



Rapport de l'analyse du profil de patients bruxellois fréquentant en urgence deux filières de soins: gardes hospitalières et médecine générale

Rapporteur : Professeur Nathan Clumeck
Directeur Général Médical iris

Janvier 2005

Etude financée par le comité de l'assurance de l'INAMI



Comité de pilotage

Prof N. Clumeck (iris)
Dr P. Kirkove (Hôpital Saint-Pierre)
Dr P. Dernier (Hôpital d'Ixelles)
Dr M. Dusart (iris)
Dr A. Steygers (Médigarde et FAMG)
Dr M. Roland (Maisons médicales)
Dr L. Martens (Brusselse Huisartsenkring)
Dr E. Vander Meersch (Brusselse Huisartsenkring)
Dr M. De Spiegelaere (Observatoire de la Santé et du Social de la Région Bruxelloise)
Dr P. Meeus (Ministère de la Santé Publique)
Dr M. Roex (Comité de l'Assurance du service des soins de santé)
Dr M. Vermeulen (Comité de l'Assurance du service des soins de santé)

Etudes statistiques

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

Dr M. De Spiegelaere
Dr M. Deguerry

Table des matières

1	Objectif de l'étude	6
2	Matériels et méthodes	7
2.1	Les deux échantillons de patients	7
2.2	Critères d'inclusion.....	8
2.3	Les formulaires	8
2.4	La mise en œuvre de l'étude.....	8
2.5	L'encodage des données	9
2.6	L'analyse statistique des données.....	9
2.7	Nombre de données manquantes	10
2.8	Recodage de certaines données	10
2.9	Sous-échantillonnage des données	11
3	Résultats	12
3.1	Description de l'échantillon.....	12
3.2	Description des données récoltées.....	12
3.2.1	<i>Lieu de résidence des patients de l'échantillon.....</i>	<i>12</i>
3.2.2	<i>Distribution des âges.....</i>	<i>12</i>
3.2.3	<i>Distribution des sexes.....</i>	<i>13</i>
3.2.4	<i>Nationalité.....</i>	<i>13</i>
3.2.5	<i>Compréhension linguistique.....</i>	<i>13</i>
3.2.6	<i>Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives)</i>	<i>14</i>
3.2.7	<i>Type de recours pour l'urgence en fonction de l'assurabilité</i>	<i>15</i>
3.2.8	<i>Type de recours pour l'urgence en fonction de la précarité.....</i>	<i>16</i>
3.2.9	<i>Impact de l'existence d'un médecin traitant sur le type de recours en urgence</i>	<i>16</i>
3.2.10	<i>Analyse du profil des patients selon qu'ils ont ou non un médecin traitant</i>	<i>17</i>
3.2.11	<i>Pourcentage de cas référé à une garde hospitalière suite à un examen urgent en médecine générale.....</i>	<i>18</i>
3.2.12	<i>Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de l'hôpital.....</i>	<i>18</i>
3.2.13	<i>Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de médecine générale.....</i>	<i>19</i>
3.2.14	<i>Motifs de rencontre et diagnostics</i>	<i>19</i>
3.2.15	<i>Comparaison des diagnostics posés par les généralistes et par les hôpitaux à plainte égale</i>	<i>21</i>
3.2.16	<i>Comparaison des types de recours pour un même motif de rencontre</i>	<i>21</i>
3.2.17	<i>Influence du suivi médical au cours de la dernière année sur le type de recours choisi</i>	<i>23</i>
3.2.18	<i>Distribution de l'activité quotidienne au cours de la période de l'étude.....</i>	<i>24</i>
3.2.19	<i>Distribution de l'activité des services d'urgence au cours de la journée</i>	<i>25</i>
3.2.20	<i>Lien entre le statut social et l'heure d'arrivée au service d'urgence</i>	<i>26</i>
3.2.21	<i>Analyse des degrés d'urgence ressentis par le patient et le médecin</i>	<i>27</i>
3.2.22	<i>Délais de prise en charge des patients en médecine générale et dans les gardes hospitalières</i>	<i>28</i>
3.2.23	<i>Facteurs influençant les délais de prise en charge</i>	<i>29</i>
3.2.24	<i>Type de prise en charge en médecine générale et dans les hôpitaux.....</i>	<i>30</i>

3.2.25	<i>Mode d'arrivée à l'hôpital</i>	30
3.2.26	<i>Suivi de la prise en charge par la médecine générale et par les services de garde hospitaliers</i>	31
3.2.27	<i>Degré d'adéquation du moment de recours aux urgences estimé par le médecin</i> 31	
3.2.28	<i>Profil des patients vus trop tardivement</i>	32
3.2.29	<i>Méconnaissance d'autres structures d'urgence que l'hôpital</i>	34
3.2.30	<i>Paiement lors du contact généraliste</i>	34
3.2.31	<i>Visites à domicile</i>	34
3.2.32	<i>Questionnaires incomplets</i>	34
4	Discussion	36

Liste des figures

Figure 1 : Les médecins volontaires appartiennent à 10 des 19 communes ; ils sont surtout concentrés sur 3 communes.....	7
Figure 2 : Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives).....	14
Figure 3 : Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives).....	15
Figure 4 : Pourcentage de patients avec médecin traitant dans les différentes catégories d'âge	17
Figure 5 : Fréquence des contacts en médecine générale.....	24
Figure 6 : Fréquence des contacts dans les gardes hospitalières.....	24
Figure 7 : Fréquences des heures d'appel et de contact en médecine générale.....	25
Figure 8 : Fréquences des heures d'arrivée et de prise en charge à la garde hospitalière.....	25
Figure 9 : Degrés d'urgence ressentis par le patient, par le médecin au moment de l'appel (médecin 1) et après l'examen (médecin 2) en médecine générale.....	27
Figure 10 : Degrés d'urgence ressentis par le patient, par le médecin au moment du contact (médecin 1) et après l'examen (médecin 2) à la garde hospitalière	27
Figure 11 : Délai de prise en charge chez les généralistes et dans les hôpitaux	28

Liste des tableaux

Tableau 1 : Communes d'origine des patients fréquentant les gardes hospitalières	12
Tableau 2 : Compréhension linguistique dans l'échantillon global	14
Tableau 3 : Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de l'hôpital.....	19
Tableau 4 : Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de médecine générale	19
Tableau 5 : Motifs des rencontres en médecine générale et à la garde hospitalière	20
Tableau 6 : Top 10 des diagnostics en médecine générale et à la garde hospitalière	20
Tableau 7 : Association entre le type de recours et les variables sexe, nationalité, statut social précaire et absence de médecin traitant pour les symptômes toux et fièvre ou douleurs coliques.....	22
Tableau 8 : Association entre le type de recours et les variables sexe, nationalité, statut social et absence de médecin traitant pour les traumatismes.....	22
Tableau 9 : Association entre le type de recours pour les patients masculins et le fait d'avoir un médecin traitant dans le cas des traumatismes	23
Tableau 10 : Type de prise en charge en médecine générale et dans les hôpitaux	30
Tableau 11 : Mode d'arrivée à l'hôpital	30
Tableau 12 : Variables avec lesquelles un contact tardif est significativement associé.....	32
Tableau 13 : Pourcentages de contacts jugés trop tardifs et de contacts appropriés selon la catégorie sociale	33
Tableau 14 : Pourcentage de contacts trop tardifs selon le type de prise en charge à l'hôpital et en médecine générale	34

1 *Objectif de l'étude*

L'objectif de l'étude financée par l'INAMI est de recueillir des renseignements pertinents sur le profil de patients bruxellois fréquentant les deux filières de soins urgents que sont d'une part, les médecins généralistes et d'autre part, les services d'urgence hospitaliers. Ces profils devraient permettre de définir les groupes à cibler pour des actions de sensibilisation qui viseraient à les orienter vers la filière de soins la plus appropriée à leurs problèmes considérés comme urgents. Un double but est à atteindre: désengorger les services d'urgence des hôpitaux et garantir à la population un accès rapide à un service médical urgent qui réponde adéquatement à l'urgence ressentie.

Pour pouvoir agir sur le volume de la demande de soins qui « encombre » nos urgences, il faut avant tout comprendre le choix que font les patients du type de recours aux différents services d'urgence disponibles.

Nous avons donc réalisé une étude transversale concernant à la fois des patients ayant recours à des services d'urgence hospitaliers et des patients ayant recours à la garde de médecine générale au sens large du terme (médecins généralistes « solo », médecins généralistes appartenant à un service de garde et médecins généralistes travaillant en maisons médicales). Nous y avons analysé le profil de ces patients, le profil des différents types de pratique en terme d'urgence (médecine générale « solo », médecine générale en maison médicale et gardes hospitalières), le rôle que l'existence et l'accessibilité d'un médecin traitant peuvent jouer dans le choix du type de recours au service d'urgence, les motifs de recours aux différents services d'urgences et le type de prise en charge qui s'en est suivi (prise en charge médicale, sociale, psychiatrique, administrative, hospitalisation, suivi ambulatoire, examens complémentaires), les moments et l'adéquation de ces recours, le parcours de prise en charge des patients, l'influence du degré d'urgence ressentie sur le choix du type de recours, l'influence des modalités de paiement et l'influence du suivi médical antérieur. Nous avons également analysé le mode d'arrivée dans les hôpitaux et les délais de prise en charge dans les différents services d'urgence.

Les enfants n'ont pas été considérés dans cette étude qui s'adressait aux patients âgés de plus de 15 ans.

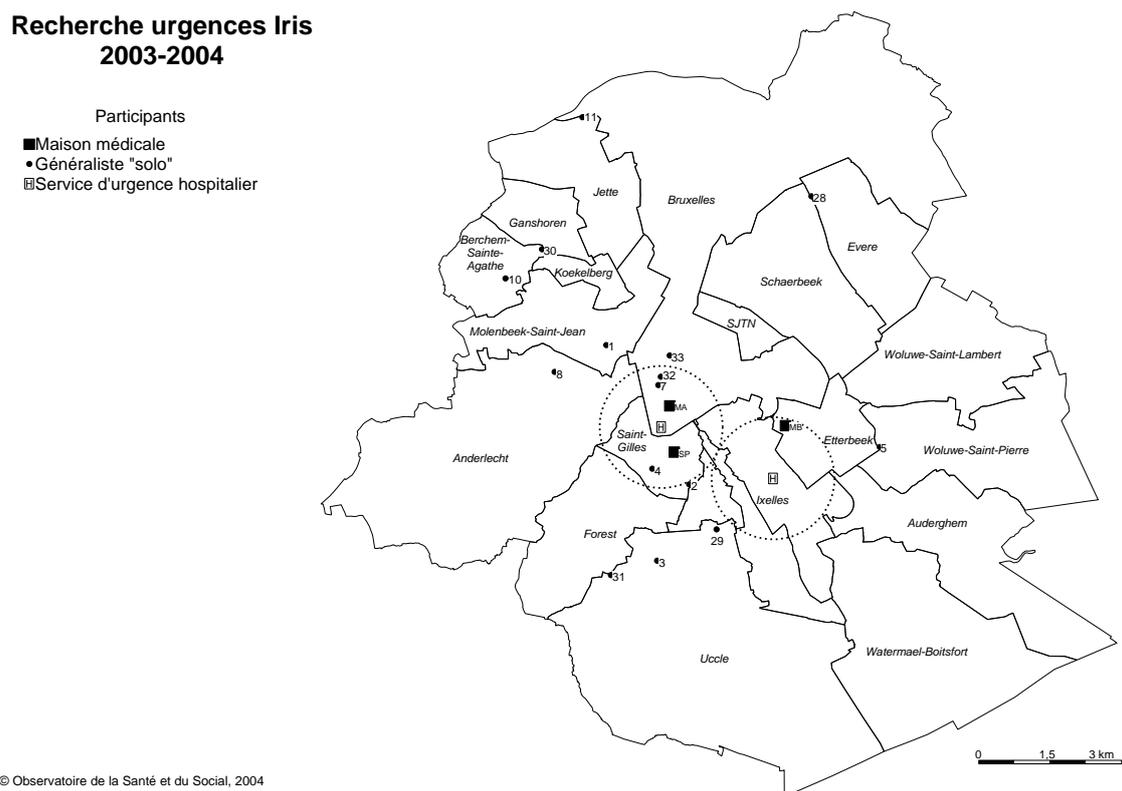
2 Matériels et méthodes

L'étude réalisée était une étude transversale descriptive. Les données ont été obtenues via une enquête par formulaire, auprès de deux échantillons de patients pendant trois semaines consécutives en novembre et décembre 2003.

