

ANNEE 2017

N°

**Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto-référés
consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique**

Etude qualitative au centre hospitalier de Mâcon

THESE

Présentée

À l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16 novembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Anne-Laure Nevers

Née le 1^{er} janvier 1987

A Lyon 4^{ème} (69)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2017

N°

**Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto-référés
consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique**

Etude qualitative au centre hospitalier de Mâcon

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 16 novembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Anne-Laure Nevers

Née le 1^{er} janvier 1987

A Lyon 4^{ème} (69)

Année Universitaire 2017-2018

au 1^{er} Septembre 2017

Doyen : **M. Frédéric HUET**
Assesseurs : M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	Marc	BARDOU	Discipline Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Oncogénétique
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romaric	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
(En attente de validation d'affectation)			
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

Discipline Universitaire

Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



La Faculté de Médecine de DIJON déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président

Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS

Membres

Monsieur le Professeur Henri-Jacques SMOLIK

Monsieur le Professeur Associé François MORLON

Madame le Docteur Katia MAZALOVIC

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Noël BEIS,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.
Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Henri-Jacques SMOLIK,

Vous me faites l'honneur de participer au jury.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur François MORLON,

Vous me faites l'honneur d'être membre de mon jury de thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Katia MAZALOVIC,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter de diriger ce travail.
Merci pour tes conseils et tes relectures qui ont été une aide précieuse. En espérant que ce travail sera à la hauteur de tes attentes et de tes exigences.

Au Docteur Yanis PERRARD,

Pour ta vision si différente de la médecine et des patients. Merci de nous avoir consacré tant de temps et de nous avoir remotivés quand Ajzen nous poussait dans nos retranchements.

Au Docteur ASDRUBAL et à toute l'équipe des urgences de Mâcon,

Merci Jacques de m'avoir proposé ce sujet complexe et qui anime tant le débat au sein des urgences. Les choses ne sont en fait pas si simples ;). Merci de m'avoir si bien accueillie et rassurée pendant mon semestre aux urgences. Je n'oublierai jamais votre bienveillance et ces 6 mois passés là-bas.

A tous les médecins qui ont participé à ma formation et plus particulièrement aux **Drs HELLER, BEL, DOUSSE, GRASSI, CHASSERY et BANCET**. Il y a un peu de vous dans ma pratique aujourd'hui. Merci pour votre confiance.

A mes parents,

Merci pour votre présence, votre réconfort et votre soutien inconditionnel dans la réalisation de tous mes projets. Cette thèse est une façon pour moi de vous dire merci et sans vous, je n'en serais pas là aujourd'hui. Comme tu dis maman « c'est toujours compliqué mais ça se finit toujours bien ». Merci pour ton optimisme, tes sacrifices et ta disponibilité à toute épreuve. Il n'existe pas de mot pour décrire ma reconnaissance et mon amour.

A mes grands-parents, à Patrice et au reste de la famille,

Pour leurs encouragements et tous les débats enflammés et autres histoires croustillantes autour de la médecine. J'étais peu disponible pendant ces quelques années, j'espère pouvoir me rattraper maintenant. A Patrice, mon parrain, qui baignait dans le monde médical. Peut-être as-tu contribué à l'envie de faire de la médecine mon métier ;) ? Merci pour ton soutien et tes coups de pouce lors de mon arrivée à Dijon. A Marie et Pierre, mes grands-parents chéris et qui je l'espère, auraient été fiers de moi. Ce travail est pour vous.

A Julie, Dominique et Pascal,

Merci de m'avoir si bien accueillie dans votre famille si soudée. Déjà presque 4 ans et plein de beaux souvenirs à vos côtés. A tous les fous-rires, les vacances, les sorties du samedi soir ;) et les histoires improbables. A Julie, pour ton aide précieuse dans ce travail ;) et à Paul qui nous aura autant faire rire.

A Lucile et Vincent, mes cothésards,

Il est certain que cette thèse n'aurait pas eu la même saveur sans vous. A Lucile, que le titre de Miss France a narguée si souvent. Je suis heureuse de t'avoir rencontrée en dehors des GEP. A Vincent, grand promoteur du Creusot et binôme de congrès. C'est d'ailleurs là que j'ai compris que tu étais zen et « cool », vraiment très cool (enfin un peu moins quand tu convies 100 personnes ;). En espérant que l'on continuera à se voir après cette aventure.

A Audrey,

Mon double depuis la P2 grâce à ce premier TP passé ensemble. A tous ces moments inoubliables à tes côtés, nos 25 appels quotidiens et ton soutien sans faille, nos révisions mais aussi nos soirées filles et surtout ton extraordinaire théorie de la « porte ouverte ». La distance nous sépare mais j'espère que l'on trouvera enfin du temps pour nous. Tu me manques.

A Eric (Ricou), Pierre et Martin, la team de choc du Cha,

Grâce à vous, l'externat a été bien plus coloré. Que de bons moments et de souvenirs à vos côtés. Merci pour m'avoir taquinée et aussi soutenue quand il le fallait. Vous ferez de merveilleux médecins j'en suis certaine. J'espère que notre amitié restera intacte malgré la distance.

A Margaux et Eric,

On se connaît vraiment depuis peu mais Dijon nous a réunis, qui l'aurait cru ? Margaux, à notre amitié naissante et ces trop rares moments toutes les deux (pendant les GEP, RSCA ;) mais à tous les week-ends retrouvailles passés et à venir. En espérant avoir encore de nombreux bons moments à vos côtés.

A Laure, Emilie, Mélissa,

Merci d'avoir été présentes au cours de toutes ces années. Aux premiers galas de médecine, examens, choix de stage, gentils commérages et gardes à N passées ensemble. Ces années d'études à vos côtés me laissent de très beaux souvenirs.

A Pierre, Cindy, Florent, Barbara et Yazid,

Quel plaisir de vous avoir à mes côtés en ce jour si important, merci d'avoir pris ce temps pour moi. C'est grâce à Monsieur Batman que je vous connais et j'espère que c'est le début d'une belle et longue aventure.

A Anne-Sophie et Joanna, les 2 T

Mes copines depuis toujours. A ce monde de la médecine qui nous sépare et que vous n'avez pas toujours compris mais grâce à vous, j'ai pu penser à autre chose. Que notre amitié du « carré » dure encore longtemps.

A Jules,

Mon petit garçon et mon rayon de soleil. Tu m'as mené la vie dure à une certaine période mais tu illumines mon cœur depuis deux ans et demi. Que ces moments de bonheur ne s'arrêtent jamais. Tu es ma plus belle réussite. Je t'aime.

A Florian,

Tu vas être flatté de voir que j'ai gardé le meilleur pour la fin ;) . A notre rencontre improbable à Paray-Le-Monial, ces moments inoubliables à tes côtés et à notre sacrée petite famille. Tu as beau être un anxieux inégalable, un vrai monsieur Picsou par moment, la vie n'aurait pas la même saveur sans toi et tes (petites) blagues. Je suis admirative de ta détermination dans ton travail et de ton soutien inébranlable malgré mes petites angoisses ;) . Tu verras, la roue (du loto) tourne ;) . En souhaitant que la vie nous offre tout le bonheur que l'on espère. Je t'aime.

Aux patients que j'ai interrogés et qui sont à l'origine de ce travail.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	14
METHODOLOGIE.....	16
A. Type d'étude.....	16
B. Echantillonnage.....	16
C. Recueil des données.....	17
1. Investigateur.....	17
2. Matériel.....	17
3. Elaboration du guide d'entretien.....	17
4. Durée et lieu des entretiens.....	18
5. Déroulement.....	18
D. Analyse des entretiens.....	18
RESULTATS.....	20
A. Description de l'échantillon.....	20
B. Le patient.....	20
1. Difficultés organisationnelles.....	20
2. Représentations de la pathologie.....	20
3. Projections des attentes.....	21
4. Eléments facilitateurs.....	22
C. Médecine de soins premiers.....	22
1. Insatisfaction de la prise en charge par le médecin généraliste.....	22
2. Obstacles à la consultation en médecine de ville.....	24
3. Inadéquation avec l'urgence supposée.....	25
D. Les urgences.....	26
1. La centralisation.....	26
2. Efficacité présumée de la prise en charge.....	26
3. Réassurance et sécurité.....	27

E.	Les personnel des urgences	27
1.	Des compétences larges.....	27
2.	Une prise en charge pluriprofessionnelle	28
3.	Et un savoir-être essentiel.....	28
F.	Synthèse des résultats à la lumière de la théorie du comportement planifié d’Ajzen	28
	DISCUSSION	30
A.	Limites de l’étude	30
B.	Forces de l’étude	30
C.	Gestion de la demande de soins non programmés.....	31
D.	Critiques vis-à-vis du médecin généraliste et du parcours de soins	32
E.	Lisibilité du système de soins	33
F.	Rendre la médecine libérale plus visible dans la permanence des soins.....	34
	CONCLUSION	36
	BIBLIOGRAPHIE.....	37
	ANNEXES.....	39
A.	Annexe 1 : Guide d’entretien	39
B.	Annexe 2 : Note d’information destinée aux patients	40
C.	Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des patients interrogés.....	41
D.	Annexe 4 : Les résultats à la lumière de la TCP d’Ajzen.	42

