



HAL
open science

Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands

Julie Dumouchel

► To cite this version:

Julie Dumouchel. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00770075

HAL Id: dumas-00770075

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770075>

Submitted on 4 Jan 2013

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2011-2012

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par DUMOUCHEL Julie

Née le 23 mai 1984 à Barentin (76)

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2012

Facteurs influençant la prise en charge des urgences en
médecine générale

Analyse des pratiques de généralistes normands.

Président de jury : Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie Françoise ARMANGAU-TURCK

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

Année 2011-2012

N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par Dumouchel Julie

Née le 23 mai 1984 à Barentin (76)

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2012

Facteurs influençant la prise en charge des urgences en
médecine générale

Analyse des pratiques de généralistes normands.

Président de jury : Monsieur le Professeur Benoit VEBER

Directeur de thèse : Madame le Docteur Marie Françoise ARMANGAU-TURCK

Membres du jury : Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY

Monsieur le Docteur Alain MERCIER

Monsieur le Docteur Jean Michel MULLER

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO - J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - . DESHAYES - C. FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique

M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

M. Jean-Pierre GOULLE	Toxicologie
------------------------------	-------------

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINCILBER	UFR	Médecine générale
-----------------------------	-----	-------------------

M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
-------------------------	-----	-------------------

M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
----------------------------	-----	-------------------

Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
-------------------------------	-----	-------------------

Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale
---------------------------------	-----	-------------------

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M. Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Benoit VEBER, de me faire l'honneur de présider le jury de ma thèse et du soutien apporté durant mon internat. Veuillez recevoir l'expression de ma gratitude.

A Madame le Docteur Marie Françoise ARMANGAU-TURCK pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour toute l'aide technique et personnelle apportée pour mener à bien ce travail. Veuillez trouver ici tout le témoignage de mon amitié.

A Monsieur le Professeur Luc Marie JOLY d'avoir accepté de participer au jury et de me faire l'honneur de juger ce travail. Veuillez recevoir le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Alain MERCIER pour l'aide reçue dans le cadre de ce travail et pour avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Veuillez accepter l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean Michel MULLER pour m'avoir initiée à la médecine en PCEM, avoir soutenu mon apprentissage lors de l'internat et pour ses précieux conseils dans le cadre de cette thèse. Merci de votre présence jusqu'à l'aboutissement de ces études. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

Aux médecins qui ont participé à cette étude et sans qui ce travail n'aurait pas pu être réalisé. Merci d'avoir pris ce temps pour ma thèse et pour votre confiance.

A tous les médecins qui m'ont entouré avant et pendant mes études. En particulier à mes maîtres de stages et à mon tuteur d'enseignement dirigé qui m'ont enseigné l'exercice de la médecine générale et m'ont soutenu dans l'ensemble de mon cursus.

Aux équipes des différents services dans lesquels j'ai eu la chance de travailler, vous m'avez appris ce que représentait un travail d'équipe et tout ce que cela pouvait apporter.

Au département de médecine générale, et en particulier à Madame le Docteur Yveline SEVRIN pour son soutien et son aide au commencement de ce projet.

A Marie Françoise, de façon plus informelle pour ta présence depuis des années, l'aide apportée et les crises de rires qui ont jalonné cette épopée.

A Angèle, pour toute la patience, les relectures, le soutien et l'organisation des idées dont tu m'as fait cadeau. Cette thèse aurait été bien plus difficile sans ton aide.

A mes parents, Véronique et Didier pour les nombreuses relectures et corrections. Mais aussi et surtout pour leur soutien indéfectible tout au long de mon projet médical et dans la vie quotidienne. J'espère vous rendre fiers en ce jour de soutenance.

A ma sœur Suzanne et mon frère David, pour toute leur aide et leur présence si affectueuse à chaque moment important de ma vie. Merci pour les rires, les souvenirs et vos encouragements.

A mes grands-parents pour leur présence et leur écoute attentive tout au long de ma vie et en particulier durant mes études de médecine. Merci de votre chaleureuse présence.

A ma marraine et mon parrain qui ont été présents depuis le début et qui ont suivi mon parcours de bout en bout.

Au reste de ma famille, nombreuse, pour toute la compréhension dont ils ont fait preuve dans les dernières semaines.

A mes meilleurs amis, toujours présents, tels des scouts et sur lesquels je peux toujours compter. J'ai hâte de vous revoir enfin.

A tous les autres amis qui ont eux aussi été un soutien, une source d'inspiration et de motivation pour réaliser ce travail et surtout dans la vie en générale. Merci pour les rires, les soirées, les concerts. Pour certains, c'est bientôt votre tour, et j'espère me montrer à la hauteur.

A tous ceux qui ne sont plus là mais qui ont été tellement présents avant. Je pense à vous.

A tous ceux que j'ai oublié par maladresse ou parce que ma tête est trop pleine en ce moment, je suis désolée mais sachez que vous avez aussi votre place.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	14
Liste des figures.....	20
Liste des tableaux.....	21
Liste des abréviations.....	22
INTRODUCTION	24
Contexte.....	24
1. La médecine générale.....	24
2. L'urgence.....	28
3. Les acteurs de la médecine d'urgence :.....	29
4. L'urgence en médecine générale.....	30
METHODE	32
1. Choix de la méthode.....	32
1.1 Choix de la méthode :.....	32
1.2 Choix de la technique de recueil :.....	32
2. L'échantillonnage :.....	33
3. Le recueil des données.....	34
3.1. Première phase de recueil : le questionnaire.....	34
3.2. 2 ^{ème} phase de recueil : Les entretiens semi-structurés.....	35
4. L'analyse des entretiens.....	36
RESULTATS	37
1. POPULATION ETUDIEE.....	37
2. REPRESENTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE.....	39
2.1. Un métier aux composantes multiples.....	39
2.2. Vécu du métier.....	40
2.3. Une médecine en évolution.....	41
3. LES URGENCES.....	42
3.1. Définition de l'urgence.....	42
3.2. Type et proportion des urgences rencontrées (tableaux en annexes).....	44
3.3. Prise en charge des urgences.....	45
3.2.1 Prise en charge ambulatoire.....	45
3.2.2 Prise en charge hospitalière.....	47
3.3.3 Intérêt de la régulation téléphonique.....	49

3.4.	Facteurs influençant la prise en charge des urgences	50
3.4.1.	Facteurs liés à l'urgence elle-même	50
3.4.2.	Facteurs liés au médecin	51
	A. La formation du médecin généraliste	51
	B. Le rôle de prévention	52
	C. La confiance du médecin généraliste	52
	D. La charge de travail	53
3.4.3.	Facteurs liés au patient	54
	A. L'âge.....	54
	B. Le caractère inhabituel	55
	C. La personnalité	56
	D. Le recours	56
	E. Complications face à la prise en charge proposée	57
3.4.4.	Facteurs liés à la relation médecin-malade.....	58
	A. La relation médecin-patient	58
	B. La connaissance du patient	59
3.4.5.	Facteurs logistiques	61
	A. Le cabinet	61
	B. Le personnel	61
	C. Le matériel.....	62
3.4.6.	Le contexte spatio-temporel	64
	A. Localisation du cabinet.....	64
	B. L'heure de consultation.....	64
3.4.7.	Facteurs liés au contexte.....	65
3.4.8.	Impact du système de soins	66
3.4.9.	Facteurs liés à la relation médecin-autres acteurs de soins.....	67
3.4.10.	Les facteurs médico-légaux	71
3.5.	Vécu de la prise en charge des urgences	72
	3.5.1 Le stress	72
	3.5.2 Les satisfactions et les regrets :.....	72
DISCUSSION		76
1.	La médecine générale	76
2.	L'urgence	78
2.1	Différentes perceptions de l'urgence.....	78

2.1.1	Pour le médecin :.....	78
2.1.2	Pour la société :.....	78
2.2	L'urgence en médecine générale	79
2.2.1	Définition de l'urgence en médecine générale	79
2.2.2	Urgences rencontrées en médecine générale.....	80
2.3	Rôle du médecin généraliste	81
2.3.1	Rôle lié à la relation médecin malade.	81
2.3.2	Rôle lié à la prévention.....	81
2.4	Prise de décision.....	82
2.4.1	Facteurs décisionnels objectifs.....	83
A.	Lié à l'urgence elle-même	83
B.	Lié au médecin.....	83
C.	Lié à la relation médecin/malade	83
D.	Lié au patient et à son environnement	84
E.	Lié à la relation entre le médecin les autres acteurs de soins	84
F.	Lié à l'organisation du système de soins.	84
G.	Lié au contexte spatio-temporel	85
H.	Lié au contexte logistique.....	85
2.4.2	Facteurs décisionnels subjectifs	87
A.	L'incertitude	87
B.	Le 6ème sens ou « gut feeling »	87
2.5	Prise en charge	88
A.	Prise en charge par le médecin généraliste seul :.....	88
B.	Prise en charge hospitalière	90
2.6	Le vécu du médecin généraliste face à l'urgence :.....	90
A.	La satisfaction personnelle.....	90
B.	La reconnaissance et le jugement des pairs :.....	92
2.7	Pistes d'amélioration de la prise en charge des urgences en médecine générale :.....	92
2.7.1	Amélioration personnelle pour le médecin généraliste.....	92
2.7.2	Amélioration pour l'ensemble du système de soin.....	93
3.	Forces et limites de l'étude	95
3.1	Forces de l'étude :	95
3.2	Limites de l'étude	95
CONCLUSION		96

ANNEXES.....	98
La classification CCMU.....	98
Questionnaire.....	99
Guide d’entretien	104
Exemple de codage.....	108
Tableaux des urgences par médecin généraliste	111
Critères de définition du « gut feeling » (37)	118
BIBLIOGRAPHIE.....	119
Médecine générale et urgence	119
Bibliographie méthode de rédaction et méthode qualitative	130
SERMENT D’HIPPOCRATE	133
RESUME	134

Liste des figures

Figure 1 : Carré de White réactualisé.....	26
Figure 2 : Schéma de la compétence du médecin généraliste (4)	27
Figure 3 : Les trois dimensions de la médecine générale(4)	27
Figure 4 : Schéma récapitulatif de la prise en charge des urgences par le médecin généraliste.....	74

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés.....	37
Tableau 2 : Modes d'exercice des généralistes interrogés	38
Tableau 3 : Principes de la prise en charge ambulatoire des urgences	46
Tableau 4 : Modalités de la prise en charge hospitalière des urgences	48
Tableau 5 : Atouts et inconvénients de la connaissance du patient et de sa famille	60
Tableau 8 : Matériel présent au cabinet et sa perception par le médecin généraliste.	63
Tableau 6 : Critiques dans la gestion des urgences entre les généralistes et les autres acteurs de soins.....	68
Tableau 7 : Soutiens et complications apportés par les acteurs de soins dans la gestion des urgences.	70
Tableau 9 : Regrets et satisfactions des médecins face à leur prise en charge des urgences.	73

Liste des abréviations

WONCA : World Organisation of Family Doctors

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

CCMU : Classification Clinique des Malades Urgents

AMU : Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil d'Urgence

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

PDS : Permanence Des Soins

FMC : Formation Médicale Continue

DU : Diplôme Universitaire

CAMU : Capacité d'Aide Médicale d'Urgence

EHPAD : Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes

RDV : Rendez Vous

MSP : Médecin Sapeur-Pompier

EP : Embolie Pulmonaire

OAP : Œdème Aigu du Poumon

ORL : Oto Rhino Laryngologiste

IM : Intra Musculaire

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

ECG : Électrocardiogramme

DMP : Dossier Médical Personnalisé

DEP : Débit Expiratoire de Pointe

DSA : Défibrillateur semi implantable

BVA : Brulé, Ville et associés, institut de sondage Français

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EBM : Evidence Based Medicine

VSAB : Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

IDM : Infarctus du Myocarde

GEA : Gastro Entérite Aigüe

AEG : Altération de l'Etat Général

GEU : Grossesse Extra Utérine

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

SA : Semaines d'Aménorrhées

INTRODUCTION

Dès le début du cursus de médecine, toutes spécialités confondues, les médecins sont formés à réagir à certains mots, certaines tournures de phrase ou situations qui évoquent des urgences.

Cela est d'autant plus vrai au moment de l'internat et particulièrement en médecine générale. Car malgré le développement constant des services d'urgence et le recours croissant à ceux-ci, les médecins généralistes restent souvent le premier appelé pour bon nombre de patients.

La médecine générale est encore une médecine de famille, avec de multiples missions et de multiples compétences. Les motifs de recours au médecin généraliste sont par conséquent très variés, que ce soit dans un contexte d'urgence ou non. Celui-ci doit alors être capable de détecter dans la consultation le motif réel de consultation.

Dans le cadre de l'urgence en médecine générale, il doit juger si les situations n'autorisent aucune attente, si elles peuvent être temporisées quelques heures ou s'il faut simplement les suivre de façon rapprochée.

Cependant, chaque médecin, chaque patient, chaque exercice, chaque situation est unique.

Quels sont alors, dans le cadre de l'urgence, les éléments qui influent sur la pratique des généralistes ? Quels sont leurs actes directs ? Quels sont leurs recours ?

C'est à partir de ces questions que s'est développée cette thèse.

Contexte

1. La médecine générale

La médecine générale regroupe de nombreuses missions. C'est une spécialité très variée et elle est principalement conçue pour la gestion des soins primaires.

De nombreuses définitions ont été recensées pour expliquer à quoi correspondait la médecine générale. Elle est régie par 10 principes énoncés en 1995 par B. GAY au congrès de la WONCA (World Organisation of Family Doctors) Europe :

1. un grand champ d'activités défini par les besoins du patient et par ses demandes,
2. une réponse à la plupart des demandes de santé,
3. une approche centrée sur le patient,
4. une prise en compte de l'environnement du patient (contexte familial, communauté),
5. le traitement simultané de plaintes et de pathologies multiples,
6. la continuité des soins, une capacité de suivi au long cours,

7. la coordination des soins,
8. une faible prévalence des maladies graves,
9. des soins à un stade précoce des pathologies,
10. une efficacité en terme de coût.

Selon L'OMS Europe, elle correspond à 7 fonctions décrivant la prise en charge du patient :

- Générale,
- Continue,
- Globale,
- Coordinée,
- Collaboratrice
- Orientée vers la famille
- Orientée vers la communauté.

Enfin les différentes définitions de la médecine générale/ médecine de famille ont été regroupées dans une seule qui fait consensus, édité par la WONCA Europe en 2002. (1)

« Le médecin généraliste est un spécialiste formé à travailler en première ligne (accessibilité) d'un système de soins de santé et à initier les soins pour tout problème de santé présenté par les patients. (Dispensateur de soins)

Le médecin généraliste soigne des individus dans une société, sans distinction du type de pathologie ni autre caractéristique personnelle ou sociale (globalité).

Il organise les ressources disponibles dans le système de soins de santé pour le plus grand bénéfice des patients (acteur central d'un réseau de soins et de santé communautaire).

Le médecin généraliste s'engage avec des personnes (communication) parmi les champs de la prévention, du diagnostic, des thérapeutiques, des soins, y compris palliatifs, en utilisant et en intégrant les données des sciences biomédicales, de psychologie médicale et de sociologie médicale (synthèse). » (2 et 2 bis)

Le médecin généraliste a donc de multiples rôles dans le système de santé. Il est un point central de la prise en charge médicale. Il a pour particularité de pouvoir suivre un nourrisson et une personne âgée dépendante. Il est compétent pour la plupart des motifs : situations courantes de suivi ou dans un contexte d'urgence et peut suivre des pathologies très variées, bien plus qu'en secteur hospitalier. Cette diversité de pathologies rencontrées a été illustrée par le « carré de White » qui a été réactualisé en 2001 par Green et al. (3)

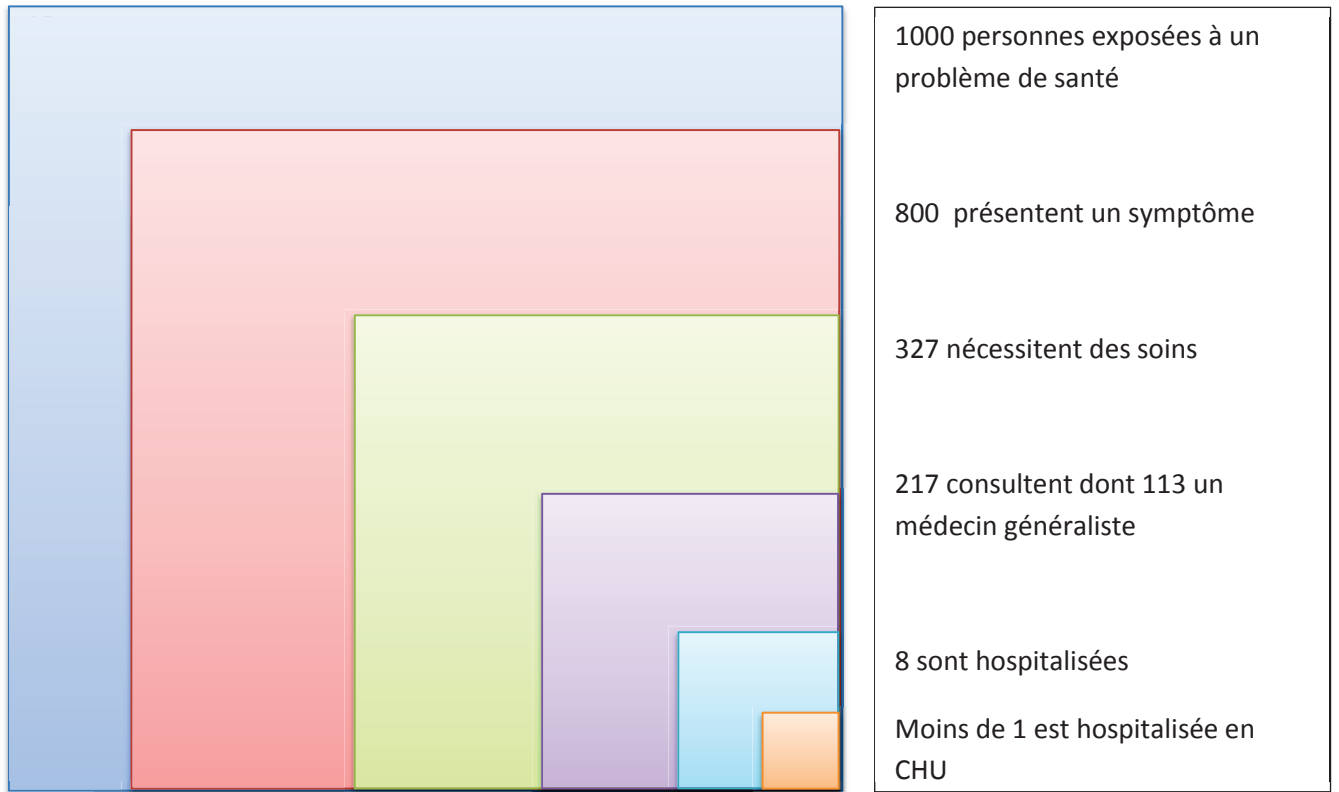


Figure 1 : Carré de White réactualisé

Le médecin généraliste a pour mission de prendre les décisions qui s'imposent pour permettre une prise en charge optimale du patient et pour lui assurer des soins de qualité. Pour cela, il doit faire une synthèse de ces connaissances, associée à une évaluation de la situation clinique. En outre, il doit obtenir l'assentiment de son patient pour que la prise en charge soit satisfaisante.

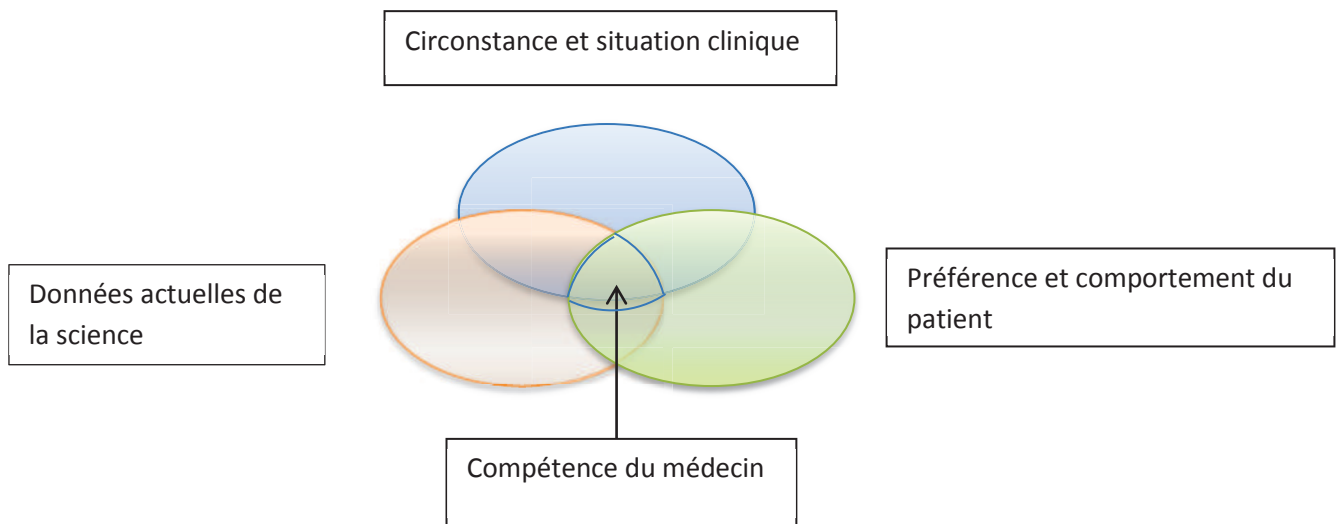


Figure 2 : Schéma de la compétence du médecin généraliste (4)

De la même façon, comme elle est définie dans les différentes sociétés savantes, la médecine générale est centrée sur le patient. Elle doit tenir compte autant de l'environnement de celui-ci que des bases scientifiques.

« Approche centrée sur la personne, orientée sur l'individu, sa famille et sa communauté ». Deuxième caractéristique du code de la santé publique » (5)

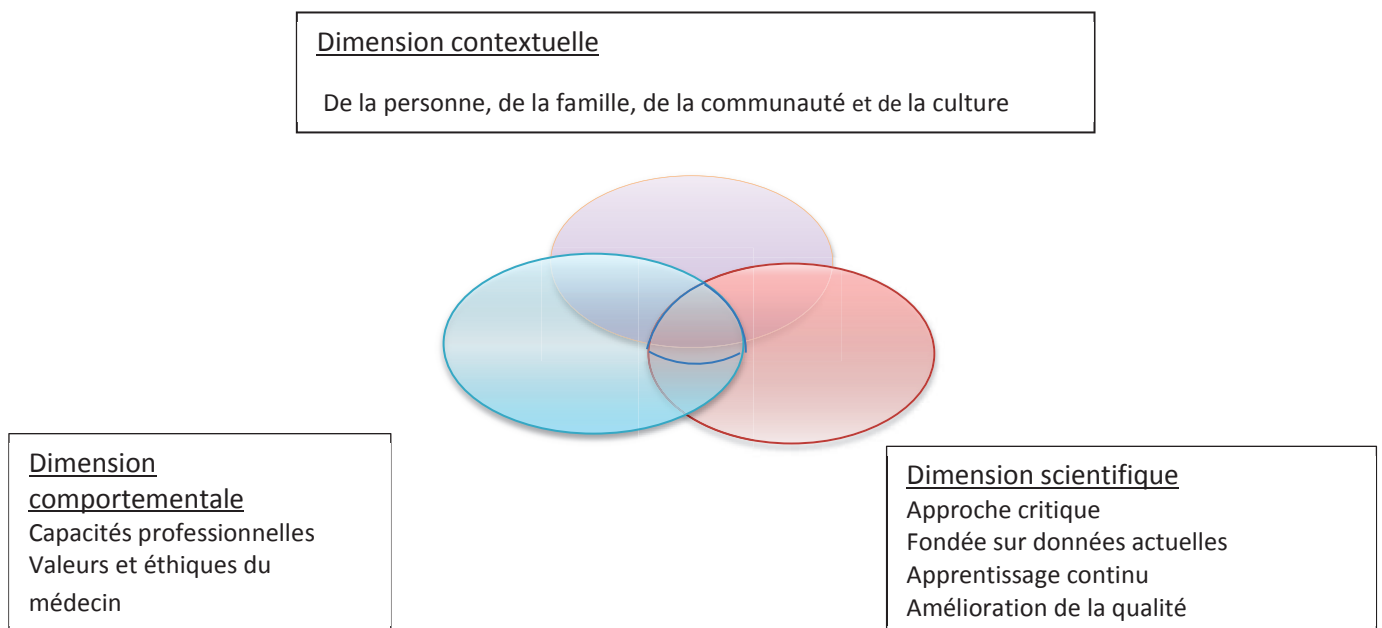


Figure 3 : Les trois dimensions de la médecine générale(4)

Les missions du médecin généraliste en France sont multiples. Il tient un rôle important dans la médecine de premier recours et il a également une mission de permanence de soins. Cette permanence, surtout assurée par les gardes est associée à un exercice plus axé sur les urgences ou recours non programmés.

2. L'urgence

Dans la littérature, on retrouve de nombreuses définitions de l'urgence, variables selon la source et les personnes.

Pour la population générale, l'urgence se définit souvent comme un évènement inopiné, imprévu qui modifie l'organisation et qui est susceptible d'engendrer de l'angoisse. Tandis que pour les médecins, elle correspond avant tout à des situations où le pronostic vital est engagé. La définition de l'urgence dépend donc de la position de celui qui y est confronté. (6, 7,8)

En effet, selon la classification du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'urgence est définie par gradients : (9)

1. Niveau 1 : Pas de justification d'accès à un plateau technique en urgence
2. Niveau 2 : Pronostic vital non engagé, le pronostic est stable mais la situation nécessite un plateau technique
3. Niveau 3 : Pronostic incertain et instable qui nécessite l'accès rapide à un plateau parfois spécialisé
4. Niveau 4 : Pronostic vital engagé et nécessité d'une intervention immédiate avec mise en alerte du SMUR
5. Niveau 5 : Situation d'extrême urgence nécessitant des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital en attendant l'arrivée du SMUR

Celle-ci rejoint la classification CCMU (Classification Clinique des Malades Urgents), plus axée sur la thérapeutique. (Annexe)

Dans le cadre de la médecine générale, cette définition est plus simplifiée sous forme d'urgences : (10)

- Vitale : elle met en jeu le pronostic vital
- Vraie : elle n'engage pas le pronostic vital mais nécessite des soins rapides
- Ressentie : le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave.
- De confort : le patient majore les symptômes pour obtenir des soins dont l'urgence n'est pas justifiée.

Enfin, comme l'écrit le Professeur Le Coutour : « La première ambiguïté tient à ce que le mot urgence peut désigner la demande et la réponse. Pour l'utilisateur 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. » (11)

3. Les acteurs de la médecine d'urgence :

Dans le cadre de la prise en charge des urgences, plusieurs intervenants agissent en coordination. Cette coordination a été développée dans le cadre de l'Aide Médicale Urgente. (12)

On peut distinguer 5 niveaux à l'Aide Médicale Urgente, qui fait interagir les différents acteurs de soins.

- 1/ Conseil médical par téléphone
- 2/ Envoi d'un médecin de garde ou d'un urgentiste libéral
- 3/ Conseil de consultation aux urgences de l'hôpital le plus proche
- 4/ Envoi d'un véhicule de prompt secours (pompiers) ou d'une ambulance
- 5/ Envoi de personnels paramédicaux, type ambulance, ou médicaux type SAMU/ SMUR

A chacun de ces niveaux, correspond un acteur de soins particulier.

-Le médecin généraliste est le premier recours dans la majorité des situations. Ses missions et obligations sont détaillées ultérieurement. En association aux généralistes, on trouve cependant les associations d'urgentistes libéraux type SOS médecins et les médecins correspondants du SAMU pour les secours médicalisés en zone distante d'un SAMU.

-Le SDIS ou les Sapeurs-Pompiers qui sont des intervenants de choix dans le secours au patient. Ils sont un relai du SAMU et interviennent de façon majoritaire lors des accidents de la vie courante et de la voie publique. (13,14)

-Les centres 15 avec le SAMU/ SMUR

Créés en 1987, ils regroupent les centres de réception et de régulation des appels (CRRA) et permettent une réponse rapide médicalisée par l'intermédiaire d'un véhicule équipé de matériel de réanimation et d'une équipe médicale. Ils permettent en outre de réguler les appels et de déclencher les secours appropriés. (15,16)

-Les services d'urgence

La démographie médicale est en diminution constante. (17, 18, 19) Il est de plus en plus difficile actuellement d'obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste dans des délais rapides. Cette diminution du nombre de médecins généralistes, ainsi que la modification de comportement de la population a été responsable du développement des services d'urgence. (20, 21) Ceux-ci sont de plus en plus surchargés avec régulièrement un recours aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. (21) Selon le sociologue Jean Penneff : « si les urgences soignent des cas ordinaires, c'est qu'une longue histoire a fait naître dans les populations urbaines la perception d'une offre de soins rapides... » (6,7)

Le nombre de passages aux urgences a doublé entre 1990 et 2004 où il est passé de 7 à 14 millions de passages par an. (22) Les services d'urgence sont régulièrement pointés du doigt pour leurs délais d'attente et leurs modes de prise en charge. Mais bon nombre de patients s'y rendent spontanément dans le but d'avoir un avis médical ou un examen complémentaire rapidement sans avoir demandé avis à leur médecin généraliste au préalable. Certains recours sont justifiés, d'autres moins. (21) Dans

l'ensemble, les patients justifient leur recours aux services d'urgence pour les prestations offertes par les SAU (Service d'Accueil des Urgences) en termes d'efficacité, de technicité et d'accessibilité. Les autres motifs évoqués sont la douleur, l'angoisse, les difficultés d'accès aux soins en ambulatoire et l'échec des solutions antérieures. (20) A contrario, on retrouve beaucoup de patients adressés par leur médecin traitant dans le cadre de situations d'urgence avec un premier bilan, une orientation diagnostique et parfois un traitement déjà instauré.

Nous nous sommes concentrés dans cette étude sur les médecins généralistes et les services d'urgences.

4. L'urgence en médecine générale

Quels que soient les lieux, le mode d'exercice ou la patientèle, tous les médecins généralistes sont exposés à des demandes de recours urgents ou à des situations urgentes découvertes de façon inopinée en consultation. Les conséquences des urgences au cabinet médical peuvent être importantes pour le patient en termes de morbidité, mais aussi pour le médecin avec le risque de fournir une réponse non optimale à la situation. (23) Tous les médecins sont à risque d'être exposés aux situations d'urgence. En effet, le médecin généraliste a une obligation de permanence des soins (PDS) qui doit permettre une continuité de la prise en charge de la population et en particulier la nuit et les week-ends. (24, 25) Il doit aussi comme tout citoyen, porter assistance aux personnes en danger. (26) Cette obligation est aussi mentionnée dans le code de la santé publique et de la déontologie(27,25)

De nombreuses études quantitatives ont été réalisées à ce propos. Elles cherchaient à savoir quelles sont les urgences les plus représentées, le matériel disponible au cabinet, ou bien à définir la prise en charge du médecin généraliste. (28, 29, 30)

Pendant, on ne retrouve que peu d'études sur le « pourquoi ». Chaque personne réagit différemment à une situation inattendue. Qu'en est-il dans le cadre de la médecine générale ? Toutes ces études tendent à confirmer l'importance du médecin généraliste dans le premier recours, et justifient l'importance de la formation et d'un bon équipement. Certaines se sont plus attardées sur la perception de l'urgence et le ressenti des médecins généralistes. (31) Cette mission de premier recours est-elle source de stress ? Les médecins se sentent ils assez confiants pour organiser une prise en charge satisfaisante ? Les raisons de telle ou telle décision ne sont pas définies. Certains facteurs sont mentionnés mais l'interdépendance de chacun n'est pas prise en compte.

Lors de la formation des internes en médecine générale et surtout en stage chez le praticien, les étudiants apprennent à suivre des patients et à les connaître. Ils sont parfois confrontés à des situations qui les dépassent, que ce soit urgent ou non, mais ils ont toujours un maître de stage pour les conseiller et les soutenir. Tout cela donne lieu à des échanges d'expériences avec les maîtres de stages, les collègues, les professeurs. C'est à partir de ces échanges que s'est développée cette interrogation face à l'urgence. Car beaucoup de ces discussions aboutissaient à des questions récurrentes : « Ai-je fait le bon choix ? », « Qu'aurait fait un autre médecin généraliste ? » Questionnements qui évoquaient un doute, une inquiétude à posteriori sur le mode de prise en charge.

Mais quels sont alors les éléments incitant les médecins généralistes pour envoyer aux urgences par rapport à une prise en charge ambulatoire ?

