



HAL
open science

L'appel d'urgence au cabinet de médecine générale : ressenti des médecins

Charly Krameyer

► **To cite this version:**

Charly Krameyer. L'appel d'urgence au cabinet de médecine générale : ressenti des médecins. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02962506

HAL Id: dumas-02962506

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962506>

Submitted on 9 Oct 2020

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.

L'appel d'urgence au cabinet de médecine générale : Ressenti des médecins

THÈSE EN VUE DU DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
le 3 septembre 2020
par Monsieur Charly KRAMEYER

Jury

La Présidente du Jury,
Madame le Professeur Claire ANDREJAK

Les Membres du Jury,
Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Monsieur le Professeur Loïc GARCON
Monsieur le Docteur Jean-Philippe LANOIX

Le Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

REMERCIEMENTS

A ma présidente de Jury,

Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Pneumologie)

*Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et je vous en remercie sincèrement.
Soyez assuré de ma respectueuse reconnaissance et de mon immense gratitude.*

REMERCIEMENTS

A mon Jury,

Monsieur le Professeur Julien MAIZEL
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Réanimation, médecine d'urgence)
Assesseur 2ème cycle
Chef du Service de Médecine Intensive Réanimation

*Vous me faites le grand honneur de juger cette thèse.
Veuillez recevoir l'expression de ma profonde reconnaissance.*

REMERCIEMENTS

Monsieur le Professeur Loïc GARCON
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
(Hématologie – Transfusion)
Chef du service d'Hématologie Biologique
Chef du service de Génétique Constitutionnelle

*Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Veuillez recevoir l'expression de ma sincère considération*

REMERCIEMENTS

Monsieur le Docteur Jean-Philippe Lanoix
Maître de Conférence des Universités - Praticien Hospitalier
Maladies infectieuses et tropicales

*Vous avez aimablement accepté de juger ce travail.
Je vous prie de trouver ici l'expression de mes remerciements.
Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

REMERCIEMENTS

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN
Médecin généraliste

*Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse, je vous suis infiniment reconnaissant.
Merci pour votre disponibilité, votre écoute et pour vos précieux conseils.*

REMERCIEMENTS

A ma mère, et mon beau père, pour m'avoir élevé dans un amour inconditionnel. Pour avoir su me conseiller, m'orienter, et me soutenir sans jamais m'imposer de choix. Et surtout pour m'avoir appris le second degré, qui m'aura aidé à savoir rire de beaucoup de chose, surtout de moi même.

A mon père, dont l'amour aura également été sans faille. Pour m'avoir transmis tes valeurs, m'avoir appris à relativiser, à me forger une réflexion sur les choses et pour m'avoir toujours poussé à mieux sans me mettre trop de pression. Et bien sûr pour m'avoir transmis les cheveux blancs précoces, qui auront probablement participé à me donner un air expérimenté auprès des patients.

A ma chère et tendre, mon amoureuse, Caroline. Merci de m'avoir toujours soutenu et aidé lorsque j'en avais besoin. Tu es une personne merveilleuse, ton humour, ton intelligence et tes valeurs irréprochables m'impressionnent et m'impressionneront toujours. Cela fait 7 ans, je t'aime, et ne compte pas m'arrêter.

A mes 3 frères, Nicolas, Thomas et Jean. Vous avez chacun à votre manière été des inspirations, des modèles, mais aussi simplement mes meilleurs amis. C'est toujours drôle de penser que l'on puisse être si différent, et s'entendre aussi bien. Vous avez forgé une bonne partie de ce que je suis et je ne serai sans doute pas la même personne sans vous avoir eu à mes côtés (si vous pensez que c'est redondant, ça l'est). Je souhaite à tout le monde d'avoir une fratrie aussi belle que la notre. Je ne pourrai être plus fier d'être votre frère.

A mes belles sœurs Olga et Stéphanie, qui embellissent notre grande famille recomposée, et qui auront toujours une place chère dans mon cœur.

A mes neveux, Mona et Sacha, qui sont toujours des doses de bonne humeur lorsque nous nous voyons. Je vous aime.

A ma grand-mère, que j'aime fort, et qui m'aura toujours soutenu au fil des années.

A ma belle famille, qui a su m'accueillir chaleureusement depuis maintenant plusieurs années.

A la famille Shields, ma famille d'adoption depuis l'enfance.

A Dops, mon éternel buddy. On en a beaucoup trop vécu pour que ça puisse se résumer en quelques lignes, mais tu es mon frère, et la distance et le temps n'y changeront sûrement rien. A Thief, le seul Shields à m'avoir fait l'honneur de me suivre en médecine. Cette dernière sauve des vies, mais elle scelle aussi des amitiés. Tu es devenu aussi un frère que tu le veuilles ou non.

A Dylan, qui reste, malgré la distance, un sacré pote.

A Zoé, qui restera toujours ma plus vieille amie, et pas des moindres.

A Gaby, qui aura su accepter ma quasi omniprésence au domicile jusqu'à la fin du lycée, et qui en plus m'aura toujours accueillie avec la plus grande bienveillance.

A ma troisième famille (encore une ? il va falloir s'arrêter ! Et bien non), mes « QLF ».

A Yassine, mon frère d'une autre mère. Tu es arrivé en retard dans ma vie, mais jusque là rien de surprenant. Notre amitié et notre lien n'en restera pas moins fort, et les années à venir n'y changeront rien.

A Massi, le ketchup de ma mayo. Impossible d'évoquer les années « fac » sans repenser à notre duo. Elles resteront probablement parmi les meilleures années de ma vie, et pour ça je ne te remercierai jamais assez. Par contre je te remercie assez facilement de m'avoir laissé gagner la course à la thèse.

A Youness, dont l'amour est difficile à gagner, mais une fois qu'on l'obtient, c'est pour la vie. Merci d'avoir eu la bonne idée de passer ta thèse avant moi, et d'avoir pu me faire profiter de tes précieux conseils.

A Brahim et Samir, des amis chers, également à jamais dans mon cœur. Nos années facs nous ont soudé, et ce lien restera, je le pense, imbrisable.

Aux sœurs Soriot, devenues des sœurs tout court.

A Lola, dont la chère amitié aura en plus résisté à de nombreux grands voyages, et qui en sera sortie à chaque fois grandie. Tu es de ces amis qui ont maintenant une place essentielle dans ma vie, et je pense que cela restera ainsi.

A Claire, qui aura aussi eu une place importante dans ces années d'études, et dont notre amitié a été renforcée par notre séjour au Vietnam.

A Juliette, Prune, et Lulu, mes très très chères copines du lycée. Malgré les années et la distance, notre amitié n'aura, contrairement à nous, pas pris une ride et je vous aime fortement.

A Claire et Fanfan, toujours fidèles au poste.

A Antoine, sans qui la première année de médecine, aurait été d'une toute autre difficulté.

A Cyrille, ce vieux frère et colocataire, que je remercie pour beaucoup de chose, mais entre autre de m'avoir rappelé qu'il existerait une vie sympathique après la première année de médecine.

Mais également à Wahb, Pierre, Vincent, Romain, Trekan, Nico, Margaux, ces amis de fac qui auront participé à rendre ses années indéniablement géniales, et qui participent à rendre la suite tout aussi sympathique.

A Aurélie et Yacine, ces amis rencontrés durant l'internat, qui ont maintenant une place très chère dans mon petit cœur sensible.

A mes amis d'enfance Mehdi, Nicolas, Assia et Anaïs, dont le lien et l'amitié restent toujours très fort malgré les années.

A tous les médecins que j'ai pu rencontré lors de mes études et de ma formation, qui ont contribué à m'enseigner la médecine sous divers angles, m'ont donné le goût de la profession, la confiance et les savoirs nécessaires pour pratiquer sereinement ce beau métier.

A Isabelle.

A Mémé Mutti, Marlis, Pépé de Paris et Pépé Ebs.

A tous ceux qui ont eu le courage de lire ces longs remerciements jusqu'au bout, et qui méritent pour cette raison d'être félicités.

Et enfin à tous ceux que j'ai oublié (car il en existe toujours), si vous me connaissez vous savez que je m'en voudrai, et j'espère que cela suffira à assouvir votre envie de vengeance.

A tous, merci encore.

1. INTRODUCTION	19
1.1 Préambule.....	19
1.2 Le téléphone en médecine générale.....	19
1.3 Evolution de la notion d'urgence.....	20
1.4 Les appels d'urgence	21
2. MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	25
2.1 Type d'étude	25
2.2 Élaboration du script d'entretien	25
2.3 Population étudiée.....	26
2.4 Déroulement des entretiens	26
2.5 Analyse des données	27
3. RÉSULTATS.....	29
3.1 Les entretiens	29
3.2 Caractéristiques de l'échantillon	30
3.3 Analyse des résultats	32
3.3.1 L'appel d'urgence au cabinet du médecin généraliste	32
3.3.1.1 La gestion de l'appel d'urgence en médecine générale.....	32
3.3.1.1.1 Premier filtre par la secrétaire	32
3.3.1.1.2 Régulation médicale et orientation du patient	33
3.3.1.2 L'évolution de l'appel d'urgence	35
3.3.1.3 L'appel d'urgence, partie intégrante du travail du médecin généraliste.....	36
3.3.1.3.1 Devoir de répondre à l'appel d'urgence	36
3.3.1.3.2 Devoir de respecter le ressenti du patient.....	36
3.3.1.3.3 Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié	37
3.3.2 Ressenti du médecin généraliste à la réception de l'appel d'urgence.....	37
3.3.2.1 Ressenti dit « positif».....	37
3.3.2.1.1 Ressenti de normalité	37
3.3.2.1.2 Ressenti d'être à l'aise	37
3.3.2.1.3 Le sentiment de faire son travail	38
3.3.2.1.4 Ressenti : excitant, stimulant.....	38
3.3.2.2 Ressenti dit « négatif ».....	39
3.3.2.2.1 Ressenti : agaçant, dérangent	39
3.3.2.2.2 Ressenti : anxigène.....	39
3.3.2.2.3 Ressenti : mal à l'aise.....	40
3.3.2.2.4 Ressenti : remise en cause.....	40
3.3.2.2.5 Ressenti : vigilant.....	41
3.3.2.2.6 Ressenti : frustration	41
3.3.2.2.7 Ressenti : intensité.....	41
3.3.3 Les facteurs conditionnant le ressenti du médecin généraliste lors de l'appel d'urgence ...	41
3.3.3.1 Les facteurs intrinsèques à l'appel	42
3.3.3.1.1 Le motif d'appel et les facteurs de gravité	42
3.3.3.1.2 Le patient.....	42
3.3.3.1.2.1 Âge et antécédents	42
3.3.3.1.2.2 Connaissance du patient	43
3.3.3.1.2.3 Intelligibilité de l'appel	44
3.3.3.2 Les facteurs intrinsèques au médecin.....	45
3.3.3.2.1 L'état mental du médecin.....	45
3.3.3.2.2 L'expérience du médecin	45
3.3.3.2.3 Avidité pour la médecine d'urgence	46
3.3.3.2.4 Âge du médecin	46
3.3.3.3 Les Facteurs extrinsèques	47
3.3.3.3.1 Horaire et emploi du temps.	47

3.3.3.3.2	Présence d'un stagiaire.....	48
3.3.3.3.3	Lieu d'exercice.....	48
3.3.4	Les avantages de la gestion de l'appel d'urgence.....	48
3.3.4.1	Les avantages pour le médecin.....	49
3.3.4.1.1	Exercer son métier.....	49
3.3.4.1.2	Être stimulé.....	49
3.3.4.1.3	Avoir un suivi du patient.....	50
3.3.4.1.4	Renforcer la relation de confiance médecin-patient.....	50
3.3.4.1.5	Avantage financier.....	50
3.3.4.1.6	Reconnaissance du patient.....	51
3.3.4.1.7	Absence d'avantage pour le médecin.....	51
3.3.4.2	Avantages pour le patient.....	52
3.3.4.2.1	Avoir un contact médical direct.....	52
3.3.4.2.2	Connaissance du médecin par le patient.....	52
3.3.4.2.3	Connaissance du patient par le médecin.....	52
3.3.4.2.4	Prise en charge adaptée et personnalisée.....	53
3.3.4.2.5	Rassurer le patient.....	54
3.3.4.2.6	Rassurer la famille du patient.....	54
3.3.4.3	Les avantages sociétaux.....	55
3.3.4.3.1	Participation à la régulation médicale.....	55
3.3.4.3.2	Désencombrement des urgences.....	55
3.3.5	Les inconvénients de la gestion de l'appel d'urgence.....	56
3.3.5.1	Les inconvénients pour le médecin.....	56
3.3.5.1.1	Chronophage.....	56
3.3.5.1.2	Déconcentration.....	57
3.3.5.1.3	Anxiogène.....	58
3.3.5.1.4	Engage la responsabilité médicale.....	58
3.3.5.2	Les inconvénients pour le patient.....	59
3.3.5.2.1	Risque d'erreur médicale.....	59
3.3.5.2.2	Risque pour le secret médical.....	59
3.3.5.2.3	Irrespectueux pour le patient en consultation.....	60
3.3.5.2.4	La connaissance du patient, un biais parfois négatif.....	60
3.3.6	Suggestions d'amélioration.....	61
3.3.6.1	L'éducation du patient.....	61
3.3.6.2	Formation à la régulation téléphonique.....	62
3.3.6.3	Développement et optimisation de structures médicales pour demande de soins non programmées.....	63
3.3.6.4	Être maître de stage universitaire.....	63
3.3.6.5	Préparation optimale en cas d'urgence vraie.....	64
4.	DISCUSSION.....	65
4.1	Forces et faiblesses de l'étude.....	65
4.2	Discussion des résultats.....	66
4.2.1	Ressentis face à l'appel d'urgence.....	66
4.2.2	Facteurs conditionnant le ressenti.....	71
4.2.2.1	Les facteurs liés au patient.....	71
4.2.2.2	Les facteurs liés aux médecins.....	72
4.2.2.3	Les facteurs extrinsèques.....	72
4.2.3	La place de l'appel d'urgence en médecine générale.....	74
4.2.4	Suggestions d'amélioration.....	75
5.	CONCLUSION.....	79
6.	BIBLIOGRAPHIE.....	83
7.	ANNEXES.....	87

1. INTRODUCTION

1.1 Préambule

A l'occasion de mes divers stages chez les médecins généralistes ou remplacements, j'ai constaté l'importance de la place des appels téléphoniques dans la pratique quotidienne au cabinet. Qu'il soit émetteur ou récepteur, pas une journée ne se passait sans communication avec des patients par téléphone. Son utilité pratique était indéniable. Néanmoins, la réception d'appels dans la journée semblait en majeure partie non prévisible, et pouvait survenir inopinément. Selon l'organisation du cabinet (médecin seul, avec secrétariat ou télésecrétariat...) tous les appels n'étaient pas nécessairement transmis au médecin. Par contre, lorsqu'un patient appelait pour une urgence ressentie, le praticien était alors presque tout le temps sollicité pour prendre la communication téléphonique.

J'ai pu observer que le ressenti des médecins lors de ces appels pouvait être très variable d'un praticien à un autre, mais également différent chez un même praticien selon la nature de l'appel. Partant de ce constat, je me suis interrogé sur les différents ressentis du médecin face à ces appels quotidiens ainsi que sur les facteurs pouvant influencer ce ressenti.

Après avoir échangé avec mon maître de stage de l'époque et futur directeur de thèse, ce thème nous est alors apparu très intéressant à explorer, et m'a inspiré à être choisi comme sujet de thèse.

1.2 Le téléphone en médecine générale

Le téléphone est un outil de communication inventé en 1876 par Alexander Graham Bell (1). Il s'est développé progressivement jusqu'à être un appareil quasiment indispensable au quotidien dans tous les secteurs d'activité y compris la médecine.

Il est d'ailleurs intéressant de noter que le premier appel enregistré a été celui d'Alexander Graham Bell demandant une aide médicale après avoir renversé sur lui de l'acide sulfurique (1).

Entre 1930 et 1980, les médecins retraités interrogés ont indiqué que leur pratique libérale avait été matériellement modifiée par la disponibilité d'une automobile facilitant leur déplacement et par l'installation à leur cabinet d'un poste téléphonique permettant de les appeler ou de pouvoir appeler (2). La généralisation des communications téléphoniques a entraîné leur utilisation croissante en médecine et notamment permis au patient de joindre directement son médecin généraliste en cas de besoin (1).

Une enquête datant de 1985 (3), menée auprès de 6 médecins généralistes français, montrait déjà que le temps passé au téléphone était de 14 minutes par jour (en moyenne 1min 33sec par appel), avec 9,3 appels par jour et par médecin.

Une enquête prospective de Le Goaziou M-F (4), réalisée en 1993 sur 6 jours, auprès de médecins généralistes, a démontré que les médecins recevaient en moyenne 10 appels par jour, pour une durée quotidienne totale de moins de 15 minutes.

Par ailleurs, une étude de l'Union régionale des professions de santé d'Ile de France de 2012 (5) montre que 56% des médecins généralistes interrogés s'estimaient « harcelés » par le téléphone et 68% d'entre eux avaient recours à la neutralisation de leur ligne lorsqu'ils étaient sur « le point de craquer ». Cette étude quantifie à 7 heures l'utilisation du téléphone par semaine et par médecin, soit en moyenne 25 consultations par semaine. Elle révèle que les médecins généralistes répondent en moyenne à 15 appels téléphoniques par jour d'une durée moyenne de 2,12 minutes, qu'ils aient, ou non, un secrétariat téléphonique.

Les motifs d'appel sont multiples. Des travaux menés en cabinet médical (6) montrent qu'un tiers des appels téléphoniques concerne la gestion d'agenda (prise de rendez-vous, visites à domicile). Un autre tiers est dévolu aux conseils et à l'écoute. Le dernier tiers correspond à des appels plus divers concernant des ordonnances et autres documents administratifs, des correspondants, professionnels de santé, sont également nombreux à appeler.

1.3 Evolution de la notion d'urgence

L'origine du concept d'urgence est latine. Si l'on se fie aux principaux dictionnaires de référence, le verbe latin « urgere » a le sens général de « presser ». Lors du passage à la langue française, c'est d'abord l'adjectif urgent qui est attesté en français, la première fois en 1340, mais ce mot va rester rare jusqu'au XIXe siècle, limité qu'il est au lexique technique et

didactique de la médecine où il désigne « ce dont on doit s'occuper sans retard » parce que le pronostic vital est en jeu.

De nos jours, la notion d'urgence a envahi la totalité du champ social et existentiel. Si l'urgent est profondément corrélé au vital, ce n'est pas seulement dans le cas du destin ultime d'un individu malade ou accidenté que se rencontre cette occurrence. En effet, on la retrouve aussi dans des phénomènes de dimension plus collective : les grands incendies, les pandémies, les guerres, les catastrophes naturelles, les situations à enjeu humanitaire fort. Ainsi, la vie biologique et l'hypothèse de sa cessation ne sont plus les seules à spécifier les situations dites d'urgence : toute éventuelle perspective de destruction subite des structures constitutives du champ économique, social ou politique détermine désormais la constitution de nouveaux domaines de l'urgence. (43)

L'urgence a un caractère relatif puisqu'elle a évolué au fil du temps en fonction de la tolérance des individus et de la société aux souffrances et aux tensions, ainsi que des progrès des connaissances scientifiques tant dans le domaine des remèdes à apporter que dans celui du préjudice causé par le retard d'intervention. (44)

Gilles Finchenstein a tenté d'expliquer l'évolution de l'urgence liée à nos sociétés modernes. Pour celui-ci, l'urgence fait avant tout appel à la notion de temps accéléré, notion la plus intuitive, à l'origine du culte de la vitesse, du « tout, très vite » et du « tout, tout de suite ». Le mot urgence fait aussi référence à la dimension du temps compressé, avec de moins en moins de futur, de moins en moins de passé et dans lequel on vit dans le culte de l'instant. Le temps a alors tendance à n'avoir plus aucune profondeur. La dernière dimension de l'urgence est celle du culte de l'action. Nos sociétés modernes considèrent l'inaction comme de plus en plus impensable et propulsent l'action multiple et simultanée comme une religion universelle. Le monde moderne vit une mutation radicale basée sur ces trois dimensions de l'urgence qui bouleversent le rapport de l'homme au temps. (45)

1.4 Les appels d'urgence

Importante notion que celle de l'urgence médicale qu'il n'est pas toujours simple de définir. Le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a tenté de répondre à cette question dans son Bulletin du mois de juillet 2008 (7).

Selon le docteur André Deseur, conseiller national, délégué général à la communication, président de la commission nationale garde et urgence du CNOM : « Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ».

En effet selon le point de vue, que ce soit celui du médecin ou du patient, la définition de l'urgence médicale peut être bien différente.

Une urgence dite « réelle » met en jeu le pronostic vital et fonctionnel et nécessite une intervention médicale rapide ; elle correspond à la définition de l'urgentiste. Tandis que l'urgence dite « ressentie » correspond à une situation vécue comme urgente par le patient et son entourage, quelle que soit la réalité objective de son état de santé.

La séparation est arbitraire du côté des patients, qui naturellement ne sont pas formés en matière de médecine, et qui demandent une réponse médicale : le degré de gravité réel est évalué a posteriori par le médecin consulté. (8)

On peut ainsi définir l'appel d'urgence comme un appel émis par un patient ou quelqu'un de son entourage pour bénéficier d'une réponse médicale directe et adaptée à une situation ou des symptômes ressentis comme urgents par le patient.

En effet, que cette sensation d'urgence soit une urgence médicale vraie ou simplement ressentie, elle est génératrice d'appel dit d'urgence des patients pour un avis médical à courte échéance.

La réception et la régulation de ces appels s'effectue via différents intervenants (9,10) :

- Par le Centre 15 avec le SAMU, qui regroupent les Centre de Réception et de Régulation des appels. Ce numéro a été créé expérimentalement en 1978, puis élargi à tous les SAMU en 1986.
- Par les médecins généralistes pendant l'exercice de leur activité, depuis que ceux ci se sont dotés de téléphones, fixes puis portables.

- Par les médecins généralistes participant à la régulation dans le cadre de la permanence de soins. (exemple : via le numéro 116 117 depuis le 5 avril 2017 dans quelques régions et qui devait être élargi à toute la France progressivement.)
- Par le Pompier Stationnaire au Centre des appels 18.
- Par le centre 112 au niveau Européen.

Une étude prospective de 2017 (11) menée auprès du centre de réception et de régulation des appels libéraux du Nord explorait les motifs d'appel d'urgence. Une majorité d'appels concernait des symptômes anciens de moins de 24h et sans avis médical antérieur. Sur 895 appels d'urgence, 847 appels traitaient d'un problème somatique et 48 d'un problème psychosocial. La fièvre était le motif le plus fréquent et plus de la moitié des appels d'ordre psychosocial concernaient l'angoisse. La thèse concluait que la majorité des appels relevait de la médecine générale.

Parmi tous les appels journaliers au cabinet du généraliste, il est difficile d'estimer le pourcentage exact d'appels d'urgence, mais ils font partie intégrante du quotidien du médecin traitant.

Dans l'étude de Claire GIE LOIZILLON publiée en 1994 (12), on retrouvait 3 à 4 appels reçus par médecin par jour (en excluant les appels pour demande de RDV et les appels ne concernant pas les patients). Seulement 11% des appels avaient posé des difficultés : techniques (pour ce qui concerne le diagnostic ou le traitement), relationnelles (à cause de la distance) ou d'organisation (perturbation des consultations en cours). Au total l'activité téléphonique représentait 10 à 15% de l'activité globale des médecins et 62% des appels avaient pu être gérés uniquement par téléphone.

Le travail de thèse de Laurent FOGNINI publié en 1994 (13) a étudié les appels reçus au cabinet du médecin généraliste pour en quantifier la durée réelle, relever les motifs d'appels et évaluer l'implication médico-légale qui en résultait. La moitié des appels était reçue par les secrétariats (si le médecin en disposait) qui pouvaient en gérer les 3/4, les autres appels étant transmis aux médecins. En moyenne, il y avait 9,8 appels par médecin par jour (13,46 sans secrétariat et 7,7 avec secrétariat).

Partant des constatations que le ressenti du médecin généraliste vis-à-vis de l'appel d'urgence était très variable selon le praticien ou même selon le motif de l'appel et que la gestion de ces appels avait fortement évoluée avec le temps, nous avons voulu étudier le ressenti actuel du médecin généraliste par rapport aux appels d'urgence au cabinet.

Secondairement nous avons tenté d'apporter des éléments de réponses concernant les facteurs influençant ce ressenti ainsi que les avantages et inconvénients de gérer ces appels d'urgence.

Enfin nous avons essayé de mettre en évidence les suggestions des médecins afin d'améliorer la gestion de ces appels.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Le ressenti des médecins généralistes quant à la réception des appels d'urgence au cabinet a été exploré au cours d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés. La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales lors d'entretiens puis à analyser ce matériel en codant les informations. Elle a pour but d'étudier des mécanismes d'action, des schémas de pensées et des représentations.

Ces entretiens individuels ont été réalisés dans le but de favoriser la libre expression des médecins.

2.2 Élaboration du script d'entretien

En partant d'un travail de recherche sur le sujet et sur les questions ouvertes dans les thèses qualitatives, d'une analyse bibliographique et de notre expérience personnelle, un script initial a été élaboré.

Nous avons retenu sept questions qui nous semblaient pertinentes. Notre script d'entretien comportait une première question de présentation générale, puis des questions ouvertes répondant à nos objectifs.

L'utilisation de questions ouvertes a permis d'obtenir des réponses individualisées. Les entretiens ont été menés par l'enquêteur qui a également réalisé l'analyse des résultats. Dans un souci d'amélioration, le guide a d'abord été testé afin que l'enquêteur appréhende les techniques de cette méthode de recueil. Il est à noter que le script a été modifié ou reformulé au fur et à mesure des entretiens, notamment pour faciliter la compréhension des questions par les médecins.

Le script d'entretien définitif est disponible en annexe 1.

2.3 Population étudiée

L'étude a été menée auprès d'un échantillon de médecins généralistes installés dans le département de la Somme. Après avoir élaboré une liste exhaustive des médecins de la Somme, ceux-ci ont été contactés par téléphone afin d'obtenir leur consentement pour la participation à l'étude. Certains des participants ont été sélectionnés parmi nos contacts personnels. Le thème de notre travail était rapidement expliqué ainsi que les modalités de l'entretien. Ensuite, un lieu et un horaire de rendez-vous étaient fixés à la convenance du participant.

L'objectif du nombre d'entretien était initialement fixé à une quinzaine mais les inclusions pouvaient s'arrêter avant si la saturation des données était obtenue.

2.4 Déroulement des entretiens

Après s'être présenté, l'intervieweur rappelait succinctement le thème du travail et le déroulement de l'entretien. Les participants étaient informés de l'anonymisation totale des données.

Afin de favoriser l'échange, nous avons pris soin d'adopter une attitude d'écoute active, témoignant de l'intérêt porté aux réponses formulées sans jugement et en évitant d'exprimer toute opinion personnelle. Nous nous sommes adaptés aux réponses obtenues, en faisant parfois développer des points soulevés, et en conservant une certaine flexibilité dans le déroulement de l'entretien en fonction des idées spontanément abordées par le participant.

Afin d'encourager d'autres commentaires ou le développement d'une idée, nous avons systématiquement demandé à la fin de chaque entretien si la personne interrogée avait quelque chose à ajouter sur le sujet.

Tous les enregistrements étaient réalisés à l'aide de deux dictaphones, un dictaphone Philips Voicetracer et le dictaphone du téléphone portable personnel de l'enquêteur.

2.5 Analyse des données

Les entretiens étaient tous retranscrits mot à mot sur WORD Office. Pour garantir l'anonymat, tous les participants ont été renommés respectivement dans l'ordre des enregistrements, et par ordre alphabétique de Dr. A à Dr. L.

Ces entretiens ont ensuite été analysés sur le logiciel de codage Nvivo 12® par la méthode de théorisation ancrée. Ils étaient analysés au fur et à mesure et poursuivis jusqu'à suffisance des données.

Afin de limiter au maximum les biais de préconception nous avons réalisé une triangulation des données avec un autre enquêteur.

L'ensemble des entretiens est disponible en *annexe 2*

3. RÉSULTATS

3.1 Les entretiens

Au total, 32 médecins généralistes ont été contactés sur une période d'un an et trois mois. Certains ont refusé de participer par manque de temps, d'autres sans explication.

Onze entretiens ont finalement été nécessaires afin d'arriver à saturation des données, le douzième entretien confirmant ces données. Les entretiens se sont déroulés du 11 avril 2018 au 22 juillet 2019.

Tous les entretiens ont eu lieu au cabinet des médecins, sauf 2 entretiens (Dr. B et Dr. L) directement au domicile des médecins.

3.2 Caractéristiques de l'échantillon

N°	Date de l'entretien	Durée de l'entretien	Nom du médecin	Sexe	Formation médicale complémentaire	Zone d'activité	Modalité d'activité et secrétariat
1	11/04/2018	09'27	Dr. A	Femme	DU Douleur Régulation SAMU 80	Urbaine	Cabinet seul Absence de secrétariat
2	26/04/2018	09'52	Dr. B	Homme	Capacité de médecine d'urgence, de médecine de catastrophe et de la douleur	Urbaine	Activité mixte hospitalière et cabinet seul. Télésecrétariat et numéro direct
3	25/05/2018	36'23	Dr. C	Homme	Aucune	Urbaine	Activité mixte hospitalière et cabinet seul. Secrétariat sur place
4	28/06/2018	13'20	Dr. D	Homme	Capacité de gériatrie	Urbaine	Cabinet seul. Absence de secrétariat
5	04/10/2018	14'48	Dr. E	Femme	Capacité de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent	Urbaine	Cabinet seul. Absence de secrétariat

6	08/10/2018	14'49	Dr. F	Homme	Aucune	Rurale	Cabinet de groupe pluridisciplinaire. Secrétaire sur place. Maître de stage universitaire
7	12/10/2018	11'08	Dr. G	Homme	Aucune	Rurale	Cabinet de groupe pluridisciplinaire. Secrétaire sur place
8	06/12/2018	16'35	Dr. H	Femme	Aucune	Rurale	Cabinet de groupe pluridisciplinaire. Secrétaire sur place
9	08/12/2018	11'52	Dr. I	Femme	DU de médecine d'urgence	Rurale	Cabinet de groupe pluridisciplinaire. Secrétaire sur place
10	20/12/2018	19'13	Dr. J	Homme	Aucune	Urbaine	Cabinet seul Absence de secrétariat Maître de stage universitaire
11	03/05/2019	22'03	Dr. K	Homme	Aucune	Semi-Rurale	Cabinet de groupe pluridisciplinaire. Secrétaire sur place Maître de stage universitaire
12	22/07/2019	18'11	Dr. L	Femme	Capacité de gériatrie	Rurale	Cabinet de 2 médecins, en mi temps partagé. Télésecrétariat

Il y avait parmi les participants 7 hommes pour 5 femmes. Le ratio activité urbaine/ activité rurale est de ½. Dans l'échantillon, seuls 3 médecins étaient complètement dépourvus de secrétariat.

La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes et 57 secondes.

3.3 Analyse des résultats

Les réponses des médecins ont été classées par thématique pour faciliter leur lecture. Nous avons choisi de rendre compte ici uniquement des extraits des entretiens les plus explicites, mais les entretiens sont disponibles entièrement en Annexe.

3.3.1 L'appel d'urgence au cabinet du médecin généraliste

3.3.1.1 La gestion de l'appel d'urgence en médecine générale

3.3.1.1.1 Premier filtre par la secrétaire

Lors d'un appel d'urgence au cabinet par le patient, celui-ci peut directement être en contact avec son médecin généraliste, mais il a souvent comme premier interlocuteur une secrétaire sur place ou à distance. Celle-ci a pour rôles de recevoir l'appel et de déterminer si cet appel doit être transmis au médecin.

En l'espèce, les secrétaires n'avaient, pour la plupart, pas reçu de formation spécifique. Néanmoins, les médecins ayant un secrétariat s'accordaient à dire que ces secrétaires arrivaient efficacement à différencier les appels nécessitant une transmission au médecin et ceux ne nécessitant pas d'avis médical.

Dr. J « Après des fois elles nous passent le patient quand il a envie de parler avec un médecin, mais elle régule quand même avant, savoir si c'est vraiment urgent ou si... »

Dr. K « Bon déjà moi j'ai un secrétariat. Donc la première personne qui va être en contact avec le patient c'est la secrétaire. C'est elle qui va juger l'intérêt de me passer l'appel ou pas, ou de donner un rendez-vous. Donc là il y a déjà un premier filtre. Si la secrétaire me passe l'appel, donc moi je suis en consultation la plupart du temps... »

« Alors pour moi, comme c'est régulé par la secrétaire, c'est rarement un appel pour rien. Donc je me dis rarement « fais chier, il appelle pour rien ». Ça c'est pas mal. »

Dr. L « C'est ça, ils passent par le secrétariat donc heu, la secrétaire filtre déjà. »
« Ba déjà les appels d'urgence, c'est les secrétaires qui les reçoivent. Il y a déjà un premier filtre à ce niveau là. Nous on ne reçoit que ceux que la secrétaire ne sait pas gérer. »

3.3.1.1.2 Régulation médicale et orientation du patient

Après un éventuel premier filtre de l'appel par la secrétaire, l'appel d'urgence est quasiment toujours transmis au médecin généraliste. Les médecins effectuent alors une première régulation médicale en réalisant un interrogatoire adapté à la plainte téléphonique du patient.

Dr. A « Ba déjà c'est moi qui répond au téléphone, j'ai pas de secrétaire ni rien, donc en fonction de ce que les gens vont me dire, et ben je pose quelques questions comme j'ai l'habitude de le faire en régulation et je vois si ça a besoin d'être traité tout de suite ou pas. »

Dr G « Voilà donc j'essaie d'évaluer le niveau de gravité en interrogeant le patient, en ayant les principales précisions, voyant si ces paramètres vitaux sont pas mis en danger déjà. Après j'essaie de mieux analyser le symptôme, pour voir si finalement le symptôme est plus ou moins inquiétant, plus ou moins urgent, et d'évaluer le délai avec lequel, soit je dois le voir ou s'il doit effectivement contacter les services d'urgence. »

Dr K « Après et bien j'écoute, et ça sera les quelques questions que je vais lui poser qui vont déterminer la prise en charge qu'il y a derrière. Soit je peux assez rapidement répondre à la question et dans ce cas je le fais par téléphone, sinon c'est très variable en fonction de la situation. »

« je pense que l'interrogatoire c'est l'élément le plus important, c'est ça qui va déterminer la prise en charge derrière. »

De cet interrogatoire, le médecin va proposer une orientation adaptée à ses hypothèses éventuelles et déterminera la conduite à tenir.

Il a, en général, 3 possibilités :

- Le problème peut se gérer par téléphone (simple conseil téléphonique, surveillance et réévaluation,...)

Dr B « S'il s'agit de donner un conseil à quelqu'un, je vais le faire »

Le médecin estime que le patient doit être examiné. Dans cette situation, la grande majorité des médecins essaient de proposer une consultation ou visite au patient dans un délai raisonnable selon les hypothèses diagnostiques. C'est cette option qui semble être privilégiée autant que possible par les généralistes.

Dr J « Moi je considère qu'effectivement, s'il y a eu un appel, c'est qu'il y a un problème. Le problème est-il important ? N'est-il pas important ? Peut-être. On peut parfois l'évaluer assez précisément au téléphone mais quoi qu'il en soit, moi on m'a toujours appris qu'on ne faisait pas de médecine par téléphone. Le téléphone est un moyen de communiquer entre nous, certes, pas de problème. Mais après la médecine ça s'exerce avec un patient. Je pense qu'il faut soit y aller, soit les faire venir. De manière à ce qu'on puisse apporter une solution qui soit la résultante d'un acte médical c'est à dire un interrogatoire, un examen clinique, un éventuel diagnostic et un éventuel traitement. Voilà. »

Dr K « Après moi j'ai toujours en tête, « dans le doute tu te déplaces », donc même si ça fait gastro ou ça fait un truc qu'on pourrait estimer, si le patient estime que c'est urgent, et que ça va pas, je préfère aller voir, même si ça me fait chier. Mais au moins je dormirai mieux le soir quoi. »

« Encore une fois, dans le doute, je préfère y aller, ou je préfère le faire venir. »

- Le médecin ne peut pas répondre à la nécessité d'un examen urgent, ou si l'interrogatoire lui évoque une urgence vitale, le médecin réoriente vers une autre structure médicale selon l'urgence (confrère généraliste, SOS médecins et bien sûr SAMU ou Service d'Accueil des Urgences)

Dr H « Après quand c'est vraiment la grosse urgence, on se pose pas de question, on dit d'appeler le 15. »

Dr. A « si je peux pas les traiter parce que je suis débordé et qu'il y a quelque chose, ba je leur dis ou de voir le 15 ou d'aller voir SOS médecin. »

Dr L « Après si ça nécessite effectivement le 15, de notre point de vue au moins, bon voilà. Mais je pense que connaissant quand même les patients, ça permet déjà de faire parfois la part des choses »

3.3.1.2 L'évolution de l'appel d'urgence

Plusieurs médecins, souvent plus âgés évoquaient le fait d'avoir vu évoluer l'appel d'urgence au cabinet. En effet, l'émergence d'autres interlocuteurs en cas d'urgence médicale ressentie, et l'évolution des pratiques des médecins généralistes ont fait diminuer le nombre d'appels d'urgence directement au médecin généraliste.