LISTE DES ABREVIATIONS

- AME : **A**ide **M**édicale d'**E**tat
- AR : **A**uto-**R**éférés
- CCMU : **C**lassification **C**linique des **M**alades des **U**rgences
- CHU : **C**entre **H**ospitalo-**U**niversitaire
- CONFU : **C**onsultants **N**on-réFérés aux **U**rgences
- CPAM : **C**aisse **P**rimaire d'**A**ssurance **M**aladie
- DOM : **D**épartements d'**O**utre-**M**er
- DREES : **D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques
- DSNP : **D**emande de **S**oins **N**on **P**rogrammés
- MG : **M**édecin **G**énéraliste
- MMG : **M**aison **M**édicale de **G**arde
- MT : **M**édecin **T**raitant
- SAMU : **S**ervice d'**A**ide **M**édicale **U**rgente
- SAU : **S**ervice d'**A**ccueil des **U**rgences
- SS : **S**écurité **S**ociale
- SU : **S**tructure d'**U**rgences
- TCP : **T**héorie du **C**omportement **P**lanifié

INTRODUCTION

Dix-huit millions de passages ont été totalisés en 2012 en France dans les 750 structures d'urgences (SU)¹ avec une hausse continue de cette activité de plus de 30% en dix ans². L'enquête « un jour donné » réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en juin 2013 a permis d'actualiser la description des activités de ces SU et d'objectiver leurs missions par rapport à l'enquête nationale de janvier 2002¹. Cinquante-deux mille passages avaient été recensés et analysés sur 24 heures dans les 736 points d'accueil des urgences de France métropolitaine et des départements d'Outre-Mer (DOM) que totalisait l'enquête³. L'un des objectifs était également de mieux appréhender la genèse de la décision de recourir à ces services d'urgences¹.

Depuis plusieurs années, on observe qu'en plus du nombre croissant de patients, la nature des consultations au sein des SU a également évolué. Dans six cas sur dix, la venue aux SU est « auto-référée » (AR), c'est-à-dire que c'est le patient ou l'un de ses proches qui a décidé de venir consulter au SU³. Près de 70 % des patients arrivent jusqu'à la SU par leurs propres moyens et les trois quarts rentrent chez eux à l'issue de leur passage³. Un passage sur cinq ne nécessite pas d'acte². La proportion de ces patients adultes non référés ne relevant pas d'une prise en charge en SU varie considérablement : entre 4,8 % et 90 % selon les études, avec une médiane de 32 %⁴; seulement 2 % concernaient des pathologies graves et aiguës⁵. Selon l'Assurance Maladie, le coût moyen d'un passage en SU est estimé à 161,50 euros². Les études actuelles évaluent le nombre de passages annuels aux urgences et évitables à 3 600 000² ce qui permettrait une économie potentielles de près de 500 millions €.

Les SU sont donc fréquemment amenées à prendre en charge des situations qui n'entrent pas dans le cadre de l'urgence vitale ni dans celui de l'urgence fonctionnelle mais dans celui de l'urgence ressentie ou de la demande de soins non programmés (DSNP). Cet accroissement de la DSNP met sous tension ces services qui occupent de plus en plus une place centrale dans la prise en charge des urgences ressenties⁵ au détriment des urgences réelles⁶. Les motifs des patients recourant aux SU pour une ou plusieurs DSNP ont été étudiés à deux reprises en France grâce aux études quantitatives observationnelles transversales de 2002 et 2013. Cependant, aucune étude qualitative n'a été axée sur les motivations profondes de ces patients AR, d'autant que leurs motifs de recours sont souvent multidimensionnels⁷ et leur perception des urgences en décalage avec celle des soignants⁸. Or, pour lutter contre ce recours « inapproprié » et améliorer la prise en charge, il conviendrait d'étudier les

motivations et représentations de ces patients AR. Les sciences du comportement permettent d'explorer la mise en œuvre d'une action et d'expliquer l'apparition d'un comportement dans un contexte spécifique⁹. Grâce à des construits psychologiques (tels que l'attitude, la norme subjective, le contrôle comportemental perçu et l'intention comportementale¹⁰), la théorie du comportement planifié d'Ajzen a émergé dans le champ de la psychologie sociale comme moyen d'analyser ce comportement.

L'objectif principal de notre étude est donc d'explorer les motivations de recours direct à la SU des patients adultes auto-référés consultant aux urgences et ne nécessitant pas son plateau technique. L'objectif secondaire est d'explorer les représentations des services d'urgences chez ces mêmes patients relevant d'une prise en charge ambulatoire.

METHODOLOGIE

A. Type d'étude

Une étude qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés a été menée. L'objectif principal était d'explorer les motivations de recours direct au SU chez les patients adultes AR consultant dans des SU et ne nécessitant pas son plateau technique. Les objectifs secondaires consistaient à explorer les représentations des services d'urgences de cette même population.

B. Echantillonnage

L'échantillonnage était de type variation maximale, de façon à obtenir le maximum de diversité dans les opinions et les représentations au sein de la population étudiée. Le nombre de participants n'a pas été défini à l'avance. Le recueil de données a cessé lorsque la saturation a été atteinte et confirmée par 2 entretiens supplémentaires.

Les critères d'inclusion étaient :

- patient piéton, c'est-à-dire venant par ses propres moyens
- majeur
- consultant au service d'accueil des urgences (SAU) de Mâcon
- non référé par un médecin ou le 15
- hors situation d'urgence vitale évidente
- dont la situation clinique ne nécessite pas le plateau technique du SAU
- classé selon la Classification Clinique des Malades des Urgences CCMU 1 et 2 (sans nécessité urgente d'examen complémentaires).
- acceptant l'entretien.

Les critères d'exclusion étaient :

- urgence vitale ou fonctionnelle
- majeur protégé
- refus de l'entretien
- patient ne maîtrisant pas parfaitement le français
- lien de connaissance avec l'enquêteur

- adressé par un médecin (soit par courrier soit via le centre 15 à la demande du médecin pour un motif particulier).

Dix caractéristiques des patients ont été renseignées: sexe / âge (les tranches d'âges ont été adaptées aux résultats d'études similaires retrouvées dans la littérature) / lieu habitation / MT déclaré / situation personnelle / situation professionnelle / couverture médicale / distance du domicile par rapport au MT ou SU / distance de l'hôpital inférieure ou supérieure à 20 minutes par rapport au domicile/ fréquence de recours à la SU sur la dernière année (0, 1 ou > 1 fois).

C. Recueil des données

1. Investigateur

L'investigatrice réalisait seule les entretiens, en face à face. La neutralité de la chercheuse a été recherchée au maximum pour limiter le biais d'influence. L'investigatrice s'est donc présentée comme étudiante en sociologie et non pas comme médecin ou étudiante en médecine. Elle ne portait pas de blouse blanche. En cas de question plus précise, elle indiquait qu'elle réalisait son travail de fin d'études portant sur la représentation du service des urgences.

2. Matériel

Un microphone Olympus VN-8600PC et un smartphone ont été utilisés pour l'enregistrement des entretiens. Un ordinateur fonctionnant sous Windows 7 avec les logiciels Microsoft Office et N'vivo a permis le traitement des données. Le logiciel Zotero Standalone a également simplifié la collecte et la retranscription des sources bibliographiques.

3. Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien en annexe 1 a été construit après formation à la conduite d'entretiens semi-dirigés et aux méthodes de recherche qualitative en général. Des questions ouvertes ont été formulées pour permettre d'obtenir le maximum d'informations. Quelques questions fermées, limitées au maximum pour plus de spontanéité dans les réponses des patients, permettaient d'éclaircir des points précis. Le guide servant de support lors des entretiens a été initialement conçu pour aborder les différents thèmes de l'étude. Au fur et à mesure, les entretiens ont été plus fluides grâce à une meilleure maîtrise du guide, sa reconstruction, des questions de relance et des

reformulations. Cette grille avait été testée en décembre 2015 auprès de patients interrogés par V.Marti au service des urgences du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Dijon.

Les notes prises sur papier pendant l'entretien ont permis d'effectuer des relances sur des sujets précis. Elles étaient limitées pour ne pas couper le contact et altérer le dialogue.

4. Durée et lieu des entretiens

Les entretiens ont été réalisés entre le 20 janvier 2016 et le 4 mars 2016 en période de jours ouvrés et heures ouvrables. Ils ont duré entre 12,34 minutes et 47,17 minutes, avec une moyenne de 26,30 minutes. Ils ont été enregistrés sous forme de fichier audio, après information et consentement du patient (annexe 2). Les 20 entretiens ont été réalisés en face à face, au calme, au sein du service des urgences de Mâcon, dans un bureau attribué spécifiquement pour cela. L'accord du chef de service des urgences et du cadre infirmier des urgences a été obtenu avant de débiter ce travail.

A noter que notre étude faisait partie du projet CONFU, étude multicentrique sur 3 sites différents dont 1 CHU (Dijon) et 2 centres hospitaliers (CH) (Chalon-sur-Saône et Mâcon).