Plusieurs facteurs influent sur cette gestion des urgences. Très peu d'études ont été menées sur le vécu et les motivations des médecins généralistes exposés aux urgences. C'est autour de cette thématique que cette recherche a été envisagée. L'objectif était d'analyser la pratique des médecins généralistes face aux urgences afin de mieux comprendre leur mode de fonctionnement et le vécu de ces situations, et pour cela, la méthode qualitative s'est imposée d'elle-même.

METHODE

1. Choix de la méthode

1.1 Choix de la méthode :

L'étude avait pour but d'explorer les perceptions, les comportements et non de quantifier les urgences rencontrées.

Pour mieux appréhender et expliquer le phénomène, la méthode qualitative de recueil et d'analyse des données était la plus appropriée.

En effet, la recherche qualitative « étudie les phénomènes complexes dans leur milieu naturel, elle s'efforce de leur donner un sens, de les interpréter au travers des significations que les gens leur donnent ». On peut également la définir comme « un accent mis sur le contexte et les manières dont les caractéristiques d'une situation ou contexte spécifique influencent les phénomènes étudiés. » (32, 33)

Le raisonnement est inductif et permet de répondre aux questions du type « pourquoi ? » ou « comment ? ». C'est l'analyse et l'interprétation des faits qui vont permettre d'envisager des hypothèses.

La méthode qualitative est conçue de telle façon que la représentation permet la généralisation. En effet, elle explore de nombreuses situations et permet de les analyser sans tenir compte de leur fréquence. C'est une technique de recherche sociologique basée sur le principe qu'« un individu peut condenser une grande partie du sens d'un phénomène social ». (34)

1.2 Choix de la technique de recueil :

La recherche qualitative peut s'appuyer sur plusieurs techniques de recueil : la recherche documentaire ; l'observation, le questionnaire et l'entretien. (32,35) Pour une bonne validité de l'étude qualitative, il est souvent conseillé d'avoir recours à plusieurs méthodes pour multiplier les points de vue et les approches. (36, 37)

Dans le cadre de ce travail, les deux dernières techniques ont été choisies.

Le questionnaire a permis de créer un lien avec les médecins et de recueillir leurs premières perceptions sur ce travail de recherche.

Les entretiens ont ensuite permis d'approfondir les réflexions des médecins.

2. L'échantillonnage :

Dix-huit médecins généralistes exerçant en Normandie ont été contactés pour la réalisation de cette étude. Ils avaient tous des caractéristiques différentes ce qui permettait une généralisation des données. Cette technique d'échantillonnage dit raisonné ou en variation maximale est le plus adapté en cas de recherche sur les différentes perceptions et comportements face à une situation. (38) Cette stratégie d'échantillonnage a pour but soit de généraliser une situation soit d'identifier les cas déviants. (39)

La taille de l'échantillon est souvent restreinte lors d'une étude qualitative, ce sont la diversité et l'analyse qui permettent de déterminer la taille de l'échantillon. Le but de l'analyse est d'obtenir une saturation des données c'est-à-dire que le recueil est interrompu lorsqu'aucune donnée nouvelle n'est obtenue à l'issue de plusieurs entretiens. (40)

Dans le cas de cette étude, l'analyse en temps réel des données a conduit à limiter à 12 les médecins interrogés.

Les critères d'inclusion étaient :

- médecins spécialisés en médecine générale
- exerçant en Normandie
- d'âge et de sexe différents
- aux modes d'exercice variés
- volontaires pour participer aux deux phases de l'étude

Les critères d'exclusion étaient :

- médecins n'exerçant pas en milieu libéral
- médecins n'exerçant plus (retraité ou plus d'activité de médecine générale)
- autres spécialités

Un mail explicatif commun, évoquant le but général de l'étude ainsi que l'organisation de celle-ci, a été envoyé à ces médecins. Ils ont reçu en parallèle un questionnaire réalisé sous format Excel® qui reprenait les caractéristiques générales des médecins ainsi que leur expérience face aux urgences.

3. Le recueil des données

3.1. Première phase de recueil : le questionnaire

Le questionnaire réalisé sous Excel® a permis de recenser les médecins et de connaître leurs caractéristiques générales pour obtenir un échantillon diversifié et permettre une bonne validité de l'étude. Il a été conçu à partir de questionnaires retrouvés dans les études quantitatives, nombreuses, sur les urgences en médecine générale (21, 29, 41, 42). Il était composé d'un recueil de renseignements généraux et de questionnaires plus spécifiques sur les urgences auxquelles les médecins avaient été confrontés. Le but était pour chacun des médecins de recenser quelques cas d'urgence, récents ou non, mais dont les souvenirs étaient précis. A partir de ces cas, ils remplissaient des fiches synthétiques sur ces urgences qui seraient une base pour l'entretien.

Les urgences

Le mail précisait aux médecins généralistes que les urgences n'étaient pas systématiquement des événements pour lesquels ils avaient eu recours au SAMU mais aussi des situations qu'ils avaient gérées de façon autonome au cabinet avec parfois un soutien para clinique.

La notion d'inclusion de la situation comme « urgence » était à leur entière perception cependant, certaines situations, au départ exclues ont néanmoins été prises en compte dans l'étude. Ainsi le fait d'avoir vu cette situation d'urgence dans le cadre de la permanence des soins était au départ un critère d'exclusion mais les situations exposées pouvaient se retrouver dans le cadre de l'exercice classique et ont donc été finalement incluses.

Les critères d'inclusion étaient :

- Toute urgence ressentie comme telle par le médecin
- Au cabinet, à domicile ou sur le trajet
- Ayant nécessité ou non un recours secondaire (SMUR, services d'urgences)

Les critères d'exclusion étaient :

- Les urgences de confort
- Les situations non vécues personnellement
- Les situations dont les souvenirs sont imprécis

3.2. 2^{ème} phase de recueil : Les entretiens semi-structurés

- **Le choix de l'entretien semi-structuré**

L'entretien permet au médecin et à l'interviewer de discourir sur un sujet donné pendant un temps limité. Il y a différentes formes d'entretien utilisées en recherche qualitative. (37, 43)

L'entretien libre permet l'exploration en profondeur d'un ou deux grands thèmes. Les questions sont développées au fur et à mesure de l'échange en fonction des éléments que l'interviewer souhaite clarifier ou approfondir.

L'entretien structuré s'apparente à un questionnaire. Le guide et les questions sont fixés et définis au préalable et ceux-ci ne sont pas influencés par l'entretien actuel ni adaptés aux entretiens successifs.

L'entretien semi-structuré (ou semi-dirigé) permet un discours plus souple, plus libre avec une trame de questions et de thèmes à aborder. Les questions sont ouvertes et évoluent en même temps que l'échange pour étudier une idée plus en détail. Le questionnaire évolue au fur et à mesure des entretiens pour obtenir un grand nombre d'avis, différents ou non, et donc une validité. Certains thèmes explorés ne sont pas envisagés avant les entretiens.

Dans le cadre de ce travail de thèse, la technique des entretiens semi-structurés a été choisie, associée au questionnaire plus formel de départ. Cela permettait au médecin de se mettre en confiance et de débiter par le récit d'expériences avant d'explorer certains thèmes qui n'avaient pas été spontanément abordés.

Cf annexes

- **Le guide d'entretien :**

De la même façon que le questionnaire, le guide d'entretien a été conçu à partir des données de la littérature et d'une compilation de différents questionnaires. La littérature, en majorité basée sur des études quantitatives permettait néanmoins d'identifier les éléments influençant dans la prise en charge des urgences. Cela permettait de déterminer les facteurs majeurs de prise de décision, d'intervention sur place au cabinet et de ceux influençant la décision de recours à autrui.

Nous nous sommes intéressés à l'ensemble des éléments qui se rapportait à l'urgence en médecine générale. La perception et le vécu du médecin, ceux du patient, les actes réalisés et les recours par la suite.

Le guide d'entretien initial comportait 4 grands thèmes. Chacun d'entre eux se composait de 4 à 6 questions ouvertes. Ce guide a évolué au fur et à mesure des entretiens et de leur analyse pour se complexifier et intégrer différents éléments qui ont fait émerger de nouveaux thèmes pour les entretiens suivants.

Ce guide d'entretien était majeur pour permettre de visualiser rapidement les éléments non encore évoqués, sans risquer de perturber l'interviewé, et de pouvoir obtenir tous les renseignements

souhaités en laissant une grande part de liberté au médecin interrogé. Il n'y avait bien entendu aucun critère de jugement quant au mode de prise en charge de ces situations.

Cf annexes

- **Les entretiens**

Les entretiens ont été réalisés entre avril et juillet 2012 par moi-même.

Chaque entretien a duré entre 30 et 120 minutes avec une durée moyenne d'une heure environ. Ils ont eu lieu en majorité sur le lieu de travail, une fois à domicile, une fois dans un café et une fois par téléphone. La date, l'heure et la durée de l'entretien étaient fixées par avance avec les médecins et ceux-ci ont été enregistrés après une courte présentation, et avec leur accord.

Les entretiens ont par la suite été retranscrits par écrit en quasi intégralité (certains passages ne traitant pas de la médecine ou n'ayant pas de rapport avec le sujet ont été exclus.)

4. L'analyse des entretiens

Après retranscription, les entretiens ont été totalement rendus anonymes, comme convenu avec les médecins. Les entretiens ont été retranscrits avec les hésitations, les répétitions, les rires. Ceci a permis une première analyse par l'interviewer puis une deuxième analyse par un autre chercheur qui n'avait pas assisté à l'entretien. Cette séquence fut réalisée pour conforter ou infirmer les interprétations et les conclusions du premier chercheur.

Il a ensuite fallu se familiariser avec les entretiens, pour en détacher les grands thèmes. La plupart étaient déjà présents dans le guide d'entretien mais certains ont été découverts au fur et à mesure.

L'analyse des données s'est effectuée selon le modèle de la « grounded theory » développée par Glaser et Strauss en 1967, (44) qui consiste en une démarche inductive et qui permet de « produire une théorie non pas à partir de catégories conceptuelles puisées dans la littérature mais à partir de données recueillies auprès de personnes ayant une expérience significative permettant la description approfondie du phénomène à l'étude. »

L'ensemble des entretiens a été codé. Les verbatims, groupe de mots ou phrases ont été définis puis regroupés et classés en thèmes et sous thèmes. Chaque verbatim cité est associé au médecin qui l'a exprimé. Cette analyse s'est effectuée tout d'abord à l'aide du logiciel Word® puis à partir d'un tableau Excel®. Pour terminer, l'analyse a été affinée pour obtenir une synthèse proposée dans les résultats.

L'ensemble de cette étude s'est appuyée sur une bibliographie fournie et des exemples de codages trouvés dans la littérature.

Cf annexes

RESULTATS

1. POPULATION ETUDIEE

12 médecins ont été interrogés entre avril et juillet 2012. Ces médecins avaient des caractéristiques différentes pour l'âge, le sexe et une grande variabilité dans leur mode de pratique quotidienne.

Le tableau 1 résume les caractéristiques générales de chaque médecin.

Médecin	Sexe	Age	Formation	Année de thèse	Année d'installation	Aisance dans les urgences	Gardes
M 1	F	34	Etudes FMC Pratique	2005	2007	Non	Oui volontaire
M 2	M	49	DU d'oxylogie, FMC	1990	1993	Oui	Oui volontaire
M 3	M	33	Etudes FMC Pratique	2007	2007	Oui	Oui volontaire
M 4	F	33	Etudes FMC Pratique	2007	2008	Oui	Oui volontaire
M 5	F	55	Etudes FMC	1987	1988	Non	Oui obligatoire
M 6	F	54	FMC	1987	1987	Non	Oui obligatoire
M 7	F	46	Etudes Pratique	1995	1995	Oui	Oui Obligatoire
M 8	M	53	Etudes FMC	1987	1988	Non	oui
M 9	F	33	Etudes FMC	2009	Remplacements depuis 2006	Non	Oui Volontaire
M 10	M	36	DU d'oxylogie/CAMU	2005	2003 (remplacement fixe)	Oui	Non (SAMU)
M 11	M	63	DU, FMC, pratique	1975	1975	Oui	Non
M 12	M	55	Pratique	1985	1985	Oui	Oui régulation

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

(F : féminin ; M : masculin)

Le tableau 2 reprend les données concernant leur mode d'exercice.

Médecin	Groupe	Lieu	Intérêts particuliers	Nombre demi-journées	secrétariat	Type de consultations
M 1	Oui (dentiste, médecin, ostéo)	Semi rural	Diététique, pédiatrie, gynécologie, homéopathie, EHPAD	7	Sur place	RDV Visites
M 2	Oui	Semi Rural	EHPAD, gynécologie, allergologie	11	A distance	RDV Visites Consultations libres
M 3	Oui	Rural	Gynécologie	9	A distance	RDV
M 4	Oui	Rural	Gynécologie	8	A distance	RDV
M 5	Non	Urbain	EHPAD, Gynécologie	8-9	Personnel et sur place	RDV, visites, consultations libres
M 6	Non	Urbain	Psychiatrie, gynécologie, allergologie, gériatrie	9	A distance	RDV, visites
M 7	Oui	Urbain	Gynécologie	7	Sur place	RDV, visites
M 8	Non	Urbain	Psychiatrie, Gynécologie, gériatrie	11	A distance	RDV, visites
M 9	Oui	Semi rural	Remplacements, planification familiale, maison de retraite, gynécologie, pédiatrie	9 (variable selon la période 2-11)	Personnel	RDV, visites
M 10	Oui	Semi Rural	SAMU, rapatriement sanitaire	5	A distance et perso	RDV, visites
M 11	Oui	Rural	De tout, EHPAD	9	Sur place	RDV, visites, consultations libres
M 12	Non	Rural	Médecin SP, régulation SAMU Médecin du sport échographie	9	Sur place	RDV, visites

Tableau 2 : Modes d'exercice des généralistes interrogés

2. REPRESENTATIONS DE LA MEDECINE GENERALE

2.1. Un métier aux composantes multiples

Plusieurs médecins ont comparé leur exercice à un art, une forme d'artisanat du soin, basé sur l'examen et les perceptions.

« C'est un art, un artisanat, c'est ça la pratique médicale (...) parce que si la médecine est un art, c'est aussi comprendre la culture des gens et la façon dont ils parlent, sinon, vous faites une médecine uniquement technique » M 11

Ils évoquaient la nécessité d'avoir des qualités humaines pour exercer ce métier.

« Je fais pas mal d'entretiens de soutien, quand ils ne veulent pas aller voir un psy » M 9

« Parce que c'est la richesse, c'est ce que j'aime aussi dans ce qu'on fait, c'est que c'est humain » M 5

Tous ont associé leur travail à une médecine de famille mais quelques-uns s'étaient définis avant tout comme tels.

« Nous, on fait de la médecine de famille, ce n'est pas de la médecine générale, c'est de la médecine de famille » M 12

« Je les connais bien, je connais leurs parents, j'ai soigné leurs grands-parents...je les connais vraiment intimement » M 12

Dans le principe de la médecine de famille, les généralistes rencontrés abordaient l'importance d'une connaissance globale. Plus complexe que les enseignements le laissaient supposer, il s'agissait d'une connaissance liée au terrain, à l'expérience ; une connaissance du patient et de son environnement.

« En médecine générale, vous utilisez toute une connaissance qui n'est pas écrite, heu, qui n'est pas littérale(...) Le vécu du malade, le vécu de l'environnement, y'a le vécu de tout ce qui se passe autour » M 11

La médecine générale était également définie comme une médecine multiple impliquant la réalisation de nombreux actes médicaux différents.

« (Stérilet) j'en pose parce que j'ai appris, parce que jusqu'ici ça passe » M 5

« On nous demande si les généralistes ont le droit de faire de la gynéco...mais je pense que la plupart des gens, ils ne savent pas que les médecins généralistes, ils savent faire des sutures » M 11

« Y'a des ongles incarnés, hématome sous unguéal, thromboses, les kystes sébacés surinfectés ça c'est des urgences qu'on sait gérer » M 12

« C'est-à-dire qu'on absorbe les coups (...) ça peut peut-être éviter les passages à l'acte, des thérapies de soutien un peu comme ça » M 3

On retrouvait une importance majeure des actes de prévention et de suivi.

« C'est ce qui m'intéresse vachement dans ce que je fais, c'est la prévention, surveillance de tous les jours, travail de fourmis de tous les jours, pour ne pas risquer de passer à côté de quelque chose qui aurait pu être prévenu. » M 6

On notait cependant une différence nette ville/campagne dans la prise en charge de certains actes. Cette différence semblait liée également à la connaissance des habitudes du médecin par ses patients.

« Les gens ont l'impression qu'on fait plus rien ; surtout en ville, nous ici, ils nous ont vu faire ; ceux-là, y'a pas de problème, ils se posent pas la question de la compétence du médecin... » M 11

« La médecin que je remplace, elle fait beaucoup de choses, ils savent qu'elle a le matériel de suture, ils viennent la voir, ils viennent d'abord chez le généraliste, et ils savent elle ce qu'elle va faire donc ils vont pas consulter aux urgences aussi facilement que ceux que je voyais en ville par exemple » M 9

2.2. Vécu du métier

Les médecins mentionnaient souvent leur amour de ce métier et leur satisfaction à l'exercer.

« C'est un très beau métier ...un très beau métier »M 11

« Faut avoir du plaisir et il faut avoir de la satisfaction »M 9

Un médecin évoquait son parcours jusqu' à la médecine générale.

« Nous, à une époque, les généralistes, on était les gens qui avaient échoué dans les concours, dans les spécialités, bon...c'était par l'échec(...) et puis j'ai choisi médecine générale en milieu rural, et j'ai découvert la médecine générale et au fur et à mesure, j'ai apprécié, j'ai trouvé notre métier fascinant, que les patients, étaient d'une richesse...» M 11

Les médecins notaient néanmoins que l'exercice de la médecine générale était délicat et difficile.

« Ce qui prouve que la médecine, ce n'est pas simple, mais ça, on était déjà au courant »M 7

Beaucoup de médecins, surtout exerçant depuis de nombreuses années, étaient nostalgiques de la médecine d'antan.

« La médecine générale telle qu'elle était définie, telle qu'elle existait, n'existe plus » M 11

« La génération de médecin généraliste de campagne qu'on est ; on est en train de disparaître(...) y'aura que des grosses maisons médicales, dans les grandes villes » M 12

L'image de la médecine générale s'est progressivement modifiée pour correspondre à une politique de santé progressiste qui, pour certains, a déprécié le métier de généraliste.

« C'est incontournable parce que le paradigme a complètement changé et qu'il n'y a aucun effort de fait, ni financier, ni économique dans la relation médecin malade(...) Notre reconnaissance de notre compétence

technique dans la société sur notre métier a beaucoup baissé, s'est dévalorisée(...) Dans les faits, on voit bien qu'on ne fait rien pour que le patient soit au centre du discours » M 11

Un des regrets mis en avant par les médecins interrogés était lié à l'organisation de leur travail. La gestion d'un cabinet avec ses charges et ses contraintes (administratives principalement) a compliqué la mission du médecin généraliste. L'importance de cette gestion leur semblait en inadéquation avec leur profession.

« Je ne peux pas faire plus de 2 visites par heure » M 8

« Consultation médicale, c'est minimum 22 minutes : 15 min avec le patient plus 7 min de travail annexe ; 3 patients par heure (...) Je ne vais pas vous dire que ça coûte pas cher d'avoir 2 secrétaires » M 11

2.3. Une médecine en évolution

Selon les médecins, la médecine a évolué à grands pas, avec souvent un apport majeur de technicité. Les apports sont incontestables et nécessaires. C'est une médecine basée sur le savoir et les compétences.

« Le paradigme de la médecine s'est modifié dans les années 90...c'est-à-dire qu'aujourd'hui la médecine, c'est l'imagerie, c'est la biologie, l'imagerie...tous les moyens sont mis sur ce paradigme et la population adhère à ce paradigme » M 11

« Ils viennent pour avoir accès à des examens complémentaires, pas pour être examinés » M 11

Mais avec parfois le risque de perdre le sens clinique et la complexité de la personne humaine.

« Ne pas perdre, je pense vraiment, ne pas oublier d'examiner les gens. Beaucoup les interroger et ne pas oublier de les examiner... » M 7

« (La médecine) C'est aussi comprendre la culture des gens et la façon dont ils parlent, sinon, vous faites une médecine uniquement technique(...) Et le danger des arbres décisionnels c'est que vous la déshumanisez et que vous la rendez complètement inefficace »M 11

Pour la plupart des médecins interrogés, la médecine a évoluée, perdant les notions de patientèle ou de médecin fixe.

« De toute façon, les patients, ils nous appartiennent pas, et que le jour où les patients ils ont envie de changer, et bah, ils changent » M 8

« L'histoire du médecin traitant, ils sont souvent obligés d'en avoir 3 ou 4 des médecins traitants donc on dilue un petit peu la connaissance du patient et c'est un peu dommage mais c'est l'évolution» M 12

Pour les personnes interrogées, cette évolution de la médecine et de la médecine générale en particulier compliquerait l'ensemble du système de soins. Elle ne permettrait plus aux médecins généralistes de mettre en pratique l'ensemble de leurs compétences, surtout en situations d'urgence.

« Avant les gens, ils se cassaient la gueule de leur échelle, ils se passaient un coup de tronçonneuse, ils appelaient d'abord le médecin généraliste » M 12

« L'urgence vitale n'est plus compatible en cabinet de médecine générale » M 11

« Je pense que ce sera fini la gestion des urgences au cabinet médical(...) La gestion des urgences va être beaucoup plus hospitalière dans les années à venir (...) Tous ces gens-là qui géraient quand même une partie de toutes les petites urgences, et bah, je pense qu'il va quand même y avoir un afflux de ces urgences, aux urgences » M 12

3. LES URGENCES

3.1. Définition de l'urgence

Chaque médecin avait une vision différente de l'urgence. Pour certains, il s'agissait exclusivement des **urgences vitales**.

« L'urgence c'est quoi, bah, l'urgence c'est vraiment le patient qui va être, dont les symptômes, dont la présentation, heu, nécessite une prise en charge immédiate sous peine de risque vital, je crois que c'est ça l'urgence, parce que le reste, c'est de l'urgence heu, différée » M 8

« Moi, j'appelle urgence quand, heu, j'allais dire, le pronostic vital peut être mis en jeu à court ou moyen terme » M 12

Pour d'autres cela incluait les **urgences différées**.

« J'appelle urgence des trucs qui doivent être vus dans les moins de 6 heures, je pense qu'on pourrait dire les choses comme ça...enfin en tout cas pris en charge dans les moins de 6 heures, après...heu qui peuvent peut-être pas attendre le lendemain quoi ou qui peuvent se dégrader si on fait rien » M 3

Enfin, au fur et à mesure des entretiens s'est détachée une définition que tous ont reprise et qui exprimait bien leur pratique : l'urgence correspondait à **une situation qui n'était plus gérable** en médecine générale.

« Perception des urgences c'est quand on a besoin d'un apport extérieur; soit d'une hospitalisation parce que ça nous dépasse, soit d'un suivi spécialisé comme l'insuffisance rénale » M 5

« C'est le moment où moi, je me sens plus capable de prendre en charge ce que j'ai devant moi, là je vais envoyer » M 9

L'urgence correspondait parfois simplement au moment de **doute** :

- doute entre plusieurs diagnostics,

« En médecine générale, c'est plutôt quand tu n'as pas le diagnostic et que tu as en tête des diagnostics qui potentiellement, potentiellement engageraient le pronostic vital à moyen terme (...)tu n'as pas de certitude sur

l'un ou sur l'autre diagnostic sauf que dans ton panel, tu as pensé à celui-là et tu ne peux pas l'éliminer avec les moyens que tu as dans ton cabinet ;c'est plus dans le doute, je pense qu'il y a l'urgence » M 10

« Après y'a le problème diagnostic ; est ce que c'est bien une gastro ? » M 9

- Ou bien doute que le motif soit peut-être urgent sans que la situation le soit réellement.

« Le motif est urgent mais le diagnostic est pas forcément urgent (...) le motif, heu... peut justifier qu'on les voit rapidement, après le diagnostic n'est pas forcément urgent » M 3

- Fréquemment, c'est le doute du diagnostic qui a fait inclure les cas comme des urgences pour l'étude.

« Ça pouvait peut être, être une embolie pulmonaire ; que sans D-Dimères, je ferais pas le pari » M 1

« Avec un diagnostic de...heu je sais pas... ; je pensais plutôt à un problème de ...heu de choc septique, de, de début de choc septique » M 2

« En plus je n'étais pas sûre vraiment de mon diagnostic, je suspectais » M 7

Pour les médecins généralistes, la plupart des situations urgentes étaient liées à des **faits marquants** dont parfois l'issue s'était révélée dramatique.

« Une urgence qui fait partie des anecdotes » M 2

« J'ai surtout en tête des urgences, des choses qui m'ont marquées » M 6

«Le souvenir c'est toujours des choses qui vous, qui vous paraissent dramatiques ; c'est des situations dramatiques et vous voyez, quand vous me parlez d'urgences, c'est un peu ça que je vois » M 11

La perception de la gravité comme de l'urgence est quelque chose de difficile. Tous les médecins n'avaient pas la même vision des choses.

« Peut-être que je m'étais jamais posé la question de, qu'est-ce que c'était pour moi une urgence, c'est vrai(...) je pense que ce n'est pas facile du tout d'appréhender l'urgence(...) la preuve entre confrères, on n'a pas la même perception d'urgence »M 6

« La gravité c'est super variable » M 3

« Le gamin que je vois pour une otite à 11h du soir quand je suis de garde, mais est ce que l'urgentiste trouverait que c'est une urgence » M 9

Dans la majorité des cas ce sont les symptômes retrouvés qui ont déterminé la gravité de la situation.

« Il était en état de choc avec une tension, il avait 8 de tension et il était, il avait un œdème généralisé et des difficultés respiratoires » M 2

«Que je l'ai vu blanc dans son lit, blanc comme mon lavabo et que j'ai dit, bon il a vomi du sang» M 6

« Elle était complètement vagale, impossible de tenir debout, elle avait un pouls qui battait à 30... »M 10

Il arrivait également que ce soit sur des éléments parfaitement subjectifs que le médecin avait eu des doutes. C'était comme une forme de « 6^{ème} sens » du médecin.

« Y'en a que tu sens plus ou moins quand même ; et en même temps, je me dis, y'avait quand même quelque chose, ce n'est pas normal » M 4

« Des fois tu sais pas pourquoi tu...tu sens quelque chose dans un sens ou un autre » M 7

Les **diagnostics a posteriori** ont aussi permis de justifier la qualification d'urgence.

« Ils ont fait un angioscanner, et il avait une EP (embolie pulmonaire) massive bilatérale » M 12

« C'était une complication post opératoire ; abcès péri hépatique » M 3

Enfin, l'ensemble des médecins admettait que pour les urgences vraies, à risque vital rapide, c'est souvent le **SAMU** qui était appelé en première ligne.

« Urgences vitales, vitales, je pense que on en voit pas beaucoup parce que c'est d'emblée régulé par le SAMU » M 3

« Donc les urgences vitales, maintenant les gens sont quand même relativement bien éduqués, (...) ils appellent directement le 15. » M 8

Dans les facteurs qui étaient pris en compte dans le diagnostic d'urgence, on retrouvait **l'évolution de la présentation clinique**. En effet, les symptômes s'étaient déjà installés depuis longtemps avec une aggravation.

« J'arrive plus du tout à me lever et j'arrive plus à aller aux toilettes » M 1

« L'évolution est un élément important » M 9

Cette évolution risquait d'accentuer encore le risque clinique.

« Un sub OAP (Œdème aigu du poumon), ça peut devenir un OAP dans les heures qui viennent » M 1

On notait une différence entre la perception de l'urgence qu'a le médecin pour lui-même et pour le patient.

« L'urgence que tu perçois pour le patient et l'urgence que tu perçois pour toi » M 9

3.2. Type et proportion des urgences rencontrées (tableaux en annexes)

La fréquence des urgences rencontrées dépendait de la définition que les médecins généralistes en avaient, sans vraiment de distinction entre le lieu d'exercice ou le type de patientèle.

« J'ai pas l'impression de voir beaucoup d'urgences » M 1

« Des urgences, oui, il y en a plein » M 2

« Des situations d'urgence peut être(...) 2-3 situations par semaine ...» M 3

Dans les urgences rapportées par les médecins on retrouvait une prépondérance de demandes liées à des douleurs ou de l'angoisse face à des situations inattendues.

« C'est ce qu'il y a de plus fréquent comme urgence, c'est les douleurs, en fait c'est ça nos urgences, c'est les douleurs(...) c'était le traitement de la douleur encore, qui devenait urgent » M 9

« Mes urgences à moi, c'est les gens qui ont mal...les angoisses » M 9

« Ce n'est pas l'urgence mais quand même, les gens ont mal partout » M 7

3.3. Prise en charge des urgences

3.2.1 Prise en charge ambulatoire

Tous les généralistes géraient seuls une partie des situations urgentes. Quelques cas n'étaient pas compatibles avec une gestion à domicile mais quand celle-ci était possible, cela leur semblait préférable.

« On ne va pas aller surcharger les urgences (...) on essaie quand même d'une façon générale de gérer, d'essayer de gérer quand on ne sent pas l'urgence absolue quoi... » M 4

Le tableau 3 résume les prises en charges ambulatoires des médecins généralistes. Ces prises en charges ont été effectuées sans l'aide des services hospitaliers ou du SAMU.

Prise en charge	En cabinet par le généraliste	Recours aux examens complémentaires et professionnels paramédicaux	Recours aux Spécialistes
Motif de prise en charge	« tu peux traiter plein de trucs en ville quand même, les phlébites, même, même les petites embolies pulmonaires tu peux » M 10 « maintenant on arrive à traiter quelques urgences au cabinet médical, comme l'œdème de Quincke » M 2	« dans ce cas-là, il faut l'étayer, faut l'affirmer » M 8 « Je lui demande sa biologie, et je lui dis, dès que vous l'avez, je reviens » M 7 « on a refait tous les examens enfin on a refait la, les Ddimères » M 9	« je demande au chirurgien de vérifier » M 3 « on a fait le diagnostic de syndrome vestibulaire aigu et l'ORL(oto-rhino-laryngologiste) l'a pris dans la journée » M 2
Mode de Prise en charge	« une injection, j'ai préparé d'emblée une ampoule d'adrénaline ; je l'ai ventilé, mis sous oxygène à 9 Litres ; et je lui ai injecté parallèlement en IM (intra musculaire) un corticoïde » M 2 « on fait du symptomatique sur place, on a pu lui mettre un peu d'Oxygène pour l'aider un peu » M 10	« j'ai appelé une infirmière, on a fait, enfin je voulais qu'elle ait ses 3 injections par jour, l'infirmière allait passer pour être sûre que les médicaments allaient être injectés, parce que c'est elle qui les faisaient » M 10 « le kiné entre temps et j'ai insisté sur le fait qu'il fallait qu'il fasse sa kiné tout de suite » M 1	« téléphoné à l'ORL, son ORL » M 2 « des fois on appelle le psy pour qu'il voit un patient... » M 3 « j'appelle un cardiologue pour lui obtenir un rendez-vous d'écho assez rapidement » M 10 « souvent, dans le doute, j'ai le réflexe d'appeler un spécialiste » M 10
Organisation de la prise en charge	« A chaque fois, je leur demande de me retéléphoner, alors à chaque fois, ça me prend une ou deux minutes » M 12	« quand on appelle les kinés ici, moi c'est jamais arrivé qu'ils me disent non » M 4 « je m'assure qu'il y a quelqu'un qui l'accompagne pour aller jusqu'au labo » M 10 « on a fait l'ECBU, j'ai téléphoné au laboratoire parce que vu l'heure le laboratoire fermait » M 9	« J'ai fait ma lettre tout de suite, je pense qu'il faut aussi adresser les gens avec des lettres vachement circonstanciées » M 8 « on fait un courrier confraternel, ciblé, localisé » M 11

Tableau 3 : Principes de la prise en charge ambulatoire des urgences

Lors d'une intervention pour une urgence, le médecin devait prendre le temps afin de juger au mieux de l'état de son patient et diminuer les risques cliniques.

« On y passe beaucoup de temps et c'est pas facile à gérer » M 6

« J'ai pris le temps qu'il fallait et je me suis mise à sa disposition » M 9

La durée de cette prise en charge avait alors un impact sur les consultations suivantes.

« Ça fout tout le reste en l'air et dans tout le reste, il peut y avoir des urgences aussi quoi » M 5

« Après la salle d'attente elle est plein à craquer, c'est quand même stressant » M 6

En cas de besoin de consultation en urgence à domicile, certains médecins quittaient leur cabinet le temps de la visite.