Dr. J « Après j'ai toujours eut mon téléphone la nuit, mais maintenant la nuit les gens appellent SOS médecins ou appellent le 15, donc la nuit, même s'il n'y a pas de répondeur, ba en fait je ne suis pas dérangé. »

« Les patients... La nuit il n'y en a pas, et les patients je pense maintenant sont habitués pour le bien ou pour le pas bien à appeler le 15 ou à se précipiter aux urgences. Et malheureusement parfois ils n'ont rien à y faire. »

Dr. D « Après les gens prennent l'habitude d'appeler le 15 quand même quand ça commence à être plus sérieux. J'ai beaucoup moins d'appels. Avant j'avais des appels de nuit, je n'en ai quasiment plus. C'est exceptionnel. »

3.3.1.3 L'appel d'urgence, partie intégrante du travail du médecin généraliste

3.3.1.3.1 Devoir de répondre à l'appel d'urgence

Peu importe leur ressenti, une majorité des médecins interrogés précisent que la gestion des appels fait partie intégrante de leur activité. Ils considèrent d'ailleurs celle-ci comme un devoir pour eux.

Dr. I « Et après je sais pas si on peut vraiment parler d'inconvénient. On fait ça aussi pour ça quoi ! Ça fait partie du jeu. »

Dr. D « De toute façon l'appel d'urgence on l'aura toujours. On en aura toujours et faut le prendre. Et il faut savoir le prendre quoi, c'est ça. »

Dr. B « Voilà, ça me paraît normal dans tous les cas que je sois appelé par mes patients, s'ils ont un problème quel qu'il soit. »

Dr. G « ça fait partie de notre métier, je trouve ça normal parce qu'effectivement on suit les patients »

Dr. K « Mais en même temps, ça fait partie du boulot. »

3.3.1.3.2 Devoir de respecter le ressenti du patient

Certains expliquent même qu'ils se doivent de respecter l'appel d'urgence pour un patient, que ce soit une urgence vraie ou une urgence simplement ressentie.

Dr. K « Il y a souvent une grande discordance entre la sensation d'urgence ressentie par le patient, et la réalité de l'urgence. Parce que nous on a la connaissance, la formation et l'expérience. Donc il faut respecter ça. Je me refuse à juger le patient parce qu'il a estimé que c'était urgent, alors que ça ne l'était pas. »

3.3.1.3.3 Le médecin généraliste, interlocuteur privilégié

Beaucoup de médecins généralistes ont évoqué qu'ils restaient encore souvent l'interlocuteur de premier recours pour certains de leurs patients.

Dr. D « Là de toute façon, fracture ouverte de jambe, j'allais pas... (rires). Mais il m'appelle, il m'appelle d'abord. »

3.3.2 Ressenti du médecin généraliste à la réception de l'appel d'urgence

A la question de savoir quels étaient les ressentis lors de la réception de l'appel d'urgence, les réponses étaient très diverses, pouvant aller de positif à négatif selon les médecins, mais également parfois une ambivalence de ressenti chez certains médecins.

3.3.2.1 Ressenti dit « positif »

3.3.2.1.1 Ressenti de normalité

Tout d'abord, beaucoup de médecins ont exprimé l'idée que l'appel d'urgence était normal et qu'ils ne ressentaient pas nécessairement de gêne à le gérer.

Dr. I « Non moi ça m'énerve pas en tout cas. Ça m'embête pas... »
« Après pour le ressenti de l'appel, heu... ça ne me fait pas grand chose en fait. »

Dr. J « Oui ça ne me pose pas de problème particulier. »

Dr. B « Ba en tout cas ça ne me dérange pas ! Voilà, ça me paraît normal dans tous les cas que je sois appelé par mes patients, s'ils ont un problème quel qu'il soit. »

Dr. E « Ce type d'appel ne me gêne pas. »

3.3.2.1.2 Ressenti d'être à l'aise

Une majorité des médecins se disent même à l'aise face à ce genre d'appel.

Dr C « j'essaie d'être à l'aise parce que j'essaie d'être compétent. »

Dr I « Oui plutôt à l'aise oui. »

3.3.2.1.3 Le sentiment de faire son travail

Certains médecins apprécient de continuer à gérer ce genre d'appel car ils ont simplement l'impression d'être à leur place dans ce rôle.

Dr K « Il y a quelques mois, c'était une patiente, une personne âgée, qui a fait un arrêt chez elle. Je sais même plus où j'étais, donc hop clac j'y vais. C'est ça de devoir gérer l'urgence, de devoir gérer les pompiers, le SAMU, de devoir gérer le massage, et après la famille derrière. Donc oui ça m'a flingué ma consult, mais je me suis dit, voilà j'ai fait mon boulot. J'aurai pas pu dire « Ba écoutez, elle est en arrêt, vous appelez le 15. Alors que moi je suis à 3 minutes » Tu vois, donc non j'y suis allé. J'ai eu l'impression d'être à ma place. »

3.3.2.1.4 Ressenti : excitant, stimulant

Certains médecins évoquent même le fait qu'ils peuvent apprécier ce genre d'appel leur apportant parfois un stress positif, stimulant, ainsi que du rythme lors d'une journée de travail.

Dr. K « Ba après je pense qu'il y a des émotions positives. Le fait de réagir dans l'urgence, de devoir gérer une situation urgente, je trouve ça quand même un peu sympa quoi. »

« D'un côté ça gêne, de l'autre ça casse un peu le rythme de la consult. »

Dr. E « Plutôt de l'adrénaline. Je vais monter en puissance, parce qu'il faut en plus que je gère ma consultation ordinaire »

Dr L « Quand on est dans l'appel, ça va, en tout cas pour moi, parce que je suis dans le vif du sujet, j'essaie de réagir. »

3.3.2.2 Ressenti dit « négatif »

3.3.2.2.1 Ressenti : agaçant, dérangeant

Même si paradoxalement, certains peuvent apprécier ou du moins ne pas être gêné par les appels d'urgence, d'autres, ou parfois les mêmes médecins peuvent aussi ressentir négativement ces appels. Beaucoup de médecins expriment déjà le caractère dérangeant de ces appels dans leur journée.

Dr. E « parce qu'il y a certains patients que je connais donc je sais que bon ça va plutôt me casser les pieds »

Dr. K « Pour moi tout appel de la secrétaire est, je vais peut-être être un peu cash dans la manière, mais une forme d'agression dans ma consultation. Je suis dans ma consultation, je gère mon temps et donc les patients. Dès que le téléphone sonne ça m'emmerde. Voilà ça c'est peut-être le premier ressenti. »

Dr. L « J'aime pas parce que d'abord ça me coupe dans ma consultation où je suis. »

Dr F « Donc spontanément un appel d'urgence ça me dérange. »

3.3.2.2.2 Ressenti : anxiogène

En plus du caractère dérangeant, certains médecins mettent en avant le caractère stressant et angoissant de la gestion de l'appel d'urgence.

Dr. A « des fois ça peut m'angoisser »

Dr. E « Bon maintenant ça peut générer aussi, certains appels, de l'anxiété bien sûr. »

Dr H « C'est anxiogène par rapport à la décision qu'on doit prendre je trouve. »

Dr G « C'est particulièrement stressant, je le cache pas. Ca fait partie des choses qu'on appréhende beaucoup quand même parce que c'est vrai que le gros stress, c'est d'être face à une situation effectivement avec un péril vital ou qui peut survenir »

3.3.2.2.3 Ressenti : mal à l'aise

Quelques médecins expriment même clairement un sentiment de mal-être lors de la prise en charge de ces appels d'urgence.

Dr. F « Mal ! C'est quelque chose qui me met toujours mal à l'aise »

Dr. L, en parlant de l'appel d'urgence « Non, j'aime pas ça. »

Dr. J « Parfois ça rappelle pas forcément de très bon souvenir. »

3.3.2.2.4 Ressenti : remise en cause

Certains médecins indiquent que l'appel d'urgence peut également engendrer une remise en cause personnelle.

Dr E « Quand je me sens pas à l'aise, ce qui peut arriver, c'est quand j'entends que la personne qui est au téléphone ne va pas tenir compte des consignes que je vais lui donner du tout. Ça, ça peut arriver. Donc là je peux avoir une espèce de sensation de doute et de remise en cause de moi même. »

Dr L « Quand on est dans l'appel, ça va, en tout cas pour moi, parce que je suis dans le vif du sujet, j'essaie de réagir. Mais après, il y a toujours « Mince, est ce que j'ai bien fait », « J'aurais peut-être dû faire ci ». Et parfois même plus tard en rentrant à la maison quoi. Si on le voit pas ce cas là... Après si on le voit, bah on le voit. Mais si on le voit pas, c'est toujours à l'esprit, et ça c'est pas... »

3.3.2.2.5 Ressenti : vigilant

Certains médecins évoquent le fait de se sentir encore plus prudent et vigilant à la réception des appels d'urgence.

Dr C « Il faut être hyper vigilant »

« Vous pouvez avoir une crise d'aérocologie, qui vous déclenche des douleurs à vous plier à bâbord, mais il faut vraiment être très très prudent. »

3.3.2.2.6 Ressenti : frustration

Un médecin a en outre évoqué ressentir de la frustration lorsqu'il recevait l'appel d'urgence, mais n'avait pas la possibilité de le gérer comme il l'aurait souhaité.

Dr K « Je me suis déjà retrouvé plusieurs fois, alors qu'un patient se présente ici ou appelle alors que je suis déjà en train de suturer. Je lui dis, je suis désolé mais je peux pas. Je suis déjà trop pris par le temps. Donc il y a un petit peu de frustration, mais du coup j'envoie aux urgences pour un truc que j'aurais pu gérer ici. »

3.3.2.2.7 Ressenti : intensité

Enfin, certains médecins ont précisé que certains appels d'urgence pouvaient être ressentis comme très intenses sur le plan émotionnel.

Dr E « Bon et il y a d'autres appels, dans lesquels je m'implique beaucoup. Donc niveau émotionnel ça peut être très intense »

« Alors est ce qu'un appel d'urgence, quand on vous téléphone et qu'on vous dit j'ai perdu ma femme, et que c'était une de vos patientes... Ba là bien sûr il y a toute une gamme de sentiments. Et pour moi c'est un appel d'urgence aussi. Donc là il y a parfois des fortes émotions et douloureuses. »

3.3.3 Les facteurs conditionnant le ressenti du médecin généraliste lors de l'appel d'urgence

Selon les médecins interrogés, plusieurs facteurs peuvent influencer sur leur manière de ressentir l'appel d'urgence. Ces facteurs ont été classés selon leur origine, qu'ils soient intrinsèques à l'appel, au médecin, ou dus à des causes extrinsèques.

3.3.3.1 Les facteurs intrinsèques à l'appel

Pour une bonne partie des médecins interrogés, ce qui influençait majoritairement le ressenti à la réception d'un appel d'urgence provenait de plusieurs éléments de l'appel en lui-même.

3.3.3.1.1 Le motif d'appel et les facteurs de gravité

Certains généralistes ont rapporté que selon le motif et les symptômes évoqués au téléphone, le ressenti pouvait varier.

Dr. I « Oui en fonction de ce qu'il me demande, là oui le ressenti sera différent. »

Dr. F « Après la pathologie pour laquelle les gens appellent. Il y a des motifs... c'est important ! Si c'est une douleur thoracique, je vais passer au SAMU. Si c'est un enfant qui a de la fièvre, je vais m'arranger pour le voir rapidement, d'une façon ou d'une autre. Si c'est une douleur abdominale qui dure depuis 3 jours, on va pas réagir de la même façon. Donc le motif d'appel il est important aussi. »

Dr. G « Et après effectivement le type de symptômes qu'il va venir me décrire, s'il s'agit effectivement d'un AVC ou d'un infarctus. Là aussi ça va m'amener à être beaucoup plus interventionniste et qui plus est encore plus, si c'est une personne connue pour en faire ou qui n'a finalement pas d'antécédents »

3.3.3.1.2 Le patient

3.3.3.1.2.1 Âge et antécédents

En premier lieu, certains médecins expliquaient que l'âge et les antécédents personnels du patient concerné par l'appel jouaient un rôle dans la manière de percevoir l'appel.

Dr G « Voilà après c'est le patient, en lui-même, celui qui appelle, en fonction de ses antécédents et son histoire. Certains on va plutôt chercher à freiner l'hospitalisation parce qu'effectivement, pour des personnes un peu âgées, qui ont déjà été multi hospitalisés, avec des gros antécédents, on essaiera plutôt d'éviter, d'autant qu'on ne va pas être autant interventionniste qu'avec une personne avec moins de comorbidités ou alors plus jeune, par rapport aux risques secondaires quoi. C'est ça qui me conditionne, les antécédents, le contexte du patient. »

Dr E « Premièrement l'âge déjà. Si c'est un enfant ou des choses comme ça, un enfant je pense qu'il ne faut pas passer à côté. »

Dr L « Et après peut être les petits, les moins d'un an, les bébés quoi. C'est encore plus stressant. Et là je pense qu'on est encore plus... on a plus tendance à dire « n'hésitez pas à me rappeler », « faites ci, faites ça et rappelez moi dans une heure », « surtout vous me dites » ou encore « allez aux urgences » si je suis pas sûr de moi. »

3.3.3.1.2.2 Connaissance du patient

Une majorité des médecins rencontrés ont exprimé que leur connaissance du patient influait énormément sur le ressenti lors des appels. Cette connaissance du patient inclut bien sûr l'âge, les antécédents, mais plus largement le patient dans son ensemble, englobant sa personnalité, ses habitudes, et tout ce qui a pu ressortir de consultations antérieures.

Dr J « Je suis installé depuis 30 ans maintenant, donc les patients qui appellent, en règle générale ils me connaissent et je les connais. Donc je connais, au moins un bout de leur histoire antérieure. Et c'est sûr que si c'est quelqu'un qui est diabétique qui m'appelle pour une douleur de la poitrine, je vais pas avoir la même réaction que si c'est une jeune femme de 25 ans qui m'appelle pour une douleur de la poitrine. Voilà. C'est aussi l'intérêt, en tout cas un des intérêts de la médecine générale et du fait qu'on connaisse ses patients, c'est à dire qu'on peut plus facilement se faire une idée. »

Dr H « Je pense qu'on arrive plus à évaluer quand on connaît ses patients. On sait si c'est des anxieux ou pas. »

Dr F « Après la connaissance du patient. Je pense que ça c'est capital »

Dr L « Si c'est quelqu'un que j'ai jamais vu en garde, parce que ça arrive aussi que le 15 nous file des appels et nous disent, voilà c'est pour vous, débrouillez vous. Quand on connaît le patient, c'est quand même plus facile. Je trouve. Quand c'est des nouveaux patients, je suis peut-être plus systématique à les voir. Parce qu'il y a beaucoup d'urgences ressenties qui sont d'ordre psychologique et quand on connaît les patients... »

3.3.3.1.2.3 Intelligibilité de l'appel

Certains médecins expliquent que malgré une bonne connaissance des patients, c'est parfois plutôt la compréhension de l'appel qui joue un rôle important dans le ressenti du médecin. En effet, si le médecin comprend clairement la demande, et que l'interrogatoire téléphonique est suffisant pour poser un diagnostic, ou du moins pour éliminer les plus graves, alors la gestion de cet appel sera facilitée. A l'opposé, si la plainte est peu compréhensible, ou si l'interrogatoire amène à des doutes diagnostiques, le médecin peut se trouver davantage en difficulté pour décider la prise en charge.

Dr B « Après qu'est ce qui pourrait influencer d'un point de vu, disons, extrinsèque, ce serait éventuellement l'état de stress de la personne et le manque d'intelligibilité de ses propos. Et ça peut des fois arriver qu'on se comprenne mal. »

Dr H « Car il y en a qui explique bien. Quand ils expliquent bien bon on arrive à évaluer à peu près, on arrive à savoir si c'est urgent ou pas urgent car la première chose c'est de savoir est ce qu'il faut que ça parte aux urgences ou est ce que ça peut attendre qu'on le voit et on le voit. »

« Mais c'est le côté milieu ou, soit ils expliquent pas bien ou on arrive pas bien à avoir une bonne description des symptômes, tout est un peu bâtarde, et c'est ces situations là qui sont un peu difficiles. »

3.3.3.2 Les facteurs intrinsèques au médecin

En dehors de l'appel en lui-même, plusieurs médecins disaient pouvoir être influencés également en fonction de facteurs leurs étant plus propres.

3.3.3.2.1 L'état mental du médecin

Une majorité de praticiens étaient d'accord pour dire que leur humeur personnelle, fatigue et état mental pouvaient nettement influencer le ressenti, même pour deux appels similaires.

Dr I « Ah oui quand je suis en repos de garde, je suis plus fatigué et je pense que ça m'énerve plus que quand je suis en pleine forme. La fatigue oui c'est sûr ça influe. »

« Et puis la vie personnelle, s'il y a des soucis personnels ça influe c'est sûr, mais ça influe sur tout pas forcément que sur l'appel d'urgence. »

Dr J « Ba si je suis fatigué, si je suis pas de bonne humeur c'est sûr que je serai peut-être moins accueillant (rires). Déjà il y a des facteurs limitants liés aux médecins je pense. »

Dr D « si c'est dans ce sens là que vous posez la question, mais il faut qu'on fasse très attention à notre état mental. La fatigue, le surmenage, la précipitation, l'agacement. C'est là qu'il faut qu'on fasse attention. Qu'on soit dans un cabinet médical et qu'on reçoive pendant les consultations un appel, ou qu'on soit aux urgences. C'est très important ça. Garder la disponibilité, faire très attention à son état de fatigue. »

Dr F « le degré de fatigue, ça ça conditionne toujours la bonne prise en charge. »

3.3.3.2.2 L'expérience du médecin

Certains participants ont expliqué que l'expérience professionnelle jouait un rôle important dans la manière de percevoir l'appel d'urgence.

Dr C « Ba ouais... au début quand j'ai commencé j'étais...j'y allais tout de suite. Parce que j'avais pas l'habitude. Mais maintenant j'arrive à les gérer. A bien les gérer même. On va dire que je sens à l'appel si c'est urgent ou pas. Je pose quelques questions. »

Dr K « La formation et maintenant l'expérience m'amène à être rarement pris en défaut sur un appel d'urgence, donc ça c'est pas mal. »

Dr L « Ba après, maintenant je pense qu'on acquiert également un peu d'expérience, et on connaît aussi ses patients. »

3.3.3.2.3 Avidité pour la médecine d'urgence

Trois des médecins interrogés estimaient que selon le rapport du praticien à la médecine d'urgence, ces appels pouvaient être perçus différemment.

Dr I « Après si on est pas à l'aise avec la situation d'urgence vraie, là ça peut être un petit peu plus problématique aussi. »

Dr F « Je conçois qu'un confrère qui lui est plus orienté sur l'urgence, ça le valorise de prendre en charge quelque chose d'aigu. Moi non, ça ne m'apporte rien. »

« Moi je le ressens pas comme ça, mais parce que je n'aime pas l'urgence. »

3.3.3.2.4 Âge du médecin

Un médecin expliquait également que plus il vieillissait, moins il avait d'attrait pour les situations à caractères urgentes ce qui influençait plutôt négativement son ressenti.

Dr F « Après c'est une vision de médecin proche de la retraite, donc je n'ai plus envie de m'embêter avec les urgences comme on peut l'avoir à 30 ans. Il y a une question d'âge aussi. Je n'ai pas pensé à ça tout à l'heure dans les facteurs, mais c'est vrai que l'âge peut jouer. Je pense que ça intervient un peu. »

3.3.3.3 Les Facteurs extrinsèques

En dehors de l'appel en lui-même, ou de l'état du médecin, plusieurs facteurs extérieurs peuvent influencer le ressenti à l'égard d'un appel d'urgence.

3.3.3.3.1 Horaire et emploi du temps.

Les médecins interrogés ont souvent admis que selon leur activité journalière ou selon l'horaire d'appel, ce dernier pouvait être ressenti plus ou moins négativement. En cas de journée très chargée, l'appel amenait souvent un stress en plus et de la même manière, les appels tardifs pouvaient être plus difficile à gérer.

Dr L « Peut être l'horaire. Le soir en fin de journée, on est je pense moins patient et on a plus de temps dans la journée pour essayer de caler si besoin, ou pour que les gens nous rappellent, donc je pense que l'horaire tardif ça m'embête plus que si c'est en matinée par exemple. »

Dr I « Ba je pense que ce qui peut influencer sur le ressenti c'est la charge de travail qu'on a au moment ou on est dérangé, j'imagine. »

Dr H « Ba c'est les journées très chargées avec des obligations parfois, comme obligation de réunion derrière ou on doit partir du cabinet à telle heure pour différentes raisons et que c'est justement là qu'il y a l'appel d'urgence qui arrive. »

Dr E « Ah ba oui c'est ce que je vous ai dit au départ. C'est un peu différent si le cabinet est plein ou pas. »

Dr K « Si je suis en période de très forte activité, ça va jouer, parce que je suis obligé de gérer à la fois la demande de l'urgence... Si c'est quelque chose gérable par téléphone ça va, mais s'il faut intervenir ou faire venir le patient, ça me met un stress supplémentaire parce qu'il faut que je gère mon temps. »

« Non pour moi l'élément fondamental qui fait que je vais plus ou moins bien le vivre, c'est le temps que j'ai à disposition. En fait c'est ça, qui va peut-être m'amener à devoir choisir parfois entre une prise en charge, qu'est ce qui est le plus urgent ou pas. »

« Oui c'est ça. C'est sûr que si j'étais en train de me tourner les pouces au cabinet, je dirai c'est bien, ça me fait un peu de boulot, cool. Mais c'est jamais le cas. »

3.3.3.3.2 Présence d'un stagiaire

Les médecins exerçant comme maître de stage ont plutôt insisté sur le caractère positif d'avoir un stagiaire dans ces situations. En général cela les aidait à pouvoir gérer la situation et ils ressentaient l'appel plus positivement que lorsqu'ils devaient le gérer seul.

Dr G « Si un facteur important aussi, ça dépend si je suis accompagné d'un stagiaire ou pas. Parce que là ça sera plus facile pour moi de prendre en charge une urgence si j'ai un stagiaire qui va pouvoir continuer à faire la consultation par exemple, pendant que je vais faire l'urgence. C'est un facteur important. »

3.3.3.3.3 Lieu d'exercice

Un des médecins interrogés évoquait que le lieu d'exercice pouvait influencer sur le ressenti pour gérer l'appel.

Dr J « Enfin moi à Amiens j'exerce dans un rayon d'action qui est relativement restreint. Bon c'est pas forcément très facile de se déplacer, mais le rayon d'action est restreint. Par contre j'ai des confrères et amis qui sont restés à la campagne, j'ai travaillé à la campagne. C'est sûr que quand on était à Molliens Dreuil, et on allait jusqu'à Poix de Picardie. Donc Molliens Vidame, Poix de Picardie, Quevauvillers, et Aumale, ça faisait beaucoup de kilomètres la nuit, dans des campagnes, des routes pas éclairées, des gens qu'on ne trouvait pas. Donc les conditions d'exercice dans certains secteurs de garde qui ont encore largement augmenté ces dernières années, c'est je pense très compliqué pour les confrères et pour les patients. Eventuellement le médecin il est de garde dans un secteur et la pharmacie de garde est à l'autre bout du secteur. »

3.3.4 Les avantages de la gestion de l'appel d'urgence

A la question de connaître les avantages de manière générale à la gestion des appels d'urgence par le médecin généraliste, les médecins ont répondu largement. Un classement en 3 catégories a été effectué : les avantages pour le médecin, les avantages pour le patient, et les avantages sociétaux.

3.3.4.1 Les avantages pour le médecin

3.3.4.1.1 Exercer son métier

Certains médecins se trouvaient à leur place lors de la gestion des appels d'urgence, cette dernière participant au sentiment de travail accompli.

Interrogateur : « Quels pour vous pourraient être les avantages à continuer à prendre en charge tous les appels d'urgence au cabinet ? »

Dr J « Exercer notre métier. »

« Donc ça a permis à la fois qu'on exerce notre métier, ça a permis qu'on l'exerce dans de bonnes conditions parce que faire une suture simple c'est pas vraiment très compliqué »

Dr K « Il y a quelques mois, c'était une patiente, une personne âgée, qui a fait un arrêt chez elle. Je sais même plus où j'étais, donc hop clac j'y vais. C'est ça de devoir gérer l'urgence, de devoir gérer les pompiers, le SAMU, de devoir gérer le massage, et après la famille derrière. Donc oui ça m'a flingué ma consult, mais je me suis dit, voilà j'ai fait mon boulot. »

3.3.4.1.2 Être stimulé

Une partie des praticiens interrogés exprimait l'idée que la stimulation provoquée par la gestion d'un appel d'urgence pouvait amener parfois un stress positif, et donner du rythme dans une journée.

Dr K « L'avantage c'est que ça donne un petit coup d'adrénaline comme tu disais. Donc si t'es en train de t'endormir sur un patient psy, bah ça te réveille. »

« Après on est dans le bain, on sait comment ça se passe. Du coup on sort du contexte où on est, il y a quelques secondes d'adaptation et puis après on se met dans le contexte du patient

qu'on a au téléphone et puis on essaie de répondre à ces questions, et de lui donner une prise en charge. Voilà, donc il y a des fois quand même des émotions positives, le fait d'apprécier d'être mis parfois dans des situations d'urgence, chose qu'on peut aimer par ailleurs. »

3.3.4.1.3 Avoir un suivi du patient

Les médecins exprimaient le fait que la gestion des appels d'urgence de leur patient participait par ailleurs au bon suivi du patient.

Dr E « Non et puis j'aime le gérer moi-même en fait. Parce que comme ça au moins je suis au courant. Très souvent on reçoit des courriers, « votre patient a été hospitalisé ». On est au courant de rien, on débarque ! On reçoit un taux de plaquette par exemple. On se dit « ah tiens, il a dû se faire opérer. Et voilà, on ne sait rien. »

« Et quelque part, ça me rassure plus. »

Dr I « Et puis ça permet quand même d'avoir cette relation de suivi qu'à un médecin traitant avec son patient. »

3.3.4.1.4 Renforcer la relation de confiance médecin-patient

Certains praticiens ont également mis en lumière que le fait d'être disponible pour ses patients, y compris lors des appels pour une urgence ressentie, renforçait la relation de confiance entre le médecin et son patient.

Dr H « Savoir que leur médecin généraliste est disponible (...) ça pour eux c'est important. »

Dr E « C'est surtout que bon, il y a une relation de confiance. C'est à dire que je les connais mais eux me connaissent aussi. »

3.3.4.1.5 Avantage financier

Un seul des médecins interrogés a évoqué la possibilité d'avantages financiers à la prise de ces appels d'urgence, si elle génère une consultation en plus, et surtout si celle-ci peut être soumise à des majorations, mais il explique également que ce cas de figure est rare et que ce n'est pas ce qui est recherché dans la gestion de ces appels.

Dr F « On peut parler du côté financier, il y a parfois des majorations d'urgence, mais franchement on court pas après ça. Ça n'apporte rien. »

3.3.4.1.6 Reconnaissance du patient

Un des médecins évoque le fait que la gestion de ces appels entraîne généralement de la gratitude du patient pour son médecin, ce qui est agréable pour ce dernier.

Dr K « Enfin je trouve ça assez valorisant parce qu'il y a une attente angoissée d'un patient. Tu y réponds, donc il y a souvent beaucoup de reconnaissance dans ces moments là, plus que le patient qui vient et qui dit je viens renouveler mon traitement. Et si en plus c'est pas grave à la fin, et que tu rassures. Tu vois c'est un enfant qui a une hyperthermie et les parents ils le sentent pas. Du coup, « amenez le moi. Bon ba écoutez il a une angine, on va la traiter ». Tout le monde ressort content. »

3.3.4.1.7 Absence d'avantage pour le médecin

Certains médecins estimaient néanmoins que la gestion de ces appels ne leur apportait aucun avantage et était essentiellement favorable au patient

Dr I « Et après les autres avantages... Ba ouais je pense que c'est vraiment plus pour le patient. »

Dr F « Pour moi, très franchement, je ne vois pas d'avantage. Ça ne m'apporte pas grand chose. »

« Après... Il y a des avantages pour le patient, il y a des avantages pour la société de manière générale mais pour nous à titre personnel... Je n'ai pas l'impression que la prise en charge d'une urgence, ce soit très valorisant pour nous. »

3.3.4.2 Avantages pour le patient

3.3.4.2.1 Avoir un contact médical direct

La prise en charge de ces appels par le médecin généraliste permet au patient d'avoir un avis médical rapide sur une situation que celui-ci juge urgente.

Dr H « Pour les patients aussi ça a un avantage, de se dire que quand il y a quelque chose qui ne va pas, ils peuvent nous appeler et si vraiment ça va pas on peut les voir rapidement. »

Dr I « D'être joignable quand il y a un problème. Bon c'est beaucoup moins le cas qu'avant, mais je pense que les patients ils aiment bien. »

3.3.4.2.2 Connaissance du médecin par le patient

Certains des médecins ont évoqué le fait que les patients préféreraient appeler leur médecin traitant, car ils le connaissaient, et avaient confiance en lui, ce qui avait un caractère rassurant pour un appel d'urgence.

Dr J « Je suis installé depuis 30 ans maintenant, donc les patients qui appellent, en règle générale ils me connaissent et je les connais. »

Dr L « Voilà, après pour le patient je pense que c'est rassurant d'avoir quelqu'un qu'il connaît. Ça me paraît logique qu'on soit le premier recours. »

Dr D « Je sais que c'est une colique néphrétique, c'est pas vital, mais il souffre, donc quand vous souffrez comme ça, vous préférez être vu par votre médecin traitant que par un autre médecin compétent mais que vous ne connaissez pas »

3.3.4.2.3 Connaissance du patient par le médecin

A l'inverse, le fait de connaître leurs patients a été évoqué comme un avantage dans la plupart des cas, car il permet une meilleure appréhension du degré d'urgence par le médecin.

Dr L « Je suis installé depuis 30 ans maintenant, donc les patients qui appellent, en règle générale ils me connaissent et je les connais. Donc je connais, au moins un bout de leur histoire antérieure. Et c'est sûr que si c'est quelqu'un qui est diabétique qui m'appelle pour une douleur de la poitrine, je vais pas avoir la même réaction que si c'est une jeune femme de 25 ans qui m'appelle pour une douleur de la poitrine. Voilà. C'est aussi l'intérêt, en tout cas un des intérêts de la médecine générale et du fait qu'on connaisse ses patients, c'est à dire qu'on peut plus facilement se faire une idée. »

Dr C « Comme je connais en plus bien souvent mes patients, je me rends compte si c'est urgent ou pas. »`

Dr B « On a quand même un avantage quand on est le médecin du patient, c'est que d'abord on le connaît, on connaît ses antécédents et puis on connaît sa façon de s'exprimer et l'éventuelle angoisse qu'il peut avoir vis à vis d'une situation médicale. Et puis on sait également le contexte dans lequel il se trouve actuellement, s'il a des difficultés familiales, professionnelles. Donc c'est quand même des éléments qui aident bien. »

« C'est que ce sont mes patients donc je les connais mieux que quiconque. Et on sait que dans les urgences, il y a des urgences vraies, il y a des urgences ressenties et que l'urgence exprimée n'a rien à voir avec l'urgence vraie et l'urgence ressentie. Il y a malheureusement des fois des gens qui dans un sens comme dans l'autre, n'évalue pas le degré d'urgence. Vous pouvez avoir des fois des gens qui ont des antécédents graves et qui peuvent appeler pour une douleur thoracique qu'ils minimisent et puis vous pouvez avoir des gens qui n'ont aucun antécédent et qui appellent pour une douleur thoracique totalement atypique et qui maximisent et qui ont l'impression de mourir, avec une sensation de mort imminente. »

3.3.4.2.4 Prise en charge adaptée et personnalisée

La gestion de l'appel d'urgence par le médecin généraliste permet selon les praticiens d'apporter une prise en charge plus adaptée à la demande du patient.

Dr B « Et puis d'autre part, si tant est qu'il y ait besoin d'y donner une réponse physique, à savoir ma présence en tant que médecin, face à eux, en consultation ou en déplacement à la maison. En fonction d'où ils habitent, je le sais. En fonction de leurs disponibilités, s'ils peuvent venir en consultation, on peut en discuter. A mon avis encore une fois je peux leur donner la meilleure réponse, acceptable et adaptée, en ayant plus le paramètre de mes disponibilités. »

Dr L « Ca nous arrive également de faire parfois des petits courriers rapides, juste par le biais du coup de fil, en demandant plein de choses hein, en posant des petites questions, et en demandant au patient de passer prendre un courrier pour se rendre aux urgences, si on pense que c'est nécessaire. Nous on pourra pas faire plus quoi. Pour éviter de perdre du temps. Même quelqu'un de la famille ou même l'ambulancier qui vient, il prend le bon de transport et la lettre et il emmène le patient aux urgences. Ça c'est plus quand c'est une urgence vraie. Après je sais pas, il y a plein d'appels pour des petites choses de médecine générale que nous on peut gérer. Ça nous arrive de leur dire de passer, on prend entre deux, comme on peut quoi. Et puis parfois, « Non, vous surveillez », ou « Vous pouvez venir que demain ». »

3.3.4.2.5 Rassurer le patient

Plusieurs médecins expliquaient que le fait que l'appel d'urgence soit géré par le médecin référent du patient était rassurant pour ce dernier.

Dr I « Ba je pense l'avantage c'est pour le patient en premier lieu, parce que soit on peut le rassurer. Si on considère qu'il est inquiet pour rien ou pas grand chose, on peut le rassurer assez facilement. »

Dr B « et puis je pense que c'est aussi rassurant pour la personne. »

3.3.4.2.6 Rassurer la famille du patient

Un des médecins interrogés expliquait que la gestion de l'appel d'urgence d'un patient par son médecin pouvait également rassurer sa famille.

Dr I « Et puis peut être la famille des patients. Si c'est une personne âgée isolée, si sa famille elle sait qu'il peut appeler un médecin et avoir des conseils si jamais ça va pas, je pense que ça peut rassurer aussi les enfant ou petits enfants de quelqu'un d'âgé ou malade. »

3.3.4.3 Les avantages sociétaux

3.3.4.3.1 Participation à la régulation médicale

En répondant aux appels d'urgence de leur patient, les médecins généralistes participent à la régulation médicale et peuvent les orienter pour une prise en charge adaptée.

Dr I « Et puis si c'est vraiment un appel qui est vraiment une urgence, on peut lui donner les bons réflexes à avoir tout de suite. C'est à dire soit venir au cabinet en consultation, soit appeler le 15, soit aller aux urgences. On peut quand même l'orienter pour savoir ce qu'il faut faire ou ne pas faire »

Dr H « L'avantage, c'est de faire un premier tri déjà. Parce que sur tous les appels que l'on a, il n'y en a pas beaucoup qui nécessite d'aller aux urgences. »

3.3.4.3.2 Désencombrement des urgences

La majorité des médecins interrogés exprimait le fait que la gestion de ces appels d'urgence participait à diminuer le nombre de consultation aux urgences pour des motifs non urgents.

Dr C « Bah oui. De toute façon, ça permet quand même d'éliminer les vraies urgences. Parce que bien souvent, « c'est une urgence, il a mal à l'oreille, c'est une otite ». Bon bah ça peut se gérer ça, plutôt que d'aller attendre 3 heures dans un CHU, je leur dis de venir.(...)Ca peut désencombrer les urgences. Voilà. »

Dr H « Ça pourrait aussi se terminer aux urgences s'ils nous appellent pas. Donc ça c'est quand même un avantage. L'avantage, c'est que nous on peut s'arranger pour les voir rapidement. Les avantages, ça peut donc diminuer le nombre de personnes aux urgences »

Dr G « C'est vrai que ça peut permettre de désengorger l'hôpital effectivement, d'éviter des passages aux urgences ou en hospitalisation inutile ou inadéquate notamment pour des personnes âgées qui ont parfois des troubles de démence ou qui ont déjà présenté le même symptôme »

Dr K « Ba le gros avantage, pour le patient, c'est de pas devoir aller dans un service d'urgence pour un truc qui ne le mérite pas forcément. »

Dr F « Ça permet de désengorger aussi un peu les urgences dans certains cas. Car les gens qui auraient eut tendance à aller facilement aux urgences on peut les prendre en charge. Je pense aux sutures par exemple qu'on continue de faire ici. Je sais qu'il y a des cabinets où ils ne le font plus, ils envoient direct aux urgences. »

3.3.5 Les inconvénients de la gestion de l'appel d'urgence

3.3.5.1 Les inconvénients pour le médecin

3.3.5.1.1 Chronophage

Un des inconvénients ressortant le plus lors des échanges avec les médecins interrogés est le caractère chronophage de la gestion de l'appel d'urgence, que ce soit l'appel en lui-même, mais également la charge de travail éventuelle consécutive à cet appel (rappel pour surveillance, consultation surnuméraire ou visite ...)