5. Déroulement

L'entretien commençait par une présentation de l'investigatrice et le rappel du sujet de l'étude. Le consentement explicite a été recueilli pour l'enregistrement et la retranscription intégrale de l'entretien. L'anonymisation des données a été garantie. L'écoute de l'investigatrice a été active pour reformuler, prendre des notes et faire des relances. Le récit n'a pas été coupé et a été retranscrit intégralement afin d'obtenir des réponses plus complètes et plus informatives. L'ordre des questions variait selon les réponses du patient, pour un entretien plus naturel, tout en respectant les éléments de la grille. A la fin, la personne interrogée pouvait rajouter des éléments qui lui semblaient importants et qui n'avaient pas été abordés précédemment.

D. Analyse des entretiens

La retranscription des entretiens a été faite au fur et à mesure via un logiciel de traitement de texte (Word). Chaque entretien a été relu plusieurs fois puis analysé selon le principe de la théorisation ancrée. L'analyse thématique selon une méthode inductive a ensuite été effectuée à l'aide du logiciel d'analyse qualitative de données NVivo. Le contexte et les allusions faites par le patient au cours de l'entretien ont été retranscrits sous forme de notes de terrain. Le langage oral et les répétitions ont

été volontairement conservés afin de limiter la perte d'informations. Les éléments non verbaux ont également été retranscrits au maximum.

Les retranscriptions ont été analysées de manière indépendante par un deuxième chercheur (autre investigateur) d'un des deux autres sites. Une triangulation des données a ainsi été menée, renforçant la validité des résultats. Les chercheurs n'ont pas de conflit d'intérêts.

RESULTATS

A. Description de l'échantillon

Vingt entretiens ont été réalisés auprès de 13 femmes et 7 hommes âgés de 21 à 82 ans, dont les caractéristiques sont résumées dans l'annexe 3. Un seul patient a refusé de participer.

B. Le patient

1. Difficultés organisationnelles

Les participants avaient des difficultés à anticiper, à gérer ou à négocier leur rendez-vous en ambulatoire. Le contexte social rendait parfois difficile l'anticipation nécessaire à une prise de rendez-vous pour une consultation ou un examen complémentaire. Ces difficultés sociales (isolement, impossibilité à se déplacer, difficulté pour s'exprimer en français *etc.*), leurs faibles littératies en santé et leurs problèmes de planification les conduisaient à estimer les urgences comme unique solution à leur(s) problème(s). Le centre 15 ne représentait pas à leurs yeux une ressource capable de répondre à leurs interrogations ou de les orienter vers la structure de soins la plus appropriée. Ils le considéraient utile uniquement en cas de détresses vitales. Les interviewés allouaient également à la médecine d'urgence des qualités comme la rapidité, l'efficacité et la facilité d'accès. C'est pourquoi ils la préféraient à la médecine de premier recours. Pour certains, les urgences représentaient leur seule alternative ce qui se traduisait par des consultations itératives dans ces services.

2. Représentations de la pathologie

a) *Urgence ressentie et gravité présumée*

Certaines personnes interrogées ont pu exprimer des représentations de leur(s) problème(s) de santé souvent éloignées de la réalité anatomo-physiologique. La perception de l'urgence variait également entre les urgentistes et les interviewés, ces derniers étant persuadés d'être au bon endroit au vu de leur(s) symptômes(s). Ces mêmes symptômes étaient source d'anxiété importante du fait de la gravité ou complexité présumées avec le sentiment d'être un cas singulier et compliqué. Lors des entretiens, le motif de consultation le plus souvent évoqué était la douleur avec l'angoisse qu'elle génère puisqu'ils n'en connaissaient pas l'étiologie. Les personnes exprimaient également la difficulté à rester en état d'incertitude par rapport à leur(s) plainte(s), internet véhiculant également beaucoup d'inquiétude. Dans l'imaginaire collectif, les urgences représentaient

une fois de plus l'unique ressource pour poser un diagnostic et soulager efficacement et rapidement leur(s) symptôme(s) P.5 « *Pour arrêter d'avoir mal, c'est uniquement pour cette raison que je suis venu aux urgences!* ».

b) L'effet seuil

Certains interviewés avaient patienté plusieurs jours avec leur(s) problème(s) de santé sans envisager de consulter un médecin de ville pour répondre à leur(s) symptômes(s). Mais, lorsqu'un certain seuil physique de douleur ou d'anxiété semblait franchi, ils n'envisageaient plus que les urgences comme recours légitime pour répondre correctement à leur(s) plainte(s) P.3 « *ben ça faisait une semaine que j'attendais pensant que la douleur allait passer donc au bout d'une semaine, je commençais à m'inquiéter un peu* ». Le seuil restait tout de même subjectif, l'élément déclencheur étant difficile à appréhender et à expliciter par les patients eux-mêmes.

3. Projections des attentes

a) Besoin de réassurance

Du fait de l'inquiétude et de l'anxiété générées par leur(s) symptôme(s), le besoin de réassurance apparaissait comme un des éléments essentiels à une prise en charge satisfaisante : « *vous êtes malades et vous ne savez pas comment ça va se passer et si ça va. Et oui ces personnes-là vous rassurent* » P.9. A ce besoin de réassurance se superposait le besoin de « Savoir » qui, selon la plupart des participants, passait systématiquement par la réalisation d'exams complémentaires ou le recours à un spécialiste.

b) Demande d'une réponse adaptée et validée

Face à leur ressenti de gravité, seules les urgences semblaient rassurer les interviewés en leur apportant un diagnostic clair et une réponse thérapeutique validée. Elles représentaient ainsi leur « *seule porte de sortie quand on est malade* », certains consultant même deux fois aux urgences dans la même journée. Ils s'adressaient également au service des urgences pour obtenir un second avis, lorsque la prise en charge par le MG ne leur semblait pas satisfaisante voire inefficace. De même, ils n'avaient pas envisagé de demander un autre avis en ambulatoire pour obtenir une réponse validée.

c) *Prise en charge rapide*

Les patients associaient souvent leur prise en charge aux urgences à l'instantanéité puisqu'ils pouvaient s'y rendre immédiatement. Même si beaucoup étaient conscients du temps d'attente long dans les services d'urgences, ils consultaient pour avoir une prise en charge qu'ils estimaient quand même plus rapide par rapport à une prise en charge en ambulatoire. En effet, ils avaient l'impression de moins attendre lorsqu'ils étaient dans la salle d'attente des urgences par rapport à un rendez-vous donné plus tard dans la journée chez un médecin généraliste.

4. **Éléments facilitateurs**

a) *Poids des expériences antérieures*

Le choix des patients à se rendre chez leur médecin traitant ou aux urgences était souvent conditionné par leur expérience vis-à-vis du système de soins. Le plus souvent, ils exprimaient le souvenir d'une prise en charge jugée insuffisante ou inefficace par leur médecin généraliste pour des symptômes similaires. De même, une prise en charge satisfaisante aux urgences les incitait à y retourner voire à ne pas chercher de médecin traitant s'ils n'en avaient pas.

b) *Influence de l'entourage*

La volonté de consulter ou non aux urgences était par ailleurs fortement influencée par les proches des participants. C'est cette pression sociale que percevaient les patients pour adopter ou non un comportement. Elle était d'autant plus forte que les expériences (ou la conviction) de leurs proches à consulter aux urgences étaient prégnantes P.10 « *Moi j'avais mal donc à la base je voulais aller chez le médecin mais le médecin ne pouvait pas me recevoir et mon conjoint me voyant mal en train de pleurer, eh ben... Mais ça aurait été que de moi je ne serais pas venue* ».

C. **Médecine de soins premiers**

1. **Insatisfaction de la prise en charge par le médecin généraliste**

a) *Une vision péjorative de la médecine de soins premiers*

Chez certains interviewés, l'image du médecin généraliste était dégradée. Ils valorisaient un médecin idéal, fantasmé et aujourd'hui disparu. Ces mêmes patients déploraient cette « évolution péjorative » qu'ils associaient à un manque de disponibilité des médecins actuels, allant parfois jusqu'à les assimiler « *à des fonctionnaires* » « *mais bon le médecin traitant quand j'avais dix ans et le médecin traitant aujourd'hui ça n'a plus rien à voir...le médecin traitant quand j'avais 10 ans il était*

24/24h sur la brèche, 7j/7. On l'appelait à minuit, il venait à minuit, on appelait le dimanche à midi il venait le dimanche à midi » P.5. Les autres critiques portaient sur les compétences cliniques du médecin généraliste : examen insuffisant, travail précipité nuisant à sa qualité. Les patients déploraient enfin un manque d'investissement aussi bien qualitatif que quantitatif et une perte de l'intuition et de l'empathie qui caractérisaient autrefois le médecin généraliste. Un verbatim résumait bien cette vision peu valorisante P.14 « *Il vaut mieux se soigner avec un généraliste... Quand il trouve !* ». Tous ces éléments conduisaient à ne plus placer le patient au cœur du soin et à assimiler de manière peu flatteuse le médecin généraliste à une simple « *table d'orientation* » dans le système. Le médecin devenait donc un intermédiaire dans un parcours de soins décrit comme un vrai labyrinthe avec le « *colloque singulier* » patient-médecin de mauvaise qualité.