« On arrête la consult, les gens attendent dans le cabinet médical, dans la salle d'attente, je passe en général, j'ouvre la salle d'attente et je leur dis que je pars sur une urgence, et les patients comprennent ; mais on y va quand même et donc on interrompt les consultations pour y aller » M 2

« Moi tout de suite, je me dis, bah, faut que j'y aille tout de suite quoi » M 6

Cependant, tous les médecins n'ont pas la possibilité de le faire.

« C'est compliqué de larguer tout, j'ai fait au tout début » M 8

« Si j'ai du monde, je suis toute seule ici donc je ne peux pas partir » M 6

« Partir quand les gens vous appellent pour une urgence ; les gens me lâcheraient, on me lâcherait » M 11

Certaines situations pouvaient être temporisées et surveillées à domicile.

« On se donne entre 6 et 12 heures » M 4

« Ceux-là ouais, je les surveille plus » M 9

« Certaines situations d'urgence, vous ne savez pas trop si il y a de l'observation ou des symptômes qui vont apparaître » M 11

3.2.2 Prise en charge hospitalière

Prise en charge hospitalière	
Motif de recours	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Critères liés au patient</u> « oui oui, de toute façon, vu l'âge et tout, je pense que ça se justifiait quand même, quoi » M 1 « je réfléchis bien quand j'ai besoin du SAMU, faut vraiment que l'état de mon patient le nécessite » M 8 • <u>Sentiment de manque de compétence ou de moyens face à la situation</u> « j'envoie très facilement aux urgences parce que j'ai pas la formation pour , c'est quand il faut faire un diagnostic absolument, pour protéger des symptômes » M 9
Mode de recours	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Appel SAMU</u> « j'ai fait venir le SAMU est venu et puis qu'il l'a emmené » M 5 « j'ai fait venir le SMUR assez rapidement, et il est parti sous surveillance... »M 10 • <u>Ambulance/pompiers</u> « pompiers de la commune d'à côté sont arrivés juste à temps avec leur oxygène, leurs trucs, leurs machins » M 11 « ils m'ont envoyé une ambulance quoi, on attendait plus que le transport » M 6 • <u>Transport personnel</u> « monsieur est tout seul et qu'en 5 minutes, enfin en moins de 10 minutes il était arrivé là- bas » M 5 « j'ai dit à sa fille de l'emmener directement, c'était plus rapide vraiment 3 minutes que d'attendre l'ambulance » M 7
Logistique	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Courrier</u> « quand je les hospitalise, je les hospitalise avec un résumé de tous les examens complémentaires, ils ont leurs antécédents » M 8 « il faut mettre que le contexte incite à l'hospitalisation » M 11 • <u>Appel au service d'accueil</u> « j'ai aussi appelé l'urgentiste qui a pris note des résultats biologiques (...)la personne que j'ai eu, bah elle a pris les coordonnées, les chiffres que je lui donnais » M 4

Tableau 4 : Modalités de la prise en charge hospitalière des urgences

Certaines situations prises en charge en secteur hospitalier nécessitaient un transport. Tous les médecins ne savaient pas quel mode de transport était justifié selon l'état de leur patient.

« Des fois on appelle trop de secours (...) je peux comprendre que de temps en temps leurs modes de transport ne soient pas toujours adaptés »M 6

« Les médecins ne savent pas du tout ce que c'est qu'un transport médicalisé ou un transport non médicalisé, ils n'ont pas la notion, tout ce qu'ils savent c'est qu'ils appellent le SAMU, quelqu'un va venir et, mais si y'a un médecin dedans ou pas, ils ne savent pas quoi... » M 10

Ils admettaient également la possibilité de plusieurs attitudes possibles face à une même situation.

« Je suis pas sûre qu'on fasse tous comme ça(...) il y a toujours des prises en charges différentes» M 5

« Des choses que tu aurais pu prendre en charge différemment(...) je n'ai pas l'impression qu'il n'y a qu'une seule solution en fait à chaque fois »M 10

Mais les médecins s'accordaient sur le fait qu'une fois la décision prise, il ne fallait pas revenir dessus.

« Mais quand elle (la décision) est prise, elle est prise et je ne reviens pas là-dessus » M 11

« Faut faire un choix, en étant tout à fait conscient(...) Quand tu prends une décision, en fait, tu choisis ton camp, tu peux te gourer mais bon, faut choisir une voie et puis être logique jusqu'au bout » M 10

« J'ai pris un risque, il en a pris un ; peut-être que globalement, il s'en est mieux tiré comme ça » M 5

Les médecins avaient souvent tendance à laisser des consignes sur les ordonnances ou laisser leurs coordonnées. Celles-ci permettaient au patient, s'il en ressentait le besoin d'avoir une conduite à tenir à l'issue de la consultation.

« Je serais au courant parce que j'ai donné mon numéro de téléphone » M 10

« J'aime bien donner des traces écrites tu vois, je leur donne le numéro des urgences psy » M 9

3.3.3 Intérêt de la régulation téléphonique

Dans l'ensemble, les médecins avouaient avoir recours au téléphone pour gérer les demandes et les problèmes. Ils considéraient cette pratique comme une forme de régulation semblable à celle des centres 15.

« Réguler les problèmes au téléphone, y'a sûrement le fait que y'a un gain de temps quelque part pour moi mais je pense vraiment que quand on connaît bien les gens (...) de la même façon qu'une régulation bien faite au SAMU, c'est une régulation bien faite, même si y'a pas de médecins qui se déplacent» M 5

« Je peux pas là, mais racontez moi, à mon avis, on va faire comme ça, comme ça, comme ça » M 11

Cela leur permettait de recontacter certains patients pour évaluer l'amélioration clinique.

« Je lui avais dit qu'il me rappelle si ça ne marchait pas et dans ce cas-là, effectivement, j'y serais allée ; parce qu'il y a beaucoup d'enfants pour lesquels on rappelle le soir » M 5

« Ça m'est arrivé de rappeler le patient si je ne pouvais pas le voir dans la journée, je le rappelle le soir et je lui demande comment ça va ? » M 6

Mais dans d'autres situations, en appelant le service des urgences ou le centre 15, il s'agissait d'organiser un recours quand ils n'étaient pas en mesure de répondre à la demande ou que la gravité dépassait leurs capacités.

« C'est vrai que j'appelle facilement le SAMU si je ne peux pas y aller et que je sais que c'est un cas machin, j'ai envie d'expliquer le cas » M 7

« Je les appelle moi déjà pour leur dire, éventuellement si vous êtes rappelé cette nuit, bah vous saurez au moins de quoi il est question » M 12

Ils mentionnaient néanmoins la difficulté que représentait cet acte de régulation, en insistant sur leur chance de connaître l'appelant.

« J'en ai fait mais je fais plus parce que je trouve ça trop stressant(...) c'est très difficile, à la limite moi je préfère aller voir les gens que répondre au téléphone, pour des gens que je ne connais pas » M 6

« Ce qu'on fait en régulation SAMU, c'est quasiment plus facile à faire nous(en médecine générale), parce qu'en plus on connaît les gens. » M 12

3.4. Facteurs influençant la prise en charge des urgences

Dans le cadre des urgences, plusieurs éléments étaient importants pour parvenir à une décision de prise en charge.

« Vous avez des tas d'autres éléments qui interfèrent dans vos décisions immédiates » M 11

« On intègre tout quoi » M 7

« C'est quand même un faisceau d'arguments, gravité liée au terrain, à la famille, à l'entourage, social... » M 9

3.4.1. Facteurs liés à l'urgence elle-même

Tous les médecins s'accordaient pour dire que la douleur thoracique se trouvait à part dans la situation urgente car les risques vitaux étaient grands et les symptômes parfois atypiques. Cela requerrait souvent une prise en charge complète.

« Les douleurs thoraciques on va plus le bilanter de A à Z, au moins Ddimères, une tropo, une radio pulmonaire un ECG » M 3

« Toutes les douleurs cardiaques sont quand même à risque (...) » M 5

« La douleur thoracique, c'est quand même quelque chose à part » M 8

D'autres difficultés pouvaient résulter d'un acte particulier. Ainsi la suture exigeait du temps et une asepsie que les médecins n'avaient pas toujours à leur disposition.

« Je pense que je suturais plus, que je faisais plus de choses au début où j'étais installée que maintenant...comme je suis à côté de, de tout...bah, et puis il y a le facteur temps, y'a l'asepsie, on ne travaille pas franchement comme il faut (...) c'est long, là on accumule » M 6

« Quand ils arrivent et que je peux le faire, je le fais, si c'est un enfant, il faut qu'il y ait quelqu'un pour le tenir » M 5

Pour certains médecins, le fait que les patients aient déjà essayé un traitement sans succès pouvait être un argument supplémentaire justifiant une prise en charge rapide par crainte de l'aggravation clinique.

« C'est des arguments parce que si effectivement, des gens ont déjà pris un traitement depuis quelques heures ou depuis quelques jours et qu'ils ont encore des symptômes importants, ça peut être des arguments pour la sévérité » M 8

« Un bébé qui résiste à tous les traitements anti diarrhéiques ; c'est toujours un indicateur pour moi » M 9

D'autres en revanche n'étaient pas influencés par la prise de médicaments.

« Le fait qu'il ait déjà pris des traitements? Heu, non, y'en a aussi qui prennent n'importe quoi...y'en a qui prennent de l'aspirine pour une gastro » M 12

3.4.2. Facteurs liés au médecin

A. La formation du médecin généraliste

Un élément majeur dans la prise en charge des urgences par le médecin était sa formation. Celle-ci était liée aux enseignements reçus lors des études mais également à la formation médicale continue ou aux autres diplômes.

« Tous les 3-4 ans on fait une formation là-dessus, pour continuer à avoir les gestes au cas où » M 3

« (La formation du SAMU) Ça nous maintenant à un niveau de qualification médicale et d'intervention sur le terrain qui était intéressant... » M 11

Toutefois, nombre des médecins questionnés ont mis en évidence l'importance de l'expérience acquise lors des études et depuis leur installation.

« J'avais fait 3 ans de SMUR à Lisieux aussi ; c'est comme l'ECG, j'en ai toujours fait, mais faut dire qu'à Lisieux, moi j'ai fait 3 semestres de cardio (...) c'est l'expérience un petit peu ; je ne dis pas qu'on fait jamais de conneries mais ça aide un peu quand même à sentir (...) Avec l'âge, tu prends un peu du recul » M 12

« Ça joue, parce que j'ai bossé aux urgences, que je bosse ici et du coup, ouais, ça joue » M 10

En outre, certains suggéraient que leur prise en charge était en partie régie par des réflexes. Ceux-ci étaient liés à des situations particulières. Mais leur utilité face à l'urgence a été plusieurs fois soulignée.

« Gastro, deux mois...pédiatrie, moins de 3 mois, gastro, pédiatrie ; je me pose même pas la question ; y'a des trucs, c'est sous cortical » M 1

« Vraiment par principe, je déshabille la petite complètement (...) Quelquefois c'est bien aussi de faire les choses par automatisme » M 9

« On perd ses réflexes et je pense que dans l'urgence, c'est quand même fondamental je trouve d'avoir, enfin je parle de l'urgence vitale, que c'est important d'avoir des réflexes, des bons réflexes » M 11

Enfin, la formation des médecins passait aussi par les autres exercices qu'ils avaient pu avoir ou qu'ils avaient encore.

« Moi je fais beaucoup de régulations 15 parce que je préférais(...) Je l'ai vu avec les pompiers quand tu arrives sur les accidents » M 12

« On était un relais du SAMU(...)on avait notre voiture d'urgence chacun une semaine(...)et il était convenu que quand on rendait la voiture à quelqu'un le lundi matin, le dimanche soir on faisait le plein de ce qu'on avait utilisé(...)Donc, heu, voilà, on faisait nos urgences » M 11

Elle passait aussi par les connaissances qu'ils avaient acquises sur les protocoles de prise en charge, les recommandations, qui représentaient un appui de choix en cas de situations d'urgence.

« C'est dans l'arbre décisionnel des urgences » M 5

« C'est relativement bien établi, les recommandations (...) ça t'aide quand même...heu...à décider » M 9

« Moins de 6 semaines, je me souviens c'est dans l'arbre décisionnel des urgences, tu le garde systématiquement, par rapport au risque d'apnées » M 4

Cependant, les recommandations étaient parfois pointées du doigt de par leur difficulté à être mises en œuvre en pratique.

« Toutes ces procédures, ces arbres décisionnels ne vous servent que de savoir scientifique, qu'il ne faut pas les ignorer (...) le danger des arbres décisionnels c'est que vous la déshumanisez (la médecine) et que vous la rendez complètement inefficace » M 11

« La recommandation n'est pas forcément le reflet de la pratique » M 6

B. Le rôle de prévention

L'un des rôles prépondérants des médecins généralistes était la prévention. Celle-ci permettait d'éviter souvent des situations d'urgence.

« L'hydratation a été un travail absolument énorme, pas seulement au niveau médical, mais aussi de la société » M11

« C'est notre rôle je pense que c'est aussi notre rôle d'écrire sur les ordonnances, leur écrire sur l'ordonnance, arrêt de tel médicament pendant 2-3 jours en cas de ; parce que c'est sûr que si on leur a pas dit, ils ne peuvent pas le deviner (...) Si on influençait un peu plus les patients sur la prévention, on pourrait éviter un certain nombre d'urgences » M 8

C. La confiance du médecin généraliste

La décision reposait sur la confiance qu'avait le médecin en lui-même.

« Jusqu'ici les gens que j'avais envoyé pour, pour infarctus, c'était des infarctus » M 5

« J'avais le diagnostic, je n'allais pas bricoler, c'est bon » M 7

« Si tu es sûre de toi euh, tu clos vite le débat hein » M 9

« Généralement, on se plante pas trop sur les, les critères de gravité. (...) L'évaluation de la gravité on l'a assez rapidement dans les situations » M 11

Néanmoins les doutes sur leurs compétences pouvaient être une source de stress à part entière.

« On peut toujours se tromper » M 6

« Des fois tu penses que...mais est-ce que tu penses bien (...) Des fois t'aurais peut-être besoin d'une équipe pour te dire...t'as pensé à ça, ou... » M 7

Ils pouvaient même être un argument supplémentaire pour demander un recours.

« Je ne savais pas ce que je devais faire, si je devais médicaliser ou pas, si je devais faire une injection de Rocéphine » M 4

« Faut toujours essayer quand on a un patient devant soi de se dire, bon faut qu'il y ait un diagnostic, même si c'est une douleur intercostale » M 8

Et ils n'hésitaient pas à admettre leurs limites dans certaines situations. Ces limites pouvaient être la difficulté d'une décision prise seule, l'excès de confiance en soi, le manque de compétence dans tous les domaines.

« Mais je me méfie d'être à l'aise aussi parce que c'est le piège aussi, de passer à côté de quelque chose en ayant l'impression d'avoir tout vu » M 10

« Faut pas hésiter moi je pense à passer la main » M2

« Ça va de 0 à 100 on va dire, 110 j'ai eu... donc forcément, on ne peut pas être bon partout » M 6

De la même façon, les expériences antérieures face aux urgences motivaient les médecins interrogés à modifier leur prise en charge.

« C'est l'expérience précédente qui faisait que j'appelle le SAMU(...) je me suis dit, on sait jamais, si je suis pas à côté, donc compte tenu de ce qui s'était passé la fois d'avant» M 5

D. La charge de travail

Certaines prises en charge étaient associées au nombre de consultations et à l'évolution de la journée, de la semaine.

« Y'a des moments où je pense qu'on est moins performant que d'autres(...)on arrive en fin de semaine» M 6

« Vous savez les médecins, ils ont leur journée » M 11

Avec parfois le risque d'être moins attentif.

«Même si c'est le dernier, même si t'a envie de boucler le bazar, même s'il était pas prévu, et bah, il faut toujours, toujours être sur ses gardes.» M 8

« Je pense qu'on doit peut être, être un petit peu plus expéditif, c'est pour ça que c'est dangereux notre métier parce qu'il faut rester quand même toujours...» M 6

Néanmoins, les médecins se jugeaient dans l'ensemble disponibles pour leurs patients.

« J'ai téléphoné ce matin pour savoir comment ça allait et j'essaierai de rappeler demain alors que je travaille pas non plus » M 5

« il m'appelle sur mon portable parce que ça aussi c'était une de mes spécificités à moi, mais mon numéro de portable a toujours été sur toutes mes ordonnances. Et je ne sais pas si j'ai un appel abusif par an » M 11

Dans la plupart des cas, cette gestion en amont et cette disponibilité permettait également d'éviter un recours aux services d'urgence.

« Si on n'était pas là je pense que il y en a beaucoup qui iraient aux urgences » M 2

« Dans une journée, j'arrive à gérer des trucs qui évitent des hospitalisations, par les gestes que je peux faire et que je sais faire » M 12

Par ailleurs, d'autres éléments s'intégraient dans l'exercice du médecin face à l'urgence. En effet leur activité professionnelle ne pouvait pas toujours prendre l'ascendant sur la vie quotidienne.

« je ne suis pas non plus entièrement dévouée à mon boulot (...) au secours, je suis aussi mère de famille (...)mais tout ça, ça rentre dans ta tête quoi » M 7

« J'ai eu la chance dans tout mon exercice d'avoir une famille qui m'a laissé exercer mon métier comme je l'entendais, mais je les ai jamais envahi, j'étais parfois préoccupé... » M 11

Tandis que certains projets avaient une influence sur leurs pratiques actuelles

« Maintenant quand je raisonne, j'essaie de raisonner, heu...dans mes urgences, mes pseudos urgences ou même dans mon activité quotidienne de me dire, bah le jour où tu seras là-bas, que tu seras à la campagne, que tu n'auras pas les spécialistes et tout ça autour de toi...comment tu feras ? » M 8

3.4.3. Facteurs liés au patient

De façon générale, la patientèle était en correspondance avec le médecin.

« Les patients ressemblent toujours à leur médecin » M 9

« Une patientèle, c'est quand même particulier : ils savent chez qui ils vont chercher quoi...ils savent très bien » M 11

« La patientèle de la Grand Mare, n'est pas celle de Gournay en Bray » M 11

Le patient avait alors une influence majeure dans la gestion de l'urgence. Ses caractéristiques, sa personnalité influençaient l'attitude du médecin lors de situations urgentes. Plusieurs éléments susceptibles de modifier une prise en charge ont été retrouvés dans les entretiens.

A. L'âge

Il y avait une grande amplitude dans l'âge des patients suivis en médecine générale.

« Y'a pas beaucoup de métier qui vous permettent d'examiner un nouveau-né et un centenaire ou presque dans la même journée » M 11

« Ça va de 0 à 100 on va dire, 110 j'ai eu » M 6

Chaque tranche d'âge avait ses particularités qui se répercutaient sur la prise en charge. Les personnes âgées étaient jugées plus fragiles, avec des diagnostics et des prises en charges plus complexes en raison des tableaux abâtardis.

« C'était pas toujours simple comme toujours dans ces cas-là, » M 5

« Si je pense par exemple qu'un geste technique rapide et efficace peut lui apporter un confort de vie rapide et une amélioration de son état de santé, je vais pas l'en priver » M 11

« Il y a aussi la répercussion...les diagnostics graves ou les issus dramatiques sont moins dramatiques à 110 ans, de toute façon » M 6

De la même façon, les enfants, quels que soient leurs âges nécessitaient une prise en charge spécifique.

« Parce que faut gérer les parents, parce que l'enfant n'exprime pas forcément ce qu'ils ressentent » M 6

« Les labos de ville, ils ne savent pas trop piquer les enfants, ça leur laisse vraiment un mauvais souvenir... du coup bah souvent je les fais, je leur fait faire le bilan au centre de prélèvement de pédiatrie » M 7

Le jeune âge était décrit comme un facteur de risque d'évolution défavorable lors d'une situation d'urgence.

« C'est 2 mois, gastro, pédiatrie : faut 4 heures pour déshydrater à 10% un gamin de 2 mois » M 1

La prise en charge dépendait alors de la compliance de chacun à la prise en charge.

« Faut pas céder aux patients...et puis de toutes façon, ils vous le reprocheront toujours... » M 11

B. Le caractère inhabituel

Lors d'une situation urgente, un des éléments majeurs cité par les généralistes consultés était la présentation du patient lors de leur consultation et plus particulièrement le caractère inhabituel de cette présentation.

« Et il disait bien que c'était inhabituel » M 4

« Y'avait une vraie différence ; c'était vraiment un état clinique par rapport à quelqu'un qu'on connaissait » M 5

« Pour une fois, elle n'a pas, elle a dit « j'ai du mal à respirer » Alors que d'habitude, c'était euh, sphère génito-anale » M 9

Le fait d'avoir été accompagné était également cité si cela n'était pas habituel pour le patient.

« C'est une fille que j'avais toujours vu toute seule et là elle m'a été amenée par sa mère » M 4

Cependant, cet accompagnant avait pu modifier la prise en charge dans certaines circonstances.

« Accompagnée par son ami, l'accompagnant était aidant là, cette fois ci, il lui parlait, lui tenait la main » M 9

« Tu le gardes à domicile aussi parce qu'il n'est pas seul, y'a sa femme avec lui » M 9

C. La personnalité

Dans les autres éléments qui influençaient parfois la gestion des médecins généralistes, on retrouvait l'angoisse et la pression du patient.

« L'inquiétude qu'on lit sur leur visage » M 2

« Lui, il avait peur. Ça se voyait, tu vois, qu'il était euh, il était angoissé et puis c'est pour ça qu'il est venu quoi. » M 9

« Elle est arrivée comme ça et que effectivement elle me laissait pas le choix de la voir » M 1

Enfin, la perception ou non de l'urgence par le patient était mentionnée régulièrement par les médecins sondés. Celle-ci pouvait modifier le recours du patient au médecin.

« Ceux qui viennent en disant qu'ils ont des trucs graves, on trouve pas grand-chose en fait et souvent les gens qui ont des trucs graves, ils viennent persuadés qu'ils ont rien » M 1

« Les gens, quelquefois s'inquiètent pour rien mais quelquefois s'inquiètent pas » M 5

« (Perception de l'urgence par les patients), notamment des patients âgés » M 8

D. Le recours

Le motif de recours a souvent été cité comme un argument justifiant un examen sans délai.

« Il avait dû cracher un peu de sang, un truc comme ça » M 6

« La secrétaire me dit j'ai pris monsieur untel dans la salle de soins, il est pas bien (...) J'ai une douleur thoracique, je suis mal, j'ai une douleur dans l'épaule, j'ai mal dans le thorax, j'ai une douleur dans l'épaule, j'ai mal » M 11

Certains patients avaient tendance à demander des consultations d'urgence, sans réelle justification.

« Ça m'arrive d'avoir un petit peu, quelques patients, comment dire, pressés » M 12

« Ils viennent vers vous, dans cette attitude complètement consumériste et dans l'urgence si vous voulez » M 11

Pour les médecins, ces situations s'inscrivaient dans un comportement plus général des patients puisque les services d'urgence étaient également, selon eux, victimes de ces demandes non urgentes.

« Quand j'étais aux urgences au CHU, bah je trouve que j'ai pas vu de conneries quoi...les gens ils attendent 6 heures, donc quand ils attendent 6 heures, c'est qu'il y a un truc derrière... c'est toujours facile de dire, bah lui il est venu pour rien(...) faut pas oublier que le patient, lui il sait rien » M 3

« J'ai plutôt l'impression que les gens vont aux urgences au CHU pour rien » M 6

« C'est lui qui te dit, 2-3 jours après, je suis allé aux urgences, mais ça tu n'y peux rien, c'est...tu peux pas les retenir » M 12

Les médecins évoquaient cependant une variation du recours aux services d'urgence, liées au médecin et à la localisation du cabinet.

« Ils viennent la voir, ils viennent d'abord chez le généraliste, et ils savent elle ce qu'elle va faire donc ils vont pas consulter aux urgences » M 9

« C'est le ressenti de l'urgence...ils se coupent avec un tronçonneuse, ils savent que c'est grave, mais douleurs dans la poitrine, c'est pas encore entré dans les mœurs par chez nous quoi...dans le rural quoi » M 12

D'autres éléments liés au patient pouvaient entrer en ligne de compte pour la décision de prise en charge notamment le contexte général du patient et de l'entourage.

«Le contexte socioéconomique, l'intelligence entre guillemets des gens, oui, tout ça, ça peut modifier quand même les choses, on est quand même forcé de tenir compte des choses » M 8

« Mets ce cas-là dans un contexte social un petit peu défavorisé, la fille je l'envoyais aux urgences directement. » M 4

« Ils avaient les ressources pour réagir; c'était pas les gens qui allaient rester tout seul chez eux, à attendre quoi » M 9

Il était important de juger si le patient serait en mesure de comprendre les consignes.

« Des fois y'a des gens avec qui ça passe moins bien, tu peux avoir l'impression qu'ils n'ont pas forcément pigé » M 10

Enfin, persistait cette différence ville campagne dans le contexte du patient.

« Pas les mêmes populations, on n'a pas tout à fait les mêmes modes de pensées, on a pas tout à fait les mêmes réactions. » M 11

« On a des gens un petit peu durs...du fin fond de la campagne (...)Il a même pas dit dans la poitrine, parce qu'il a exprimé ça un peu avec le patois du coin, il a dit j'ai mal « dans le poulain » » M 12

E. Complications face à la prise en charge proposée

Certains patients, malgré l'avis de leur médecin refusaient une hospitalisation. Plusieurs motifs étaient retrouvés par les médecins pour expliquer ce refus :

-L'âge,

« Les gens âgés, ils ont aussi la peur de l'hôpital, (...) les patients refusent l'hospitalisation » M 8

-La personnalité,

« Si lui je lui dit que je vais l'hospitaliser, je vais prendre le bureau dans la gueule, on va se faire assommer tous les deux, et lui il va partir en courant et il va se foutre en l'air » M 10

Dans ces circonstances, assez rares, le médecin arrivait la plupart du temps à trouver les mots justes pour faciliter les choses.

«C'est pas possible de refuser avec moi, c'est pas possible ; je me rappelle d'un monsieur qui était vraiment bougon ; il suffit toujours de trouver les bons mots » M 7

« Vous avez pas de refus : faut bien leur expliquer quoi » M 8

Pour terminer, il arrivait que la gestion de la situation fût compliquée par un geste maladroit effectué par le patient.

« Le premier truc qu'elle a fait quand je lui ai dit qu'elle allait aller à l'hôpital, c'est de se remettre du rouge à lèvres. Moi le seul truc objectif que j'avais à montrer aux collègues, c'était qu'elle était cyanosée » M 9

3.4.4. Facteurs liés à la relation médecin-malade

A. La relation médecin-patient

La relation médecin malade était primordiale pour une prise en charge optimale, que ce soit dans la vie de tous les jours ou dans un contexte d'urgence. Cette relation était basée sur une relation double, de confiance entre le praticien et le patient.

« La relation médecin malade est fondamentale (...) c'est un colloque singulier qui est un peu élargi dans le sens où vous connaissez théoriquement l'environnement » M 11

On pouvait cependant remarquer que cette relation semblait plus approfondie en campagne qu'en ville et qu'elle tendait à s'atténuer avec l'évolution de la médecine.

« (Le colloque singulier élargi à l'environnement) Sûrement moins vrai aujourd'hui, ce qui est sûrement moins vrai à Rouen, ce qui est sûrement vrai en campagne encore. » M 11

Elle reposait sur l'environnement du patient, mais aussi sur la réciprocité de cette connaissance.

« Nous, on connaît pas mal les gens, mais les gens nous connaissent aussi très bien...donc heu, on s'observe... ; ils savent qui on est ; Le caractère du bonhomme, ils connaissent, la façon de travailler, ils savent à peu près » M 11

« Il faut qu'il me connaisse. On connaît bien à partir du moment où il y a une relation de confiance, presque d'intimité » M 12

En effet, cette relation double entraînait des affects entre le médecin et son patient.

« il y avait une relation affective qui était je trouve très marquée (...) Sensation, comme si c'était l'un des vôtres quoi... » M 11

« Où tu peux te laisser... avoir par tes... sentiments, par tes affects (...) Que t'es attachée à eux et que t'as pas envie qu'il leur arrive un truc grave. » M 6

S'observait parfois le risque de conséquences négatives de cette relation sur la pratique professionnelle, en particulier la perte de l'objectivité du médecin dans la prise en charge de ses patients.

« Mais finalement, plus les gens on s'y intéresse, plus ils aiment vous taper dessus, alors du coup » M 1

« On mesure plus à juste titre, on est plus dans l'objectivité, on est dans la subjectivité donc faut rester, faut rester...dans tout cet aspect d'humanisation, il faut quand même rester très professionnel » M 11

B. La connaissance du patient

Tous les médecins s'accordaient pour dire qu'un patient connu était un patient suivi sur le long cours. Ce suivi permettait une connaissance approfondie du contexte familial et socio-professionnel des patients qui améliorait leur prise en charge.

« Connaitre son patient c'est le suivre, c'est connaître l'entourage, la famille, connaître un peu comment il est, comment il fonctionne (...) C'est beaucoup plus confortable de connaître le patient et sa famille, et le contexte » M 6

« Vachement intéressant quand tu connais le vécu, le contexte social, familial, tout ça, la famille...quand tu as du recul sur plusieurs années avec des familles, tout ça, c'est plus facile à gérer » M 12

Le tableau 5 distingue les avantages et inconvénients liés à la connaissance du patient et de sa famille.

Connaissance	Patient	Famille
Atouts <ul style="list-style-type: none"> Relation de confiance avec le patient Anticiper les complications 	<p>« j'ai aussi appris à me dire qu'on peut leur faire confiance, tu peux leur faire confiance aux gens, en général » M 10</p> <p>« À force tu te rends vite compte du stress des gens donc, on essaie de les rassurer un peu » M 10</p>	<p>« cette maman-là, c'est quelqu'un par exemple à qui je n'aurais pas été capable de dire, heu bah vous attendez 6 heures » M 4</p> <p>« on était à un an du décès de son mari, elle avait très bien tenu le coup jusque-là » M 10</p> <p>« c'était pas du tout quelqu'un qu'était laissée à elle-même puisqu'il y avait vraiment des soignants, du personnel, de la famille autour » M 5</p>
Inconvénients <ul style="list-style-type: none"> Influence des affects A priori 	<p>« c'est quand tu connais vraiment bien les gens, que t'es attachée à eux et que t'as pas envie qu'il leur arrive un truc grave, avoir un peu tendance, tu vois, à te mettre des œillères, pas pour de l'aigu, Des trucs de prévention, des trucs de dépistage » M 9</p> <p>« pathologies où on veut pas voir la pathologie, comme avec les siens... » M 11</p> <p>« d'être faussement rassuré parce que tu as beau essayer de pas l'être, tu l'es, sur quelqu'un un peu nerveux, un peu hypocondriaque, je vais faire l'effort, et je pense comme la plupart des médecins, de quand même aller regarder vraiment ce qu'il se passe pour avoir un avis objectif » M 10</p> <p>« connaître le patient et le risque c'est aussi ça, qu'il soit étiqueté anxieux » M 9</p>	<p>« Il avait pas envie de m'en parler parce qu'en fait, c'était un voyage qui se faisait dans un contexte de séparation, de divorce avec son épouse ; il savait que je m'occupais de toute la famille, par discrétion, il avait pas voulu me parler de ce voyage » M 2</p>

Tableau 5 : Atouts et inconvénients de la connaissance du patient et de sa famille

3.4.5. Facteurs logistiques

A. Le cabinet

La présence d'une salle d'examen supplémentaire dans le cabinet était jugée importante pour plusieurs médecins. Elle permettait une surveillance ou la poursuite des consultations en cas de recours au SAMU.

« J'ai fait toute ma consult de l'après-midi avec lui qui attendait avec sa femme à côté-là » M 1

« J'avais dit à la maman d'attendre dans le cabinet d'à côté du coup » M 4

L'informatisation était aussi une composante citée par les médecins généralistes dans leur prise en charge. Elle permettait une rigueur dans la pratique et une transmission des données entre confrères.

«Le dossier informatique il a, quand il est bien rangé etc. ça a quand même, à mon avis révolutionné les choses pour les gens » M 8

« J'ai 2 raisons de noter dans le dossier : parce que c'est médicolégal et parce que c'est la consœur qui va le revoir après et qu'il faut qu'elle ait une trace de ce qu'il s'est passé ; parce que c'est la consœur qui va le revoir après et qu'il faut qu'elle ait une trace de ce qu'il s'est passé »M 10

B. Le personnel

La présence de collègues sur place lors de l'exercice était régulièrement mentionnée par les généralistes interrogés. Le mode d'exercice avait une incidence particulière du point de vue de la pratique. L'exercice de groupe était donc souvent favorisé.

