



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes non référés,
consultant aux urgences du CHU de Dijon et ne relevant pas de son plateau technique**

Etude qualitative auprès de 20 patients du CHU de Dijon ayant recours au Service d'Accueil
des Urgences sans avis médical préalable du 14/12/2015 au 29/02/2016

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 Vincent MARTI

Né le 18 août 1986

A Le Creusot

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.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2017

N°

**Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes non référés,
consultant aux urgences du CHU de Dijon et ne relevant pas de son plateau technique**

Etude qualitative auprès de 20 patients du CHU de Dijon ayant recours au Service d'Accueil
des Urgences sans avis médical préalable du 14/12/2015 au 29/02/2016

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 Vincent MARTI
Né le 18 aout 1986
A Le Creusot

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	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	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
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	Ophtalmologie
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.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	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
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-vénéréologie
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

PROFESSEURSEMERITES

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.	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

PROFESSEURSCERTIFIES

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



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, 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 Aurélie **GLOAGUEN**

Madame le Docteur Katia **MAZALOVIC**, Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

À mon Président du jury, Monsieur Le Professeur Jean-Noël BEIS

Merci de m'avoir fait l'honneur de présider ce jury. Je vous remercie de la bienveillance avec laquelle vous avez accompagné ce travail. Veuillez croire en ma profonde reconnaissance.

Aux membres du jury, Messieurs les Professeurs François MORLON et Henri-Jacques SMOLIK

Vous avez accepté de juger ce travail, c'est un honneur pour moi. Veuillez recevoir mes sincères remerciements.

À Madame le Dr Katia MAZALOVIC, directrice de thèse,

Merci de nous avoir accompagné avec ta joie et ta bonne humeur ton au long de ce travail. Ce travail de thèse malgré des difficultés fut un vrai plaisir grâce à ton investissement

À Monsieur le Dr Yanis PERRARD qui nous a soutenus et suivis dans les moments difficiles. Merci pour ton dévouement et le réconfort que tu as pu nous apporter.

Aux Médecins qui ont veillé à ma formation,

Au Dr ROCHE-LACHAISE Isabelle à Nevers avec qui j'ai débuté mon internat dans de bonnes conditions.

Aux Dr SERRADJ Dalila, MAJBRI Amira, AVONDO Aurélie, TFIFHA Riadh et aux autres médecins du SRAU grâce à qui je garde une trace inoubliable du SRAU.

Aux Dr GRASSI Stéphanie, CHASSERY Didier et BANCET Nathalie, que je ne remerciais jamais assez de m'avoir fait passer un semestre aussi riche. Au-delà de la formation médicale, j'ai construit ma façon d'exercer autour de la vôtre, une manière humaine, empathique et qui restera mon modèle à jamais. Merci encore.

Aux Dr RACINE Aude, DESBUISSON Stéphane et JACQUOT Alain, qui m'ont beaucoup appris et grâce à qui le semestre au CH d'AUTUN fut très appréciable.

Aux Dr VERMEERE, ZIADE, JAREMCZUK et LAMGLAIT des urgences du CH Le CREUSOT qui m'ont transmis leur goût pour la médecine d'urgence et qui me transmette le meilleur d'eux même. C'est un honneur de faire partie de votre équipe. Merci.

À mes co-thésardes,

À Lucille et Anne-Laure, grâce à qui ce travail de thèse fut une histoire fantastique. Ces deux années sont passées vite au final avec vous à mes côtés. Je vous souhaite le meilleur pour la suite et à bientôt.

À mes parents, à mon petit frère,

Maman, Papa, je vous remercie pour tout l'amour que vous nous avez apporté. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises et me transmettez encore mais également merci pour votre patience car je sais que je n'ai pas toujours été facile. Je vous aime énormément. À mon frère Thomas, que j'aime de tout mon cœur. Malgré tout nos chamailleries tu restes ma plus grande fierté. Je t'aime

À mes oncles, tantes et mes cousins et cousines

Malgré le fait que nous ne puissions pas nous voir aussi souvent qu'on le souhaiterait, vous restez dans mon cœur et je serais toujours là pour vous comme vous avez toujours été là pour moi.

À mes grands-parents,

Abuelo, Abuela, Pépé, même si vous n'êtes plus là, je garde de très beaux souvenirs de vous et j'espère vous rendre fier depuis là-haut.

Mémé, merci beaucoup pour toutes tes attentions depuis toujours, merci pour ton affection, je t'aime.

À Anne-Sophie,

Merci pour tout le soutien et l'amour que tu m'as apporté. Merci pour ta gentillesse et ta patience durant ces belles années à tes côtés. Je te souhaite autant de bonheur et d'amour que ce que tu distribues autour de toi.

À ta famille, que je remercie d'avoir été si gentille avec moi.

À mes amis,

Merci à tous, ce n'a pas été un mince affaire que de me supporter tout ce temps, heureusement que vous êtes là, c'est auprès de vous que je m'évade le plus, merci pour votre soutien et votre amitié. Merci pour tous ces bons moments et ceux à venir.

Aux amis partis trop tôt, mon max, ta joie de vivre me manque, dans chaque moment de bonheur il y a un peu de toi.

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."

Liste des abréviations :

AR : Auto-Référés

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Mutuelle Universelle

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DSNP : Demande de Soins Non Programmés

HAS : Haute Autorité de Santé

IAO : Infirmier d'Accueil et d'Orientation

MG : Médecin généraliste

NR : Non-Référée

SFMU : Société Française de Médecine d'Urgence

SU : Services d'Urgences

TCP : Théorie du Comportement Planifié

SOMMAIRE

INTRODUCTION	13
METHODES	15
RESULTATS	
I. ATTITUDINAL	18
A. A PRIORI SUR LE COMPORTEMENT	18
1. A priori négatif sur la consultation avec le médecin traitant.....	18
a. Les compétences du médecin généraliste	18
b. La surcharge du MG	18
c. Les délais de consultations chez le généraliste	19
d. La nécessité d'examens complémentaires	19
e. Longueur du circuit ambulatoire.....	19
f. Une relation médecin patient altérée.....	20
2. A priori positif sur la consultation aux urgences.....	20
a. Déterminants liés au patient.....	20
La représentation de la pathologie ou urgence ressentie	20
Hospitalisation :.....	22
Les difficultés organisationnelles.....	22
b. Déterminants liés aux urgences :	23
La centralisation	23
La représentation des médecins urgentistes	23
Le cadre de consultation.....	24
La facilité.....	24
B. A PRIORI SUR LE RESULTAT ESCOMPTE	25
1. A priori négatif sur le résultat escompté en consultant le MG.....	25
Le médecin généraliste n'aurait pas su faire	25
2. A priori positif sur le résultat escompté en consultant aux urgences :.....	25
Effet placebo des urgences :	25
Intégralité de la prise en charge en un jour :	25
Accompagnement grâce aux urgences	26
II. NORMES SUBJECTIVES	26

III. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX	27
1. Les obstacles à la consultation avec le médecin généraliste	27
Accessibilité :	27
Disponibilité :	27
Insatisfaction de la prise en charge par le MG	27
2. Les urgences	28
Satisfaction de la prise en charge	28
3. Le système de soins	28
Aucune avance de frais	28
Difficultés de navigation dans le système de soins :	29
DISCUSSION.....	30
CONCLUSION.....	39
BIBLIOGRAPHIE.....	41
ANNEXES.....	45

Introduction

Le nombre de patients ayant recours aux services d'urgence (SU) augmente régulièrement, atteignant en France Métropolitaine 19,7 millions en 2015 sur 723 structures soit une augmentation annuelle de 3 % depuis 1996 (1).

Concernant la nature de l'activité des urgences, les pathologies graves et aiguës, ne concernent que 2 % des usagers (2). Dans 60 % des cas leur venue est « non-référée » (NR) ou « auto-référée » (AR) (c'est-à-dire que c'est le patient ou un de ses proches qui a décidé de venir consulter au SU) (4). Dans 30 % des cas, la situation causant le recours aux urgences remonte à plusieurs jours (4). Trois quart des patients rentrent chez eux à l'issue de leur passage (4). Vingt pourcent ne nécessitent pas d'acte (3). Ainsi, de nombreux usagers fréquentent les SU pour des problèmes qui n'entrent ni dans le cadre de l'urgence vitale ou fonctionnelle, ni dans celui d'un besoin de plateau technique particulier, mais pour des urgences ressenties, ce qui entraîne une demande de soins non programmés (DSNP).

Actuellement, les études estiment le nombre de passages évitables aux urgences à 3 600 000 (3). Le coût d'un passage aux urgences est difficile à établir du fait du mode de financement complexe et du manque de données, mais un rapport estime le coût moyen d'un passage à 161,50 euros pour l'assurance maladie (3). Cette sur-utilisation des SU pourrait donc permettre une économie potentielle estimée à 500 millions d'euros (3).

Par ailleurs, cette affluence a un retentissement important sur les services des urgences : saturation avec délai d'attente important, retard de la prise en charge des urgences vitales, prise en charge de moins bonne qualité du fait d'un manque de temps. (3)

Deux études quantitatives observationnelles transversales se sont intéressées aux motifs des patients recourant aux urgences pour une demande de soins non programmés (DSNP) relevant

de soins premiers. Les principales causes observées étaient : accident, impression de gravité, angoisse, besoin de régler le problème rapidement, possibilité d'examens complémentaires, possibilité de consulter un spécialiste, proximité géographique, douleur associée à un autre symptôme, horaires, gratuité, *etc.* (4, 5,8).

Selon Hascoët Julien et *al* certains patients s'étaient tournés vers les urgences « par défaut », ne trouvant pas la réponse à leurs besoins au sein de l'offre libérale de soins. Paradoxalement, ces patients AR ou NR dont la venue était jugée comme non justifiée ne correspondaient pas à un profil décrit comme ayant des difficultés d'accès aux soins. Le recours au SU serait multidimensionnel, tenant compte de la gravité perçue mais également du contexte du patient (2, 9). Cependant, aucune étude qualitative n'a été effectuée ce qui ne permet donc pas de comprendre les motivations profondes des individus.

En effet, cette gestion de la DSNP fait partie intégrante du rôle du généraliste (10). Des études ont montré que les DSNP gérées par les généralistes donnaient lieu à peu d'actes techniques, dont la majorité ne nécessitaient pas de plateau technique particulier (10, 11). Par ailleurs, de par leur formation et leur expérience professionnelle, les médecins urgentistes sont plus entraînés et habitués à gérer des signes non spécifiques dans un contexte de prévalence de certaines pathologies graves et aiguës faibles. Ceci, associé aux moyens supplémentaires mis à leur disposition, les amènent à des prises en charges plus maximalistes, générant ainsi plus d'hospitalisations et de soins ultérieurs comparées que celles des généralistes, toutes choses égales par ailleurs (12, 13).

Compte tenu de ce qui précède, nous avons choisi de nous intéresser aux motivations de recourir aux urgences, pour des problèmes ne relevant pas des SU chez des patients adultes NR

METHODES

Pour répondre à notre question de recherche et trouver les déterminants de consultation aux urgences chez nos patients, nous avons utilisé une méthode qualitative.

Trois études similaires ont été réalisées en Bourgogne sur la même période afin de d'enrichir les déterminants en fonction de la situation géographique et notamment la démographie médicale. Ces études ont été réalisées au CHU de Dijon, au CH de Chalon sur Saône et CH de Mâcon.

Des entretiens uniques semi-directifs individuels ont été réalisés de décembre 2015 à février 2016. Vingt entretiens dans chaque centre ont permis de recueillir les déterminants de consultations aux urgences parmi notre population en atteignant pour chaque opérateur une saturation des données.

Les critères d'inclusions étaient : patient piéton(arrivant par ses propres moyens), majeur, consultant au SAU, non référé par un médecin, hors situation d'urgence vitale évidente, dont la situation clinique ne nécessite pas le plateau technique du SRAU, acceptant l'entretien, classé CCMU 1 ou 2 (sans nécessité urgente d'examens complémentaires).

Les critères d'exclusions étaient : urgences 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)

L'échantillonnage était de type variation maximale, de façon à obtenir une grande diversité dans les opinions et représentations de la population étudiée.

Les caractéristiques choisies pour cela étaient : l'âge, le sexe, le statut socioprofessionnel, la fréquence du recours aux urgences, la distance domicile – hôpital et domicile – médecin traitant, la couverture sociale.

Les patients étaient recrutés au niveau de l'infirmier d'accueil des urgences, dès leur arrivée, ou en salle d'attente. Nous utilisons les données obtenues par l'infirmier ou l'infirmière d'accueil et d'orientation afin de définir si le patient était sélectionnable pour notre étude, selon les critères d'inclusion et d'exclusion. L'accord du chef de service des urgences ainsi que du cadre infirmier des urgences ont été obtenus avant de débiter ce travail.

Les entretiens se sont déroulés de décembre 2015 à février 2016, durant des jours ouvrés et en dehors de périodes de vacances scolaires.