2.1 Les deux échantillons de patients

Le premier échantillon a été constitué par des patients ayant recours en urgence à une garde hospitalière d'un hôpital général (Saint-Pierre et Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles) ; le deuxième échantillon a été constitué de patients ayant recours en urgence à des médecins généralistes. 34 médecins volontaires ont participé. Ils sont répartis dans les communes bruxelloises comme repris sur la carte (figure 1); 17 travaillaient « en solo » dont 5 participaient à Médigarde et 17 travaillaient dans trois maisons médicales. 29 étaient francophones et 5 étaient néerlandophones.

Figure 1 : Les médecins volontaires appartiennent à 10 des 19 communes ; ils sont surtout concentrés sur 3 communes



2.2 Critères d'inclusion

Dans les gardes hospitalières tous les patients se présentant pendant la période concernée ont été systématiquement enrôlés dans l'étude. En médecine générale, seuls les patients ayant demandé à être examinés « en urgence » (c'est-à-dire le jour même) par le médecin ont été enrôlés dans l'étude.

2.3 Les formulaires

Il s'agissait de questionnaires adressés au médecin en contact avec le patient lors de la consultation urgente. Ils ont été établis en collaboration avec des médecins généralistes, des responsables des gardes hospitalières et l'Observatoire de la Santé et du Social de la région Bruxelloise.

Ils comportaient deux volets et devaient être remplis le plus rapidement possible après le contact, en tout cas en ce qui concerne le deuxième volet plus médical, le premier volet pouvant être rempli a posteriori par du personnel administratif dans le cas des gardes hospitalières et des maisons médicales.

Le premier volet intitulé « volet signalétique » était un volet commun aux deux échantillons de patients et reprenait pour chaque patient l'âge, le sexe, la nationalité, le code postal du domicile, la compréhension linguistique, le statut social, la situation familiale, l'assurabilité et la circonstance particulière du contact.

Le deuxième volet était différent entre les deux échantillons et était intitulé soit « volet hospitalier » soit « volet ambulatoire ». Ce deuxième volet s'adressait plus spécifiquement à la demande de prise en charge en urgence : il reprenait à la fois des variables objectives et des variables subjectives.

Les variables objectives étaient la date, l'heure d'arrivée et celle de la prise en charge à la garde, le mode d'arrivée à l'hôpital ainsi que les données concernant l'existence et le recours à un éventuel médecin traitant, l'existence d'un suivi médical lors de la dernière année, les symptômes ou les raisons d'appel, le diagnostic, le type de prise en charge qui avait suivi le contact et le type de paiement de l'acte.

Les variables subjectives étaient le degré d'urgence ressenti par le patient et celui ressenti par le médecin au moment du contact ainsi que le degré d'urgence objectif estimé par le médecin après l'examen du patient. L'adéquation du moment du contact a également été évaluée par le médecin (venu au moment adéquat, trop tardivement ou aurait pu attendre).

L'évaluation du degré d'urgence était faite en demandant au patient de situer sur une échelle d'urgence croissante allant de 0 à 10 (0 = aucune urgence, 10 = nécessité de prise en charge immédiate) le degré de l'urgence qu'il ressentait. Le médecin faisait quant à lui deux évaluations du degré d'urgence de la pathologie du patient, une fois avant l'examen médical et une fois après celui-ci. Cette évaluation utilisait également une échelle allant de 0 à 10.

2.4 La mise en œuvre de l'étude

Les médecins de l'étude ont participé, à plusieurs reprises, à des réunions d'information avant le début de l'étude; un petit « dictionnaire » a été réalisé et distribué tant auprès des médecins généralistes qu'auprès de gardes hospitalières visant un remplissage du questionnaire le plus

adéquat possible ; un membre du comité de pilotage était joignable en permanence pour répondre à tout moment à toute question liée au remplissage du questionnaire.

Les questionnaires ont été distribués à chaque médecin individuellement ou via un de leurs représentants quand il s'agissait d'une maison médicale ou d'une garde hospitalière. Après leur remplissage, ils ont été récoltés en deux étapes auprès de chacun des médecins généralistes et des gardes hospitalières. Chaque médecin et chaque questionnaire avaient un identifiant unique. Les questionnaires étaient d'emblée anonymes en ce qui concerne la médecine générale, l'anonymisation des questionnaires hospitaliers ayant lieu dans un second temps.

A noter que tous les patients vus par les médecins généralistes en urgence n'ont pas été nécessairement inclus, la charge de travail que représentait le remplissage du formulaire ayant impliqué pour certains de n'en inclure qu'un sur deux ou trois. Il leur a été bien recommandé dans ce cas de ne pas choisir les patients pour lesquels ils remplissaient le formulaire de manière à ne pas créer un biais de sélection des données. On avait également demandé expressément à chaque médecin généraliste de garder la liste des patients qu'ils avaient enrôlés dans l'étude pour pouvoir éventuellement préciser avec eux des données illisibles ou incomplètes.

Une enquête parallèle a également été menée chez les médecins généralistes participant à l'étude pour connaître leur pratique quotidienne (maison médicale, médecine générale « solo », pratique mixte, pratique privée en association avec d'autres médecins généralistes), leur pratique de garde (dans le cadre d'un service de garde uniquement, pour la patientèle et le voisinage uniquement, mixte), le type de leurs consultations (sur rendez-vous, sans rendez-vous, mixte), les horaires de leurs consultations, la langue parlée par leur patientèle, les plages horaires pendant lesquelles ils font des consultations urgentes avec les renvois éventuels vers des services de garde (gardes généralistes, confrère, hôpital) et le fait qu'ils font ou non des visites à domicile.

Le nombre total des contacts patients de chaque médecin généraliste pendant la période de l'étude a également été relevé en vue d'évaluer le pourcentage de consultations qu'ils avaient effectuées en urgence.

2.5 L'encodage des données

L'encodage des données a été réalisé dans une base de données « lotus notes » par un seul encodeur. Les données « à cocher » ont été simplement reportées dans un formulaire électronique lié à la base de données. Les données « texte » reprenant les raisons de rencontre et les diagnostics ont été codées en suivant la classification CISP-2, deuxième version (Classification Internationale des Soins Primaires) qui permet le recueil des données médicales en médecine générale. Les raisons de contact n'ont pas été hiérarchisées.

Pour certaines questions plusieurs réponses étaient possibles ; les catégories ne sont donc pas toujours exclusives.

2.6 L'analyse statistique des données

L'analyse statistique des données a été réalisée par l'Observatoire de la Santé et du Social de la région Bruxelloise. Elle a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 12.0.

Les différences de proportions entre groupes ont été testées par le χ^2 ou par le test exact de Fisher, Irwin et Yates lorsque les conditions du χ^2 n'étaient pas remplies. Les différences de proportions ont été présentées avec leur intervalle de confiance.

Certaines variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne et leur déviation standard. Les différences entre 2 moyennes ont été testées par le test t de Student.

Les risques relatifs ont été estimés et leur intervalle de confiance a été calculé par la méthode de Greenland- Robins.

Dans le but de rechercher les variables confondantes et modificatrices d'effet, des analyses stratifiées ont été effectuées.

Pour chaque variable analysée, les données manquantes ont été exclues de l'analyse.

2.7 Nombre de données manquantes

La proportion des données manquantes pour les variables analysées est faible chez les médecins généralistes : elle est inférieure à 5% pour la plupart des variables. Les données manquantes sont plus fréquentes dans les hôpitaux.

A chaque fois que ce taux de données manquantes pouvait induire un biais, cela est signalé.

Pour Ixelles, les questionnaires très incomplets pour le volet hospitalier concernent plus souvent des patients plus précarisés (chômeurs ou SDF) ou avec compréhension linguistique limitée. Pour certaines variables, l'échantillon de la garde d'Ixelles n'est donc pas représentatif de la population qui la fréquente, les patients les plus précarisés étant sous-représentés.

Notons que pour Ixelles les questionnaires très incomplets pour le volet « hospitalier » concernent plus spécifiquement 4 jours de l'enquête (65% des questionnaires incomplets). Ils n'ont cependant pas été exclus de l'analyse pour les variables dont la valeur était connue. Les questionnaires incomplets se répartissent par ailleurs de manière homogène sur les 17 autres jours.

Pour Saint-Pierre, les questionnaires très incomplets pour le volet « hospitalier » concernent également plus souvent les SDF mais les différences sont nettement moins marquées que pour Ixelles. Ils sont répartis de manière homogène tout au long de l'enquête. Pour cet hôpital, on note légèrement plus de patients en situation difficile pour l'assurabilité et plus de consultations non payées parmi les questionnaires inexploitable pour le volet « hospitalier ».

2.8 Recodage de certaines données

- La catégorie SDF a été reconstituée à partir des données reprises dans différentes variables.
- La variable situation familiale a été recodée en une variable avec moins de catégories pour faciliter l'analyse.
- 3 catégories d'assurés ont également été redéfinies: patients affiliés à une mutuelle, patients sans assurance soins de santé et les autres.
- Pour la circonstance particulière du contact, une catégorie non prévue initialement a été créée, reprenant les contacts liés à une demande administrative.

- Les catégories « forfait », « adapté » et « différé » ont été créées au départ de la catégorie « autre » de la variable paiement de l'acte médical généraliste.
- Définition d'une variable « précarité » : celle-ci combine les variables statut social et assurabilité ; elle reprend les patients des catégories suivantes : chômage, dépendant du CPAS, en séjour illégal, réfugié, SDF, bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance soins de santé et sans assurances soins de santé (à l'exception des payants complets non indigents).

2.9 *Sous-échantillonnage des données*

Pour l'analyse des variables socio-démographiques, deux sous-échantillons ont été extraits des données globales. Ils reprennent les données concernant deux zones géographiques restreintes (2,6 km de diamètre) centrées autour des deux hôpitaux (figure 1). Seule la première zone a été analysée car elle comprend tous les types de pratique médicale (outre l'hôpital Saint-Pierre, elle englobe deux maisons médicales et 3 médecins généralistes « solo »). La deuxième zone n'englobant que l'hôpital d'Ixelles et une seule maison médicale n'a pas été analysée.

3 Résultats

3.1 Description de l'échantillon

5324 patients ont été inclus dans l'étude. 2139 (40,2%) ont été vus par les médecins généralistes (995 par les médecins « solo » et 1144 par les médecins de maisons médicales) et 3185 (59,8%) par les services d'urgence hospitaliers.

Les patients vus en urgence par les médecins généralistes représentent une fourchette très large de leur patientèle : ils représentent 11 à 77% de leurs contacts avec des patients sur la période de l'enquête.

Le nombre de questionnaires remplis par médecin varie de la même façon de 3 à 217 (moyenne : 63 questionnaires par médecin).

3.2 Description des données récoltées

3.2.1 Lieu de résidence des patients de l'échantillon

92% des patients de l'échantillon total résident à Bruxelles.

Les patients ayant recours aux gardes hospitalières proviennent des communes voisines de celles-ci (tableau 1).

Tableau 1 : Communes d'origine des patients fréquentant les gardes hospitalières

Saint-Pierre	Bruxelles 1000	24,8%
	Saint-Gilles	15,3%
	Anderlecht	8,3%
	Molenbeek	7,1%
	Forest	6,8%
Ixelles	Ixelles	39,1%
	Etterbeek	16,6%
	Watermael-Boisfort	6,5%
	Auderghem	5,9%

3.2.2 Distribution des âges

88% du total de l'échantillon de patients ont moins de 64 ans ; 69% ont moins de 44 ans.

L'âge moyen des patients consultant en urgence est plus élevé chez les médecins généralistes « solo » : 21,6% de leurs patients vus en urgence ont plus de 65 ans ; cette proportion est de 8,7% pour les maisons médicales, 7,9% pour Saint-Pierre et 13,8% pour Ixelles.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement moins nombreux parmi les patients ayant fait appel à un médecin généraliste solo.

Dans la zone centrée sur l'hôpital Saint-Pierre, les différences de proportions des différents âges sont encore plus marquées entre les différents types de pratique: la proportion de personnes de plus de 65 ans est près de 7 fois plus élevée chez les généralistes « solo » que

dans les maisons médicales. La distribution des âges des patients est assez semblable entre Saint-Pierre et les maisons médicales proches.

3.2.3 Distribution des sexes

Globalement, la proportion d'hommes vus en urgence est significativement plus importante dans les hôpitaux (54,7% à Saint-Pierre et 48,1% à Ixelles) qu'en médecine générale. Ceci est particulièrement marqué dans la tranche d'âge de 25 à 64 ans où 58% des patients de Saint-Pierre et 54% des patients d'Ixelles sont des hommes.