Dr I « Ba c'est toujours cette histoire d'emploi du temps, de gérer à la fois les rendez-vous et l'appel d'urgence qui peut amener aussi sur un rendez-vous en plus ou sur une visite en plus ou sur quelque chose à faire en plus. »

Dr J « Là les inconvénients c'est que si on travaille sur rendez vous et qu'on a 2-3 appels d'urgence pendant la consultation, ça va être compliqué de finir la journée dans les temps de rendez-vous, ça c'est clair. »

Dr H « Ba l'inconvénient c'est que c'est des appels en plus, donc il faut pouvoir les prendre en charge en plus, c'est pas toujours évident. Ça peut nous mettre en retard sur nos rendez-vous. (...) Ouais c'est surtout sur notre gestion du temps et tout ça, c'est surtout ça l'inconvénient. S'il n'y a pas de problèmes de gestion du temps, bon même si c'était pas grave, ba tant pis. »

Dr L « Parce que si c'est des gens âgés par exemple ou des gens qui sont invalides ou quelque chose, ça engage forcément un déplacement de ma part et une visite, et donc beaucoup plus de temps, et quitter la consultation. Et ça c'est très pesant et ça casse tout le rythme de la journée quoi. »

3.3.5.1.2 Déconcentration

Plusieurs médecins estiment que l'appel d'urgence peut gêner l'activité du médecin. En effet, cela peut déconcentrer le médecin vis-à-vis de ce qu'il était en train d'effectuer, et parfois être perturbant au quotidien.

Dr L « J'aime pas parce que d'abord ça me coupe dans ma consultation où je suis. Après on est là pour ça, mais du coup changement de patients, la concentration, et caetera... »

Dr H « Pour moi, c'est là ou c'est le plus difficile, quand on a déjà une urgence qui est arrivée, une suture, et qu'on doit gérer un appel en plus un peu compliqué. Ou quand on est dans une consultation compliquée et qu'on doit gérer ça en plus par téléphone, on doit sortir de notre consultation pour répondre à l'appel. »

Dr B « Etre interrompu par quelqu'un d'autre, pour autre chose, grave ou pas grave, c'est jamais évident, voilà. »

Dr F « Et bien ça me dérange. Ça perturbe toujours, c'est jamais au bon moment. Oui ça me dérange dans mon planning de la journée. »

3.3.5.1.3 Anxiogène

Certains médecins indiquent également que ces appels d'urgences peuvent être anxiogène et générateur de stress dans leur quotidien.

Dr G « Surtout le stress. Et les gros inconvénients pour moi c'est aussi l'absence de coopération du patient face à la décision qu'on va prendre. C'est aussi un des inconvénients, la difficulté de ces appels. D'être face à un patient qui ne va pas très bien, qui va mal et qui a un risque d'avoir une pathologie grave, qui refuse catégoriquement, soit avant un week end, ou face à une période de la journée, ou aller à l'hôpital... c'est très difficile. C'est ça qui est extrêmement stressant et qui est très difficile. »

Dr I « Oui si on se sent pas à l'aise avec une situation et qu'on sait pas trop quoi faire ça peut être un inconvénient. »

3.3.5.1.4 Engage la responsabilité médicale

Plusieurs médecins ont avancé que l'un des inconvénients de la gestion de l'appel d'urgence était que la responsabilité médicale était engagée, alors qu'un entretien téléphonique restait plus limité qu'un examen clinique complet. Cette situation peut de ce fait entraîner davantage d'erreur médicale dans la prise en charge.

Dr A « J'suis responsable moi au téléphone quand même. »

Dr G « C'est vrai que notre responsabilité est obligatoirement engagée en plus. Pour le patient on s'inquiète déjà mais on s'inquiète aussi pour la responsabilité secondairement, c'est vrai que ça aussi c'est extrêmement compliqué. »

Dr D « J'essaie d'avoir le moins d'appréhension possible parce que je vais vous dire, je me couvre au maximum. »

3.3.5.2 Les inconvénients pour le patient

3.3.5.2.1 Risque d'erreur médicale

Les limites de l'interrogatoire téléphonique, surtout lors d'un appel non prévu et à caractère urgent, sont ressentis comme participant à un risque plus important d'erreur médicale.

Dr D « Donc il faut faire très attention. Comme on essaie de vider les hôpitaux des personnels, on essaie de faire croire qu'on peut régler les problèmes de l'urgence au téléphone. Oui on peut, mais alors avec une laxité énorme, parce qu'au téléphone, il faut faire très attention techniquement. »

Dr G « ça peut être anxiogène dans le sens, savoir est ce qu'on évalue bien les choses par téléphone. »

« L'inconvénient, la difficulté à voir si c'est vraiment une urgence ou pas. De se tromper, dire c'est pas grave et en fait c'est grave. »

Dr F « Et puis ça me dérange car j'ai peur de passer à côté de quelque chose, de ne pas savoir le gérer. »

3.3.5.2.2 Risque pour le secret médical

L'appel d'urgence pouvant survenir à tout moment, il est décrit comme plus délicat à gérer lorsque le médecin est déjà en consultation car il doit être vigilant à ne pas trahir le secret médical tout en gérant la situation.

Dr K « D'ailleurs il y a des informations, donc en plus je fais gaffe de ne pas donner de noms ou autre parce que voilà. »

Dr L « Et le fait d'avoir quelqu'un en face, c'est pas forcément... Ça peut être gênant parce que déjà il ne faut pas donner de nom. Et des fois ça part tout seul, ça peut arriver et côté secret médical... Et où on a pas la même... enfin moi je n'ai pas la même façon de parler aux gens, quand j'ai quelqu'un en face qui écoute quelque chose qui ne le regarde pas, que quand je suis toute seule à ce moment là. »

3.3.5.2.3 Irrespectueux pour le patient en consultation

Au-delà de gêner le médecin, l'appel peut être gênant ou ressenti comme irrespectueux vis-à-vis du patient alors en consultation.

Dr K « En plus on le voit bien, le patient qui est en face avec qui on est, on coupe court... encore hier j'ai eu un appel pendant une consultation à tendance psy, ou le patient en face était presque en train de pleurer. Du coup je dois l'arrêter... C'est vrai que c'est un peu chiant. »
« Après en fait soit je discute avec le patient au téléphone et donc je gère la situation, et donc le patient en face de moi est impatient. »

3.3.5.2.4 La connaissance du patient, un biais parfois négatif

Certains médecins expliquent que trop connaître son patient peut parfois être négatif, en biaisant la perception de l'appel d'urgence par le médecin.

Dr E « Le fait de connaître nos patients, c'est un argument qui peut être favorable, mais qui peut être aussi un biais. »

Dr C « Ah bah il y a des patients, c'est systématique : « c'est urgent docteur ! ». J'avais comme ça une personne, bon là elle est décédée, une personne qui était âgée. Tous les mois elle me disait : « Venez vite docteur, c'est urgent », et c'était un renouvellement de médicament (rires). Et c'était systématique ! A force on n'y faisait plus très attention, mais il fallait que je vienne sur le moment. »

Dr F « Au risque de passer à côté d'une vraie pathologie un jour... mais bon voilà, à force de crier au loup... Bon on connaît tous ça. »

3.3.6 Suggestions d'amélioration

Les médecins interrogés ont également pu faire connaître leurs propositions de suggestions d'amélioration pour la gestion des appels d'urgence. Ces derniers avaient des modes de fonctionnement propres, qui orientaient pour chacun leurs réflexions, néanmoins certaines propositions ont été relevées de manière régulière par les praticiens.

3.3.6.1 L'éducation du patient

C'est une des idées la plus fréquemment énoncée pour améliorer la gestion des appels d'urgence. En effet, en éduquant les patients à leur pathologie, et en privilégiant la prévention, cela aide le patient à savoir lorsqu'il est nécessaire d'appeler ou non son médecin généraliste en urgence. Cela peut éviter certains appels non nécessaires, mais également apprendre au patient à composer le 15 lorsque c'est indispensable.

Dr A « Eduquer le patient. (rires) C'est ça en fait, ça serait éduquer le patient, et arrêter que le patient pense que tout doit être solutionner tout de suite et tout ça. Je pense que c'est l'éducation du patient, et je pense que tout ça, il serait important même à l'école ou quoi, expliquer à des enfants, ou même aux adolescents et tout ça, qu'est ce qui est urgent et qu'est ce qui n'est pas urgent. »

Dr G « Je pense ça passe par les moyens de prévention, qui sont parfois mis en place par la sécurité sociale, ou des organismes, ou des associations. Signifier notamment au patient quels sont les symptômes qui doivent l'amener à appeler le 15 plutôt que nous face à des situations comme un AVC, un infarctus. »

Dr H « Les éduquer sur certaines choses, sur les urgences vitales, signes d'AVC, de crise cardiaque, des choses comme ça. Au lieu de perdre 5 minutes à nous avoir, leur dire d'appeler le 15. Déjà les éduquer à ça. Les anxieux, les éduquer sur voir si c'est grave ou pas grave. Aussi dans ce sens là, ça peut être intéressant. »

Dr I « qu'avant tout c'est l'éducation du patient quoi. Parce que quand on leur prescrit un examen, ba dire « si vous avez des résultats en gras ou anormaux, vous inquiétez pas, soit vous me passez un coup de fil pour reprendre rendez vous, soit je vous appelle s'il y a quelque chose

de vraiment très grave. Et puis si c'est pas pour des examens, si c'est pour autre chose, si on suit quelqu'un pour des problèmes cardiaques par exemple, on lui dit si vous avez une douleur dans la poitrine vous appelez le 15. C'est l'éducation du patient qui peut aussi nous aider beaucoup. »

Dr L « Après je pense qu'il y a une question d'éducation. Il y a une grosse part d'éducation des patients à faire et ça c'est pas forcément à nous. »

3.3.6.2 Formation à la régulation téléphonique

Certains médecins expriment parfois un manque de qualification de leur part ou de leur secrétaire, par rapport à la régulation médicale téléphonique, et expliquent que des formations dans ce sens pourraient optimiser leur gestion de l'appel d'urgence.

Dr F « j'ai toujours du mal parce que j'ai l'impression de ne pas savoir quelles questions poser. Je n'ai pas en fait la fibre SAMU, je dirai, où je peux poser la question qui me permet de savoir si c'est urgent ou pas quoi. »

« Alors justement parce que je ne suis pas tout à fait à l'aise sur le plan des questions. Je pense que là j'ai... Si je m'étais écouté, j'aurais fait des formations là dessus, pour me sentir plus à l'aise. »

Dr I « Et bien déjà je pense qu'il faut former, si on a la chance d'en avoir, les secrétaires pour savoir exactement s'il faut passer au médecin ou si... Je pense que les secrétaires, en tout cas nous elles le font, posent des questions avant de savoir si elles dérangent ou pas le médecin en consultation. Et si c'est juste pour un résultat d'examen, des fois elles nous laissent juste un petit post-it ou un mot et nous on rappelle le patient quand on a le temps, donc ça c'est déjà en place mais je pense que ça peut se réorganiser. »

Dr K « Peut être mieux former la secrétaire à gérer les appels des patients, mais pour nous ici, elles se débrouillent pas trop mal. »

3.3.6.3 Développement et optimisation de structures médicales pour demande de soins non programmées

Plusieurs médecins ont évoqué cette idée de renforcer les structures répondant à des demandes de soins non programmées afin de soulager les médecins généralistes dans leur activité, mais également pour que le patient puisse facilement avoir une réponse médicale rapide et adaptée face à une urgence ressentie.

Dr F « Alors là j'ai une idée très claire là dessus, depuis très longtemps, je l'avais déjà soumise à l'ARS. C'est de créer un nouveau corps de métier de médecin en fait, qui prennent en charge les urgences en campagne. Genre SOS médecin, mais partout, même en campagne, qui nous soulage des urgences, qu'on ait plus à gérer les urgences. Un corps de médecin qui serait en relation à la fois avec nous pour avoir les dossiers des patients, les antécédents, tout ce qu'il faut pour gérer correctement et avec les structures d'urgence, le SAMU. Un intermédiaire, une structure intermédiaire. »

Dr J « Par contre pour désengorger les urgences il avait été évoqué un temps, mais je sais pas si c'était sur Amiens ou sur le plan national, de faire des maisons médicales de garde de porte dans les hôpitaux, de manière à ce que des médecins généralistes effectuent des gardes, au sein de l'hôpital ce qui permettait d'avoir un cadre sécurisé pour ces médecins. »

3.3.6.4 Être maître de stage universitaire

Les médecins ayant un stagiaire décrivent cette circonstance comme un avantage, particulièrement lors de la gestion des appels d'urgence, car cela les aide à gérer plusieurs situations à la fois.

Dr K « Pour moi la meilleure suggestion à faire c'est d'être MSU (maître de stage universitaire). C'est d'avoir quelqu'un à côté qui sera dispo et qui en plus sera ravi d'intervenir. Et du coup qui te permet de pouvoir gérer 2 situations parallèles en même temps. Avec les externes c'est plus compliqué, mais moi je fais le stage interne donc si l'interne est en premier semestre, je gérerai la situation urgente et lui il gèrera celle de médecine gé. Et puis au pire si je pars il m'appelle. Donc ça, ça serait la suggestion numéro 1. »

3.3.6.5 Préparation optimale en cas d'urgence vraie

Quelques-uns des praticiens interrogés estimaient que le fait d'être préparé sur le plan logistique à une éventuelle urgence vraie pouvait faciliter la gestion de l'appel d'urgence.

Dr K « Les suggestions pour améliorer la prise en charge de l'appel d'urgence... Ba toujours faire gaffe à avoir une trousse d'urgence qui soit quand même pas trop périmée. Même si ça m'est déjà arrivé plusieurs fois d'utiliser des produits périmés, voilà, le patient est pas mort, mais bon... »

Dr H « Je pense que ce qui est intéressant, c'est la possibilité d'avoir une salle « d'urgence » pur pouvoir accueillir les patients. Dans ce cas c'est pratique de pouvoir accueillir un patient en urgence quel que soit le moment. Même pour le patient quand il y a du retard, qu'on est dans le cabinet en train de gérer autre chose. Voilà, peut être ça marque le côté urgent, quand on prend vraiment entre deux. Ça je trouve que dans notre pratique c'est utile. Au moins le patient il attend pas en salle d'attente, en train de faire son malaise devant tout le monde. »

4. DISCUSSION

4.1 Forces et faiblesses de l'étude

Sur le plan méthodologique, le choix de l'étude qualitative nous est apparu comme le plus adapté à l'exploration de ce sujet. En effet, le sujet concernant les émotions, la part de subjectivité est importante, et le phénomène étudié n'était pas quantifiable, mesurable (14,15).

Les entretiens individuels ont été préférés au focus groupe afin de permettre une intimité plus propice à l'expression des sentiments. La réalisation de focus groupe n'aurait probablement pas permis d'aborder aussi facilement le ressenti des médecins et aurait pu occulter certains éléments par pudeur.

La triangulation des données suite au codage des verbatims a permis de confronter nos interprétations respectives. Ainsi cela nous a permis d'avoir une vision plus objective et enrichie de chaque entretien dans le but d'éviter un biais de préconception.

L'enquêteur n'ayant jamais réalisé de travail qualitatif, il est possible que certaines formulations ou réactions spontanées de celui-ci aient parfois pu influencer le discours des participants. Néanmoins, sa technique et son aisance se sont améliorées au fur et à mesure des entretiens.

Le script a été réalisé de manière autonome, sans modèle préétabli, mais inspiré de travaux sur les émotions en médecine générale et sur les thèses qualitatives. Celui-ci a été validé par le directeur et la commission de thèse. Les questions ont été volontairement très ouvertes afin de favoriser la liberté d'expression des médecins et de recueillir des points de vue variés.

La définition de l'appel d'urgence comme « appel d'un patient pour une urgence ressentie » était toujours expliquée en début d'entretien et rappelée si besoin au cours de celui-ci. En effet l'utilisation du terme « urgence » pouvait parfois ramener certains médecins au terme d'urgence vraie, et biaiser la perception du sujet, pouvant amener à des réponses non relatives au sujet.

Nous avons tenté de recruter une population de médecin la plus hétérogène possible vis-à-vis de l'âge, du sexe et du secteur d'activité. Une attention particulière a également été portée afin d'inclure quelques médecins avec une formation ou activité en rapport avec la médecine d'urgence ou la régulation médicale téléphonique (3 médecins sur 12).

Enfin, le recrutement des médecins ayant été réalisé principalement par appel téléphonique, seuls les médecins les plus intéressés par notre sujet étaient enclins à y participer. Les autres invoquaient généralement le manque de temps mais pouvaient tout à fait avoir aussi leurs réserves sur ce thème. Cette situation peut être à l'origine d'un potentiel biais de sélection. De même, certains participants ont été recrutés à partir de notre agenda professionnel ce qui peut également induire un possible biais de recrutement.

4.2 Discussion des résultats

4.2.1 Ressentis face à l'appel d'urgence

L'objectif principal de cette thèse était de mettre en évidence les sentiments que pouvaient avoir les médecins généralistes lors de la réception d'un appel pour une urgence ressentie par un patient. Les résultats ont montré que le ressenti des médecins était très varié et différent, d'un praticien à un autre.

Premièrement, lorsque le médecin recevait un appel d'urgence, il pouvait ressentir des émotions positives. Ce ressenti était souvent lié au sentiment de faire son travail, de se sentir « à sa place » face à ces appels en tant que médecin traitant.

En effet, lorsqu'on regarde les caractéristiques de la médecine générale définies par la WONCA (16), on entrevoit pourquoi répondre aux appels d'urgence de ses patients est une des caractéristiques du médecin de famille :

« Les onze caractéristiques centrales qui définissent la discipline se rapportent à des capacités ou habiletés que chaque médecin de famille spécialisé devrait maîtriser.

Elles peuvent être regroupées en six compétences fondamentales :

1. La gestion des soins de santé primaire

a) gérer le premier contact avec les patients ;

b) coordonner les soins avec d'autres professionnels des soins primaires ou d'autres spécialistes afin de fournir des soins efficaces et appropriés, en assumant un rôle de défenseur du patient quand cela est nécessaire.

2. Les soins centrés sur la personne

c) adopter une approche centrée sur la personne lors de la prise en charge des patients et de leurs problèmes

d) utiliser la consultation pour créer une relation efficace entre le médecin et le patient

e) assurer la continuité des soins selon les besoins du patient.

3. L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes

f) utiliser le processus spécifique de prise de décision (analyse décisionnelle) déterminé par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires

g) gérer des situations au stade précoce et indifférencié, et intervenir dans l'urgence quand cela est nécessaire.

4. L'approche globale

h) gérer simultanément les problèmes aigus et chroniques du patient

i) promouvoir l'éducation pour la santé en appliquant de manière appropriée des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies.

5. L'orientation communautaire

j) réconcilier les besoins en soins médicaux des patients individuels avec les besoins en soins médicaux de la communauté dans laquelle ils vivent et cela en équilibre avec les ressources disponibles.

6. L'adoption d'un modèle holistique

k) utiliser un modèle biopsychosocial qui prenne en considération les dimensions culturelles et existentielles. »

La prise en charge des appels d'urgence de ses patients rentre bien dans le cadre des caractéristiques définissant la discipline de la médecine générale. Une grande majorité des médecins interrogés s'accordait d'ailleurs à indiquer que répondre aux appels d'urgence de ses patients était un des devoirs du médecin de famille, quels que soient leur ressenti à leur réception. De ce fait, lorsque le médecin répond à l'appel d'urgence, le sentiment de faire son travail correctement, quand bien même il est pénible, pouvait engendrer des émotions positives chez le praticien.

On retrouve des résultats concordants dans une thèse sur les émotions du médecin généraliste suscités par les patients en pratique quotidienne (17). Dans ce travail, l'auteur montrait que les médecins interrogés ressentaient de la satisfaction à gérer une situation médicale, essentiellement quand le travail était efficace. La sensation de « travail bien fait » affectait le médecin positivement. Ce ressenti était d'ailleurs renforcé quand il était accompagné de reconnaissance de la part du patient, ce qui a également été retrouvé comme un avantage à la réception des appels d'urgence dans notre étude. Un sondage de Medscape de 2018 (18) auprès des médecins français allait également dans le même sens. A la question de savoir les aspects les plus gratifiants de leur travail, les médecins mettaient en premier lieu le fait « d'apporter des réponses, poser des diagnostics et se sentir compétent ». C'était ensuite la « reconnaissance et la relation avec les patient » qui ressortaient encore comme un élément gratifiant.

Cela peut également expliquer pourquoi une majorité des médecins interrogés disaient se sentir à l'aise avec la gestion de l'appel d'urgence. Ces situations faisant partie du rôle du généraliste, il y est régulièrement confronté. L'expérience du médecin jouait d'ailleurs également un rôle en conditionnant positivement le ressenti : plus le médecin faisait face à ce genre de situation, plus il se sentait apte et donc à l'aise à les gérer.

Ensuite certains médecins disaient pouvoir également ressentir l'appel d'urgence positivement pour son côté stimulant. En effet, l'appel d'urgence est par nature imprévisible, inattendu, et amène souvent à une réflexion clinique rapide souvent stimulante intellectuellement. Ces caractéristiques peuvent rendre l'appel d'urgence excitant et énergisant pour le médecin lors de son activité journalière. Cette idée n'a pas été retrouvée dans la littérature, soit parce qu'elle est rarement évoquée par les praticiens, soit parce que le ressenti du généraliste spécifiquement vis-à-vis des appels d'urgence est un aspect particulier de son travail qui a été peu, voire pas encore exploré jusque-là.

Néanmoins, les médecins ont également rapporté plusieurs ressentis plutôt « négatifs » quant à la gestion de ces appels.

Tout d'abord, on note que certains médecins ressentent l'appel d'urgence comme anxiogène. L'une des raisons majeures de ce sentiment est la peur liée au risque d'erreur médicale. Dans la thèse concernant les émotions des médecins généralistes présentées par Maxime STAMER et Coline SOULARD (17), l'anxiété était souvent rattachée à ce risque d'erreur médicale. Cette inquiétude était double, d'abord essentiellement vis à vis de la santé du patient, mais également vis à vis de la responsabilité judiciaire.

Cette peur de l'erreur médicale est en plus renforcée lors de l'appel d'urgence. Tout d'abord en raison des limites du téléphone qui soustrait une partie de l'examen clinique comparativement à une consultation, mais également car l'appel d'urgence évoque souvent un problème aigu ressenti comme intense par le patient, et qui impose au médecin de ne pas méconnaître une pathologie grave. Ces craintes sont retrouvées également dans certaines études sur la téléconsultation en médecine générale. Dans l'étude de Elodie Cecile THOURET de 2019 concernant la télémédecine chez les médecins généralistes du Puy de Dôme, les médecins interrogés estimaient que ne pas pouvoir examiner eux-mêmes le patient et devoir établir un diagnostic basé principalement sur l'interrogatoire représentait un frein majeur à l'utilisation de la télémédecine. (46)

De plus, certains médecins expliquaient qu'ils craignaient d'être déconcentrés par l'appel à la reprise de la consultation, ce qui augmentait le risque d'erreur médicale vis à vis du patient présent. Pourtant, une étude de 2014 indiquait que 89% des patients semblent penser que le médecin n'est pas moins attentif après avoir répondu au téléphone (28).

Cette anxiété de l'erreur médicale est responsable d'autres émotions perçues par les généralistes. Certains disent se sentir hypervigilants, se focalisant au maximum sur l'appel afin de ne pas passer à côté d'un problème. D'autres disent se remettre en cause, ou se sentir coupables, surtout si la situation est ambiguë. A un moindre niveau, les médecins ont aussi peur de trahir involontairement le secret médical, lorsqu'il gère cet appel en face d'un autre patient. De manière générale, cette peur de l'erreur médicale peut mettre très mal à l'aise les médecins généralistes.

Parallèlement à ce sentiment de peur, un autre champ lexical de sentiment évoqué était celui de la colère.

Déjà certains médecins mettaient l'accent sur le côté dérangeant voire agaçant de l'appel d'urgence dont les causes évoquées étaient multifactorielles. Ce ressenti est parfois lié à l'appel en lui-même, qui peut déranger une consultation ou toute autre activité en cours par le médecin, surtout quand ce dernier avait déjà une charge de travail journalière conséquente.

D'autres fois ce sentiment est plutôt lié au patient en lui-même, si celui-ci est agaçant, ou appelle trop fréquemment sans motifs réellement urgents. Parfois, ce sentiment peut être lié au médecin lui-même. En effet, selon son état ou humeur, l'appel d'urgence peut être ressenti comme plus ou moins dérangeant par le médecin.

Également, certains médecins craignaient que de répondre à ces appels pendant une consultation pouvait être perçu comme irrespectueux envers le patient présent en consultation, bien que 81,2% des patients disent ne pas être gênés par l'interruption de la consultation par un appel téléphonique (28).

De plus, cet appel pouvait également être générateur de frustration chez le médecin, lorsque ce dernier n'était pas satisfait de la gestion de l'appel ou de la prise en charge décidée.

Enfin, plusieurs généralistes décrivaient que l'appel d'urgence pouvait être très intense émotionnellement. Cette intensité était liée à la nature particulière de la relation médecin-patient en médecine générale. Que ce soit de la peur, de la joie, de la tristesse, l'appel pour une urgence ressentie par un de ses patients pouvait amplifier les émotions perçues par le médecin. La thèse de Magali CARLE explorant le ressenti et les réflexions des médecins généralistes picards (19) mettaient déjà l'accent sur l'importance de cette relation médecin-patient particulière pour les généralistes. Dans ce travail, certains médecins expliquaient également que « *l'intensité dans la relation est d'ailleurs visible lorsque le médecin découvre une maladie grave, incurable ou lors du décès de leur patient.* » On comprend dès lors que lorsque le praticien est en contact avec son patient pour une urgence éventuelle, cela peut alors intensifier ses émotions.

4.2.2 Facteurs conditionnant le ressenti

Comme toute personne, il est compréhensible que le médecin généraliste présente un grand panel d'émotions différentes. Celles-ci peuvent être variables dans le temps et influencées par plusieurs facteurs. Lors des entretiens, on a essayé de comprendre quels facteurs influençaient le ressenti des généralistes lors de la réception d'un appel d'urgence.

A la lecture des résultats, 3 familles de facteurs étaient retrouvées : les facteurs liés au patient, ceux liés au médecin, et les facteurs externes, indépendants des 2 interlocuteurs.

4.2.2.1 Les facteurs liés au patient

Premièrement, les facteurs liés au patient regroupent son histoire clinique (ses antécédents, son âge,...), le motif d'appel et les facteurs de gravité évoqués. Tous ces éléments sont des facteurs décisionnels objectifs pris en compte dans toute situation médicale, en particulier en cas d'urgence (19). En conditionnant la gravité potentielle de la situation, ils conditionnent parallèlement le ressenti du médecin. Plus l'appel semble grave, plus il pourra être stressant pour le médecin.

Ces facteurs sont communs à toutes les structures de régulation médicale téléphonique (21), et ne prennent que peu voire pas en compte la personnalité du patient. Car en effet, en dehors de ces facteurs décisionnels objectifs, la connaissance du patient dans sa globalité peut également affecter le ressenti du praticien. La proximité de la relation médecin-malade en médecine générale permet au généraliste de bien connaître la personnalité du patient. Cela amène une subjectivité en plus de la part du médecin, qui peut pondérer le degré d'urgence après l'interrogatoire téléphonique. De plus l'affinité du médecin pour le patient influe également sur le ressenti de l'appel, sans forcément influencer sur la prise en charge. Le patient dans sa globalité était déjà retrouvé comme une des variables influençant l'émotion des généralistes en pratique quotidienne (17). Sa personnalité, son attitude, sa façon de parler étaient des éléments qui pouvaient conditionner les émotions du médecin.

L'intelligibilité de l'appel semblait également un élément conditionnant le ressenti à l'appel d'urgence. En effet, si la plainte est peu claire, difficilement compréhensible, elle augmente le risque d'incertitude diagnostique (19) chez le médecin, et de ce fait l'anxiété de commettre une éventuelle erreur médicale.

4.2.2.2 Les facteurs liés aux médecins

D'autres facteurs conditionnant le ressenti du médecin sont propres aux médecins eux-mêmes. En effet, un même appel peut être ressenti différemment par un même médecin, selon plusieurs paramètres.

Tout d'abord, l'état mental du médecin avant l'appel est un élément important. Par exemple la fatigue, le stress, la mauvaise humeur étaient vus comme des éléments conditionnant négativement le ressenti. On retrouvait des résultats similaires dans le travail sur les émotions du médecin généraliste en pratique quotidienne (17). Les médecins y expliquaient que leurs émotions variaient en fonction de leur état général et émotionnel.

Comme dans notre travail, l'expérience et le vécu du médecin y semblaient également influencer le ressenti du médecin. En effet, l'expérience du médecin était forgée par le temps et la confrontation à diverses situations, et pouvaient préparer le praticien à mieux appréhender certains appels. VERMEULEN et EL l'expriment dans la revue médicale suisse (23) : « *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.* » A l'inverse, un des médecins interrogés dans notre travail expliquaient que l'âge jouait un rôle négatif sur sa perception de l'appel d'urgence. Il expliquait que plus il vieillissait, moins il avait envie de gérer des situations d'urgence.

Enfin, le rapport du médecin à l'urgence semblait influencer le ressenti. En effet, un médecin ayant le goût de la médecine d'urgence sera probablement plus prompt à gérer ces appels. D'une part, il aura plus d'affinité pour ce genre de situation, et d'autre part, il en aura potentiellement une plus grande expérience. Lors des interrogatoires, on pouvait d'ailleurs percevoir que les 3 médecins ayant une activité ou formation à l'urgence (2 urgentistes, 1 faisant de la régulation médicale pour le SAMU) se disaient globalement à l'aise avec les appels d'urgences et expliquaient que leurs activités d'urgence participaient à améliorer leur ressenti lors de ces appels.

4.2.2.3 Les facteurs extrinsèques

Pour finir certains aspects indépendants du médecin ou du patient peuvent également conditionner le ressenti des généralistes aux appels d'urgence.

D'abord, l'activité quotidienne du médecin joue un rôle prépondérant dans sa gestion des appels. La majorité des médecins interrogés expliquaient que la charge de travail quotidienne du médecin et l'horaire d'appel pouvaient influencer leurs émotions.

En effet, l'appel d'urgence est vu comme chronophage, et peut facilement submerger un médecin s'il a une journée de travail remplie, ce qui est fréquent en médecine libérale. Effectivement, les médecins interrogés sur l'épuisement professionnel des médecins et leurs facteurs (23) regrettaient une charge de travail qu'ils jugeaient de plus en plus abondante et avaient du mal à gérer en plus les urgences qui se présentaient. La sensation d'être débordé, d'être pressé (17), était des facteurs de stress qui conditionnaient également le ressenti à l'appel d'urgence.

De plus, l'horaire d'appel influait également sur le ressenti. 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 (23). Il en est de même pour l'appel d'urgence, dont la prise en charge peut être variable selon le moment de l'appel et peut être plus stressante pour le médecin s'il manque de marge de manœuvre pour la gestion de cet appel (impossibilité de surveiller, de réévaluer, accès à des examens paramédicaux ambulatoires...).

En dehors du contexte temporel, le lieu d'exercice est également avancé par certains médecins comme élément conditionnant le ressenti. En effet, la localisation joue du fait des recours dont peuvent avoir besoin les médecins généralistes, en matière d'accès aux spécialistes ou à certains plateaux techniques parfois éloignés de leurs lieux d'exercice (24). Certains médecins exerçant à Amiens expliquaient également que la présence de SOS médecins leurs permettait de déléguer certaines consultations, lorsque le médecin préférait que le patient soit examiné au décours de l'appel d'urgence mais qu'il était dans l'impossibilité de le voir. Cette structure était une alternative rassurante pour les généralistes lorsqu'une consultation aux urgences semblait excessive mais qu'une consultation rapide était nécessaire. Cela peut également expliquer pourquoi les médecins généralistes ruraux ont une disponibilité plus importante que les citadins (25).

Enfin, le dernier facteur conditionnant le ressenti avancé par certains médecins est la présence ou non d'un stagiaire. En effet, 3 des médecins interrogés étaient maîtres de stage universitaire et ceux-ci ont tous mis l'accent sur le côté bénéfique de la présence d'un interne lors de la réception d'un appel d'urgence. Bien que la fonction de maître de stage semblait montrer une

baisse de la productivité globale avec une journée allongée en moyenne de 30 à 60 minutes (26), la présence d'un interne permet de doubler l'activité ponctuellement. En effet pendant que le médecin gère l'appel, le stagiaire peut poursuivre la consultation parallèlement afin d'éviter d'être débordé. Il peut également parfois aller voir le patient en visite, ou poursuivre la consultation pendant que le maître de stage va en visite si l'appel semble nécessiter une consultation urgente. Ce soutien de l'interne est perçu comme rassurant par les maîtres de stage.

4.2.3 La place de l'appel d'urgence en médecine générale

Bien que chacun ait son organisation propre, tous les médecins interrogés avaient déjà reçu des appels pour une urgence ressentie par leurs patients. La fréquence, la manière de recevoir ou de gérer les appels pouvaient varier, mais chacun des généralistes était confronté à ces situations.

Les médecins interrogés s'accordaient d'ailleurs à dire que répondre aux appels d'urgence de ses patients était un des devoirs du médecin de famille, quels que soient les émotions que cela pouvait déclencher chez eux. D'ailleurs, selon l'étude de la DREES et des Observatoires Régionaux de la Santé (ORS), c'est le médecin de famille qui assure la prise en charge de l'urgence de 67% de patients en demande de soins. (28,29,30)

Le travail de thèse de Julie DUMOUCHEL en 2013 (19) montrait le rôle de la relation médecin-malade propre au généraliste dans le cadre de l'urgence : *« 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. »* Une étude descriptive (20) concernant l'urgence au quotidien en médecine de famille affirmait même que *« C'est le seul intervenant en urgence qui possède cette connaissance et cette vision globale de la situation. »*

C'est dans la singularité de la relation médecin-malade en médecine générale que s'articule le devoir de gérer les appels d'urgence. Cette relation est basée sur une connaissance de longue date et un suivi au long cours (19). La somme de ces colloques singuliers conduit à une connaissance approfondie du patient, de son environnement et de son mode de vie. Tout cela concourt à un discours de confiance entre les deux parties (18).

Dans notre étude, il ressortait en effet que le fait de répondre aux appels d'urgence permettait aux généralistes d'avoir un meilleur suivi du patient, et renforçait la relation de confiance qu'ils pouvaient avoir entre eux. Ces appels permettaient également d'avoir accès à une prise en charge adaptée et personnalisée à chaque patient, et pouvaient également au besoin le rassurer, lui ou sa famille.

De plus en offrant un contact médical facile d'accès à ces patients, (88,3% des patients disent arriver à joindre facilement leur médecin par téléphone (28)), les médecins généralistes participent à la régulation médicale. En effet les urgences ressenties nécessitent un triage téléphonique pour distinguer ce qui réellement important de ce qui ne l'est pas (31), et le médecin généraliste est un des participants de cette régulation.

Également, la gestion de ces appels permet d'éviter certaines consultations non nécessaires, que ce soit pour des généralistes mais également aux urgences. Par exemple, la fédération hospitalière française en partenariat avec l'institut de sondage IPSOS (41) estimait à 42 % le nombre de consultations aux urgences inadéquates en 2018. Certaines estimations évaluent à un quart ou un tiers le nombre de consultations habituelles ainsi évitées par ce triage téléphonique. Ce tri est source d'économies de temps et de personnes pour les individus comme pour la collectivité (31).

La télémédecine semblerait également pouvoir jouer un rôle prépondérant dans les années à venir pour pallier à l'encombrement croissant des services d'urgence. Le rapport de 2008 du ministère de la santé sur la place de la télémédecine dans l'organisation des soins mettait en avant que l'enjeu de son développement était d'adapter l'offre de soins à l'évolution démographique, l'allongement de la durée de vie et la spécialisation toujours plus grande de la médecine. Son développement dans toutes les branches médicales (médecin généraliste, centre 15, Services d'urgence, spécialiste,...) pourrait bénéficier à tous : meilleure accessibilité à une offre de soins pour les patients, une médecine de partage des savoirs entre spécialités, une offre de soins adaptée avec une diminution potentielle des passages aux urgences et des hospitalisations. (47)

4.2.4 Suggestions d'amélioration

Alors que les médecins s'accordent à dire que la gestion des appels d'urgence provenant de leurs patients faisait partie intégrante de leurs quotidiens, certains le ressentent néanmoins

comme contraignant. En effet, ces appels restent décrits comme chronophages et sources d'appréhension, et certains médecins avaient des propositions pour en optimiser la gestion.

Tout d'abord, l'idée ressortant chez beaucoup de médecins était de mettre l'accent sur l'éducation du patient. La définition de l'éducation du patient donnée par l'OMS (33) distingue trois niveaux d'éducation où peuvent intervenir des acteurs différents, non exclusivement soignants.

Tout d'abord, « *l'éducation thérapeutique du patient* » touche à la partie de l'éducation directement liée au traitement (curatif ou préventif) et qui est du rôle strict des soignants.

A un second niveau, il y a « *l'éducation du patient à sa maladie* », qui concerne les comportements de santé et de maladie, liés au traitement, à la prévention des complications et rechutes et les autres comportements liés à l'existence d'une maladie, notamment l'impact que celle-ci peut avoir sur des aspects non médicaux de la vie. Les pairs des patients et groupes d'entraide y sont aussi des intervenants indispensables, aux côtés des soignants.

A un troisième niveau pour l'OMS, « *l'éducation pour la santé du patient* » concerne tant la maladie que les comportements de santé et mode de vie du patient, même ceux non concernés par la maladie, dans une logique de culture sanitaire. Elle est autant le rôle des soignants que de tout « *éducateur pour la santé* » (34)

Les sujets interrogés expliquaient justement que mieux le patient était informé médicalement, moins il aurait tendance à appeler pour une « fausse urgence ». En effet, l'éducation du patient se développe et tend à autonomiser le patient, soit face à sa maladie aiguë ou chronique, mais également en prévention sur des pathologies que le patient n'a pas. L'éducation se doit donc d'être effectuée par les médecins traitants, mais également par toutes les organisations « éducatrices de santé » (35).