b) Perte de confiance

Les participants regrettaient le manque de dialogue et de transparence de certains médecins P.18 « *de pas savoir ce qu'on a exactement alors, là... moi j'aime la vérité, ils ne disent pas tout* ». La confiance était également entachée lorsqu'ils avaient initialement consulté leur médecin généraliste et que la prise en charge s'était avérée inefficace ou insatisfaisante à leurs yeux. Ils regrettaient également le manque de liberté du médecin de soins premiers dans ses prescriptions puisqu'ils le pensaient très souvent corrompu, non par les laboratoires pharmaceutiques mais par la Sécurité Sociale avec un système de rétributions. On notait aussi une méfiance à l'égard des prescriptions faites qu'ils estimaient inefficaces ou d'une galénique qu'ils jugeaient inadaptée dans le cadre de l'urgence. La vision très critique des participants, estimant les compétences entre les médecins très hétérogènes, se traduisait par une méfiance à les consulter. Certains ne les sollicitaient d'ailleurs que s'ils avaient déjà une idée du diagnostic. Ils jugeaient enfin la très bonne connaissance de leur patientèle délétère puisque cela engendrait selon eux un interrogatoire et un examen clinique superficiels voire bâclés P.5 « *Il vous regarde comme quelqu'un qui vient le voir depuis 20 ans, pas comme un nouveau malade* ». Enfin, certains imaginaient les médecins plus attentifs et plus efficaces quand il s'agissait de nouveaux patients P.5 « *Le médecin des urgences, vous le voyez pour la première fois, même s'il a vos antécédents médicaux il va rechercher beaucoup plus de choses que votre médecin traitant qui vous connaît* ». Les urgences venaient ainsi combler cette perte de confiance en la médecine de ville.

2. Obstacles à la consultation en médecine de ville

a) Difficultés d'accès à un médecin généraliste

Certains interviewés évoquaient la difficulté à trouver un nouveau médecin traitant et à obtenir un rendez-vous en général, que ce soit avec leur médecin traitant ou non P.17 « *j'ai cherché un médecin pour aller consulter... c'était plus à partir de 3,4 jours* ». Ce constat conduisait à des réactions mitigées et à de l'incompréhension de la part des patients P.4 « *mmm mmm, vraiment ça m'a choquée, je me suis dit « c'est pas possible qu'on puisse pas avoir de docteur* ». De même, le barrage du secrétariat était un autre point abordé avec la sensation que les secrétaires filtraient les rendez-vous, ce qui pouvait décourager certains interviewés P.20 « *bah... peut-être comme c'est sa femme qui est secrétaire, des fois, elle est réticente pour donner un rendez-vous. Sinon, il faut appeler quand elle est plus là, par exemple, vers 6-7 heures. Quand elle s'en va chez elle. Et que lui, il est encore là jusqu'à 7 heures* ». Enfin, les participants soulignaient un défaut d'information concernant les possibilités de recours à un autre médecin généraliste, illustrant une fois de plus cette méconnaissance du parcours de soins P.15 « *Enfin...rester deux heures à tourner dans Mâcon pour...avec...sur internet trouver un médecin, pfff...je me suis dit, je viens aux urgences. Je vais voir si c'est possible!* ». Les participants considéraient finalement le parcours de soins avec le système de médecin traitant comme un véritable obstacle et donc un facteur incitateur à consulter aux urgences P.12 « *Parce que des fois on va appeler un médecin et c'est pas notre médecin traitant ouais donc il pourra pas nous prendre dans l'immédiat. Mais le jour où on est vraiment malade c'est...ben voilà c'est les urgences...* ».

b) Une disponibilité estimée insuffisante

Les patients déploraient une difficulté croissante à obtenir un rendez-vous rapide avec leur médecin, d'autant plus si ce dernier était en vacances et non remplacé. Ceci se traduisait par des plannings surchargés et le plus souvent, ils estimaient ce délai de quelques jours bien trop long pour avoir une consultation. De même, s'ils réussissaient à obtenir un rendez-vous, ils avaient du mal à négocier une consultation plus rapide quand ils pensaient que leurs symptômes relevaient de l'urgence. Ils regrettaient également que les plages de visites à domicile voire de consultations au cabinet médical soient de plus en plus réduites. Pour certains, ces obstacles à une consultation rapide engendraient parfois quelques difficultés auprès de leur employeur pour justifier leur absence. Ils regrettaient finalement que cela conduise à des comportements qu'ils jugeaient eux-mêmes inadaptés P.9 « *on est à se mettre à le supplier au téléphone : voilà je suis vraiment pas bien* » avec la tentation d'un nomadisme médical. Mais paradoxalement, certains patients insistaient sur le fait qu'ils ne seraient pas venus aux urgences si leur médecin avait pu les recevoir rapidement ou s'il avait pu effectuer une

visite à domicile P.6 « *Donc moi, si j'avais eu à choisir comme je vous ai dit j'irais voir mon médecin traitant s'il avait pu* ».

3. Inadéquation avec l'urgence supposée

a) *Des compétences jugées limitées*

Le médecin généraliste était assimilé à la « bobologie », c'est-à-dire compétent pour soigner les maladies quotidiennes et donc jugées bénignes P.7 « *Moi j'y vais pour un gros rhume, pour une grippe, heu...pour un petit bobo voilà voire un petit mal de ventre* ». Certains patients avait une vision très restrictive des connaissances et des compétences du médecin généraliste P.9 « *un généraliste, il a beau être médecin... je lui apprend pas son métier, il ne connaît vraiment pas tout* ». Ils le décrivaient par exemple compétent pour prescrire des médicaments, de l'imagerie, renouveler des ordonnances ou des licences de sport mais pas pour de la traumatologie ou des symptômes inhabituels P.19 « *ça me paraissait quand même bizarre. Alors, j'avais plus tendance à venir ici (aux urgences)* ». Ces mêmes participants pensaient ainsi que le médecin généraliste adressait le patient aux urgences ou à un spécialiste dès lors que son cas devenait trop complexe ou pour les symptômes qu'ils estimaient relever de l'urgence. En effet, ils imaginaient que leur médecin n'aurait pu les soigner du fait d'un manque de compétences ou d'une insuffisance de matériel. Cette vision très compartimentée des compétences et des attributions du médecin de ville se résumait à travers un verbatim P.13 « *chez le médecin traitant, on a plus une notion de long terme, c'est quelqu'un que l'on va voir en cas de petits soucis [silence]. En fait, je dirais que c'est une maladie pour laquelle on a déjà une idée, on se fait déjà une idée de ce que c'est, on n'a pas l'inquiétude de qu'est-ce que j'ai en fait, quand est-ce que ça va se terminer, jusqu'où ça va aller. Quand on va chez le médecin traitant, on sait que l'on va le voir pour qu'il nous fasse une ordonnance pour qu'on aille à la pharmacie, qu'on prenne notre petit traitement dans la semaine et dans une semaine ça ira mieux* ».

b) *Des moyens limités*

Le fait que le médecin de soins premiers ne dispose pas d'un plateau technique (bilan biologique, imagerie) était un frein à une consultation de premier recours pour ces patients. Cela était d'autant plus évoqué dans la mesure où les patients estimaient que leurs symptômes nécessitaient forcément un examen complémentaire pour poser le diagnostic. Ils occultaient la clinique seule pour répondre à leurs interrogations et les rassurer. Ils imaginaient également que le médecin de soins premiers ne pouvait pas délivrer de traitement(s) efficace(s) et immédiat(s) à son cabinet et plus particulièrement des antalgiques P.10 « *Bon après j'aurais pas eu le traitement de quand je suis arrivée là parce que*

j'avais vraiment mal, je n'aurais pas eu le traitement tout de suite tout de suite ». Le fait de consulter directement aux urgences leur paraissait dans ce contexte la bonne attitude devant la présomption que le médecin généraliste les adresserait inéluctablement aux urgences.

D. Les urgences

1. La centralisation

On observait souvent chez ces patients un amalgame entre le service des urgences et l'hôpital. Les urgences étant situées au sein d'un hôpital, les interviewés estimaient que les avis spécialisés et l'ensemble du plateau technique (imagerie, biologie, traitements médicamenteux) étaient donc facilement disponibles P.14 : *« Ben y'a tout ce qui faut quand même à l'hôpital en principe hein. Y'a surtout ça, tout le matériel et tout ce qui faut. Ils peuvent faire tous les examens quoi... il y a de tout, c'est pas comme un docteur ».* La centralisation était unanimement décrite comme le point fort des urgences avec le *verbatim* *« tout sur place ».* C'est cet élément qui avait souvent motivé leur consultation dans un service d'urgences plutôt que chez un médecin généraliste. Selon eux en résultaient une facilité et une rapidité de prise en charge, estimée plus conséquente au vu de tous ces éléments et donc forcément meilleure.