Inversement, dans l'échantillon total, la proportion de femmes est plus importante en médecine générale ; il n'y a pas de différence significative entre la proportion de femmes chez les médecins généralistes « solo » (56,9%) et en maisons médicales (60,2%).

Par contre, dans la zone centrée autour de l'hôpital Saint-Pierre, la proportion de femmes est plus élevée chez les MG « solo » (69,2%) qu'en maison médicale (58,8%).

3.2.4 Nationalité

37,3% des patients de l'échantillon sont des non-belges résidents et 2,2% sont des non-résidents.

La proportion de non-belges résidents à Saint-Pierre est de 46,5% pour 32,7% en maisons médicales et seulement 23,8% en médecine générale « solo » ($p < 0,001$).

En ce qui concerne les patients non-résidents en Belgique, la proportion est de 3,0% à Saint-Pierre, de 1,4% en maison médicale et 0,8% en médecine générale « solo ». Les données d'Ixelles ne sont pas exploitables pour cette variable.

Dans la zone centrée sur Saint-Pierre, les différences entre les généralistes « solo » et les maisons médicales sont plus importantes encore. On ne compte en effet que 12,3% de résidents non-belges chez les médecins généralistes « solo » de cette zone pour 37,6% en maisons médicales.

3.2.5 Compréhension linguistique

Les problèmes de compréhension linguistique touchent une minorité de patients. Ils sont un peu plus importants à Saint-Pierre et en maisons médicales qu'en médecine générale « solo ». Les différences notées entre Saint-Pierre et les maisons médicales ne sont pas significatives que ce soit dans l'échantillon global (tableau 2) ou dans la zone centrée sur Saint-Pierre. La proportion plus importante d'allochtones à Saint-Pierre relativement aux maisons médicales et au médecin généraliste « solo » s'accompagne d'un usage plus fréquent d'interprète.

A noter que les données récoltées à Ixelles ne sont pas exploitables pour cette variable.

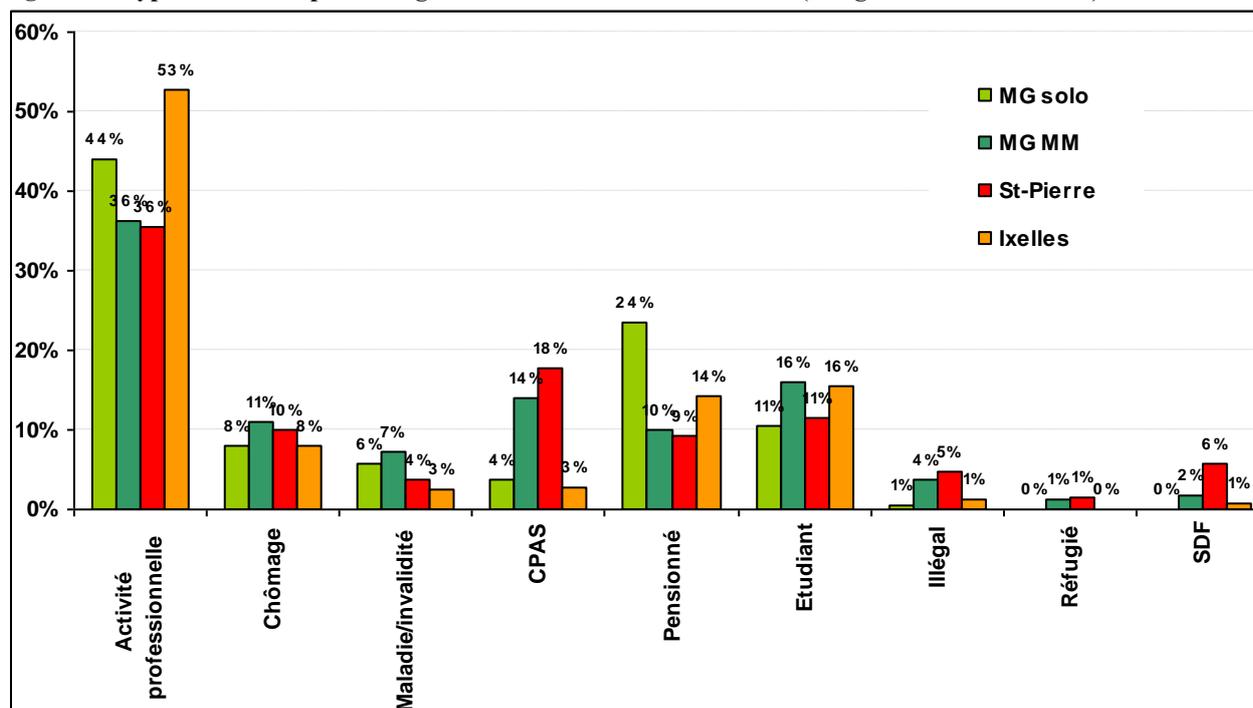
Tableau 2 : Compréhension linguistique dans l'échantillon global

Compréhension linguistique	MG solo	MG MM	St Pierre
Aucune	7 ,7%	14 1,2%	44 1,8%
Partielle	51 5,3%	89 7,8%	192 7,8%
Satisfaisante	890 92,3%	1014 89,3%	2149 87,6%
Interprète	16 1,7%	18 1,6%	67 2,7%
Total	964	1135	2452

3.2.6 Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives)

La répartition des données récoltées est reprise dans la figure 2 ci-après.

Figure 2 : Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives)



Les patients de l'échantillon en activité professionnelle sont proportionnellement plus nombreux à s'adresser à la médecine générale « solo » et à Ixelles qu'à Saint-Pierre et en maisons médicales ($p < 0,001$); il y a plus de chômeurs en maisons médicales et à Saint-Pierre qu'en médecine générale « solo » et à Ixelles ($p = 0,051$).

La proportion des patients en « maladie-invalidité » est plus importante en médecine générale qu'à la garde des hôpitaux ($p < 0,001$).

Les patients dépendant du CPAS sont proportionnellement plus nombreux dans les maisons médicales et à Saint-Pierre qu'en médecine générale « solo » ($p < 0,001$).

La proportion de patients (pré)-pensionnés est plus importante en médecine générale « solo » qu'en maison médicale et à Saint-Pierre ($p < 0,001$).

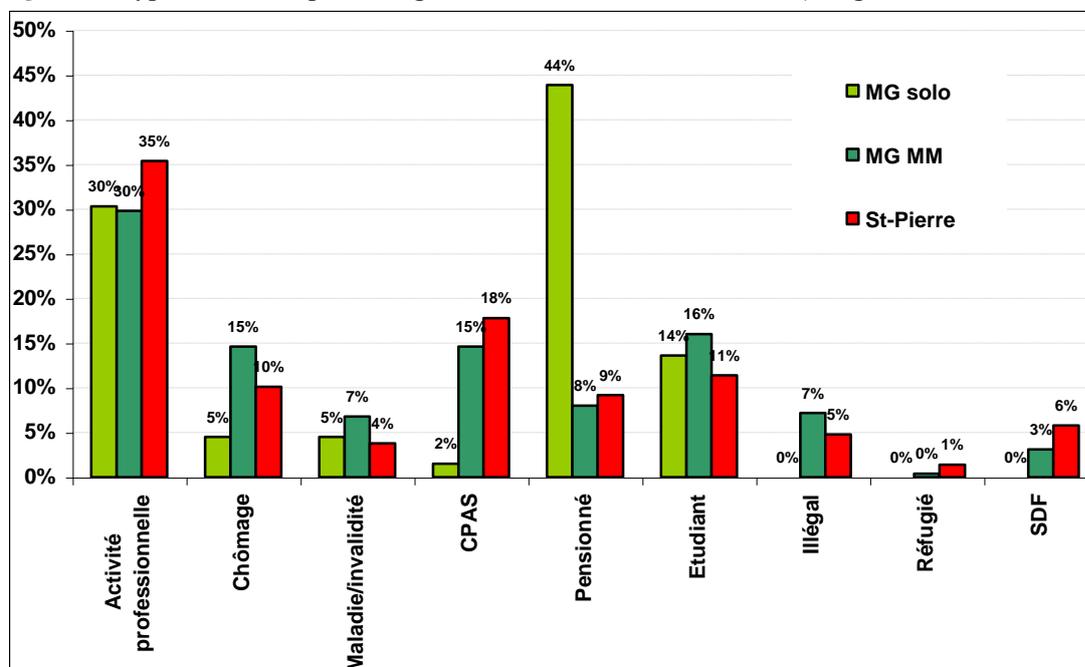
La proportion des étudiants est plus importante en maison médicale et à Ixelles qu'à Saint-Pierre ou en médecine générale « solo » ($p < 0,001$).

La proportion de patients illégaux est nettement plus importante en maisons médicales et à Saint-Pierre qu'en médecine générale « solo » et à Ixelles ($p < 0,001$).

On trouve les mêmes différences pour les réfugiés et pour les SDF ($p < 0,001$).

Dans la zone centrée autour de l'hôpital Saint-Pierre (figure 3), les différences de profil social selon le type de service restent significatives ; le profil des patients en maisons médicales est plus proche de celui des patients de Saint-Pierre que de celui des médecins généralistes « solo ». On observe proportionnellement plus de patients dépendant du CPAS, de SDF et de réfugiés à Saint-Pierre que dans les maisons médicales.

Figure 3 : Type de recours pour l'urgence en fonction du statut social (catégories non exclusives)



3.2.7 Type de recours pour l'urgence en fonction de l'assurabilité

12% des patients de la totalité de l'échantillon n'ont pas d'assurance soins de santé (en stage, sans couverture, sans mutuelle et dépendant du CPAS, bénéficiaire de l'AMU, paiement complet des soins). 20% des patients de Saint-Pierre sont dans cette situation pour 2,8% en médecine générale « solo » et 7% en maisons médicales ($p < 0,001$).

Les patients bénéficiant de l'AMU sont proportionnellement les plus nombreux en maisons médicales.

Dans la zone centrée sur Saint-Pierre, la proportion de patients sans assurance dans les maisons médicales est plus élevée que dans l'ensemble des maisons médicales (12% contre

7%) et la proportion de patients sans assurance en médecine générale « solo » dans cette zone n'est que de 1,6% contre 2,8% pour l'ensemble des médecins généralistes « solo ».

3.2.8 Type de recours pour l'urgence en fonction de la précarité

Les patients en situation précaire représentent 38% de l'échantillon total.

La proportion de ces patients est plus élevée en maisons médicales (42,9%) et à Saint-Pierre (47,1%) qu'en médecine générale « solo » (21,4%) et à Ixelles (16,4%) ($p < 0,001$).

On retrouve la même distribution dans la zone centrée sur Saint-Pierre : pour 47,1% de patients en situation précaire à Saint-Pierre, on en trouve 45,5% dans les maisons médicales voisines et 19,7% en médecine générale « solo » ($p < 0,001$).

3.2.9 Impact de l'existence d'un médecin traitant sur le type de recours en urgence

66,7% des patients de l'échantillon avaient un médecin traitant.

52% des patients qui ont recouru à la garde hospitalière avaient un médecin traitant pour 85,8% des patients qui ont recouru à la médecine générale ($p < 0,001$).

A noter qu'un biais est possible pour cette estimation, l'information quant à l'existence d'un médecin traitant étant manquante pour 16,8% des patients vus à l'hôpital contre 2,9% des patients vus en médecine générale.

La proportion de patients avec médecin traitant est la même pour les patients qui ont eu recours à un médecin généraliste « solo » (87,1%) que pour ceux qui ont eu recours à un médecin de maison médicale (84,8%).

Une proportion plus importante de patients avait un médecin traitant à Ixelles (67,3%) relativement à Saint-Pierre (48,9%).

L'analyse de données croisées entre le type d'adressage et l'existence ou non d'un médecin traitant montre en outre que:

1) pour le recours à la garde d'un hôpital :

51,8% des patients qui se sont adressés à une garde hospitalière avaient un médecin traitant. Parmi ceux qui se sont présentés de leur propre initiative, seuls 45,3% avaient un médecin traitant ; parmi ceux qui sont arrivés à la garde via le 100 ou le SAMU, 66% d'entre eux avaient un médecin traitant et parmi ceux qui sont référés par un médecin généraliste 94,6% d'entre eux avaient un médecin traitant ($p < 0,001$). La proportion de patients référés par un médecin généraliste n'est que de 5,6% ; cette proportion pourrait être sous-estimée car une partie des patients admis via le 100 et le SAMU sont vraisemblablement également référés par un médecin généraliste et ne sont pas repris dans les deux catégories.