En deuxième lieu, certains médecins évoquaient que la formation à la régulation téléphonique des appels d'urgence pouvait également être intéressante pour mieux les appréhender. L'augmentation exponentielle du nombre des appels depuis le début des années 2000 se caractérise surtout par une forte progression des appels destinés à la Permanence Des Soins (36). Or la plupart des sujets interrogés n'ayant pas eu d'expérience au SAMU-centre 15 ou en service d'urgences, expliquait avoir appris à gérer la réception des appels au fil de l'expérience, sans formation préalable, et qu'il en était souvent de même pour leurs secrétaires.

Pourtant réceptionner les appels d'urgence est une tâche bien spécifique qui peut nécessiter une formation appropriée. C'est le cas par exemple des assistants de régulation médicale (ARM) au sein des SAMU. L'Assistant de Régulation a un rôle propre au sein des centres 15. Il doit répondre aux appels et assurer de ce fait une écoute permanente, mais surtout apprécier le degré d'urgence et être en capacité, une fois cette évaluation sommaire effectuée, d'orienter l'appelant vers l'interlocuteur adéquat : soit un médecin de l'Aide Médicale d'Urgence (AMU), soit un médecin généraliste de la Permanence Des Soins (PDS) (36). Ils doivent prendre des décisions adaptées en termes d'orientation de l'appel mais aussi de déclenchement de moyens de secours. Bien que la structure de réception d'appels, le rapport au patient, et la proportion d'appels soient différents, le médecin doit mobiliser des capacités similaires à l'ARM lors de la réception des appels d'urgence au cabinet.

En majorité, les médecins généralistes trouvaient que malgré l'absence de formation spécifique, Les connaissances médicales et l'expérience du médecin suffisaient généralement pour aborder correctement ces appels. De la même manière, les médecins ayant un secrétariat semblaient habituellement satisfaits de la manière dont le premier filtre téléphonique était réalisé. Néanmoins plusieurs ont suggéré qu'une formation à la gestion de ces appels pouvaient tout de même être bénéfique en apportant certains réflexes de régulation téléphonique d'urgence.

Certains médecins soulevaient également l'idée d'augmenter l'offre de structures pour demandes de soins non programmés. En effet, parallèlement à l'augmentation croissante des demandes de soins non programmés, on observe également une diminution du nombre de médecins en France (37). De plus, avec l'évolution de la société, la population de médecins actuelle a une amplitude horaire moins importante (38). En conséquence, les médecins généralistes se disent souvent surchargés et disent avoir parfois des difficultés à gérer les appels d'urgence ou demandes de soins non programmés en plus de leur charge de travail habituelle. De ce fait certaines des personnes interrogées suggéraient que le fait d'augmenter le nombre de structures d'accueil pour ces soins non programmés (ex : SOS médecins, maison médicale de garde,...) serait intéressant pour décharger un peu les médecins de ces demandes inopinées et ainsi diminuer le stress potentiel qui en résulte.

Le rapport de mai 2018 de Thomas MEUNIER, député de Charente, rendait déjà compte de suggestions similaires pour optimiser l'organisation de l'accueil des soins non programmés

(42). Il y est suggéré que la réponse à la demande de soins non programmés doit prendre des formes adaptées à chaque territoire et se baser sur trois modèles essentiels :

- La médecine ambulatoire de droit commun (cabinet traditionnels, cabinets de groupe, maison pluridisciplinaire de santé et centre de santé) ;
- Des centres de soins non programmés résultant de la transformation d'anciens services d'urgence et donc intégrés à l'hôpital ;
- Une variante, sorte de structure intermédiaire pouvant consister en la création de centre de soins non programmés libéraux dédiés à cette seule activité, si l'un des deux modèles de base ne peut répondre en lui-même à la demande du territoire en raison du contexte démographique ou des spécificités du territoire.

Ensuite, les maîtres de stage universitaire interrogés ont tous suggéré que cette activité leur était clairement bénéfique dans le ressenti des appels d'urgence. En plus de la possibilité de réfléchir à deux soignants sur une situation, elle permet au médecin de pouvoir transitoirement dédoubler son activité, et ainsi pouvoir prendre le temps sur chaque situation sans se sentir débordé. Cela concorde avec beaucoup d'études qui mettaient en évidence la valorisation de cette activité de maître de stage par les médecins. Par exemple, les études de MARTINEZ-PONS, DILWORTH, KNOOP et BARNER relevées dans la revue de littérature de Gerrity montrait déjà que le fait d'être maître de stage permettaient de prévenir le stress et d'éviter le burn out (39).

Enfin, certains des généralistes interrogés ont également envisagé qu'une préparation optimale logistique à l'urgence pouvait aider à être mieux préparé, et par conséquent être moins stressé par l'appel d'urgence. Ces éléments étaient déjà évoqué dans le travail de Julie DUMOUCHEL (20) dans lequel l'idée que certains facteurs logistiques (présence d'une salle d'examen supplémentaire dans le cabinet, matériel,...) conditionnaient la prise en charge des urgences au cabinet et de la même manière leurs ressentis.

5. CONCLUSION

La pratique de la médecine générale offre une grande diversité de rôles. Elle est habituellement le premier contact avec le système de soins pour un patient et lui propose une approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. C'est à travers ces aspects que se développe une relation médecin-patient singulière en médecine générale. Le généraliste assure les soins continus et longitudinaux à ses patients et gère simultanément les problèmes de santé aigus et chroniques de ses patients.

La société a évolué, notamment avec la diffusion du téléphone, et parallèlement, les modes de pratique des médecins et les attentes des patients ont également évolué. Néanmoins, le médecin de famille reste souvent un des interlocuteurs médicaux privilégiés par ses patients. De ce fait, lors d'une urgence ressentie, beaucoup de patients privilégient un avis de leur médecin traitant en première instance. Nous avons tenté à travers cette étude de mettre en évidence le ressenti du médecin traitant vis à vis de ces appels au cabinet dans son quotidien.

Notre étude met en évidence les différentes émotions que le médecin généraliste peut ressentir lors de ces appels. Il peut à la fois ressentir des émotions positives (normalité, sentiment de travail accompli, sentiment d'être à l'aise ou stimulé) mais également négatives (anxiété, mal à l'aise, remise en cause, agacement, frustration ou hyperintensité).

Ce ressenti peut être conditionné par plusieurs facteurs : le motif d'appel et le patient dans sa globalité, des facteurs propres au médecin (âge, expérience, état mental actuel, avidité pour l'urgence), mais également des facteurs extrinsèques (emploi du temps et disponibilité du médecin, présence d'un stagiaire, lieu d'exercice).

Les médecins interrogés relèvent de nombreux avantages à la gestion de ces appels, car ils permettent au médecin de faire son travail, et renforcent la relation médecin-patient. La gestion de ces appels par le médecin traitant permet également de désencombrer les urgences en participant à la régulation médicale. Les médecins généralistes semblent s'accorder à dire que la gestion des appels d'urgence de leurs patients fait partie intégrante de leur métier.

Les praticiens interrogés relèvent également de nombreux inconvénients quant à la gestion de ces appels de part leur caractère anxiogène, chronophage, déconcentrant et potentiellement irrespectueux à l'égard du patient en consultation. De plus, ils craignent un risque plus important d'erreur médicale.

Afin d'améliorer le ressenti liés à ces appels, les médecins ont émis quelques suggestions : favoriser l'éducation du patient, former les médecins et secrétaires à la régulation médicale téléphonique, être maître de stage universitaire, développer et optimiser des structures pour les demandes de soins non programmés, et optimiser sa préparation logistique en cas de d'urgence vraie.

« Alors ça fait mal là, et puis là ça tire, et quand je fais ça j'ai comme une douleur de l'autre côté, alors vous comprenez, Docteur, j'ai préféré vous appeler pour vous en parler, des fois que... Tu les écoutes dix fois, cent fois de suite. Tu as de la patience, docteur Sachs, tu rassures toutes leurs angoisses, tu écoutes leurs mots pour mieux soigner leurs maux. À toi, on peut tout dire, d'ailleurs on te dit tout. Et tout ce qu'on te dit, tu en feras un roman : parce que tu ne peux pas tout garder pour toi, parce que toi aussi, tu as des maux à dire. » (40)

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Hoerni B. Le téléphone dans la pratique de la médecine. Bull Acad Natl Med. 2004 Mars ; 188 n°3 : 431-9. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/le-telephone-dans-la-pratique-de-la-medecine/>
2. Herzlich C., Bungener M., Paicheler G., Roussin P., Zerber M.C. — Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980.
3. Bucquet D. Les appels téléphoniques reçus en médecin générale. Le Concours Médical. 1985 Avril ; 107-14 : 1375-9.
4. Le Goaziou M-F. Utilisation du téléphone en médecine générale. Rev Prat. 1995 Mars ; Tome 9 n°292 : 37-41.
5. Le Borgne C. Le téléphone tape l'incruste dans vos consultations. UNOF. 2012 Avril.
6. Van Ballenberghe Pedrosa J. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients. Médecine humaine et pathologie, p.97. 2015.
7. Deseur A., L'urgence médicale et ses représentations. CNOM. Bulletin du mois de juillet 2008
8. Kierzeck G. L'organisation de la prise en charge des urgences en France. 2007. Certificat de médecine d'Urgence et de préparation à la garde. Faculté de Médecine Paris Descartes.
9. Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale. HAS. Mars 2011. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2clics_regulation_medicale.pdf
10. Organisation de la médecine d'urgence en France : un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU-Urgences de France. 2015. Disponible sur : <https://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/821/livre-blanc-sudf-151015.pdf>
11. Coche-Durand C. Le centre de réception et de régulation des appels libéraux du Nord en 2017 : étude prospective des motifs d'appel et de leur orientation sur un audit de fonctionnement court. Thèse d'exercice 2018
12. Gie Loizillon C. L'activité téléphonique du généraliste : réflexions à partir d'une enquête prospective. Thèse de Médecine : Paris 5, 1994.
13. Fognini L. Le téléphone, outil du médecin : enquête réalisée auprès de 32 médecins généralistes de la région lyonnaise, destinée à appréhender le rôle du téléphone dans la vie du médecin. Thèse de Médecine : Lyon, 1994, 65p.
14. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative. CHU Nice. Mars 2013
15. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. 7^e édition. Février 2010
16. La définition européenne de la médecine générale – médecine de famille. Wonca Europe.2002. Disponible sur : <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
17. Soulard C., Stammer M. Les émotions du médecins généralistes suscitées par les patients en pratique quotidienne : quelles conséquences et quelle gestion ? Thèse de médecine : Grenoble. 2017
18. « Satisfaction personnelle des médecins français, une enquête Medscape ». Disponible sur : <https://français.medscape.com/diaporama/33000144#6>
19. Carle M. Le médecin généraliste picard : ressenti et réflexions. Médecine humaine et pathologie.p. 115. mai 2019.

20. Dumouchel J. Facteurs influençant la prise en charge des urgences en médecine générale : analyse des pratiques de généralistes normands. p. 135. 2013
21. Humbert J, Hidier J. L'urgence au quotidien en médecine de famille : étude descriptive à l'aide de la cisp. La revue du praticien. Médecine générale. (465) :1152-
22. Lefrançois C. Les difficultés actuelles engendrées par la régulation : Quel ressenti pour les médecins libéraux régulateurs au SAMU de Rouen. Juin 2019.
23. 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) . Disponible sur <http://titant.medhyg.ch/mh/formation/article.php3?sid=32468>
24. Epuisement professionnel/stress du médecin : facteurs et conséquences. (Version 0.23 du 16/03/2010) – Metge (internet) (cited 2012 oct. 9) Disponible sur : <http://www.fdn.fr/amagnouat/metge/spip.php?article21>
25. Tolhurst H, McMillan J, McIerney P, Bernasconi J. The emergency medicine training needs of rural general practitioners. Aust J Rural Health. 1999 mai ;7(2) :90-6.
26. 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 . Disponible sur : http://www.urps-med-ra.fr/upload/urmlra/urm_etude/pj/organisation_urgence.pdf
27. F. Nicolas. Impacts de la maîtrise de stage sur l'exercice professionnel des maîtres de stage universitaire en médecine générale, en région Haute-Normandie. Janvier 2015
- <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01109998/document>
28. Van Ballenberghe Pedrosa J. L'appel téléphonique au cabinet du médecin généraliste : point de vue des patients. Médecine humaine et pathologie, p.97. 2015.
29. Gouyon M., Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Etudes et Résultats, mars 2006, N°471
30. Cohonner C. Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Bilan de la région centre. Avril 2006 . Disponible sur : http://www.orscentre/apps/site/public/files//publications/Acces%20aux20soins/Rapports/Recours_urgent_Med_generale_Avril2006.pdf
31. Praznocy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile de France (Internet). ORS Ile de France. Disponible sur : http://www.orsidf/apps/site/public/files//publications/Acces%20aux20soins/Rapports/Recours_urgent_Med_generale_Avril2006.pdf
32. Le téléphone dans la pratique de la médecine. Communication scientifique de l'Académie Nationale de Médecine. Mars 2004. Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr/le-telephone-dans-la-pratique-de-la-medecine/>
33. Deccache A. Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS. La santé de l'homme, 1999, 341, 12-14.
34. Fournier C. L'éducation du patient. Laennec, vol. Tome 50, n°1, p. 15-24, 2002. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-laennec-2002-1-page-15.htm>
35. Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques. Guide méthodologique. HAS. 2007
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_601290/structuration-dun-programme-deducation-therapeutique-du-patient-dans-le-champ-des-maladies-chroniques
36. Morel F., Delbecq I. Entre recrutement et formation. Le choix des ARM. Urgences 2013. SFMU. Disponible sur :

https://www.sfm.u.org/upload/70_formation/02_formation/02_congres/Urgences/urgences2013/donnees/pdf/095_Morel.pdf

37. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Etudes et résultats. 679. Février 2009
38. DREES. Les emplois du temps des médecins généralistes. Etudes et résultats. 797. 2012
39. Gerrity M.-S, Pathman D.-E, Linzer M et al. Career satisfaction and clinician-educators. J Gen Intern Med 1997; 12 (Suppl 2): S90-7.
40. Winckler M. ; La maladie de Sachs. 1998
41. Résultats de la consultation organisée par la FHF et IPSOS dans le cadre du Grand Débat National sur l'état des lieux du système de santé et le CH. FHF. Communiqué de Presse. 13 mars 2019. Disponible sur :
<https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Communiqués-de-presse/Resultats-de-la-consultation-organisee-par-la-FHF-et-IPSOS-dans-le-cadre-du-Grand-Debat-National-sur-l-etat-des-lieux-du-systeme-de-sante-et-les-choix-des-Français-pour-le-reformer>
42. Meunier T. Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport de Meunier T., Député de Charente. Mai 2018. Disponible sur :
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000311.pdf>
43. Bénévent R. La rhétorique de l'urgence. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. Vol. n°76, n°2, p. 13-20, 2009. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-lettre-de-l-enfance-et-de-l-adolescence-2009-2-page-13.htm>
44. Leblanc A, Speranza M., Roger A. Urgence. Enfances Psy. Vol. n°18, n°2, p.5-9. 2002. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2002-2-page-5.htm>
45. Finchelstein G. Sociologie de l'urgence dans la société française contemporaine et l'avènement de l'urgence. La dictature de l'urgence. Fayard, 2011 ; Pluriel, 2013.
46. Thouret E-C. La télémédecine auprès des médecins généralistes libéraux du Puy de Dome. Avril 2019.
47. Simon P., Acker D. La place de la télémédecine dans l'organisation des soins. Rapport pour le Ministère de la Santé et des Sports. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Novembre 2008. Disponible sur :

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf

7. ANNEXES

Annexe 1

Questionnaire d'entretien :

Pouvez-vous vous présenter, me décrire votre formation médicale et votre activité actuelle ?

Comment gérez-vous les appels d'urgence au quotidien ?

Quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ? Vous sentez-vous à l'aise avec ce genre de situation ?

Quels paramètres conditionnent votre réaction ou ressenti à un appel d'urgence ?

Quels sont les avantages à la prise en charge d'un appel d'urgence au cabinet ?

Quels sont les inconvénients à la prise en charge d'un appel d'urgence au cabinet ?

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien ?

Annexe 2

Scripts d'entretiens :

Entretien n°1 Dr. A

INTERROGATEUR : Est ce que vous pourriez vous présenter, me décrire votre formation médicale et votre activité actuelle ?

DR.A : Ba médecin généraliste en libéral, je travaille déjà depuis plus de 25 ans, dans ce cabinet, où on est deux femmes et j'ai fait mes études sur Amiens et j'ai un DU Douleur. Et comme je vous ait dit, également médecin régulateur au SAMU 80 en tant que libéral et ce depuis leur début ici, c'est à dire que ça fait bien 10-12 ans que l'on a mis ça en place. Voilà, voilà, donc il y a des gardes, mais plus de garde de terrain.

INTERROGATEUR : D'accord. Ensuite selon la définition de l'appel d'urgence expliqué préalablement, comment gérez vous les appels d'urgence au quotidien que vous recevez ?

DR.A : Comment je les gère ? Ba déjà c'est moi qui répond au téléphone, j'ai pas de secrétaire ni rien. Donc en fonction de ce que les gens vont me dire, et bien je pose quelques questions comme j'ai l'habitude de le faire en régulation et je vois si ça a besoin d'être traité tout de suite ou pas tout de suite, et si je peux pas les traiter parce que je suis débordé et qu'il y a quelque chose, et bien je leur dis, ou de voir le 15 ou d'aller voir SOS médecin.

INTERROGATEUR : D'accord.

DR.A : Voilà comment je fais.

INTERROGATEUR : Vous quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ?

DR.A : Mon ressenti. Et ben ça dépend. Des fois ça peut m'angoisser, des fois ça peut pas m'angoisser. Mais vis à vis de mes patients, comme je les connais, et quelque part c'est pas comme quand on ne connaît pas la personne. Je veux dire, on connaît leur histoire, des choses comme ça. On sait à qui on a affaire, si c'est des gens cortiqués ou pas cortiqués, et si c'est des gens qui ont plutôt tendance à majorer les choses ou pas. Et tout dépend un peu... de toute façon si j'ai le moindre doute je vais les voir, ou si je peux pas les voir, je vais les envoyer à quelqu'un d'autre. L'urgence fait toujours peur quelque part, car on se dit « mince, on peut passer à côté de quelque chose », et moi je suis toujours plutôt prudente. Et on m'a toujours dit « Dans le doute, on doit favoriser le patient ». Donc si j'ai un moindre doute que je ne peux pas le voir, je vais lui dire « de toute façon il faut qu'il voit un médecin.

Donc c'est vrai que quand... Enfin ça dépend de l'urgence surtout. Quelqu'un va appeler pour une douleur thoracique ou des choses comme ça, ben il y a quelques questions, et en fonction de ce qu'il va me dire, je vais lui dire bah là il faut que vous soyez vu. Vis à vis d'un enfant aussi, je suis très prudente. Je pense que quand il y a un appel d'urgence, moi j'ai toujours plus ou moins une épée de Damoclès sur la tête.

INTERROGATEUR : D'accord, donc toujours un petit peu d'appréhension ?

DR.A : Ouais, voilà...

INTERROGATEUR : Vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation ?

DR.A : Heu, oui, je peux... le fait de faire de la régulation me rend plus à l'aise, mais c'est pas pour ça que je prends des fois les choses à la légère

INTERROGATEUR : D'accord, je vois. Pour vous, quels paramètres conditionnent ou pourraient conditionner votre réaction, ou ressenti lors d'un appel d'urgence ?

DR.A : Premièrement l'âge déjà. Si c'est un enfant ou des choses comme ça, un enfant je pense qu'il ne faut pas passer à côté. Surtout quand voilà...

Ba la douleur thoracique aussi, et les choses comme ça, comme une douleur qui est très importante, qu'elle soit thoracique ou abdominale, des choses comme ça.

Ca dépend énormément de qui j'ai au téléphone.

C'est difficile un peu à répondre comme question, parce que...

INTERROGATEUR : C'est assez large.

DR.A : Oui voilà. C'est assez large, ça dépend un peu, de la personne qu'on a au bout du fil, si il y a un état de panique, pas d'état de panique, ça dépend comme je ressens le... je vais aller au feeling en gros. Ca va être un peu comme ça : comment je ressens mon patient quand je l'ai. Et ensuite, ça va être mes questions qui vont me faire dire « là il faut quand même que je le vois ou qu'il soit vu »

INTERROGATEUR : D'accord, mais donc il y a une forte importance de la personne que vous avez au bout du fil.

DR.A : Ouais voilà. Parce que quand on a sa patientèle, on connaît plus ou moins les gens et on sait qu'il y a des fois, quand des gens vous appellent, il y en a qui vous appellent pour n'importe quoi tandis que d'autres pas du tout, et ceux ci quand ils vous appellent, vous vous dites, « là, il y a un truc ». Même si celui qui a tout le temps l'habitude de vous parler, là aussi il faut être vigilant. Et je pense que c'est en fonction de mon interrogatoire. Mais comme l'appel d'urgence il peut être très vaste, ça peut regrouper pas mal de choses, tout dépend de ce que vous appelez par appel d'urgence. Bien sûr une douleur, les gens ça les panique. La température, par nous même, ça ne me panique pas du tout, mais pour eux une température à 40°C chez un enfant, ça peut être un appel d'urgence. Donc voilà, tout dépend de ce qu'est l'urgence pour le patient. L'urgence pour le patient n'est pas forcément une urgence pour nous. Je pense que l'urgence pour le patient, c'est un quelque chose dont il n'a pas l'habitude ou quelque chose qui traîne. Voilà c'est ça.

INTERROGATEUR : D'accord, donc pour vous, il y a la personne, les critères d'urgence que vous avez pour vous. Est ce qu'il pourrait y avoir d'autres paramètres c'est à dire selon le déroulement de la consultation, ou s'il y a du monde ?

DR.A : Alors si j'ai du monde en consultation, si je vois que j'ai quelqu'un au téléphone qui panique ou quoi, je vais peut être avoir quand même quelques questions très rapide, et après si je vois que ça peut attendre, je termine avec mon patient, et je lui dis « vous inquiétez pas, je vous rappelle tout de suite dans la foulée » et voilà je revois les choses un peu à distance. Mais

c'est comme tout : je vais quand même prendre mon temps. Je vais pas lui dire j'ai pas le temps parce que j'ai un patient. J'suis responsable moi au téléphone quand même. Voilà.

INTERROGATEUR : OK, et bien merci. Donc la question suivante est : Pour vous quelles seraient les avantages à la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ?

DR.A : Et bien déjà, de prendre les appels, c'est vous qui les prenez. Vous êtes médecin, vous savez quelles sont les choses éventuellement, qui vont faire que vous allez être obligé d'appeler un SMUR, un SAMU ou des choses comme ça. Alors que s'il y a une tierce personne entre deux, c'est plus difficile, et elle n'a peut être pas posé les questions auxquelles vous vous penseriez, et qui vous ferez dire « et bien là moi j'aurai changé mon attitude », des choses comme ça. Je le vois des fois en régulation, il y a des permanencières qui ont l'habitude, mais ça arrive que des fois, il y ait une question, qu'elles n'ont pas forcément posé ou posé différemment, le patient ne leur a pas répondu et puis nous quand on pose la question on n'a pas la même réponse. Et là parfois je me dis c'est pas de la médecine générale là, c'est plutôt de l'hospitalier. Donc je pense que le fait d'avoir directement le patient et de lui poser la question, parce que bon, il y a des choses qui se mettent en route, clac-clac, on ouvre des tiroirs. Ca, je trouve que c'est déjà plus avantageux que si c'est une secrétaire ou des choses come ça. Et quelque part, ça me rassure plus. Car vous pouvez avoir éventuellement une tierce personne, elle peut donner quelques conseils, elle va peut être pas forcément vous en parler tout de suite, ou vous en parler en fin de consultation ou des choses comme ça. Ca dépend si après elle bascule l'appel ou pas au médecin. Donc je pense que quelque part, c'est mieux de l'avoir directement.

INTERROGATEUR : D'accord. De la même manière, pour vous, quels seraient les inconvénients à la prise en charge d'un appel d'urgence au cabinet ?

DR.A : Je vois pas ce que ça pourrait être comme inconvénient. Je considère qu'en tant que médecin, vous êtes tenus de répondre à tous les appels. Donc je vois pas en quoi un appel d'urgence serait un inconvénient. Je vois pas trop là ce que je pourrais dire. Qu'est ce qui pourrait me gêner, là à prendre un appel d'urgence ? Je considère que je suis médecin, je suis là pour répondre à tous les appels, qu'ils soient urgents ou pas urgents, de toute façon, ça fait partie de mon boulot.

INTERROGATEUR : Bien sûr, ça je l'entends tout à fait. Mais est ce que pour vous, il y aurait des inconvénients, quand bien même il faut le faire absolument.

DR.A : Je vois pas ce qui pourrait me gêner.

INTERROGATEUR : Vous ça ne vous apporte pas d'inconvénient du tout ?

DR.A : Non, non.

INTERROGATEUR : D'accord.

DR.A : Répondre au téléphone, oui, ça m'énerve, mais je prends tous les appels, donc après c'est un choix personnel. Donc non, il n'y a rien qui me gêne.

INTERROGATEUR : D'accord, mais quand vous dites que « répondre au téléphone ça vous gêne » ça pourrait être un inconvénient ?

DR.A : Ca peut me gêner quand des fois vous êtes avec quelqu'un et qu'éventuellement vous avez 2-3 appels. Tout ça, bien sûr ça me gêne des choses comme ça, mais c'est pour ça que je décroche et qu'ils ont du mal à m'avoir, donc ils peuvent passer par autre chose ou bien appeler sur mon portable après, mais c'est pas parce que j'ai un appel d'urgence que ça va me gêner plus qu'un appel classique pour prendre un rendez vous ou des choses comme ça.

Si je prends le téléphone, c'est que je sais que je peux avoir un appel d'urgence à ce moment là, ça fait partie du métier.

INTERROGATEUR : OK, bien. Donc c'est la dernière question. Quels seraient vos éventuelles suggestions pur améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien ?

DR.A : Eduquer le patient. (rires)

C'est ça en fait, ça serait éduquer le patient, et arrêter que le patient pense que tout doit être solutionner tout de suite et tout ça. Je pense que c'est l'éducation du patient, et je pense que tout ça, il serait important même à l'école ou quoi, expliquer à des enfants, ou même aux adolescents et tout ça, qu'est ce qui est urgent et qu'est ce qui n'est pas urgent.

C'est ça. On le voit tout de façon, si les services d'urgence sont engorgés, c'est parce que les gens ils ont l'impression que tout doit être traité dans l'urgence. Mais tout n'a pas besoin d'être traité dans l'urgence. Il y a Urgence et Urgence. Pour moi l'urgence c'est l'urgence vitale. Et je pense que pour tous les médecins, c'est... éduquer le patient. Il y a du boulot. (rires)

INTERROGATEUR : (rires) D'accord je vois. Est ce que vous avez d'autres remarques ?

DR.A : non

INTERROGATEUR Parfait, merci.

Entretien N°2 : Dr. B

INTERROGATEUR : Alors, est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. B : Alors, moi je suis le Dr. B, je suis médecin à Amiens

INTERROGATEUR : Oui, et ensuite est ce que vous pourriez me décrire votre formation médicale ?

DR. B : Alors, je suis spécialiste en médecine générale, formé à Amiens, ancien interne des hôpitaux d'Amiens, comme diraient certains. Je suis médecin urgentiste, avec une capacité de médecine d'urgence, capacité de médecine de catastrophe. Je suis aussi médecin algologue, avec une capacité de médecine de la douleur. Je suis médecin expert et je fais des expertises pour la fonction publique et le tribunal de grande instance d'Amiens, en ayant un DU de « démence et troubles cognitifs chez l'adulte » et DU « d'expertise médicale » et un DIU en « Responsabilité médicale ». Et par ailleurs j'ai également une formation sur les traitements et techniques non médicamenteuses mais ça c'est plus pour la consultation de la douleur. Et enfin, je suis médecin agréé pour les examens d'aptitude à la conduite et commissionné depuis maintenant 3 ans. Et médecin inspecteur de la DRAAF– Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt.

INTERROGATEUR : D'accord. Et quelle est votre activité actuelle ?

DR. B : Alors j'ai une activité, temps partiel on dira, environ mi temps le lundi mardi, jeudi vendredi et samedi matin de consultation de médecine générale au cabinet et l'après midi, en général je suis soit en temps partiel au CHU d'Amiens en consultation de médecine de la douleur ou j'effectue des expertises diverses tel que j'ai déjà cité.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors la première question, étant plus en rapport avec le sujet : Vous, comment gérez vous les appels d'urgence au cabinet, dans votre quotidien.

DR. B : Alors il peut y avoir deux modes d'entrée différents, le plus important étant mon téléphone portable pro. J'ai deux lignes : une ligne perso et une ligne pro avec un numéro de portable qui est indiqué sur les ordonnances sur internet et sur les pages jaunes. Donc public.

C'est ça que je veux dire, c'est pas du privé. Et donc les patients peuvent me joindre pour quelques motifs que ce soient sur cette ligne pro, et éventuellement via un télésecrétariat qui a des horaires d'ouverture qui sont aussi large que celle d'ouverture du cabinet.

INTERROGATEUR : D'accord. Et donc vous quand vous recevez ces appels d'urgence, comment vous les gérez au quotidien ?

DR. B : Alors ayant quand même plusieurs décennies de médecine d'urgence et même de régulation médicale dans des cadres hospitaliers et libéraux, je gère l'appel moi même. Alors si tenté qu'il y avait besoin après d'appeler le centre 15 après, je le fais hein. C'est pas le souci. Mais en tout cas j'y réponds moi même. S'il s'agit de donner un conseil à quelqu'un, je vais le faire. S'il s'agit de lui proposer de venir en consultation, je vais le faire. Si je - (pause car entend son téléphone portable pro qui sonne) c'est celui là qui sonne- S'il s'agit de lui proposer que je passe le voir en visite, je vais le faire. S'il faut lui envoyer une ambulance, je le ferai et s'il faut... pas basculer parce que j'ai pas les moyens techniques pour ça, mais s'il faut appeler le centre 15, donner ses coordonnées, je le fais.

INTERROGATEUR D'accord, vous faites en fait une activité de régulation médicale...

DR. B : Ba ça me paraît normal !

INTERROGATEUR : D'accord. Vous quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ?

DR. B : (petit silence) Hum c'est vague comme question...

INTERROGATEUR : C'est vague comme question oui...

DR. B : Ba en tout cas ça ne me dérange pas ! Voilà, ça me paraît normal dans tous les cas que je sois appelé par mes patients, s'ils ont un problème quel qu'il soit.

INTERROGATEUR : D'accord, il n'y a pas d'appréhension, de...

DR. B : Ah de peur par exemple ?

INTERROGATEUR : De peur ou autre gêne ?

DR. B : Non.

INTERROGATEUR : D'accord, vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation ?

DR. B : Ah oui (rires)

INTERROGATEUR : Je m'en doutais un petit peu, mais...

DR. B : Oui oui, ça va aller.

INTERROGATEUR : Pour vous quels paramètres pourraient conditionner votre réaction ou ressenti à la prise d'un appel d'urgence ? Dans votre quotidien, qu'est ce qui pourrait influencer sur votre ressenti ou réaction de la prise de cet appel d'urgence ?

DR. B : Oh ba il y a tellement de choses, hein. D'abord je pense que comme toute personne, l'humeur personnelle. (rires) Voilà, l'état de stress. Heu... si on est - alors ça m'arrive pas si souvent d'être en retard - mais si on est vraiment en retard sur ces rendez vous et donc peu disponible. Mais bon voilà ça c'est des choses personnelles. Après qu'est ce qui pourrait influencer d'un point de vu, disons, extrinsèque, ce serait éventuellement l'état de stress de la personne et le manque d'intelligibilité de ses propos. Et ça peut des fois arriver qu'on se comprenne mal. Sinon je vois pas d'autres éléments.

INTERROGATEUR : Ouais, d'accord. Pour vous quels seraient les avantages à la prise en charge de l'appel d'urgence directement au cabinet ?

DR. B : Heu, alors de gérer l'urgence ou bien de gérer l'appel ?

INTERROGATEUR : Heu que le patient appelle au cabinet du généraliste pour une urgence ressentie...

DR. B : Plutôt que de passer par un centre 15 par exemple ?

INTERROGATEUR : Par exemple oui. Enfin pour vous quels pourraient être tous les avantages de...

DR. B : Alors moi la raison, c'est à dire que j'allais dire : Pourquoi j'ai fait le choix moi, d'avoir une ligne « d'urgence » au cabinet ou en tout cas d'être joignable? C'est que ce sont mes patients donc je les connais mieux que quiconque. Et on sait que dans les urgences, il y a des urgences vraies, il y a des urgences ressenties et que l'urgence exprimée n'a rien à voir avec l'urgence vraie et l'urgence ressentie. Il y a malheureusement des fois des gens qui dans un sens comme dans l'autre, n'évalue pas le degré d'urgence. Vous pouvez avoir des fois des gens qui ont des antécédents graves et qui peuvent appeler pour une douleur thoracique qu'ils minimisent et puis vous pouvez avoir des gens qui n'ont aucun antécédent et qui appellent pour une douleur thoracique totalement atypique et qui maximisent et qui ont l'impression de mourir, avec une sensation de mort imminente. C'est la définition d'ailleurs de l'attaque de panique. Donc là par contre, si on est sur un centre 15, on connaît pas la personne et il va falloir se faire une idée, pas arbitraire mais orientée avec des questions et des réponses de ce degré d'urgence. On a quand même un avantage quand on est le médecin du patient, c'est que d'abord on le connaît, on connaît ses antécédents et puis on connaît sa façon de s'exprimer et l'éventuelle angoisse qu'il peut avoir vis à vis d'une situation médicale. Et puis on sait également le contexte dans lequel il se trouve actuellement, s'il a des difficultés familiales, professionnelles. Donc c'est quand même des éléments qui aident bien. Heu et puis je pense que c'est aussi rassurant pour la personne. Donc j'ai fait le choix effectivement de pouvoir y répondre moi même. Parce que voilà je pense que pour ces différentes raisons, je suis leur meilleur interlocuteur. Et puis d'autre part, si tenté qu'il y ait besoin d'y donner une réponse physique, à savoir ma présence en tant que médecin, face à eux, en consultation ou en déplacement à la maison. En fonction de où ils habitent, je le sais. En fonction de leurs disponibilités, s'ils peuvent venir en consultation, on peut en discuter. A mon avis encore une fois je peux leur donner la meilleure réponse, acceptable et adaptée, en ayant plus le paramètre de mes disponibilités.

INTERROGATEUR : Ouais, d'accord. Alors de la même manière, pour vous quels pourraient être les inconvénients à la prise en charge de l'appel d'urgence au cabinet ?

DR. B : Ba il y en a, évidemment. Ca veut dire que l'on accepte en consultation, en plein rendez vous, d'être éventuellement dérangé par un coup de téléphone. Faut être honnête, ça peut des

fois être embêtant. Si on est en train de faire un acte de petite chirurgie ou si on est au décours d'un entretien peut être psychologique ou des situations qui parfois peuvent sembler pas évidente pour les patients à exprimer. Etre interrompu par quelqu'un d'autre, pour autre chose, grave ou pas grave, c'est jamais évident, voilà.

INTERROGATEUR : D'accord, donc c'est principalement ça.

DR. B : oui après les gens, la plupart du temps, ils sont bien contents de pouvoir vous appeler quand ils en ont besoin, et ils acceptent souvent d'être interrompu au décours d'une consultation.

INTERROGATEUR : D'accord. Donc on va finir avec la dernière question. Pour vous quels seraient vos suggestions éventuelles pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au cabinet au quotidien ?

DR. B : Hum (rires)

INTERROGATEUR : Si tenté qu'il y en ait.

DR. B : Non ba j'ai pas d'idées. Je suis désolé hein, mais j'ai pas d'idées comme ça de primabord.

INTERROGATEUR : Mais il n'y a pas de problèmes. C'est le but de la question. De savoir s'il y a des suggestions. Et bien parfait, rien d'autre à rajouter particulièrement ?

DR. B : Non non

Entretien n°3 : Dr. C

INTERROGATEUR : Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. C : Oui je peux me présenter, je suis présentable, je ne fais honte à personne (rires). Je suis médecin depuis 1981, comme médecin généraliste, et médecin hospitalier depuis 1982. Donc j'ai une double activité libérale et hospitalière. Je suis un vieux machin (rires). Je commence déjà à préparer ma retraite à l'hôpital, donc ça veut dire que j'ai 66 ans. Enfin je vais avoir 66 ans.

Je suis également enfant de mai 68, parce que on en parle beaucoup du cinquantenaire. Et c'est important dans la mentalité et dans l'approche des patients. Ce qui m'a amené du reste certainement, vers l'hôpital.

Et puis bon, médecin généraliste dans un quartier populaire. Quand j'ai acheté le cabinet ici, l'agence immobilière m'a dit « Dr. C, vous êtes sûr de vouloir vous installer ici ». C'était en décembre 1981. « Vous voulez pas Henriville ? ». J'ai dit non non, moi je suis ici depuis 1950. Donc si vous voulez, j'ai la chance de pouvoir faire la jonction, la convergence plutôt, entre le médecin de famille dans un quartier populaire qui connaît les gens depuis 36 ans et la technicité hospitalière.