Pour expliquer le cadre de ce travail aux patients interrogés, nous nous présentions comme étudiants en fin de cursus réalisant un travail de fin d'étude. Les enquêteurs ne portaient pas de blouse.

Par ailleurs, nous annonçons au patient l'objet de l'entretien et son déroulement sans évoquer spontanément l'aspect médico-médical en l'encourageant ainsi à être le plus franc possible. L'anonymat était garanti aux participants avant obtention de leur consentement.

Les entretiens ont été réalisés en face à face dans un local à côté des urgences, fermé à clé afin de ne pas être perturbé. Les entretiens ont été enregistrés sous forme de fichier audio, après information et consentement écrit du patient (annexe3). Ils ont été menés à partir d'une grille d'entretien initialement élaborée par le Docteur Katia Mazalovic et moi-même puis régulièrement modifiée au fur et à mesure des différents entretiens. (Annexe 2)

Ils ont ensuite été retranscrits de façon intégrale, sans reformulation ni correction des erreurs de langage afin de rester au plus proche du récit de l'interviewé. Les éléments non verbaux

comme les moments de silences, interruptions ainsi que les émotions ont également été retranscrits.

Les entretiens ont ensuite été analysés de façon thématique par théorisation ancrée, selon une méthode inductive. Le logiciel utilisé pour cette analyse était N'Vivo 10. Les récits retranscrits étaient codés de façon ouverte, puis les codes ont été regroupés en catégories.

Enfin, pour s'assurer de la validité des résultats, la méthode de triangulation des données a été réalisée avec les autres investigateurs du CH de Chalon et le CH de Macon.

RESULTATS

I. ATTITUDINAL

A. A PRIORI SUR LE COMPORTEMENT

1. A priori négatif sur la consultation avec le médecin traitant

a. Les compétences du médecin généraliste

Le champ lexical employé autour des compétences du médecin généraliste semblait s'orienter vers le suivi de pathologies chroniques ou vers l'orientation sur des spécialités d'organe alors que la traumatologie ou les pathologies mettant en jeu le pronostic vital étaient plutôt associées aux urgences. Certaines caractéristiques de leur problème de santé ne relevaient pas, aux yeux des interviewés, du champ de compétence du MG : caractère aigu et douleurs. Ils décrivaient le médecin généraliste comme trop isolé et limité, notamment dans sa capacité à établir un diagnostic précis ou à calmer les douleurs.

« C'est mon médecin traitant pour les petits choses de tous les jours et que je ne vais pas forcément voir pour des choses plus graves. »

« Moi c'est juste une histoire de renouvellement mais pour quand il nous arrive un pépin ce n'est pas toujours pratique. »

b. La surcharge du MG

Certains patients décrivaient également le sentiment de déranger leur médecin traitant pour certains problèmes et n'ayant pas de créneaux pour les choses qui sortent de leurs habitudes du fait de leur surcharge de travail.

« Ils sont quand même surbookés en campagne. »

« Mon médecin moi il est toujours superbooké, il a sûrement plein de monde, pis voilà, du coup je n'ai même pas pensé à l'appeler quoi. »

c. Les délais de consultations chez le généraliste

Les participants se représentaient leur problème de santé comme urgent, et estimaient les délais d'attentes pour une consultation de MG non compatibles avec leur problème. Certains interviewés expliquaient ne pas avoir essayé de contacter leur MG pour ce motif en mettant en avant cet argument.

« J'ai dit je prends mon mal à deux mains pis je vais aller aux urgences pour voir qu'est ce qui se passe parce que là c'est infernale. Parce que bon quand je travaille faut que je me baisse souvent, faut que je porte des trucs et là c'était pas possible (rires)... »

d. La nécessité d'examens complémentaires

Les participants estimaient fréquemment nécessiter des examens complémentaires pour leur problème de santé. Ils pensaient que leur réalisation induirait une certitude diagnostique et une plus grande efficacité de la prise en charge.

« J'aurais bien voulu sortir avec le verdict, quoi savoir, au moins une prise de sang. »
« Je pense qu'il va falloir une radio pour voir exactement ce que c'est. Parce que ce n'est pas normal que ça grossisse dans le bras comme ça et que ça fasse mal dans le bras surtout. »

e. Longueur du circuit ambulatoire

Les patients interviewés exprimaient leur désir d'accélérer leur prise en charge. Pour eux, le circuit ambulatoire était trop long et trop complexe: Ils déploraient les délais d'attentes multipliés par le nombre d'interlocuteurs, qu'ils estimaient non compatibles avec leur problème de santé.

« C'est un truc qui m'énerve, de passer par le généraliste, et faire des radios pour ensuite retourner voir le médecin généraliste, pour aller voir un spécialiste, je trouve ça trop long. »

f. Une relation médecin patient altérée

Certains patients semblaient peu en confiance avec leur MG et déploraient une faible écoute, une consultation rapide ou un examen trop pauvre. Ainsi, ils consultaient aux urgences dans le but d'avoir un second avis.

« Après je trouve ça impressionnant et euh voilà, j'ai juste l'impression que c'est juste, « on y va », ils écoutent à peine, ils prennent le pognon et pis basta.»

« Je souhaitais surtout avoir l'avis des médecins d'ici comme un second avis en fait. Qui sera selon moi plus judicieux que tout ce qu'on m'a dit vu qu'à chaque fois c'est des choses contradictoires.»

2. A priori positif sur la consultation aux urgences

a. Déterminants liés au patient

La représentation de la pathologie ou urgence ressentie

Certains patients étaient conscients que les urgences représentaient le lieu d'arrivée de tous les cas les plus graves. Ils étaient cependant persuadés de consulter pour un motif urgent.

« Pour moi les urgences c'est vraiment les urgences, je veux dire une jambe coupée, un bras coupé, un accident de voiture ; enfin voilà, pour moi je ne viens pas aux urgences pour un rhume hein. »

Les douleurs :

Parmi les motivations décrites, la douleur sous toutes ses formes apparaissait comme un moteur puissant.