2. Efficacité présumée de la prise en charge

a) Facilité et disponibilité

Les urgences représentaient quasi constamment la facilité et la praticité en termes d'accessibilité et de disponibilité. Elles permettaient de pallier l'absence de médecins généralistes les soirs, week-ends et jours fériés du fait des commodités d'horaires puisqu'ouvertes 24 heures sur 24. A ceci s'ajoutait l'obligation de recevoir tout le monde P.5 *« oui c'est vrai que c'est pour tout le monde et puis c'est un bien dans un sens (rires) ».* Cela leur permettait également d'éviter de chercher un autre médecin généraliste disponible en cas d'impossibilité de leur médecin traitant à les recevoir. Que ce soit par méconnaissance des autres possibilités ou par facilité, ces patients court-circuitaient donc le parcours de soins coordonnés jugé inutile, fastidieux et complexifiant encore leur prise en charge P.5 *« Mais c'est quoi ce cirque? On complique vachement les choses-là, la ligne droite, elle n'est pas du tout respectée. On est dans un labyrinthe ».*

b) Notion d'immédiateté

La plupart des patients interrogés avaient un rapport au temps différent et cette question de temporalité conditionnait souvent leur attitude et leurs attentes vis-à-vis des urgences. En sursoyant à une consultation avec un médecin de ville et à d'éventuels examens complémentaires en externe, ils estimaient gagner du temps. Le service des urgences était donc quasi systématiquement associé à la rapidité et l'immédiateté ; ils s'y rendaient pour que cela ne dure pas une « éternité » P.5 « autrement pour passer un scanner j'ai pris rendez-vous. Pour un I.R.M. il faut trois semaines. Vous arrivez là, le lendemain matin vous passez votre IRM ». Il en était de même pour l'accès aux spécialistes ou pour les moyens thérapeutiques. Le fait que « ça ne traîne pas » leur permettait ainsi d'avoir un diagnostic rapide puisqu'ils exprimaient la difficulté à rester longtemps en état d'incertitude P.4 « Si le médecin va voir des résultats rapidement ben le jour même tout est là quoi c'est rassurant ».

3. Réassurance et sécurité

Du fait de la présence du plateau technique, des spécialistes, de la possibilité d'hospitalisation dans la foulée si besoin, le service des urgences leur paraissait la structure la plus adaptée puisqu'elle représentait la sécurité et P.20 « on se sent peut-être plus en sécurité dans un hôpital que chez un médecin ». Ils estimaient que cette structure répondait plus à leurs attentes et leurs angoisses ce qui les motivait une fois de plus à s'y rendre. Même s'ils décrivaient un temps d'attente long, notamment du fait d'une prise en charge fonction de la gravité des symptômes, cette hiérarchisation les rassurait. C'est donc ce besoin de réassurance que venaient souvent chercher les patients aux urgences.

E. Les personnel des urgences

1. Des compétences larges

Les patients distinguaient le plus souvent l'infrastructure des urgences (c'est-à-dire les locaux et le plateau technique avec la biologie, l'imagerie) du personnel médical et paramédical qui y travaille. Aux yeux des interviewés, les médecins urgentistes avaient une meilleure formation que les médecins généralistes et donc davantage de connaissances et de compétences. Certains les jugeaient également plus expérimentés pour des pathologies complexes ou estimées graves, comme les malaises par exemple qu'ils pensaient impossibles à prendre en charge en ambulatoire P.9 « Alors je me dis qu'y avait que l'hôpital pour me sortir de là ». Ils imaginaient également que les médecins urgentistes soignaient davantage de patients, leur allouant ainsi une plus grande expérience, gage de

confiance supplémentaire. Ressortait enfin la notion de super médecins qui supervisent les internes et revérifient tout scrupuleusement, accentuant ce sentiment de confiance. C'est cette représentation du médecin infallible, parfois véhiculée par les médias, qui émergeait le plus souvent P.5 « *Comme on dit, il faut mieux aller voir le bon dieu que les saints* ».

2. Une prise en charge pluriprofessionnelle

Les patients se sentaient entre de bonnes mains aux urgences du fait d'une prise en charge pluriprofessionnelle (médecins, infirmiers, aides-soignants). Ils imaginaient également que, quoiqu'il arrive, du fait d'un personnel nombreux, ils seraient rapidement pris en charge à la différence du médecin généraliste P.11 « *si je tombe dans les pommes, ben au moins il y a quelqu'un pour me récupérer, enfin voilà c'est vrai qu'il y a un côté très rassurant aux urgences* ». Selon eux, cette prise en charge « en collaboration » était gage de qualité et donc de confiance supplémentaire par rapport à la médecine de ville.

3. Et un savoir-être essentiel

Les participants estimaient que le personnel des urgences faisait son travail consciencieusement et avait un côté rassurant qui les tranquillisait P.9 « *Mais moi quand on me rassure, je me sens beaucoup mieux... En étant rassuré par des infirmières ou des médecins... ces personnes-là, elles sont sympathiques en collaboration* ». Des interviewés appréciaient également le sentiment d'individualité ressenti aux urgences P.17 « *ils ont pas pris mon cas pour une généralité...* ». Certains se sentaient même plus, voire, mieux écoutés que par leur médecin généraliste. Globalement, ils estimaient avoir toujours été bien reçus aux urgences ce qui les incitait ou les inciterait à consulter de nouveau si besoin.

F. Synthèse des résultats à la lumière de la théorie du comportement planifié d'Ajzen

Les intentions de l'individu d'émettre un comportement donné constituent le facteur central de la théorie du comportement planifié (TCP) d'Ajzen¹¹. Le modèle part donc du principe que trois variables, l'attitude, les normes subjectives et la perception du contrôle¹² influencent directement les intentions d'effectuer un comportement. Cette intention influence à son tour le comportement⁹.

L'attitude désigne le degré de jugement favorable ou défavorable que la personne possède du comportement en question. Les normes subjectives représentent la pression sociale que perçoit

l'individu pour adopter ou non un comportement. Enfin, le contrôle comportemental perçu correspond à la perception qu'a l'individu de la faisabilité du comportement. Cette perception du contrôle désigne ainsi la conviction qu'il a de posséder les ressources nécessaires pour adopter le comportement en question.

La TCP suppose que l'intention est le déterminant le plus important du comportement⁹.

En annexe 4 figure le schéma récapitulatif des résultats à la lumière de la TCP d'Ajzen.

DISCUSSION

A. Limites de l'étude

Notre étude présentait différents biais qu'il convient de décrire. L'échantillon a été constitué en Bourgogne, parmi les patients consultant aux urgences de manière « non appropriée ». Du fait de l'inclusion de patients issus de zones à faible densité médicale, les particularités géographiques et démographiques de la Saône-et-Loire apparaissaient dans certains *verbatim*. Cet échantillon bourguignon représente donc un biais de sélection qui a pu favoriser l'émergence de propos relatifs aux difficultés à obtenir un rendez-vous dans la région mâconnaise. Pourtant, les entretiens ayant eu lieu pendant des jours ouvrés, aux heures ouvrables et hors vacances scolaires et jours fériés, cela aurait dû limiter les propos sur l'indisponibilité des médecins généralistes. Ceci n'a pas été le cas. Cela illustre ainsi le manque d'offres de soins premiers en Saône-et-Loire. A noter qu'avec 1861 médecins inscrits à l'Ordre des médecins en 2016, ce département a l'une des densités les plus faibles en médecine générale en France¹³.

Enfin, les entretiens ont été menés dans les locaux du SU ce qui a permis de limiter les refus mais qui a pu générer un biais d'influence et de désirabilité sociale. Ce dernier a pu être limité car l'investigatrice se présentait comme étudiante en sociologie effectuant un travail de fin d'études et non comme médecin. Les problématiques biomédicales n'étaient volontairement pas abordées directement pour limiter ce biais d'influence.

B. Forces de l'étude

Les données présentées ici sont originales car peu d'études de ce type ont été menées. L'échantillonnage de type variation maximale a permis d'obtenir le maximum de diversité dans les opinions et les représentations au sein de la population étudiée. La spontanéité de certains *verbatim* montre que les participants ont peu filtré leurs propos, ce qui renforce la richesse des réponses obtenues. Pour minimiser le biais d'interprétation, l'analyse a été effectuée par 2 codeurs, en aveugle de façon à trianguler les données. Enfin, les vingt entretiens menés avec évolution de la grille d'entretien ont permis de saturer les données dès le dix-huitième entretien et d'augmenter la validité interne de notre étude. Des résultats superposables avec des thèmes similaires ont été retrouvés pour les deux autres études menées à Chalon et Dijon dans le cadre du projet CONFU ce qui renforce la validité externe de notre étude. Enfin, le faible taux de refus illustre la bonne adhésion des participants.

C. Gestion de la demande de soins non programmés

Les participants semblaient mal maîtriser l'ensemble des ressources à leur disposition en amont du service des urgences, certains exprimant clairement cette méconnaissance au cours de notre étude. Cette difficulté pour les patients à naviguer dans le système de soins ainsi que la méconnaissance des possibilités et de leurs droits est bien décrite dans la littérature. Par exemple, plus de la moitié de la population ayant déclaré un médecin traitant ne sait pas s'il prend des gardes. Ils étaient seulement 53,2 % à avoir connaissance des structures alternatives à leur médecin traitant⁷. Certains ne savaient même pas comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde¹⁴. Les conseils des répondants téléphoniques des médecins de premier recours ne semblent pas toujours compris, participant alors à cette confusion. Enfin, si 87 % des usagers ont un médecin traitant¹⁵, le recours aux urgences n'a été précédé d'aucun avis médical dans 70 % des cas^{1 2 16}.