14,6% des patients qui ont consulté une garde hospitalière ont contacté un médecin généraliste avant de s'y présenter. Ce pourcentage monte à 22,8% pour les patients qui

avaient un médecin traitant et n'est que de 1,4% pour les patients qui n'avaient pas de médecin traitant.

2) pour le recours à la garde de médecine générale :

91,1% des patients qui avaient un médecin traitant ont été vus en urgence par leur généraliste traitant, un médecin de la même équipe soignante ou le remplaçant de leur médecin traitant. Parmi ceux qui n'avaient pas de médecin traitant, 12,5 % seulement ont eu recours à un service de garde. 50,2% ont eu recours à un autre médecin généraliste éventuellement renseigné par un proche.

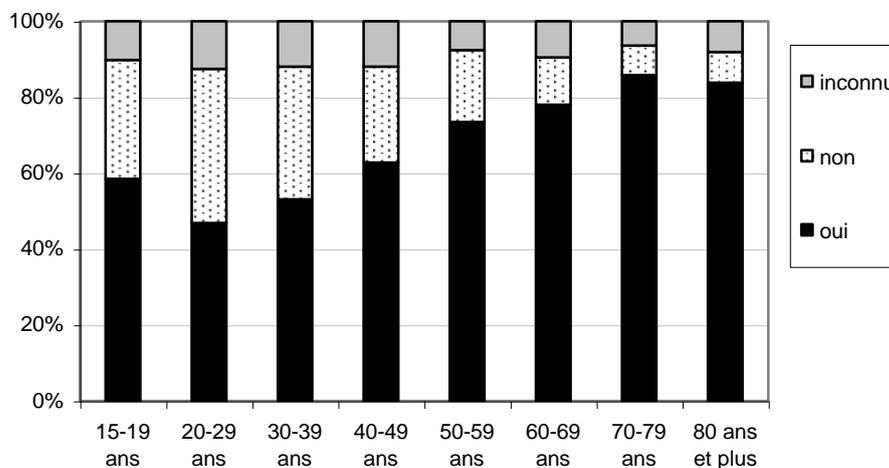
3.2.10 Analyse du profil des patients selon qu'ils ont ou non un médecin traitant

1) lien avec le sexe et l'âge :

73% des femmes de la totalité de l'échantillon ont un médecin traitant contre 60% des hommes ($p < 0,001$).

La proportion des patients ayant un médecin traitant augmente avec l'âge ($p < 0,001$) : 91,5% des patients de l'échantillon de plus de 70 ans ont un médecin traitant pour 38,5% des moins de 20 ans (figure 4).

Figure 4 : Pourcentage de patients avec médecin traitant dans les différentes catégories d'âge



2) lien avec la nationalité :

77,3% des patients belges de l'échantillon avaient un médecin traitant contre seulement 51,3% des patients non-belges résidents et 24,1% des patients non-résidents ($p < 0,001$).

3) lien avec la situation de précarité :

57% des patients en situation précaire de l'échantillon ont un médecin traitant contre 73,2% des patients non en situation précaire ($p < 0,001$).

4) lien avec la catégorie sociale :

92,8% des pensionnés et 83,5% des invalides de l'échantillon ont un médecin traitant contre seulement 53,2% des patients dépendant du CPAS, 30,8% des réfugiés, 25% des illégaux et 17,6% des SDF ($p < 0,001$) ; à noter que, dans l'échantillon, 70,8% des patients en activité professionnelle et 64,7% des étudiants seulement ont un médecin traitant.

5) lien avec la situation familiale :

64,2% des isolés de l'échantillon ont un médecin traitant contre 70,6% des patients des autres catégories ($p < 0,001$).

6) lien avec l'existence d'une couverture sociale :

31% des patients sans mutuelle de l'échantillon ont un médecin traitant contre 72,5% des patients avec mutuelle ($p < 0,001$).

Pour les personnes qui dépendent du CPAS dans l'échantillon, on note que seulement 31% d'entre elles qui ont consulté à l'hôpital avaient un médecin traitant (ce qui est significativement moins que les autres catégories sociales) et d'autre part que 89,4% de celles qui ont consulté un médecin généraliste avaient un médecin traitant. Cette dernière proportion n'est pas significativement différente de celle des autres catégories sociales qui ont consulté en urgence un médecin généraliste.

3.2.11 Pourcentage de cas référé à une garde hospitalière suite à un examen urgent en médecine générale

3,1% des patients vus par un médecin généraliste en urgence ont été référés à une garde hospitalière suite à ce contact : 1,8% s'y sont rendus par leurs propres moyens et 1,3% y ont été référés via le 100 ou le SAMU.

3.2.12 Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de l'hôpital

Cette donnée est manquante pour 32,8% de patients avec médecin traitant vus à l'hôpital ; un biais dans l'analyse est donc possible. Les réponses ont été regroupées en six catégories (tableau 3).

Tableau 3 : Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de l'hôpital

Raisons	N	% des patients
Le service d'urgence répond aux besoins ressentis du patient (plateau technique, urgence ressentie,...)	321	34,9%
N'a pas pensé, n'a pas pris contact	226	24,5%
Le médecin traitant ne pouvait les recevoir (absent, non disponible, délai trop long)	162	17,6%
Service d'urgence plus près que le MT	102	11,1%
Pas eu le choix (SAMU, 100, police, envoyé par médecin)	158	17,2%
Autres	29	3,1%

A noter que les raisons invoquées ne sont pas différentes chez les patients en situation de précarité et les autres.

3.2.13 Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de médecine générale

Les données manquantes pour cette variable concernent 21,6% des réponses. 1783 patients ayant un médecin traitant ont consulté un médecin généraliste en urgence ; 70,6% ont été vus par leur médecin traitant et 29,4% par un autre médecin généraliste.

Les raisons de non-contact sont reprises dans le tableau 4.

Tableau 4 : Raisons de non contact avec leur médecin traitant pour les patients vus à la garde de médecine générale

Raisons de voir un autre MG en urgence	N	%
Vus par un médecin de la même maison médicale	242	54,6%
Médecin traitant non disponible	71	16,0%
Raisons pratiques (plus proche,...)	41	9,3%
Médecin traitant absent	34	7,7%
Référé au remplaçant du MT	21	4,7%
Souhaite changer de MT	13	2,9%
Autres	21	4,7%

3.2.14 Motifs de rencontre et diagnostics

On a analysé ici le contenu des variables « raisons de rencontre » et « diagnostics ». En l'absence de hiérarchie des plaintes et des diagnostics, tous ceux cités ont été pris en compte de la même manière.

L'analyse révèle certains problèmes d'encodage des données rendant une exploration fine de celles-ci difficile sans un réencodage complet des fiches. On note par exemple que les

douleurs thoraciques d'origine cardio-vasculaire ont été encodées comme plainte du système ostéo-articulaire ; cette erreur a été faite tant pour les patients ayant recours à la médecine générale que pour les patients ayant recours aux gardes hospitalières. Le réencodage des fiches n'a pas été réalisé, l'objectif étant actuellement de comparer les deux échantillons de patients.

1) Motifs des rencontres regroupés par chapitre (tableau 5) :

Tableau 5 : Motifs des rencontres en médecine générale et à la garde hospitalière

Généralistes	%	n	Hôpital	%	n
Respiratoire	27,0 %	1054	Ostéo-articulaire	23,3 %	994
Général	21,2 %	826	Digestif	16,0 %	681
Ostéo-articulaire	14,1 %	550	Général	12,1 %	513
Digestif	11,7 %	456	Respiratoire	9,7 %	411
Psychologique	5,4 %	210	Neurologique	8,6 %	365
Neurologique	5,2 %	204	Psychologique	5,6 %	238

Les 6 premiers chapitres les plus fréquents sont les mêmes à l'hôpital et chez les médecins généralistes mais leur fréquence n'est pas la même à l'hôpital et en médecine générale. A l'hôpital, les motifs de rencontre les plus fréquents (23,3%) sont ceux concernant le chapitre ostéo-articulaire ; en médecine générale, ce sont des motifs liés au chapitre respiratoire qui sont les plus fréquents (27%).

2) top 10 des diagnostics : comparaison généralistes / hôpitaux (tableau 6):

Tableau 6 : Top 10 des diagnostics en médecine générale et à la garde hospitalière

Généralistes	%	n	Hôpital	%	n
Respiratoire	33,9%	952	Cutané	16,4%	589
Ostéo-articulaire	11,3%	318	Ostéo-articulaire	14,7%	526
Psychologique	10,4%	293	Digestif	12,7%	455
Digestif	9,7%	272	Respiratoire	12,3%	442
Général	9,6%	270	Psychologique	9,8%	351
Circulatoire	5,4%	153	Oculaire	5,0%	178

Le chapitre le plus fréquemment retrouvé en médecine générale est le chapitre respiratoire : un tiers des diagnostics concernent les voies respiratoires chez les médecins généralistes (infection aiguë des voies respiratoires supérieures, autres infections respiratoires, laryngite, trachéite, bronchite, sinusite, angine aiguës) contre 12% seulement à l'hôpital. Le chapitre le plus fréquemment retrouvé dans les gardes hospitalières est le chapitre cutané (ecchymose ou contusion, coupure ou lacération,...) ; il représente 16,4% des diagnostics posés dans les gardes hospitalières.

Les maladies des dents et des gencives sont le troisième des diagnostics posés à l'hôpital.

Les maisons médicales ont 3,7% de contacts administratifs ; ceux-ci concernent essentiellement la population en situation de précarité.

3) Les cinq chapitres donnant le plus souvent lieu à une hospitalisation après un passage à la garde d'un hôpital sont, par ordre d'importance, le chapitre circulatoire (85 diagnostics), respiratoire (66 diagnostics), psychologique (61), ostéo-articulaire (54) et digestif (52). Ils totalisent 82% des 524 diagnostics donnés en cas d'hospitalisation.

3.2.15 Comparaison des diagnostics posés par les généralistes et par les hôpitaux à plainte égale

Dans cette analyse seul le premier diagnostic a été pris en compte. Les plaintes examinées sont la toux, la fièvre, le mal de tête, la fatigue et les autres douleurs abdominales localisées.

A catégorie de plainte égale, la tendance est que le diagnostic posé dans les gardes hospitalières est plus sévère qu'en médecine générale (fréquence plus grande de bronchite, pneumonie que de laryngite ou infections des voies respiratoires supérieures par exemple). Les pathologies gynécologiques et obstétriques sont plus fréquentes à l'hôpital qu'en médecine générale. Les traumatismes sont pris en charge préférentiellement dans les hôpitaux.

A noter enfin que les principaux motifs de rencontre ne diffèrent pas nettement entre les médecins généralistes « solo » et les médecins généralistes en maison médicale, entre les catégories d'âge de patients, entre la population précarisée et non précarisée et entre les degrés d'urgence ressentis par le patient (> ou < 8/10) qu'ils aient eu recours à la médecine générale ou à la garde hospitalière.

3.2.16 Comparaison des types de recours pour un même motif de rencontre

On a analysé ici les patients se présentant avec soit une association de toux et de fièvre (185 patients), soit des douleurs coliques (367 patients), soit un traumatisme (570 patients avec contusions, plaies, entorse ou éraflure). On a recherché pour ces patients les liens éventuels entre le type de recours qu'ils ont choisi et leur sexe, leur nationalité, leur statut social, le fait d'avoir un médecin traitant et, pour le groupe des traumatismes, leur âge.

a) pour l'association fièvre et toux ou pour les douleurs coliques, il existe une association significative entre le type de recours et la nationalité, le statut social et le fait d'avoir un médecin traitant (tableau 7).

Tableau 7 : Association entre le type de recours et les variables sexe, nationalité, statut social précaire et absence de médecin traitant pour les symptômes toux et fièvre ou douleurs coliques

TOUX ET FIEVRE ou DOULEURS COLIQUES	Hôpital N= n (%)	Généraliste N= N (%)	OR (IC 95 %)	p-valeur
Sexe masculin	99 (34,1 %)	111 (42,7)	0,70 (0,61-0,98)	0.04
Non belge résident	161 (57,7)	77 (29,6)	3,24 (2,27-4,63)	<0,001
Statut social précaire	147 (51,9)	73 (28,8)	2,81 (1,97-4,02)	<0,001
Pas de médecin traitant	155 (58,7)	42 (16,6)	7,14 (4,73-10,79)	<0,001

TOUX ET FIEVRE Ou DOULEURS COLIQUES		Hôpital	Généraliste	OR (IC 95%)	P valeur
Pas de médecin traitant	Statut social précaire	97 (64,2 %)	10 (23,8 %)	5,75 (2,62-12,59)	< 0.001
Médecin traitant	Statut social précaire	36 (33,3 %)	60 (28,4 %)	1,26 (0,76-2,07)	NS

Si on analyse spécifiquement la population en situation précaire on constate que le fait pour elle d'avoir un médecin traitant diminue nettement le recours de cette population à la garde hospitalière : s'il existe un médecin traitant, il n'y a plus d'association significative entre précarité et recours à la garde hospitalière.