« Moi c'est surtout la douleur, heu après du moment que ça passe, après moi je m'en fiche. »

« C'est pas une douleur que je connais, et ça m'inquiète du coup, je ne suis pas rassurée. »

« Mais en fait, c'est la douleur persistante qui fait que je suis venue aux urgences. (Silence) »

L'anxiété, la crainte, la peur de la gravité :

Les patients estimaient nécessaire d'approfondir les investigations médicales pour établir un diagnostic précis, ce qui les aurait rassurés. Certains craignaient des pathologies graves telles que le cancer voire même le décès. Se considérant comme potentiellement graves, ils préféraient attendre aux urgences « au cas où il se passe quelque chose » :

« Parce que je me disais même qu'est-ce que je vais faire, qu'est-ce que j'ai ? Est-ce que c'est pas un cancer que j'ai ? On se fait des films. » ; « Cancer des os, j'en sais rien moi »
« Voilà, en fait je suis venu ici parce qu'on peut me fournir un diagnostic complet en tout cas dans la journée avec les examens sur place si c'est nécessaire. »
« Être rassurée tout de suite, savoir ce que j'ai rapidement quoi, c'est surtout ça. »
« Si je tombe dans les pommes, ben au moins il y a quelqu'un pour me récupérer »

La singularité :

Chaque patient interrogé pensait être un cas « particulier ». Les patients justifiaient le fait de consulter en mettant en avant des antécédents non négligeables, des facteurs qu'ils estimaient comme aggravant ou de fragilité, une date avant laquelle il fallait avoir vu un médecin.

Certains patients se présentant aux urgences n'hésitaient pas à dire que certains patients n'avaient pas leur place aux urgences :

« On vient pas aux urgences quand on n'est pas malade. Moi je viens, parce que j'ai besoin »
« Je pense effectivement qu'il y a des gens qui paniquent pour rien peut être, tout simplement. Qui soit paniquent pour rien, soit... euh, alors là encore c'est un peu démago pis c'est très facile ce que je vais dire mais soit veulent peut être un peu profiter du système. »
« Je pense qu'il y en a beaucoup qui viennent aux urgences parce qu'aussi c'est gratuit ».

L'effet seuil :

On observait souvent un « effet seuil » ou « effet cocotte-minute ». Il semblerait qu'après avoir supporté leurs symptômes pendant une plus ou moins longue durée, les patients arrivaient à un seuil à partir duquel ils ne pouvaient plus les supporter.

« Ben ça me fait mal et ça m'inquiète, parce que du coup ça fait quand même un an et demi ça s'accumule en plus on me dit que le fait d'avoir attendu c'est sûrement aggravant. Entre temps voilà, moi j'ai fait du sport, ce qui fait que ça a du rebouger encore par-dessus. »

Hospitalisation :

Certains patients s'attendaient à être hospitalisés, persuadés d'avoir quelque chose de grave :

« Comme je parlais en route avec ma sœur, elle m'a dit « obligé, tu as perdu quand même 5 kilos, ils ne vont pas te laisser repartir dans la nature comme ça. ». On s'attendait plutôt à une hospitalisation et essayer de chercher, de creuser un peu ce qu'il se passe. »

« Je me dis « si ça se trouve ils vont me garder ce soir ! » Si la prise de sang n'est pas bonne ils vont me mettre en chambre. Ah ben j'ai tout, j'ai juste oublié le slip. J'ai tee-shirt, dans la voiture j'ai mes classeurs avec mes bouquins pour lire ce soir si vous me gardez. J'ai prévu que vous me gardiez. »

Les difficultés organisationnelles

Certains patients décrivaient des difficultés d'organisation, rendant l'anticipation d'un rendez-vous compliquée. Ces patients préféraient le système de consultation non programmée et se servaient des urgences comme lieu de consultation de premier recours.

« Juste pour que je perde pas ma journée, parce que j'ai une seule journée, je travaille toute la semaine. Je pars chez mon médecin, il va me donner un rendez-vous la semaine prochaine, et après un autre jour il va m'envoyer pour faire les radios quelque part, ça fait trois jours ».

b. Déterminants liés aux urgences :

La centralisation

Certains patients décrivaient vouloir se rendre directement dans un endroit où tous les examens et/ou avis spécialisés dont ils pourraient nécessiter se feraient sur place.

« Ben, généraliste, c'est bien le problème, c'est que euh, disons euh, ils sont capables sans doute de euh, de réagir aux situations les plus fréquentes, mais quand il y a parfois un petit os dans le rouage, bon il y a l'expérience, il y a les euh, il y a beaucoup de choses qui interviennent. Et puis ils sont seuls, alors qu'au niveau hospitalier, il y a quand même un environnement, l'accès à des examens complémentaires, ce qui peut apporter euh, une petite idée supplémentaire et compagnie. »

« Je vais soit voir un médecin du sport, soit je viens... je suis retourné voir le spécialiste qui m'avait opéré aussi une fois, enfin je zappe le médecin généraliste. »

La représentation des médecins urgentistes

Les patients interrogés avaient une représentation très positive des médecins urgentistes et leur attribuaient des compétences larges : habitués aux pathologies compliquées, prise en charge rigoureuse, et meilleure formation.

« Je trouve que c'est comme un label sur un produit qu'on vend. Je me dis que « CHU », « urgences », il y a un peu plus d'arguments pour tomber sur un médecin compétent. »

« C'est un critère de confiance quoi, au CHU on se dit qu'on va forcément tomber sur un médecin, qui sait de quoi il parle, sinon il ne serait peut-être pas dans les plus grandes urgences de Bourgogne. »

« C'est toujours pareil, je pense qu'un médecin traitant c'est un peu plus cool on va dire »

« Donc ce matin je viens aux urgences, je sais que ce sera carré et qu'en ressortant je saurais comment faire. »

Le cadre de consultation

Les patients appréciaient le travail pluri professionnel et pluri disciplinaire, être reçu par l'infirmière d'accueil qui évaluait et hiérarchisait les patients, leur prenait leurs constantes. Certains interviewés pensaient même être examinés ensuite directement par le spécialiste

« Ben les gens sont souriants, on est tout de suite à nous quoi, ils nous expliquent bien aussi. Et ça chez le docteur ils ont pas le temps, ils nous marquent et hop c'est terminé »

La facilité

Certains patients évoquaient le fait de choisir la facilité en consultant aux urgences. Ils appréciaient l'accès facile à l'hôpital de part la signalétique et l'accessibilité 24 heures sur 24.