Le rapport du Conseil de l'Ordre déplore lui aussi le « *manque d'information du grand public sur le recours à une régulation préalable de leurs demandes de soins non programmés* ». Le constat est sensiblement similaire dans le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2013 où « *c'est le fonctionnement de la régulation médicale qui est le plus opaque pour la population alors qu'elle conditionne l'accès aux soins aujourd'hui* ». Pour les participants de notre étude, le 15 était perçu comme un numéro utile uniquement pour les détresses vitales et certains interviewés de notre étude avaient même peur de déranger en contactant le 15. Ceci semble confirmer la notion de gravité associée à ce numéro. Cependant, d'après une enquête menée en Rhône-Alpes en 2012, près de 85 % des appels débouchaient sur des conseils médicaux ou de simples renseignements¹

L'attitude des patients à consulter dans les SU pourrait donc s'expliquer par la facilité d'accès mais également suite à ce manque d'informations. Cependant, ils pourraient aussi être encouragés dans ce comportement par le système lui-même, parfois équivoque et source de confusion. En effet, certaines prises en charge sont très codifiées dans les SU mais différentes en ambulatoire pour une même pathologie, à l'instar de certains examens complémentaires, effectués systématiquement alors qu'ils ne sont pas strictement nécessaires selon les recommandations. De même, les protocoles utilisés dans les SU entraînent fréquemment l'utilisation de la voie parentérale. Cette pratique vécue par les patients pourrait alimenter leur représentation de supériorité de la voie parentérale sur la voie orale. Tout ceci participerait donc à cette confusion et entretiendrait la représentation selon laquelle la prise en charge aux urgences est forcément meilleure, aboutissant à des consultations itératives dans les SU. Ce point était d'ailleurs bien retrouvé dans notre étude mais également dans la littérature⁷.

D. Critiques vis-à-vis du médecin généraliste et du parcours de soins

Ce sont paradoxalement les patients qui sont le plus critiques et qui ne perçoivent pas l'utilité du parcours de soins qui auraient le plus besoin d'être guidés dans le système de soins. Ils se représentent ce parcours comme un élément inutile voire nuisible à leur prise en charge. De même, ils ne sont pas convaincus du rôle de premier recours que revêt le médecin généraliste en dépit des recommandations de 2007 de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) affirmant que « *consulter en priorité son médecin traitant permet d'être mieux soigné, mieux suivi* ». Il représente selon eux une perte de temps et une difficulté supplémentaire dans le système de soins. La plupart des interviewés de notre étude n'avaient d'ailleurs pas connaissance des compétences du médecin généraliste.

Paradoxalement, les patients dont la venue aux urgences est jugée comme non justifiée ont un profil qui ne semble pourtant pas perturber l'accès aux soins. Le peu d'études disponibles montre qu'ils sont jeunes, en activité professionnelle, non paupérisés¹⁷. Ils sont donc plus à même de comprendre et de naviguer dans le système. C'est également cette même génération des 18-30 ans qui serait la plus critique vis-à-vis des médecins généralistes alors qu'elle y a recours moins souvent du fait de sa catégorie d'âge. Elle serait moins satisfaite des compétences des MG, leur ferait moins confiance que les générations précédentes¹⁸. Enfin, leur exigence de disponibilité permanente et totale peut être le reflet d'une société de « l'immédiateté » où toute attente est considérée comme une frustration.

Tous ces éléments concourent à la remise en cause de la légitimité du professionnel de santé dans la prise en charge de ces patients, s'inscrivant dans un système complexe et parfois ambigu. Deux leviers d'action émergent. Le premier centré sur le patient dans un objectif d'autonomisation et le second centré sur le système avec la question de l'offre de soins. Mais on pourrait se demander s'il est réellement possible de modifier le comportement et les représentations de ces patients. En effet, il paraîtrait difficile d'intégrer le médecin généraliste dans leur prise en charge puisqu'ils ne reconnaissent pas sa légitimité et tendent à court-circuiter les filtres déjà en place. Il semblerait également difficile de modifier leurs représentations des SU, d'autant plus quand celles-ci sont très ancrées comme le soulignaient Keizer Beache et al⁶ dans leur étude. L'utilisation des SU était associée à une habitude voire une coutume, quelque chose d'instinctif qui ne leur faisait envisager les urgences comme seules réponses à leur problèmes de santé. Dans ces conditions, ce comportement paraîtrait difficilement accessible à une modification à court ou moyen terme.

E. Lisibilité du système de soins

Les participants de notre étude n'utilisaient pas bien le système. N.Brun affirme cependant qu'avant de reprocher aux usagers de ne pas bien utiliser l'offre de soins, il faudrait se demander si celle-ci est réellement compréhensible et lisible. En effet, l'organisation doit être connue, facilement accessible et comprise par les usagers pour pouvoir être utilisée efficacement et à bon escient. Il semble exister un déficit de communication vers le public avec des difficultés à se repérer parmi les différents acteurs et leurs champs d'intervention (pompiers, SAMU, médecins libéraux, permanence de soins, services d'urgences des établissements publics et privés, maisons médicales de garde, SOS médecins, dispositifs locorégionaux, etc.). La confusion et la méconnaissance semblent d'autant plus fortes que l'offre et la dénomination peuvent varier d'un département ou d'une région à l'autre. De plus, certains départements ont une régulation libérale autonome avec un numéro d'appel distinct du 15 dont la population ne dispose pas toujours (numéro à 4 ou 10 chiffres). Tous ces éléments ne contribuent donc pas à la compréhension et la mémorisation. Ceci mériterait pourtant d'être instinctif, d'autant plus dans les situations d'urgence (qu'elles soient réelles ou ressenties).

Au regard de ces constatations, une identification claire des différentes structures existantes et répondant au mieux aux besoins des usagers paraîtrait souhaitable. Cela se traduirait par une organisation plus cohérente entre médecine de ville et services d'urgences. Un renforcement de l'éducation de la patientèle par les médecins libéraux et une valorisation de celle-ci pourraient également sembler bénéfiques pour la population. La Cour des Comptes précisait dans son rapport qu'il conviendrait « *d'engager une action vigoureuse d'information et de sensibilisation du public aux nouveaux modes d'organisation de la permanence des soins* ». L'offre, mieux maîtrisée par les patients, permettrait de mieux répondre à leur demande de soins et à leur besoin de réassurance, d'autant que l'absence de connaissances induit une inquiétude davantage exacerbée par certaines dramatisations médiatiques¹⁵.

Ce serait donc principalement au système de santé de se diversifier dans les systèmes d'information destinés aux usagers. On pourrait aussi envisager un message clair stipulant qu'en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, le 15 est l'unique interlocuteur que ce soit pour les détresses vitales ou un simple conseil. Avec une médiatisation efficace, cela pourrait devenir instinctif à l'image des campagnes publicitaires de 2002 et 2010 pour les antibiotiques, « *les antibiotiques, c'est pas automatique* » puis « *les antibiotiques, utilisés à tort ils deviendront moins forts* ». Cette méthode a été considérée comme exemplaire pour changer le mode de prescription des antibiotiques. Les patients connaissaient le slogan de 2002 dans 90.4 % des cas, et celui de 2010 dans 50.4 % des cas¹⁹. C'est donc sur un plan de communication similaire, puisqu'efficace, que l'on pourrait s'appuyer afin d'optimiser la prise en charge des DSNP.

F. Rendre la médecine libérale plus visible dans la permanence des soins

En parallèle, de nombreuses mesures gouvernementales ont été entreprises afin de mieux maîtriser le flux de patients se rendant dans les services d'urgences et de réduire le consumérisme médical hospitalier. Dans le cadre de la réorganisation et de l'optimisation de la PDS, la création des maisons médicales de gardes (MMG) a été l'une des alternatives pour les consultants « non urgents »²⁰. Elles répondent à la nécessité de mieux orienter les patients dans les différentes structures de soins¹⁵ aux horaires de fermeture des cabinets libéraux. Suite à la proposition d'un groupe de travail qui avait été mandaté par le ministre de la Santé, les MMG adossées à un SU ont été reconnues pour leur intérêt dans la gestion des flux de ces patients « non urgents ». Une étude réalisée à Toulouse, analysant les venues aux urgences pour une consultation aux heures de la PDS, montrait que l'activité des SU est voisine de celle des MMG. Ceci conforterait l'idée d'une cohabitation entre médecins généralistes et urgentistes au sein des SU pour la prise en charge de ces patients. En Angleterre, des études ont montré l'intérêt des centres médicaux sans rendez-vous, ouverts toute la semaine de 7h à 22h afin de remédier à la surcharge des SU²¹. Un des objectifs était de réduire le délai d'attente à moins de quatre heures en cas de recours aux SU. En 2005, on en comptait ainsi 71 au Royaume-Uni⁴. Cependant, plusieurs auteurs rapportaient le manque de preuve quant à l'apport de ces centres de soins non programmés adjacents aux urgences, notamment sur le temps d'attente et le flux de patients^{22 23}. De manière inattendue, ils notaient une augmentation paradoxale de la DNSP sans diminution de la fréquence des SU.