INTERROGATEUR : D'accord. Et donc est ce que vous pourriez me décrire votre formation médicale ?

DR. C : Ba écoutez, Excellente ! (rires) Non bah banal. Je suis arrivé en fac en 7. J'ai passé ma thèse en décembre, non septembre 80. Qui était la première thèse en France sur un sujet un peu pointu, qui était la dialyse péritonéale continue ambulatoire. Donc c'était plus pour ma mère que pour moi, mais j'étais content aussi de faire ça avec une équipe de patron. J'ai respecté mes patrons. Dieu sait que je suis plutôt iconoclaste mais... Il y avait le professeur Quichot, qui était un interniste absolument merveilleux, qui apprenait à la fois à être pointu au niveau technique et savoir palper un malade, et puis le professeur Fournier qui était néphrologue. Moi c'était la néphrologie. C'était un type qui m'a fait bander sur les échanges ioniques dans les tubulopathies rénales, les ions les machins, les sodium/potassium/calcium. Donc j'ai baigné là dedans. Je vous dis ça, une formation un peu pointu en néphrologie, et je passe ma thèse qui a duré 2 ans, 2 ans

et demi. A un moment, je suis un peu caractériel donc j'envoie chier tout le monde. Parce que j'ai mon service militaire aussi, j'étais un des rares médecins à faire le service militaire.

Donc je dis, je supporte plus la hiérarchie, donc je m'installe tout ça. Et un an après je reviens à l'hôpital, non pas vis à vis de la néphrologie, avec la notion d'urgence et compagnie car j'ai fait beaucoup de SAMU, beaucoup de réa à l'hôpital comme petit bonhomme. Puis après à l'hôpital de Corbie qui était un hôpital, à l'époque on a instauré la réanimation, enfin bon. Et en 82 j'entre à l'hôpital comme attaché en gynécologie.

INTERROGATEUR : D'accord donc actuellement toujours votre activité.

DR. C : La je suis praticien hospitalier contractuel en gynécologie. Avec un axe hein. Parce que la gynécologie c'est très vaste hein. La chirurgie, la Fécondation in vitro, tout ça c'est de la gynéco. Moi je m'occupe de contraception et aussi de la prévention des maladies sexuellement transmissibles. Donc je suis tous les jours à l'hôpital.

INTERROGATEUR : Oui, donc c'est une activité moitié-moitié entre l'hôpital et le cabinet ?

DR. C : Absolument oui. Là je suis bien content d'être en retraite le 31 juillet.

INTERROGATEUR : D'accord. (rires) Au cabinet vous êtes en consultation libre ou sur rendez vous ?

DR. C : Ah non non. Moi, complètement libre. Aucune contingence, ceux qui sont pas contents ils vont ailleurs. Prendre en rendez vous, les copains et les confrères ils font ce qu'ils veulent. Moi je n'ai pas d'horaire. Je peux passer 3 minutes avec quelqu'un qui a une angine puis passer trois quart d'heure avec quelqu'un qui... Prendre sur rendez vous...

Les gens savent ! Je le dis toujours, un bon médecin se fait attendre. (rires)

INTERROGATEUR : D'accord donc j'imagine que vous n'avez pas de secrétariat non plus ?

DR. C : Si, vous allez faire sa connaissance tout à l'heure.

INTERROGATEUR : D'accord

-DR. C : (appelle sa secrétaire)

INTERROGATEUR : Donc dès que vous avez un appel, c'est elle qui...

DR. C : Ohlala c'est un petit peu plus compliqué ça ! Etant donné le temps que je passe à l'hôpital... Ceux qui veulent que je passe dans la journée, et quand je dis dans la journée ça veut dire avant 14 heures. Il faut qu'ils appellent avant 9h du matin. Moi je suis à l'hôpital à 9h15. Donc quand je sors de l'hôpital je vais faire... Donc ils savent qu'il faut pas m'emmerder pour rien. Voilà ...

(Accueille sa secrétaire qui entre et se présente)

Donc Hélène joue un rôle très important dans la gestion du cabinet, pour le côté appel. Le matin c'est uniquement sur répondeur, les gens le savent. S'ils m'appellent avant 9h du matin, je les verrai avant 14h. Parfois c'est assez compliqué parce que des fois il faut que je sois à 13h15 à l'hôpital. Enfin je vais pas vous emmerder avec tout ça. Tout ça pour vous dire, pour répondre précisément à votre question, Il y a les appels sur répondeur qui sont reçus jusqu'à 9h. Après 9h ils savent qu'il faut plus laisser d'appel parce qu'Hélène arrive à cette heure ci sauf le samedi. C'est très personnalisé vous savez, j'ai 37 ans d'activité. Viennent ici ceux qui m'aiment bien et ceux qui aiment pas ils vont ailleurs . Et ceux qui y sont, ils savent comment ça fonctionne. La deuxième partie c'est, à partir de 14 heures, Helene prend les appels. Moi je suis à l'hôpital. Aujourd'hui c'est exceptionnel. Enfin pas exceptionnel, c'est justement l'après midi ou je ne suis jamais à l'hôpital.

Sinon l'après midi c'est Hélène, et les gens le savent. Ils savent qu'ils ont un contact personnalisé avec Hélène, qui travaille intelligemment. Elle sait s'il y a vraiment... donc j'y vais.

Mais on n'est pas dans l'urgence. Je suis complètement de fait, hors circuit urgence. Je ne prends plus de gardes. Il y a des filtres, ou le répondeur, ou Hélène. La notion d'urgence elle peut exister, mais exceptionnellement l'après midi si Hélène me dit « écoute voilà » ... Mais les gens le savent que je suis à l'hôpital.

INTERROGATEUR : D'accord, et bien cela va amorcer ma prochaine question, qui est toujours assez général. Mais vu votre activité qui est diverse... (me coupe pour parler à sa secrétaire)

...Sachant justement que vous n'êtes pas tout le temps derrière le téléphone, dans la journée, quand vous recevez un appel d'urgence, comment gérez vous ces appels au quotidien ?

DR. C : En sachant que vous me parlez des appels que moi j'ai directement.

INTERROGATEUR : Ba que vous les receviez directement ou en différé...

DR. C : Si quelqu'un veut appeler un médecin en urgence, et qu'il tombe sur le répondeur, le problème il est résolu, je ne suis pas là. Et les gens ils savent, car j'ai des liens approfondis avec ma patientèle. Ou bien vous avez hyper mal, ou bien vous êtes à 2 doigts de mourir, dans ce cas là vous appelez au SAMU ou SOS médecins. Mais ne m'appelez pas, car moi je ne fais pas d'électrocardiogramme, je fais pas...enfin voilà.

Il faut faire attention de ne pas faire croire aux gens qu'on est dans la médecine rurale, pour qui j'ai un profond respect. C'est des saints. Moi je suis pas là, on s'en fout. Il faut être un peu con pour s'acharner à demander son médecin traitant alors qu'on est à 2 doigts de mourir. Et qu'on a le SAMU et l'hôpital à 5 minutes.

Tout de façon moi si je le vois, si c'est grave je l'envoie.

INTERROGATEUR : Donc pour vous en ville il y a une autre répartition de la prise en charge de l'urgence.

DR. C : Absolument. Et il faut faire attention, des fois je le dis à mes confrères, à ne pas penser que vous êtes un pôle d'urgence. Il y a une anecdote : Michel Berger, le chanteur est mort à la suite d'un infarctus. Je suis désolé, il a appelé un réseau que je ne nommerai pas, mais qui s'occupent des urgences, mais qui n'a pas la compétence de l'urgence. On peut toujours être équipé, voir que vous avez un infarctus ou un AVC, etc. Il y a toute une mise en place que aucune médecine libérale dite d'urgence ne peut faire. Il faut appeler le SAMU et puis voilà. Par contre, pour mes confrères de campagne, vu les distances, là c'est plus compliqué.

Moi comme j'avais pas mal de SAMU, dans les premières années de mon installation, j'avais un minimum de matériel, faire un ECG s'il fallait en urgence, mettre des perfs. Mais après je me suis rendu compte de ce que voulait dire assurer les urgences. Est ce que ça veut dire faire les gardes, ou quand vous êtes en consultation, vous vous levez précipitamment pour aller sauver une vie humaine. C'est pas le même rythme.

Les gens qui se prétendent médecin urgentiste, oui il y en a, mais ils sont médecins urgentistes, pas médecins généralistes. Il ne faut pas confondre l'appel en urgence avec l'appel pressé.

INTERROGATEUR : C'est pour ça c'est justement ce que je disais au début. Dans l'appel d'urgence il y a vraiment la notion d'urgence ressentie par le patient, donc qui n'est pas toujours ...

DR. C : Là on a eut un exemple à Strasbourg, qui est assez saisissant sur la notion d'appel d'urgence.

INTERROGATEUR : oui c'est sûr, tout peut se discuter, mais là quand on entend l'appel, il n'y a pas vraiment eu de régulation de savoir si c'était vraiment plutôt une urgence vraie ou une urgence ressentie.

DR. C : C'est pour ça qu'il faut se méfier... Il faut, je ne sais pas si vous allez l'aborder après. La définition de l'urgence... l'histoire de Strasbourg, est une histoire qui ne nous étonne pas nous médecins de terrain parce que c'est un tel bordel dans le système médical, une telle déstructuration des choses. Ça entraîne à un moment une baisse de la qualité relationnelle médicale.

Je le dis à mes étudiants que j'ai en stage à l'hôpital, on ne fait pas de l'humanisme pour faire de l'humanitaire, on fait de l'humanisme pour être bon médecin. Un exemple très simple, ce que j'appelle l'humanisme c'est écouter les gens pour savoir si on passe pas à côté d'un signe d'appel. Mais c'est pas de l'humanitaire. Donc la qualité humaine de la relation médicale, aide à la capacité technique.

J'ai eut une fois un compte rendu d'échographie pelvienne : « grossesse évolutive avec embryon non visible ». Je me dis là euhh.... Et après on voit des choses complètement abracabrantesque.

Une fois on m'envoie une dame, elle me dit je suis en train de faire une phlébite. Je dis oui mais vous êtes sous anticoagulant ? Elle me dit non. Je lui dis, vous avez fait un Doppler ? Elle me dit non, mon médecin me dit qu'il avait dépassé le quota. Alors ça c'est complètement abracabrantesque.

(voit mon regard étonné) Ba oui vous fronchez le sourcil, vous voyez, en plus pour une IVG, avec une suspicion de phlébite, mais non confirmé parce que le confrère il pensait qu'il avait dépassé le quota, alors bon... Donc on arrive à une pseudotechnicité, abracabrantesque.

C'est pas un coq à l'âne, excusez moi, mais l'appréciation de la notion d'urgence, revient sur un peu tout ce que je viens de dire là.

INTERROGATEUR : Oui bien sûr, c'est certain. C'est sûr que l'appréciation du médecin, vient aussi par rapport à sa capacité d'écoute. Donc même si bien sûr vous n'en recevez pas tout le temps. J'imagine qu'à des moments, soit quand Hélène reçoit l'appel ou quand vous êtes sur place, vous recevez des appels pour une urgence ressentie d'un patient.

DR. C : Oui

INTERROGATEUR : Vous comment vous les gérez ? Est ce que vous faites un petit peu de régulation ?

DR. C : En général, le problème est très simple. Hélène prend l'appel, et elle sent s'il y a du loup, du flou et elle me passe la communication. Et là, je connais les gens qui m'appellent. Donc bon...

Un truc tout con : quelqu'un qui s'affole parce qu'il a fait pipi et qui saigne et qu'il est sous ¼ de préviscan, on s'affole pas. Une femme enceinte qui a mal dans l'abdomen et qui perd du sang et qui est enceinte de 3 mois, grossesse extra utérine à éliminer. Donc là c'est paf, il n'y a pas à discuter, échographie, bilan, bêta HCG de contrôle et tout. Donc il faut faire très attention. Comme on essaie de vider les hôpitaux des personnels, on essaie de faire croire qu'on peut régler les problèmes de l'urgence au téléphone. Oui on peut, mais alors avec une laxité énorme, parce qu'au téléphone, il faut faire très attention techniquement. Une personne âgée qui appelle, elle avait des douleurs abdominales, style douleur gastrique. Or vous n'êtes pas sans savoir que la symptomatologie de l'infarctus du myocarde chez la personne âgée peut revêtir la symptomatologie abdominale. Voilà, donc si vous n'avez pas le minimum de connaissance de terrain, ba vous dites buvez du lait, vous avez des brûlures, ça ira mieux demain. Bon le lendemain elle peut pas le dire parce que cric... bon voilà. J'aurai d'autre chose à vous dire parce que bon, hein !

INTERROGATEUR : D'accord, donc pour résumer vous faites toujours une partie de régulation, mais toujours en étant très vigilant à n'importe quel signe.

DR. C : Il faut être hyper vigilant !

INTERROGATEUR : Et en fonction de ça vous réorientez, soit vous les voyez si vous êtes pas sûr, ou soit vous les envoyez à SOS ou au SAMU ...

DR. C : Non, à SOS non. Je plaisante, mais je dis aux gens, à partir du moment où je sais que ce n'est pas un infarctus un AVC, un machin un truc... Vous pouvez avoir une crise d'aérocolie, qui vous déclenche des douleurs à vous plier à babord, mais il faut vraiment être très très prudent.

INTERROGATEUR : Vous quel est votre ressenti quand vous recevez un appel d'urgence ? Si vous avez un patient qui vous appelle avec le sentiment de quelque chose d'urgent, que vous l'avez au téléphone, quel est votre ressenti de manière générale. C'est à dire quels sont vos émotions, qu'est ce que vous ressentez par rapport à ça. Est ce que vous vous sentez à l'aise ?

DR. C : Ba écoutez, j'essaie d'être à l'aise parce que j'essaie d'être compétent. C'est pas de la grosse tête hein. Il faut dire est ce que je peux gérer la situation ? Si vous pouvez gérer la situation, je suis à l'aise. La question c'est, ce point d'une extrême subtilité, qui a été dramatique dans l'affaire de Strasbourg. On a des signes d'appel, je vais pas vous refaire vos cours. Je viens de vous donner cet exemple de la brûlure gastrique chez la personne âgée au milieu de la nuit. Il faut penser à l'infarctus du myocarde. Là j'ai eut quelques embolies comme ça. Des essoufflements pas vraiment spectaculaire, les gens debout, mais l'accélération du pouls, le contexte, si la personne a été alitée ou pas, ces chose qui peuvent vous faire suspecter une embolie. Bon l'AVC faut quand même être un peu con pour passer à côté maintenant, parce que les signes d'appels. Bon il y a l'AIT et tout. Tout ça se sont des signes d'appel. Il n'y a pas énormément si on réfléchit bien, d'urgence, par rapport à tout ce qu'on traite.

INTERROGATEUR : Bien sûr. Et vous, connaissant à peu près les signes d'urgence, vous vous sentez toujours à l'aise avec ce genre de réception, ou est qu'il peut y avoir un peu d'appréhension...

DR. C : J'essaie d'avoir le moins d'appréhension possible parce que je vais vous dire, je me couvre au maximum. C'est pour ça tout à l'heure j'attirais l'attention sur le respect que j'avais pour nos confrères qui travaillent en montagne etc. Ici dès que j'ai une suspicion à partir de ces critères universitaires qui nous ont été enseigné, j'appelle le SAMU.

INTERROGATEUR : Au moindre doute, vous y avez accès quoi, c'est plus simple...

DR. C : Ah ba oui, mais ce serait criminel de...

Alors on essaie de culpabiliser les médecins en disant vous envoyez pour n'importe quoi ou la bobologie. Mais la bobologie ça n'existe pas. Quelqu'un qui a besoin de soins, doit être accueilli dans une structure de soins. Il n'y a pas à être préselectionné avant. Donc voilà.

INTERROGATEUR : Alors c'est un peu dans le même registre, mais pour vous quels paramètres, donc que ce soit dans la journée, dans l'activité, dans tout ce que vous faites, ou si vous êtes avec du monde, quels paramètres pourraient conditionner votre ressenti ou réaction lorsque vous recevez un appel d'urgence. C'est à dire qu'est ce qui pourrait modifier la façon dont vous le ressentez ?

DR. C : Je ne sais pas si c'est dans ce sens là que vous posez la question, mais il faut qu'on fasse très attention à notre état mental. La fatigue, le surmenage, la précipitation, l'agacement. C'est là qu'il faut qu'on fasse attention. Qu'on soit dans un cabinet médical et qu'on reçoive pendant les consultations un appel, ou qu'on soit aux urgences. C'est très important ça. Garder la disponibilité, faire très attention à son état de fatigue.

INTERROGATEUR : Pour essayer de rester le plus objectif, et le plus lucide.

DR. C : Ouais ouais voilà.

INTERROGATEUR : D'accord. Pour vous quels pourraient être les avantages à la prise en charge des appels d'urgence au cabinet. C'est à dire que le fait que vous receviez encore des appels quand on vous appelle ici, est ce que pour vous ça a des avantages ?

DR. C : Oh oui, moi j'ai tourné la page. Je suis plus fait pour les urgences. Place aux jeunes. J'ai fait énormément de gardes à l'époque. A l'époque il y avait nos noms dans le courrier picard quand on était de garde, on voyait du Kazmarec partout quoi. Ca m'a créé des liens sympathiques avec d'une part l'équipe du SAMU, et les pompiers d'autre part. Ca m'a permis de travailler dans des bonnes conditions et puis bon, moi j'avais besoin que du pognon rentre, parce que je suis pas un fils de bourge. Et donc je faisais énormément de gardes. Et à partir d'un certains moments quand je me suis rendu compte que la fatigue apparaissait et la lassitude...Bon et j'ai eut des trucs qui m'ont refroidi. J'ai failli être brûlé au chalumeau, une autre fois j'ai été accueilli au fusil, donc ça m'avait un peu refroidi.

INTERROGATEUR : D'accord, donc vous n'avez plus vraiment d'urgence, mais bon comme vous me dites, vous en recevez encore un petit peu des appels d'urgence au cabinet.

DR. C : Ah ba oui

INTERROGATEUR : Et donc pour vous est ce que ça pourrait avoir un avantage ?

DR. C : Est ce que c'est vraiment de l'urgence. Les appels, il faut je crois ne pas confondre. Ça peut revenir un peu même mais c'est quand même différent. Mais quand on a fait l'appréciation et la différence entre les deux en tant que médecin. Il y a la personne qui s'inquiète et la personne qui présente des signes. C'est pas pareil. Vous pouvez avoir quelqu'un qui va s'affoler, elle va avoir un rhumatisme sternale, elle va dire ça y est je fais un infarctus. Bon on sait qu'elle a un syndrome de Treitz ou machin. Donc ça c'est l'affolement. On a dans notre formation, on a des critères voilà. Mais comme je le répète, les pathologies d'urgence... Oui ça me vient parce que c'est classique. Quelqu'un qui est allergique aux piqûres de guêpe, qui se fait piquer par une guêpe et qui ne respire plus, je vais pas m'amuser à lui dire je vais passer. Tout de suite qu'ils aillent à la pharmacie, qu'ils se fassent un Anapen. Il y a des choses comme ça. Voilà, après, quelqu'un qui souffre énormément de coliques néphrétiques, là je peux dire je termine mes consultations dans une heure, je viens. Je sais que c'est une colique néphrétique, c'est pas vital, mais il souffre, donc quand vous souffrez comme ça, vous préférez être vu par votre médecin traitant que par un autre médecin compétent mais que vous ne connaissez pas, donc vous voyez, il y a des petites choses comme ça...

INTERROGATEUR : Donc il y aurait quand même l'avantage que vous êtes leur médecin traitant et qu'ils ont bien l'habitude.

DR. C : Oui voilà.

INTERROGATEUR : Alors de la même manière, même si vous n'en recevez plus beaucoup, recevoir les appels d'urgence au cabinet, c'est à dire quand vous êtes disponible pour recevoir ces appels, est ce que ça peut avoir des inconvénients pour vous ?

DR. C : Moi je les élimine les inconvénients parce que je les prends plus. Enfin... en plus ma vie est excessivement compliquée, j'ai beaucoup d'autres activités autre que la médecine. J'ai des responsabilités politiques, donc j'ai beaucoup de réunion, de machin...

INTERROGATEUR : Oui donc de toute façon vous les prenez uniquement quand vous pouvez.

DR. C : Oui. A 9 heures du matin ils savent qu'il ne faut plus laisser d'appel. L'après midi comme je l'ai dit, ils voient avec ma secrétaire, c'est ma secrétaire qui fait la sélection. Et à 19 heures, j'entre dans une vie associative, ça fait des années comme ça.

INTERROGATEUR : Votre secrétaire de temps en temps elle vous retransmet un appel en disant là il y a untel qui veut tout de suite vous avoir ?

DR. C : Ah oui, par exemple à l'hôpital, elle sait me joindre, elle me dit on a reçu l'appel de telle ou telle personne, elle m'explique, puis je lui dis tu rappelles ou je rappelle. Et puis quand c'est ici, elle filtre remarquablement. Elle filtre les chiants et elle me laisse les cas importants. (rires)

INTERROGATEUR : D'accord. Alors c'est la dernière question, peut être que vous n'aurez pas forcément de réponse, mais n'hésitez pas si vous avez des idées. Quels seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien ?

DR. C : Alors là, cher confrère, jeune ami, c'est... Ca rentre dans le cadre d'une restructuration complète de la conception du système sanitaire en France. Je ne vais pas vous étonner, car je vous ai avoué humblement que je faisais de la politique. Et ça passe par les projets ministériels et les ARS. Il n'y a pas de sauveur, c'est une construction. Il faut augmenter le maillage des médecins, et ça c'est... J'ai été conseiller régional pendant 6 ans de 98 à 2004. On avait travaillé là dessus, j'avais fait des propositions, qui avait même plus ou moins été soutenu par mes adversaires politiques. C'était le maillage, ça c'est important le maillage.

INTERROGATEUR : C'est à dire l'échange ?

DR. C : Non non, la densité de médecins. C'est pour ça que tout à l'heure j'ai bien fait la différence, j'ai la chance d'être à Amiens et je suis à dix minutes des hôpitaux, en plus je

travaille dans ces hôpitaux, donc c'est pour ça que c'est... Je suis pas un exemple. Comment voulez vous, qu'un jeune médecin, qui vient de se marier, qui a peut être un gosse va aller s'installer dans un coin désertique de la Somme ou de la Picardie, où il n'y a rien dans le village. Parce que le gosse il faut qu'il aille à l'école, il faut faire les courses. Donc la désertification médicale est liée à la politique rurale et d'occupation du territoire. Ca a une conséquence sur les universités sur la question que vous soulevez. Plus vous avez de médecins disponibles, moins vous aurez, entre guillemet, de bobologie, car j'ai horreur de ce terme.

INTERROGATEUR : Hum hum, une meilleure orientation il y aura dans le secteur de l'urgence.

DR. C : Oui et même dans le suivi, le suivi des femmes enceintes, la pédiatrie, il y a des choses à faire. Donc ça c'est une chose. Ensuite, comme la majorité de l'urgence médicale est assurée par les hopitaux, il faut arrêter d'asphixier les budgets des hopitaux. Il n'y a pas besoin d'être marxiste ou léniste. Là il y a plein de confrères qui en ont marre. Les urgentistes, à l'APHP, etc... Plein de service, plein, plein... Même ici, je connais mes confrères, ils sont un petit peu timorés dans la Somme, mais ils vivent l'asphyxie. Je vais prendre un exemple. Moi je ne suis pas dans l'urgence immédiate, je travaille beaucoup sur les interruptions de grossesse. Il y a une notion d'urgence dedans, car si vous dépassez les délais vous êtes dans un merdier pas possible, où il faut du pognon pour aller en Hollande, en Angleterre ou en Espagne. Donc il y a une notion d'urgence. Or le budget du centre d'orthogénie d'Amiens pour parler que de ça, a été diminué de moitié. Comme l'hôpital veut pas remettre la truc, ils ont décidé de fermer. Au lieu que ce soit ouvert de 9h à 17h, c'est ouvert le matin ou l'après midi. Mais la demande est la même. Si bien que pendant mes vacances à l'hôpital, je passe de 8 à 10 pendant une vacation, à 14-17 par vacation dans le même laps de temps.

On arrive, mais en prenant sur nous. C'est le côté un peu bonne sœur. On veut pas que nos patientes consultant souffrent de ça. Nous on a la chance d'avoir une équipe qui s'entend bien donc ça aide. Mais il faut faire attention car vous pouvez faire des erreurs du fait de la fatigue, du rythme...

Moi j'ai fait hospitaliser ma mère une fois, un samedi à 9h30. A 21h30 on me rappelle en me disant on vous renvoie votre mère. J'ai dit écoutez, si je vous ai fait hospitaliser ma mère, je suis médecin. On m'a répondu, oui mais on est pas là pour lui donner à manger. Ca a été le truc, mais bon ma mère a quand même été hospitalisé. Je vais pas rentrer dans les détails, mais bon.

L'urgence va aussi avec la qualité de l'accueil, de l'écoute. C'est ce qu'on disait tout à l'heure. Et ça vous pouvez pas demander de l'écoute ou de la disponibilité à des gens qui sont surmenés.

INTERROGATEUR : Oui, bien sûr. Donc globalement c'est densifier le maillage médical et augmenter le nombre de médecin.

DR. C : D'une part, et après plus de moyens aux hôpitaux mais ça c'est incontournable. Tout le monde le dit. Après, vous vous en rendez compte, c'est inévitablement un problème politique, et donc, voilà.

INTERROGATEUR : Merci beaucoup

Entretien n°4 : Dr D

INTERROGATEUR : Alors, première question. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. D : Moi c'est Dr. D, j'ai 63 ans. Donc ça fait quoi, 37 ans je crois que je suis installé. Et puis, Amiens toujours. Voilà, médecin générale (rires).

INTERROGATEUR : Votre formation médicale justement c'est...

DR. D : Ben c'est médecine générale, j'ai fait la fac d'Amiens. Si, j'ai une compétence en Gériatrie.

INTERROGATEUR : D'accord. Et donc est ce que vous pourriez me décrire votre activité actuelle ?

DR. D : Je fais encore beaucoup de visites. Le matin c'est visite et l'après midi c'est consultation. Mes patients, je dirais c'est une majorité...je commence à avoir une clientèle plus âgée là. Pas mal de personnes âgées, mais aussi beaucoup de gens actifs, surtout que je suis en pleine ville quoi. Voilà.

INTERROGATEUR : D'accord et est ce que vous avez un secrétariat ?

JTT : Non, donc c'est moi qui prend les appels.

INTERROGATEUR : Voilà donc la première question qui est un peu plus en rapport avec le thème c'est : Comment vous gérez les appels d'urgence au cabinet ?

JTT : Ba je prends l'appel et alors tout dépend. Soit je suis dispo car je suis en visite et donc j'y vais. Soit je suis en consult et donc c'est souvent plein. Et selon l'appel...par exemple hier j'ai eut un appel d'urgence, hier après midi. C'était une personne âgée qui était tombée. Elle me dit j'ai mal au poignet. A la description, je me dis c'est une fracture du poignet. Tout de façon elle a été confirmée aujourd'hui. Et je lui ai dit d'appeler le 15 parce que je pouvais pas me déplacer. Elle voulait absolument que je vienne, mais à l'appel j'avais fait le diagnostic, je lui dis d'appeler le 15. Elle a pas voulu tout de suite. Alors elle m'a rappelé en me disant qu'il fallait

qu'elle appelle et je lui ai redit d'appeler le 15 et ils lui ont envoyé une ambulance, elle est allée à l'hôpital. Parce que de toute façon, j'y serai aller je l'aurai envoyé à l'hôpital. Ba voilà, donc je gère heu... Comme je connais en plus bien souvent mes patients, je me rends compte si c'est urgent ou pas. Parce que il y en a, c'est systématique hein. L'appel est urgent !

INTERROGATEUR : Oui, il y en a que vous connaissez qui...

JTT : Ah bah il y a des patients, c'est systématique : « c'est urgent docteur ! ». J'avais comme ça une personne, bon là elle est décédée, une personne qui était âgée. Tous les mois elle me disait : « Venez vite docteur, c'est urgent », et c'était un renouvellement de médicament (rires). Et c'était systématique ! A force on n'y faisait plus très attention, mais il fallait que je vienne sur le moment. J'en ai une autre, bah je l'ai toujours celle là. Alors elle c'est pareil, c'est toujours « ça va jamais, c'est urgent » et elle va m'appeler 15 fois. Si je mets pas des « ola », elle va appeler toutes les 10 minutes.

INTERROGATEUR : Et eux vous les gérez comment ?

DR. D : Ah ba je râle un peu. Mais pas trop, et puis j'ai l'habitude avec elle. Ce que je fais c'est que, je crois que je lui dis « écoutez si vous appelez encore, ça sera une heure de plus ».

(répond au téléphone)

Heu voilà, donc c'est le genre d'appel qu'on a. Je dirai par exemple, si c'est étudiants étrangers, les africains, les magrébins on va dire, c'est toujours urgent. L'appel c'est : « C'est urgent docteur »

Même si c'est une toux, « c'est urgent docteur ». C'est pas à 100%, mais à 75%, c'est « c'est urgent docteur ».

INTERROGATEUR : D'accord. Et donc vous quel est votre ressenti lorsque vous recevez un appel d'urgences ? Dans le sens très large du terme...

DR. D : Ba ouais... au début quand j'ai commencé j'étais... j'y allais tout de suite. Parce que j'avais pas l'habitude, mais maintenant j'arrive à les gérer. A bien les gérer même. On va dire que je sens à l'appel si c'est urgent ou pas. Je pose quelques questions. Je vois par exemple, il n'y a pas longtemps, c'était un patient de 60 ans. Il me dit j'ai mon bras qui se paralyse, j'ai

l'impression que mon bras se paralyse. Là je me suis dit il fait un AVC. Il était pas loin, je lui ai dit « venez tout de suite ». Et c'était bien ça, donc je l'ai envoyé à l'hôpital, c'était un AVC. Donc...

INTERROGATEUR : Selon le motif et selon la personne...

DR. D : ...j'ai bien l'habitude maintenant. J'arrive à voir. En plus je la connais bien, je sais qu'elle va pas m'appeler pour beaucoup de choses, donc voilà.

INTERROGATEUR : Vous vous sentez à l'aise vous, avec ce genre d'appel ?

DR. D : Oui, oui. Et puis, moi je suis à Amiens. Donc si vraiment c'est la grosse urgence... J'ai eut ça il n'y a pas si longtemps, une personne qui a un retard psychologique. C'est son copain qui appelle, qui est pareil, et qui me dit : « Elle est tombée dans l'escalier et il y a l'os qui dépasse ». Bon, ba je lui dis « faites le 15 ». Mais comme j'étais pas sûr de son - parce que je dis là, de toute façon, même y aller, même si c'était pas très loin, et j'étais en pleine consult – j'ai rappelé le SAMU 5 minutes après pour savoir si l'appel avait été bien pris.

Là de toute façon, fracture ouverte de jambe, j'allais pas... (rires). Mais il m'appelle, il m'appelle d'abord.

Souvent ces types d'urgence c'est des chutes souvent.

Beaucoup de chute, des AVC. On arrive à savoir à peu près. Qu'est ce que j'ai comme urgence ? Après les gens prennent l'habitude d'appeler le 15 quand même quand ça commence à être plus sérieux.

J'ai beaucoup moins d'appel. Avant j'avais des appels de nuit, je n'en ai quasiment plus. C'est exceptionnel.

INTERROGATEUR : Il y a encore des gens qui vous appellent la nuit ?

DR. D : C'est rare, très rare.

INTERROGATEUR : Mais s'ils vous appellent la nuit vous répondez ?

DR. D : Ba je réponds, parce que souvent c'est des gens que je connais, ils savent que... Mais bon la plupart du temps, si c'est vraiment urgent je leur redis d'appeler le 15.

INTERROGATEUR : D'accord. Pour vous quels paramètres pourraient conditionner votre réaction ou ressenti, lorsque vous recevez un appel d'urgence ? Quels sont les choses qui pourraient conditionner votre ressenti lorsque vous recevez un appel d'urgence ?

DR. D : C'est d'après ce qu'ils me disent d'abord. D'abord je pose quelques questions sur ce qu'il se passe exactement. « Comment va t'il », « il est comment ? » « il est conscient ou il est pas conscient ? » . Ca peut arriver ça. Ou bien « est ce qu'il saigne ». C'est vraiment à la question que j'arrive à voir. Par exemple s'il a une douleur thoracique, si c'est violent tout ça, je leur dis « faites le 15 tout de suite ». Et il m'arrive parfois de leur dire faites le 15, mais je vais voir. J'arrive avec eux puis je regarde. (rires)

INTERROGATEUR : D'accord donc pour vous c'est surtout le motif, et les réponses à vos...

DR. D : C'est les questions ouais.

INTERROGATEUR : Ce que vous êtes en train de faire, ou bien l'activité que vous êtes en train d'avoir, s'il y a du monde ou pas du monde...

DR. D : Bah quand il y a du monde, tout de façon, la plupart du temps j'y vais pas. J'essaie de voir, je fais une régulation quoi. Parfois, soit je leur dis de venir, je leur dis je vous prends tout de suite. Soit je dis que je passerai après ma consult, parce que je pense que je peux passer après, soit je leur dis d'appeler le 15. Si je sens que c'est urgent, je leur dis « appelez le 15 ». Comme c'est moi qui prend l'appel c'est facile.

INTERROGATEUR : Pour vous justement, quels pourraient être les avantages à prendre les appels d'urgence au cabinet ?

DR. D : Moi je me suis pas posé la question. Mais, bon bah on gère mieux hein. Je gère mieux.

INTERROGATEUR : et vous gérez mieux parce que.. ?

JT : Déjà je connais la personne. La plupart du temps je les connais. Bon il y a des gens je les connais pas mais bon. C'est une question d'habitude. J'ai toujours pris mes appels, alors.

Maintenant j'arrive à discerner facilement le vrai du faux finalement. Et en général je me trompe pas ». Souvent quand j'y vais je sais ce qu'il y a. C'est exceptionnel que...

Si j'ai un doute de toute façon je vais voir. Soit je renvoie sur le 15.

INTERROGATEUR : Donc pour vous c'est la normalité du travail, ça fait partie du travail ?

DR. D : Oui

INTERROGATEUR : Mais pour vous est ce que ça présente un avantage en tant que généraliste, que celui ci reçoive les appels d'urgence directement ?

DR. D : Bah oui. De toute façon, ça permet quand même d'éliminer les vraies urgences. Parce que bien souvent, « c'est une urgence, il a mal à l'oreille, c'est une otite ». Bon bah ça peut se gérer ça, plutôt que d'aller attendre 3 heures dans un CHU, je leur dis de venir.

INTERROGATEUR : Ca aide à réguler déjà...

DR. D : Ca peut désencombrer les urgences. Voilà.

INTERROGATEUR : De la même manière, quels pourraient être les inconvénients, à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet ?

DR. D : (souffle)

Oui bah, c'est qu'on est dérangé. Mais bon... moi j'ai l'habitude maintenant. Le téléphone il sonne, j'arrive à ... je prends l'appel ça y est.

INTERROGATEUR : les patients le savent, eux ça...

DR. D : Oui ils savent. Et puis bon je suis assez bref. Je mets un terme si je vois qu'il commence à...s'ils commencent à me raconter leur vie, je leur dis « Bah venez » ou « rappelez plus tard »

INTERROGATEUR : Vous travaillez en consultation libre ou sur rendez vous ?

DR. D : Les deux. Beaucoup en rendez vous là. J'ai plus de consultation libre.

INTERROGATEUR : D'accord

Alors c'est la dernière question. Est ce que vous auriez des suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ?

DR. D : Hum...Dans la mesure ou moi je les prends...De toute façon l'appel d'urgence on l'aura toujours. On en aura toujours et faut le prendre. Et il faut savoir le prendre quoi, c'est ça. Et puis interpréter car il y a des personnes c'est sûr ils vont trouver des urgences qui n'en sont pas quoi. C'est une question de pratique. C'est vrai qu'au début je courrais beaucoup plus.

INTERROGATEUR : Oui l'expérience joue.

DR. D : L'expérience est là. Ca joue, ça joue énormément sur l'appel d'urgence. Voilà.

INTERROGATEUR : D'accord merci. Est ce que vous avez d'autres remarques à faire ?

DR. D : Non. L'intérêt de prendre ces appels, mais bon c'est vrai que ça a un côté pénible parce que l'on est en pleine consult, on est dérangé. Moi je commence tôt, maintenant les gens ils m'appellent tôt pour tous les appels. Donc je suis moins dérangé qu'avant. Ca s'est organisé. Les gens me connaissent, savent comment je travaille. Et puis on a pris des habitudes.

INTERROGATEUR : Oui les gens connaissent un petit peu votre rythme et savent...

DR. D : Voilà

INTERROGATEUR : D'accord, merci. Si c'est bon pour vous, c'est bon pour moi.

DR. D : Merci. Très bien.

Entretien N°5 : Dr E

INTERROGATEUR : Alors la première question est un peu plus générale. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. E : Alors je suis médecin généraliste, femme, de plus de 60 ans. J'exerce en cabinet de ville seule.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors est ce que vous pourriez décrire votre formation médicale ?

DR. E : Et bien j'ai fait mes études à Amiens, et puis après j'ai fait divers diplômes d'université, dont un particulièrement, un diplôme de psychiatrie, enfant et adolescent. Donc une activité assez orientée vers les prises en charge psychothérapeutiques. Donc je me réunis avec des copains une fois par mois, pour se former, faire des échanges, voilà. Et divers trucs concernant la psy plutôt.