« Sinon à partir du moment où la signalétique est nickel chrome, je suis arrivé ici, « comme qui rigole », effectivement, l'accueil tout de suite, paf paf, non on ne peut pas faire mieux. »

« Je me dis que les urgences sont là, on peut venir quand on veut, dès qu'on a un souci. »

« Les urgences c'est 24h sur 24 ! »

B. A PRIORI SUR LE RESULTAT ESCOMPTE

1. A priori négatif sur le résultat escompté en consultant le MG

Le médecin généraliste n'aurait pas su faire

La plupart des patients interrogés pensaient que leur médecin généraliste n'aurait pas su répondre à leur demande sans avoir recours à des examens complémentaires ou les réadresserait aux urgences :

« Je voulais l'appeler aujourd'hui, et c'est ma copine qui m'a dit de ne pas l'appeler parce qu'elle m'a dit que justement si je l'appelais, il me ferait faire d'autres examens là où je suis maintenant donc j'ai préféré y aller directement et euh... »

2. A priori positif sur le résultat escompté en consultant aux urgences :

Effet placebo des urgences :

Les patients estimaient qu'en sortant des urgences ils iraient mieux tant sur le plan moral que physique :

« J'en suis pas sorti, et donc je savais qu'en ressortant, enfin, on rentre dans les urgences, on sait que quand on en sort ça va mieux quoi. Parce qu'il y a tout ce qui va bien là »

Intégralité de la prise en charge en un jour :

Les patients pensaient qu'en une journée l'intégralité de leur prise en charge serait terminée. Certains patients consultaient sur une journée de congé afin de pouvoir réaliser tous les examens nécessaires sur ce seul jour.

« Il faut un résultat, il faut quelque chose, après toute l'attente que t'as attendu il faut un résultat, c'est pas perdre une journée pour rien. »

Accompagnement grâce aux urgences

Certains patients pensaient qu'ils seraient mieux guidés aux urgences grâce au réseau hospitalier avec une navigation dans le système facilitée après le passage aux urgences.

« Voilà je me suis dit, ici au moins il y a tout sur place, on pourra vraiment bien me guider, je pourrais ressortir avec un perspective et comment je pourrais m'en sortir. »

II. NORMES SUBJECTIVES

Certains patients qui pensaient consulter ont franchi leur seuil de tolérance après avoir été influencés par leur entourage professionnel, familial ou par une recherche internet:

« Moi si on m'avait pas dit ce matin à la prépa : « putain E. va aux urgences, faut que tu vois un neurologue ! » je ne pense pas vraiment que je serai venue. En fait c'est quelque chose auquel je pensais quand même, je veux dire j'avais déjà pensé revenir aux urgences mais je n'ose pas. J'y pense mais je n'ose pas. »

III. FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

1. Les obstacles à la consultation avec le médecin généraliste

Accessibilité :

Les patients évoquaient également la distance géographique par rapport à l'hôpital :

« Bon ben disons, et d'un c'est proche de chez moi, ça c'est, et pis bon les médecins sont aussi compétents qu'un généraliste mais plus dans ce domaine là je pense. »

Disponibilité :

Les patients exprimaient des difficultés pour avoir un médecin traitant. Ils trouvaient difficile d'avoir un rendez-vous avec des barrières mises par le secrétariat. Selon eux il manquait des plages de consultation sans rendez-vous. Ils reprochaient aux MG des horaires et plages de consultation en heures ouvrables seulement, ce qui n'était pas compatible avec l'urgence :

« Même si c'est avec un médecin généraliste, le mien ou un autre, mais qu'on puisse avoir un médecin, un rendez-vous, je ne dis pas dans l'heure qu'on l'a mais au moins dans la journée »

« Pour que ce soit en dehors de mes horaires de travail. Des fois c'est un peu euh »

Insatisfaction de la prise en charge par le MG

Une majeure partie des patients exprimait une déception ou perte de confiance envers leur MG. Les causes exposées par les patients étaient : défaut de réassurance, manque de transparence, déception sur la finalité de son travail ou défaut/échec de prise en charge. Certains patients avaient même exprimé un désir de changer de médecin.

« En fait je ne suis pas rassurée, je n'ai pas été rassurée par le docteur. Donc euh, je préfère venir ici pour avoir un deuxième avis. »

« Ben j'avais peur qu'en consultant un autre médecin ça me retarde encore, je croyais qu'à un moment donné ça allait s'accélérer. Mais non quoi. Moi avec mon médecin, j'en ai ras la casquette quoi. Il aurait su quoi faire depuis le début je n'en serai pas là aujourd'hui. »

2. Les urgences

Satisfaction de la prise en charge

Un grand nombre de patients consultant avaient déclaré avoir été satisfaits d'une prise en charge ultérieure, ce qui constituait un vrai facteur favorisant de la consultation aux urgences :

« Ca fait quelques jours où même la nuit quand je ne bouge pas, ça me fait mal. C'est vrai que j'ai de bonnes expériences avec les urgences donc je n'hésite pas trop à venir quand ça va pas. »

3. Le système de soins

Aucune avance de frais

Contrairement à nos attentes, ce facteur n'a été que peu cité comme facteur important spontanément, puis après interrogatoire des patients.

« C'est-à-dire qu'avec le médecin, il faut payer la visite, il enregistre tout, je me fais rembourser par la sécurité sociale et après par la mutuelle. Alors qu'ici je leur donne ma carte de sécu et ma carte de mutuelle et c'est eux qui s'arrangent entre eux. Et ainsi de suite pour la radio, à chaque fois le médecin il me compte une visite donc euh, 23 euros à chaque fois, moi je suis au chômage donc, en ce moment, ce n'est pas que ça court les rues l'argent hein. Donc ici je sais qu'entre la mutuelle et la sécu ils vont se débrouiller, moi je n'ai rien à sortir. Surtout au chômage comme je suis. »

Difficultés de navigation dans le système de soins :

Les patients pour la plupart ne connaissaient pas le système de la permanence des soins. Ils n'avaient aucune autre solution qui s'offrait à eux que de consulter aux urgences

« Comme je n'avais pas le choix et je suis venue mais pour moi ce n'est pas ma place d'être là. Faut aller chez le médecin traitant. »

« Voilà, oui, parce que même quand je suis arrivée ici, je me suis excusée à l'entrée en disant que je m'excuse, de ne pas pouvoir aller chez le médecin parce qu'il est rempli. »

« C'est délicat, je suis perdu, je suis en plein no mans land et euh voilà. »

Comme nous avons pu le voir précédemment, les patients trouvaient le système de soins complexe, avec de nombreux intervenants, des délais de rendez-vous et attente de résultats longs ce qui ne favorisait pas leur désir de consulter leur MG dans leurs cas qu'ils estiment urgent.