« D'avoir un autre confrère à coté qui adore ça (les urgences), ça oui, ça m'aiderait, parce qu'on serait deux déjà »M 5

« Le fait de travailler dans un cabinet de groupe, c'est une force considérable sur la relation (...) pour l'urgence, l'exercice de groupe c'est un avantage » M 11

Lors de l'exercice de groupe, les médecins prenaient en compte l'avis de leurs collègues, comme un travail d'équipe.

« Nous tous les 3, même pour des consultations hein, on demande au patient, ça vous ennuie pas si mon confrère vient (...) si le Dr ...a pris une décision, ou les secrétaires, c'était la décision qui a été prise, je la respecte et je la partage ; ça ne me vient même pas à l'esprit de douter d'une décision de quelqu'un de la maison. » M 11

L'exercice seul était moins courant en raison de la perception qu'en avaient les médecins.

« Je ne suis pas outillée parce que je suis toute seule (...) ce serait plus satisfaisant dans la société actuelle que je ne sois pas seule » M 5

Dans le personnel travaillant pour le cabinet, les secrétaires avaient une place de choix. La plupart des médecins avouaient leur préférence du secrétariat sur place pour des raisons

- de confort,

« Quel confort de vie, elles règlent tous les problèmes, on est jamais dérangé au téléphone, toutes les tâches administratives sont gérées par les secrétaires (...) vous gérez rien, tout est fait, les papiers sont pré imprimés, prêts à signer » M 11

- d'organisation

« Je dis aux secrétaires, écoutez, ce rendez-vous là, vous me le décalez plus tard dans la journée » M 8

« Elles savent ce qu'il faut faire, ce qu'il faut pas faire, quand est ce qu'il faut dire oui, quand est ce qu'il faut dire non » M 11

- Cela permettait également une surveillance supplémentaire en cas de besoin.

« Beaucoup plus sympa d'avoir un secrétariat sur place, même pour juger de l'état de quelqu'un qui se pointe » M 10

« Dans mon secrétariat, j'ai un deuxième divan d'examen, donc quand ça bouchonne, si c'est vraiment, bah je le mets à côté, je le laisse sous la surveillance de ma secrétaire qui peut m'appeler aussitôt » M 12

En revanche, quelques médecins avaient encore tendance à prendre eux-mêmes les appels.

« Il est tombé direct sur moi, heureusement d'ailleurs, il aurait eu un rendez-vous pour le lendemain, puisqu'il voulait un rendez-vous pour le lendemain » M 5

« Forcément c'est des gens que je connais, donc j'arrivais à les faire venir au cabinet alors qu'ils demandaient une visite » M 6

C. Le matériel

Le matériel disponible au cabinet médical avait de la même façon des répercussions sur le mode de prise en charge de l'urgence qui se présentait.

« Faut avoir le matos sur soi » M 2

Le tableau 8 résume ce que les médecins généralistes jugeaient utile de posséder dans leur cabinet.

Matériel	Présent au cabinet	Jugé inutile par certains médecins
Oxygène	« la bouteille d'oxygène qu'on a au cabinet médical » M 2	« si j'avais eu de l'oxygène là, ou des corticoïdes,...ça aurait pu modifier ma prise en charge... ; non, je crois pas, globalement je crois pas ; il faut de l'oxygène mais il faut aussi autre chose donc » M7
Traitements <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques • Adrénaline 	« la seule urgence d'antibios directe, c'est le purpura » M 4 « j'ai de l'adré, voilà, le seul médicament réellement urgent que je peux avoir avec moi, c'est de l'adrénaline...sur un choc anaphylactique, ou sur un arrêt cardiaque » M 10	
Saturomètre, DEP	« le saturomètre, le DEP » M 8	
Suture	« d'avoir tout ce qui faut pour suturer » M 6	
ECG	« j'ai acheté un ECG, ce n'est pas pour les urgences, c'est pour les non urgences » M 1 « j'ai un ECG donc informatisé, qui marche sur mon ordinateur, donc, bah, dès que je capture mon electro, heu, j'envoie le fichier PDF au Samu ; ça fait monitoring » M 12	« après bon si j'ai un electro oui, mais alors, je vais pas non plus faire mes D-dimères, mes CPK dans mon arrière cuisine non plus. Mais bon, c'est un tout, c'est un tout l'urgence » M 7 « Comme quoi, heureusement que j'avais pas d'électrocardiogramme, Parce que si je lui avais fait un électro, peut-être que j'aurais euh, changé d'avis »M 9 « faire un ECG dans mon bureau et me retrouver toute seule avec un onde Q ou un, une surélévation de ST, je vois pas ce que j'en ferais parce que de toute façon »M 6
DSA	« y'a un défibrillateur semi-automatique sur la porte du cabinet où je bosse, donc si j'en suis à, il le tolère mal et il perd connaissance, j'ai le def sous la main » M 10	« je sais ou y'en a mais à mon avis, j'ai pas le temps d'y aller » M 5
Echographe	« je fais de l'échographie, j'ai une écho moi, depuis 10 ans ; d'échographie de premier recours... » M 12 « l'échographe actuellement, ça représente pour moi ce que représentait l'ECG pour un généraliste y'a 30 ans quand on commençait à en faire » M 12	

Tableau 6 : Matériel présent au cabinet et sa perception par le médecin généraliste.

3.4.6. Le contexte spatio-temporel

A. Localisation du cabinet

La localisation du cabinet par rapport aux structures de soins et aux plateaux techniques a été dans certains cas un facteur déterminant dans le mode de prise en charge. Les médecins interrogés exerçaient tous dans des zones géographiques et médicales différentes.

« C'est la campagne profonde » M 12

« Moi je suis vraiment super à proximité quoi (...) je pense que on s'adapte aux moyens qu'on a autour de nous, si j'étais en pleine campagne, que l'hôpital était, à, je ne sais pas, 45min de route, bah je sais pas » M 7

« On est en ville, y'a le CHU, y'a les cliniques, y'a, enfin on a tout, on a le téléphone qui marche (...) Moi je veux dire, là où je suis installée, c'est quand même très confortable » M 6

Malgré tout, tous les médecins se sont accordés à dire que la Normandie était une région lésée sur le plan médical et paramédical.

« Dans une zone un peu désertifiée médicalement, que ce soit d'un point de vue généraliste ou d'un point de vue spécialiste » M 4

« Si, si, y'a un désert médical, il manque beaucoup de médecins généralistes, dans certaines spécialités il manque quand même, je pense que des cardiologues de ville il en manque, je pense que des pneumos de ville » M 8

Le plateau technique était également mentionné dans les motifs de recours, en particulier à propos du déménagement de structures de soins.

« Enfin à 1 h, oui, on est à 1 h d'un centre de pédiatrie; le manque de proximité avec des services hospitaliers » M 3

« Je suis à 5 minutes de la clinique et on va dire 10 de l'hôpital (...) je pense que le déménagement de la clinique m'a, a un peu changé ma pratique » M 7

« C'est en semi rural, y'a un bon plateau technique autour » M 10

B. L'heure de consultation

Lorsque le patient avait recours au médecin en urgence, l'heure de consultation pouvait avoir un impact sur la prise en charge.

« Je l'aurais vue le matin à 9h, peut-être, j'aurais pas fait la même chose » M 6

« C'était pendant les vacances, tous les médecins étaient en vacances, tu sais qu'il va avoir du mal à trouver un médecin » M 9

« Les horaires sur le fait de l'adresser oui...surtout rapport à ce que je peux faire en ville dans l'immédiat ou pas....parce qu'après 18h-19h en ville...» M 10

De la même façon, le temps nécessaire pour avoir accès aux examens complémentaires était souvent mentionné comme un argument sur la prise en charge.

« C'était très important de pouvoir avoir ce bilan rapidement » M 4

« On n'a pas de soucis, y'a un centre de secours qui intervient vite » M 11

« Bon on a eu tout ça, écho et ECBU dans les 24 h » M 5

En fin de semaine, les médecins généralistes avaient plus tendance à recourir aux services d'urgence du fait de l'absence de surveillance possible pendant le week-end à domicile.

« Faut que je vois s'il faut absolument régler le problème avant le week-end end ou savoir si ça peut attendre le lundi » M 11

« La seule différence, c'est la fin de la semaine (...) le truc un peu merdique le vendredi soir, quand je sais que je ne vais pas être là le week-end end, je sais que je vais avoir plus tendance à l'hospitaliser » M 12

Pour finir, d'un point de vue de lieu et de temps, la présence ou non d'un service de garde à proximité avait pu influencer les médecins et favoriser une hospitalisation.

« C'est de savoir s'il y a un service de garde, savoir si y'a un médecin de garde » M 11

3.4.7. Facteurs liés au contexte

Lorsqu'une urgence se présentait, la salle d'attente pouvait être actrice de sa prise en charge rapide.

« « Mais prenez la dame, prenez la dame » ; tous les gens autour le ressentent comme une urgence vitale » M 1

« Tu sais, quand ils voient le SAMU arriver, parce qu'ils ont compris que si c'était eux qui étaient à cette place-là, ils seraient bien contents qu'on fasse pareil » M 12

Pourtant, les patients qui avaient rendez-vous ne comprenaient pas toujours qu'une urgence devait passer avant eux.

« Celui qui comprend pas qu'une urgence passe avant son petit renouvellement qui peut attendre demain, bah, il a qu'à changer de médecin quoi » M 12

« La dame qui était juste avant m'a fait un signe, l'air de dire, elle est malade; y'avait deux patientes qui attendaient, une qui avait tout à fait compris et l'autre » M 9

La présence d'un entourage sur place ou à distance était parfois utilisée par le médecin pour faire accepter l'hospitalisation à l'un de ses patients récalcitrant.

« Je lui ai dit, devant lui hein, j'appelle votre femme pour lui dire ce qu'il en est » M 7

« J'appelle...écoutez, votre papa ou votre maman va pas bien, moi je prends pas le risque aujourd'hui de le laisser chez lui, il faut absolument qu'il soit hospitalisé » M 8

Ce recours à la famille était également un soutien en cas de décision difficile sur une prise en charge qui pouvait sembler inadaptée.

« Les fils étaient près à rester 24h sur 24 avec elle... » M 10

« Je vais essayer surtout de respecter l'avis du patient et l'histoire de vie du patient (...) à condition que l'environnement, les accompagnants (...) parce que si l'accompagnant ne partage pas votre point de vue ...» M 11

3.4.8. Impact du système de soins

Pour les médecins, la démographie médicale était en déficit, particulièrement dans notre région. Ils devaient donc s'organiser pour gérer au mieux leur nombre important de consultations.

« Y'avait plus de place sur mon emploi du temps » M 3

« J'avais un max de visites en fait; enfin je veux dire, quand tu as 30 personnes à voir minimum dans ta journée... » M 7

« On a pas trop le temps de revoir forcément les gens avec une consultation complète » M 12

Ils devaient en outre être en mesure d'accepter les urgences qui se présentent en plus de leurs consultations prévues.

« Si les patients t'appellent en te disant faut que je sois vu en urgence, tu trouves toujours un créneau » M 5

« T'en a déjà vu une trentaine, et puis voilà, t'en a vu 2-3 en plus, des petites urgences » M 7

Les avis étaient divisés quant à l'intervention du coût de la santé dans la prise en charge en médecine générale. Certains y étaient attentifs :

« Le coût de la santé si, si, si, ah oui, ça toujours, ça m'a toujours influencé » M8

« J'y pense aussi mais (...) je pense que je m'informe pas assez sur ce que ça représente mais j'y pense aussi » M 10

Mais cette influence était moindre en situation d'urgence.

« C'est pas le truc qui me fait mettre la vie de mes patients éventuellement en danger » M 7

« Dans l'urgence, j'en ai rien à foutre, dans l'urgence, je le mets complètement de côté » M 10

Certains médecins évoquaient un coût parfois excessif des soins, notamment dans les structures de soins.

« Au nom de la bonne gestion transformer des dépenses de 23euros en dépense à 1000 euros » M 11

« On dit aux gens qu'ils sont mieux soignés en dépensant des sommes énormes pour des trucs qui servent à rien (...) alors qu'à la clinique y'a un forfait salle d'op, un peu de protoxyde...forfait...et ça coûte 200 euros à la société. » M 12

Ils notaient parfois un gâchis dans les examens réalisés.

« 10 000 euros pour des douleurs intercostales » M 7

« Une erreur d'orientation énorme, pour un coût énorme et pour une production nulle » M 11

Les médecins questionnés évoquaient aussi un mauvais financement des urgences et de quelques actes réalisés au cabinet médical.

« On nous a jamais financé les urgences(...) la seule chose c'est que les actes n'étaient pas payés. Et les gardes n'étaient pas payées »M 11

« ce serait mieux qu'on soit un petit peu plus rémunéré parce que nous, les actes de petite chirurgie au cabinet, donc quand tu fais une suture, tu perds du fric »M 12

Ils regrettaient des investissements dans le système de santé qu'ils ne comprenaient pas toujours.

« Aucun effort de fait, ni financier, ni économique dans la relation médecin malade »M 11

« Si tu savais combien d'argent ils ont dépensé depuis 10 ans pour le DMP qui n'a toujours pas abouti...les essais de DMP dans les différentes régions, c'est faramineux » M 12

Certains points de vue divergeaient, par exemple sur le Dossier Médical Personnalisé

« Quand on a des dossiers où on a tous les examens qui sont faits etc. je pense que ça peut être aussi des gains de temps dans les hôpitaux »M 8

« C'est pas fondamental dans le sens où dans 99% de cas, ces urgences-là, c'est des patients à moi ; J'ai leur donne le dossier médical, donc l'information sur la carte vitale... »M 12

« Je ne sais pas encore si ce sera chronophage » M 12

3.4.9. Facteurs liés à la relation médecin-autres acteurs de soins

Les médecins généralistes et les différents acteurs de soins étaient parfois en désaccord quant aux examens complémentaires à effectuer ou à la prise en charge à avoir.

Ceci est résumé dans le tableau 6.

Incompréhension	Médecin généraliste	Acteurs de soins
Examens complémentaires	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Sur prescription d'examens en milieu hospitalier</u> « on se dit, punaise, ils ont eu droit à la totale, la numération, les D-dimères, les machins, les trucs, et puis finalement, bah non, c'était » M 7 « c'est un peu lourd, quoi...ou alors est ce que c'est un plan Orsec qu'est » M 7 « « Mais madame, on ne voit pas un gynéco avant d'avoir fait un scanner » » M 7 • <u>Répétition inutile d'examens</u> « l'interne qui l'a reçu, l'a examiné, lui a refait l'électro, enfin lui a refait ce que j'avais fait »M 12 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Remise en cause de l'attitude du MG (relation non confraternelle)</u> « avait aucune raison de faire une échographie ; ça sert à rien de faire une échographie, c'est pas à votre médecin de s'occuper de ça » M 5
Prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prise en charge aux urgences jugée inadaptée</u> « ça c'est une bizarrerie, je ne sais pas comment ils gèrent ça mais, ils lui ont fait sa petite bio, son machin...et puis retour chez vous et si ça va pas vous revenez, Et en fait, il est revenu quelques heures plus tard, il a été opéré » M 7 « pourquoi ils avaient pas fait d'analyse d'urine sur place devant une fièvre sans explication particulière, compte tenu quand même d'antécédents chez une toute petite » M 5 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Vision déformée du travail des MG</u> « et après les pédiatres ils disent, ouais, vous faites plus les petites urgences, on est débordé » M 12

Tableau 7 : Critiques dans la gestion des urgences entre les généralistes et les autres acteurs de soins.

Quelques médecins se demandaient alors si l'examen clinique restait une priorité dans certains services.

« Pour dire que des fois, on n'examine pas les gens, et ça je pense que c'est un gros défaut quand même » M 7

Pour essayer de pallier à ce problème, les médecins essayaient d'éduquer leurs patients et de leur fournir les éléments importants pour leur prise en charge.

« Tous les examens qu'elle a eus, ils sont tous ici (...) qu'ils restent des fois, je dirais anormalement hospitalisé pour des examens qu'ils ont déjà eu dans les quelques mois qui viennent et qui vont pas modifier leur prise en charge » M 8

« Prenez bien tous vos examens, et donc, c'est bien vous arrivez avec tout, il nous reste plus grand-chose à faire » M 1

Cependant, les relations entre les différents acteurs de soins et les médecins généralistes étaient jugées par ces derniers autant comme des atouts que comme des complications à la prise en charge des patients comme le montre le tableau 7.

Acteurs de soins	Soutien	Complications
Spécialistes	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Disponibilité des spécialistes libéraux</u> « les gastro de la clinique, j'appelle à 20h, la secrétaire, elle est là, elle me dit je vous passe M ...tu vois, donc c'est super confort, soit il le voit tout de suite, soit le lendemain matin » M 7 « les mecs, les mecs sont super aimables, t'appelles dans n'importe quel cabinet aux alentours, pour avoir l'avis d'un cardiologue, il va prendre les 10 minutes qu'il faut pour taper la discut, pour essayer de trouver une solution avec toi » M 10 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manque de disponibilité des certains spécialistes libéraux</u> « les cardiologues le problème, ils ne sont pas forcément toujours très disponibles dans l'urgence » M 8 « (Secrétaire) '« Ah non mais monsieur machin, il n'aime pas les urgences », « non mais, non mais si il vient comme ça dans la salle d'attente machin, ça va le crispier dès le matin » » M 7
Structures de soins	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Intérêt des « entrées directes » dans les services</u> « ça fonctionne très bien, elle va être prise d'entrée, il va direct en cardio, c'est vrai que ça, c'est une organisation qui est pas mal (...) je pense que le déménagement de la clinique m'a, a un peu changé ma pratique » M 7 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manque de moyens et/ou éloignement des structures</u> « à 1 h d'un centre de pédiatrie, l'hôpital local n'en fait pas partie » M 3 « la technicité, la qualification, c'est des établissements qui ont beaucoup de mal à sortir la tête de l'eau, y'a quand même pas beaucoup de moyen, hein » M 11 « mauvaise expérience avec nos services d'urgence de campagne » M 12
SAMU	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Conseils téléphoniques</u> « on a la possibilité maintenant de faire appel très rapidement aux conseils médicalisés par la régulation publique » M 2 • <u>Reconnaissance de la valeur du MG par le régulateur</u> « quand tu téléphones au 15, t'es quand même heu...enfin, on écoute ce que tu dis » M 9 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Retard généré par l'action du SAMU au cabinet</u> « D'avoir le SAMU c'est bien, c'est pratique, sauf que le SAMU, quand il est chez vous, après il fait ce qu'il veut, il a le temps, » M 8 • <u>Retard d'envoi de moyens au cabinet</u> « quand on dit que c'est urgent et qu'on appelle le SAMU, ce serait bien qu'ils ne mettent pas 3 heures à nous envoyer une ambulance » M 1
Services d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Plateau technique performant</u> « prendre en charge en gastro en urgence pour une hémorragie digestive » M 1 « vous savez qu'il va être réexaminé, il faut vous posez la question du passage par un plateau technique pédiatrique, ne serait-ce que pour les rassurer » M 11 • <u>Communication MG/ Médecin urgentiste</u> « des fois, t'as l'impression que ton appel sert à rien, mais là franchement la personne que j'ai eu, elle a pris les coordonnées, les chiffres que je lui donnais » M 4 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Remise en cause du jugement du MG</u> « c'est ce que je peux regretter, c'est que c'est toujours facile pour les urgentistes de dire, pourquoi il me l'a adressé, pourquoi il vient celui-là » M 3 • <u>Peur du jugement du médecin urgentiste</u> « c'est la crainte de la réaction des urgentistes, des fois où tu te retiens d'envoyer les gens parce que t'as peur (...) j'ai fait une démarche supplémentaire, peut-être parce que je voulais me justifier plus du coup » M 9 • <u>Manque de compétence des urgentistes ?</u> « ils ont du mal à recruter des médecins qualifiés, y'a vraiment de la casse et des erreurs diagnostiques phénoménales » M 12
Ambulance		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manque de moyens de transport</u> « m'ont envoyé l'ambulance qui s'est perdue, qui arrivait pas à nous retrouver » M 1 « des fois, on n'a pas d'ambulance...ça peut paraître dingue mais il n'y a pas d'ambulance... » M 7

Tableau 8 : Soutiens et complications apportés par les acteurs de soins dans la gestion des urgences.

Pour conclure, ils évoquaient le manque de tri à l'accueil des urgences. Ils évoquaient les bénéfices d'une politique de régulation à l'entrée sur la saturation des urgences.

« C'est pas une urgence et tant qu'on ne mettra pas aux urgences un médecin qui dit c'est pas pour nous ça, le motif...on sera confronté à une surcharge de travail des urgences ! (...) Donner le numéro du médecin de garde à l'entrée des urgences pour que quand y'a une connerie, une rhino, une infection urinaire, donnez les coordonnées du médecin qui est de garde à son cabinet, parce qu'il y a toujours un médecin de garde » M 3

« C'est un problème de politique de l'hôpital qui pourrait se donner les moyens de refouler ces gens-là » M 12

3.4.10. Les facteurs médico-légaux

La plupart des médecins se jugeaient influencés par le risque médico-légal.

« J'ai la crainte de l'erreur médicale ; j'ai peur de faire une erreur ; j'ai peur pour le patient mais j'ai peur aussi pour moi » M 9

« À fond, à fond oui j'y pense...j'ai même l'impression que j'ai appris à faire de la médecine en ; non pas pour le bien être du patient, mais pour pas terminer devant le juge ; ça se rejoint la plupart du temps le bien être du patient et pas finir devant le juge, ça se colle pas trop mal, c'est un bon garde-fou en même temps » M 10

Mais beaucoup d'entre eux déploraient le manque de réalité dans certains modes de prise en charge.

« Sur le plan médico-légal, il y a erreur c'est certain mais dans la réalité je n'avais pas tort, » M 5

« C'est très facile de balancer tous les examens possibles et imaginables, ou hospitaliser au moindre doute, comme ça, t'as pas de médico-légal » M 12

Ceux-ci cependant semblaient être influencés en dehors des situations d'urgence.

« Non dans le feu de l'action, je n'ai même pas pensé » M 6

« Pas vraiment dans ces cas-là, parce que là, tu as quand même une question d'urgence vitale » M 9

« C'est plus sur le suivi ; sur l'urgence, t'es obligé de réfléchir assez vite quand même » M 6

Un seul ne se disait pas gêné par ce point de vue médico-légal.

« Non, pas du tout, honnêtement non, moi je vais dire que on travaille en notre âme et conscience, on n'est pas infallible, malheureusement on peut faire des erreurs ; le médico-légal ne m'a jamais, ne m'a jamais, comment dirais-je, influencé » M 8

3.5. Vécu de la prise en charge des urgences

3.5.1 Le stress

Les médecins généralistes considéraient leur emploi comme difficile, en relation avec la douleur, la souffrance et la maladie. Ce métier était une source de stress au quotidien.

« La prise en charge globale ici au cabinet, oui, c'est quand même plus lourd » M 6

« En dehors des urgences, c'est ta responsabilité, est ce que tu as tout mis en œuvre pour, bah pour lui éviter le pire ou les complications...et ça, ça c'est un stress de tous les jours. » M 7

Ce stress s'accroissait avec l'apparition d'une situation urgente.

« Ce qui me stresse beaucoup c'est l'urgence vitale quoi, là où on n'a pas trop de temps(...) On sait qu'il y a des situations qui nous stressent et qu'on n'aimerait pas voir se reproduire trop souvent » M 6

« Ça m'arrive pas souvent, c'est le seul, le seul souvenir de vraie panique(...) Si tu as peur, y'a pas de place pour la peur » M 9

Les situations d'urgence nécessitaient parfois d'avoir recours à des procédés parfois violents et dont les décisions étaient parfois difficiles à prendre.

« Donc on a réussi à ne pas la forcer, je n'ai pas eu besoin de la sédaté » M 10

« On aurait pu être vraiment obligé de la traîner un peu de force, ou de se fâcher avec des paroles qui auraient été un peu compliquées » M 5

« C'est-à-dire que l'urgence vitale nécessite quelquefois des gestes violents(...) sur une prise de possession du corps de l'autre qui est quand même quelquefois agressive. Enfin, le geste est agressif...il se justifie hein, bien entendu » M 11

Ces situations pouvaient s'accompagner d'un état de stress majeur, allant jusqu'à la perte de ses moyens.

« Je me suis quelquefois trouvé en flagrant délit de, de tétanisation. (...) Quelquefois, avec les patients, on est quand même...l'apathie, dans l'urgence mais on bloque un peu quand c'est des urgences vitales, ça m'est arrivé quelquefois d'avoir des temps de réactions un peu longs. Fallait que je me fasse violence » M 11

Les médecins mentionnaient par ailleurs leurs préférences pour les situations claires et leurs difficultés face à l'ambiguïté.

« Je suis plus à l'aise en urgence vitale qu'un truc un peu foireux qui peut dégénérer en urgence vitale...je préfère un truc clairement urgence vitale » M 1

3.5.2 Les satisfactions et les regrets :

Certaines situations graves avaient besoin d'une prise en charge particulière, et il arrivait qu'elles n'évoluent pas comme l'envisageait le médecin. Ceci pouvait entraîner une remise en question chez le médecin.

« Il en a pas dormi pendant 2 jours » M 3

« Je serais très inconfortable si je laissais partir quelqu'un avec un truc foireux, où je ne sais pas s'il va pouvoir me rappeler » M 10

« Au début, je, tu passes la soirée à te dire(...) tu te fais une sorte de carapace pour essayer de gérer bien et pour pas te bouffer la vie 24h/24. » M 12

Ces situations ambiguës pouvaient être à l'origine d'une culpabilité mais aussi d'une forme de regrets quant à l'ensemble de la prise en charge. Cependant, face à l'urgence, la réaction des médecins généralistes était ambivalente. On retrouvait ainsi de la satisfaction lorsque la prise en charge leur avait semblé satisfaisante.

Le tableau 9 évoque les différents regrets et satisfactions cités par les médecins.

	Regrets	Satisfactions
Examen	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Manque d'exhaustivité</u> « Alors j'ai du mal l'examiner, bah oui,...peut être que je me suis pas assez attardée » M 7 « Chose que j'avais oublié de lui demander » M 2 	
Diagnostic	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Erreur diagnostique</u> « voilà, et l'autre, pft, j'ai pas vu ,j'ai pas senti » M 5 « je vais te dire, j'ai loupé une embolie pulmonaire...j'ai toujours pas digéré ça » M 7 • <u>Erreur dans l'appréciation de la gravité</u> « quand je repense au cas, j'ai pas médicalisé parce que c'était pour moi une rechute de sa PNP » M 2 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Diagnostic correctement établi</u> «vous êtes le docteur ? je voulais vous dire que c'est bien d'avoir envoyé machin, c'était un infar postérieur ! Ouh là...soupirs...c'est des bonheurs ça... » M 7
Prise en charge	<p>« avec le recul, je me suis dit, j'aurais dû l'hospitaliser tout de suite, parce qu'on a perdu un petit peu de temps » M 4 « ensuite, j'avais pas ce qu'il fallait, et quand même, j'étais un peu mauvaise, en plus, moi j'ai fait ma pédiatrie à Dieppe ; je suis pas pardonnable » M 9 « J'ai fait une grosse connerie et je voulais savoir comment vous avez survécu » M 1 « malheureusement avec le temps, bah on se dit qu'on n'est quand même pas très efficace (contexte des patients suicidaires) » M 6</p>	<p>« ce qui s'est passé...exactement comme je l'avais prévu et souhaité » M 5 « la satisfaction, carrément oui... d'avoir l'impression d'avoir bien fait » M 8</p>

Tableau 9 : Regrets et satisfactions des médecins face à leur prise en charge des urgences.

Pour les médecins généralistes, cette satisfaction était fondamentale dans leur métier ainsi que dans la gestion des situations d'urgence.

« Maintenant quand je ferme la porte du cabinet, j'ai l'impression d'avoir tout fait correctement » M 12

La reconnaissance des patients vis-à-vis des médecins généralistes était un argument supplémentaire pour la satisfaction du travail accompli.

« La reconnaissance n'est pas proportionnelle à ce qu'on a réussi ou pas » M 5

« Ils ont toujours l'impression aussi que, entre guillemets, ils ont toujours l'impression que leur médecin traitant, il est un peu dieu, qu'il peut faire plein de choses à la maison » M 8

Cependant, la situation d'urgence était parfois telle pour le patient, qu'il ne percevait pas les efforts fournis par le médecin et n'exprimait pas sa reconnaissance.

« Il ne prend pas le temps de te remercier parce qu'il se rend pas bien compte » M 10

Enfin, l'exercice des médecins face à l'urgence en particulier était associé à la reconnaissance ou la critique de leurs pairs.

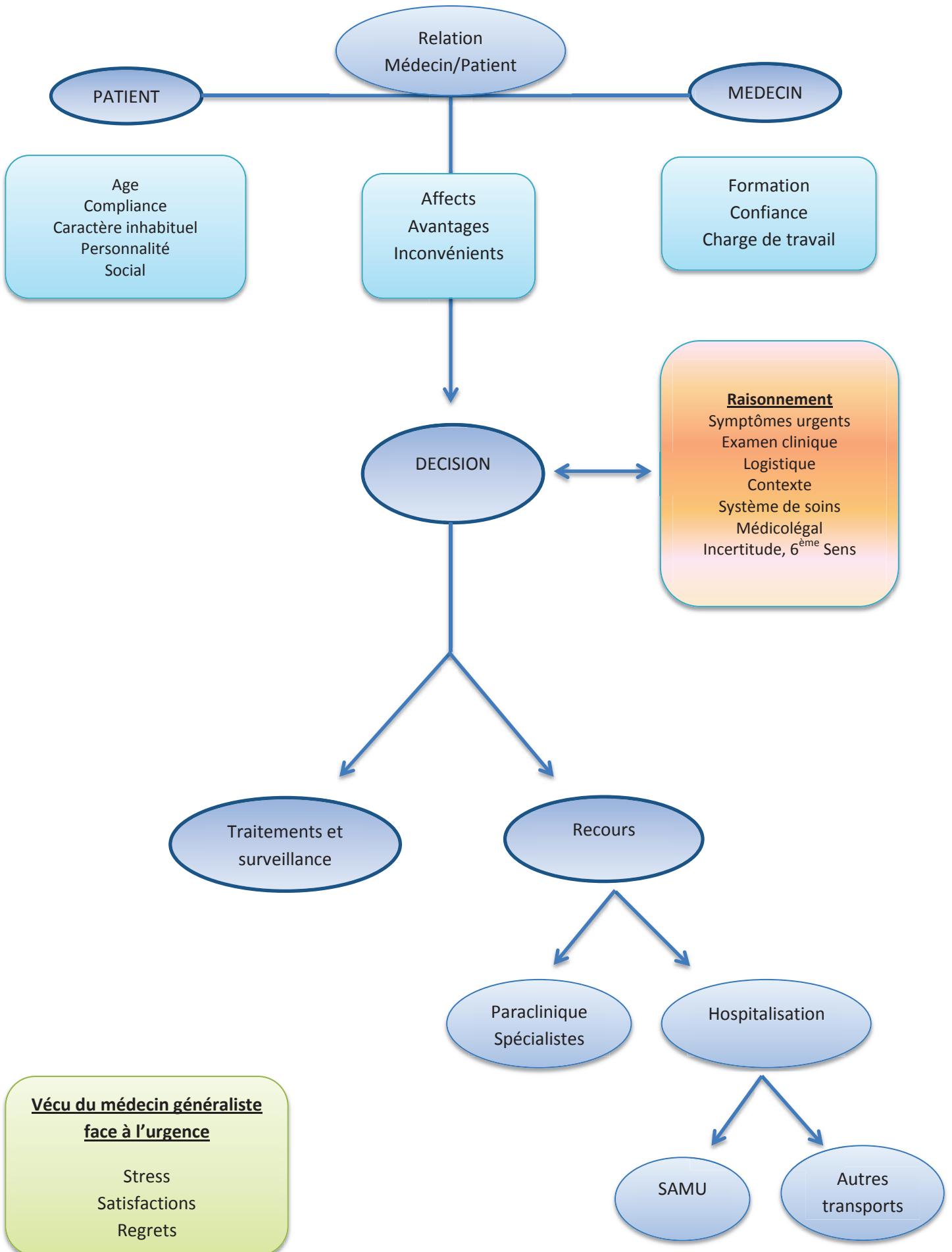
« Le jugement de tes pairs (...) on est formé comme ça, on est jugé par nos pairs tout le temps » M 9

« C'est la crainte de la réaction des urgentistes, t'as peur un peu du regard de tes collègues » M 7

« Reconnaissance en général, ou des autres médecins ou des urgences » M 5

Le schéma ci-dessous tente de résumer l'ensemble des éléments déterminants la prise en charge.

Figure 4 : Schéma récapitulatif de la prise en charge des urgences par le médecin généraliste.



