ?.....</i>	<i>p. 52.</i>
<i>IV. B. 6. Qui sont leurs interlocuteurs lors de ces interventions ?.....</i>	<i>p. 53.</i>
<i>IV. B. 7. Quelles sont les destinations de ces urgences ?.....</i>	<i>p. 53.</i>

<i>IV. B. 8. Comment se forment-ils à l'urgence ?</i>	p. 54.
<i>IV. B. 9. Conclusion</i>	p. 54.
<i>IV. C. Les médecins limousins sont-ils motivés pour prendre en charge les urgences ?</i>	p. 55.
<i>IV. D. Y a-t-il des solutions pour développer les moyens et la motivation ?</i>	p. 55.
V. CONCLUSION	p. 57.
VI. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p. 58.
VII. ANNEXE	p. 61.
<i>VII. A. Extrait du rapport du Dr. COLSON</i>	p. 62.
<i>VII. B. Extrait du rapport du Pr. BARRIER</i>	p. 69.
<i>VII. C. Extrait du rapport du Pr. STEG</i>	p. 76.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 14

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

HASSAIRI (Ahmed). — Le médecin généraliste limousin face à l'urgence. —
88 f. ; ill. (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1998).

RESUME :

La prise en charge des urgences est un problème vaste, multifactoriel et récurrent. Dans le secteur libéral en particulier, et au niveau régional, il est intéressant d'étudier les moyens dont disposent les médecins généralistes pour y faire face, et la motivation qu'ils manifestent à assurer cette prise en charge.

Certaines Unions Professionnelles Régionales de Médecins Libéraux ont confié à la commission « Urgences » de leur section « Médecins Généralistes » la réalisation d'une enquête, ayant pour support un questionnaire diffusé auprès des généralistes, sur ce thème. En Limousin, le taux de réponses à cette enquête a été de 54,6 %.

En dépit d'une certaine imprécision, cette enquête révèle une différence de moyens et de motivation à l'avantage des médecins du milieu rural et semi-rural. Les omnipraticiens équipés et motivés, essentiellement en milieu rural, ont pris en charge 4 012 urgences pendant une semaine : 4,8 % vitales, 27,2 % vraies, 45,9 % ressenties et 22,2 % de confort. Les mêmes résultats ont été retrouvés dans les autres régions.

Une prise en charge des urgences organisée dans un projet global national mettant en relation tous les intervenants privés et publics, agissant en chaîne, dans une parfaite coordination horizontale et verticale, pallierait au manque relatif de moyens et de motivation des médecins généralistes libéraux.

MOTS-CLES :

- Urgence.
- Médecin généraliste.
- Limousin.
- Enquête.

JURY : Président : Monsieur le Professeur PIVA Claude.
Juges : Monsieur le Professeur BONNAUD François.
Monsieur le Professeur SALLE Jean-Yves.
Monsieur le Docteur MOULIN Jean-Louis.
Membre Invité : Monsieur le Docteur SOULIE Luc.