INTERROGATEUR : Oui, plutôt orientée psy. Alors du coup ça va rejoindre un petit peu, est ce que vous pourriez me décrire votre activité actuelle.

DR. E : Alors je suis médecin généraliste à plein temps, sauf le jeudi où le cabinet est fermé. Je ne fais pas de visite. Je ne prends pas de garde. J'ai donc une activité quand même de ville. Et donc des patients très âgés, j'en ai quelques uns, mais pas beaucoup.

INTERROGATEUR : Très bien. Vous ne passez pas par un secrétariat ? Les appels tombent directement chez vous ?

DR. E : Oui oui, je prends directement mes appels, mes rendez vous. J'ai un secrétariat, mais qui n'est là que pour dire les horaires auxquelles on peut me joindre. Il ne prend pas les rendez vous.

INTERROGATEUR : D'accord. Là je vais rentrer un peu plus dans le vif du sujet. Selon la définition de l'appel d'urgence, comme je vous l'ai expliqué, comment gérez vous les appels

d'urgence au quotidien ? Quand un patient appelle pour une situation d'urgence, comment gérez vous ?

DR. E : C'est très variable selon le type d'appel. Souvent je questionne, je demande des précisions. Et selon ce qu'on me dit, soit je propose de passer au cabinet, soit je demande qu'on appelle le 15, soit je dis je vous verrai demain. Soit on se revoit même pas parce qu'il n'y a pas lieu. Il y a des appels d'urgence un peu psychiatrique, de détresse aussi, où là finalement, rien d'autre que le contact finalement n'est demandé. Donc j'essaie de répondre à ce contact et de faire suivre par un éventuel rendez vous, mais pas toujours. C'est variable. Le recours au 15 il est très rare que ce soit moi même qui le fasse, mais ça peut arriver. Donc voilà.

INTERROGATEUR : D'accord donc vous faites un début de régulation médicale un petit peu, vous orientez un petit peu selon...

DR. E : Voilà, à l'échelle du cabinet.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors vous, quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ? C'est à dire qu'est ce que ça vous fait, quand vous recevez cet appel en terme d'émotion, de réaction ?

DR. E : C'est extrêmement variable là, parce qu'il y a certains patients que je connais donc je sais que bon ça va plutôt me casser les pieds, parce que voilà j'ai un à priori, qui ne devrait pas exister, mais qui est là. Bon et il y a d'autres appels, dans lesquels je m'implique beaucoup. Donc niveau émotionnel ça peut être très intense, comme pas du tout intense. Que dire d'autre...

INTERROGATEUR : Ca ne déclenche pas chez vous... ca ne peut pas générer chez vous un peu d'anxiété ou d'angoisse ? Ou plutôt à l'inverse plutôt un peu d'adrénaline, qui vous ferait plaisir dans votre quotidien ?

DR. E : Plutôt de l'adrénaline. Je vais monter en puissance, parce qu'il faut en plus que je gère ma consultation ordinaire donc voilà. Bon maintenant ça peut générer aussi, certains appels, de l'anxiété bien sûr. Alors est ce qu'un appel d'urgence, quand on vous téléphone et qu'on vous dit j'ai perdu ma femme, et que c'était une de vos patientes... Ba là bien sûr il y a toute une

gamme de sentiments. Et pour moi c'est un appel d'urgence aussi. Donc là il y a parfois des fortes émotions et douloureuses.

INTERROGATEUR : Oui donc les émotions peuvent être très variables selon le type de l'appel. Vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation ? De recevoir les appels pour ...

DR. E : Oui, oui. Quand je me sens pas à l'aise, ce qui peut arriver, c'est quand j'entends que la personne qui est au téléphone ne va pas tenir compte des consignes que je vais lui donner du tout. Ca, ça peut arriver. Donc là je peux avoir une espèce de sensation de doute et de remise en cause de moi même.

INTERROGATEUR : De vous même alors que c'est dépendant d'une autre personne ?

DR. E : Oui mais c'est pas logique. Sauf que voilà, ça arrive. Donc on l'analyse, on travaille et voilà.

INTERROGATEUR : Et pour vous quels paramètres pourraient justement conditionner votre réaction ou ressenti lorsque vous recevez un appel d'urgence ? Qu'est ce qui pourraient influencer sur justement le ressenti

DR. E : Et bien mon ressenti il est mis de côté dès que je suis en situation d'urgence en fait. Par exemple je me souviens une femme qui m'appelle et me dit : « Voilà depuis ce matin, il parle pas très bien, il bouge plus normalement tout à fait la main ». Bon là j'ai même pas d'émotions, c'est « Appelez le 15 », direct. Voyez, on va à l'essentiel. Oui c'est à peu près...

INTERROGATEUR : D'accord et donc vous est ce que vous pouvez...enfin ce que j'avais appelé paramètres tout à l'heure, pour préciser un petit peu. Est ce que justement il peut y avoir des choses qui influencent un peu ? Alors ce sont des exemples, mais selon la consultation que vous êtes en train d'avoir, selon l'activité que vous êtes en train d'avoir, s'il y en a plus ou moins. Selon la personne que vous avez au bout du fil...

DR. E : Ah ba oui c'est ce que je vous ai dit au départ. C'est un peu différent si le cabinet est plein ou pas. Et la façon dont je vais pouvoir moi, matériellement, répondre. Et puis d'autre part... Voilà il y a des personnes qui n'appellent jamais. Si une personne qui n'appelle jamais

appelle, ça va être pris très au sérieux même si la plainte a l'air pas très importante. Parce que quelques fois il faut aller la chercher la plainte. Bon donc c'est extrêmement variable et il y a plein de variable. Le fait de connaître nos patients, c'est un argument qui peut être favorable, mais qui peut être aussi un biais.

Donc on essaie de faire attention à tout ça en posant des questions importantes. Parfois des questions vitales quoi. Et puis pour...

INTERROGATEUR : ... orienter un petit peu ?

DR. E : Exactement.

INTERROGATEUR : Alors dans la suite justement. Pour vous quels seraient, s'il y en a, les avantages à la prise en charge des appels d'urgences au cabinet par vous, leur médecin traitant ?

DR. E : Le fait qu'on les connaisse et puis bon on les oriente. Le problème c'est qu'on propose une orientation et elle va pas forcément être suivie des faits même si les patients suivent nos conseils. On leur dit d'appeler le 15. Le 15 va éventuellement les refouler, et voilà. Ca c'est arrivé à tous. Tous ont ces histoires de derrières les fagots. Mais bon ça me paraît logique d'appeler son médecin si on a un problème dont on ne sait pas exactement de quoi il relève, si ça relève de l'urgence ou pas. Ce type d'appel ne me gêne pas.

(prend un appel)

INTERROGATEUR : Bon. Donc on était sur les avantages et vous me disiez que c'était surtout le fait de les connaître et d'avoir peut être une orientation plus adaptée du fait de les connaître.

DR. E : C'est surtout que bon, il y a une relation de confiance. C'est à dire que je les connais mais eux me connaissent aussi. Donc ça ça peut être quand même important. Et puis bon on évite probablement d'encombrer les urgences aussi.

INTERROGATEUR : Oui.

DR. E : Parce qu'il y a bon nombre de choses qui vont être résolues ici, lors de l'appel voire au cabinet. Enfin voilà.

INTERROGATEUR : Oui tout à fait. Alors de la même manière pour vous quels peuvent être les inconvénients à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet ?

DR. E : Les inconvénients ce seraient s'il y en avait trop quoi. Mais ça bon, la patientèle est éduquée. Patients et médecins se forment l'un l'autre. Pour tel médecin, il faut que le patient appelle dans telle situation, pour tel peut être pas. Donc là il y a une forme d'entente. Par exemple quelqu'un qui va me déranger régulièrement de façon excessive, je vais mettre les choses au point quoi. Ou tenter de le faire...

INTERROGATEUR : Donc en fait l'inconvénient c'est justement si vous êtes trop dérangées par ça ?

DR. E : Voilà, l'inconvénient c'est ça.

INTERROGATEUR : Alors dernière question, un petit peu plus libre, selon vos suggestions. Quels seraient vos éventuelles suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien ?

DR. E : Il n'y en a pas quoi. J'ai pas tellement de suggestions concernant ma pratique dans la mesure où on peut toujours me joindre quand je suis là. En revanche on ne peut absolument pas me joindre quand je ne suis pas là. Donc ça ils le savent. Et je pense qu'on fonctionne tous différemment. On a tous une organisation différente. Donc je n'aurai pas de suggestion, pas de conduite à tenir dédiée à l'appel d'urgence.

INTERROGATEUR : D'accord, c'est à chacun de l'adapter à sa pratique ?

DR. E : En ce qui me concerne, je n'en ai pas tant que ça des appels d'urgence quoi. J'en ai quelques un mais j'en ai... Certaines fois j'en ai pas du tout pendant plusieurs jours, d'autres fois ça va s'accumuler.

INTERROGATEUR : Donc ça reste tout à fait gérable par rapport à votre activité.

DR. E : Non et puis j'aime le gérer moi même en fait. Parce que comme ça au moins je suis au courant. Très souvent on reçoit des courriers, « votre patient a été hospitalisé ». On est au courant de rien, on débarque ! On reçoit un taux de plaquette par exemple. On se dit « ah tiens, il a du se faire opérer » Et voilà, on ne sait rien.

INTERROGATEUR : Oui cela permet d'avoir un suivi si jamais les choses se passent un petit peu en... à l'extérieur du cabinet quoi.

DR. E : Oui, oui. J'hésite pas à les renvoyer directement sans même les voir. Si j'estime qu'il y a urgence.

INTERROGATEUR : D'accord. Est ce que vous avez d'autres remarques ?

DR. E : Non, non.

INTERROGATEUR : Dans ce cas merci à vous.

DR. E : Avec plaisir.

Entretien n° 6 : Dr. F

INTERROGATEUR : Alors la première question c'est plutôt de la présentation. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. F : Dr. F, médecin généraliste à Warloy Baillon, depuis 5 ans ici, en cabinet de groupe. Avant installé seul pendant une vingtaine d'années. Prof associé à la fac, accessoirement. (rires)

INTERROGATEUR : (rires) Ca peut jouer ! Est ce que vous pourriez me décrire votre formation médicale ?

DR. F : Initiale ? Ou... ?

INTERROGATEUR : Globale. C'est à dire initiale, puis après s'il y a eut par la suite des...

DR. F : Coursus global à Amiens. Pas de spécialité d'urgences quelconque. J'ai fait beaucoup de formation médicale continue. Je m'en suis occupé dans tous les domaines. Mais j'ai jamais été vraiment attiré par les urgences.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors la dernière, vous y avez déjà plutôt pas mal répondu, mais votre activité actuelle, c'est donc dans ce cabinet, la médecine générale...

DR. F : La médecine générale, pure et dure. Un peu de renouvellement, de la pathologie infectieuse. Tout ce qu'on peut trouver dans un cabinet de médecine générale. Par contre très peu d'urgence.

INTERROGATEUR : Alors justement, d'après la définition de l'appel d'urgence comme je l'ai prédéfinie tout à l'heure, vous, comment vous gérez les appels d'urgence au quotidien ?

DR. F : Ba déjà les appels d'urgence, c'est les secrétaires qui les reçoivent. Il y a déjà un premier filtre à ce niveau là. Nous on ne reçoit que ceux que la secrétaire ne sait pas gérer. Donc en général je réponds au téléphone, il n'y a pas de souci. Après, c'est au cas par cas.

INTERROGATEUR : Selon la demande du patient, est ce que vous posez quelques questions ?

DR. F : J'essaie de poser des questions, en sachant que j'ai toujours du mal parce que j'ai l'impression de ne pas savoir quelles questions poser. Je n'ai pas en fait la fibre SAMU, je dirai, où je peux poser la question qui me permet de savoir si c'est urgent ou pas quoi.

INTERROGATEUR : d'accord

DR. F : Ca j'ai un manque là dedans. Donc je me retrouve parfois en situation un peu délicate où je ne sais pas si c'est vraiment une urgence réelle ou quelque chose qu'on peut gérer tranquillement. Donc ça ça peut me poser problème. Après sur l'ensemble des appels que je peux recevoir, la plupart du temps c'est quand même des urgences ressenties, c'est des choses qu'on peut gérer par téléphone quoi. C'est très rare que j'ai besoin de me déplacer en urgence.

INTERROGATEUR : Ensuite selon ça, s'il y a une vraie urgence, est ce que vous allez toujours vous déplacer ou est ce que parfois vous réorientez ?

DR. F : Oui, ça m'arrive de réorienter, d'envoyer sur le SAMU directement. De voir avec un de mes collègues s'il ne peut pas y aller s'il est plus proche et qu'il y a vraiment une urgence. Mais oui sinon autrement j'y vais.

INTERROGATEUR : Du coup, ce qui en découle, de la question, le fait que parfois vous me disiez vous n'avez pas l'impression d'avoir les bonnes questions. Vous quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ? Comment vous ressentez, comment vous vivez l'appel d'urgence ?

DR. F : Mal ! C'est quelque chose qui me met toujours mal à l'aise, alors justement parce que je ne suis pas tout à fait à l'aise sur le plan des questions. Je pense que là j'ai... Si je m'étais écouté, j'aurais fait des formations là dessus, pour me sentir plus à l'aise. Mais j'ai toujours remis à plus tard parce que probablement c'est quelque chose qui ne me plaît pas vraiment donc j'ai fait l'autruche.

Donc spontanément un appel d'urgence ça me dérange. Ca me dérange déjà dans mon activité, parce que souvent ça arrive au moment des consultations donc ça prend toujours un peu de

temps. Et puis ça me dérange car j'ai peur de passer à côté de quelque chose, de ne pas savoir le gérer. Je ne suis pas à l'aise avec l'urgence, très clairement.

INTERROGATEUR : Ca tombe bien, parce que je demande toujours ensuite si les gens se sentent à l'aise avec ce genre de situation donc...

DR. F : Non. (rires)

INTERROGATEUR : Très clairement. Alors pour vous quels paramètres pourraient justement conditionner un peu votre réaction ou ressenti. C'est à dire qu'est ce qui peut, soit dans l'appel, soit dans votre activité, ou vous de manière générale, peut conditionner le vécu et le ressenti de cet appel d'urgence ?

DR. F : (Réfléchit)

Mon Humeur ? (rires) L'humeur du jour. Non mais oui, l'humeur, le degré de fatigue, ça ça conditionne toujours la bonne prise en charge. Après la connaissance du patient. Je pense que ça c'est capital. Il y a des patients, on sait pertinemment qu'ils vont nous appeler pour un oui ou pour un non, et on va les gérer comme des patients un peu chiants qui appellent pour 3 fois rien. Au risque de passer à côté d'une vraie pathologie un jour... mais bon voilà, à force de crier au loup... Bon on connaît tous ça. Mais oui ça, la connaissance du patient, je pense que c'est quelque chose d'important et c'est là que j'ai un avantage par rapport au remplaçant, au stagiaire, qui lui ne connaît pas le patient et qui paniquera peut-être plus facilement que moi. Inversement, il y a des patient, quand ils appellent, je me dis, là ça doit être du sérieux. Un agriculteur qui m'appelle, je me méfie tout de suite. Parce que ce n'est pas des gens qui consultent facilement. Donc là connaissance du patient, je pense qu'elle est capitale. Après, et bien le moment de la journée. Si ça tombe en pleine consultation, où j'ai 10 patients qui attendent en salle d'attente, c'est vrai que je vais avoir du mal à me déplacer. Je vais tout faire pour ne pas me déplacer. Si ça arrive entre midi et deux, et que je suis en train de manger, je n'ai rien à faire, j'irai peut-être plus facilement. Donc ça c'est un point important aussi. Quoi d'autre...(réfléchit) Après la pathologie pour laquelle les gens appellent. Il y a des motifs... c'est important ! Si c'est une douleur thoracique, je vais passer au SAMU Si c'est un enfant qui a de la fièvre, je vais m'arranger pour le voir rapidement, d'une façon ou d'une autre. Si c'est une douleur abdominale qui dure depuis 3 jours, on va pas réagir de la même façon. Donc le motif d'appel il est important aussi.

INTERROGATEUR : D'accord.

DR. F : Sinon, non je vois pas trop. Les autres facteurs c'est plus accessoire. Si un facteur important aussi, ça dépend si je suis accompagné d'un stagiaire ou pas. Parce que là ça sera plus facile pour moi de prendre en charge une urgence si j'ai un stagiaire qui va pouvoir continuer à faire la consultation par exemple, pendant que je vais faire l'urgence.

C'est un facteur important.

INTERROGATEUR : Oui, ça c'est un petit plus en tant que médecin formateur. Oui, c'est sûr que ça peut aider.

Pour vous quels pourraient être les avantages à prendre encore les appels d'urgence au cabinet par le médecin généraliste ?

DR. F : Les avantages pour moi ?

INTERROGATEUR : (rires) Les avantages de manière globale, ça peut être pour vous ou pour le patient.

DR. F : Pour moi, très franchement, je ne vois pas d'avantages. Ça ne m'apporte pas grand chose. On peut parler du côté financier, il y a parfois des majorations d'urgence, mais franchement on court pas après ça. Ça n'apporte rien.

Pour le patient par contre c'est important je pense qu'on soit là. Pour débrouiller un peu la situation déjà, pour le rassurer éventuellement. Pour le conseiller dans la prise en charge. Savoir s'il faut appeler le SAMU ou pas. Je pense qu'on a un rôle important à jouer donc il faut qu'on soit disponible pour ça. Ça permet de désengorger aussi un peu les urgences dans certains cas. Car les gens qui auraient eut tendance à aller facilement aux urgences on peut les prendre en charge. Je pense aux sutures par exemple qu'on continue de faire ici. Je sais qu'il y a des cabinets où ils ne le font plus, ils envoient direct aux urgences. C'est une perte de temps, une perte financière. Je trouve que là il n'y a que des avantages à prendre ça en charge quoi.

Après... Il y a des avantages pour le patient, il y a des avantages pour la société de manière générale mais pour nous à titre personnel... Je n'ai pas l'impression que la prise en charge d'une urgence ce soit très valorisant pour nous.

INTERROGATEUR : Oui, ce n'est pas ce qui enrichit votre quotidien...

DR. F : Moi je le ressens pas comme ça, mais parce que je n'aime pas l'urgence.

INTERROGATEUR : Oui c'est orienté aussi sur selon...

DR. F/ Je conçois qu'un confrère qui lui est plus orienté sur l'urgence, ça le valorise de prendre en charge quelque chose d'aigu. Moi non, ça ne m'apporte rien.

INTERROGATEUR : D'accord. Du coup là on y trouvera peut-être plus de choses, pour vous quels pourraient être les inconvénients à la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ?

DR. F : (rires) Et bien ça me dérange. Ça perturbe toujours, c'est jamais au bon moment. Oui ça me dérange dans mon planning de la journée. Ça me dérange aussi car ça me met mal à l'aise. Ça peut me mettre en porte à faux si jamais j'ai pas une prise en charge idéale. Oui pour moi ça n'a que des inconvénients.

INTERROGATEUR : (rires) Bon et bien c'est clair, c'est net. Bon du coup c'est la dernière. Il peut ne pas avoir forcément d'idées, mais quels seraient vos suggestions éventuelles pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien au cabinet ?

DR. F : Alors là j'ai une idée très claire là dessus, depuis très longtemps, je l'avais déjà soumise à l'ARS. C'est de créer un nouveau corps de métier de médecin en fait, qui prennent en charge les urgences en campagne. Genre SOS médecin, mais partout, même en campagne, qui nous soulage des urgences, qu'on ait plus à gérer les urgences. Un corps de médecin qui serait en relation à la fois avec nous pour avoir les dossiers des patients, les antécédents, tout ce qu'il faut pour gérer correctement et avec les structures d'urgence, le SAMU. Un intermédiaire, une structure intermédiaire. Moi je ne suis pas contre le fait de répondre au téléphone pour renseigner, pour aider cette personne, mais ça me permettrait de ne pas me déplacer, de ne pas avoir à prendre en charge une réelle urgence. Là je parle des urgences au domicile en fait. C'est vrai que l'urgence qu'on peut gérer ici genre suture ou une petite crise de panique, les choses comme ça on peut les gérer au cabinet, ça à la limite ça ne me dérange pas. Mais il y a quand même un certain nombre d'urgence où on doit se déplacer, ne serait ce que pour faire le point, et ça si on pouvait avoir quelqu'un dédiée à ça, ça serait pas mal.

INTERROGATEUR : D'accord donc ça serait plus pour la gestion des urgences qui nécessitent des visites. Tout ce qui serait conseil téléphonique...

DR. F : Les vrais urgences quoi.

INTERROGATEUR : D'accord

DR. F : Ça ça me botterait assez. Ça me soulagerait. Après c'est une vision de médecin proche de la retraite, donc je n'ai plus envie de m'embêter avec les urgences comme on peut l'avoir à 30 ans. Il y a une question d'âge aussi. Je n'ai pas pensé à ça tout à l'heure dans les facteurs, mais c'est vrai que l'âge peut jouer. Je pense que ça intervient un peu.

INTERROGATEUR : OK

DR. F : Ce qui n'empêche, je n'aime pas les urgences mais je les assure quand même.

INTERROGATEUR : Oui, parce que ça fait partie...

DR. F : Ça fait partie du métier, et on doit ça au patient. Mais si on peut m'en débarrasser, je serai encore plus heureux.

INTERROGATEUR : D'accord. Bon, est ce que vous avez d'autres remarques, ou d'autres choses à rajouter ?

DR. F : Non je ne pense pas. Non ce n'est pas un sujet qui me passionne (rires).

INTERROGATEUR : (rires) Oui, mais bon de toute façon il en faut qui soit pour et d'autres non, ça permet d'élargir un petit peu.

DR. F : Oui, oui. C'est un sujet intéressant, parce que je pense qu'il y a un petit peu de tout. Il y a un panel très large entre celui qui est urgentiste à fond et celui qui ne l'est pas du tout. Il y a de quoi faire.

INTERROGATEUR : Oui c'est clair.

Entretien n°7 : Dr. G

INTERROGATEUR : Alors du coup la première question elle est un peu plus généraliste. Est ce que tu pourrais te présenter ?

DR. G : Je suis médecin généraliste dans un milieu rural dans une ville de près de 100 000 habitants, près d'Amiens quoi ! Et donc j'ai terminé mes études officiellement il y a 2 ans et demi, voilà. Je suis jeune installé, là ça fait bientôt 2 ans que je suis installé dans une maison de santé pluridisciplinaire avec 3 autres médecins, kinésithérapeute, dentistes, infirmières et orthophonistes.

INTERROGATEUR : D'accord. Est ce que tu peux me décrire ta formation médicale ?

DR. G : C'est médecine générale. C'est vrai que j'ai pas forcément fait d'autres DU ou DESC. Principalement orienté là-dessus. Après je suis passé en pédiatrie, gynécologie, voilà un peu partout.

INTERROGATEUR : Bon donc la première question qui est un peu plus orienté par rapport au sujet, comment gères-tu les appels d'urgence au quotidien ? Je te tutoie comme on se connaît, excuse-moi. Comment tu gères les appels d'urgence au quotidien ? Quand ils sont réceptionnés ici, comment tu les gères ?

DR. G : Alors c'est vrai que ça dépend souvent en même temps, du moment de la journée. C'est vrai que quand c'est dans une période où je peux pas me déplacer... Voilà donc j'essaie d'évaluer le niveau de gravité en interrogeant le patient, en ayant les principales précisions, voyant si ces paramètres vitaux sont pas mis en danger déjà. Après j'essaie de mieux analyser le symptôme, pour voir si finalement le symptôme est plus ou moins inquiétant, plus ou moins urgent, et d'évaluer le délai avec lequel, soit je dois le voir ou s'il doit effectivement contacter les services d'urgence. Après effectivement, quand je constate que c'est quelques chose d'urgent ou que ça peut être extrêmement grave sur le profil évolutif, et que je ne peux pas me déplacer, je demande au patient de composer, ou à un membre de sa famille (enfant, ou époux) le 15. Et souvent ma procédure c'est de rappeler 15 à 20 minutes après pour m'assurer qu'ils

l'aient bien fait parce que bien souvent c'est pas toujours le cas. Voilà donc ça me permet d'être plus rassuré ou d'appeler si ça n'est pas fait, le 15 par moi même.

INTERROGATEUR : D'accord. D'abord donc tu régules un petit peu et ensuite en fonction de tes possibilités tu orientes et tu fais le suivi. Quel est ton ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence ? C'est à dire quand tu reçois, quels sont –alors ça peut être tes émotions, ce que ça peut faire émerger chez toi ou quoi que ce soit- mais voilà le fait de recevoir un appel d'urgence au cabinet, qu'est ce que ça te fait ?

DR. G : C'est particulièrement stressant, je le cache pas. Ça fait partie des choses qu'on appréhende beaucoup quand même parce que c'est vrai que le gros stress, c'est d'être face à une situation effectivement avec un péril vital ou qui peut survenir et effectivement parfois un patient qui est contre l'hospitalisation ou qui s'oppose fermement aux décisions qu'on peut prendre par téléphone. C'est ça aussi un peu ma crainte, c'est ce qui va devenir du patient notamment s'il refuse une hospitalisation. C'est ça d'avoir face à un cas grave déjà et secondairement après qui refuse toute prise en charge, c'est aussi ça ma grosse crainte. Notamment si je ne peux pas me déplacer dans les minutes ou les heures qui suivent. Voilà je trouve ça assez stressant, ça fait partie de notre métier, je trouve ça normal parce qu'effectivement on suit les patients. Ça peut permettre parfois d'éviter un appel inutile ou une hospitalisation inutile. Mais c'est vrai que parfois c'est... face à des situations ou c'est clair qu'il s'agit d'une urgence qui ne peut être gérée qu'à l'hôpital. Ça fait parfois perdre du temps au patient parce qu'il attend parfois le lendemain, le matin pour nous appeler et c'est effectivement très stressant.

INTERROGATEUR : Oui. Et tu te sens à l'aise avec ce genre de situation ?

DR. G : C'est vrai que j'y suis particulièrement confronté, parce qu'à la campagne, les personnes appellent souvent leur médecin pour prendre une décision, où ne veulent pas entendre parler de l'hôpital et ne veulent que le médecin. Donc c'est vrai qu'on y est particulièrement confronté je dirais selon les semaines, et parfois l'hiver beaucoup plus. Mais entre deux et cinq appels d'urgence on va dire par semaine. Et je suis à la maison de retraite donc c'est vrai que on est aussi confronté à pas mal d'urgences ou on traite avec le 15 donc c'est vrai que c'est assez fréquent. Mais c'est pas évident.

INTERROGATEUR : Oui malgré ça ça reste difficile. Alors la question suivante ce serait de savoir quels seraient à ton avis, quels pourraient être les paramètres qui conditionnent justement ta réaction ou ton ressenti à un appel d'urgence. Qu'est ce qui peut influencer ton comportement ou ton ressenti par rapport à cet appel d'urgence dans une journée.

DR. G : Déjà ça dépend aussi de quels autres cas j'ai pu avoir ou autres situations que j'ai pu avoir. Déjà mon état d'esprit sera différent. De ce qui m'attend aussi comme visite ou tout ça, quand on est déjà en état de stress en passant à ce qui va se passer. Voilà après c'est le patient, en lui même, celui qui appelle, en fonction de ses antécédents et son histoire. Certains on va plutôt chercher à freiner l'hospitalisation parce qu'effectivement, pour des personnes un peu âgées, qui ont déjà été multi hospitalisés, avec des gros antécédents, on essaiera plutôt d'éviter, d'autant qu'on se va pas être autant interventionniste qu'une personne avec moins de comorbidités ou alors plus jeune, par rapport aux risques secondaires quoi. C'est ça qui me conditionne, les antécédents, le contexte du patient. Et après effectivement le type de symptômes qu'il va venir me décrire, s'il s'agit effectivement d'un AVC ou d'un infarctus. Là aussi ça va m'amener à être beaucoup plus interventionnistes et qui plus est encore plus, si c'est une personne connue pour en faire ou qui n'a finalement pas d'antécédents. Là aussi

INTERROGATEUR D'accord. Les conditions de ta journée, c'est à dire le monde qu'il y a, les choses comme ça, ça aussi peuvent...

DR. G : Voilà, ça aussi peut jouer sur... ça peut m'amener à demander plus facilement qu'ils demandent le 15 effectivement. Avec le manque de temps qu'on a pour bien étayer l'appel, surtout par le manque de temps de pouvoir passer rapidement. C'est vrai que parfois on a tendance à demander plus facilement le 15.

INTERROGATEUR : D'accord. Et pour toi quels pourraient ou quels seraient les avantages à la prise en charge des appels d'urgence au cabinet, par le médecin généraliste ? Que ce soit pour toi ou pour le patient.

DR. G : C'est vrai que ça peut permettre de désengorger l'hôpital effectivement, d'éviter des passages aux urgences ou en hospitalisation inutile ou inadéquate notamment pour des personnes âgées qui ont parfois des troubles de démence ou qui ont déjà présenté le même symptôme inquiétant mais qui a déjà été bilanté. C'est vrai qu'une personne au 15 ne pourra

pas toujours faire la part des choses et sera certainement amené en entendant certains discours à hospitaliser, contre nous parfois à l'éviter. Je pense que ça peut avoir un réel intérêt notamment pour les personnes âgées ou des personnes qui ont déjà présenté le même type de symptôme dont on connaît l'histoire. Voilà donc ça je pense que ça a un réel intérêt.

INTERROGATEUR : D'accord, parce que tu connais un peu plus la personne.

DR. G : Exactement, on connaît son histoire, on connaît ce qu'il a déjà fait comme examen récemment. Et ils sont pas tout le temps capable de le dire au téléphone à un autre intervenant. Donc ça ça serait vraiment le versant éviter l'hospitalisation et désengorger l'hôpital. Donc je pense qu'on a quand même une part et ça paraît quand même important. Puis après effectivement ça peut permettre pour certaines choses qu'on peut gérer, d'éviter l'hôpital pour d'autres situations tel que des plaies, des infections parfois plus ou moins sévère, avant un week end ou autre. Ca peut permettre de faire un tri. Mais après il y a des situations où ça permet de bien confirmer au patient que là il faut qu'il aille à l'hôpital dans les extrêmes urgences.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors de la même manière, pour toi quels seraient les inconvénients, à prendre en charge l'appel d'urgence au cabinet ?

DR. G : Surtout le stress. Et les gros inconvénients pour moi c'est aussi l'absence de coopération du patient face à la décision qu'on va prendre. C'est aussi un des inconvénients, la difficulté de ces appels. D'être face à un patient qui ne va pas très bien, qui va mal et qui a un risque d'avoir une pathologie grave, qui refuse catégoriquement, soit avant un week end, ou face à une période de la journée, ou aller à l'hôpital... c'est très difficile. C'est ça qui est extrêmement stressant et qui est très difficile. C'est vrai que notre responsabilité est obligatoirement engagé en plus. Pour le patient on s'inquiète déjà mais on s'inquiète aussi pour la responsabilité secondairement, c'est vrai que ça aussi c'est extrêmement compliqué.

INTERROGATEUR : Oui il y a ça aussi, qui pèse toujours un petit peu. D'accord. C'est la dernière question : alors quels seraient, s'il y en a, tes éventuels suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au quotidien ?

DR. G : Je pense ça passe par les moyens de prévention, qui sont parfois mis en place par la sécurité sociale, ou des organismes, ou des associations. Signifier notamment au patient quels

sont les symptômes qui doivent l'amener à appeler le 15 plutôt que nous face à des situations comme un AVC, un infarctus. Qu'ils sachent les principaux signes, les plus fréquents, associés à ces affections. Après c'est sûr que pour les autres types d'appel ou les situations douteuses c'est vrai que je ne vois pas vraiment d'autres alternatives que nous face à un patient qu'on connaît quoi. Mais ce serait effectivement développer les mesures de prévention, je dirai secondaire ou tertiaire pour les messages, pour permettre d'éviter que parfois le patient ne patiente jusqu'au lendemain pour nous appeler, pour ce genre de situations, AVC, infarctus. C'est les choses qui me viennent à l'esprit mais après il y en a d'autres.

INTERROGATEUR : Oui que ce soit quelque chose qui soit sut.

DR. G : Finalement les extrêmes urgences ou les urgences qui sont obligatoirement hospitalières pour améliorer le pronostic du patient devrait être encore mieux défini ou devrait avoir encore plus de message je pense pour leur éviter de nous appeler et perdre du temps ou parfois de trop patienter dans ces situations, c'est surtout ça.

INTERROGATEUR : OK. Et bien écoute très bien. As tu quelque chose à rajouter ?

DR. G : Non non, c'était bien. Ca permet de bien balayer le sujet.

Entretien N°8 : Dr. H

INTERROGATEUR : Alors la première question est plutôt d'ordre générale. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. H : Alors je suis médecin généraliste installé depuis 5 ans et demi, à la campagne, en maison de santé.

INTERROGATEUR : Oui, ça je le savais déjà un petit peu de toute façon. Est ce que vous pourriez me décrire votre formation médicale ?

DR. H : Des études de médecine classique. (rires) A quelle point de vue ?

INTERROGATEUR : Oui des études de médecine classique puis un internat de médecine générale. Est ce qu'il y a eu des formations complémentaires, des DU ou autre ?

DR. H : Heu non je n'ai pas de DU. Après je fais de la formation médicale continue une fois par mois plus des séminaires de temps en temps.

INTERROGATEUR : D'accord. Est ce que vous pourriez me décrire votre activité actuelle ? C'est à dire les patients que vous avez, si c'est en consultation libre ou sur rendez vous.

DR. H : Sur rendez vous avec une consultation libre par semaine. Et puis quelques visites.

INTERROGATEUR : D'accord, ça reste encore modéré.

DR. H : Oui je n'ai pas beaucoup de visite. En moyenne 2 par jour on va dire.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors la première question qui est un peu plus lié au sujet. Comment vous gérez les appels d'urgence au quotidien. C'est à dire un patient qui a une urgence ressentie et qui donc décide d'appeler son médecin généraliste. Ces appels comment vous les gérez au quotidien.

DR. H : Quand la secrétaire nous passe l'appel ?

INTERROGATEUR : C'est ça, donc ça passe forcément par le secrétariat. Est ce qu'elle vous le transmette tout le temps ? en tout cas il y a déjà un premier filtre j'imagine pour les appels pour des rendez vous, des ordonnances ou des choses comme ça, mais dès qu'il y a besoin d'un avis médical ou quelque chose comme ça j'imagine qu'elles vous le passent donc comment vous gérez ensuite.

DR. H : Ba ca va dépendre des situations, ca dépend aussi du patient, on le sait aussi. S'ils peuvent se déplacer et qu'on sent une inquiétude ou qu'on comprend pas trop la situation, on peut convenir d'un rendez vous en plus, ou si c'est se déplacer à domicile. Donc voilà, c'est plus par rapport à la situation.

INTERROGATEUR : D'accord donc d'abord un peu de régulation par rapport à ce qu'il dit et à la situation dans laquelle il est et vous avisez ensuite pour voir comment vous orientez sa crainte ?

DR. H : Oui oui.

INTERROGATEUR : alors du coup quel est votre ressenti lors de la réception d'un appel d'urgence. C'est très large comme question, mais ça peut être quel que soit le ressenti.

DR. H : C'est très large oui... mais c'est compliqué en général d'évaluer les choses par téléphone. Parce qu'il peut y avoir l'inquiétude du patient qui prend le dessus et qui aggrave ses symptômes, ou au contraire il y en a qui vont minimiser. Je pense qu'on arrive plus à évaluer quand on connaît ses patients. On sait si c'est des anxieux ou pas. C'est toujours compliqué, c'est pour ça que quand on peut les voir, on essaie de les voir. Après quand c'est vraiment la grosse urgence, on se pose pas de question, on dit d'appeler le 15. Mais c'est sur les petites choses qui sont moins évidentes, qui peuvent être « oui il faut consulter rapidement » mais ça peut être pas grand chose en même temps. Donc c'est compliqué. C'est le ressenti, de « pas savoir » sans examiner le patient, sans le voir forcément c'est difficile à évaluer.

INTERROGATEUR Et quand vous dites que c'est compliqué, c'est parce que c'est anxiogène, ou plutôt un bon stress... Ou est ce que c'est... Quels sont En terme vraiment de ressenti personnel , quels sont les émotions qui peuvent émerger de ces appels ?

DR. H : Bon stress, non je vais pas dire ça. Non ça peut être anxiogène dans le sens, savoir est ce qu'on évalue bien les choses par téléphone. Car il y en a qui explique bien. Quand ils expliquent bien bon, on arrive à évaluer à peu près, on arrive à savoir si c'est urgent ou pas urgent car la première chose c'est de savoir est ce qu'il faut que ça parte aux urgences ou est ce que ça peut attendre qu'on le voit et on le voit. Et après, savoir si on doit le voir dans la journée, ou est ce que ça peut attendre le lendemain. C'est anxiogène par rapport à la décision qu'on doit prendre je trouve. On doit juste se fier à notre ressenti, par rapport au téléphone et par rapport à ce qu'ils disent.

INTERROGATEUR : D'accord, il y a quelques facteurs limitants qui font que ça complique un peu la bonne appréhension de la plainte.

DR. H : après il y a des situations qui sont faciles à gérer, c'est clair. Soit c'est vraiment très graves, soit c'est vraiment pas grave du tout. Mais c'est le côté milieu ou, soit ils expliquent pas bien ou on arrive pas bien à avoir une bonne description des symptômes, tout est un peu batard, et c'est ces situations là qui sont un peu difficiles.