Dans une étude concernant la disposition des consultants à être réorientés ou non vers une structure de soins alternative, S.Gentile montrait qu'ils étaient généralement favorables à une réorientation potentielle²⁰. Cependant, près de 41 % de ceux refusant la réorientation étaient prêts à payer un supplément financier pour rester dans le service d'urgences²⁴. Cette volonté de payer un supplément va donc à l'encontre d'une idée reçue, très présente dans le monde médical, à savoir que la plupart des patients viennent aux urgences pour ne pas payer. Cela est également concordant avec un constat retrouvé dans notre étude, à savoir que le facteur financier est peu déterminant²⁵. Contre toute attente, l'aspect monétaire et l'apparente gratuité d'une consultation aux urgences étaient très peu évoqués lors de notre étude. Paradoxalement, si la problématique était soulevée lors des entretiens, le patient interrogé stipulait que ce versant était probablement un moteur à une consultation aux urgences pour les autres patients mais pas pour lui.

Ceci illustre également la réelle motivation de ces consultants dans leurs choix de se rendre dans les SU. Ce renoncement entre dans le cadre du renoncement-refus. Cette attitude relève plutôt d'un choix entre plusieurs alternatives et peut être considérée comme une prise d'autonomie à l'égard de sa santé ou de la médecine²⁶. L'aspect financier semblerait donc peu influencer la décision de ces

patients de se rendre ou non aux urgences. Il ne constituerait ainsi probablement pas (ou très peu) un levier d'action permettant de modifier les comportements de ces usagers « non urgents ». A terme, il pourrait même entraîner un effet « pervers » pour les patients précaires si les consultations aux urgences venaient à être payantes²⁷. En mettant des barrières financières, cela priverait finalement de soins ceux qui en ont le plus besoin²⁸, d'autant que les individus ne s'assureraient pas en fonction de leurs risques mais de leur revenu²⁹.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE
THESE SOUTENUE PAR Mme NEVERS Anne-Laure
CONCLUSIONS

Les motivations à consulter aux urgences pour des motifs relevant des soins premiers sont plurifactorielles. Chacune prise isolément est nécessaire mais non suffisante pour déclencher le comportement. Ainsi, la grande confiance accordée aux SU ainsi que l'anxiété et la douleur générées par les symptômes étaient le plus souvent évoquées. L'attractivité des SU était également basée sur des motivations pragmatiques (facilité d'accès, rapidité, etc.) et sur une représentation extrêmement positive (fiabilité, scientificité, pluri professionnalité, etc.). En parallèle, la vision restreinte des compétences du médecin de soins premiers, l'absence de réponse à leurs besoins au sein de l'offre libérale et la méconnaissance du système de soins étaient des éléments supplémentaires en faveur des SU.

Ce décalage de représentations conduit souvent à l'émergence d'une incompréhension entre les patients et les professionnels de santé qui déplorent cette utilisation inappropriée des SU. En pratique, un des leviers d'action pourrait consister à redonner une place de premier choix à la médecine ambulatoire plutôt que de chercher à désengorger les SU. La MMG « de jour » serait alors une opportunité de faire cohabiter la médecine de ville et la médecine hospitalière lorsqu'elles sont situées à proximité des urgences. Des structures équivalentes à des MMG, « en jour ouvré et heures ouvrables », adjacentes aux SU pourraient constituer une alternative pertinente, à court terme, pour ces consultants « non urgents ». En parallèle, une information lisible et pérenne avec une identification claire du parcours de soins seraient d'autant plus nécessaires pour informer les patients des différents dispositifs.

Ceci pourrait faire l'objet d'un travail ultérieur traitant de la viabilité et du bénéfice de telles structures pour ces consultants non urgents et non référés. Le renforcement des soins de santé premiers et leur utilisation pertinente constitueraient donc le « chaînon » manquant entre l'aide médicale d'urgence et les soins non programmés, permettant d'améliorer l'efficacité du système de santé.

Le Président du jury,
UFR
des Sciences de Santé
Directeur du Département
de Médecine Générale

Professeur Jean-Noël BEIS

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 31 OCTOBRE 2017

Le Doyen, Pr. F. HUET

BIBLIOGRAPHIE

1. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. 2013;11-28.
2. Cour des Comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser. *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2014*, Paris.
3. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. *Études et Résultats*, DREES. 2014;(889).
4. Durand AC, Gentile S, Devictor B, et al. ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med*. 2011; 29:333-45.
5. Danet F. La médecine d'urgence. Du sale boulot à l'expansion sans limite. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*. 2008;78(2):67.
6. Beache SK, Guell C. Non-urgent accident and emergency department use as a socially shared custom: a qualitative study. *Emerg Med J*. 2016;33(1):47-51.
7. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. *Santé Publique*. 2004;16(1):63.
8. Masso M, Bezzina AJ, Siminski P, et al. Why patients attend emergency departments for conditions potentially appropriate for primary care: reasons given by patients and clinicians differ. *Emerg Med Australas*. 2007;19:333-40.
9. National Cancer Institute. *Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice*. Second Edition. (2005) NIH Publication No. 05-3896.
10. Giger J-C. Examen critique du caractère prédictif, causal et falsifiable de deux théories de la relation attitude-comportement : la théorie de l'action raisonnée et la théorie du comportement planifié. *L'année psychologique*. 2008;108(1),107-131.
11. Ajzen I, Fishbein, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall;1980,278p.
12. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991 ; 50(2):179-211.
13. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016. [En ligne] https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf. Consulté le 14 août 2017.
14. Baubeau D, Carrasco V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. *Etudes et Résultats*, DREES. 2003;(212).
15. Stagnara J, Vermont J, Kasai B, Meltz M, Bellon G. Table ronde : organisation des urgences Organisation de la permanence de soins extrahospitalière. *Archives de pédiatrie*. 2005;12(6):709-711.
16. Ladner J, Bailly L, Pitrou I, Tivolacci MP. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins. *Prat Organisme Soins*. 2008;39: 33-42.

17. Gentile S, Durand AC, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal Européen des Urgences*. 2007;20(15):138.
18. Mourton E. Représentation sociale du médecin généraliste dans la population lorraine en 2013. Connaissance de la population sur le métier de médecin généraliste. Thèse de médecine. Université Nancy ; 2013,84p.
19. Janin Monard E. « Les antibiotiques c'est pas automatique », 12 ans après, quels sont les changements laissés par ce slogan percutant ? Thèse de médecine. Université Besançon;2014,87p.
20. Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand AC, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publique*. 2005;17(2):233-240.
21. Aissaoui L. Consultations spontanées aux urgences du Centre Hospitalier de Givors. Etude mono centrique, observationnelle, du 1er au 28 mars 2011 des patients non hospitalisés durant les heures ouvrables des cabinets médicaux : Analyse des caractéristiques sociologiques des consultants, de leurs motifs de recours et évaluation de leur satisfaction de ce service. Thèse médecine. Université Lyon 1;2014,146p.
22. Ramlakhan, S, et al. Primary care services located with EDs: a review of effectiveness. *Emerg Med J*. 2016;33:495–503.
23. Khangura JK, Flodgren G, Perera R, et al. Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(11).
24. Gentile S, Durand A C, Vignally P, Sambuc R, Gerbeaux P. Les patients « non urgents » se présentant dans les services d'urgence sont-ils favorables à une réorientation vers une structure de soins alternative ? *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009;57:3-9.
25. Van Charante M, Peter E, Ter Riet G, Bindels P. Self-referrals to the A&E department during out-of-hours: patients' motives and characteristics. *Patient Educ Couns*. 2008;70(2):256-65.
26. Desprès C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. *Sciences sociales et santé*. 2013;31(2):71-96.
27. Batifoulier P. Faire payer le patient : une politique absurde. *Revue du Mauss*.2013 ; 41 : 77-92.
28. Cartier T, Mercier A, de Pouvourville N, Huas C, Ruelle Y, Zerbib Y, et al. Constats sur l'organisation des soins primaires en France. *Exercer*. 2012;101:65-71.
29. Desprès C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique. *Questions d'économie de la santé*.2011;169.

ANNEXES

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Grille d'entretien

Recueil Contexte	<ul style="list-style-type: none"> - Age - Sexe - Situation personnelle - Situation professionnelle - MT déclaré - Couverture médicale - Lieu d'habitation - Distance domicile par rapport au CH Mâcon et au MT - Fréquence de recours à une SU sur la dernière année
<p>Explications : claires, calmes, rassurer sur anonymisation des données, relances possibles mais laisser s'exprimer le patient, ne pas l'interrompre au maximum. PAS DE QUESTIONS FERMEES. Préciser qu'il n'y a pas de jugement, c'est leur avis et leur expérience qui important.</p> <p><u>Grandes idées</u> :</p> <p>URGENCES :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motif(s) de consultation du jour, motivation(s) - Pourquoi choix des urgences, Pourquoi SU plutôt que MT ? - Définition, rôle(s) et attente(s) vis-à-vis des urgences /limite(s), point(s) négatif(s) ou à améliorer - Expérience(s) des urgences, avis sur la structure - Vision du personnel médical et paramédical, par qui pensez-vous être examiné(e) ? - Rôle des SU pour les patients MOINS urgents ? <p>MT/MG :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comment estimez-vous être soigné(e) par votre MT ou un MG en général ? - Pensez-vous que votre MT aurait su faire pour la consultation du jour ? pourquoi ? - Accessibilité et disponibilité habituelles de votre médecin de ville pour avoir un rdv ? et dans le cadre de l'urgence ? - Perception du suivi par le MT - Pb de confiance envers le généraliste ? allez-vous le mettre au courant de votre consultation aux urgences ? <p>➔ Au final : estimez-vous être mieux soigné(e) en ville ou à l'hôpital ? plus facile de se faire soigner en ville ou à l'hôpital ? améliorations à apporter</p> <p>Aborder si possible les risques des urgences : perception de la surcharge de travail, de la surmédicalisation aux urg, connaissance d'alternative(s) aux urgences ou au MG, des MMG.</p> <p>Essayer d'approfondir sur la gestion du temps, les difficultés à naviguer dans le système de santé (négociations des examens, des consultations)</p> <p>Finir en laissant libre cours au patient sur toutes remarques, suggestions qui lui viendraient à l'esprit et qui n'ont pas été abordées.</p>	

B. Annexe 2 : Note d'information destinée aux patients

Madame, monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude visant à explorer les représentations des services d'accueil des urgences. La participation à cette recherche n'implique aucun examen, ni consultation, mais seulement le recueil et l'informatisation de renseignements **anonymisés** vous concernant.