Toutes les associations décrites dans le tableau 8 ne sont pas atténuées par l'ajustement pour l'âge et le sexe (et également après ajustement pour la nationalité).

b) pour les traumatismes : parmi les 570 patients avec un traumatisme tel que décrit plus haut, 92,8% ont été vus à la garde hospitalière.

Les variables associées significativement au recours à l'hôpital sont reprises dans le tableau 8.

Tableau 8 : Association entre le type de recours et les variables sexe, nationalité, statut social et absence de médecin traitant pour les traumatismes

TRAUMATISME		3.2.16.1.1.1.1 Hôpital	Généraliste	Total	P valeur
Sexe	Masculin	61,7% (325)	35,0% (14)	2,99(1,46-6,18)	< 0.001
Nationalité	Non belge résident	32,1% (162)	24,4% (10)	1,47 (0,67-3,29)	NS
Statut social	Statut social précaire	29,4% (144)	21,9% (9)	1,48 (0,66-3,43)	NS
Médecin traitant	Non	42,7% (209)	4,9% (2)	14,56 (3,39-88,15)	<0,001
Age	65 ans et plus	10,1% (53)	29,3% (12)	0,27 (0,12-0,60)	= 0.001

Les patients masculins ayant un médecin traitant et souffrant de traumatisme ont recours significativement plus fréquemment à l'hôpital pour cette pathologie (tableau 9) (p<0,05).

Tableau 9 : Association entre le type de recours pour les patients masculins et le fait d'avoir un médecin traitant dans le cas des traumatismes

TRAUMATISME		Hôpital	Généraliste	OR (IC 95%)	p-valeur
Pas de médecin traitant	Masculin	68,4% (143)	50,0% (1)	2,17 (0,0-80,88)	NS
Médecin traitant	Masculin	54,0% (150)	34,2% (13)	2,25 (1,05-4,87)	0,022

3.2.17 Influence du suivi médical au cours de la dernière année sur le type de recours choisi

88,5% des patients vus par les généralistes ont déclaré avoir été suivis médicalement au cours des douze derniers mois pour seulement 48,9% des patients vus dans les services d'urgence hospitaliers ($p < 0,001$). Ces différences sont observées dans toutes les tranches d'âge. Il y a une association significative entre le fait d'avoir eu un suivi médical pendant les douze derniers mois et le fait d'avoir un médecin traitant ($p < 0,001$).

A noter que parmi les patients vus par un médecin généraliste, 43,9% avaient un DMG. La question n'ayant pas été posée aux patients ayant fréquenté un service de garde hospitalière, on ne peut pas savoir si le fait d'avoir un DMG influence le choix du type de recours. On note également que la fréquence des patients qui ont un DMG augmente avec l'âge.

3.2.18 Distribution de l'activité quotidienne au cours de la période de l'étude

Les fréquences de contacts « généralistes » et « services d'urgence » sont reprises dans les figures 5 et 6.

Figure 5 : Fréquence des contacts en médecine générale

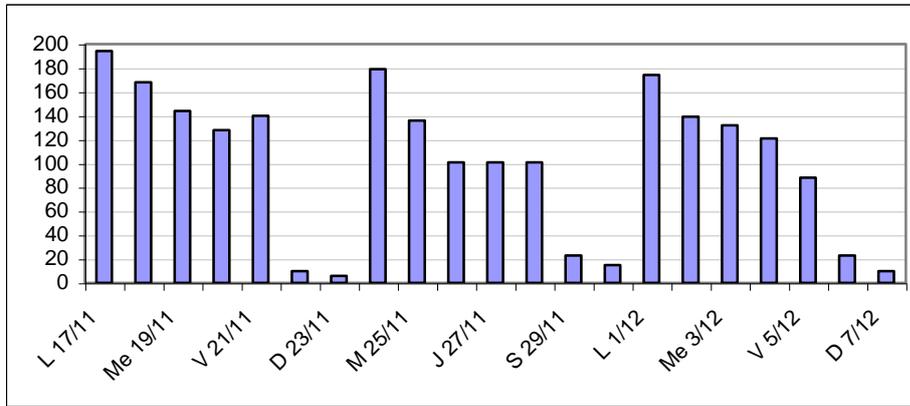
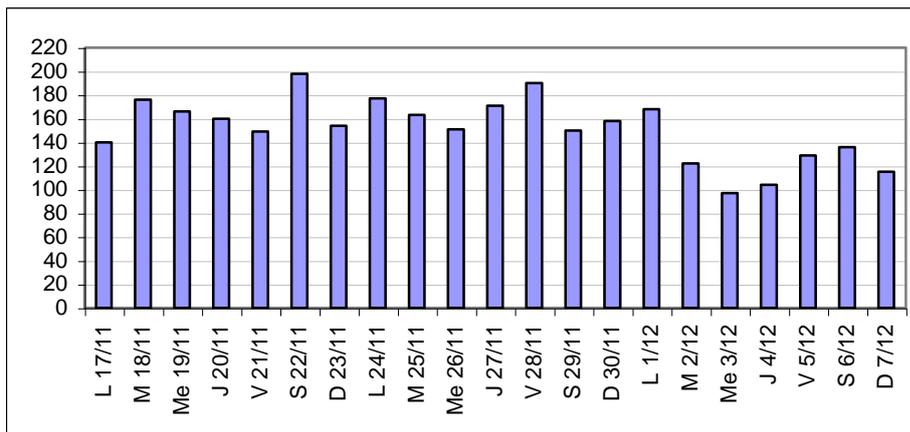


Figure 6 : Fréquence des contacts dans les gardes hospitalières



L'activité d'urgence des généralistes est très faible les week-end ; la fréquence des contacts est la plus élevée les lundis.

Pour les gardes hospitalières, l'activité est plus homogène ; on n'y note pas de pic d'activité les week-ends.

3.2.19 Distribution de l'activité des services d'urgence au cours de la journée

Les fréquences des heures d'appel et des heures de contact avec les médecins généralistes ainsi que les fréquences des heures d'arrivée et de prise en charge par les services d'urgence sont reprises dans les figures 7 et 8.

Figure 7 : Fréquences des heures d'appel et de contact en médecine générale

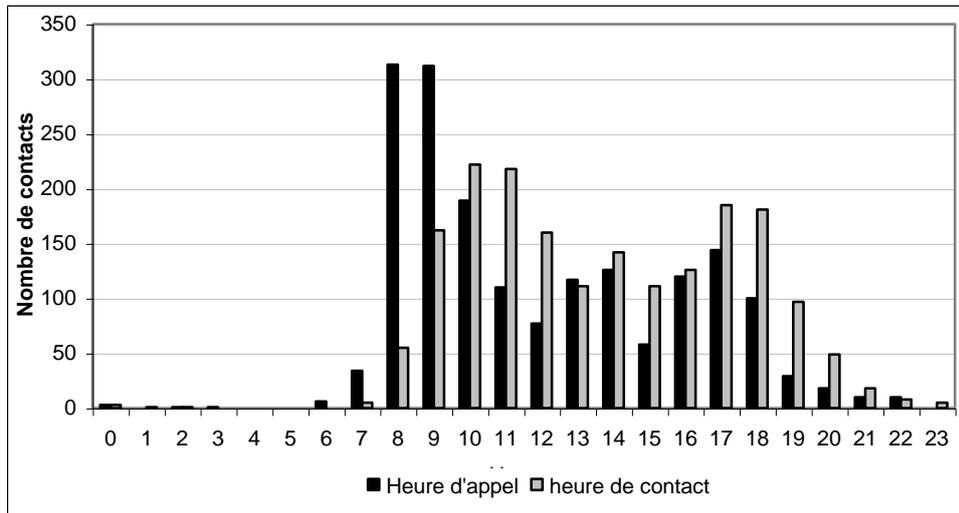
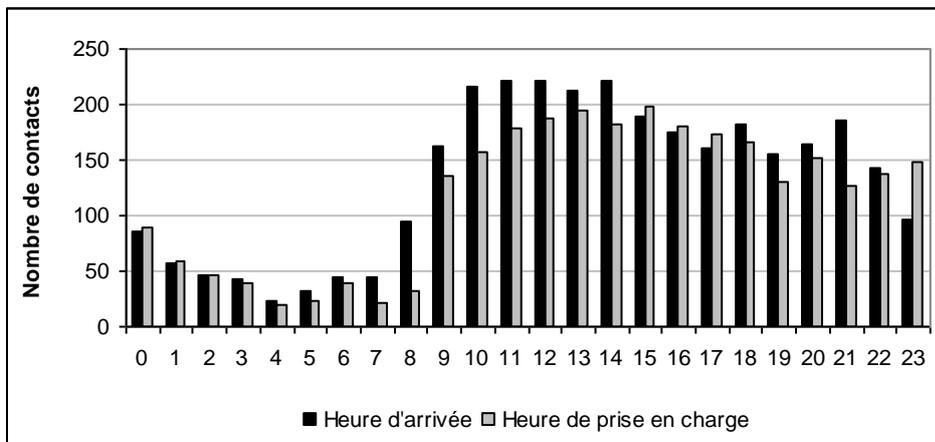


Figure 8 : Fréquences des heures d'arrivée et de prise en charge à la garde hospitalière



46% des appels chez les médecins généralistes se font entre 8 et 11 heures ; un deuxième pic plus faible est observé entre 16 et 19 heures (20,4% des appels). Il n'y a qu'1,2 % des appels qui ont lieu entre 22h et 7h. Les contacts ont lieu, quant à eux, surtout le matin entre 9 et 13 heures (41% des contacts) et entre 17 et 19 heures (20% des contacts).

Pour les services de garde hospitalière, la distribution des heures d'arrivée et de prise en charge est identique. L'activité est la plus importante entre 10 et 15 heures avec un deuxième pic entre 21 et 22 heures. En dehors de ces pics l'activité est homogène. Les arrivées de nuit (entre 22h et 7h) représentent 18% des cas.

Si on s'intéresse à l'activité spécifique des médecins « Médigarde », on constate que sur les 202 contacts qu'ils ont eus avec des patients, 47,2% ont été réalisés dans le cadre de cette garde, le reste des contacts urgents concernant leurs propres patients. Pour ces médecins, on ne note pas d'activité de week-end plus importante que pour l'ensemble des médecins généralistes : la proportion des contacts effectués pendant le week-end est de 5% pour les médecins de Médigarde versus 4,6% pour l'ensemble des médecins généralistes.

La proportion de contacts effectués les week-ends est un peu plus importante pour les médecins ayant été contactés via le service de garde que pour l'ensemble des médecins généralistes : 9,5% versus 4,6% (non significatif).

La proportion d'appels de nuit (entre 21h et 8h) pour le service de garde est de 8,3% de tous ses appels; la proportion des appels de nuit pour les médecins de Médigarde est de 5,5% de l'ensemble de leurs contacts et de 3,7% de l'ensemble des contacts généralistes ; la différence entre l'ensemble de médecins généralistes et ceux de Médigarde n'est pas significative ; elle est à la limite de la signification ($p=0,04$) entre le service de garde et l'ensemble des médecins généralistes.

La proportion des appels en fin de journée (dès 16 heures) est plus importante pour la garde que pour l'ensemble des médecins généralistes ; la différence devient nette à partir de 19 heures.

3.2.20 Lien entre le statut social et l'heure d'arrivée au service d'urgence

La distribution des heures d'arrivée dans les gardes hospitalières des patients en situation précaire est fort semblable à la distribution des heures d'arrivée des patients non en situation précaire.

On note cependant une proportion plus importante de contacts la nuit parmi les patients en situation précaire versus les autres (27,1% versus 22,7%) ($p= 0,006$).

3.2.21 Analyse des degrés d'urgence ressentis par le patient et le médecin

Ces degrés d'urgence sont repris dans les figures 9 et 10.