En annexe 4 un schéma récapitulatif des résultats à la lumière de la TCP d'Ajzen. (14 ; 15)

Discussion

I. Rappels des principaux résultats :

Les moteurs de consultation aux urgences sont le besoin d'une réponse rapide et certaine ainsi que la peur, l'incertitude et les douleurs qui donnent le caractère urgent et impérieux du besoin de réponse. A ceci s'ajoutent des cofacteurs modifiant leur stratégie comportementale : leur démarche de soins était influencée par des facteurs intrinsèques (les antécédents, l'âge, le vécu, la personnalité), et extrinsèques comme les sources d'informations (internet, le médecin et l'entourage), le contexte (le moment, le lieu), l'entourage, la représentation du service des Urgences (accessibilité, rapidité des examens et des avis spécialisés) et du médecin traitant. La plupart des patients interrogés avaient déjà eu recours à l'automédication, au secteur ambulatoire voire au service des Urgences pour le même problème. Le recours au SU était décrit parfois comme leur seule solution envisageable. Pour certains patients, le SU répondait à leurs attentes en termes de rapidité (examens complémentaire, avis spécialisés) et d'accessibilité.

II. Limites de l'étude

Biais de sélection

L'étude a été menée aux urgences du CHU de Dijon sur un échantillon de patients bourguignons. Cet échantillon a donc certaines caractéristiques bien précises que l'on ne peut étendre à toute la population française notamment en termes d'accès aux soins.

Biais d'intervention et d'influence

Biais inhérent à toute étude qualitative. Le chercheur ayant ses propres opinions peut influencer le discours des patients. De plus la qualité des entretiens s'est améliorée au cours

de l'étude, ce qui a pu occasionner une différence de qualité dans le recueil des données et la pertinence des relances.

Biais d'interprétation

Certains verbatim ont pu être mal analysés ou mal interprétés engendrant une perte d'information, biais toutefois nuancé par la triangulation des données.

Biais de désirabilité

Nous nous sommes efforcés de limiter ce biais au maximum en nous présentant comme étudiant en fin de cursus.

III. Force de l'étude

Echantillonnage en variation maximale

Echantillonnage mélangeant équitablement le genre, le rang social et étalé de 18 à 78 ans pour une plus grande diversité de témoignages. (Annexe 1)

Biais de recrutement limité

Seulement une personne en salle d'attente n'a pas souhaité participer de peur de perdre son tour sur 20 patients interrogés.

Approche compréhensive

Afin de limiter le biais d'influence, l'enquêteur s'est présenté comme étudiant en sociologie et s'est efforcé de garder une attitude neutre. Il a laissé aux participants la possibilité de s'exprimer librement et de détailler au maximum ses réponses, avec une durée moyenne d'entretien de 35 min.

Grille d'entretien

Evolution de la grille d'entretien au fur et à mesure permettant de recueillir un maximum d'idées (annexe 2).

Triangulation des données

Un double codage a été réalisé avec mes collègues ayant réalisé l'étude dans d'autres centres afin de s'affranchir au maximum du biais d'interprétation.

Obtention de la saturation des données

L'obtention de la saturation des données au 18^{ème} entretien, confirmée au 19^{ème} a permis de renforcer la fiabilité de l'étude en recueillant un maximum d'idées.

Validité externe

Après comparaison des résultats sur les entretiens réalisés de manière différente et dans 3 centres différents, les résultats obtenus sont superposables.

IV. Interprétation des résultats et/ou confrontation à la littérature

Dans le dictionnaire Larousse, l'urgence est définie comme une nécessité d'agir vite, une situation pathologique dans laquelle un diagnostic et un traitement doivent être réalisés très rapidement ; c'est une situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'est porté remède à bref délai (16)

Selon la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), elle est décrite comme toute circonstance qui, par sa survenue ou sa découverte, introduit ou laisse supposer un risque fonctionnel ou vital si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. (17)

Il n'existe pas de définition exacte de l'urgence, elle diffère selon les patients, selon les professionnels, selon chaque individu. Elle prend en compte l'anxiété, les connaissances médicales, le vécu, la personnalité et le niveau socioculturel de chaque personne.

Selon la sociologue Nicole Aubert, l'urgence est une notion aux contours enchevêtrés. Elle désigne à la fois une situation (urgence contextuelle), un jugement porté sur cette situation (urgence subjective) et une action tendant, en fonction de ce jugement, à remédier à cette situation (réaction immédiate). Ainsi, on peut dire que l'urgence dépend étroitement « du système de valeurs de la société ou de la personne qui énonce le jugement d'urgence. » (18)

On pouvait donc parler d'urgence ressentie qui serait la résultante de la perception d'un symptôme par un individu dans un contexte singulier.

Les motivations au recours les plus souvent indiqués étaient la douleur intense entraînant gêne, insomnie, anxiété et la persistance voire l'aggravation du problème. Ces ressentis étaient influencés par de multiples facteurs tels que les antécédents médicaux, le vécu, l'environnement et les connaissances médicales du patient. Puis, selon l'idée ou la

représentation que se faisait le patient du rôle des SU et du parcours ambulatoire, celui-ci décidait d'avoir ou non recours au SU.

Selon le problème, le patient choisissait la solution qui lui semblait la plus adaptée. C'est à dire la réponse la plus rapide et efficace à son problème. (19)

Cette notion de rapidité voire d'immédiateté a été évoquée. En 2002 selon la sociologue Nicole Aubert, l'urgence semble suivre certains changements dans la manière dont elle est perçue par les usagers. Elle note que le besoin d'urgence déborde souvent les limites du nécessaire : « les fausses urgences » se multiplient et la pression à agir dans l'urgence s'étend très au-delà du nécessaire. ». « Notre société est devenue une société du présent immédiat » (20).

Si la motivation du patient de consulter en urgence est réelle, celle-ci pouvait-être considérée « injustifiée », « inappropriée » par les professionnels de santé sur des bases biomédicales. (2) L'attitude des patients ne semblait pas aléatoire mais suivait une logique, une réflexion personnelle selon la situation. Ils avaient analysé leur problème à la lumière de leurs connaissances et leurs vécus.

Du ressenti du patient au recours au service des Urgences, de multiples facteurs intervenants ont été mis en évidence dans notre étude et avaient déjà pu être observés dans d'autres études réalisées (5, 22, 23, 24) :

Concernant les ressentis des patients, ceux-ci exprimaient :

Des ressentis physiques avec les douleurs d'intensité variable, l'insomnie, la persistance voire l'aggravation des symptômes, la brutalité, l'impotence

Des ressentis psychiques avec l'anxiété, le stress et la peur, l'inconnu, la lassitude, le désespoir, l'absence d'autre solution.