Les données recueillies pour l'étude ne seront pas transmises à l'équipe soignante des structures d'urgences dans lesquelles vous consultez.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au Département de médecine générale, UFR des Sciences de Santé, 7, Boulevard Jeanne d'Arc, 21000 DIJON.

Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Nous vous remercions de votre coopération.

C. Annexe 3 : Tableau des caractéristiques des patients interrogés

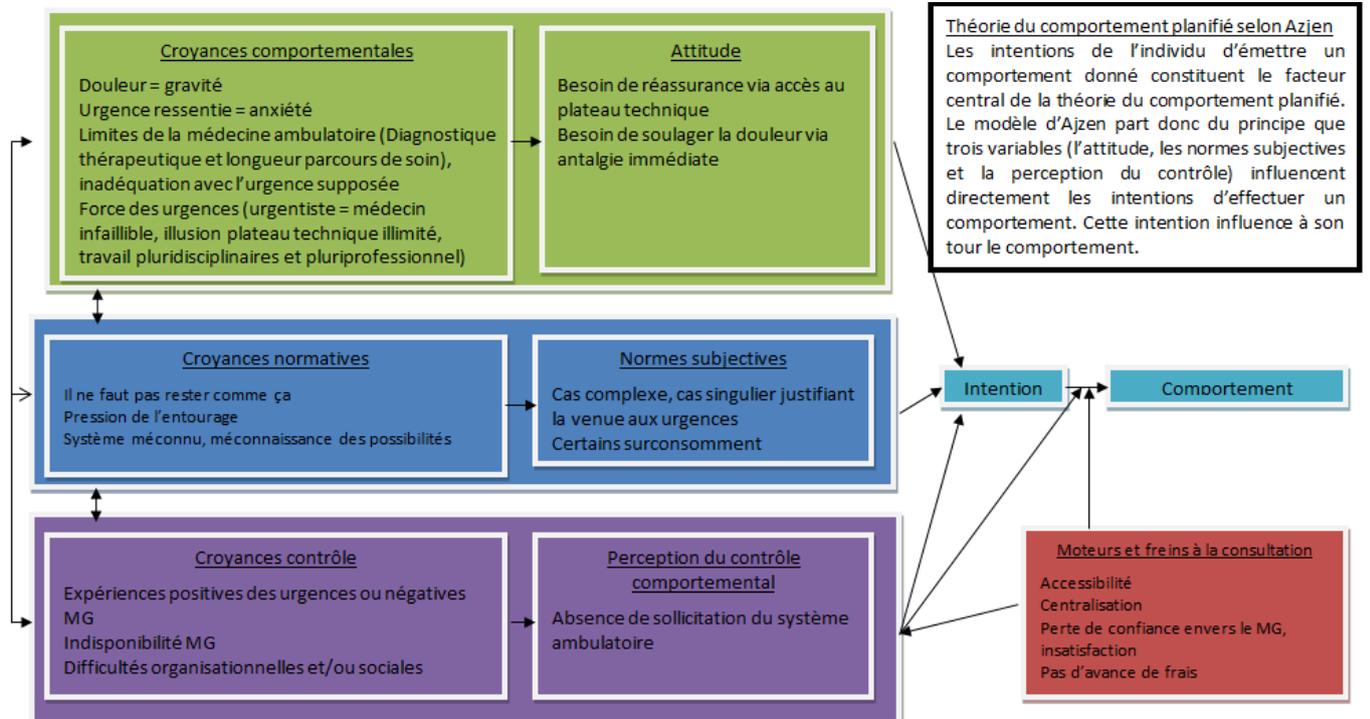
	sexe	âge	Lieu habitation	MT déclaré	Situation personnelle	Situation professionnelle	Couverture médicale	Distance domicile	Distance hôpital	Fréquence recours SU sur dernière année
P1	F	24	urbain	oui	mariée	Sans emploi	AME	H	<20'	>1
P2	F	35	Semi-rural	oui	mariée	actif	SS+mutuelle	H=MT	>20'	>1
P3	M	26	urbain	oui	célibataire	Sans emploi	SS+mutuelle	H=MT	<20'	1
P4	F	31	Semi-rural	oui	mariée	actif	SS+mutuelle	H=MT	>20'	0
P5	M	63	Semi-rural	oui	marié	retraité	SS+mutuelle	MT	>20'	1
P6	F	39	Semi-rural	oui	concubinage	actif	SS+mutuelle	H	<20'	0
P7	M	21	urbain	oui	célibataire	étudiant	SS+mutuelle	H=MT	<20'	>1
P8	F	27	urbain	oui	mariée	actif	SS+mutuelle	H	<20'	>1
P9	M	39	urbain	oui	célibataire	actif	SS+mutuelle	MT	<20'	0
P10	F	24	Semi-rural	oui	concubinage	actif	SS+mutuelle	H=MT	>20'	0
P11	F	62	rural	oui	mariée	retraîtée	SS+mutuelle	MT	>20'	0
P12	F	27	urbain	non	célibataire	actif	SS+mutuelle	Pas de MT	<20'	0
P13	F	45	Semi-rural	oui	mariée	actif	SS+mutuelle	MT	<20'	0
P14	F	82	urbain	oui	mariée	retraîtée	SS+mutuelle	H	<20'	0
P15	M	54	Semi-rural	oui	célibataire	actif	SS+mutuelle	H=MT	<20'	0
P16	F	77	urbain	oui	mariée	retraîtée	SS+mutuelle	H=MT	<20'	0
P17	M	27	urbain	non	célibataire	actif	SS+mutuelle	Pas de MT	<20'	0
P18	M	80	urbain	oui	marié	retraité	SS+mutuelle	MT	<20'	>1
P19	F	66	Semi-rural	oui	mariée	retraîtée	SS+mutuelle	MT	<20'	0
P20	F	56	rural	oui	concubinage	Sans emploi	SS+mutuelle	MT	>20'	0

H : habite plus près du CH de Mâcon

MT : plus proche de son médecin traitant que du CH

H = MT : distances équivalentes entre le CH ou le MT

D. Annexe 4 : Les résultats à la lumière de la TCP d'Ajzen



TITRE DE LA THESE :

**Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes auto-référés
consultant aux urgences et ne relevant pas de son plateau technique
Etude qualitative au centre hospitalier de Mâcon**

AUTEUR : ANNE-LAURE NEVERS

RESUME :

Introduction :

L'activité des services d'urgences a augmenté de 30 % en 10 ans. De nombreuses consultations relèvent des soins premiers et non des urgences. Les motivations des patients à consulter aux urgences semblent mal établies.

Méthode :

Etude qualitative à l'hôpital de Mâcon, par entretiens semi-dirigés, auprès de patients adultes auto-référés et dont le motif de consultation relevait des soins premiers. L'échantillonnage respectait le principe de variation maximale. L'analyse a été réalisée selon le principe de la théorisation ancrée, avec double codage.

Résultats :

Vingt entretiens ont été menés. Les patients avaient des représentations de leur problème de santé souvent éloignées de la réalité anatomo-physiologique et présumaient que les urgences leur apporteraient une réponse claire. La douleur, la crainte d'une pathologie grave et le sentiment d'être un cas compliqué justifiaient pour eux le besoin d'examen complémentaires jugés plus facilement disponibles aux urgences. Ils avaient également des difficultés à anticiper les rendez-vous en ambulatoire et à naviguer dans le système de soins. Enfin, le rapport au médecin généraliste était variable quant à la confiance accordée et à son rôle dans la prise en charge des soins non programmés.

Conclusion :

Les motivations à consulter aux urgences pour des motifs relevant des soins premiers sont plurifactorielles. Chacune prise isolément est nécessaire mais non suffisante pour déclencher le comportement. La mise en place d'une action en amont de la consultation semble donc difficile. Ainsi, le développement de maisons médicales de jour, près des urgences, offrirait une alternative pertinente pour ces consultants non urgents.

MOTS-CLES : recours aux soins ; soins non programmés ; service d'accueil des urgences ; utilisation des services de santé primaires ; usagers ; comportement ; attitude envers la santé.