DISCUSSION

La médecine générale est une discipline complète qui regroupe plusieurs fonctions. Nous avons souhaité revenir tout d'abord sur ses principes et sur le ressenti des praticiens face à leur exercice quotidien, avant d'aborder la problématique de l'urgence.

1. La médecine générale

Dans notre étude, les médecins évoquaient une profession aux composantes multiples. Elle fait appel à de nombreuses ressources de la part du clinicien. Les qualités humaines ont été soulignées par les médecins questionnés et sont jugées indispensables pour exercer et prendre en charge des populations variées. En effet comme l'indique la WONCA (1), 10 principes fondamentaux (45) régissent le métier de médecin généraliste. On retrouve entre autre la nécessité de s'adapter à des populations extrêmement variées, le suivi au long cours et la prise en compte de l'environnement du patient. Ces principes sont naturellement pris en compte par le médecin généraliste et lui permettent d'avoir une connaissance globale de sa patientèle. Mais cette connaissance est fondée sur une expérience qu'il lui faut acquérir. Notre enquête a permis de mettre en évidence l'importance de la connaissance du patient dans une situation d'urgence. Ce suivi régulier est primordial pour prévenir un certain nombre de situations grâce au dépistage ou à l'éducation des patients. (45)

Lors des entretiens, les médecins interrogés se sont attardés sur leur exercice au quotidien et leurs missions dans le système de santé. Ils ont ainsi mentionné le manque de valorisation de certains actes effectués en cabinet. Selon les définitions de la WONCA, le médecin généraliste, quel que soit le lieu de son exercice, doit être en mesure de répondre à un problème de santé en soins primaires et d'« *exécuter avec sécurité les gestes les plus fréquents en médecine générale* »(45). Ceux-ci ne sont pas toujours possibles à réaliser du fait de l'organisation du cabinet et du matériel disponible. En effet, certains actes comme les sutures ne sont que peu valorisées par les pouvoirs publics. (13). D'autres actes sont perçus comme peu mis en avant comme les actes de surveillance de gynécologie, de suivi de grossesse ou de nouveau-né. (46) La gestion du cabinet et des tâches administratives est souvent pointée du doigt comme une des difficultés liées à cet exercice. Ainsi l'enquête menée par l'institut BVA sur « le rôle et la place du médecin généraliste en France » (47), démontre que cette pression administrative exercée sur les médecins généralistes est un argument contre le choix de cette spécialité : 38% des internes interrogés jugent que c'est une cause de renoncement face aux autres spécialités. Cette lourdeur administrative a été de nombreuses fois évoquée par les généralistes rencontrés comme un stress et une complication de leur exercice.

De manière générale, les médecins de l'étude aiment leur métier et apprécient leur travail de tous les jours. Ceci est corroboré dans des études sur l'ensemble de la population médicale. 82% des médecins interrogés par l'institut BVA se considèrent comme satisfaits de leur exercice professionnel. (47) Tous les médecins ne font pas ce choix volontairement, avec parfois un sentiment d'échec en début d'exercice. Un échec perçu par eux même et dans certains cas par la population.

- « Et tu fais quoi comme métier ?
- Médecin généraliste.
- Et après, tu vas te spécialiser ? » (48)

Mais la majorité choisit cette profession par vocation : 76 % selon l'enquête BVA.

Cette profession, parfois vécue comme un sacerdoce est jugée difficile à exercer par les médecins. Cela a été mentionné dans les entretiens, en particulier quand à la séparation entre la profession et les relations familiales. Le médecin est souvent perçu comme une fonction plutôt que comme une personne. Un « métier constitutif de la personne qui l'exerce » (47). De plus, la quantité de connaissances qu'il faut accumuler pour exercer sereinement est également un frein au choix de la médecine générale. Une autre difficulté dans l'exercice provient de la confrontation à des situations difficiles quotidiennes.

L'évolution de la médecine et de la médecine générale en particulier tend à faire disparaître le généraliste. Les médecins interrogés expriment leur détresse face à un temps de consultation réduit au profit d'actes administratifs. Ceci est également démontré dans d'autres études sur la médecine générale. (47). En effet, de nombreux médecins se considèrent avant tout comme des médecins de famille. Cette médecine de famille, surtout perçue en exercice rural est basée sur la connaissance du patient et de son environnement. Les médecins de notre étude reconnaissent des liens puissants avec leur patientèle et ils craignent la disparition de cette médecine de proximité. Cependant, la population générale a encore une représentation très positive de la médecine et particulièrement du médecin généraliste qui reçoit 91% d'avis favorables lorsque l'on demande aux français quelle est leur opinion sur les médecins généralistes. (47)

En raison de cette évolution de la médecine qui devient très technique et portée sur les examens complémentaires, le médecin généraliste ne trouve pas toujours sa place. Certains médecins rencontrés craignaient que cette évolution risque d'ignorer à terme le sens clinique et la complexité humaine. Les diagnostics et prises en charge reposent aujourd'hui principalement sur les examens complémentaires et le médecin a désormais l'impression de ne plus pouvoir exercer la médecine comme on le lui a appris. « La démarche intellectuelle consacrée par l'usage permettant d'identifier une maladie à partir de la hiérarchisation des symptômes recueillis à l'interrogatoire du patient et des signes constatés au cours de l'examen clinique reste le processus de base de la médecine quotidienne : les informations complémentaires, mais souvent déterminantes, fournies par la biologie, l'imagerie médicale, les banques de données, informatisées ou non, la génétique etc...devraient en principe n'être consultées que dans un deuxième temps. » (49)

En outre, le médecin généraliste est en droit de se demander où est sa place dans le système de soins, et particulièrement en cas d'urgence. A-t-on encore besoin de lui devant la profusion des structures intermédiaires et l'augmentation du recours spontané aux services d'urgence ? La société lui laissera-t-elle conserver cette mission de premier recours ? Quant à lui, souhaite-t-il garder ce rôle au vu des risques et contraintes que cela entraîne ?

2. L'urgence

Les urgences sont un motif de recours fréquent au système de soins par la population. Depuis quelques années, la définition de l'urgence s'est modifiée et étoffée. Elle s'est adaptée aux soignants mais aussi à la société. Gentile et al confirment qu' « il n'y a pas une perception unique de l'urgence, mais plutôt de multiples réalités, propres aux acteurs qui y sont impliqués. » (8)

2.1 Différentes perceptions de l'urgence

2.1.1 Pour le médecin :

La plupart des médecins interrogés ont mentionné les définitions basées sur la nomenclature OMS. Ces gradients d'urgence, classés CCMU ont tout d'abord été définis par l'armée puis adaptés à la vie civile. Cette classification de l'urgence est basée sur les gestes et thérapeutiques à instaurer en fonction d'un niveau de gravité. Une autre définition serait « la mise en danger à brève échéance, l'heure ou la demi-journée, de l'intégrité physique voire de la vie d'une personne. » (13)

Mais on assiste à une évolution de cette perception de l'urgence. L'étude a déterminé plusieurs éléments qui s'intégraient dans la perception de l'urgence, en dehors de l'état clinique instable. Ainsi une situation de doute entre plusieurs diagnostics dont l'un était potentiellement urgent justifiait une prise en charge plus attentive. De la même façon, quelques mots glissés lors d'un appel téléphonique ou le mode de présentation du patient qui frappe à la porte en situation de détresse pouvaient légitimer une consultation rapide. D'après le Docteur Jourden (9), dans la pratique quotidienne se recoupent les notions d'urgences, de permanence des soins et de régulation des appels. En outre, la perception est souvent jugée sensiblement différente pour le médecin généraliste qui peut voir l'urgence comme un soin non programmé qui modifie son organisation, et l'urgentiste qui évaluera l'urgence avant tout d'un point de vue vital. (8) Cette différence de perception de l'urgence peut dans certains cas être source d'un dénigrement des médecins généralistes par les urgentistes, ce que déplorent quelques médecins de notre enquête.

2.1.2 Pour la société :

Les médecins interrogés décrivaient un recours en urgence de plus en plus fréquent des patients pour des motifs finalement non urgents. Cette évolution du comportement des usagers de soins est également retrouvée dans de nombreuses études. (6, 7, 8, 20, 21) Selon ces études, cela vient en partie du changement de perception de la notion d'urgence par la population. Le patient évolue dans un monde où tout va plus vite. Il souhaite par conséquent une prise en charge efficace et complète dans un délai bref. (2). La population semble évoluer sur un mode consumériste où la gravité n'est pas toujours l'argument de recours majeur. (8) Selon une étude réalisée en 2001 en Bretagne sur les consultants d'un service d'urgence, « la moitié des patients interviewés ne considèrent pas leur situation comme urgente ». (6,7)

On considère que sur 100 appels reçus par les médecins, 10 représentent une menace à court terme, 20 nécessitent une prise en charge rapide par un médecin et 70 apparaissent comme des incidents

qui perturbent la vie quotidienne. Ces situations, sources de stress et d'angoisse justifient alors l'assistance d'un médecin. (50, 51)

Dans ces situations de demande de recours urgent, le médecin généraliste joue un rôle crucial et central dans la gestion et la prise en charge des patients.

Cependant, cette évolution de la perception de l'urgence par la population a un impact important sur la mission du généraliste. Ce recours urgent non justifié a tendance à surcharger son emploi du temps et l'oblige à être particulièrement vigilant sur les motifs et les examens afin de ne pas méconnaître une réelle urgence.

2.2 L'urgence en médecine générale

De nombreuses urgences étaient rencontrées en cabinet de médecine générale. Quelques-unes ont été prises en charge exclusivement par le médecin de famille tandis que d'autres nécessitaient une prise en charge complémentaire par un service hospitalier : SMUR ou SAU.

2.2.1 Définition de l'urgence en médecine générale

Notre étude montre que les médecins généralistes gèrent de nombreuses situations urgentes dans leur pratique quotidienne. Cependant, les urgences présentées par les médecins interrogés se trouvaient être dans la majorité des cas des situations où ils avaient eu recours à un service d'urgence ou au SAMU. Certes la plupart étaient liées à des événements marquants, mais cela a justifié une remise en cause de la définition de l'urgence en médecine générale. Toutes les définitions sont semblables et réparties entre urgence vitale, vraie, différée et ressentie. (10) Ainsi, tous les médecins ont la même définition de l'urgence acquise durant les études.

Cependant, dans le cadre de l'exercice de médecine générale, et dans cette étude en particulier, la notion d'urgence rencontrée en cabinet est légèrement différente. Les médecins admettent les différentes définitions et les connaissent. Mais dans leur pratique quotidienne, ils considèrent comme une urgence une situation potentiellement grave sur le plan symptomatique et qu'ils ne peuvent gérer seuls au cabinet. Le besoin de recours est un argument de poids dans la perception de l'urgence. Une situation qui nécessite une prise en charge rapide n'est pas considérée comme une urgence s'ils ont la possibilité de l'organiser. De même, s'ils ont la possibilité de surveiller ou de contrôler l'évolution, ils ne perçoivent pas ces situations comme des urgences. Nous n'avons retrouvés dans la littérature que peu d'articles évoquant ces différences de perception des urgences entre les différents acteurs de soins. (8) Les différents articles sur les urgences en médecine générale (28, 29, 52) ont jugés les urgences telles qu'elles se présentaient, sans analyse de la notion d'urgence par le généraliste. Cela a pu dans certaines circonstances, dans notre étude, biaiser la notion d'urgence et pourrait justifier une meilleure communication entre les différents acteurs de soins.

2.2.2 Urgences rencontrées en médecine générale.

On retrouvait une grande variabilité et une grande proportion d'urgence en cabinet de médecine générale. Cette activité liée aux recours non programmés représente jusqu'à 12 % de l'exercice des généralistes libéraux (21) Tous types de symptomatologie peuvent être rencontrés. Dans notre étude, de nombreux cas différents ont été évoqués. On remarquait cependant une grande proportion de pathologie cardiovasculaire et de consultations liées à une douleur qu'il faut soulager. D'autres études ont également montré cette prévalence importante de la douleur comme motif de consultation. Ainsi, l'enquête de la DREES sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale retrouve un taux de près de 40% de patients consultants pour des douleurs qu'il faut apaiser. (53, 20) La littérature dans l'ensemble recense un grand nombre de diagnostics courants rencontrés en urgence en médecine générale : asthme aigu, convulsions, anaphylaxie ... (41). Les recours principalement retrouvés sont souvent les pathologies cardiovasculaires (53, 21, 28) qui sont également le motif le plus fréquent de recours aux soins hospitaliers secondairement. (23) La revue médicale suisse, par exemple, publie régulièrement des revues spéciales consacrées aux urgences en médecine générale avec les situations qui peuvent être rencontrées au cabinet et qui sont à la frontière entre la prise en charge ambulatoire et hospitalière. Ces numéros reprennent un certains nombres de situations rencontrées en médecine générale et accentuent sur les différents éléments qui justifient un recours au système de soins hospitalier. (54→61). D'autres publications mentionnent les urgences auxquelles les médecins généralistes sont confrontés et la façon de les prendre en charge. (62,63, 64) Ainsi sont développés les bonnes pratiques et des tableaux récapitulatifs de prise en charge de l'anaphylaxie, de l'asthme aigu grave, les urgences pédiatriques... (65, 66, 67) en fonction du matériel et de l'organisation du cabinet médical généraliste. Dans notre étude, la perception de la fréquence des urgences au cabinet était assez disparate. Certains jugeaient en voir beaucoup, jusqu'à 2 ou 3 par semaine, tandis que d'autres estimaient cela plutôt rare. La littérature de la même façon fait état de données variables. Les proportions d'urgences semblent varier en fonction du lieu d'exercice, les ruraux voyant plus d'urgences que les libéraux exerçant en ville. (41). Les motifs de recours varient également selon l'âge et le sexe des patients. Les enfants consultent plus pour des infections, tandis que les patients âgés sont plus à risque d'urgences cardiovasculaires et de chutes. (28)

La quantité d'urgences prises en charge par les médecins généralistes a tendance à être sous-estimée (28). Selon une extrapolation de Johnston and al, « avec une moyenne de 11,6 urgences par an et par généraliste, les médecins de famille d'Australie ont la potentialité de gérer 220 000 urgences nécessitant une réanimation. Cela représente un chiffre considérable et une contribution pour la santé du pays, qui mériterait de valoriser le travail des généralistes en améliorant la formation et les ressources. » (41)

Notre étude est donc cohérente avec les données de la littérature sur la grande variabilité de fréquence et de types d'urgences.

2.3 Rôle du médecin généraliste

2.3.1 Rôle lié à la relation médecin malade.

Le médecin généraliste face à l'urgence a un rôle tout à fait spécifique et nécessaire. La relation tissée avec le patient lui permet de prendre des décisions en connaissant l'environnement et la réaction du patient. Il connaît la complexité de son patient ce qui permet de prendre la meilleure décision par rapport à cette connaissance. (29) C'est le seul intervenant en urgence qui possède cette connaissance et cette vision globale de la situation. Le rôle de médecin de famille face à l'urgence est souligné lors de notre étude. « On nous demande des avis sur des trucs par rapport à une prise en charge hospitalière, où il (le patient) préfère avoir l'avis du médecin traitant qui connaît la famille...ça aide pour prendre la décision... » M 11. Cette mission du médecin de famille permet également, si l'évolution est défavorable de prendre des décisions éthiques, basées sur la connaissance du patient, de ses choix afin de ne pas aller trop loin dans une voie que ne souhaite pas le patient. Les interrogations de chaque médecin sur cette vision éthique sont légitimes « l'arrivée de patients très âgés, augmentant (...) les problèmes de décision d'ordre éthique (jusqu' où soigner ?). »(68) La connaissance des patients et de leur entourage permet de parvenir plus facilement à des décisions concertées. Le médecin d'urgence est le médecin de famille dans la majorité des cas. Cela serait un facteur d'optimisation des soins et de limitation d'hospitalisation. (29) Selon l'étude de la DREES et des Observatoires Régionaux de la Santé ORS) c'est le médecin de famille qui a assuré la prise en charge de l'urgence de 67% de patients en demande de soins. (53, 69, 70)

Cette relation est basée sur une connaissance de longue date et un suivi au long cours. Cela permet une compréhension approfondie que les médecins généralistes estiment perdre avec l'apparition des maisons médicales de grande taille. En effet, le suivi ne se fait plus systématiquement par le même médecin et ils craignent la dilution de cette connaissance entre plusieurs intervenants.

2.3.2 Rôle lié à la prévention.

Le médecin généraliste a de nombreuses spécificités. Il doit, entre autre, avoir un rôle d'éducation du patient face à sa maladie et de prévention d'un point de vue individuel et publique. La société s'oriente de plus en plus vers la prévention et la surveillance. Les patients souhaitent être protégés en amont des pathologies qu'ils pourraient contracter. (4) De nombreuses campagnes ont été effectuées sur le tabac, l'alcool ou plus généralement sur le surpoids et les problèmes cardiovasculaires. Le médecin généraliste a un rôle prépondérant dans cette éducation, même si la population continue à consulter en majorité en raison d'un problème de santé et non pour la prévention de celui-ci. Cette action de prévention représente une proportion importante de l'activité des médecins généralistes. (71) Cette évolution oblige à modifier l'exercice des médecins généralistes mais aussi la relation qu'ils ont avec leurs patients. Dans le cadre de l'urgence, les médecins interrogés ont mentionné la prévention comme une éducation du patient ou de sa famille. Celle-ci peut intervenir dans les consignes laissées sur les ordonnances d'arrêter un traitement diurétique en cas de troubles digestifs, ou bien dans la promotion de l'hydratation chez les jeunes enfants atteints de gastroentérite aiguë. Toutes ces actions de prévention ont une incidence sur le recours aux urgences.

Le médecin généraliste a un rôle majeur dans la prise en charge des urgences, il est le premier contact de soins de la population. (31, 72) L'évolution du système de soins, l'augmentation de la charge de travail et les recours pré-hospitaliers éloignent le médecin de premier recours de la médecine d'urgence. Ils regrettent de ne plus avoir spontanément leur place dans la prise en charge des urgences. (13, 73)

2.4 Prise de décision

La prise de décision est complexe et répond à l'influence de multiples facteurs. Le médecin généraliste doit faire intervenir ses connaissances scientifiques et les connaissances qu'il a du patient et de sa situation pour parvenir à une décision qui soit cohérente avec l'état clinique et les ressources disponibles. Chaque décision repose sur un faisceau d'arguments spécifiques. (115) Chaque médecin est unique, chaque patient est unique et la relation qui les unit l'est tout autant. La décision qui découle de ces arguments est spécifique à une situation donnée. Lorsque les patients se présentent au cabinet médical, ils viennent chercher un avis, un diagnostic, un traitement. Le médecin généraliste est le premier recours dans la majorité des cas, et la symptomatologie n'est pas toujours complète « comme dans les livres ». Le but final de la consultation est d'obtenir une hypothèse diagnostique de laquelle vont découler des examens pour confirmer ou infirmer cette hypothèse et un traitement pour soulager la plainte. (49)

Pour prendre la bonne décision, le médecin fait intervenir son apprentissage, ses expériences antérieures et sa perception. Son jugement est principalement basé sur le raisonnement hypothéticodéductif. Depuis quelques années se développe également le concept d'Evidence Based Medicine qui vise à « appuyer la pratique thérapeutique et préventive sur le plus de preuves possibles... » (74, 75) Celle-ci s'apparente à une forme de « Check List » qui recense les diagnostics différentiels face aux symptômes et constitue des arbres décisionnels pour s'assurer de l'enchaînement des étapes diagnostiques. (49)

Lors de la prise en charge, de nombreux éléments interviennent. La plupart sont objectifs et reposent sur des données identifiées et reconnues, comme les recommandations. Comme décrit dans cette étude ainsi que par d'autres, certains éléments n'étaient pas objectifs mais influençaient la prise en charge. Tous ces éléments rassemblés orientaient le médecin vers une ou plusieurs voies qu'il lui fallait choisir. Les médecins généralistes se considèrent comme des personnes différentes avec une part d'unité professionnelle mais aussi comme des individus avec leurs spécificités propres. Ils revendiquent un droit à une réflexion personnelle, qui n'est pas forcément la bonne mais qui est le plus souvent adaptée au médecin, au patient et à leur environnement.

Que ce soit dans la pratique quotidienne ou dans le contexte de l'urgence, le médecin doit faire face à une situation et décider en connaissance de cause. Pour cela, il s'appuie sur de multiples données, que sont les facteurs de décision.

2.4.1 Facteurs décisionnels objectifs

Ils sont très nombreux ; certains sont retrouvés également comme des facteurs créant ou influençant l'incertitude ou le sens de l'alarme. On ne peut pas réellement les dénombrer car l'ensemble de l'environnement en fait partie. Tous les médecins de l'étude l'ont évoqué, c'est l'ensemble de ces éléments qui va conditionner la prise de décision et par conséquent la prise en charge. « C'est quand même un faisceau d'arguments, gravité liée au terrain, à la famille, à l'entourage, social quoi » M 9

A. Lié à l'urgence elle-même

L'urgence et la symptomatologie sont bien entendu les facteurs prépondérants dans la décision. L'examen clinique et les éléments objectifs retrouvés sont majeurs dans la prise en charge. Le fait qu'un patient ait déjà tenté de prendre un traitement sans succès est ainsi mentionné comme un facteur de gravité. De la même façon, les douleurs thoraciques sont jugées à part des autres symptômes en raison du grand nombre de pathologies qu'elles peuvent regrouper et les implications que celles-ci peuvent avoir. (76, 77) Les pathologies cardiovasculaires sont les motifs de recours les plus fréquents en urgence, mais également les motifs de transfert vers des structures hospitalières, souvent en raison des risques qu'elles font courir et de l'incertitude de l'évolution. (28, 23)

B. Lié au médecin

Le médecin est un acteur principal de la décision. Les études sont longues et les stages en secteur hospitalier ou ambulatoire permettent d'acquérir de l'expérience. Cette expérience semble être un facteur important dans la prise de décision. Vermeulen et al l'expriment bien dans la revue médicale suisse : « le savoir d'action est acquis et se nourrit principalement de l'expérience et des situations rencontrées(...) un enseignement efficace comporte une part de confrontation. » (78) Dans notre étude, on ne remarquait pas particulièrement de différence selon les caractéristiques générales des médecins. Mais certains ont évoqué leur expérience professionnelle antérieure comme un argument majeur dans leur mode décisionnel. (79, 31)

Les recommandations ont également été mentionnées pour leur difficulté à être utilisées dans la pratique quotidienne. L'exercice médical libéral est alors perçu comme une « autre médecine », personnalisée mais qui s'écarte des « bonnes pratiques »(68)

C. Lié à la relation médecin/malade

La relation médecin/malade était mentionnée à de nombreuses reprises dans l'étude. La plupart du temps c'est dans le contexte de l'exercice de la médecine générale. De nombreuses études ont été réalisées sur cette relation entre le soignant et le soigné, en particulier par l'intermédiaire des groupes Balint. (80) Dans l'urgence, cette relation était toujours présente mais le patient, qui vient dans un contexte de stress, ne s'en rendait pas toujours compte. Les médecins appréciaient leur proximité avec leur patient. La connaissance que le médecin a de son patient était pourtant primordiale dans la gestion de l'urgence. Nous avons souligné l'importance du mode de fonctionnement du patient, et entre autre le caractère inhabituel de sa présentation. Le changement de comportement du patient était un argument de plus dans la décision. (81, 82)

Malgré tout, la connaissance peut parfois être considérée comme un inconvénient à la perception de l'urgence et dans sa gestion. Ceci peut être lié à des affects trop importants entre les deux protagonistes.

La connaissance du patient est mesurée sur une durée de suivi mais aussi à la compréhension qu'a le médecin de l'environnement du patient. La notion de médecin de famille prend alors toute sa dimension.

D. Lié au patient et à son environnement

Tout au long de notre formation, on nous a enseigné de prendre le patient dans sa globalité et de ne pas se limiter aux symptômes. (2) Le patient se place au centre d'un processus où règnent sa famille, son travail, son contexte social, sa personnalité. Tous ces éléments vont influencer sur le mode de prise en charge. Dans 10% des cas, la décision ou l'orientation serait influencée par le contexte social (21, 53). Les ressources, hors financières dont est muni le patient vont aussi grandement influencer sur cette prise de décision. Nous avons vu que les angoisses étaient un motif fréquent de recours en urgence, mais celles-ci sont aussi une part de la démonstration du sentiment d'urgence. (29, 21) L'âge des patients est un facteur décisionnel majeur, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses et présentent souvent des tableaux abâtardis et de multiples pathologies qui peuvent décompenser. Les enfants, de la même façon, sont un motif de recours important, mais également de transfert vers un centre hospitalier pour mieux appréhender la situation. (21, 53, 83, 66)

E. Lié à la relation entre le médecin les autres acteurs de soins

A de nombreuses reprises dans l'étude, les médecins interrogés ont exprimé des critiques envers leurs collègues. Ces critiques étaient principalement positives mais certaines expériences négatives ont été abordées par les médecins. Les publications sont en rapport avec notre étude sur cette variation de perception. (84, 85) Ces expériences avec d'autres acteurs de soins influent sur la prise de décision. Le recours à certains spécialistes ou services pour étayer un diagnostic est plus facile si le vécu antérieur est bon. Hanhart et al ont ainsi défini que 57% des médecins jugent avoir de bons rapports avec les services d'urgence tandis que 11% jugent que cette collaboration n'est pas de bonne qualité. (73) D'autres études menées évoquent également ces relations entre les différents acteurs de soins et leurs implications dans la gestion des urgences. (73) Certains mentionnent que l'exercice lié aux urgences devrait être réservé aux spécialistes. Les médecins généralistes se sentent alors écartés d'un système de soin auquel ils appartiennent. (13, 86)

F. Lié à l'organisation du système de soins.

On assiste actuellement à une flambée du nombre de consultations aux urgences par la population pour des motifs considérés comme relevant de la médecine générale. Pour certains, cette attitude consumériste de la population est liée aux nombreux examens complémentaires réalisés dans un service d'urgence. Les services d'urgence sont alors souvent considérés comme des « **supermarchés d'examens complémentaires** » (68). Dans certains cas, cette profusion d'examens et les dépenses que cela entraîne, sont liées aux recommandations et à la problématique médicolégale présente dans les pensées de nombreux médecins. La crainte d'une erreur médicale et de ses répercussions est un facteur décisionnel dans la demande d'examens complémentaires. (87) Pour certains, le DMP a alors un rôle à jouer dans la diminution des coûts de la santé. Humbert et al

évoque « la réduction de certaines inadéquations entre l'offre et la demande, le dogme et le praticable... » (29) En effet, quelques médecins évoquaient le coût de leurs prises en charge et celle-ci était parfois jugée excessive face aux symptômes rapportés.

Cependant, elle semble être aussi le fait de la diminution de la démographie médicale, surtout en ce qui concerne les médecins généralistes. La démographie médicale a beaucoup évolué avec une diminution du nombre de médecins, qu'ils soient spécialistes ou généralistes. Le concept de réseau fait alors son chemin pour replacer le patient au centre du processus et permettre une meilleure prise en charge. (2)

Les médecins généralistes interrogés regrettent une charge de travail qu'ils jugeaient de plus en plus abondante et qu'ils devaient gérer, en plus des urgences qui se présentaient. (88, 89) Le travail en réseau est ainsi synonyme d'une meilleure prise en compte du patient, mais aussi d'une augmentation de la charge de travail du généraliste. Certains ne peuvent plus surveiller des situations qu'ils jugeaient pourtant « border line » en raison des symptômes mais aussi de l'incertitude diagnostique. Cependant, les médecins eux-mêmes ont évolué et ne veulent plus être appelés à toute heure du jour et de la nuit. (50, 85) Ainsi : Roger et al mentionnent cette évolution de la médecine et évoquent la problématique de la permanence des soins. (2)

G. Lié au contexte spatio-temporel

L'exercice professionnel est lié au lieu d'exercice. A de nombreuses reprises nous avons parlé de cette différence ville campagne dans la constitution de la patientèle ou la personnalité des patients, mais aussi de leurs relations avec le médecin. On la retrouve également dans le matériel disponible (46) et sur les modes de vie des populations. Ainsi, les médecins généralistes ruraux ont une disponibilité plus importante que les citadins. (42) Tous ces éléments ont une incidence sur la prise en charge. Mais la localisation du cabinet ou l'heure de consultation influencent beaucoup la décision prise par le médecin. Lorsqu'une situation urgente se présente ou que le phénomène du « 6^{ème} sens » se manifeste, le médecin a besoin d'éléments pour étayer son impression ou son diagnostic. Or, pour un même motif, la consultation de 20 heures ou de fin de semaine n'aura pas la même prise en charge que celle du lundi matin. (88) La localisation joue également de par les recours dont peuvent avoir besoin les médecins généralistes en matière de spécialistes, mais aussi de plateau technique parfois éloigné de leurs lieux d'exercice. (90)

H. Lié au contexte logistique

Les conditions d'exercice étaient différentes pour chacun des médecins interrogés. Le mode d'exercice et de secrétariat varie beaucoup d'un cabinet à un autre. La présence de personnel sur place était le plus souvent jugée comme un apport en situation d'urgence. Sempowski et al soulignent l'importance d'un travail d'équipe dans la gestion des situations d'urgence. (52) Ainsi la présence d'une secrétaire qui peut juger de la gravité d'un patient est souvent mentionnée dans cette étude comme dans la littérature. (91, 92) Certains médecins continuent cependant à faire de la régulation personnelle et cela permet de temporiser certaines situations. « La distinction entre appel urgent ou non urgent dépend du degré de compétence de l'intermédiaire répondant à l'appel. Au téléphone, le médecin, grâce à sa connaissance du patient, au ton de sa voix, aux questions posées, recueille les indices qui permettent de décider d'une intervention... »(10) D'autres études appuient l'importance que revêt la régulation téléphonique en situation d'urgence comme en témoigne

l'apparition depuis quelques années de la régulation par un médecin des centres 15. L'appréciation est jugée meilleure par des médecins que par des personnels soignants formés. (93)

Dans le cabinet, les patients urgents ou non se retrouvent souvent dans une salle d'attente commune. La plupart du temps, cela n'influe pas sur la décision du médecin mais il arrive que l'angoisse du patient se transmette à l'ensemble de la salle d'attente. Dans notre étude, il semble que cela ait parfois favorisé une prise en charge rapide et même la décision qui s'en est suivie. Tous les patients en attente ne ressentaient pas de la même façon cette situation, ce qui pouvait créer du stress pour le médecin. Dans un contexte d'urgence, le médecin sait également que sa salle d'attente continue à se remplir pendant qu'il s'efforce de gérer au mieux la situation avec son patient.

Aucun des médecins interrogés ne possédait le même équipement au cabinet, on retrouvait de grandes disparités sur l'utilité ou non de tel ou tel matériel. L'ECG par exemple a été ainsi jugé inutile ou indispensable selon les praticiens. Il n'existe à ce jour aucun texte de loi en France mentionnant les instruments et traitements à avoir au cabinet. Il en est de même dans les pays anglo-saxons comme l'Australie où seules des recommandations existent.(41, 62, 28) On retrouve néanmoins une profusion d'études et de propositions de trousse d'urgence dans la littérature.(10, 92) Dans l'équipement du cabinet médical,(46) le Docteur Le Goaziou évoque l'importance de disposer du matériel nécessaire pour examiner dans des conditions satisfaisantes les différentes populations susceptibles d'être rencontrées en médecine générale. Il souligne ainsi l'importance d'un « coin enfant » et de la possession du matériel d'examen gynécologique. Le matériel et la formation spécifique doivent être en corrélation avec le type de patientèle que suit le médecin généraliste (52, 46, 64) Enfin, revient l'interrogation sur la possession d'un ECG, qui semble justifiée devant la forte proportion de consultations pour motifs cardiovasculaires. Les raisons de non investissement dans l'ECG sont les mêmes que celles retrouvées dans notre étude : manque de compétence, indications peu fréquentes et coût.