INTERROGATEUR : Oui donc l'intelligibilité de la plainte du patient elle est importante pour vous ?

DR. H : Hum oui.

INTERROGATEUR : D'accord. Vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation ?

DR. H : Non, c'est pas ce que je préfère. Après quand je suis en doute, je me débrouille pour le voir dans la journée. Je préfère voir en plus que dire, c'est pas grave et prendre un risque.

INTERROGATEUR : D'accord, quand on a le moindre doute, dans ce cas là on va le voir. Pour vous quels pourraient être les paramètres, de manière très large aussi, paramètres de la consultation, paramètres de la journée, du patient, paramètres personnels ou autre, qui

pourraient conditionner justement la réaction ou le ressenti lorsqu'on reçoit un appel d'urgence ?

DR. H : Tout ce qui est facteurs environnementaux qui pourraient jouer sur notre façon de réagir ?

INTERROGATEUR : C'est ça

DR. H : Ba c'est les journées très chargées avec des obligations parfois, comme obligation de réunion derrière où on doit partir du cabinet à telle heure pour différentes raisons et que c'est justement là qu'il y a l'appel d'urgence qui arrive. Comment on fait pour le gérer ? C'est ces situations là qui sont difficiles. Ou les journées très chargées, où on se dit où est ce que je vais pouvoir caser le patient ? Après l'avantage de travailler en maison de santé à plusieurs en tout cas, d'avoir des consultations libres tous les soirs, ça permet de débloquer quelques situations.

INTERROGATEUR : Ca permet de pouvoir passer la main parfois ?

DR. H : Oui des fois c'est vrai que quand on voit qu'on peut pas, savoir que le patient peut bouger et qu'il y a la consultation libre deux heures après, voilà de dire au patient venez à la consultation libre, il y a toujours cette option là qui est quand même intéressante.

INTERROGATEUR : Oui c'est sûr.

DR. H : Pour moi, c'est là ou c'est le plus difficile, quand on a déjà une urgence qui est arrivée, une suture, et qu'on doit gérer un appel en plus un peu compliqué. Ou quand on est dans une consultation compliquée et qu'on doit gérer ça en plus par téléphone, on doit sortir de notre consultation pour répondre à l'appel.

INTERROGATEUR : Le fait d'être cassé...

DR. H : Oui ça, ça peut être des fois aussi difficile.

INTERROGATEUR : Ba alors du coup ça rebondit un peu là-dessus, quels pourraient être pour vous les avantages à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet par le médecin généraliste. Les avantages, pour tout le monde.

DR. H : L'avantage, c'est de faire un premier tri déjà. Parce que sur tous les appels que l'on a, il n'y en a pas beaucoup qui nécessite d'aller aux urgences. Donc faire un premier tri et...souvent on connaît les patient donc on sait qu'il y a des patients qui vont appeler pour rien, en appelant ça appel d'urgence, et quand on les a au téléphone, c'est une anxiété. On sait qu'on gère par téléphone et c'est géré. Ça pourrait aussi se terminer aux urgences s'ils nous appellent pas. Donc ça c'est quand même un avantage. L'avantage, c'est que nous on peut s'arranger pour les voir rapidement. Les avantages, ça peut donc diminuer le nombre de personnes aux urgences (rires). Pour les patients aussi ça a un avantage, de se dire que quand il y a quelque chose qui ne va pas, ils peuvent nous appeler et si vraiment ça va pas on peut les voir rapidement.

INTERROGATEUR : Savoir que leur médecin généraliste est disponible...

DR. H : Ca pour eux c'est important. On voit avec les sutures, tout ça, ils peuvent venir ici et pas devoir aller forcément aux urgences.

INTERROGATEUR : Alors du coup de la même manière, quels sont les éventuels inconvénients, pour tout le monde, à prendre les appels d'urgence au cabinet ?

DR. H : Ba l'inconvénient c'est que c'est des appels en plus, donc il faut pouvoir les prendre en charge en plus, c'est pas toujours évident. Ca peut nous mettre en retard sur nos rendez vous. L'inconvénient, la difficulté à voir si c'est vraiment une urgence ou pas. De se tromper, dire c'est pas grave et en fait c'est grave.

INTERROGATEUR : Oui, la peur de passer à côté..

DR. H : Oui. Ouais c'est surtout sur notre gestion du temps et tout ça, c'est surtout ça l'inconvénient. S'il n'y a pas de problèmes de gestion du temps, bon même si c'était pas grave, ba tant pis. On le voit, on le rassure, nous on sait que c'était pas grave, après... Je pense que c'est surtout sur ça.

INTERROGATEUR : Oui. Bon. Du coup pour finir, quels seraient vos éventuelles suggestions de manière générale pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ? S'il y en a hein.

(silence et rires)

C'est la question qui est toujours un peu plus compliqué pour les autres.

DR. H : Ba oui parce que je vois pas trop ce que l'on pourrait faire ? Les éduquer sur certaines choses, sur les urgences vitales, signes d'avec, de crise cardiaque, des choses comme ça. Au lieu de perdre 5 minutes à nous avoir, leur dire d'appeler le 15. Déjà les éduquer à ça. Les anxieux, les éduquer sur voir si c'est grave ou pas grave. Aussi dans ce sens là, ça peut être intéressant. Voilà un enfant de 5 ans qui a de la fièvre depuis 2 heures, c'est pas grave, ça peut attendre 24 heures. C'est aussi dans ce sens là pour les parents... sauf s'ils ne sont vraiment pas bien. Je pense que ça fait partie de notre rôle d'apprendre à éduquer les patients. Je pense que c'est pas facile.

INTERROGATEUR : Non c'est sûr.

DR. H : Après je vois pas trop...

INTERROGATEUR : Non de toute façon c'était déjà ressorti également. L'éducation. Après je suis pas sûr que ça avait été dit dans ce sens là, mais bon, la manière dont la maison médicale est organisée, pour le coup où il y a tout le temps un médecin disponible avec une consultation libre, ça peut aider. C'est sûr que tout le monde ne peut pas forcément se permettre, mais l'organisation ici.

DR. H : Oui on avait essayé d'organiser les choses pour justement gérer les choses dans la journée. Toujours avoir une possibilité. On essaie d'avoir une disponibilité dans la journée sans forcément surcharger chaque personne.

INTERROGATEUR : il y a une part de filtre et de gestion qui est pas forcément facile, surtout en médecine rurale, ou il y a peut-être un peu plus d'appels d'urgence.

DR. H : je suis pas sûr. Parce que les gens, au contraire, c'est jamais grave. (rires).

INTERROGATEUR : Oui c'est possible qu'ils soient moins plaintifs.

DR. H : je pense qu'ils sont moins exigeants, genre « c'est pas grave, ça peut attendre demain », c'est nous qui parfois devons leur dire « pourquoi vous m'en avez pas parlé avant ?, c'est grave... ». C'est plus dans ce sens là (rires).

INTERROGATEUR : Bon OK. Est ce qu'il y a d'autres remarques ?

DR. H : Non, je vois pas. Je pense que ce qui est intéressant, c'est la possibilité d'avoir une salle entre guillemet d'urgence pur pouvoir accueillir les patients. Dans ce cas c'est pratique de pouvoir accueillir un patient en urgence quel que soit le moment. Même pour le patient quand il y a du retard, qu'on est dans le cabinet en train de gérer autre chose. Voilà, peut être ça marque le côté urgent, quand on prend vraiment entre deux. Ça je trouve que dans notre pratique c'est utile. Au moins le patient il attend pas en salle d'attente, en train de faire son malaise devant tout le monde.

INTERROGATEUR : Il y en a une ici ? Parce que ça ne me dit rien quand je remplaçais ?

DR. H : Il y avait mais il n'y a plus... pour l'instant. Avec les travaux qu'il y a eu. On avait une salle d'urgence, qui est utilisé par la diététicienne maintenant et le SASPAS de Jean Yves. Mais on l'avait... On le reprendra à la fin des travaux...

INTERROGATEUR : Ok Super.

Entretien n°9 : Dr. I

INTERROGATEUR : Alors les premières questions sont plutôt d'ordre générale, est ce que tu pourrais te présenter ?

DR. I : Je m'appelle Dr. I, j'ai 27 ans, je suis médecin généraliste et j'exerce aussi aux urgences. Je suis en collaboration depuis moins d'un an dans une maison de santé où il y a plusieurs professionnels, 2 jours et demi par semaine. C'est suffisant ?

INTERROGATEUR : Oui oui, ne t'inquiète pas il y en a qui se présente beaucoup moins que ça. Est ce que tu peux me décrire ta formation médicale ?

DR. I : Et bien j'ai fait mes études à la faculté comme tout le monde. Après j'ai fait mon internat de médecine générale pendant 3 ans, j'ai fait un DU de médecin d'urgence, et je fais la capacité de médecine d'urgence.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors ça tu y as à peu près répondu, mais donc ton activité actuelle est donc moitié-moitié.

DR. I : Oui mixte. Salariée à l'hôpital, aux urgences et libérale au cabinet l'autre moitié du temps.

INTERROGATEUR D'accord, alors la première question qui est un peu plus en rapport avec le sujet. Comment tu gères les appels d'urgence au quotidien. En partant de la définition de l'appel d'urgence que je t'ai dit tout à l'heure, le patient qui ressent une urgence, vraie ou pas, et qui décide de t'appeler pour ça, comment tu gères ça au quotidien ?

DR. I : Déjà nous on a l'avantage de pas avoir tous ces appels forcément car il y a la secrétaire. Donc les secrétaires proposent généralement un rendez vous dans la journée si les gens veulent avoir un avis médical rapidement. Après des fois elles nous passent le patient quand il a envie de parler avec un médecin, mais elle régule quand même avant, savoir si c'est vraiment urgent ou si...

INTERROGATEUR : d'accord, un premier tri..

DR. I : Voilà et ba après quand ils appellent au cabinet, on répond et moi je rouvre le dossier de la personne, et je vois un petit peu en fonction de ce qu'elle me dit ou ce que je peux faire pour elle.

INTERROGATEUR : D'accord donc tu prends ton appel et tu poses 2-3 questions de régulation...

DR. I : Oui j'ouvre le dossier, je demande ce qu'il se passe exactement, je regarde les antécédents et puis de toute façon je leur propose systématiquement un rendez vous pour revoir ensemble si on peut.

INTERROGATEUR : D'accord, tout à fait. Quel est ton ressenti lorsque tu reçois un appel d'urgence ? Un patient qui appelle pour une urgence, et veut du coup parler à un médecin. Toi qu'est ce que ça peut être ton ressenti à ce niveau là ? Qu'est ce que ça peut te faire ou ne pas te faire en terme d'émotion, à quoi ça te fait penser, ...Voilà.

DR. I : Hum. Ba je pense qu'il y en a pas mal qui t'ont dit que ça les énervait peut-être un peu, non ?

INTERROGATEUR : Il y en a un peu que ça peut agacer.

DR. I : Après j'imagine que si on a pas de secrétaire, ça peut vite être embêtant d'avoir tout le temps les gens au téléphone. Nous on les a pas beaucoup, donc ... Non moi ça m'énerve pas en tout cas. Ca m'embête pas... mais en fait ça dépend de ce qu'ils demandent. Forcément s'ils ont une réelle urgence, en tout cas ce que moi je considère comme une réelle urgence, et bien là je les fais venir le plus vite possible, si c'est pour des résultats d'examens normaux ou des trucs comme ça qui ont été prescrit, on sait pas trop pourquoi, et qu'il faut gérer les résultats, ça ça peut être un peu plus problématique. Après pour le ressenti de l'appel, heu... ça ne me fait pas grand chose en fait.

INTERROGATEUR : Oui tu le prends comme tel

DR. I : Oui comme ça. Ca me stresse pas, ça m'embête pas.

INTERROGATEUR : D'accord, donc le ressenti serait plus lié au motif qu'à l'appel.

DR. I : Oui en fonction de ce qu'il me demande, là oui le ressenti sera différent.

INTERROGATEUR : Oui, et donc tu te sens plus à l'aise avec ce genre de situation ?

DR. I : Oui plutôt à l'aise oui.

INTERROGATEUR : Alors quel serait pour toi les paramètres qui conditionnent justement le ressenti à l'appel d'urgence ou la réaction. C'est à dire qu'est ce qui peut faire soit dans ta consultation, dans toi, ton humeur personnelle, qu'est ce qui peut influencer sur le ressenti de la réception de l'appel d'urgence ?

DR. I : Ba je pense que ce qui peut influencer sur le ressenti c'est la charge de travail qu'on a au moment où on est dérangé, j'imagine. Après si on est pas à l'aise avec la situation d'urgence vraie, là ça peut être un petit peu plus problématique aussi. Si le patient appelle tout le temps, si c'est le même patient qui appelle tout le temps, là on va dire « encore Mr Truc qui est inquiet pour rien ». Qu'est ce que je pourrais dire d'autre ? Je réfléchis (rires). Non mais je pense que c'est surtout si on sait que la salle d'attente est pleine, et qu'on est déjà en retard et qu'on vient nous demander quelque chose en plus, je pense que là effectivement ça peut « énerver » même si ...

INTERROGATEUR : Toi ton humeur peut influencer parfois ? Ton humeur personnelle peut...

DR. I : Oui c'est sûr, je pense que si on est fatigué, qu'on vient d'avoir plusieurs consultations où c'était compliqué, où il a fallu appeler plusieurs personnes, pour avoir des rendez vous rapides ou des choses comme ça. Et si en plus il faut gérer quelque chose comme ça, je pense qu'on est pas forcément de bonne humeur et on le prend moins bien que si on a eu que des renouvellements toute la matinée et qu'il y a quelque chose qui se greffe.

INTERROGATEUR : Toi qui fait en plus une activité un petit peu mixte, où parfois tu travailles alors que t'es en lendemain d'une garde aux urgences est ce que tu vois que ça influe un peu selon les journées.

DR. I : Ah oui quand je suis en repos de garde, je suis plus fatigué et je pense que ça m'énerve plus que quand je suis en pleine forme. La fatigue oui c'est sûr ça influe.

Et puis la vie personnelle, s'il y a des soucis personnels ça influe c'est sûr, mais ça influe sur tout pas forcément que sur l'appel d'urgence.

INTERROGATEUR : D'accord, oui, de manière plus générale. Pour toi, quels pourraient être les avantages à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet ? Ca peut être les avantages pour toi, pour le patient, la société, enfin pour n'importe quoi. Voilà mais quels pourraient être les avantages de manière générale à ce que le médecin continue à recevoir tous les appels d'urgence au cabinet ?

DR. I : Ba je pense l'avantage c'est pour le patient en premier lieu, parce que soit on peut le rassurer. Si on considère qu'il est inquiet pour rien ou pas grand chose, on peut le rassurer assez facilement. Et puis si c'est vraiment un appel qui est vraiment une urgence, on peut lui donner les bons réflexes à avoir tout de suite. C'est à dire soit venir au cabinet en consultation, soit appeler le 15, soit aller aux urgences. On peut quand même l'orienter pour savoir ce qu'il faut faire ou ne pas faire. Et puis ça permet quand même d'avoir cette relation de suivi qu'à un médecin traitant avec son patient. D'être joignable quand il y a un problème. Bon c'est beaucoup moins le cas qu'avant, mais je pense que les patients ils aiment bien, surtout les personnes âgées, j'imagine. Et après les autres avantages... Ba ouais je pense que c'est vraiment plus pour le patient.

INTERROGATEUR : Surtout pour le patient...

DR. I : Et puis peut être la famille des patients. Si c'est une personne âgée isolée, si sa famille elle sait qu'il peut appeler un médecin et avoir des conseils si jamais ça va pas, je pense que ça peut rassurer aussi les enfant ou petits enfants de quelqu'un d'âgé ou malade.

INTERROGATEUR : D'accord d'avoir directement affaire à son médecin...

Alors de la même manière, quels pour toi pourraient être les inconvénients à prendre les appels d'urgence au cabinet ?

DR. I : Ba les inconvénients ça peut être plus pour le médecin du coup (rires). Parce que le patient, il en verra pas trop je pense. Ba c'est toujours cette histoire d'emploi du temps, de gérer à la fois les rendez vous et l'appel d'urgence qui peut amener aussi sur un rendez vous en plus ou sur une visite en plus ou sur quelque chose à faire en plus. Et après je sais pas si on peut vraiment parler d'inconvénient. On fait ça aussi pour ça quoi ! Ça fait partie du jeu. Après c'est être dérangé par le téléphone mais bon après, c'est pas non plus tout le temps. Et puis ba je pense que l'inconvénient ça pourrait être si on ne sait pas gérer la situation. Mais...

Oui, si on se sent pas à l'aise avec une situation et qu'on sait pas trop quoi faire ça peut être un inconvénient. Mais après au pire on renvoie au 15, il y a toujours une solution.

INTERROGATEUR : Oui on peut botter en touche si besoin.

DR. I : Oui voilà.

INTERROGATEUR : Et puis à priori, j'ai l'impression que c'est plus général, de ton ressenti c'est moins le cas.

DR. I : Oui après ça peut toujours arriver, mais on est pas tout seul quoi.

On a l'impression parfois mais c'est faux.

INTERROGATEUR Très bien. Du coup dernière question. Ca dépend de si tu as des idées ou pas. Quels pourraient être tes suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ?

DR. I : Et bien déjà je pense qu'il faut former, si on a la chance d'en avoir, les secrétaires pour savoir exactement s'il faut passer au médecin ou si... Je pense que les secrétaires, en tout cas nous elles le font, posent des questions avant de savoir si elles dérangent ou pas le médecin en consultation. Et si c'est juste pour un résultat d'examen, des fois elles nous laissent juste un petit post-it ou un mot et nous on rappelle le patient quand on a le temps, donc ça c'est déjà en place mais je pense que ça peut se réorganiser. Après pour ceux qui n'ont pas de secrétaire, c'est un peu plus compliqué, parce qu'avant tout c'est l'éducation du patient quoi. Parce que

quand on leur prescrit un examen, ba dire « si vous avez des résultats en gras ou anormaux, vous inquiétez pas, soit vous me passez un coup de fil pour reprendre rendez vous, soit je vous appelle s'il y a quelque chose de vraiment très grave. Et puis si c'est pas pour des examens, si c'est pour autre chose, si on suit quelqu'un pour des problèmes cardiaques par exemple, on lui dit si vous avez une douleur dans la poitrine vous appelez le 15. C'est l'éducation du patient qui peut aussi nous aider beaucoup.

INTERROGATEUR : Oui, le pré orienter déjà.

DR. I : Oui savoir ce qu'il doit faire. Par exemple des gens qui sont allergiques, s'ils ont un urticaire ou un œdème, d'appeler le 15 ou des choses comme ça. Ca peut limiter les appels récurrents.

INTERROGATEUR : D'accord, très bien. Est ce que tu as d'autres remarques ?

DR. I : Non (rires)

INTERROGATEUR Très bien, merci

Entretien n°10 : Dr. J

INTERROGATEUR : La première question est un peu plus d'ordre général, est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. J : Donc je m'appelle Dr. J, je suis médecin généraliste, médecin du sport, installé en libéral à Rivery depuis 1987, et j'aurai l'année prochaine 60 ans. Je suis maitre de stage aussi depuis maintenant 22 ans. Et je suis maitre de stage aussi pour des SASPAS depuis l'année dernière. Ca c'est nouveau.

INTERROGATEUR : D'accord. Bon, vous avez déjà partiellement répondu, mais est ce que vous pourriez me décrire votre formation médicale ?

DR. J : Moi j'ai commencé mes études de médecine en 1977, ici à Amiens. J'ai fait tout mon cursus universitaire ici à Amiens, à l'époque on faisait 7 ans d'étude. J'ai donc été thésé en 1985. J'ai fait un an de services militaire entre 85 et 86. Je remplaçais depuis 83 ce qui nous paraissait normal à l'époque mais qui au regard des règles actuelles est bien précoce. Et puis j'ai encore remplacé un petit peu après l'armée, le temps de trouver un lieu pour poser ma plaque, et j'ai posé ma plaque ici. Voilà.

INTERROGATEUR : D'accord. Alors ça vous en avez parlé également, mais votre activité actuelle c'est de la médecine générale...

DR. J : Médecine générale au cabinet, donc libérale. J'interviens aussi à la communauté Emmaüs de Camon, j'ai été pour un temps le président de cette association. Je vais aussi en maison de retraite, on en a parlé tout à l'heure avant l'entretien et puis les visites et consultation quoi. Ah et puis si, le PUH, donc je suis le secrétaire, mais ça c'est pas spécifiquement médical, c'est la formation médicale continue. Voilà.

INTERROGATEUR : Oui, c'était déjà le cas quand j'étais parmi vous. Alors première question qui est plus dans le sujet. D'après la définition de l'appel d'urgence que je vous ai rappelé tout à l'heure, qui est l'urgence ressentie par le patient, et qui déclenche un appel. Vous comment vous gérez les appels d'urgence au quotidien ?

DR. J : Alors si les patients m'appellent... Je n'ai pas de secrétariat téléphonique. Donc c'est moi qui répond aux appels. Je dois dire que j'ai toujours gardé... enfin non, un temps j'ai eut un secrétariat téléphonique mais ça s'est pas très bien passé, donc j'ai arrêté. Après j'ai toujours eut mon téléphone la nuit, mais maintenant la nuit les gens appellent SOS médecins ou appellent le 15, donc la nuit, même s'il n'y a pas de répondeur, ba en fait je ne suis pas dérangé. Dans la journée, les appels je les ai aussi et c'est en fonction de ce qu'exprime le patient, en fonction de ce que je connais de lui ou d'elle. Soit je me déplace, soit je les fais venir au cabinet. Donc il y a une conversation bien sûr, et une espèce d'évaluation au cours de la conversation du besoin que je ressens.

INTERROGATEUR : D'accord donc il y a un début de régulation entre guillemet...

DR. J : Oui une espèce de régulation, bien que je ne sois pas régulateur. En tout cas je n'ai pas de formation de régulateur.

INTERROGATEUR : D'accord, d'accord. Et du coup, vous quand vous recevez ce genre d'appel, quel est votre ressenti. C'est à dire de manière très très globale, qu'est ce que ça peut faire ressortir chez vous, en terme de sentiment, émotion... Voilà qu'est ce que ça peut faire émerger ce genre d'appel ?

DR. J : On a tous des expériences plus ou moins négatives des urgences. Plus ou moins négatives ou plus ou moins stressantes. Je pense que malheureusement c'est un peu le métier qui veut ça. Parfois ça rappelle pas forcément de très bon souvenir. Je pense qu'après il faut essayer autant que possible de rester professionnel. C'est ce que nous demande nos patients quand même. Et donc de pas trop se laisser envahir voire déborder par nos affects. Sans pour autant devenir des gens froids. J'espère ne pas être froid. Néanmoins, je pense qu'il faut rester objectif, ce qui n'est pas toujours facile au téléphone, déjà. Donc ça veut dire qu'il faut soit aller voir les gens, soit faire venir les gens. En tout cas qu'on se rencontre en face à face pour pouvoir évaluer le plus précisément possible le problème qui se pose. Au téléphone, l'empathie c'est compliqué, voilà. C'est mieux en visuel si j'ose dire.

INTERROGATEUR : D'accord mais pour vous tout appel d'urgence va rebondir forcément sur une consultation ou une visite, en tout cas une réévaluation physique.

DR. J : ah ba il faut... Moi je considère qu'effectivement, s'il y a eu un appel, c'est qu'il y a un problème. Le problème est il important, n'est il pas important, peut être. On peut parfois l'évaluer assez précisément au téléphone mais quoi qu'il en soit, moi on m'a toujours appris qu'on ne faisait pas de médecine par téléphone. Le téléphone est un moyen de communiquer entre nous, certes, pas de problème. Mais après la médecine ça s'exerce avec un patient. Je pense qu'il faut soit y aller, soit les faire venir. De manière à ce qu'on puisse apporter une solution qui soit la résultante d'un acte médical c'est à dire un interrogatoire, un examen clinique, un éventuel diagnostic et un éventuel traitement. Voilà.

INTERROGATEUR : D'accord, pour vous le téléphone est trop limitatif dans le sens ou il n'y a que l'interrogatoire qui est possible et il manquera...

DR. J : Oui il n'y a que l'interrogatoire qui est possible et c'est déjà important, mais bon...

INTERROGATEUR : D'accord. Vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation, c'est à dire répondre au téléphone, à tous les appels d'urgence ?

DR. J : Oui ça ne me pose pas de problème particulier. Il faut dire que je n'en ai pas énormément. Les patients... La nuit il n'y en a pas, et les patients je pense maintenant sont habitués pour le bien ou pour le pas bien à appeler le 15 ou à se précipiter aux urgences. Et malheureusement parfois ils n'ont rien à y faire. Après de jour, j'ai encore une patiente qui s'est tronçonné le bout de doigt dimanche dernier, elle a appelé lundi matin. C'est une urgence que j'ai qualifié de relative. Donc bon elle s'est faite un petit peu mal, on a mis un pansement, on l'a rassuré et puis voilà. J'ai un patient qui lui aussi a tronçonné et lui s'est mis une esquille de métal dans l'œil. Pour lui il avait une conjonctivite, mais pour moi il avait pas du tout une conjonctivite. Et il avait effectivement pas une conjonctivite. Donc oui ça fait quand même 2 fois cette semaine. Alors dans le premier cas, il n'y a pas eut de passage aux urgences, mais dans le deuxième cas je l'ai adressé aux urgences dans une lettre que j'ai faites avec l'interne, il a été aux urgences et on lui a retiré son morceau de ferraille. Il est rentré chez lui, il m'a téléphoné et puis voilà. Une urgence relative mais néanmoins il y a eu un geste en rapport avec l'appel.

INTERROGATEUR : D'accord, tout à fait. Alors du coup, pour vous quels paramètres pourraient conditionner votre réaction ou ressenti lorsque vous recevez un appel d'urgence. Qu'est ce qui peut faire dans votre journée, chez vous même ou chez le patient, quoi que ce soit qui puisse influencer votre...

DR. J : Ma réponse ?

INTERROGATEUR : Oui mais surtout votre ressenti à cet appel. C'est à dire qu'est ce qui pourrait changer votre...

DR. J : Ba si je suis fatigué, si je suis pas de bonne humeur c'est sûr que je serai peut être moins accueillant (rires). Déjà il y a des facteurs limitants liés aux médecins je pense. Après bon il y a effectivement si la journée a été un peu chargé ou pas trop chargé, on se ressent peut-être plus ou moins disponible. Je pense que c'est très humain, même si c'est pas...

INTERROGATEUR : Une excuse

DR. J : Oui ce n'est pas une excuse. Et c'est pas forcément à mettre en avant, mais c'est un paramètre qui rentre en jeu. Après comme j'expliquais tout à l'heure, je pense qu'il faut essayer... Je suis installé depuis 30 ans maintenant, donc les patients qui appellent, en règle générale ils me connaissent et je les connais. Donc je connais, au moins un bout de leur histoire antérieure. Et c'est sûr que si c'est quelqu'un qui est diabétique qui m'appelle pour une douleur de la poitrine, je vais pas avoir la même réaction que si c'est une jeune femme de 25 ans qui m'appelle pour une douleur de la poitrine. Voilà. C'est aussi l'intérêt, en tout cas un des intérêts de la médecine générale et du fait qu'on connaisse ses patients, c'est à dire qu'on peut plus facilement se faire une idée. Après est ce que cette idée c'est la bonne ou pas la bonne, c'est l'intérêt de revenir sur l'examen clinique.

INTERROGATEUR : Tout à fait. D'accord donc en paramètre, il y a les paramètres intrinsèques au médecin, son humeur du jour, les choses comme ça puis après le fait de connaître le patient.

DR. J : Oui

INTERROGATEUR : D'accord. Quels pour vous pourraient être les avantages à continuer à prendre en charge tous les appels d'urgence au cabinet ? Ca peut être les avantages pour vous mais aussi...

DR. J : Exercer notre métier. Régulièrement on voit des patients qui disent, comme par exemple le patient au corps étranger, « ah je me suis blessé, j'ai passé 5 heures aux urgences pour 2 points de suture ». Je lui ai dit d'accord, mais est ce que vous avez essayé d'appeler au cabinet ? Il me dit non. Je lui dis ba appelez au cabinet. 2 points de suture au cabinet on peut vous faire passer éventuellement avant tout le monde. Les gens quand ils voient passer un patient avec un torchon ensanglanté au bout du doigt ils le laissent passer facilement. On fait 2 points de suture, si ça nous prend 10 minutes c'est beaucoup et ça évite un passage aux urgences. Donc ça a permis à la fois qu'on exerce notre métier, ça a permis qu'on l'exerce dans de bonnes conditions parce que faire une suture simple c'est pas vraiment très compliqué. En plus entre guillemet j'aime bien ça, donc quand je peux en faire j'en fais. J'ai des trousse, etc. Je suis équipé pour ça. Ca évite un passage aux urgences, ça évite 5 heures d'attente, ça évite peut être 4 heures d'énervement. Dans ce cadre là ça me paraît raisonnable. Après il y a des urgences, c'est sûr qu'un corps étranger dans l'œil, j'ai bien regardé son œil, je l'ai pas vu. En soit à un moment il faut d'autres choses, un anesthésique du globe que je n'ai plus, éventuellement un microscope pour identifier un petit corps étranger, et il faut aller le chercher à la curette. Donc là j'aurai forcément recours à un service plus équipé. C'est clair. Mais je pense que tout ce qui est otite, rhinopharyngite, bronchite, gastroentérite, suture simple, franchement dans 99% des cas ça n'a rien à faire aux urgences. Or les internes racontent depuis que je suis maître de stage la même chose, qu'ils en voient tout le temps aux urgences, qu'ils en ont 4-5 de suite, qu'il y a des nuits c'est absolument infernal car ça se couple avec d'autres choses et que le flux est continu. Il y aurait des solutions à mettre en place pour essayer de répondre de manière étagée et en fonction du besoin aux problèmes de la population. Oui ça c'est clair.

INTERROGATEUR : D'accord. Donc en avantage essentiellement le fait de désengorger les urgences, pouvoir trier, et ramener à la médecine générale ce qui peut être fait par la médecine générale.

DR. J : Oui tout à fait. Après il y a des médecins généralistes qui effectivement peuvent ne pas aimer suturer, enfin aimer entre guillemet, ou le pratiquer avec relative régularité mais bon.

Moi j'exerçais à la campagne pas mal quand j'étais remplaçant, on en faisait pas mal quand même.

INTERROGATEUR : Oui J'imagine. Alors de la même manière, quels pour vous pourraient être les inconvénients justement à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet ?

DR. J : Là les inconvénients c'est que si on travaille sur rendez vous et qu'on a 2-3 appels d'urgence pendant la consultation, ça va être compliqué de finir la journée dans les temps de rendez vous, ça c'est clair. D'autant plus que si on a des urgences que l'on peut faire venir, encore ça on peut les insérer entre deux, aménager des fenêtres en se disant là peut être je vais avoir une urgence. Mais si c'est une urgence en visite, là c'est plus délicat, parce que les urgences en visite, ça veut dire qu'il y a le temps de transport aller, le temps de transport retour. En plus à Amiens en ce moment c'est délicat. Et le problème c'est le temps passé sur place, s'il faut appeler le SAMU, ça peut devenir long, très long. Donc automatiquement si on se place juste sur le plan du planning, le planning il tombe par terre l'après midi, ça c'est clair. Ou le matin... N'importe quel moment de la journée quoi qu'il en soit, le planning on s'assit dessus. Donc après il faut faire face au patient qui me disent docteur j'ai pris rendez vous.... Donc tu répètes 10 fois « Ah oui mais vous comprenez j'ai eut une urgence » (rires).

INTERROGATEUR : Jusqu'à que ça rentre. Oui c'est sûr...

DR. J : Mais bon c'est tout, c'est comme ça. Moi j'essaie d'expliquer au patient, je leur dis écoutez oui la madame d'avant elle a pris un peu plus de temps, mais le jour où il faudra du temps pour vous, vous en aurez plus et c'est tout. C'est un peu le problème de la médecine, mais c'est comme ça.

INTERROGATEUR : D'accord. Dernière question. S'il y en a, quels seraient vos éventuelles suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence par le patient au quotidien ?

DR. J : Dans mon cabinet ?

INTERROGATEUR : Dans votre cabinet, mais ça peut aussi être des suggestions en général. C'est à dire qu'est ce qui faciliterait la gestion...

DR. J : Ba je pense que le système de régulation mis en place par le SAMU est un assez bon système même si malheureusement, et on l'a encore entendu l'année dernière qu'il y a eu un mort. Donc il y a encore des choses à perfectionner. Mais je pense que c'est un bon système. Après il y a des années à Amiens, il y avait eu des tentatives de mettre en place un service de médecine d'urgence des médecins généralistes auxquels j'ai participé d'ailleurs et qui a été abandonné après l'arrivée de SOS médecins parce que SOS médecins a un nom qui est beaucoup plus porteur que PUMA qui veut dire Permanence d'Urgence des Médecins Amiénois. Par contre pour désengorger les urgences il avait été évoqué un temps, mais je sais pas si c'était sur Amiens ou sur le plan national, de faire des maisons médicales de garde de porte dans les hôpitaux, de manière à ce que des médecins généralistes effectuent des gardes, au sein de l'hôpital ce qui permettait d'avoir un cadre sécurisé pour ces médecins. Parce qu'effectivement, on a encore reçu cette semaine un courrier de l'ordre des médecins nous invitant si on se sentait menacé à nous déclarer à la gendarmerie. De manière à ce que la gendarmerie intervienne plus vite. C'est pas forcément très rassurant, mais bon ça répond malheureusement à un besoin. Je pense qu'un certains nombres de médecins sont menacés ou se sentent menacés, ce qui est absolument intolérable. Donc la maison médicale au sein de l'hôpital aurait peut-être permis d'améliorer les choses, d'offrir à la population un service de médecine générale de garde et si le cas relevait des services d'urgence, ba on les transférait relativement facilement dans le service d'à côté. Voilà, ça n'a jamais fonctionné. Pourquoi, ça je n'en sais rien. Mais ça paraît une bonne idée parce que nous, enfin moi à Amiens j'exerce dans un rayon d'action qui est relativement restreint. Bon c'est pas forcément très facile de se déplacer, mais le rayon d'action est restreint. Par contre j'ai des confrères et amis qui sont restés à la campagne, j'ai travaillé à la campagne. C'est sûr que quand on était à Molliens Dreuil, et on allait jusqu'à Poix de Picardie. Donc Molliens Vidame, Poix de Picardie, Quevauvillers, et Aumale, ça faisait beaucoup de kilomètres la nuit, dans des campagnes, des routes pas éclairées, des gens qu'on ne trouvait pas. Donc les conditions d'exercice dans certains secteurs de garde qui ont encore largement augmenté ces dernières années, c'est je pense très compliqué pour les confrères et pour les patients. Eventuellement le médecin il est de garde dans un secteur et la pharmacie de garde est à l'autre bout du secteur.

INTERROGATEUR : Oui c'est compliqué.

DR. J : Je pense que c'est très délicat. Les médecins à la campagne ils pourraient en dire beaucoup plus que moi là dessus.

INTERROGATEUR : Oui, j'essaie de voir les 2 là dessus.

DR. J : Oui, je pense que c'est important, parce qu'effectivement en ville moi j'ai pas du tout ces problèmes là. Quand je dis il faut aller à l'hôpital, ils vont à l'hôpital, car l'hôpital n'est pas loin. S'il faut faire 35 km, attendre 5 heures pour 2 points de suture ça c'est sûr que ça va pas aller du tout.

INTERROGATEUR : Oui j'entends bien. C'est sûr qu'on voit une différence entre ville et campagne.

DR. J : Après la taille des secteurs, en tout cas nous à l'EPUH, on a quelques confrères qui sont partis à la retraite, mais ils ont vu augmenter considérablement la taille de leur secteur parce que tout ça il me semble que maintenant c'est géré par l'ARS, ou la préfecture ? Je sais plus

INTERROGATEUR : Oui je crois que c'est l'ARS.

DR. J : enfin bref, de manière à diminuer le nombre, le budget affecté aux astreintes, parce que les médecins d'astreinte sont payés. Ils ont augmenté la taille des secteurs de manière considérable, il y a des secteurs qui sont absolument gigantesques.

INTERROGATEUR : Oui c'est clair. Ca doit être compliqué pour les médecins.

DR. J : C'est compliqué pour les médecins, c'est compliqué pour les patients, je pense que malheureusement en France, tout est compliqué ces temps ci. Voilà

INTERROGATEUR : Ok très bien, merci.

Entretien n° 11 : Dr K

INTERROGATEUR : Alors du coup on va commencer. Les premières questions c'est plutôt d'ordre généraliste. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR K : Oui, qu'est ce que tu veux savoir ?

INTERROGATEUR : Alors qui vous êtes, âge... et après ça sera plutôt pour connaître votre formation médicale et votre activité actuelle, et justement les modalités de votre activité.

DR K : Oui donc sur le plan professionnel surtout. Alors Dr. K, installé à Villers Bretonneux depuis 2004, donc ça fait 15 ans, en cabinet de groupe. On est 5 médecins dans le cabinet. J'ai 42 ans, médecin généraliste pur. Je travaille aussi avec la PMI du secteur. Je fais des bilans dans les écoles maternelles avec les enfants qui sont en première année de maternelle. Voilà. MSU (maître de stage universitaire), enseignant à la fac de médecine d'Amiens. Voilà !

INTERROGATEUR : Ba c'est déjà pas mal. Est ce que vous avez une formation particulière sur le plan médical ?