Figure 9 : Degrés d'urgence ressentis par le patient, par le médecin au moment de l'appel (médecin 1) et après l'examen (médecin 2) en médecine générale

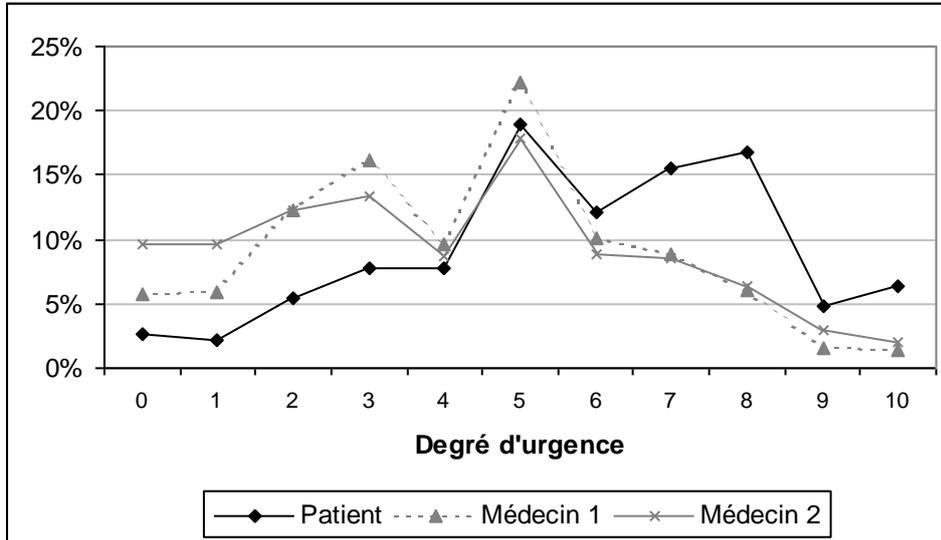
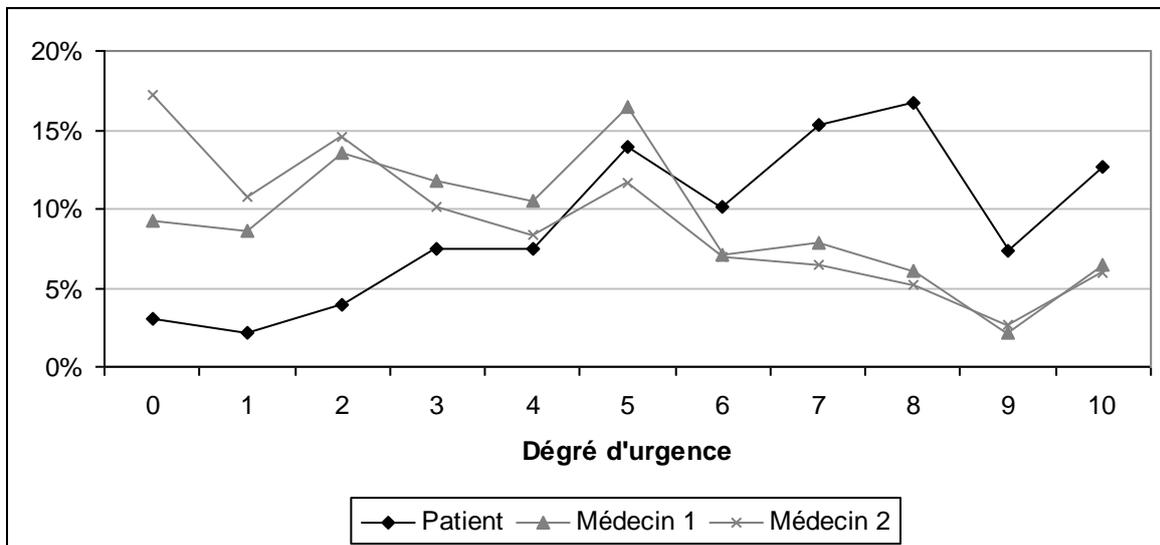


Figure 10 : Degrés d'urgence ressentis par le patient, par le médecin au moment du contact (médecin 1) et après l'examen (médecin 2) à la garde hospitalière



Tant pour les patients recourant à la médecine générale que pour ceux qui ont recours à la garde hospitalière la distribution des degrés d'urgence est déviée vers les valeurs les plus élevées ; cette déviation est plus marquée pour les patients ayant recours aux gardes hospitalières que pour les patients ayant recours à la médecine générale. La distribution des degrés d'urgence ressentie par le médecin avant d'avoir examiné le patient est plutôt déviée vers la gauche et cela de manière plus marquée à l'hôpital qu'en médecine générale.

Les médecins généralistes ont plus souvent une évaluation concordante du degré d'urgence avec celle de leur patient que les médecins hospitaliers.

L'estimation du degré d'urgence par le médecin après qu'il ait examiné le patient n'est pas fort différente de son estimation initiale ; un biais possible peut venir du fait que le questionnaire est rempli après le contact avec le patient.

Les populations précarisées sont moins souvent en accord avec l'évaluation de leur médecin et sous- ou sur-évaluent plus souvent le degré d'urgence par rapport au médecin que les populations non précarisées ($p < 0,001$).

Les patients de 15 à 64 ans ont plus tendance à surestimer le degré d'urgence par rapport à l'estimation des médecins ($p < 0,001$).

En médecine générale, où les appels de nuit (entre 21h et 8h) ne représentent que 3,7%, la proportion de patients estimant le degré d'urgence $\geq 8/10$ est significativement plus élevée la nuit que le jour : 42,6% versus 28,0% ($p = 0,013$). La proportion de médecins généralistes estimant le degré d'urgence $\geq 8/10$ est également significativement plus élevée la nuit que le jour : 21,9% versus 8,3% ($p < 0,001$).

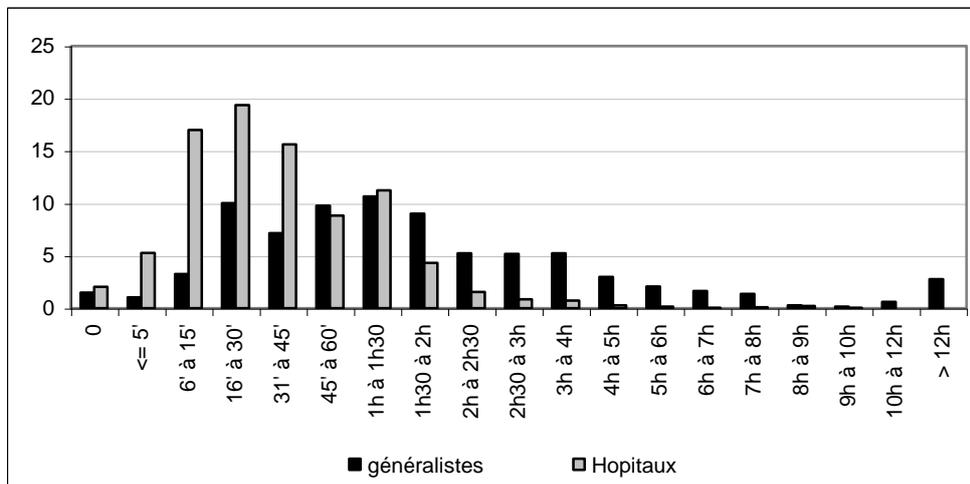
A l'hôpital, où les contacts entre 21h et 8h représentent 25,2% du total, la proportion de patients estimant le degré d'urgence $\geq 8/10$ est significativement plus élevée la nuit que le jour : 40,8% versus 35,5% ($p = 0,014$).

Par contre, la proportion de médecins estimant le degré d'urgence $\geq 8/10$ ne diffère pas entre le jour et la nuit : 14,8% versus 14,7% (NS).

3.2.22 Délais de prise en charge des patients en médecine générale et dans les gardes hospitalières

Ces délais sont repris dans la figure 11.

Figure 11 : Délai de prise en charge chez les généralistes et dans les hôpitaux



Les délais de prise en charge ont été arbitrairement divisés en 4 catégories :

- pour les médecins généralistes : < 15 minutes, de 15 min à 1 heure, de 1h à 3h et $\geq 3h$.
- pour les gardes hospitalières : < 15 minutes, de 15 min à 30 min, de 30 min à 60 min et $\geq 1h$.

Les délais de prise en charge sont plus élevés chez les médecins généralistes que dans les hôpitaux.

Chez les médecins généralistes, les délais s'étalent de 0 minute à 28 heures ; 25% des patients sont vus endéans les trois quarts d'heure, 50% dans l'heure et demie après l'appel et 75% en moins de trois heures.

Dans les gardes hospitalières, les délais s'étalent de 0 minute à 12 heures ; 25% des patients sont vus dans le quart d'heure, 50% des patients sont vus dans la demi-heure et 75% dans l'heure.

3.2.23 Facteurs influençant les délais de prise en charge

Pour les médecins généralistes, les facteurs associés significativement à la rapidité de la prise en charge sont l'heure d'appel (plus l'appel est tardif dans la journée, plus vite sont vus les patients : après 21h, 35% des patients sont vus dans le quart d'heure et 85% dans l'heure), le degré d'urgence ressenti par le patient et le degré d'urgence ressenti par le médecin au premier contact avec le patient. Pour une urgence ressentie par le patient supérieure à 8/10, 47,1% des contacts se font dans l'heure qui suit l'appel. A noter que 16,7% de ces patients sont cependant vus dans un délai qui excède 3 heures. Pour une urgence ressentie par le médecin supérieure à 8/10 au moment de l'appel, 54,7% des patients sont vus dans l'heure qui suit l'appel.

Il n'y a pas d'association significative du délai avec le fait que la visite se fasse au domicile du patient ou en consultation, avec l'âge, le sexe ou le statut social du patient. Les délais sont un peu plus courts en médecine générale « solo » qu'en maison médicale.

Pour les hôpitaux, le délai de prise en charge est plus influencé par le degré d'urgence perçu par le médecin que par celui ressenti par le patient à partir des degrés d'urgence ressentis $\geq 6/10$. Le degré d'urgence ressenti par le patient est corrélé avec le délai de prise en charge, surtout pour les délais courts (<15 minutes) et pour les délais longs (>30 minutes). Parmi les patients qui ont un degré d'urgence ressenti $\geq 8/10$, 55,6% sont vus dans la demi-heure. Quand le médecin estime ce même degré d'urgence, 61,9% des patients sont pris en charge dans la demi-heure.

On constate cependant que pour un degré d'urgence estimé à 10/10 (nécessité de prise en charge immédiate) moins de 50% des patients sont pris en charge dans un délai inférieur à 15 minutes.

A l'hôpital, il y a également un lien entre le délai de prise en charge et l'âge du patient (les délais moyens de prise en charge sont plus courts pour les patients plus âgés) et le statut de

précarité (les délais moyens de prise en charge sont plus longs notamment pour les patients dépendant du CPAS et pour les SDF).

3.2.24 Type de prise en charge en médecine générale et dans les hôpitaux

Les prises en charges peuvent être médicale, sociale, psychiatrique ou administrative ; la proportion de chacune de ces prises en charge est reprise dans le tableau 10. Les différentes catégories ne sont pas exclusives.

Tableau 10 : Type de prise en charge en médecine générale et dans les hôpitaux

	MG	Hôpitaux
Médicale	94,4%	92,2%
Sociale	6%	3,7%
Psychiatrique	5%	6,9%
Administrative	11,6%	

En médecine générale 81,5% des contacts ne concernent qu'un seul type de prise en charge. Dans 18,5% des cas la prise en charge est multiple (dont 3,3% de prise en charge médicale et sociale, 2,6% de prise en charge médicale et psychiatrique et 9,1% de prise en charge médicale et administrative).

Dans les hôpitaux 94,2% des contacts ne concernent qu'un seul type de prise en charge. Dans 4,2% des cas la prise en charge est multiple.

3.2.25 Mode d'arrivée à l'hôpital

Le mode d'arrivée à l'hôpital est repris dans le tableau 11.

Tableau 11 : Mode d'arrivée à l'hôpital

Mode d'arrivée	% des patients
Initiative du patient ou proche	72,1
100 ou SAMU	16,3
Médecin généraliste	5,3
Police	2,7
Spécialiste de l'hôpital	1,5
Spécialiste hors hôpital	1,0
Transfert	1,0
Autre	0,2

3.2.26 Suivi de la prise en charge par la médecine générale et par les services de garde hospitaliers

En médecine générale, dans 40,9% des cas un suivi ambulatoire est programmé ; dans 3,1% des cas les patients sont référés à un service d'urgence hospitalier et dans 2,4% des cas il y a demande d'hospitalisation.