Dans le contexte de l'urgence, la possession de traitements de premier recours est primordiale et permet souvent d'atténuer la gravité et de favoriser une bonne évolution de la situation en attendant les secours tels que le SAMU ou l'ambulance. (23) Notre étude ne fait pas exception quant à l'importance de posséder ces traitements au cabinet. Les médecins interrogés ont à diverses reprises utilisé des thérapeutiques pour évaluer de la gravité d'un état clinique. Ils ont aussi parfois été pris au dépourvu en cas de manque de ceux-ci. Les études étrangères retrouvent ce type de problème à propos du matériel qu'il faut posséder au cabinet médical. (41). La localisation du cabinet joue encore un rôle dans la possession de matériel puisque les médecins exerçant en milieu rural semblent plus équipés. (46)

Notre étude a évoqué la problématique des Défibrillateurs Semi-Automatiques, qui ne sont pas toujours à portée des médecins généralistes. Toback and al ont mentionné les avantages et risques que comporterait la possession d'un DSA au cabinet. Certes notre politique de développement et d'installation de ces appareils est récente mais fait écho à des études sur les répercussions majeures de ce type d'installation. (30)

2.4.2 Facteurs décisionnels subjectifs

A. L'incertitude

La prise de décision est un exercice difficile en médecine générale. Il persiste toujours la crainte pour le médecin de ne pas avoir fait le bon choix ou bien d'avoir fait courir un risque à son patient. « Ceci explique chez certains l'existence de hantises -passer à côté de quelque chose de grave, perdre un client » (68) Dans notre étude, de multiples éléments ont été intégrés pour arriver à cette décision. Le doute diagnostique en faisait partie et justifiait souvent pour les médecins généralistes d'avoir des examens complémentaires ou l'avis d'un tiers. Avoir un second avis face à une situation permet de la gérer plus sereinement. « La prise de décision solitaire » C'est le lot quotidien du médecin généraliste, même si l'exercice de groupe se développe et permet un soutien. Ce doute diagnostique est source de stress, plus particulièrement en situation d'urgence qui exacerbe les sensations. Chaque médecin a son propre niveau de tolérance du doute et doit l'intégrer dans sa prise en charge. (94) La connaissance de l'épidémiologie est toujours un argument mais d'autres facteurs doivent intervenir. Selon les Dr Sanche et Caire Fon, la méthode de pensée même du médecin évolue lors d'un doute. Elle passe d'une évolution linéaire « à un modèle plus complexe dérivé du biopsychosocial » (95) où il devra avant tout caractériser les problèmes et juger de l'urgence. Pour mieux gérer ces épisodes d'incertitude, le médecin est enjoint à favoriser la relation médecin/malade, à bien évaluer et analyser le problème, à proposer un traitement avec des explications. Mais surtout, et les médecins interrogés l'ont également mentionné, il y a l'importance de la réévaluation, du contrôle clinique et la nécessité de laisser des consignes claires et compréhensibles.

Nombre de médecins ont noté l'importance de leur confiance au moment de la prise de décision. Quand une décision était prise, il ne fallait pas revenir en arrière mais justifier cette prise en charge. Tout comme l'incertitude, la confiance en soi est un processus nécessaire qui influence la prise en charge. La confiance du médecin en ses capacités dépend de son expérience, principalement dans l'exposition aux situations. (31, 41). 7 % seulement de l'effectif d'une étude suisse s'estimaient suffisamment compétents face à une urgence. (73) La coopération du patient est également un élément nécessaire. La relation médecin malade intervient ainsi que la confiance que le médecin a en lui-même pour obtenir un assentiment. Des études menées en Australie démontrent que « la satisfaction des patients sur leur prise en charge en urgence dépend de la confiance et de la compétence du médecin généraliste qui exerce. » (96)

B. Le 6ème sens ou « gut feeling »

L'un des éléments qui est intervenu à de nombreuses reprises dans les entretiens était cette perception non clinique que quelque chose se passait. Les médecins interrogés n'avaient pas forcément d'éléments probants ou objectifs pour avoir cette réaction mais tous ont évoqué au moins une fois cette sensation, ce « 6ème » sens. En termes médicaux, ceci a été étudié sous le terme « gut feeling » par des chercheurs néerlandais dans les années 80. Cela définit une perception semblable à « ça colle » ou « ça cloche ». (97) Ces travaux ont par la suite été repris par plusieurs groupes de recherche. Beaucoup de médecins, y compris les médecins interrogés ne connaissent pas cette théorie du « gut feeling » mais tous ont cette perception ancrée en eux lorsqu'une situation se présente.

La théorie de « gut feeling » s'apparente à un système d'alarme qui se déclenche dans l'esprit du médecin lorsque les éléments qu'il a en sa possession ne sont plus cohérents entre eux. Certes, cela arrive souvent, surtout chez les personnes âgées avec leur polypathologies mais aussi du fait que les patients, quand ils viennent consulter, viennent pour de multiples motifs avec des symptomatologies variées. « Une jeune femme de 37 ans(...) qui vient, je sais même plus pour quoi, et puis elle finit, c'est toujours le cas, elle finit la consultation... » M 10.

Cependant, ce sens de l'alarme ne se met pas forcément en place à chaque fois. Selon STOLPER and al, il s'agit d'un sens non spécifique, difficile à expliquer rationnellement, comme une perception viscérale que quelque chose ne se passe pas bien pour le patient (97). Cette perception de quelque chose qui cloche pousse le médecin à rechercher d'autres diagnostics, à reformuler d'autres hypothèses. Cela rejoint alors le problème de l'incertitude diagnostique avec la nécessité de trouver d'autres éléments pour étayer un diagnostic.

On distingue 8 critères de définition dans le « gut feeling », ces critères ont été établis par les travaux menés en Bretagne d'un groupe de thèse constitué par N Zanitti, C Volant–Le Berre et E Chipeaux Meurisse. (98, 99, 100, 101)

Ceux-ci sont définis en fonction du sens d'alarme, avec différentes implications pour le médecin et sa prise en charge. Les critères sont énumérés en annexe.

Dans le contexte de l'urgence, ce sens de l'alarme est souvent plus écouté. L'urgence est une situation stressante qui exacerbe les sensations et les perceptions. La prise de décision doit être rapide et s'appuyer sur le maximum de données pour être comprise par le patient et par les éventuels soignants qui le recevront.

2.5 Prise en charge

Les médecins généralistes gèrent de façon indiscutable un grand nombre d'urgences et de situations douteuses.

La prise en charge des pathologies a beaucoup évolué, en parallèle avec l'évolution de la médecine. Que ce soit dans des pathologies courantes ou compliquées, dans l'exercice traditionnel ou dans l'urgence, la médecine d'aujourd'hui est de plus en plus basée sur les examens complémentaires pour étayer un diagnostic ou en éliminer un autre, potentiellement grave. Cette évolution est péjorative pour le médecin qui n'a que sa clinique et sa perception pour prendre une décision. Anne Vega parle par exemple d'un « [exercice jugé comme le plus courageux car caractérisé par le fait de travailler dans l'incertitude sans technologie particulière...](#) » (68)

De nos jours, une appendicite ne se diagnostique plus sur la clinique mais sur l'association clinique, biologique et tomodensitométrique.

A. Prise en charge par le médecin généraliste seul :

Notre étude a montré que de nombreuses urgences sont gérées en cabinet de médecins généralistes. Le biais de la définition de l'urgence a en partie limité la démonstration de ces

expériences. De nombreux articles mentionnent l'action des généralistes face aux urgences. Ils évoquent le grand nombre de situations qui ont été gérées exclusivement par le généraliste. Selon l'enquête de la DREES, seul 5 % des recours urgents ou non programmés ont débouché sur une hospitalisation. (21, 53) Certes ces recours ne sont pas toujours considérés comme des urgences vitales mais cela valide la place du médecin généraliste dans la prise en charge des urgences. De la même façon, Humbert et al expriment que « les généralistes ont assumé seuls près de 70 % des situations de détresse ». (29) Tous ces articles tendent à justifier la présence du médecin généraliste dans la gestion des situations d'urgence. Somers and al ont ainsi démontré l'utilité d'un médecin généraliste formé à l'urgence pour la gestion pré hospitalière en milieu rural. (72)

Certes, les médecins interrogés, comme les médecins actuels, aspiraient à un exercice détendu, sans pression et en particulier à ne pas devoir empiéter sur leur vie personnelle. Contrairement à leurs aînés, ils ne veulent plus être joignables jour et nuit et souhaitent une qualité de vie que d'autres professions peuvent apporter. (2) Le système de garde et de permanence de soins prend alors toute sa valeur avec le développement de structures intermédiaires entre les services d'urgence et le cabinet médical, ou bien le partenariat de la médecine ambulatoire avec les services para cliniques des hôpitaux, sans recourir aux urgences. (73, 86)

Lorsque les patients étaient pris en charge par le médecin généraliste, celui-ci tentait le plus souvent une thérapeutique au cabinet pour évaluer la gravité et la possibilité du maintien au domicile. Comme expliqué précédemment, de nombreux arguments vont entrer en jeu pour le choix d'un suivi exclusif par le médecin traitant. Le plus souvent, cela se conclura par des examens complémentaires en ville, le recours aux personnels paramédicaux et bien sûr à la surveillance clinique régulière. Ces éléments sont retrouvés également dans la littérature scientifique. (29, 21, 53)

Cette prise en charge en urgence justifie parfois le départ du médecin de son cabinet. Cela est différemment perçu par lui-même, le patient demandeur et la salle d'attente. (52) Les études telles que celle de la DREES (53) ou d'Humbert (29) ont montré qu'une intervention dans un contexte d'urgence prenait plus de temps et avait un retentissement sur le médecin. (102). Les recours urgents sont en outre considérés comme peu valorisés par les médecins qui évoquent une absence récurrente du paiement des actes urgents : 9% des actes dans l'étude de Humbert. (102, 29)

Cependant, toutes les situations ne sont pas stables. Certaines nécessitent une surveillance, des examens complémentaires ou l'instauration d'un traitement spécialisé rapide. Parfois, c'est lors de la réévaluation d'une situation clinique que le médecin se rend compte que la situation lui échappe. Dans ces cas-là, le médecin généraliste peut avoir recours à des soins plus lourds. Il doit parfois faire appel à un mode de transport médicalisé ou non, qui permettra d'acheminer le patient dans les meilleures conditions possibles. Le transport en voiture particulière devrait rester anecdotique selon Sempowski and al (52), mais cela est souvent incompatible avec la pratique quotidienne. Dans notre étude tous les médecins n'étaient pas au fait des modalités de transport pré hospitalier. On retrouve également cette problématique dans d'autres études, entre autres, 22% des généralistes interrogés lors d'une enquête en Suisse avouaient ne pas connaître le système pré hospitalier. (93, 73) Potin et al ont ainsi élaboré un tableau des critères justifiant un transport par ambulance. (23)

B. Prise en charge hospitalière

Les médecins interrogés acceptaient bien leurs limites et le fait de passer la main. Ils admettaient qu'une prise en charge plus spécifique était parfois nécessaire pour le bien être du patient, ou parce que le doute diagnostique ne pouvait être levé par les moyens en leur possession. Ceci n'est pas toujours facile, selon Vega A. « pour adresser leur patientèle, il (les médecins) leur faut prendre conscience des limites de leurs compétences dans certaines décisions de soins et faire part de ces limites comme s'il s'agissait de rendre des comptes à des « supérieurs hiérarchiques » »(68). Ici intervient alors la perception qu'a le médecin généraliste des services d'urgence et vice versa.

Lorsqu'un généraliste adressait un patient aux urgences ou appelait le SAMU, il craignait souvent d'être jugé sur ses compétences. Dans notre étude, beaucoup de médecins ont parlé du frein que cela représentait parfois. Ainsi dans le bulletin de l'ordre des médecins, un médecin fait mention d'un exercice qui devrait être effectué exclusivement par des médecins spécialistes. (13) Dans certaines situations, ils sont sûrs d'eux et de leur décision, mais une décision de recours dans un contexte d'incertitude semble plus difficile à gérer. (31)

Il n'y a pas de règles établies sur quand ou comment envoyer un patient aux urgences. Il y a quelques pistes et recommandations dans certaines situations précises, mais le plus souvent, cela reste à l'appréciation du médecin généraliste, seul dans son cabinet, et à l'assentiment du patient. (64)

Certaines revues ont tenté de faciliter le travail des généralistes dans ces situations frontalières dans le mode de prise en charge préférentiel. (56→61) Ainsi les médecins interrogés dans l'étude exprimaient que souvent leur prise en charge ne serait pas moins bonne que dans une structure hospitalière. Ils mentionnaient aussi les soucis liés à cette prise en charge (stress, temps, retentissement, horaires...) Tous ces éléments ont été abordés et justifiaient la plupart du temps un recours pour le médecin généraliste.

En outre, si le médecin juge avoir besoin d'un service d'urgence ou d'un transport, il lui faut connaître les différentes modalités de transport et les spécificités de chaque service. En effet, tous les services d'accueil d'urgence n'ont pas les mêmes plateaux techniques et compétences. Le médecin doit alors bien organiser son transfert pour améliorer la prise en charge du patient. Il n'y a pas consensus quant aux éventuels recours : Somers (72) considère que la prise en charge rapide en structure locale par un médecin généraliste formé à la médecine d'urgence n'est pas une perte de chance comparé à un recours médicalisé pré hospitalier qui met du temps à parvenir sur les lieux puis au plateau technique approprié.

2.6 Le vécu du médecin généraliste face à l'urgence :

A. La satisfaction personnelle

Comme nous l'avons abordé dans cette étude, la médecine est une profession particulière. Elle touche à l'intimité de chacun, le médecin comme le patient et se confronte en permanence à des situations joyeuses ou dramatiques. Les médecins, et en particulier les généralistes sont exposés à la douleur, à la détresse et à un besoin de soulagement. Que ce soit dans l'exercice quotidien ou dans l'urgence, les médecins sont dans l'empathie et il leur semble parfois difficile de conserver un professionnalisme à toute épreuve « quand la police appelle au téléphone, on sait bien ce que c'est hein :

ce patient-là, c'est un de vos patients ? Oui ? Pendaion à son domicile...27 ans...donc et on apprend ça en pleine consultation(...) on essaie de pas se décomposer... » M 6

Cela est d'autant plus vrai en situation d'urgence où l'ensemble des sentiments sont exacerbés. Chaque médecin a sa propre vision des choses et ses propres centres d'intérêt. Dans une étude menée en Suisse, 49% des médecins confirment leur intérêt pour la médecine générale. (73) 43 % en outre avouent ne pas être à l'aise face à une situation d'urgence. Cette ambivalence à propos de l'exercice et en particulier en cas d'urgence a également été retrouvée dans notre étude. Lorsqu'une urgence réelle se présente ou que le doute est fort, les réactions du médecin sont amplifiées. Il doit néanmoins garder son sang-froid pour permettre une prise en charge optimale. Certains médecins de l'étude ont mentionné la difficulté qu'ils avaient ressentie au moment de l'urgence. Certains ont jugé cela comme violent, avec parfois une tétanisation et l'impossibilité de se ressaisir rapidement. Ceci est bien exprimé par le Docteur Coninx dans sa présentation sur le stress et l'urgence. (103)

« Stress important dépassant les capacités d'adaptation => comportements négatifs : Agitation incontrôlée, excitation... Risque d'actes irréfléchis. Comportement d'agressivité. Inhibition totale. Comportement de prostration, d'abattement. Comportement de fuite »

Il est parfois difficile d'accepter d'avoir des gestes violents envers un patient connu, même si c'est pour son bien. Gaillard and al l'expriment bien dans l'article l'urgence et le corps : « Plus l'urgence domine et moins la relation médecin-malade, le dialogue, n'a le temps de s'établir en toute sérénité. Le médecin, efficace et compétent (...) effectue une intrusion imprévue à laquelle la personne ne s'est pas préparée. Des soins qui sont banals pour les professionnels sont vécus comme agressifs par les gens» (104)

Face à l'urgence, comme dans la pratique quotidienne, le médecin se repose sur deux types de sensations ambivalentes : la satisfaction et les regrets.

Ceux si sont une part intégrante de tout un chacun mais les conséquences ont beaucoup d'influence. Les médecins de l'étude appréciaient leur exercice et étaient souvent satisfaits de la prise en charge qu'ils avaient eue face à une situation. Selon Tolhurst, de nombreux médecins reconnaissent des doutes dans leur prise en charge, en particulier sur certaines pathologies. (90)Quelques situations leur reviennent de plein fouet pourtant, en cas de regrets avec parfois une culpabilité qui retentit sur l'ensemble de la pratique. La satisfaction et la confiance lors de la prise en charge ont été étudiées, surtout en Australie par Dick and al. (31) Celui-ci évoque l'importance de cette confiance en soi et la difficulté pour l'obtenir en situation d'urgence. A l'opposé, on retrouve aussi cette culpabilité dans une prise en charge qui n'a pas été optimale.

Cette satisfaction personnelle permet de diminuer les risques inhérents à chaque profession par rapport au stress et au risque de burn out. Les médecins y sont de plus en plus exposés : 44 % des participants d'une étude suisse évoquent un stress professionnel intense ou très intense. (73) et quelques études tentent d'étudier le phénomène afin de mieux le prévenir. (105)

B. La reconnaissance et le jugement des pairs :

Pour terminer, le médecin dans sa prise en charge craint pour son patient, mais craint également pour lui-même. La reconnaissance de la part du patient ou de sa famille est un baume sur des situations qui ont été mal perçues. Certes, dans l'urgence, la reconnaissance n'est pas toujours présente, car la situation de stress du patient ne lui permet pas de voir tout ce qui est accompli pour lui venir en aide. Les patients sont plus réceptifs dans une situation calme, sans le stress généré par une situation qu'ils ne contrôlent pas. Cette reconnaissance est toujours la bienvenue, même pour des médecins exerçant depuis des années ou dans des modes d'exercice spécifiques. Cette reconnaissance a été peu évoquée dans notre étude mais elle prenait alors une importance capitale dans le vécu du médecin généraliste.

Enfin, le jugement des pairs est un élément majeur dans l'exercice médical, principalement en urgence. (68) Les médecins interrogés se sentaient démunis face à une situation qu'ils ne pouvaient gérer eux même. Malgré tout, certains vont restreindre leurs possibilités par la crainte d'une mauvaise image auprès de leurs collègues. Ces relations entre les différents acteurs de soins sont parfois une justification à des modes de prise en charge, mais cela correspond aussi à un vécu négatif de la part du médecin généraliste. Ces critiques étaient perçues comme un jugement de valeur qui peut être à l'origine de risques personnels et professionnels.

2.7 Pistes d'amélioration de la prise en charge des urgences en médecine générale :

L'étude rapportée dans cette thèse avait pour but de dresser un état des lieux de la pratique des médecins généralistes face aux urgences. Il nous paraissait important de mieux comprendre les tenants et aboutissants des différentes prises en charge et d'explorer le vécu du médecin traitant dans ce contexte de stress.

Cette étude a ainsi permis, d'une part grâce aux idées évoquées par les médecins généralistes rencontrés et d'autre part grâce à une revue de la littérature existante (non exhaustive) d'apporter des pistes pour améliorer les actions face aux urgences.

2.7.1 Amélioration personnelle pour le médecin généraliste

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'être améliorés pour une meilleure gestion de l'urgence. Les médecins interrogés ont parfois déploré un manque de matériel et de formation dans leur pratique face à l'urgence. De nombreux articles mentionnent aussi l'intérêt d'une politique de formation médicale continue spécifique pour favoriser les prises en charge. (96, 106) Cette volonté est corrélée à un manque de confiance lors de l'exposition aux urgences. (90) Tolhurst montre également la volonté des médecins ruraux de se former en médecine d'urgence adulte et pédiatrique. Cette formation pourrait entre autre être menée en partenariat avec les équipes du SAMU/SMUR qui en ont la plus grande habitude.

Les médecins parlaient en outre d'une lourdeur administrative qui leur faisait perdre du temps face aux malades et à leur prise en charge. (47) Il pourrait être intéressant d'envisager un soutien logistique plus fourni auprès des médecins, ainsi que des aides financières pour que chaque cabinet puisse être équipé de façon satisfaisante pour améliorer les prises en charge au quotidien. Il n'existe

pas de recommandations légales sur le matériel qui doit être disponible dans un cabinet médical. Un partenariat avec certains centres hospitaliers de proximité ou les pharmacies pourrait être envisagé pour améliorer la gestion de ce matériel et des thérapeutiques.

Dans le cadre d'une évolution globale de la médecine, on pourrait imaginer une formation plus spécialisée pour les secrétaires médicales qui font partie du personnel de nombreux cabinets médicaux. Cette profession n'est régie par aucun diplôme obligatoire et certaines d'entre elles ne connaissent pas les gestes de premiers secours. Leur rôle est trop souvent méconnu, voir dévalorisé. (92) Une thèse de médecine générale sur le rôle du secrétariat lors d'une demande de recours urgent est ainsi en préparation et pourrait mener à de nouvelles pistes d'amélioration.

Enfin, un des médecins rencontrés pour évoquer ma thèse, mais qui n'a pas pu être interrogé a évoqué l'intérêt d'exercice de simulation de situations d'urgence au cabinet médical, afin de ne pas être pris au dépourvu le jour où une telle situation se présenterait et afin que chacun soit à sa place et prêt à intervenir. Ceci a été également retrouvé dans la littérature (30, 52, 92, 107) avec en plus la nécessité de prévoir un débriefing après chaque urgence dans le but d'améliorer ces prises en charge.

2.7.2 Amélioration pour l'ensemble du système de soin

Les situations urgentes auxquelles sont confrontés les médecins généralistes sont fréquentes. Nombre d'entre elles malgré tout ne sont pas vitales et cela entraîne une perte des réflexes professionnels chez les médecins. Une des pistes explorées par la littérature serait la rédaction de posters récapitulatifs ou de livrets sur les prises en charge des principales urgences. (28) Il existe beaucoup de livres à ce sujet mais les prises en charges sont toujours formulées pour un secteur hospitalier et sont peu exploitables en médecine générale.

L'un des problèmes soulevés par cette thèse a été le manque de structures auxquelles faire appel le soir et le week-end en dehors des services d'urgence. Ceux-ci sont déjà surchargés et ont du mal à faire face à l'afflux de fin de semaine. Pour limiter ce nombre de consultations il pourrait être nécessaire de renforcer le tri à l'entrée des urgences et de renvoyer les patients vers leur médecin traitant ou le médecin de garde. Des structures intermédiaires des urgences pour les examens complémentaires permettraient un accès avant tout sur les urgences comme l'envisage l'article de Hanhart and al. (73) Cela permettrait aussi de diminuer les démarches du patient qui, pour les éviter, préfère consulter directement dans un service d'urgence où tout le plateau technique est à proximité et disponible. (20) Dans notre région, on observe ce type de structure dans l'agglomération de Neufchâtel en Bray avec la maison médicale. Celle-ci regroupe un grand nombre de médecins et coordonne tous les jours des soins à domicile et non programmés. Il y a par ailleurs à disposition, un hôpital local qui comporte un centre d'urgence de petite taille mais équipé avec du personnel paramédical, une imagerie de base et des salles de soins pour que les gestes comme les sutures soient réalisés dans de bonnes conditions. (108) Cette hypothèse d'amélioration est également évoquée par Roger and al comme alternative aux services d'urgence. (2) Depuis peu, le gouvernement a décidé de rapprocher chaque citoyen d'une structure d'urgence, ce qui peut être un argument supplémentaire pour le développement de ce type de structure.

L'ensemble de cette thèse et de nombreux articles de la littérature ont conclu que les médecins généralistes avaient un rôle prépondérant à jouer dans le domaine des soins d'urgence. L'évolution de la médecine et de la société fait que cette place ne lui est pas toujours laissée. (86) Il pourrait être utile de revaloriser cette fonction de premier recours qu'a le médecin généraliste auprès de la population.

Dans le cadre des urgences, enfin, il a été démontré aux Etats Unis l'efficacité de la formation de la population en gestes de premiers secours qui permet de réduire de façon majeure la mortalité et les séquelles. L'éducation de la population sur les modalités de recours urgents et la formation aux gestes qui sauvent pourraient améliorer les prises en charge. (20, 28) Cette politique de santé publique, certes, n'est pas en rapport avec la médecine générale mais la gestion de l'urgence va bien au-delà du médecin généraliste.

Enfin, pour terminer cette étude, nous avons recontacté les médecins interrogés pour connaître leur sentiment sur l'étude et savoir s'ils avaient modifié leur prise en charge de l'urgence depuis les entretiens. Tous n'ont pas répondu, la plupart ont poursuivi leur exercice de la même façon, certains songent à investir dans un électrocardiogramme, à remettre à jour leur trousse d'urgence ou à compléter leur formation.

3. Forces et limites de l'étude

3.1 Forces de l'étude :

De nombreuses études quantitatives ont été menées sur les urgences en médecine générale. Elles ont permis de quantifier les urgences rencontrées et de mesurer la façon dont les médecins généralistes ont pris en charge ces situations.

Il n'y a eu que peu d'études réalisées sur le lien entre la médecine générale et l'urgence, celles-ci sont assez récentes et dans le cas présent, cela a permis une représentation de la pratique du médecin généraliste.

Cette étude a été réalisée sur le type de l'enquête qualitative pour permettre d'étudier la pratique des médecins généralistes. C'est une étude de terrain, basée sur les sensations des médecins généralistes et leur exercice quotidien. Les situations évoquées ont toutes été vécues par les médecins interviewés. Nous avons préféré prendre des situations réelles plutôt que des situations stéréotypées afin de ne pas tomber dans le piège des cas cliniques et risquer de se retrouver face à des réponses toutes faites.

Le choix des entretiens semi structurés a permis d'avoir une relation et un temps privilégié avec chacun des médecins participants. Ce type d'entretien, à l'inverse de la méthode du focus group, a permis de laisser les médecins libres de réagir et de discuter sans crainte de jugement de la part de leurs collègues.

3.2 Limites de l'étude

L'un des biais de l'étude est l'échantillonnage. En effet, les médecins participants ont été choisis et sélectionnés à partir d'amis et de connaissances. Ils ont pour certains été mes maîtres de stages en médecine générale et pour d'autres, ils ont accompagné l'ensemble de ma formation. Cependant, tous avaient des caractéristiques générales variées. Malgré tout, l'effectif de l'échantillon est faible et même si la saturation des données a été obtenue pour cette étude, on ne peut certifier que d'autres éléments n'auraient pas été identifiés lors d'entretiens ultérieurs.

Le second biais est la méthode de recueil des urgences. Cette étude s'est voulue représentative de la pratique des médecins généralistes. Mais les situations présentées étaient parfois anciennes et les souvenirs pas toujours clairs. En outre, certaines situations ont été mentionnées car particulièrement marquantes, ce qui n'est pas toujours le cas des urgences rencontrées.

Le mode de recueil des informations s'est basé en majorité sur les entretiens semi directifs, le questionnaire avait surtout pour but d'être informatif au moment des entretiens. Le codage, de la même façon a été majoritairement réalisé par moi-même et ma directrice de thèse. Il n'y a donc pas eu de triangulation des données pour augmenter la validité des résultats.

CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'étudier le rôle du médecin généraliste dans sa pratique face aux situations urgentes. L'expérience et de nombreuses études prouvent que les urgences sont un motif fréquent de recours au système de soins. Plusieurs intervenants sont alors disponibles pour une même situation. Nous nous sommes intéressés à la particularité de l'exercice du médecin généraliste dans ces situations.

Nous avons interrogé une douzaine de médecins pour connaître leurs expériences et leur ressenti face à ces consultations. Ceux-ci ont rapporté des cas d'urgences nombreux et variés. Cela corrobore les nombreuses études réalisées sur les urgences en cabinet de médecine générale. Nous avons pu démontrer que de nombreuses consultations ou situations sont quotidiennement prises en charge par les médecins généralistes et évitent ainsi un passage par les services d'urgence. L'évènement inattendu a été la définition même de l'urgence pour les personnes rencontrées. Tous s'accordaient sur les définitions des sociétés savantes, cependant, cela a développé dans notre étude une problématique quant à la définition de l'urgence pour les généralistes. L'urgence vitale est reconnue unanimement mais en médecine générale elle n'est pas considérée de la même façon. Les entretiens ont permis de mettre au jour une définition propre aux médecins interrogés qui expriment leurs urgences comme des situations qui nécessitent une prise en charge rapide qu'ils ne peuvent fournir seuls au cabinet. Nous avons donc complété l'étude par l'analyse des facteurs qui sont évoqués comme déterminants dans la décision d'une prise en charge.

Les généralistes interrogés ont permis d'avoir une nouvelle perception de l'urgence en médecine générale et de mieux appréhender sa prise en charge. Nous avons pu démontrer que les médecins généralistes avaient un rôle prépondérant à jouer en tant que premier recours. Leur mission est également unique en raison des spécificités d'exercice. Le généraliste est seul à prendre la décision pour un patient qu'il connaît et pour lequel il a des affects. Plusieurs facteurs ont été déterminés comme ayant une influence sur cette gestion des urgences. On retrouve des critères objectifs liés au patient, à la connaissance de celui-ci et aux symptômes mais aussi des critères plus vastes en relation avec l'environnement et l'expérience. Tous ces éléments sont intégrés lors de la prise en charge du patient, et particulièrement en situation d'urgence. Notre étude a permis de mieux définir ces critères et de juger des influences de chacun. La plupart de ces critères sont bien connus. D'autres sont peut-être encore à découvrir mais cela permet un premier pas dans l'évocation des facteurs déterminant une prise de décision. La multiplicité de ces facteurs complique la mission du médecin généraliste car il doit tenir compte de bien plus d'éléments qu'en secteur hospitalier. Cette étude a en outre permis de mieux comprendre le principe du « gut feeling » principe connu de tous les médecins de façon instinctive mais encore peu analysé. Tous les médecins interrogés ont été confrontés à des situations qu'ils ne comprenaient pas mais qu'ils jugeaient urgentes, sans facteur objectif. Cette incertitude, ainsi que ce « 6^{ème} sens » prennent alors toute leur valeur dans une prise en charge en cabinet libéral.

Enfin, cette étude a permis d'analyser les prises en charge au cabinet médical. Les médecins essaient souvent des thérapeutiques ou proposent une surveillance des situations ambiguës. L'évolution de la démographie médicale risque de ne plus permettre ces approches en raison de l'augmentation du nombre de consultants pour un médecin traitant. De nombreuses études ont été réalisées sur le vécu du médecin généraliste face à l'urgence, la nôtre a évoqué l'ambivalence face à ces situations qui entraînent à la fois stress, satisfactions et parfois regrets. La profession de généraliste est complexe et source de stress. Le médecin est seul face à la détresse de son patient et seul quand il prend sa décision. Ce stress se majore encore lorsque la situation lui échappe ou nécessite une réaction rapide. Ce vécu de l'urgence ainsi que les rapports avec les autres professionnels de santé peuvent également avoir un impact sur les décisions du médecin.

Malgré tout, comme dans toutes les problématiques d'amélioration des prises en charge, cela s'intègre dans des modifications profondes de la pratique de la médecine libérale. Les difficultés exprimées par les médecins sont variées. Ils évoquent la surcharge de travail, la pénurie de spécialistes et de structures locales. Ils espèrent une revalorisation de leur profession ainsi qu'un soutien logistique pour les formations continues ou la gestion du matériel. Les médecins interrogés ont de nombreuses idées quant aux améliorations à apporter à l'exercice de la médecine, même si cela nécessite une révision importante de l'ensemble de la politique de santé.

ANNEXES

La classification CCMU

1 a : Pas de geste, ni prescription thérapeutique ou diagnostique

1 b : Pas de geste sur place mais prescription à visée thérapeutique ou diagnostique

2 : Anomalie d'une fonction vitale devant être traitée mais pas de transfert

3 : Mise en place d'un traitement nécessitant une surveillance, décision de transfert dépendant de la thérapeutique

4 : Pronostic vital en jeu, nécessité d'une hospitalisation

5 : Urgence nécessitant l'intervention d'une équipe médicale.

- 5 ou moins 6 7 8 9 10 11 ou plus

8) Régulations des appels :

- Secrétariat sur place
 Secrétariat à distance
 Par vous même

9) Ancienneté en médecine générale

- Moins de 5 ans
 Entre 5 et 10 ans
 Entre 10 et 15 ans
 Plus de 15 ans

10) Formation en médecine d'urgence

- Pas de formation spécifique
 DES de médecine générale
 DU d' oxilogie/CAMU
 FMC en médecine d'urgence
 DESC de médecine d'urgence
 Par la pratique

11) Participation à un service de garde

- Oui Volontaire
 Non Obligatoire

12) Aisance ou intérêt par rapport aux urgences

- Oui Non

13) Connaissance (même partielle) des recommandations ou arbres décisionnels des urgences principales :

- Oui Non

14) Matériel possédé

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ECG / Défibrillateur Semi Automatique | <input type="checkbox"/> Soluté de Réhydratation Orale |
| <input type="checkbox"/> Aérosols/ Spray | <input type="checkbox"/> Diurétiques |
| <input type="checkbox"/> Canules de Guédels | <input type="checkbox"/> Antibiotiques (PO,IM,IV) |
| <input type="checkbox"/> Saturomètre | <input type="checkbox"/> Anticonvulsivants IR |
| <input type="checkbox"/> Lecteur de glycémie | <input type="checkbox"/> Oxygène |
| <input type="checkbox"/> Bandelettes urinaires | <input type="checkbox"/> Matériel d'immobilisation |
| <input type="checkbox"/> Corticoïdes / Anapen | <input type="checkbox"/> Kit de suture /pansements |

15) Distance du cabinet par rapport à une structure d'accueil d'urgence

CHR / CHU	<input type="text"/>	▼
CH Général	<input type="text"/>	▼
CH Local	<input type="text"/>	▼
Upatou public ou privée	<input type="text"/>	▼
CHS psychiatrie	<input type="text"/>	▼

(Menu déroulant temps de parcours entre moins de 10 min et jusqu'à plus de 45 min)

16) Temps moyen d'intervention de secours supplémentaires :

Pompiers	<input type="text"/>	▼
Ambulance	<input type="text"/>	▼
SAMU / SMUR	<input type="text"/>	▼

(Menu déroulant de temps de parcours allant de moins de 5min à plus de 30min)

17) Gestes que vous pratiquez si besoin :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PLS / Tredelenburg | <input type="checkbox"/> Sutures, pansements |
| <input type="checkbox"/> Libération des Voies Aériennes Supérieures | <input type="checkbox"/> Garrot ou pansement compressif |
| <input type="checkbox"/> Massage Cardiaque Externe | <input type="checkbox"/> Injection Antibiotiques |
| <input type="checkbox"/> Ventilation | <input type="checkbox"/> Injection corticoïdes/ Anapen |
| <input type="checkbox"/> Perfusion | <input type="checkbox"/> Administration trinitrine |
| <input type="checkbox"/> Administration Valium | <input type="checkbox"/> Injection G30% - Glucagon |
| <input type="checkbox"/> Immobilisation | <input type="checkbox"/> Administration HBPM /Kardégic |

Puis pour chaque urgence rencontrée, les médecins étaient priés de remplir une petite fiche.