Les facteurs qui semblaient influencer la démarche de soins du patient étaient :

- Les facteurs intrinsèques du patient : Antécédents, âge, tolérance de la douleur, impatience, anxiété
- Les sources d'information : Internet, entourage, expériences personnelles, MG, pharmacie
- Vécu et expérience, éducation, niveau socio-économique
- La situation actuelle : solitude, enfants, isolement géographie, horaire
- Méconnaissance du système de soins et des rôles des différents acteurs de santé
- Conséquences possibles imaginées, peur de la gravité
- La représentation du service des urgences : immédiateté, avis spécialisés, examens complémentaires, alternative au médecin traitant
- Habitudes, commodité
- Relation médecin patient altérée, indisponibilité du médecin traitant

Dans des études déjà conduites, la douleur représentait 23 à 43% des motifs de recours au SU (5, 25, 26, 27). L'évaluation de la douleur est difficile du fait de son caractère subjectif et multifactoriel, avec une participation émotionnelle et affective souvent variable d'un individu à l'autre. Il existe même parfois une discordance nette entre l'analyse des patients et celle du personnel soignant (25, 26).

La douleur est subjective et modulée par des facteurs biologiques, psychologiques, familiaux, culturels et environnementaux. Ainsi, la douleur n'est pas perçue de la même façon par tous les individus ; et en fonction des circonstances la perception peut également varier pour un même individu (27) Une étude a prouvé que la méthylation (modification chimique qui peut se positionner à une infinité d'endroits sur la séquence de l'ADN) du gène TRPA1 ne lui permettait pas de s'exprimer normalement et générait des individus possédant un faible seuil de tolérance (28). D'autres études évoqueraient un seuil de sensibilité à la douleur diminué chez les femmes (28 ; 29)

Par ailleurs, quand la douleur se prolongeait, la composante affective évoluait vers l'anxiété ou la dépression. Ainsi, l'interprétation de la douleur pouvait venir majorer la perception globale de celle-ci. La référence à des expériences passées peut également provoquer un état d'anticipation anxieuse (27).

L'effet seuil ainsi observé dans nos résultats s'expliquait grâce à toutes ses composantes réunies. La douleur était souvent associée à la notion d'anxiété. Celle-ci était omniprésente dans les autres études concernant le recours aux SU. La douleur et l'anxiété seraient étroitement entremêlées, pouvant se déclencher, s'entretenir et s'aggraver mutuellement. (17, 20, 31)

Dans la littérature, les facteurs favorisant l'anxiété concordaient avec ceux observés lors de notre étude :

La référence à des expériences passées. (27)

La peur d'avoir quelque chose de grave, la peur de conséquences possibles (22)

Une intolérance à l'incertitude. (32)

Les sources d'information choisies par le patient (Internet, entourage).

Le sentiment de singularité était quasiment omniprésent lors de l'interrogatoire, mais les patients s'accordaient à dire également que le recours au SU étaient réservé « aux cas urgents », leur ressenti personnel semblait donc paraître urgent. Ces mêmes patients ne semblaient pas comprendre pourquoi d'autres patients consultaient, les accusant alors de « venir pour rien » ; « encombrer les urgences » ; « profiter du système ». Pour la plupart de ces patients le sentiment d'urgence était donc bien présent et d'autres avaient conscience que ce n'était pas vraiment leur place mais ils n'envisageaient pas pour autant de recourir à une autre solution. Le recours aux urgences semblait aux dires des patients leur seule solution.

V. Les leviers potentiels

Des chercheurs ont mis en évidence que chez les individus tolérants à l'incertitude, les recherches sur internet diminuaient le niveau d'anxiété mais les augmentaient chez les individus intolérants à l'incertitude. En effet la source d'informations la plus exploitée après le médecin traitant est internet sans toutefois la juger aussi fiable (33,34)

D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), en 2007, un patient sur cinq se documentait sur internet (35). Puis en 2010 selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 71 % des français cherchaient des informations médicales ou de santé sur internet. (36).

Cette disponibilité d'informations médicales sur internet joue un rôle majeur dans la transformation des savoirs médicaux et dans les relations que chacun entretient avec l'information et les conseils en matière de santé (37)

Ainsi, les médecins et les pouvoirs publics, pourraient se servir d'internet afin d'informer les patients sur leurs pathologies, leurs traitements et les symptômes à surveiller et ainsi réduire l'anxiété due à l'inconnue et à l'incertitude.

La HAS a mis en place une procédure de certification avec le HONcode des sites santé français avec la fondation Health On the Net. La certification HONcode est un engagement moral pour divulguer les informations éditoriales. Il démontre la volonté d'un site à publier de l'information utile, objective et correcte.

Ainsi les médecins pourront, via des sites validés, poursuivre l'éducation de leurs patients en dehors du cabinet par le biais de l'accompagnement dans leur recherche sur internet.

Concernant les premiers conseils à donner aux patients nous avons pu observer au cours de notre étude que le 15 était perçu comme un numéro utile pour les détresses vitales avec même certains interviewés qui avaient peur de déranger en contactant le 15. Cependant, d'après une

enquête menée en Rhône-Alpes en 2012, près de 85 % des appels débouchaient sur des conseils médicaux ou de simples renseignements (40).

Il semblerait également intéressant d'améliorer le télé-conseil, déjà en place avec le centre 15. Une ligne spécialement dédiée au conseil médical pourrait être plus appropriée, libérant ainsi le 15 pour des cas plus complexes ou vitaux tout en ayant un numéro où ils pourraient être appelés sans peur d'encombrer.

Dernièrement, à la lumière de nos résultats, il semblerait intéressant qu'émergent des structures intermédiaires entre cabinet de médecine générale et services d'urgences afin d'améliorer la DSNP en soins premiers. Ces structures seraient constituées de médecins généralistes et établies proche d'un service d'urgence, voire même à proximité d'une structure réalisant de l'imagerie voire de la biologie. Certaines villes se sont déjà dotées de ce type de structures qui font face à une forte demande dans un contexte de désertification médicale globale.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR MONSIEUR MARTI Vincent

CONCLUSIONS

Cette étude nous a permis d'appréhender et de mieux comprendre les motivations des patients vis-à-vis de ce sentiment d'urgence qui les poussaient à consulter et qui s'inscrivait dans une démarche intégrée. Ainsi, les arguments objectifs purement biomédicaux n'étaient pas forcément au centre de leur démarche décisionnelle et ne suffisaient pas à eux seuls à déclencher le comportement.

Cette urgence ressentie était la résultante de l'intrication de plusieurs facteurs interagissant entre eux dans un contexte singulier. Les éléments déclenchant le besoin de consulter étaient la douleur, la gêne, l'anxiété et l'incertitude. A ceux-ci s'ajoutaient des cofacteurs modifiant la stratégie comportementale du patient afin d'obtenir une réponse rapide et efficace à son problème : facteurs intrinsèques (les antécédents, l'âge, le vécu, la personnalité), et extrinsèques, comme les sources d'informations (internet, le médecin et l'entourage), le contexte (le moment, le lieu), l'entourage, la représentation du service des urgences (accessibilité, rapidité des examens et des avis spécialisés), ou du médecin traitant.