A la garde hospitalière, dans 69,7% des cas la plainte est traitée immédiatement et le patient est renvoyé à domicile. Dans 55,1% des cas le patient repart avec une prescription. Dans 12,8% des cas, le patient est hospitalisé. Dans 10,6% des cas des examens complémentaires sont réalisés et le patient est renvoyé à domicile. Dans 5% des cas le patient est renvoyé vers une autre structure de soins. Dans 28,8% des cas, des examens complémentaires sont programmés après le passage à la garde.

Les hospitalisations sont significativement plus fréquentes à partir des gardes hospitalières (12,8%) qu'à partir de la garde de médecine générale (2,4%) ($p < 0,001$).

La proportion d'hospitalisation des patients vus durant la journée en médecine générale (2,3%) est significativement différente de celle des patients vus la nuit (9,2%) ($p < 0,001$).

Par contre les proportions de patients hospitalisés la nuit et le jour dans les gardes hospitalières ne montrent pas de différence significative (11,1% versus 13,3%).

Les demandes d'hospitalisation sont significativement plus fréquentes (3,6%) pour les patients vus par les médecins généralistes « solo » que pour les patients vus par les médecins de maison médicale (1,3%) ($p < 0,001$). Les médecins de Médigarde ont hospitalisé, quant à eux, 6% des patients qu'ils ont vus. Cette proportion est très significativement différente de celle des maisons médicales mais tout juste significative relativement aux médecins « solo » hors médigarde ($p < 0,05$).

De même, on note une fréquence plus élevée de patients référés au service de garde hospitalière par les médecins généralistes « solo » (4,8%) que par les médecins des maisons médicales (1,5%).

3.2.27 Degré d'adéquation du moment de recours aux urgences estimé par le médecin

58,5% des patients vus en médecine générale l'ont été à un moment estimé approprié ; c'est le cas également de 62,1% de ceux vus à la garde d'un hôpital.

11,0% des patients vus en médecine générale l'ont été trop tardivement ; c'est le cas pour 8,4% des patients vus à la garde d'un hôpital.

Par contre 30% des patients vus tant en médecine générale qu'à l'hôpital auraient pu soit attendre le lendemain (15%) soit attendre plus d'un jour (15%).

3.2.28 Profil des patients vus trop tardivement

Le tableau 12 reprend les variables avec lesquelles un contact tardif est significativement associé.

Tableau 12 : Variables avec lesquelles un contact tardif est significativement associé

		Généraliste		Hôpital
Statut social^(a)	n	RR (IC 95%)	n	RR (IC 95%)
Activité professionnelle	803	0,67 (0,54-0,83)	863	0,74 (0,59-0,93)
Chômage	192	1,63 (1,15-2,32)	203	NS
Invalidité	129	1,77 (1,15-2,71)	76	NS
CPAS	185	1,58 (1,10-2,27)	307	NS
Réfugié	14	4,53 (1,53-13., 8)	25	NS
SDF	18	NS	87	1,92 (1,09-3,40)
Pas d'assurance soins de santé	100	2,17 (1,46-3,21)	421	1,34 (0,98-1,84)
Nationalité^(b)				
Non-Belges résidents	575	NS	1162	1,31 (1,02-1,70)
Non résidents	21	2,66 (1,33-5,33)	72	NS
Compréhension linguistique non satisfaisante	181	1,74(1,22-2,46)	327	NS
Précarité	668	2,04 (1,60-2,61)	1064	1,34 (1,04-1,72)

(a) Catégorie citée par rapport à l'ensemble des autres patients

(b) Par rapport aux Belges

En médecine générale et à la garde des hôpitaux cela concerne les patients sans assurance soins de santé et les patients précarisés ; 6 à 7% des patients en activité professionnelle entrent également dans cette catégorie.

Dans les gardes des hôpitaux, cela concerne en plus les SDF et les non-belges résidents.

En médecine générale, cela concerne en plus les patients chômeurs, les patients en « maladie-invalidité », les patients émergeant au CPAS, les réfugiés, les non-belges non-résidents et les patients avec une compréhension linguistique non satisfaisante.

Les pourcentages de contacts jugés trop tardifs et de contacts appropriés selon la catégorie sociale sont repris dans le tableau 13.

Tableau 13 : Pourcentages de contacts jugés trop tardifs et de contacts appropriés selon la catégorie sociale

	MG			Hôpital		
	% contacts trop tardifs	% contacts appropriés	N	% contacts trop tardifs (n)	% contacts appropriés (n)	N
Activité professionnelle	7,6 %	65,3 %	803	6,4 %	63,8 %	863
Chômage	16,7 %	54,2 %		9,4 %	47,8 %	203
Invalidité	17,8 %	49,6 %	129	10,5 %	56,6 %	
CPAS	16,2 %	45,4 %	185	10,1 %	51,1 %	307
(pré)pension	11,8 %	63,0 %	305	10,2 %	77,3 %	225
Etudiant	8,1 %	58,3 %	271	7,7 %	64,3 %	272
Au foyer	10,9 %	51,1 %	92	9,0 %	56,0 %	100
Illégal	13,6 %	40,9 %	44	7,8 %	53,3 %	90
Réfugié	35,7 %	42,9 %	14	16,0 %	44,0 %	25
SDF	11,1 %	38,9 %	18	14,9 %	47,1 %	87
Total	11,0 %	58,5 %	2021	8,4 %	62,1 %	2681

L'opportunité du contact est significativement associée à l'âge des patients : plus les patients sont âgés, plus la proportion de contacts estimés avoir eu lieu au moment approprié augmente ; c'est particulièrement vrai à l'hôpital.

En médecine générale, la proportion des patients hospitalisés est nettement plus élevée chez les patients vus tardivement que chez les autres patients : 8,1% contre 1,4% (RR= 5,79 (3,21-10,43)). De même, la proportion de patients référés vers un service de garde hospitalière passe de 1,0% à 5,3% (RR= 3,93 (2,20-7,02)). Il n'y a pas de différence entre le taux de patients vus trop tardivement par les médecins généralistes « solo » (11,3%) et en maison médicale (10,8%).

Les patients qui ont un DMG sont proportionnellement moins nombreux à être vus trop tardivement : 8,6% versus 12,4% (p=0,007).

A l'hôpital, la proportion de patients hospitalisés est de 18,8% parmi les patients vus trop tardivement versus 12,0% parmi les autres RR = 1,56 (1,16-2,09).

Lorsque le contact est jugé « approprié », 17,1 % des patients vus à la garde sont hospitalisés pour seulement 1,2 % des patients qui « auraient pu attendre ». Les différences entre les 3 catégories sont significatives.

Le pourcentage d'hospitalisés entre les "appropriés" et les "tardifs" n'est cependant pas significativement différent (18,8 % versus 17,1 %, RR 1,12 (0,77-1,62)).

Le pourcentage de contacts trop tardifs varie selon le type de prise en charge (tableau 14).

Tableau 14 : Pourcentage de contacts trop tardifs selon le type de prise en charge à l'hôpital et en médecine générale

	Généralistes		Hôpitaux	
Prise en charge	% contacts tardifs	RR (a)	% contacts tardifs	RR (a)
Médicale	10,6 %	0,53 (0,35-0,81)	8,7 %	1,94 (1,01-3,72)
Sociale	28,0 %	2,80 (2,04-3,86)	5,3 %	NS
Psychiatrique	29,0 %	2,87 (2,06-4,01)	2,8 %	0,32 (0.13-0.76)
Administrative	12,7 %	NS	-	-

(a) RR de contact jugé tardif par rapport aux autres types de prise en charge

En médecine générale, il y a une plus grande proportion de patients venus trop tardivement pour une prise en charge sociale ou psychiatrique que pour une prise en charge médicale. Dans les services hospitaliers, la proportion de contacts trop tardifs est plus élevée pour les prises en charge médicales que pour les prises en charge sociales ou psychiatriques.

3.2.29 Méconnaissance d'autres structures d'urgence que l'hôpital

88,1% des patients qui se sont présentés dans les services de garde hospitalières ne connaissent pas d'autres structures qui reçoivent les patients en urgence.

Quand ils connaissent d'autres structures, ils citent dans 36,5% des cas les médecins généralistes ou les maisons médicales ; les autres réponses concernent des services hospitaliers ou d'autres hôpitaux.

3.2.30 Paiement lors du contact généraliste

Il y a une différence significative entre les modalités de paiement en médecine générale « solo » et en maison médicale : 37,8% des paiements en maison médicale sont des paiements tiers payant + ticket modérateur ou tiers payant sans ticket modérateur contre seulement 6,2% en médecine générale « solo ». 82,7% des actes sont complètement honorés en médecine générale « solo » contre 43,9% des actes en maisons médicales ($p < 0,001$).

3.2.31 Visites à domicile

57,1% des visites à domicile sont considérées comme étant justifiées ; la proportion des visites à domicile justifiées augmente avec l'âge.

3.2.32 Questionnaires incomplets

Il est important de noter que les questionnaires très incomplets dans les hôpitaux concernent une population en difficulté. Celle-ci est, de ce fait, probablement sous-représentée dans

l'échantillon hospitalier de patients. Les raisons invoquées pour expliquer le non-remplissage des fiches sont la barrière linguistique (39 patients), la non-collaboration du patient (38 patients), un état mental rendant l'interrogatoire impossible (30 patients), les personnes SDF accueillies sans examen (17 patients) et l'abus d'alcool (13 patients).

A Saint-Pierre, cela concerne surtout les SDF et les patients dépendant du CPAS. Dans cet hôpital 122 patients ont quitté la garde avant d'avoir été examinés, ce qui représente 4,6% du total des patients et 40,3% des questionnaires non remplis correctement.

A Ixelles, les questionnaires incomplets concernent plus souvent des patients SDF et chômeurs ou avec compréhension linguistique limitée. Malheureusement le taux de remplissage de la rubrique expliquant pourquoi le questionnaire n'a pas été rempli est tellement faible qu'il est inexploitable.

4 Discussion

L'objectif de l'étude était d'approcher le profil de patients bruxellois qui ont recours aux différents types de service d'urgence proposés dans la région.

L'analyse du profil socio-démographique des échantillons de patients que l'on a obtenu par le choix de deux services de garde hospitaliers du service public bruxellois, de 3 maisons médicales et de médecins généralistes « solo » a finalement abouti à définir le profil de quatre pratiques médicales d'urgence différentes, chacune de ces pratiques drainant un « public » différent dont elle rencontre les besoins.

Des différences se marquent donc tant entre les deux types de pratique de médecine générale (médecine générale « solo » et médecine générale en maison médicale) qu'entre les deux gardes hospitalières dont les deux populations de patients ne sont pas strictement superposables. Des différences se marquent également entre les pratiques de médecine générale et de médecine hospitalière.

Les patients repris dans cette étude ne sont pas représentatifs de la population bruxelloise dans son ensemble mais ce n'était pas l'objectif. L'étude, en sélectionnant des pratiques différentes dans une zone géographique relativement restreinte comme la zone centrée sur Saint-Pierre met particulièrement en évidence que les types de pratiques répondent aux différents besoins des populations de cette zone.

On distingue donc ainsi :

Profil de la patientèle urgente des médecins généralistes « solo »

Les médecins généralistes « solo » ont une proportion plus importante de patients plus âgés; ces patients sont majoritairement des femmes et sont plus souvent belges. Les patients sont plus souvent en activité professionnelle, en « maladie-invalidité » ou en pré-(pension). Les médecins généralistes ont peu de patients dépendant du CPAS, de patients illégaux, de réfugiés ou de SDF et seule une très faible proportion de leurs patients n'a pas d'assurance soins de santé. Globalement, les patients en situation de précarité sont moins nombreux en médecine générale « solo ». Les actes sont complètement honorés dans 82,7% des cas.

Profil de la patientèle urgente des médecins généralistes en maisons médicales

Les patients consultant en maisons médicales sont plus souvent plus jeunes qu'en médecine générale « solo »; ils sont plus souvent du sexe féminin et sont plus souvent non-belges résidents. Ils ont un peu plus de difficultés de compréhension linguistique qu'en médecine générale « solo » et sont plus souvent en situation de précarité. On y retrouve également plus d'étudiants qu'en médecine générale « solo » et qu'à l'hôpital Saint-Pierre. Les actes sont complètement honorés dans seulement 43,9% des cas; 37,8% des paiements en maisons médicales sont des paiements tiers payant + ticket modérateur ou tiers payant sans ticket modérateur. Les patients bénéficiant de l'AMU sont proportionnellement les plus nombreux en maisons médicales, probablement parce que les papiers nécessaires de prise en charge y sont immédiatement remplis.