Face à l'urgence

Date

1) Heure d'appel ou de rendez vous :

2) Régulation :

- Secrétariat
- SAMU/Pompiers
- Sur place/Direct

3) Lieu de la consultation :

- Cabinet
- Domicile
- Voie publique

4) Motif de consultation :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Traumatologie | <input type="checkbox"/> Cardiologie |
| <input type="checkbox"/> Tentative de suicide | <input type="checkbox"/> Pneumologie |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie/addictions | <input type="checkbox"/> Gastro-entérologie |
| <input type="checkbox"/> Pédiatrie | <input type="checkbox"/> Neurologie |
| <input type="checkbox"/> Obstétrique/ Gynécologie | <input type="checkbox"/> Infectieux |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie | |

Précisez :

Urgence ou non (selon le patient) :

Patient connu ou non :

Age :

5) Contexte du patient, comorbidités:

- Problème aigu
- Aggravation d'une affection chronique

Comorbidités :

6) Orientations diagnostiques :

- a.
- b.
- c.

7) Degré d'urgence :

- Etat clinique stable Aggravation possible Pronostic vital engagé

8) Fréquence de ce type d'urgence sur une année :

- Moins de 5 Entre 5 et 10 Plus de 10

9) Prise en charge sur place :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Examen clinique | <input type="checkbox"/> ECG / Saturation |
| <input type="checkbox"/> Entretien Psychologique/Social | <input type="checkbox"/> Prélèvement : Sang,urine... |
| <input type="checkbox"/> Administration de traitement (ATG/ATB/Cortico...) | <input type="checkbox"/> Gestes de réanimation |
| <input type="checkbox"/> Petite chirurgie/ Pansements/ Immobilisation | |

10) Décisions :

- Hospitalisation immédiate (par les urgences)
- Mode de transport personnel SAMU/SMUR Pompiers Ambulance

Pour l'ensemble des choix suivants, préciser :

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Analyse Biologique | <input type="checkbox"/> Immédiat | <input type="checkbox"/> Différé |
| <input type="checkbox"/> Radiologie/ Imagerie | <input type="checkbox"/> Immédiat | <input type="checkbox"/> Différé |
| <input type="checkbox"/> Soins paramédicaux | <input type="checkbox"/> Immédiat | <input type="checkbox"/> Différé |
| <input type="checkbox"/> Avis spécialisé | <input type="checkbox"/> Immédiat | <input type="checkbox"/> Différé |

- Aucune orientation particulière

11) Suivi Prévu :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation programmée | <input type="checkbox"/> Suivi par vous-même ou un autre généraliste |
| <input type="checkbox"/> Consultation d'un spécialiste | <input type="checkbox"/> Pas de suivi spécifique |

Les questions suivantes seront remplies lors de l'entretien semi dirigé.

12) Pourquoi cette prise en charge? Durée de prise en charge?

13) Ressenti de cette prise en charge :

14) Volonté de formations supplémentaires en médecine d'urgence :

Guide d'entretien

Bonjour, je suis Julie, interne en dernière année de DES de médecine générale. Je réalise actuellement ma thèse de médecine générale dans laquelle je souhaiterais analyser la pratique des médecins généralistes de Normandie face aux urgences. Elle est basée sur une étude qualitative qui étudie à partir de situations d'urgences rencontrées par les médecins généralistes, les éléments qui ont influencé la prise en charge de cette urgence. Pour débiter cet entretien, je vous propose de me raconter quelques situations d'urgence auxquelles vous avez été confrontés.

1 : L'urgence :

a) Quelle est votre perception de l'urgence ?

Résultats attendus : Définition personnelle

Définition des sociétés savantes

b) Quelles sont les urgences auxquelles vous avez été confronté ?

- Type et proportion
- Contexte épidémique
- Motif de recours
- Symptômes retrouvés par le médecin
- Diagnostic final

c) Quels sont les éléments qui, selon vous, étaient des critères de gravité, nécessitant une prise en charge sans délai ?

- Prise en charge personnelle avant le recours
- Signes cliniques de gravité
- Evolution de la présentation

d) Quelle a été votre prise en charge face à cette situation ?

- Examens para cliniques demandés et leur mode de demande ?
- Consignes si aggravation de la clinique
- Suivi par vous-même, contrôle d'une amélioration

e) Vous avez pris la décision d'un recours. Quel a été ce recours et quelles en ont été les modalités ?

- Recours au spécialiste, nécessité d'un réseau
- Hospitalisation directe en service ou passage par un service d'urgence
- Recours d'un personnel para clinique en urgence (IDE / Kiné)
- Mode de transport : SAMU, Ambulance
- Comment avez-vous organisé ce recours ?

f) Quels sont les éléments liés à ce type d'urgence qui ont influencé votre prise en charge ?

- Existait-il un doute devant un diagnostic potentiellement grave ?
- Influence des recommandations des sociétés savantes
- Problème de la surveillance en cabinet de cette situation

g) Avez-vous été confrontés à des soucis liés à la gestion de cette urgence au cabinet ?

- Manque de matériel
- Manque de place
- Oubli de posologie de traitement, ou de mode préférentiel d'administration de traitements

g) Quelle a été la perception de l'évènement par vous-même ?

Par le patient ?

Face à cette urgence, plusieurs éléments non liés aux signes cliniques ont pu influencer sur votre prise en charge. Quels sont ceux qui selon vous ont été déterminants dans votre réaction face à cette urgence ?

2 : Le médecin :

- a) En quoi votre formation ou votre expérience a influé sur votre pratique face à cette situation ?
- b) De la même façon, votre installation a-t-elle eu une influence sur cette prise en charge ?
- Organisation du cabinet
 - Mode d'exercice : de groupe, pluridisciplinaire...
 - Influence du secrétariat
 - Outils/ matériel disponible sur place
- c) Lors des situations d'urgence, comment organisez-vous votre réponse et quelle est la réaction de votre patientèle ?
- Rôle de la régulation téléphonique
 - Service de garde
 - Déplacement/ Visites au domicile
 - Rapidité d'intervention
 -
- d) Que ressentez-vous face à l'urgence qui se présente ?
- Regrets sur la prise en charge, retour de vos expériences
 - Craintes des situations d'urgence par manque ou perte d'expérience ou intérêt limité
 - Quelle est votre perception des recours, des services d'urgence / SAMU ?
- e) Il existe toujours un aspect médico-légal à une prise en charge. Cette dimension influence-t-elle votre pratique face aux situations d'urgence ?

D'autres éléments peuvent avoir leur importance lors de la présentation d'une situation urgente au cabinet.

3 : Temporo spatial :

- a) Votre lieu d'exercice et la densité de médecins ou d'infrastructures à proximité ont-elles une prise sur vos réactions ?
 - Désert médical et para médical
 - Temps de réponse para clinique
 - Temps de transport pour le recours
- b) Y'a-t-il une influence de la date ou de l'heure de la consultation sur votre prise en charge ou votre recours ?

4 : Patient :

Enfin, pour toute urgence qui se présente, un des facteurs majeurs de cette urgence est le patient en lui-même. Quels sont les éléments qui vous interpellent et peuvent modifier votre pratique ?

- a) Influence de l'âge
- b) Influence du contexte social
 - Accompagnant
 - Famille
 - Compréhension
- c) Présentation / Angoisse / voir refus de l'hospitalisation
- d) La connaissance du patient va-t-elle intervenir dans la prise en charge ? Et pour vous, qu'est-ce que c'est que connaître son patient ? Suivi ? Entourage ?
 - ATCD / Chronicité
 - Caractère inhabituel
 - Inconvénients liés à la connaissance du patient ou de sa famille
- e) Le mode de recours du patient a-t-il une influence sur la prise en charge et votre perception de l'urgence ?
 - Rendez vous
 - Urgence spontanée

Reconnaissance ?

Avez-vous des choses complémentaires à ajouter à cet entretien ? Des éléments que nous n'avons pas évoqué mais qui vous semblent cependant importants à développer ?

Vous avez principalement évoqué des urgences auxquelles vous avez été confrontés et pour lesquelles vous avez eu besoin d'un recours (services d'urgence, SAMU, Ambulances...), ne percevez-vous comme des urgences que ces situations que vous ne pouvez pas gérer seuls au cabinet par rapport à des fièvres ou syndromes douloureux que vous suivez de façon rapprochée, sans forcément de recours ? Nous revenons donc à votre perception personnelle de l'urgence...

Pour terminer, je vous remercie sincèrement de votre participation à mon travail de recherche et de votre aide dans la réalisation de ma thèse.

Je vais retranscrire tous ces éléments par écrit et vous les envoyer afin que vous puissiez juger et modifier des éléments avec lesquels vous seriez en désaccord ? Tout l'entretien restera anonyme dans ma thèse.

Je vous remercie une nouvelle fois.

Exemple de codage

Extrait d'entretien M2

Ok alors donc, c'est un homme de 46 ans

-d'accord

-qui travaille dans les espaces verts, et qui est arrivé un matin, et qui était en œdème généralisé

-d'accord

-et puis difficulté respiratoire, son patron l'amène, en cognant à la porte parce qu'il sentait que la situation était grave

-hum

-et donc, j'ai fait tout de suite, pris, heu, allonger sur la table d'examen et j'ai constaté qu'il était en état de choc avec une tension, il avait 8 de tension et il était, il avait un œdème généralisé et des difficultés respiratoires

-d'accord

-puisqu'il était dyspnéique, avec une gêne, une dyspnée aux deux temps et donc, impossibilité de, de, difficulté pour parler, difficulté d'élocution. Donc je l'ai heu, je lui ai fait d'emblée une injection, j'ai préparé d'emblée une ampoule d'adrénaline

-hum

-et je ne me souvenais plus des posologies...de l'adrénaline

-d'accord

-donc j'ai téléphoné au 15. Et ils m'ont donné l'autorisation de lui injecter ½ mg d'adrénaline en sous cutané, qui a eu un effet rapide, en, en, en 5 min. En attendant, je l'ai ventilé, mis sous oxygène à 9L, donc avec la bouteille d'oxygène qu'on a au cabinet médical, et je lui ai injecté parallèlement en IM un corticoïde, c'était du solumédrol à 120 mg, oui, oui, c'était du solumédrol. Attend, non...

-c'est pas grave, l'important c'est que ce soit un corticoïde

-oui c'était un corticoïde à 120 mg et donc le transport médicalisé est arrivé, le renfort médicalisé est arrivé

-par le samu ?

-par le SAMU, il est arrivé et ils l'ont pris en charge avec une TA qu'était à 10. Il s'exprimait, donc la difficulté avait disparue. J'ai pas eu besoin de répéter le geste d'adrénaline et heu, ils l'ont emmené sous oxygénothérapie avec une perfusion et sous scope. Voilà.

-d'accord, dans l'ensemble, vous l'avez ressentie comment cette urgence ?

-bah, au départ quand il est arrivé, violemment...

(Rires)

-je me doute

-ensuite, heu, on a la possibilité maintenant de faire appel très rapidement aux conseils médicalisés par la régulation publique et là, ça m'a rassuré, ils sont habitués à ce cas clinique et ils nous donnent très rapidement les posologies. Ce qu'il y a c'est qu'il faut avoir le matos sur soi

Tableau de codage :

(Tableau de codage complet, après codage de tout l'entretien. Ce codage a été réadapté avec le codage des derniers entretiens)

Code	définition	extrait	remarque
Age			
Rendez vous	Rendez-vous ou visite		
Accompagnement			
Connaissance du patient	Connaissance des antécédents et des problèmes de santé et aussi de sa personnalité...		Parfois négatif de connaître les familles en cas de soucis conjugaux !
Motif de recours	Motif de recours et histoire de la maladie/symptômes		A diviser en motif de recours et symptômes d'urgences qui ont justifié ce mode de prise en charge
Prise en charge			
Gravité	Ajouter les termes qui évoquent la gravité		
Problème de gestion	Problèmes soulevés par l'urgence et moyens d'y remédier		A rapprocher des regrets ?
Matériel disponible sur place	Matériel ou personnel disponible sur place pour la prise en charge Et contrôle lié au matos		
Transport			
Recours secondaire			A rapprocher à la prise en charge ?
Amélioration clinique	Amélioration sous traitement au cabinet, lié à la prise en charge		Renommer en traitement mis sur place ?
Sentiment d'urgence ressenti par le médecin	Sentiment d'urgence et ressenti, stress éventuel ?ressenti		
Evolution clinique	Evolution par la suite, en hospitalisation		A rapprocher de l'amélioration clinique liée à la prise en charge ?
Diversité d'urgences			
Installation ?	Installation du patient, du cabinet... Organisation liée à l'urgence		
Sensation d'urgence par le patient			
Antécédents	Antécédents et bilan		

	réalisé antérieurement		
Regrets	Regrets par rapport à la prise en charge et explications		
Doute diagnostic			
Formation			
Recours de la part d'une IDE ou pompiers	Quand les pompiers ou personnel ou gens dans la rue qui demande un recours		A rapprocher de l'accompagnant ?
Paraclinique			
Caractère inhabituel			A relier à la connaissance du patient
Localisation			

Par convenance personnelle pour l'analyse des entretiens, j'ai préféré mettre en surbrillance ou en couleurs les verbatims qui correspondaient aux codes plutôt que d'entrer tous les verbatims dans le tableau et de ne plus les distinguer.

Tableaux des urgences par médecin généraliste

M1

Identité	recours	symptômes	prise en charge	motif de recours	mode de recours
Femme 43 ans	Sans RDV	Dyspnée aigue	ECG, saturation	Doute diagnostic	Transport perso par mari
Femme 71 ans	Sans RDV	Dyspnée aigue Sub OAP	Saturation	Gravité clinique et prise en charge	SAU par ambulances
Nourrisson 2 mois	RDV	GEA		Gravité hospitalisation réflexe	SAU
Nourrisson 4 mois	RDV	Bronchiolite	Kiné,	Gravité	Réévaluation à 48h
Nourrisson 3-4 mois	RDV	Bronchiolite	Kiné, ventoline, célestène	Gravité	Réévaluation à 48h
Femme 35 ans	RDV	Virose puis dyskinésie	Réévaluation à 24h	Doute diagnostic, gravité	Appel SAMU
Homme 48 ans	RDV	Rectorragie Contexte de dysphagie	surveillance	gravité	Appel SAMU Hémorragie digestive par ambulance

M2

Identité	recours	symptômes	prise en charge	motif de recours	mode de recours
Homme 46 ans	Sans RDV	Œdème généralisé et choc anaphylactique	Oxygène, corticoïdes, adrénaline	Gravité	SAMU
Homme 64 ans	visite	Douleur thoracique et dyspnée IDM		Doute diagnostic, caractère inhabituel EG ?	Appel SAMU VSAB
Femme 48 ans	Consultation et visite	Otite compliquée d'une labyrinthite	antibiotiques	Avis spécialisé Surveillance, doute diagnostic	ORL par le mari
Femme 17 ans	RDV	Douleurs abdominales Accouchement	Perfusion, oxygène, Accouchement et délivrance	Suite de prise en charge et hospitalisation	SAMU
Homme 58 ans	RDV	Vomissements puis fièvre et syndrome cérébelleux	Traitement symptomatique	Doute diagnostic et gravité	Ambulance
Homme 44 ans	Sur la voie publique	Accident Moto/camion	Examen	Examens complémentaires et prise en charge	SAU par pompiers

M3

Identité	recours	symptômes	prise en charge	motif de recours	mode de recours
Nourrisson 10 mois	RDV	GEA avec déshydratation 7%, apathie	Réévaluation	Gravité	Transfert SAU
Homme 22 ans	RDV	Complication post opératoire	Bilan en ville	Doute diagnostic,	Avis chirurgical par le SAU
Femme	Visite en urgence	Jambe rouge et douloureuse	antibiotiques	Motif possiblement grave	
Homme 29 ans	RDV	Douleur thoracique atypique	examen	Patient inconnu et doute diagnostic	SAU
	RDV	Plaie de main	Examen, exploration, suture		Suivi, réévaluation
Femme 50 ans	RDV	GEA et malaise avec hypotension	Surveillance, Trendelenburg	Gravité, surveillance	SAU par pompiers

M 4

Identité	recours	symptômes	prise en charge	motif de recours	mode de recours
Homme 73 ans	RDV	Douleurs abdominales fébriles	Biologie en ville	Caractère inhabituel, gravité, prise en charge	SAU par ambulance
Petite fille	RDV	GEA avec déshydratation 8%	Surveillance 6-12 heures	Gravité	SAU par transport personnel
Femme 26 ans	RDV	Douleurs abdominales fébriles		Doute diagnostique, gravité et 18h,	SAU par transport personnel
Nourrisson 6 semaines	RDV	Bronchiolite	Kiné, ventoline	Réévaluation 24h, gravité sur arrêt alimentaire	SAU
Enfant	RDV	Asthme, murmure vésiculaire aboli sur 1 ^{er} crise	Ventoline	Gravité, 19h	SAU en transport personnel
Fille 18-19 mois	RDV	Pétéchies fébriles Pas d'AEG		Gravité, doute diagnostique	SAU par transport personnel après avis SAMU et SAU

M 5

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Femme 55 ans	Spontané	Asthénie et AEG, Fièvre, toux		Gravité et doute diagnostique Inhabituel	SAU par TSU après appel SAMU
Homme 58 ans	Spontané	Plaie du pouce avec fracture	Suture et radiographie en externe	Urgence fonctionnelle	
Homme 70 ans	RDV, insisté	Douleurs rétro- œsophagiennes, troubles digestifs	Examen	Doute diagnostique	ECG aux urgences cardiologiques, transport personnel
Femme 84 ans	Gestion par téléphone	Démence, confusion poly pathologie	Régulation téléphonique	Doute diagnostique, prise en charge, MADI	SAU par transport familial
Fillette 2 ans	RDV	Infection urinaire, fièvre	ECBU /écho en ville	Gravité, hospitalisation	Avis pédiatrie (pas urgences)
Garçon 4-5 ans	RDV	Dyspnée aigue sur asthme	Solupred	Gravité et traitement	SAU pédiatrie par transport personnel
Femme 31 ans	RDV	Métrorragie sous Nexplanon	Examen gynéco Exacyl/dicinone	Gravité	Urgences gynécologiques
Homme 84 ans	RDV	Asthénie, anémie, Insuffisance rénale	Biologie, échographie	Gravité	Surveillance et RDV urologue

M 6

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Homme Jeune	Spontané	Plaie vasculaire de jambe, hémorragie	Compression, perfusion, surveillance	Gravité	Ambulance par appel SAMU
Homme 60 ans	Visite pro- grammée	Hématémèse	Surveillance, Tension et Dextro	Gravité, hospitalisation	SAU par SAMU
Femme	RDV	Dyspnée, bradycardie à 40	surveillance	Gravité	Cardiologue
Femme, jeune	RDV	Idées suicidaires, syndrome dépressif		Gravité	Refus hospitalisation, RDV réguliers
Femme jeune	RDV	Douleurs abdominales sur grossesse		Doute diagnostique	Urgences gynécologiques par transport personnel
Femme 80 ans	RDV	Diarrhées, malaise et perte de connaissance	Réanimation, surveillance	Gravité	SAU par SAMU/SMUR
Homme 50 ans	Consultati on	Troubles sensibilité bras		Gravité, doute diagnostique	Urgences neuro- vasculaires, transport personnel
Femme 40 ans	RDV	Surdité brusque		Urgence fonctionnelle	ORL dans la journée

M 7

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Femme 78 ans	RDV	Dyspnée, ACFA	Recherche décompensation	Gravité, risque	Urgences cardiologiques clinique par sa fille
Femme âgée	Visites	Chute, asthénie, pâleur	Biologie en urgence	Gravité, transfusion	SAU par ambulance
Femme 75 ans	RDV	Mal à la jambe, œdème, dyspnée		Gravité	SAU par SMUR
Homme	RDV	Dyspnée aigue avec sibilants	aérosols	Doute diagnostique, gravité	Urgences cardiologiques clinique par transport personnel
Enfant	RDV	Douleurs abdominales fébriles		Doute diagnostique, chirurgie	SAU pédiatrie par transport personnel
Homme	Par téléphone	Douleurs thoracique, contexte d'angoisse	Régulation avec appel SAMU	Gravité, doute diagnostique, impossibilité de déplacement	SAU par SMUR
Homme	Spontané	Rectorragies sous previscan		Doute diagnostique, avis spécialiste	Avis spécialiste dans la journée Transport personnel
Femme jeune	Spontané	Douleur thoracique à type intercostal	Injection intra musculaire de Profenid, réévaluation après 1h	Doute diagnostique	SAU secondaire
Homme 50 ans	RDV	Vomissements, contexte épidémie gastroentérite		Doute diagnostique, 6 ^{ème} sens	Cardiologue en urgence, Transport personnel
Femme 25 ans	Spontané	Evaluation post SAU pour douleurs abdominales	Examen gynéco	Mauvaise évolution, Doute diagnostique	Gynécologue

M 8

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Femme âgée	RDV	Crise d'asthme sévère	Saturation	Gravité	SAU par transport familial
Femme jeune	RDV	Pâleur, malaise (GEU rompue)		Gravité, doute diagnostique	Urgence gynécologique par SMUR
Homme	Spontané	Dyspnée importante		Gravité, doute diagnostique	SAU par SMUR
Homme 50 ans		GEA avec retentissement sur l'état général		Gravité, doute diagnostique	SAU par Ambulance

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Homme 80 ans	Spontané	Douleur thoracique		Gravité, doute diagnostique, caractère inhabituel	SAU par SMUR
Fillette 8 ans	RDV	Vomissements, fièvre, purpura		Gravité	SAU pédiatrique par SMUR
Femme âgée	RDV	Cyanose, dyspnée		Doute diagnostique, gravité	SAU par ambulance
Femme	RDV	Douleurs de jambe, mauvaise évolution	D-Dimères, échodoppler	Gravité	Spécialiste puis urgences par transport personnel
Homme âgé	Consultation libre	Douleurs lombaires, hyperalgique	IM Profenid et Antalgique		Radio et réévaluation par médecin traitant
Femme âgée	Visite	Conjonctivite sur œil ouvert, AVC		Gravité	SAU
Homme jeune	Spontané	Plaie avant-bras	Exploration, suture, vaccination anti tétanique		Réévaluation par le médecin traitant
Femme 80 ans	Visite	Chute par maladresse, douleurs gril costal		Angoisse	Radiologie, et antalgique
Homme 65 ans	Visite	Fièvre, douleurs lombaires et frissons	ECBU et échographie en urgence	Gravité,	Consignes de surveillance
Femme jeune	Spontané	Gêne respiratoire, Angoisse	Sophrologie, Xanax et relaxation		Réévaluation et consignes, numéro des urgences psychiatriques
Fillette 10 mois	RDV	Bronchiolite avec difficultés alimentaires	Ventoline au Baby Haler, kinésithérapie	Gravité, mauvaise évolution	Réévaluation et consignes
Enfant	Spontané	Douleurs abdominales fébriles, vomissements et défense		Gravité, horaire	SAU pédiatrique par transport personnel

M 10

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Femme 37 ans	RDV	Douleurs thoraciques constrictives	Troponine en ville	Doute diagnostique	Laboratoire par transport personnel avec accompagnant, Réévaluation
Femme 80 ans	Visite	Douleur thoracique éphémère, Malaise et bradycardie	Symptomatique, Tredelenbourg	Gravité	SMUR
Homme 30 ans	RDV	Tachypnée, sueurs, tirage, douleurs	Oxygène	Gravité	SAU par SMUR
Femme 68 ans	Visite	Décompensation psychiatrique, catatonie	IDE 3 passages par jour, surveillance	Gravité	Hospitalisation sur mauvaise évolution
Homme 60 ans	RDV	TA par pendaison	Surveillance, traitement et soutien	Gravité	

M 11

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Homme 38 ans	RDV	Pâleur, malaise, tableau vasculaire	Surveillance, symptomatique	Doute diagnostique, gravité	SAU par SMUR
Homme 60 ans	Spontané	Asthme, détresse respiratoire	Départ du cabinet, oxygénothérapie	Gravité, et prise en charge	Pompiers à domicile puis SAU
Enfant	Spontané	Traumatisme crânien	Examen	Examen, surveillance aggravation	SAU pédiatrique par SAU
Homme 57 ans	Spontané	Douleur thoracique et épaule, pâleur, AEG		Doute diagnostique, évolution	SAU au CHU par SMUR

M 12

Identité	Recours	Symptômes	Prise en charge	Motif de recours	Mode de recours
Homme 61 ans	Spontané, demandait un RDV	Douleur thoracique	ECG, Aspirine et dérivés nitrés	Gravité	SAU par SMUR
Homme jeune	RDV	Douleur thoracique, pas en forme, pâleur	ECG	Gravité	SAU par SMUR
Homme 46 ans	RDV après le travail	Douleur thoracique depuis le matin	ECG	Gravité	SAU par SMUR
Femme	Spontané	Grossesse gémellaire 29 SA	Examen clinique	Gravité, prise en charge spécialisée	SMUR pédiatrique
Homme Jeune retraité	RDV	Dyspnée	ECG et biologie en ville	Gravité	SAU par transport personnel
Fillette	RDV	Récidive convulsions		Gravité, doute diagnostique, bilan	SAU par transport personnel
Nourrisson 3-4 mois	RDV	Ecchymoses et syndrome de Silverman		Gravité, hospitalisation	SAU pédiatrique par transport personnel SAU prévenu.

Critères de définition du « gut feeling » (37)

- Critère1: «En situation d'incertitude, le médecin généraliste peut s'appuyer sur le «ça colle / ça cloche» pour orienter le raisonnement diagnostique.»
- Critère 2:««Ça cloche» pousse le médecin généraliste à reformuler ses hypothèses diagnostiques.»
- Critère 3: ««Ça cloche» implique que le médecin généraliste se méfie de l'état de santé du patient même s'il ne dispose pas d'arguments objectifs.»
- Critère 4: ««Ça cloche» pousse le médecin à mener d'autres formes d'intervention (surveillance, examens para cliniques ou avis spécialisés).»
- Critère 5: ««Ça colle» signifie que le médecin généraliste est suffisamment sûr de lui pour poursuivre sa prise en charge même sans certitude diagnostique.»
- Critère 6: «L'expérience du médecin joue un rôle majeur dans la prise de décision en situation d'incertitude.»
- Critère 7: «Le sentiment «ça cloche/ça colle» dépend de la connaissance qu'a le médecin de son patient.»
- Critère 8: «Le «ça colle» peut correspondre à un sentiment de réassurance et le «ça cloche» à un sentiment d'alarme.»

BIBLIOGRAPHIE

Médecine générale et urgence

- 1/ Congrès 2002 de la WONCA EUROPE (The European Society of General Practice/ Family Medicine
- 2/ Roger P., Vanandruel M, Vanhalewyn M. Le médecin généraliste et l'urgence. Louvain Medical. 2001;120:S269-S273.
- 2 bis/ Olesen F. Dickinson J. Hjordahl P. General practice-time for a new definition, BMJ 320/354-357 (5 février 2000 in Le médecin generalist et l'urgence
- 3/ Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. New Engl J Med 2001;344:2021-5.
- 4/Oustric S. Rôle du médecin généraliste en matière de prévention [Internet]. Université Paul Sabatier, Toulouse 3; Available de: <http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Role%20MG%20Prevention%202012.pdf>
- 5/ article L. 4130-1 du Code de la Santé Publique suite à la Loi du 21 juillet 2009 dite HPST.
- 6/Lesigne E. L'urgence et ses représentations [Internet]. Available de: http://resmed.univ-rennes1.fr/mgennes/IMG/pdf/Soutenance_Emily_Lesigne.pdf
- 7/Lesigne E. L'urgence et ses représentations : enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rennes 1; 2001.
- 8/ Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004;16(1):63.
- 9/ Jourden G. Urgence et médecine générale [Internet]. [cité 2011 janv 14]. Available de: <http://clge.fr/IMG/pdf/urgence.pdf>
- 10/ Druais P-L, Gay B, Goaziou M-FL, Budowski M, Collectif. Médecine générale. 2e éd. Masson; 2009.
- 11/ HASSAIRI A. LE MEDECIN GENERALISTE LIMOUSIN FACE A L'URGENCE [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 1998.
- 12/ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires (JO du 7 janvier 1986
- 13/ Chabrol A. Un terrain à déminer d'urgence. Bulletin de l'ordre des médecins. 2008 juill;6:8-13.
- 14/ Les missions des sapeurs-pompiers - Emploipublic.fr [Internet]. [cité 2012 oct 7]. Available de: <http://infos.emploipublic.fr/2012/06/07/les-missions-des-sapeurs-pompier/>

- 15/ Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participants au service d'aide médicale urgente appelées SAMU (JO du 17 décembre 1987 et BO 87-51
- 16/ Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie, décrets en conseil)
- 17/ Atlas Régionaux de la démographie médicale française : des disparités qui s'accroissent au niveau local | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 2012 oct 4]. Available de: <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/atlas-regionaux-de-la-demographie-medicale-francaise-des-disparites-qui-s%E2%80%99accentuent-au-niveau-local-969>
- 18 / Bourbaki N. Éléments de Mathématique: Algèbre Commutative... Chapitres 5 À 7 [Internet]. Springer; 2006 [cité 2012 oct 7]. Available de: <http://www.lavoisier.fr/livre/notice.asp?id=2AKWO2A26KROWG>
- 19/ Romestaing P, Lebreton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en région Haute Normandie. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2009 janv.
- 20/ S. Gentile (1), AC. Durand (1), I. Bongiovanni (1), S. Rofritsch (1) et le Collège des médecins urgentistes de la région PACA (2). Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé [Internet]. Available de: http://www.copacamu.org/IMG/pdf/GENTILE_Texte_-_Analyse_du_comportement_des_usagers_des_urgences_pour_des_soins_non_urgents_Rel_sultats_de_la_rel_gion_PACA.pdf
- 21/ Gouyon M. Les urgences en médecine générale Document de travail de la DREES [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat94.pdf>
- 22/ Les urgences médicales : constats et évolution récente [Internet]. <http://www.espacegeneraliste.info>. 2007 [cité 2012 oct 3]. Available de: <http://www.espacegeneraliste.info/Les-urgences-medicales-constats-et>
- 23/ Al MP et. Urgences vitales au cabinet médical : implications pour la formation et l'équipement du médecin de premier recours. Médecine d'urgence. 2008 août 20;Volume 167(29):1768-72.
- 24/ Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins, exposés en annexe à la circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003, relative à la prise en charge des urgences
- 25/ Code de déontologie médicale article77 (<http://www.web.ordre.medecin.fr/deonto/decret/codedeont.pdf>)
- 26/ article 223-6 alinéa 2 du code pénal (<http://www.legifrance.gouv.fr/>)
- 27/ Article 9 : Assistance à personne en danger (article R.4127-9 du code de la santé publique) (<http://www.legifrance.gouv.fr>)
- 28/ Liddy C, Dreise H, Gaboury I. Frequency of in-office emergencies in primary care. Can Fam Physician. 2009 oct;55(10):1004-1005.e1-4.