DR K : Je n'ai pas fait de DU, j'ai une formation continue médicale.

INTERROGATEUR : Je vais donc commencer la première question un peu plus dans le vif du sujet. Comment vous gérez les appels d'urgence au quotidien ? Ce que je veux savoir, c'est, quand il y a un appel d'urgence, donc pour une urgence ressentie par un patient, qui appelle au cabinet, comment il est géré globalement ?

DR K : D'accord. Bon déjà moi j'ai un secrétariat. Donc la première personne qui va être en contact avec le patient c'est la secrétaire. C'est elle qui va juger l'intérêt de me passer l'appel ou pas, ou de donner un rendez vous. Donc là il y a déjà un premier filtre. Si la secrétaire me passe l'appel, donc moi je suis en consultation la plupart du temps... Comment je gère ça ? En fait c'est extrêmement variable, c'est à dire que déjà quand la secrétaire me passe l'appel, je lui demande pourquoi c'est. Elle me dit en quelques minutes la raison de l'appel. C'est sûr que la secrétaire elle est briefée pour qu'elle gêne le moins possible la consultation. Soit elle me dit

rapidement que c'est pour un résultat de prise de sang, ou quelque chose que moi je juge non urgent, et dans ce cas moi je rappelle le patient. Soit la secrétaire insiste ou j'estime d'après ce qu'elle m'a dit que c'est urgent, à ce moment là je prends l'appel. Le fait d'avoir un interne c'est assez pratique parce que du coup je peux laisser l'interne continuer la consult, si besoin je sors du cabinet et je discute avec le patient. Après et bien j'écoute, et ça sera les quelques questions que je vais lui poser qui vont déterminer la prise en charge qu'il y a derrière. Soit je peux assez rapidement répondre à la question et dans ce cas je le fais par téléphone, sinon c'est très variable en fonction de la situation.

INTERROGATEUR : Oui, vous commencez par quelques questions de régulation et ...

DR K : Oui voilà c'est ça, je pense que l'interrogatoire c'est l'élément le plus important, c'est ça qui va déterminer la prise en charge derrière. Est ce qu'il faut voir le patient en urgence, est ce qu'il faut juste rassurer, est ce qu'il faut faire le 15, voilà. C'est les premières questions qui sont les plus importantes.

INTERROGATEUR : D'accord donc ça commence par un premier filtre, avec une première régulation un peu plus sommaire par la secrétaire, qui sera évincer éventuellement les motifs vraiment pas urgent et qui ensuite vous transmet.

DR K : C'est ça

INTERROGATEUR : d'accord. Alors vous, quel est votre ressenti dans le sens très large, lors de la réception d'un appel d'urgence ? Ca veut dire qu'il peut être bon, mauvais, stressant, ou l'adrénaline dans le bon sens... Est ce que ça vous gêne. Quel est votre ressenti par rapport à ça ?

DR K : Pour moi tout appel de la secrétaire est, je vais peut-être être un peu cash dans la manière, mais une forme d'agression dans ma consultation. Je suis dans ma consultation, je gère mon temps et donc les patients. Dès que le téléphone sonne ça m'emmerde. Voilà ça c'est peut être le premier ressenti. C'est à dire que lorsque la secrétaire m'appelle 2 ou 3 fois dans une même consult ou même dans une après midi, je lui fais comprendre que ça serait bien... Du coup je lui mets la pression, c'est pas forcément une bonne chose, mais moi ça me gave. On a aussi la chance d'être à 5 pour pouvoir se payer une secrétaire. Pour moi c'est un luxe d'avoir

quelqu'un qui prend les appels. Donc après, passé ces éléments là, quand elle me passe l'appel, c'est souvent que c'est légitime donc je l'embête pas plus que ça, en tout cas ma secrétaire. Quel est mon ressenti ? Ba je pense que déjà dès les premiers mots, dans la majorité des cas, je sais pourquoi le patient appelle. C'est rare quand même qu'ils appellent pour tout et n'importe quoi. Ou si c'est pour n'importe quoi, encore une fois la secrétaire elle a mal fait son premier barrage. Après j'essaie d'y répondre le mieux possible. Passé le premier sentiment qui est de l'agacement, et qu'on se dit merde qu'est ce qu'il se passe, je suis en train de faire autre chose. En plus on le voit bien, le patient qui est en face avec qui on est, on coupe court... encore hier j'ai eut un appel pendant une consultation à tendance psy, ou le patient en face était presque en train de pleurer. Du coup je dois l'arrêter... C'est vrai que c'est un peu chiant. Mais en même temps, ça fait partie du boulot. Je sais même plus pour quoi c'était. Après en fait soit je discute avec le patient au téléphone et donc je gère la situation, et donc le patient en face de moi est impatient. D'ailleurs il y a des informations, donc en plus je fais gaffe de ne pas donner de noms ou autre parce que voilà. Soit comme je disais tout à l'heure, si l'interne est là, il peut prendre le relais, et à ce moment je sors de mon cabinet et je mets dans une des pièces du bâtiment pour pouvoir répondre aux questions du patient. Mais du coup parfois j'ai pas accès au logiciel, et je dois revenir dans la consult, dire « attendez faut que je regarde ». Donc ça gêne pas mal la consult en cours.

INTERROGATEUR : L'appel vous dérange en tant que tel, par rapport au patient, par rapport à la consultation que vous êtes en train de mener. En dehors de cette gêne là, est ce que... Imaginons que vous n'auriez rien à faire, est ce que le fait qu'il y ait un appel d'urgence peut déjà générer un ressenti bon ou mauvais, en dehors de ça ?

DR K : Ba après je pense qu'il y a des émotions positives. Le fait de réagir dans l'urgence, de devoir gérer une situation urgente, je trouve ça quand même un peu sympa quoi. D'un côté ça gêne, de l'autre ça casse un peu le rythme de la consult. Avantage et inconvénient quoi. Après on est dans le bain, on sait comment ça se passe. Du coup on sort du contexte où on est, il y a quelques secondes d'adaptation et puis après on se met dans le contexte du patient qu'on a au téléphone et puis on essaie de répondre à ces questions, et de lui donner une prise en charge. Voilà, donc il y a des fois quand même des émotions positives, le fait d'apprécier d'être mis parfois dans des situations d'urgence, chose qu'on peut aimer par ailleurs. Donc voilà il y a vraiment un peu d'ambivalence effectivement.

INTERROGATEUR : D'accord. Et vous vous sentez à l'aise avec la gestion de l'appel d'urgence ?

DR K : Oui. Je suis pas mal à l'aise pour gérer l'urgence. La formation et maintenant l'expérience m'amène à être rarement pris en défaut sur un appel d'urgence, donc ça c'est pas mal. Après pour moi le plus compliqué, c'est de gérer ce que je suis en train de faire. Après je réponds à la question, du moins si j'ai une réponse. En tout cas je donne des éléments de réponse au patient. Soit je lui dis « venez entre 2 », soit je réponds par téléphone. Le plus chiant c'est quand il faut quitter la consultation pour y aller. Donc là encore une fois quand on est MSU et qu'on a un interne, je lui dis tu finis la consult et j'y vais. Ca c'est hyper pratique. Soit je suis tout seul, et c'est là que c'est un peu compliqué. Souvent la salle d'attente, il y a des gens en attente. Donc si on décide qu'il faut se barrer, on se barre et puis voilà. Après c'est la secrétaire qui gère la salle d'attente en lui disant « j'estime en avoir peut-être pour une demi heure ou pour vingt minutes, donc soit vous revenez, soit vous attendez ».

INTERROGATEUR : D'accord. Bon j'ai déjà eut quelques éléments de réponse. Pour vous, quels paramètres pourraient conditionner votre réaction ou votre ressenti lorsque vous recevez un appel d'urgence. Qu'est ce qui peut influencer sur ce ressenti ?

DR K : Si je suis en période de très forte activité, ça va jouer, parce que je suis obligé de gérer à la fois la demande de l'urgence... Si c'est quelque chose gérable par téléphone ça va, mais s'il faut intervenir ou faire venir le patient, ça me met un stress supplémentaire parce qu'il faut que je gère mon temps. Heu... redis moi la question du coup.

INTERROGATEUR : Quels paramètres peuvent influencer le ressenti à un appel d'urgence ? C'est à dire qu'est ce qui peut faire de manière intrinsèque à vous même, ou alors de manière plutôt situationnelle... Qu'est ce qui peut influencer justement le ressenti à un appel d'urgence. Quels sont les éléments qui peuvent le rendre stressant, gênant ou autre, ...

DR K : Alors pour moi, comme c'est régulé par la secrétaire, c'est rarement un appel pour rien. Donc je me dis rarement « fais chier, il appelle pour rien ». Ca c'est pas mal. Non pour moi l'élément fondamental qui fait que je vais plus ou moins bien le vivre, c'est le temps que j'ai à disposition. En fait c'est ça, qui va peut être m'amener à devoir choisir parfois entre une prise en charge, qu'est ce qui est le plus urgent ou pas. Et donc encore une fois c'est surtout le fait

de devoir quitter le cabinet pour aller voir le patient en visite, parce qu'il ne peut pas se déplacer, ou parce qu'il estime que c'est urgent quoi.

INTERROGATEUR : Donc c'est le caractère chronophage qui va plutôt l'orienter ou qui va le rendre désagréable.

DR K : Oui c'est ça. C'est sûr que si j'étais en train de me tourner les pouces au cabinet, je dirai c'est bien, ça me fait un peu de boulot, cool. Mais c'est jamais le cas. Après moi j'ai toujours en tête, « dans le doute tu te déplaces », donc même si ça fait gastro ou ça fait un truc qu'on pourrait estimer, si le patient estime que c'est urgent, et que ça va pas, je préfère aller voir, même si ça me fait chier. Mais au moins je dormirai mieux le soir quoi.

INTERROGATEUR : D'accord donc la plainte et le ressenti du patient joue une part importante.

DR K : Ba oui, après il y a des patients que tu connais, et voilà c'est toujours pareil, qui appellent pour rien. Donc là c'est vraiment du cas par cas. Si c'est un patient qui t'appelle, pour une plainte que tu as déjà régulièrement... mais encore si il t'appelle, c'est qu'il a quand même un caractère urgent, donc c'est qu'il y a un élément supplémentaire par rapport à d'habitude. Encore une fois, dans le doute, je préfère y aller, ou je préfère le faire venir. C'est comme des parents qui appellent pour un enfant qui fait de la fièvre, ou il y a une éruption. Même si je me dis mouais, mais au moins venez, on verra sur place, on fera le point. On pourra de visu évaluer l'enfant ou l'adulte. Et voilà tu cales ça dans ton agenda en plus et puis basta quoi. Et au pire encore une fois, comme on a plusieurs cabinets, s'il y en a qui sont dispos parce que les uns et autres sont en visite ou sont pas là, je dis au patient vous venez, vous voyez mon interne et puis il me fait un débrief. Le fait d'être MSU est très pratique.

INTERROGATEUR : Oui ça c'est sûr. J'en ai interrogé un autre qui était également MSU et c'est clair que c'était un avantage par rapport aux autres.

DR K : Oui et comme ça l'interne il est hyper content, parce qu'il passe de, un peu plus qu'observationnel, même s'il intervient quand même en consult, à acteur. Il fait un débrief, on fait un travail d'équipe en se mettant en binôme. Ca c'est top quoi.

INTERROGATEUR : Ca le met en valeur.

DR K : Exactement.

INTERROGATEUR : Quels pourraient être pour vous les avantages à prendre en charge encore les appels d'urgence au cabinet ? Donc c'est les avantages, encore une fois de manière très large. Ca peut être soit pour vous, soit pour le patient, pour n'importe qui. Voilà, le patient il appelle encore directement son généraliste, pour une urgence ressentie, quels sont les avantages ?

DR K : Ba le gros avantage, pour le patient, c'est de pas devoir aller dans un service d'urgence pour un truc qui ne le mérite pas forcément. Le médecin traitant ba ça fait partie de son boulot. Il fait pas juste que de la médecine, comment dire, organisée. Il faut aussi qu'il soit dispo dans ces moments là. Ca c'est pas très grave. L'avantage c'est que ça donne un petit coup d'adrénaline comme tu disais. Donc si t'es en train de t'endormir sur un patient psy, ba ça te réveille. Et puis ça permet de faire souvent... Enfin je trouve ça assez valorisant parce qu'il y a une attente angoissée d'un patient. Tu y réponds, donc il y a souvent beaucoup de reconnaissance dans ces moments là, plus que le patient qui vient et qui dit je viens renouveler mon traitement. Et si en plus c'est pas grave à la fin, et que tu rassures. Tu vois c'est un enfant qui a une hyperthermie et les parents il le sentent pas. Du coup, « amenez le moi . Bon ba écoutez il a une angine, on va la traiter ». Tout le monde ressort content. Moi je trouve ça hyper sympa. Parce que c'est quand même pas très souvent, que l'urgence, c'est un truc grave. On est quand même proche d'Amiens. Donc soit les patients il sentent que c'est vraiment grave et ils vont d'eux même faire le 15. Souvent ça se termine plutôt bien. Mais des fois c'est pour un truc grave, c'est pour un massage, c'est pour un arrêt... Tu sors de là t'as chamboulé ta consult, mais tu dis « Waouh, c'était un moment fort ! ».

INTERROGATEUR : Donc ça peut amener à des bons moments, en terme de pratique médicale, si on peut dire.

DR K : Il y a quelques mois, c'était une patiente, une personne âgée, qui a fait un arrêt chez elle. Je sais même plus où j'étais, donc hop clac j'y vais. C'est ça de devoir gérer l'urgence, de devoir gérer les pompiers, le SAMU, de devoir gérer le massage, et après la famille derrière. Donc oui ça m'a flingué ma consult, mais je me suis dit, voilà j'ai fait mon boulot. J'aurais pas

pu dire « Ba écoutez, elle est en arrêt, vous appelez le 15. Alors que moi je suis à 3 minutes » Tu vois, donc non j'y suis allé. J'ai eut l'impression d'être à ma place.

INTERROGATEUR : Je rebondis, parce que j'avais relevé quelque chose tout à l'heure. Pour vous, un appel d'urgence, doit autant que possible se transformer, en une consultation ou une visite, en tout cas...

DR K : Oui, sauf si j'estime que ça relève pas de ma compétence. Et même... enfin non je dis ça mais si c'est par exemple pour une douleur thoracique, qui à l'interrogatoire me paraît suspecte, je leur dis ba écoutez vous appelez le 15 puis j'arrive. Je vois pas comment faire autrement tu vois. Je vais pas lui dire « ba appelez le 15 » et moi je continue à faire mon renouvellement. Si les patients, ils décompensent, que sais je... Donc ça se termine quand même la plupart du temps, s'il y a besoin d'un examen clinique, ou d'une évaluation de visu, on par soit sur un déplacement soit sur une consult. Après, « est ce que vous pouvez venir ? ». C'est toujours mieux si le patient peut venir. Ca facilite. Mais après, régulièrement, tout à l'heure par exemple tu me donnais un exemple par rapport à une bio. Ba tu réponds à la question et puis voilà. Là pas besoin de se voir forcément.

Ca dépend des cas quoi.

INTERROGATEUR : Oui c'est sûr, l'urgence ressentie elle peut amener à différentes prises en charge.

DR K : C'est ça. Mais quand même, la plupart du temps, ça amène à une rencontre. Car souvent l'examen clinique est quand même nécessaire.

INTERROGATEUR : C'est sûr que l'interrogatoire seul est limité.

DR K : Ouais, ça a ses limites quoi.

INTERROGATEUR : De la même manière que la question d'avant, quels pour vous pourraient être les inconvénients à prendre en charge les appels d'urgence au cabinet ?

DR K : Ba c'est la gestion du temps. Voilà. Moi j'aime beaucoup faire la petite chirurgie, les petites sutures. Je me suis déjà retrouvé plusieurs fois, alors qu'un patient se présente ici ou

appelle alors que je suis déjà en train de suturer. Je lui dis, je suis désolé mais je peux pas. Je suis déjà trop pris par le temps. Donc il y a un petit peu de frustration, mais du coup j'envoie aux urgences pour un truc que j'aurais pu gérer ici. Ou alors, je demande si un de mes associés ne peut pas me le prendre en charge. Les inconvénients pour moi, enfin l'inconvénient, parce que je suis pas submergé par les demandes d'urgence, et encore une fois je trouve que c'est bien régulé par ma secrétaire, bah c'est la gestion du temps. C'est ça. Je sais pas si d'autres en parlent ?

INTERROGATEUR : Et bien ça ressort souvent, c'est sûr.

D'accord. Alors dernière question pour finir. Un peu plus ouverte et voilà...

DR K : Qu'est ce que je pourrais faire pour améliorer ma prise en charge de l'appel d'urgence ?

INTERROGATEUR : (rires) c'est pas loin. Quels seraient de manière globale, les éventuelles suggestions ? Globale, générale ou même de manière précise si vous avez des idées dans certaines situations. Quels seraient les suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence au cabinet ?

DR K : Certains disent qu'il faudrait toujours avoir des plages de consultations libres ou tout le monde peut se pointer pour une pathologie aiguë. Je trouve que ça répond pas à la question parce que l'appel urgent par définition ça se définit pas. Donc ça arrangera rien.

INTERROGATEUR : Ca peut être à n'importe quel moment ?

DR K : C'est ça. On va avoir des plages qui sont toujours vides, alors qu'on a franchement autre chose à faire. Est ce qu'il y a des suggestions ? Pour moi c'est pas un manque de formation. Comme je te l'ai dit tout à l'heure, j'ai jamais été pris en défaut, même pour des choses que je fais pas souvent. Par exemple pour le massage cardiaque, c'est un truc, c'est comme le vélo. T'es devant, ça revient. On m'a toujours dit tu te mets « Stayin' alive » des Beegees dans la tête, et tu te mets sur le rythme. Et ba OK, on fait ça et puis... Après la plupart du temps... Pour moi la meilleur suggestion à faire c'est d'être MSU. C'est d'avoir quelqu'un à côté qui sera dispo et qui en plus sera ravi d'intervenir. Et du coup qui te permet de pouvoir gérer 2 situations parallèles en même temps. Avec les externes c'est plus compliqué, mais moi je fais le stage interne donc si l'interne est en premier semestre, je gérerai la situation urgente et lui il

gèrera celle de médecine gé. Et puis au pire si je pars il m'appelle. Donc ça, ça serait la suggestion numéro 1. Peut être mieux former la secrétaire à gérer les appels des patients, mais pour nous ici, elles se débrouillent pas trop mal.

INTERROGATEUR : D'accord, est ce qu'elles avaient reçu une formation préalable ou est ce que pas du tout, une formation plus par l'expérience.

DR K : Oui c'est plus par l'expérience, elles ont vu comment on fonctionnait. Et pour l'instant on a de la chance, elles se sont bien adaptés.

INTERROGATEUR : D'accord et du coup vous, la confiance s'est bien créée.

DR K : Tout à fait. Je suis rarement à me dire, « Fais chier, 3^e appel qu'elles m'ont passé qui ne le mérite vraiment pas quoi. »

(réfléchit)

Les suggestions pour améliorer la prise en charge de l'appel d'urgence...

Ba toujours faire gaffe à avoir une trousse d'urgence qui soit quand même pas trop périmées. Même si ça m'est déjà arrivé plusieurs fois d'utiliser des produits périmés, voilà, le patient est pas mort, mais bon...

Non écoute...

INTERROGATEUR : Non ba c'est libre, c'est ce qui revient déjà. Ce qui revenait pas mal à des moments, c'était d'éduquer le patient au maximum aux signes d'alerte. Voilà pour savoir justement quels sont les moments il doit appeler pour une urgence...

DR K : Oui c'est vrai tu as raison. C'est vrai que souvent à la fin des consults, notamment, surtout en pédiatrie. Je dis souvent au patient « Ecoutez, si tel ou tel symptôme, et bien vous nous reconsultez ou me rappelez » mais ça rentre rarement dans le cadre de l'appel d'urgence. Souvent ils prennent directement rendez vous, où ils appellent pour dire j'ai de la fièvre. Ouais ça ça peut faire partie des appels semi urgent.

INTERROGATEUR : Ca peut être considéré, car lui peut le ressentir comme une urgence, car il a eut les signes qui lui ont fait peur.

DR K : C'est ça, si c'est pas une urgence grave, je lui dis ba écoutez on prend rendez vous aujourd'hui ou demain pour faire le point, c'est très bien comme ça.

INTERROGATEUR : Non mais très bien. Est ce que vous avez d'autres idées, ou est ce que vous avez des choses à rajouter de manière générale sur l'idée ?

DR K : Il y a souvent une grande discordance entre la sensation d'urgence ressentie par le patient, et la réalité de l'urgence. Parce que nous on a la connaissance, la formation et l'expérience. Donc il faut respecter ça. Je me refuse à juger le patient parce qu'il a estimé que c'était urgent, alors que ça ne l'était pas. Voilà, c'est l'occasion, d'éduquer le patient, de lui dire « Vous voyez c'est ça. Si un jour ça vous reprend, sachez que... ». Ca fait partie de notre boulot aussi de les informer.

INTERROGATEUR : Et bien très bien, ça me va. Ça me convient.

Entretien n°12 : Dr. L

INTERROGATEUR : Ca m'a l'air bon. Alors les premières questions sont plutôt d'ordre généraliste. Est ce que vous pourriez vous présenter ?

DR. L : Oui donc heu. Ah ça y est on y va ? Dr. D, médecin généraliste, installée à Canaples en rural. J'ai 46 ans. Je suis installée depuis le 1^{er} janvier 2003. Donc voilà. En association par contre. On est à 2 à partager le temps de travail.

INTERROGATEUR : D'accord, oui, j'avais ouïe dire. Quel est votre formation médicale ?

DR. L : J'ai fait mes études à Amiens. J'ai fait médecine générale, 2 ans et demi de stage d'interne, un stage chez le généraliste de 6 mois. Après j'ai travaillé 2 ans sur l'hôpital d'Abbeville en tant qu'assistante dans un service de médecine, en neuro vasculaire, ce qui m'a bien aidé. La médecine générale mais tendance neuro-cardio. Et puis j'ai fait aussi la capacité de gériatrie mais ça par contre je le mets de côté parce que finalement ça me plait pas. J'ai dû travailler un an et demi comme assistante en gériatrie, donc j'ai dû la passer, mais je m'en sers pas, je ne le mets pas sur ma plaque. C'est un plus mais sans plus.

INTERROGATEUR : D'accord. Du coup vous y avez déjà pas mal répondu, mais votre activité actuelle elle est en collaboration, en temps partagé, c'est ça ?

AD. Oui. Temps partagé, donc on est 2 femmes. On partage le même bureau, le même ordinateur, le même logiciel, le même fichier patient. Voilà après c'est du rural, on fait un petit peu de visites pour les gens qui en ont besoin.

INTERROGATEUR : D'accord et du coup avec un secrétariat à distance ?

DR. L : Un centre d'appel oui.

INTERROGATEUR : D'accord. La première question qui va être un peu plus en rapport avec le sujet, comment gérez vous les appels d'urgence au quotidien. C'est une question assez large, on est d'accord. C'est le but des questions, c'est de ramener le plus d'idées possibles. Donc un patient ressent une urgence, ça peut être une urgence vraie ou pas. Mais du coup il décide de

prendre son téléphone pour avoir son médecin généraliste pour avoir un avis rapide ou au moins pour l'avoir lui en premier interlocuteur. Comment gérez vous ce type d'appel au quotidien ? Sachant que je me doute qu'ils passent d'abord par la plate forme d'appel.

DR. L : C'est ça, ils passent par le secrétariat donc heu la secrétaire filtre déjà. Il arrive qu'elle nous dise, j'ai ça, je renvoie vers le 15. En général, je pense que je peux parler pour mon associée aussi, on demande toujours à parler au patient quand même. Après si ça nécessite effectivement le 15, de notre point de vue au moins, bon voilà. Mais je pense que connaissant quand même les patients, ça permet déjà de faire parfois la part des choses, selon le profil psychologique parfois. On renvoie sur le 15. Ca nous arrive également de faire parfois des petits courriers rapides, juste par le biais du coup de fil, en demandant plein de choses hein, en posant des petites questions, et en demandant au patient de passer prendre un courrier pour se rendre aux urgences, si on pense que c'est nécessaire. Nous on pourra pas faire plus quoi. Pour éviter de perdre du temps. Même quelqu'un de la famille ou même l'ambulancier qui vient, il prend le bon de transport et la lettre et il emmène le patient aux urgences.

Ca c'est plus quand c'est une urgence vraie. Après je sais pas, il y a plein d'appels pour des petites choses de médecine générale que nous on peut gérer. Ca nous arrive de leur dire de passer, on prend entre deux, comme on peut quoi.

Et puis parfois, « Non, vous surveillez », ou « Vous pouvez venir que demain ». J'ai pas forcément d'exemples là en tête, mais ça va peut être venir là après, je sais pas.

INTERROGATEUR : Non, non, ça reste assez généraliste, j'essaie de pas partir sur des exemples mais si besoin.

DR. L : Par exemple, ce qui nous arrive souvent, et bien nous comme il y a une école dans le village, voilà c'est assez... La proximité fait qu'il y a pas mal de pédiatrie dans notre secteur. Souvent ba, l'école ou le collège vient de m'appeler, mon fils est pas bien du tout, il faut le prendre tout de suite. « Attendez, allez récupérer votre enfant, voyez comment il est, s'il a de la fièvre, vous donnez tout de suite un doliprane, ou ce qu'il faut, et vous nous rappelez juste derrière » Et souvent « Ba écoutez finalement ça va pas si mal. » ou « Il a vomit qu'une fois ». On tempore, vous le surveillez et je le vois que demain, ou je le vois à telle heure. On tempore quoi.

Ca, ça arrive assez souvent.

INTERROGATEUR : D'accord, donc il y a souvent une petite part de régulation médicale, qui fait que souvent les premières questions ou les premières choses comme ça, on oriente, vers le 15 ou consultation, ou conseil téléphonique simple avec surveillance.

DR. L : Oui, ça ça arrive tous les jours.

INTERROGATEUR : Et du coup la plupart des appels vous sont transmis quand même, en tout cas pour les appels à motif particulier.

DR. L : Par la secrétaire ?

INTERROGATEUR : Oui

DR. L : Oui, oui je pense. Bon après ça arrive qu'il y ait des ratés. On peut parfois voir tard une consultation ou c'était marqué fièvre, et finalement peut être ça aurait été plus urgent parce que ils sont vraiment pas bien. Mais ça c'est le rendez vous, c'est pas le patient qui demande à nous parler pour une urgences, on sort du domaine quoi.

INTERROGATEUR : Tout à fait. Alors encore une fois de manière très large, quel est votre ressenti lors de la réception de ce genre d'appel, les appels d'urgence. Quand les patients vous appellent pour des motifs qui leur semblent urgent, vous qu'est ce que ça vous fait ressentir, en terme d'émotion, positive ou négative ?

DR. L : Non, j'aime pas ça. J'aime pas parce que d'abord ça me coupe dans ma consultation où je suis. Après on est là pour ça, mais du coup changement de patients, la concentration, etc... Et puis c'est un stress parce qu'on se dit toujours, après coup... Quand on est dans l'appel, ça va, en tout cas pour moi, parce que je suis dans le vif du sujet, j'essaie de réagir. Mais après, il y a toujours « Mince, est ce que j'ai bien fait », « J'aurais peut-être dû faire ci ». Et parfois même plus tard en rentrant à la maison quoi. Si on le voit pas ce cas là... Après si on le voit, bah on le voit. Mais si on le voit pas, c'est toujours à l'esprit, et ça c'est pas...

INTERROGATEUR : Du coup ça c'est aussi le manque du téléphone que vous mettez en évidence. Quand on le voit physiquement, on enlève le doute qui est laissé par le téléphone.

DR. L : Oui, enfin je pense.

INTERROGATEUR : Oui c'est sûr que ça met une partie de l'examen clinique de côté.

DR. L : Après on est pas infaillible, mais au moins il y a le visu, l'examen clinique, voilà. Alors qu'au téléphone, j'aime pas. C'est vraiment négatif pour moi comme sensation, comme ressenti.

INTERROGATEUR : Et du coup je demande toujours, est ce que vous vous sentez à l'aise avec ce genre de situation ?

DR. L : Ba après, maintenant je pense qu'on acquiert également un peu d'expérience, et on connaît aussi ses patients. Si c'est quelqu'un que j'ai jamais vu en garde, parce que ça arrive aussi que le 15 nous file des appels et nous disent, voilà c'est pour vous, débrouillez vous. Quand on connaît le patient, c'est quand même plus facile. Je trouve. Quand c'est des nouveaux patients, je suis peut-être plus systématique à les voir. Parce qu'il y a beaucoup d'urgences ressenties qui sont d'ordre psychologique et quand on connaît les patients...

INTERROGATEUR : On arrive plus facilement à orienter un peu.

DR. L : Peut être que je me trompe, j'espère pas mais ça doit arriver. Mais bon voilà. Je sais pas si ça répond.

INTERROGATEUR : Si si, ça répond tout à fait à la question. Quels paramètres peuvent justement conditionner votre réaction ou votre ressenti lorsque vous recevez cet appel d'urgence. C'est à dire, qu'est ce qui fait dans votre journée, de manière intrinsèque à vous ou dans l'appel ou n'importe, qu'est ce qui peut conditionner le ressenti, influencer la manière dont vous allez ressentir cet appel ?

DR. L : Heu je sais pas (rires) . Qui influencerait de plus voir les gens par exemple ?

INTERROGATEUR : Alors non, plus ce qui influencerait votre ressenti. Vous me disiez de manière générale que vous n'étiez pas trop fan de ce genre d'appels. Mais est ce qu'il y a des choses qui auraient tendance à le rendre encore plus négatif en terme de ressenti ou...

DR. L : Peut être l'horaire. Le soir en fin de journée, on est je pense moins patient et on a plus de temps dans la journée pour essayer de caler si besoin, ou pour que les gens nous rappellent, donc je pense que l'horaire tardif ça m'embête plus que si c'est en matinée par exemple. Après peut être si c'est des gens qui peuvent se déplacer ou pas. Parce que si c'est des gens âgés par exemple ou des gens qui sont invalides ou quelque chose, ça engage forcément un déplacement de ma part et une visite, et donc beaucoup plus de temps, et quitter la consultation. Et ça c'est très pesant et ça casse tout le rythme de la journée quoi. Donc ça. Et après peut être les petits, les moins d'un an, les bébés quoi. C'est encore plus stressant. Et là je pense qu'on est encore plus... on a plus tendance à dire « n'hésitez pas à me rappeler », « faites ci, faites ça et rappelez moi dans une heure », « surtout vous me dites » ou encore « allez aux urgences » si je suis pas sûr de moi.

INTERROGATEUR : Ok, très bien, très bien. Quels seraient pour vous les avantages à prendre encore les appels d'urgence au cabinet de médecine générale ? Donc encore une fois de manière générale, quels sont les avantages que ce soit pour vous, pour les patients ou autre. A qui ça donne l'avantage que le patient puisse avoir accès directement à son médecin généraliste comme interlocuteur ?

DR. L : Je pense, vu la conjoncture, pour désengorger les urgences aussi. Quand même on a notre part de boulot à faire, même si ça me casse les pieds, mais voilà c'est comme ça. Voilà, après pour le patient je pense que c'est rassurant d'avoir quelqu'un qu'il connaît. Ca me paraît logique qu'on soit le premier recours.

INTERROGATEUR D'accord, ça fait partie de notre métier.

DR. L : Après je pense qu'il y a une question d'éducation. Il y a une grosse part d'éducation des patients à faire et ça c'est pas forcément à nous. Je viens de lire un truc sur Facebook sur ce qu'a annoncé la porte parole du gouvernement (loi santé de 2019) c'est hallucinant quoi. En gros les médecins généralistes font pas leurs boulots et c'est pour ça que les hôpitaux sont engorgés.

Je pense que ça fait partie de notre travail mais en même temps on ne peut pas tout gérer. Il y a des gens qui appellent pour un coup de soleil, et il y a ceux qui appellent au bout de 3 jours d'un enfant qui a 40°C, et demande « Qu'est ce que je dois faire quoi ? » Donc c'est pas évident de faire le tri mais c'est notre métier. Je pense que ça fait partie de notre travail et c'est normal qu'on le fasse. Maintenant je sais pas si c'est particulier ici mais en milieu rural je pense que les gens ont plus accès à leur médecin généraliste qu'en ville. En ville ils vont à SOS ou ils vont aux urgences direct.

Heu je sais plus...

INTERROGATEUR : C'était savoir quels étaient les avantages de manière générale.

DR. L : Je pense que ça fait partie de notre métier donc c'est important qu'on le fasse, même si c'est contraignant. Ca peut être contraignant.

INTERROGATEUR : D'accord. Du coup de la même manière, quels seraient les inconvénients à continuer à prendre en charge ces appels, même si ça fait partie du travail. Voilà.

DR. L : Ba ça casse notre rythme en consultation. Enfin notre rythme... C'est pas le fait de devoir enchaîner hein, c'est le fait d'être concentré sur quelqu'un, qui a un, deux ou trois problèmes et donc ça casse le rythme. On est coupé au téléphone quand même assez régulièrement. C'est le problème quoi. Là c'est les avantages ou ... ?

INTERROGATEUR : Non là c'est les inconvénients.

DR. L : D'accord, mais ce que je veux dire, c'est que ça serait un avantage de pas les avoir ces appels là. Donc l'inconvénient c'est que ça casse la concentration et le rythme de la consultation.

INTERROGATEUR : de passer d'une consultation en direct avec quelqu'un au téléphone puis...

DR. L : Et le fait d'avoir quelqu'un en face, c'est pas forcément. Ca peut être gênant parce que déjà il ne faut pas donner de nom. Et des fois ça part tout seul, ça peut arriver et côté secret médical... Et où on a pas la même... enfin moi je n'ai pas la même façon de parler aux gens,

quand j'ai quelqu'un en face qui écoute quelque chose qui ne le regarde pas, que quand je suis toute seule à ce moment là.

INTERROGATEUR : Oui bien sûr. Je pense que ça peut influencer sur les termes qu'on peut utiliser.

DR. L : Oui

INTERROGATEUR : D'accord, pas d'autres inconvénients ?

DR. L : Il y en a d'autres sûrement, mais ils ne me viennent pas comme ça.

INTERROGATEUR : Pas de problème. Alors c'est la dernière question : Quels seraient, s'il y en a bien sûr, vos éventuelles suggestions pour améliorer la prise en charge des appels d'urgence.

DR. L : Ressenties. Urgences ressenties.

INTERROGATEUR : Les urgences ressenties, tout à fait.

DR. L : Ba je pense qu'il y a comme je disais avant, l'histoire de l'éducation des patients. Je pense vraiment que... Parce que nos secrétaires sont formées je pense, à gérer ce qui est ultra urgent, 15 tout ça, de ce qui est ressenti. Mais les patients appellent parfois pour de la bobologie quoi. En fait je pense qu'il y a vraiment les 2 extrêmes. On a des fois des cas de gens qui auraient dû consulter/appeler plus tôt et d'autres, franchement il n'y avait pas besoin de consultation quoi. Donc on perd du temps. L'éducation des patients vraiment.

Ca je pense que ça peut être fait par d'autres instances que les médecins généralistes quoi. Même que les médecins tout court quoi. Il y a des messages de pub qui passent « Mangez 5 fruits et légumes par jour ». En boucle à la télé « N'appellez pas pour un coup de soleil », voilà. C'est l'exemple que j'ai vu dans le truc c'est pour ça que je sors ça. Mais après il y a l'égratignure... Le truc de l'école c'est un grand classique. « Récupérez votre enfant avant de voir comment il est quoi ».

Après j'ai pas d'idées comme ça qui me viennent, mais ça pourra venir après quoi. (rires)

INTERROGATEUR : Non mais c'est des choses qui ressortent déjà un petit peu. Le côté « éduquer son patient » c'est une des choses qui est le plus ressorti, donc ça fait sens.

DR. L : Après j'ai pas. Est ce qu'il faut filtrer tous les appels, et ne prendre aucun appel, je pense que ce n'est pas gérable dans notre métier. Moi je me vois pas prendre aucun coup de fil.

INTERROGATEUR : C'est compliqué, je pense qu'il y en a quelques un qui en ont fait le choix mais ça laisse de côté... Et ça coupe une partie de la confiance par rapport à ses patients aussi je pense.

DR. L : Après ça arrive aussi qu'il y ait des gens qui – je sais pas si ça sort du sujet – mais qui viennent, sans avoir appelé. Et donc qui attendent dans le hall qu'on sorte. Des fois il y en a un il a une plaie, il a une compresse, il est couvert de sang. Donc lui on le prend. Mais parfois c'est « là il faut me prendre vite vite vite » et puis « ba non je n'ai pas le temps », et en 2 mots on met un rendez vous le lendemain. Donc ça sort du sujet car ils n'ont pas appelé mais ils viennent quand même pour une urgence ressentie.

INTERROGATEUR : Oui, c'est la même démarche.

DR. L : Parce que là, quand ils sont là, et bien pour le coup on peut pas les mettre dehors quoi.

INTERROGATEUR : Oui, c'est plus difficile à gérer. Je vois. Rien d'autre à rajouter sur le sujet ? Ou pas bien sûr, aucune obligation.

DR. L : je ne pense pas, après c'est intéressant. Un sujet vaste comme ça, c'est chaud.

INTERROGATEUR : (rires) C'est vrai, c'est pour ça que les questions sont assez ouvertes.