Profil de la patientèle urgente de la garde de l'hôpital Saint-Pierre

Le profil des patients fréquentant la garde de l'hôpital Saint-Pierre se rapproche de celui des patients des maisons médicales sauf pour le sexe et avec des proportions encore plus importantes de patients non-belges résidents, de patients avec des difficultés de compréhension linguistique et de patients en situation de précarité. Si 38% de l'échantillon total de patients sont en situation de précarité, cette proportion passe à 47,1% pour la population examinée à Saint-Pierre (et 42,9% en maisons médicales). 20% des patients qui ont été examinés pendant les trois semaines d'enquête à Saint-Pierre sont sans assurance soins de santé (pour 7% en maisons médicales) et parmi ceux-ci seuls 30% ont leur frais pris en charge par le CPAS ou l'AMU. Ce taux est cependant probablement sous-estimé car plusieurs de ces situations sont régularisées par la suite par le service social

Profil de la patientèle urgente de la garde du Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles

Le profil des patients ayant été examinés dans cette garde est un peu plus difficile à établir suite au nombre de données manquantes dans les questionnaires. Néanmoins, on peut dire que les patients y sont globalement plus âgés qu'à Saint-Pierre ou qu'en maisons médicales ; il y a une proportion plus importante d'hommes que de femmes mais cette proportion est moindre qu'à Saint-Pierre. Plus d'étudiants la fréquentent suite, probablement, à la présence d'universités sur les territoires qu'elle draine. Le profil socio-professionnel de ses patients se rapproche plus de celui des patients rencontrés en médecine générale « solo » avec en particulier beaucoup moins de patients en situation de précarité qu'à Saint-Pierre. La plus grande proportion de ceux-ci se retrouvent dans la maison médicale proche de l'hôpital. Ceci pourrait traduire une politique particulière du service des urgences de cet hôpital vis-à-vis de ces patients en difficultés.

On note par ailleurs que l'offre oriente probablement le choix du patient : le fait que le troisième motif de consultation à Saint-Pierre soit les problèmes dentaires vient du fait qu'une garde de dentisterie y est organisée. Les patients connaissent localement les structures qui peuvent répondre à leurs besoins. Il est par ailleurs frappant de constater que la majorité des patients qui fréquentent les gardes des hôpitaux viennent uniquement des communes qui sont toutes proches. Le service d'urgence est un service de proximité. Le profil de chaque service d'urgence hospitalier sera probablement un peu différent de celui des autres. Toute décision de modification de l'offre d'un des types de pratiques doit se faire après analyse des besoins du bassin de population local.

On a également analysé les raisons qui amènent les patients à se présenter en urgence chez un médecin.

L'urgence qui a été prise en compte dans l'étude est l'urgence ressentie par le patient.

On constate ainsi que le degré d'urgence estimé par le patient est plus fréquemment élevé chez celui qui se rend à l'hôpital que chez celui qui consulte en médecine générale. Ceci peut probablement être mis en relation avec l'impression qui se dégage de l'étude concernant le degré de gravité plus important des diagnostics posés à la garde des hôpitaux ainsi qu'avec les taux d'hospitalisation plus élevés à l'hôpital qu'en médecine générale.

Par ailleurs, si le degré d'urgence ressenti par le patient est plus important que celui ressenti par le médecin au moment du premier contact, il apparaît cependant que le médecin généraliste est plus souvent en accord avec son patient que le médecin hospitalier. C'est le cas en général et la nuit en particulier. La nuit, le taux d'hospitalisation augmente fortement en médecine générale alors que celui des hôpitaux reste stable. Est-ce dû au fait que quand les patients dérangent la nuit un médecin généraliste, c'est qu'il y a un réel problème ou est-ce dû au fait du relatif isolement du médecin généraliste face à l'urgence qui le fait recourir plus fréquemment à l'hôpital la nuit ? L'hôpital, avec son infrastructure, rassure-t-il le médecin de garde hospitalier qui, de ce fait, estime le degré d'urgence à un niveau souvent plus fiable que le patient ?

A noter également que les médecins de Médigarde et les médecins « solo » hospitalisent plus souvent ou réfèrent plus souvent aux hôpitaux que ceux des maisons médicales ; est-ce le fait du type de pratique des maisons médicales où le dossier du patient est accessible à tous les médecins et où la garde ne concerne souvent que les patients connus de la maison médicale ?

Il apparaît donc que la majorité des patients sont relativement adéquats dans leur recours aux structures de garde : 60% sont venus à un moment jugé approprié.

30% des patients de l'échantillon sont par contre venus de manière inadéquate dans le sens où le médecin qui les a examinés a considéré qu'ils auraient pu attendre. Ceux-ci pourraient être considérés comme des « fausses urgences ». A noter qu'1,2% de ces patients seront quand même hospitalisés.

Enfin, 10% sont venus trop tardivement.

Les prises en charge tardives concernent essentiellement des problèmes médicaux mais aussi des problèmes sociaux, surtout en médecine générale. Il est donc important de noter que la médecine d'urgence ne se cantonne effectivement pas à des problèmes de maladie (problèmes psychiatriques y compris). En médecine générale, 18% des prises en charge dans l'échantillon sont multiples. Notons ici que les patients qui ont un « DMG » sont moins souvent concernés par des prises en charge tardives en médecine générale. Les patients se présentant à l'hôpital n'ont pas été interrogés pour savoir s'ils avaient un tel dossier.

Pour aller plus avant dans la compréhension des motifs de consultations aux urgences, il faudrait pouvoir analyser de manière plus détaillée les motifs de contacts, les plaintes et les diagnostics. Ceci n'est pas possible étant donné qu'il n'y a pas eu de hiérarchisation des plaintes enregistrées. Si plusieurs plaintes étaient mentionnées, elles ont toutes été mises sur le même pied dans l'analyse. Il n'y avait d'ailleurs aucune consigne sur le nombre de plaintes à noter ni sur l'ordre de préférence dans la notation de celles-ci sur les questionnaires. L'encodage lui-même de ces plaintes et diagnostics n'a pas été optimal : certaines plaintes comme « douleurs thoraciques » ont été incluses dans la catégorie « ostéo-articulaire ». L'erreur a été systématique. Elle n'a donc pas altéré les comparaisons entre le groupe « médecine générale » et le groupe « hôpital ». Une étude spécifiquement ciblée sur l'analyse des pathologies présentées par les patients devrait donc être menée. Cette étude devrait utiliser également conjointement la classification CISP utilisée ici et appliquée en médecine générale avec succès ainsi que d'autres classifications utilisées en hospitalisation (ICD9).

Qu'advient-il des patients qui recourent aux services d'urgence ?

En médecine générale, seuls 5,5% des patients sont référés à l'hôpital ; pour le reste, soit leur problème est limité à la visite urgente, soit un suivi ambulatoire est programmé.

A la garde de l'hôpital, dans environ 70% des cas, la prise en charge se limite à la visite urgente (avec dans 80% de ces cas une prescription médicale) ; dans 10% des cas supplémentaires un examen complémentaire est réalisé à la garde et le patient renvoyé à domicile. Il n'y a hospitalisation que dans 12,5% des cas. La majeure partie des problèmes urgents des patients se présentant à la garde hospitalière pourrait donc être probablement prise en charge par une structure plus légère qu'une garde hospitalière pour autant que celle-ci dispose de quoi faire les examens complémentaires minimums qui s'imposent. Il faut aussi tenir compte du fait qu'un certain nombre d'entre eux ont eu besoin d'un avis spécialisé : 7,3% ont été vus par un interniste, 9,3% par un chirurgien, 5,6% par un gynécologue, 4,5% par un ophtalmologue, 2,7% par un stomatologue, 1,2% par un psychiatre, 0,3% par un ORL. Le pourcentage des patients qui se présentent aux gardes des hôpitaux et qui pourraient être concernés par une prise en charge dans une structure plus légère ainsi que le type de prise en charge qu'il faudrait pouvoir assurer dans ces structures doivent donc faire l'objet d'une étude complémentaire où on analyserait les prestations nécessitées par la visite du patient.

L'analyse plus détaillée des motifs de recours présenterait également comme avantage de voir quel pourcentage de patients sans médecin traitant consulte en urgence pour un accès aigu d'une maladie chronique. Ces patients, une fois leur épisode résolu, devraient être pris en charge par un médecin traitant et intégrer une filière de soins qui permettrait, par une approche de type « prévention tertiaire » (de la co-morbidité) d'éviter de nouveaux épisodes aigus nécessitant souvent des hospitalisations. L'analyse de ce groupe de patients permettrait de mettre en place des stratégies de prise en charge des maladies chroniques dont on sait que l'incidence augmente d'années en années.

Enfin, on a analysé l'impact du fait d'avoir un médecin traitant sur le type de recours aux urgences. Le design de l'étude réalisée ne permet pas formellement de faire cette analyse car il ne s'agit pas d'une étude de cohorte.

Néanmoins elle met clairement en évidence deux éléments importants :

1) Il existe un lien entre le fait d'avoir un médecin traitant et de recourir à la médecine générale en cas d'urgence en tout cas pour certains types de problèmes cliniques.

Ce lien est bien démontré par l'analyse des types de recours choisis par les patients précarisés quand il s'agit de prendre en charge des symptômes très fréquents comme la toux et la fièvre ou les douleurs coliques. Les patients précarisés sans médecin traitant choisiront plutôt la garde de l'hôpital.

A noter par contre que pour les lésions traumatiques, c'est toujours l'hôpital qui est le recours principal, que les patients aient ou non un médecin traitant. Là encore, pour certains types de pathologie comme les entorses, les plaies légères,... une prise en charge par une autre structure pourrait être envisagée pour autant que des formations appropriées soient données aux médecins chargés de ces prises en charge.

L'étude montre cependant aussi que les patients qui s'adressent à la médecine générale en urgence ne s'adressent que rarement à la garde organisée par la médecine générale mais voient surtout leur propre médecin, son remplaçant ou un médecin de la même pratique ; s'ils n'ont pas de médecin traitant, ils vont plutôt consulter vers un médecin recommandé par un proche que vers un médecin inconnu participant au système de garde ; ceci se traduit par un profil quasi identique de l'activité urgente des médecins de Médigarde relativement au profil de l'ensemble des généralistes.

2) Les systèmes de gardes généralistes sont très peu connus des patients qui se présentent à l'hôpital.

Une des pistes à suivre pour limiter le recours aux gardes hospitalières semble donc de promouvoir le lien avec un médecin traitant qui pourrait répondre en toute connaissance de cause à la demande urgente du patient ; l'image du médecin généraliste doit être valorisée et renforcée dans ses aspects de prise en charge de première ligne des pathologies les plus courantes. Il faut, dans ce cadre, encourager la généralisation du « DMG ».

Quels patients cibler et pour quel type de pratique?

Les patients sans médecin traitant sont souvent jeunes, plus souvent hommes que femmes, non-belges résidents, en situation de précarité, dépendant du CPAS, réfugiés, illégaux, SDF, isolés et sans couverture sociale. C'est ce profil de population que l'on trouve en maisons médicale et à Saint-Pierre.

C'est ce public qu'il faudrait cibler et fidéliser à un médecin généraliste.

Ce dernier devrait, quant à lui, compter sur des filières d'accès rapide aux examens complémentaires minimums nécessaires à la prise en charge médicale du patient mais aussi sur des structures organisées pour la prise en charge sociale ou administrative du patient en urgence si le besoin s'en faisait sentir.

On notera enfin, que les patients venant à la garde hospitalière n'évoquent pas, comme raison de contact avec la garde, la facilité de paiement. Ce motif n'a peut-être pas été évoqué car l'interrogatoire des patients était fait par un médecin.

Ce motif ne doit probablement pas être sous-estimé.

Par ailleurs, la différence entre les proportions de prestations complètement honorées en médecine générale « solo » et en maisons médicales pose clairement le problème que rencontrent les médecins qui soignent les patients en situation précaire. Ces médecins ont des difficultés à voir leurs prestations honorées.

Une fidélisation des populations en situation difficile doit dès lors envisager ce problème de façon à ne pas pénaliser les médecins qui s'engageraient dans ce type de pratique.



**Rapport de l'analyse du profil de patients
bruxellois fréquentant en urgence deux filières de
soins: gardes hospitalières et médecine générale**

<http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/accueil>

Ce document est également disponible en néerlandais

Dit document is ook beschikbaar in het Nederlands onder de titel :

Rapport betreffende het onderzoek naar het profiel van de Brusselse patiënten die voor een dringend medisch probleem twee zorgcircuits bezoeken : de ziekenhuiswachtdienst en de huisartsen