- 29/ Humbert J, Hidier J. L'URGENCE AU QUOTIDIEN EN MEDECINE DE FAMILLE : ETUDE DESCRIPTIVE A L'AIDE DE LA CISP. La Revue du praticien. Médecine générale. (465):1152-8.
- 30/ TOBACK SL. Medical Emergency Preparedness in Office Practice. Am Fam Physician. 2007;75(11):1679-84.
- 31/ Dick M-L, Schluter P, Johnston C, Coulthard M. GPs' perceived competence and comfort in managing medical emergencies in southeast Queensland. Aust Fam Physician. 2002 sept;31(9):870-5.
- 32/ Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours : Médecine ambulatoire. Médecine et hygiène. 62(2497):1818-24.
- 33/ Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;84(19):142-5.
- 34/ 1. Juan S. Méthodes de recherche en sciences sociohumaines: exploration critique des techniques. Presses universitaires de France; 1999.
- 35/ Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et /ou qualitatives [Internet]. Laboratoire Poplnter, Département de sciences sociales-Faculté de sciences humaines et sociales-Université Paris 5 René Descartes; 2006. Available de: http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
- 36/ Fenneteau H. Enquête : entretien et questionnaire. 2e éd. Dunod; 2007.
- 37/ Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Armand Colin; 2005.
- 38/ Frappé P. Initiation à la recherche. édition 2011. Wolters Kluwer Health France; 2011.
- 39/ Huberman AM, Miles MB. Analyse des données qualitatives. De Boeck Supérieur; 2003.
- 40/ Côte L, Turgeon J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie médicale. 2002 mai;3(2):81-90.
- 41/ Johnston C, Coulthard M, Schluter P, Dick M-L. Medical emergencies in general practice in south-east Queensland: prevalence and practice preparedness. MJA. 2001 juill 16;175:99-103.
- 42/ Rougier B, Grillet Y. Enquête sur l'organisation de la réponse à l'urgence au cabinet médical réalisée auprès des médecins libéraux de la région Rhône Alpes [Internet]. 1996. Available de: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/organisation_urgence.pdf
- 43/ Weber F, Beaud S. Guide de l'enquête de terrain : Produire et analyser des données ethnographiques. Nouv. éd. La Découverte; 2003.
- 44/ Glaser, B., & Strauss, A. (1967). The Discovery of Grounded Theory: Strategies or Qualitative Research. Chicago: Aldine
- 45/ 5 fonctions et 12 compétences de la médecine générale [Internet]. [cité 2011 janv 14]. Available de: <http://ddata.over-blog.com/xxxxxy/0/10/54/33/fmi/5-fonctions-et-12-competences-de-la-Medecine-Generale.pdf>

46/Le Goaziou MF. L'équipement du cabinet médical. La Revue «Exercer», Novembre/décembre 2003; 67 (26) [Internet]. 2003 [cité 2012 oct 3]; Available de: http://www.robe-materiel-medical.com/documentation_pdf/etude_sur_equipement_du_cabinet_medical.pdf

47/Gaël SLIMAN, Emilie PERIGIOS, Yann AUDIC. Le rôle et la place du médecin généraliste en France [Internet]. Available de: http://www.bva.fr/data/sondage/sondage_fiche/675/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf

48/M. Riahi. Le malaise des jeunes médecins généralistes. Jeune MG 56. oct 06

49/ Godeau P, Couturier D. Le diagnostic en médecine: Histoire, Mise en œuvre présente, perspectives. 2006 juin p. 12.

50/ Delorme J. La prise en charge pré hospitalière des urgences. Le concours médical. 1994 nov 6;116(36):3029-30.

51/ Pr BARRIER Geneviève. Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences. Sept 1994

52/ Sempowski IP, Brison RJ. Dealing with office emergencies. Stepwise approach for family physicians. Can Fam Physician. 2002 sept;48:1464-72.

53/ M. GOUYON, G. LABARTHE. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Etudes et Résultats, mars 2006, N° 471

54/ Yersin FS et B. Médecine d'urgence : Quand ? Quoi ? Qui ? Comment ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1523-4.

55/ Al WO de S et. Quand référer aux urgences un patient présentant des douleurs abdominales ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1546-9.

56/ Al SG et. Quand référer aux urgences un patient présentant un malaise ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1535-9.

57/ Duruz A-SF et H. Quand référer aux urgences un patient présentant un trauma de l'appareil locomoteur ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1550-4.

58/ Al PM et. Quand référer aux urgences un patient présentant une céphalée ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1526-9.

59/ Al LP et. Quand référer aux urgences un patient présentant une crise suicidaire ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1555-7.

60/ Al DC et. Quand référer aux urgences un patient présentant une élévation sévère de la pression artérielle ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1530-4.

61/ Al FSA et. Quand référer aux urgences un patient présentant une lombalgie/lombosciatalgie aiguë ? Médecine d'urgence. 2010 août 25;Volume 259(29):1540-5.

62/ Dean A. Managing common emergencies in general practice. St John of God Emergency Department; 2005.

63/ Guez JM. Prises en charge des principales urgences de l'adulte par le médecin généraliste.

64/ Polikipis M., Claessens B., Mols P. La trousse d'urgence du généraliste doit rester simple mais efficace: mode d'emploi. Revue Médicale de Bruxelles. 2007;28:232-40.

65/ Al OP et. Prise en charge de l'asthme en médecine de premier recours. Médecine de premier recours. 2010 déc 1;Volume 273(43):2286-91.

66/ Bordley WC, Travers D, Scanlon P, Frush K, Hohenhaus S. Office Preparedness for Pediatric Emergencies: A Randomized, Controlled Trial of an Office-Based Training Program. Pediatrics. 2003 janv 8;112(2):291-5.

67/ Martinot A, Fourier-Lamisse C, Hue V, Diependaele J-F, Testard M-A, Flurin V, et al. Le médecin généraliste et l'urgence pédiatrique : enquête auprès des médecins du département du nord de la France. Réanimation Urgences. 1994;3(3):255-60.

68/ Vega A. Les déterminants de la décision médicale: Un point de vue sociologique. Médecine. 5(6):282-6.

69/ Praznocy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile de France [Internet]. ORS Ile de France; Available de: <http://www.ors->

70/Cohonner C. Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, Bilan de la région centre 2006 avr; Available de: http://www.orscentre.org/apps/site/public/files//publications/Acces%20aux%20soins/Rapports/Recours_urgent_Med_generale_Avril2006.pdf

71/ Bernard C. Introduction à l'étude de la médecine expérimentale [Internet]. Le Livre de Poche; 2008 [cité 2012 oct 6]. Available de: http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Wd-6Uf-Yp18C&oi=fnd&pg=PT6&dq=%22de+la+m%C3%A9decine%22+&ots=QKQJFRNELu&sig=EPKybaDSVpYQy45o1gz_VZ8mc3s

72/ Somers GT. GP-based emergency response in rural areas: is there a need? Aust J Rural Health. 1999 mai;7(2):104-8.

73/ Al WH et. Attentes et besoins des médecins de premier recours face à l'urgence : une enquête neuchâteloise. Thérapeutique. 2008 nov 12;Volume 179(41):2438-43.

74/ Introduction à l'Evidence Based Nursing [Internet]. The Cochrane Library; Available de: <http://tutoriel.fr.cochrane.org/sites/tutoriel.fr.cochrane.org/files/uploads/Introduction%20EBN.pdf>

75/ Pour la Recherche n° 41; Evidence-Based Medicine ou médecine factuelle [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://193.49.126.9/Recherche/PLR/PLR41/PLR41.html>

76/Cailliez E. Douleurs thoraciques atypiques, le point de vue du généraliste [Internet]. 2012. Available de: <http://www.med.univ-angers.fr/fr/formation-1/fmc/cours-en->

ligne/_attachments/Cardiologie%2031.05.2012/douleur%20thoraciques%20atypiques%20vue%20pa
r%20MG.pdf?download=true

77/ Herzig L., Mühlemann N., Verdon F., Jaunin-Stalder N., Favrat B. Douleurs thoraciques en médecine ambulatoire. Sans oublier les patients qui n'ont «rien au cœur». Revue médicale suisse [Internet]. (3135). Available de: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=32703>

78/ Vermeulen B. Edito : Savoir théorique et savoir d'action en médecine d'urgence: une synergie indispensable. Revue médicale suisse [Internet]. [cité 2012 oct 6];(3121). Available de: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=32468>

79/ Mulligan N. The attitudes and experiences of général practitioners with prehospital emergency care in ireland [Internet]. University of Limerick; Available de: <http://www.resus.ie/images/presentations/Noel%20Mulligan%20The%20attitudes%20and%20experiences%20of%20General%20Practitioners%20with%20prehospital%20emergency%20care%20in%20Ireland.pdf>

80/ Six minutes par patient, interactions en consultation de Médecine générale, (Tavistok Publications-1973), JS. Norell - Editions Payot, 1976.

81/Philippe A, Robert N, Pierre-André D, Trapé F, Hanaire-Broutin H, Cadroy S. La relation médecin/malade. [cité 2012 oct 6]; Available de: http://medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module1/Sous-mod-2_et_3_pdf/01_poly_item01.pdf

82/Escande M. La relation médecin malade [Internet]. Available from: <https://www.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.util.LectureFichierJoint?CODE=1096641941797&LANGUE=0>

83/ Naudin-Rousselle Pascale; Jouanny Pierre. FMC par Discipline > Médecine d'urgence > LES URGENCES CHEZ LE SUJET ÂGÉ - Le Généraliste [Internet]. [cité 2012 oct 3]. Available de: http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_FMC.cfm?espace=FMC&id_etiquette=M24&id_article=25794

84/Rougier B, Grillet Y. Enquête sur l'organisation de la réponse à l'urgence au cabinet médical réalisée auprès des médecins libéraux de la région Rhône Alpes [Internet]. 1996. Available de: http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/organisation_urgence.pdf

85/Cayla F, Benmoussa-Oumansour L. Les urgences médico-chirurgicales «non vitales»: la place des médecins généralistes. 2004 [cité 2012 oct 3]; Available de: <http://www.orsmip.org/tlc/documents/generalistesurgences.pdf>

86/Gnäding M, Chlibec T, Døenecke C, Pfister M, Hartmann A. Service de garde et d'urgence: prise en charge par l'hôpital des soins aigus aux heures de nuit. PrimaryCare [Internet]. 2009 [cité 2012 oct 3];9(12). Available de: <http://www.primary-care.ch/docs/primarycare/archiv/fr/2009/2009-12/2009-12-187.PDF>

87/ Amalberti R, Bons-Letouzey C, Sicot C. La gestion des risques en médecine générale. Partie. 2009;2:1-7.

88/ Epuisement professionnel/stress du médecin: facteurs et conséquences.[Version 0.23 du 016/03/2010][Version 0.21 du 09/09/2008] - Metge [Internet]. [cited 2012 Oct 9]. Available from: <http://www.fdn.fr/~amagnouat/metge/spip.php?article21>

89/ Brewster JM. Doctors' health. BMJ. 2008 Nov 7;337(nov07 1):a2161-a2161.

- 90/ Tolhurst H, McMillan J, McInerney P, Bernasconi J. The emergency medicine training needs of rural general practitioners. *Aust J Rural Health*. 1999 mai;7(2):90-6.
- 91/ Chudy A. Exploration de l'accueil en cabinet de médecine générale dans la région Nord Pas de Calais. *exercer, La Revue Française de Médecine Générale*. 2011;22(95 supp 1):18-9.
- 92/ Christine Zimmerman MD. ABCs of an office emergency [Internet]. *Contemporary Pediatrics*. 2010 [cité 2012 oct 3]. Available de: <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contpeds/Modern+Medicine+Now/ABCs-of-an-office-emergency/ArticleStandard/Article/detail/660778>
- 93/ Ribordy V, Schoettker P, Yersin B. Accès aux soins d'urgence : organisation et utilité de la chaîne des secours. *Revue médicale suisse [Internet]*. 2006 Sep 8 [cited 2012 Oct 9];75. Available from: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=31574>
- 94/ Duhot D, Clerc P. L'incertitude en médecine générale: comment la réduire. *La Revue du praticien. Médecine générale*. 2006 oct 10;20(744/745):1089-90.
- 95/ Sanche G, Caire Fon N. Quand l'incertitude s'en mêle, travailler sans filet. *Le médecin du Québec*. 2010 mai;45(5):37-41.
- 96/ Practitioners TRAC of G. RACGP | Editorial: Managing emergencies in general practice [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.racgp.org.au/afp/200209/28865>
- 97/ Stolper E, van Bokhoven M, Houben P, Van Royen P, van de Wiel M, van der Weijden T, et al. The diagnostic role of gut feelings in general practice A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Family Practice*. 2009;10(1):17.
- 98/ Zanitti N. Le « Gut feeling » en médecine générale : validation d'un consensus chez les enseignants cliniciens ambulatoires du département universitaire de médecine générale de Brest [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2010.
- 99/ Volant Le Berre C. Décision médicale et incertitude : place de l'expérience : Etude du Gut feeling chez les internes du premier semestre de médecine générale par procédure Delphi [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
- 100/ Chipeaux-Meurisse E. Le « gut feeling » chez les médecins généralistes de terrain du Finistère : définition, modélisation et implications [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2011.
- 101/ Calvez A. Analyse des critères décisionnels des médecins généralistes en contexte d'urgence et place du Gut Feeling. *Bretagne Occidentale, faculté de Brest*; 2011.
- 102/ Farjon J., Lambert P., Wuithier N. Le généraliste et les urgences. *Le concours médical*. 1992 juin 27;114(23):2036-7.
- 103/ CONINX P. STRESS & URGENCE Soignants & soignés [Internet]. [cité 2012 oct 1]. Available de: http://pierre.coninx.free.fr/exp/stress_fichiers/frame.htm
- 104/Gaillard M. Cours - L'Urgence et le Corps [Internet]. [cité 2012 oct 1]. Available de: <http://www.ethique.inserm.fr/ethique/cours.nsf/1034cd983e27a917c125685c002b7923/02d424b252eac6a480256cbc00694099?OpenDocument>

- 105/Desprès P, Grimbert I, Lemery B, Bonnet C, Aubry C, Colin C. Santé physique et psychique des médecins généralistes [Internet]. Etudes et résultats DREES; 2010. Available de: <http://www.drees.sante.gouv.fr/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes,6581.html>
- 106/ Bury G, Prunty H, Egan M, Sharpe B. Experience of prehospital emergency care among general practitioners in Ireland. *Emerg Med J*. 2008 juill;25(7):450-4.
- 107/ Verdier M. Intérêt de la formation en simulation d'urgence pour le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.
- 108/ Guillerme C. Organisation de la médecine générale pour la prise en charge des urgences dans le pays de Neufchâtel en Bray [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2005.
- 109/ Site du Formathon [La trousse d'urgence du médecin généraliste] :.. [Internet]. [cité 2012 oct 5]. Available de: <http://formathon.fr/fr/spip.php?article96>
- 110/ Morel V, Sarasin FP, Hauser C. Anaphylaxie : prise en charge initiale. *Revue médicale suisse* [Internet]. (3029). Available de: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30554>
- 111/McGuire D, Riley R, Trewhella N. Are Perth metropolitan GPs prepared for common medical emergencies? *Scalpel*. 91:95.
- 112/ Hugli O, Yersin B. Cher Confrère, merci d'admettre en urgence... ou l'épidémiologie clinique au secours de la médecine d'urgence : Médecine de premier recours. *Médecine et hygiène*. 60(2411):1991-4.
- 113/ Al DW et. Complexité, médecine générale et réformes des systèmes de santé. *Médecine ambulatoire*. 2011 sept 28;Volume 310(34):1883-7.
- 114/Calvez A. Critères décisionnels objectifs des médecins généralistes en contexte d'urgence [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: http://www.congresmg.fr/presentations/vendredi/salle_gallieni4/14-00-com-oral/calvez/index.html
- 115/ Raineri F, Arnoud M, Arnould P. Démarche décisionnelle du médecin en soins primaires. *Société française de médecine générale*;
- 116/ Cornuz AP et J. Développement du généralisme : vers une nouvelle étape ? *Médecine de premier recours*. 2010 déc 1;Volume 273(43):2267-2267.
- 117/ Al SV et. Diarrhées aiguës : propositions de prise en charge ambulatoire. *Médecine de premier recours*. 2008 nov 26;Volume 181(43):2586-90.
- 118/ Ieraci S, Cunningham P, Talbot-Stern J. Emergency medicine and acute general practice : comparing apples with oranges. *Australian Health Review*. 23(2):152-61.
- 119/ Legmann M, Romestaing P. La démographie médicale déclinée à l'échelle des bassins de vie [Internet]. Available de: http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/presentation_atlas_regionaux_2011.pdf?download=1

- 120/ Debesque-Khan Muchir Huzour G. La lettre du médecin généraliste accompagnant le patient lors de son admission dans un service d'urgence [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux II; 2003.
- 121/ Al OP et. La lombalgie aiguë en médecine de premier recours. Revue médicale suisse. 2011 nov 30;319(43):2343-6.
- 122/ Dory V, Pouchain D, Beaulieu MD, Pestiaux D, Gay B, Rocher G, et al. La médecine générale dans le regard des futurs médecins généralistes. Exercer la revue française de médecine générale. 2009;20(85):4-7.
- 123/ Duruz H. La moitié des internes au bord du burnout. Médecine d'urgence. 2012 août 15;Volume 350(28):1569-1569.
- 124/ Schetgen M. Le généraliste face aux services d'urgence hospitaliers. Article de M. Schetgen [Internet]. [cité 2012 oct 3]. Available de: <http://www.hospitals.be/francais/revue/n2vol2/article5.html>
- 125/Le médecin de famille : un rôle essentiel à moderniser [Internet]. Collège des médecins du Québec; 2005. Available de: <http://www.cmq.org/MedecinsMembres/profil/commun/AProposOrdre/Publications/~media/2A71110049F841E3AB13CBBA66361A3C.ashx>
- 126/ Hermange MT, Sénateur MC. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Bulletin de l'Académie nationale de médecine. 2008;192(4):805-16.
- 127/ Gazzah M., Ghannouchi S. Le triage pourquoi et comment? [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.efurgences.net/index.php/gestion-urgence/52-triage-pourquoi>
- 128/ Gheri M, Krahenbuhl J-D, Landry J.-S., Gervais A. L'enfant dyspnéique. Revue médicale suisse [Internet]. (3007). Available de: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=30202>
- 129/ Les fonctions et compétences du médecin généraliste. Collège des généraliste enseignants maitres de stage de la région Poitou Charente; 2008.
- 130/ Bloy G. L'incertitude en médecine générale:sources, formes et accomodements possibles. Sciences sociales et santé. 2008 mars;26(1):67-91.
- 131/ Schreyer N, Yersin B. L'orientation du patient souffrant d'un syndrome douloureux abdominal aigu à domicile. Revue médicale suisse. 2(75):1844-8.
- 132/ Frush K, Cinoman Mike, Bailey Bob, Hohenhaus S. Office Preparedness for Pediatric Emergencies: Provider Manual. Emergency medical services for children program;
- 133/ Fuchs S, Jaffe DM, Christoffel KK. Pediatric Emergencies in Office Practices: Prevalence and Office Preparedness. Pediatrics. 1989 janv 6;83(6):931-9.
- 134/ Mansfield CJ, Price J, Frush KS, Dallara J. Pediatric emergencies in the office: are family physicians as prepared as pediatricians? J Fam Pract. 2001 sept;50(9):757-61.
- 135/ Altieri M, Bellet J, Scott H. Preparedness for Pediatric Emergencies Encountered in the Practitioner's Office. Pediatrics. 1990 janv 5;85(5):710-4.

136/ Pouchain D. Principes de médecine générale II [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.md.ucl.ac.be/didac/mege2110/pouchain.htm>

137/ Rutschmann O, Janssens J-P. Prise en charge d'une crise d'asthme au cabinet médical : Médecine d'urgence. Revue médicale suisse. 1(29):1892-5.

138/ Penverne Y, Jenvrin J, Debierre V, MARTINAGE A, ARNAUDET I, BUNKER I, et al. Régulation médicale des situations à risque. Congrès Urgences. 2011;89:1015-33.

139/ Scores et classification des malades aux urgences [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.efurgences.net/index.php/decision/scores/85-scores-classification-urgences>

140/ Faculté de Médecine Paris VII. Situations d'urgence en médecine générale [Internet]. [cité 2012 oct 5]. Available de: <http://dmg.medecine.univ-paris7.fr/documents/Cours/Urgences/acurgenc.htm>

141/ Al FS et. Surcharge des services d'urgence : constats et solutions. Médecine d'urgence. 2011 août 23;Volume 305(29):1563-4.

142/ Al JO et. Syndromes vertigineux en pratique ambulatoire. Médecine de premier recours. 2009 nov 25;Volume 227(43):2374-80.

143/ Duruz H. traumatologie à domicile. Revue médicale suisse [Internet]. (2310). Available de: <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=20672>

144/ Les médecins en basse Normandie [Internet]. ORS Basse Normandie; 2005. Available de: <http://www.orsbn.org/tbr/fiche%202.2.pdf>

145/Plus d'un généraliste sur dix se déclare en détresse psychologique, selon une étude de la Drees – Hôpital.fr [Internet]. [cité 2012 oct 7]. Available de: <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Espace-medecin-liberal/Actualites/Plus-d-un-generaliste-sur-dix-se-declare-en-detresse-psychologique-selon-une-etude-de-la-Drees>

146/Grimbert I, Menard, A. Les services de santé de premier recours en Basse Normandie, une offre au service des villes [Internet]. INSEE; 2003. Available de: http://www.insee.fr/fr/insee_regions/basse-normandie/themes/centpourcent/120/cent120.pdf

Thèses

147/ Matonnier A. Analyse du comportement des patients se présentant aux urgences de La Ciotat pour un motif relevant de la médecine générale [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.

148/Aniel T. Comment les médecins généralistes se représentent leur spécialité? [Internet]. thèse de médecine. Lyon I; 2008 [cité 2012 oct 3]. Available de: http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_Thibaut_ANIEL_1264764709139.pdf

149/Delay M. Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute-Garonne en 2007 [Internet]. 2007 [cité 2012 oct 3]. Available de: http://www.urmlmp.org/fiches_pdf/biblioh01/these.pdf

150/Daltroff F. Diagnostic et décision médicale en situation d'urgence et d'incertitude : Apport du théorème de Bayes et de l'auto-évaluation subjective de l'incertitude diagnostique : Etude à propos

de la douleur abdominale aiguë et de l'appendicite aiguë en médecine générale ambulatoire et au SAU [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.

151/Jouve O. EVALUATION DU DEGRE D'URGENCE EN MEDECINE GENERALE [Thèse d'exercice]. [[S.I.], France]: [s.n.]; 1998.

152/Godement J. Evaluation du recours au service d'accueil des urgences par les médecins généralistes de ville et par les consultants spontanés [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2008.

153/Allix G. Evaluation par méthode Delphi des thèmes prioritaires de médecine d'urgence pour la formation médicale continue des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2009.

154/Polet A. Facteurs influençant l'aide informelle aux personnes atteintes de syndromes démentiels : points de vue des aidants et des médecins généralistes. Parallèle France/ Etats-Unis [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2011.

155/Lechevrel A. La formation des médecins généralistes aux gestes et soins d'urgence en Loire Atlantique : état des lieux [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.

156/Caron Steunou J. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint – Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny – Villiers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris-Est Créteil Val de Marne; 2010.

157/Blondeau P. La trousse d'urgence du médecin généraliste : évaluation du contenu et de l'utilisation en zone urbaine et rurale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2009.

158/Balfagon Viel S. Les médecins généralistes face aux urgences en Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.

159/Pailleux M. Les urgences en médecine générale : étude qualitative dans les Pyrénées Orientales [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.

160/Sander C. Le médecin généraliste et les soins non programmés. Henri Poincaré Nancy 1; 2010

161/Serent O. Les urgences vitales en médecine générale. Partenariat avec le SAMU Centre 15 de la Marne, proposition d'une trousse d'urgence. A propos d'une enquête prospective réalisée au SAMU de Reims at auprès des médecins généralistes de la Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2003.

162/Prost a la Denise M. L'Organisation des médecins généralistes face aux soins non programmés, aux soins d'urgence et à la participation aux tours de garde [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2005.

163/Smet F de. Médecine générale et urgences en zone fragile du Gard [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier I. Faculté de médecine; 2011.

164/Sévrin Y. Motivations des médecins généralistes de Haute-Normandie pour adresser leurs patients aux urgences : comparaisons en fonction des caractéristiques des médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2010.

165/Meunier L. Parcours de soins et motifs de recours aux urgences hospitalières de Nanterre [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.

166/FRAISSE D. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE CADRE DES SOINS D'URGENCE : ETUDE DANS LA DROME EN 1995 [Thèse d'exercice]. [[S.l.], France]: [s.n.]; 1997.

167/Rossat P. Problèmes et gestion de l'urgence en médecine générale en milieu rural [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 1995.

168/PHAM Q-K. SYMPTOMES ET SITUATIONS D'URGENCE [Thèse d'exercice]. [[S.l.], France]: [s.n.]; 1996.

169/Delay M. Composition de la trousse d'urgence du médecin généraliste en Haute-Garonne en 2007 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2007.

Bibliographie méthode de rédaction et méthode qualitative

1. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. Paris: Éd. scientifiques L & C [pour] Sanofi Aventis; 2010.
2. Quinton A, Emeriau JP. Comment faire une thèse [Internet]. Université Bordeaux 2; Available de: http://www.crame.u-bordeaux2.fr/pdf/comment_faire_unethese.pdf
3. Comment rédiger une thèse [Internet]. [cité 2012 oct 5]. Available de: <http://www.kb.u-psud.fr/medecine-generale/DES/Theses/Faculte/redaction.htm>
4. Beaud M, Gravier M, Toledo A de. L'art de la thèse : Comment préparer et rédiger un mémoire de master, une thèse de doctorat ou tout autre travail universitaire à l'ère du Net. édition revue et corrigée. Editions La Découverte; 2006.
5. Barbour RS. Acquiring qualitative skills for primary care research. Review and reflections on a three-stage workshop. Part 2: analysing interview data. Family Practice. 2000 janv 2;17(1):83-9.
6. Appleton JV. Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. Journal of Advanced Nursing. 1995;22(5):993-7.
7. Revillard A. Chapitre 1 : La sociologie, une démarche d'analyse scientifique du social. Université Paris 13;
8. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi-dirigé dans un travail de recherche en médecine générale [Internet]. Lyon Nord; 2004. Available de: http://www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/memoire_E_PASQUIER.pdf

9. Temporal F, Larmarange J. Déroulement des enquêtes quantitatives et /ou qualitatives [Internet]. Laboratoire PopInter, Département de sciences sociales-Faculté de sciences humaines et sociales-Université Paris 5 René Descartes; 2006. Available de: http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf
10. Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Family Practice*. 2002 janv 10;19(5):557-62.
11. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement [Internet]. [cité 2012 oct 3]. Available de: <http://fampra.oxfordjournals.org/content/19/5/557.full.pdf+html>
12. Shapiro J. Goals and Methods of Research: The Challenge for Family Medicine. *Family Practice*. 1992 janv 3;9(1):92-7.
13. Sibelet N; Mutel M; Arragon P; Luye M; Pollet S. Guide d'apprentissage [Internet]. [cité 2012 oct 5]. Available de: <https://enquetes-cirad.iamm.fr/index.php/guide-dapprentissage>
14. Guide pour la CONDUITE d'ENTRETIEN [Internet]. Université Joseph Fourier Grenoble 1; Available de: http://www.suristat.org/document/documentArticle/guide_entretien_fourier_1.pdf
15. rnrsm Créteil. Guide d'entretien [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CDIQFjAC&url=http%3A%2F%2Frnrsm.ac-creteil.fr%2Fspip%2FIMG%2Fdoc%2FGuide_d_entretien-2.doc&ei=R_dvUNv0NsbC0QXm3oDADQ&usg=AFQjCNEjGltvmtBzWzTfhNwMMaPGUwIgyA
16. Chaneliere M. Impact des évènements indésirables sur la pratique des médecins généralistes : étude qualitative auprès de 15 praticiens de la région Rhône-Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2005.
17. Frappé P. Initiation à la recherche. Édition 2011. Wolters Kluwer Health France; 2011.
18. Rouah D. Internet a-t-il changé la relation médecin-patient du point de vue du médecin généraliste ? : étude qualitative menée auprès de 16 médecins généralistes exerçant en région parisienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.
19. L'entretien semi-directif : Eureval - centre européen d'expertise en évaluation [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.eureval.fr/-L-entretien-semi-directif-.html>
20. Dano F, Hamon V, Llosa S. La qualité des études qualitatives: principes et pratiques [Internet]. Université de droit, d'économie et des sciences d'Aix Marseille; Available de: <http://www.cergam.org/fileadmin/files/cerog/wp/674.pdf>
21. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Med Ass Maladie*. 2001;32(2):117-21.
22. Grinschpoun M-F. L'Analyse de Contenu - de la Theorie a la Pratique. Enrick B. Editions; 2011.
23. Combessie P. L'analyse d'entretiens dans une enquête de terrain. Université Paris Ouest-Nanterre-La défense;

24. Schweyer F-X. L'enquête par questionnaire. Des contextes d'usage variable [Internet]. Ecole Nationale de la santé publique, Rennes; Available de: http://www.u-picardie.fr/labo/curapp/revues/root/44/francois_xavier_schw.pdf_4a0bdf50454f4/francois_xavier_schw.pdf
25. SURISTAT. Les entretiens semi directifs: guide méthodologique [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://www.suristat.org/article246.html>
26. Methodologies appliquées au secteur sanitaire et social [Internet]. Available de: http://rnrsms.ac-creteil.fr/spip/IMG/pdf/ressources_moduleG.pdf
27. Pour la Recherche n° 42; Methodes qualitatives en recherche en santé et en psychiatrie [Internet]. [cité 2012 oct 6]. Available de: <http://193.49.126.9/Recherche/PLR/PLR42/PLR42.html>
28. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative research methods in general practice and primary care. Family Practice. 1995;12(1):104-14.
29. Réaliser un entretien semi-directif [Internet]. Euréval, Fiche technique; 2010. Available de: http://www.eureval.fr/IMG/File/FT_Entretien.pdf
30. Recherches Qualitatives [Internet]. Available de: http://facmed.univ-rennes1.fr/wkf/stock/RENNES20110207074648ambegueRECHERCHES_QUALITATIVES_EXEMPLES_ENTRETIENS_%5BMode_de_compatibilite%5D.pdf
31. Moreau A, Dedienne M-C, Letrilliart L, Le Goaziou M-F, Labarere J, Terra JL. S'appropriier la méthode du focus group. La Revue du praticien. Médecine générale. (645):382-4.
32. Kling F, Frappat B. Savoir mener et analyser un entretien compréhensif [Internet]. Réseau agriculture durable des CIVAM; Available de: <http://www.civam.org/IMG/pdf/Entretien.pdf>

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

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

RESUME

Introduction :

La médecine générale est une discipline complexe et diverse. L'un des rôles défini par la WONCA est la prise en charge des patients en urgence. De nombreuses urgences sont vues et gérées par les généralistes. Beaucoup d'études quantitatives ont déjà été réalisées. L'objectif de notre étude était d'analyser la gestion des urgences par le médecin généraliste et de déterminer les facteurs qui l'influençaient.

Méthode :

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur un questionnaire et des entretiens semi directifs auprès de 12 généralistes, sélectionnés pour obtenir un échantillon raisonné. Le nombre d'entretiens a été défini selon la saturation des données. Cette étude est basée sur le modèle de la théorie ancrée.

Résultats :

L'étude a permis de connaître la perception des urgences par les médecins généralistes. Ils n'ont pas tous la même approche. Souvent, ils jugent une situation comme urgente lorsqu'ils ne sont plus en mesure de la gérer seuls au cabinet. Certaines urgences étaient gérées en fonction d'un doute diagnostique ou à une forme de « sixième sens », ce qui a permis de prendre les bonnes décisions. Les médecins généralistes gèrent beaucoup d'urgences au cabinet mais ils n'hésitent pas à faire appel à leur réseau ou aux services hospitaliers. Plusieurs facteurs ont été déterminés comme influençant les généralistes dans leur gestion. L'étude a aussi permis d'étudier le vécu du médecin généraliste face à l'urgence. Souvent considéré comme un stress supplémentaire, on retrouve une ambivalence liée à la satisfaction et à la reconnaissance.

Conclusion :

Les médecins généralistes gèrent de nombreuses situations urgentes qui évitent un certain nombre de consultations en secteur hospitalier. Leurs décisions reposent sur un faisceau d'arguments et une réflexion complexe. La gestion de ces situations est jugée difficile mais nécessaire par les généralistes. L'amélioration de la gestion des urgences passe entre autre par une aide logistique sur le matériel et la formation.

Mots-clés : Médecine générale, Urgence, Etude qualitative, Facteurs influençants, Analyse de pratique, Prise en charge, Vécu, Rôle du médecin généraliste, Normandie, Grounded-Theory.