En pratique, des actions pourraient être menées de façon à autonomiser le patient :

- Développer l'utilisation constructive de l'outil internet grâce à des sites validés et médiatisés afin d'informer les patients sur les premiers soins, les symptômes « urgents » ou non, ainsi que le rôle du médecin traitant et celui des urgences, afin de guider les patients dans leur démarche de soin.

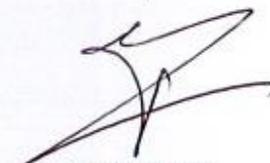
- Il semblerait également intéressant d'améliorer le télé-conseil, déjà en place avec le centre 15. Une ligne spécialement dédiée au conseil médical pourrait être plus appropriée, libérant ainsi le 15 pour des cas plus complexes ou vitaux tout en ayant un numéro où les patients pourraient être appelés sans peur d'encombrer.
- Enfin, pour répondre à la DSNP en soins premiers, la mise en place de structures alternatives, telles que des maisons médicales ou services d'accueils de soins, ouverts en journée et sur les jours ouvrés, pourrait apporter une aide précieuse dans la prise en charge rapide des patients et notamment dans la gestion de toutes les « urgences du quotidien » ne nécessitant pas forcément un plateau technique très important.

Afin d'évaluer le bénéfice attendu de ce dispositif, déterminer la proportion de consultations ne nécessitant pas l'utilisation d'un plateau technique en urgence, dans les SAU, paraît intéressant. C'est pour cela qu'une étude quantitative, observationnelle, réalisée en continuité de ce travail de thèse, et concernant les SAU bourguignons, est en cours de réalisation.

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. Gwennaëlle Brilhault et al. Hausse de 4 % des passages aux urgences en 2014. Les établissements de santé, Les panoramas de la DRESS. Édition 2016
2. Gentile S, Amadeï 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.
3. Cour des comptes. Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec le médecine de ville à repenser. Rapport sur l'application des lois financement de la sécurité sociale 2014.
4. Boisguérin B, Valdelièvre H. Urgences: la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. Etudes et résultats, DREES. 2014.
5. Baubeau D, Carrasco V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Etudes et résultats, DREES. 2003.
8. Collet M, Gouyon M. Génèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale. Etudes et résultats. 2007.
9. Hascoët J. Patients auto-référés dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie : quel profil ? Quelles implications pour la permanence des soins ? Médecine humaine et pathologie, 2013.
10. Praznocy-Pépin C. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale en Ile de France. Observatoire régional de santé d'Ile-de-France, 2007.
11. Gouyon M, Labarthe G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers Résultats. Etudes et résultats. 2006.
12. Gouyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2006.

13. Franco S, Mitchell C, Buzon R. Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clinical Pediatrics*. 1997 ; 36(2):63-8.
14. Ajzen I, Fishbein M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall. 1980
15. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*. 1991 ; 50(2) :179-211
16. Larousse Définitions : urgence - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/urgence/80704>
17. Référentiel SFMU 2001 Evaluation référence mars2001 Disponible sur: http://www.sfm.org/upload/referentielsSFMU/ref_mars2001.pdf
18. Aubert N. *Le culte de l'urgence: la société malade du temps*, Ed.2002
19. Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Exploring the impact of patient views on 'appropriate' use of services and help seeking: a mixed method study. *Br J Gen Pract*. 2009
20. Aubert N. L'urgence, symptôme de l'hypermodernité : de la quête de sens à la recherche de sensations. *Communication et organisation*. 1 juin 2006;(29):11-21.
21. Chaudet A - Patients relevant de la médecine générale consultant aux urgences : caractéristiques de la population et évaluation d'une filière spécifique de prise en charge. Thèse d'exercice. 2013.
22. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé. *Journal européen*. 2007
23. Jardin F-G. Pertinence du recours à un service d'urgence : la population a-t-elle les connaissances suffisantes pour bien orienter sa demande ? Étude préliminaire prospective réalisée au sein du service d'accueil des urgences du CHU de Besançon. 2011.

24. Trang L. Urgence ressentie et démarche de soins. Etude qualitative auprès de 15 patients du centre Léon Blum de Belfort ayant eu recours au Service d'Accueil des Urgences sans avis médical préalable du 01/10/13 au 31/03/14. Thèse d'exercice. 2014.
25. Lisa Bouniort. Venues spontanées aux urgences du Centre Hospitalier d'Angoulême pendant les heures d'ouverture des cabinets de médecine générale : déterminants, pertinence et orientation. Thèse d'exercice. 2012.
26. Durand Aprile A-C. Marseille. Les consultants « non-urgents » dans les services d'urgence : état des lieux et pistes de solutions. Laboratoire de santé publique, 2012.
27. Fletcher D. Pre-emptive analgesia. Ann Fr Anest Réanim. 2004 ; 145-147.
28. Rat P, Bonin G. Douleur du sujet âgé et difficulté d'évaluation. Douleur. 2008
29. Delorme T. La douleur. Un mal à combattre. 2000
30. Netgen. Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? Enjeux Médecine Préventive. Revue Médicale Suisse. 2012.
31. Hurley RW, Adams MCB. Sex, gender, and pain: an overview of a complex field. Anesth Analg. juill 2008;107(1):309-17.
32. Bell JT, Loomis AK, Butcher LM, Gao F, Zhang B, Hyde CL, et al. Differential methylation of the *TRPA1* promoter in pain sensitivity. Nature Communications. 2014.
33. Serra E. Douleur et anxiété : Une association sous-estimée. Annales de psychiatrie. 1999
34. Lancry A. Incertitude et stress, Le travail humain. 2007. 70 : 289-305.
35. Beck F, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. J Med Res. 2014
36. Conseil National de l'Ordre des Médecins, Livre blanc : déontologie médicale sur le web. Décembre 2011.

37. Haute Autorité de Santé. Service qualité de l'information médicale. Le patient internaute. Revue de littérature. Mai 2007.
38. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vers une meilleure intégration d'internet à la relation médecin-patients. Mai 2010.
39. Hardey M. Internet et société : reconfigurations du patient et de la médecine ? Sciences sociales et santé. 2004 ; 22(1):21-43.
40. Vuagnat A. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? Le panorama des établissements de santé. 2013:11-28.

Annexe 1 : Tableau des caractéristiques patients

	Patient	Age	Catégorie socio professionnelle	Couverture	Enfants	Statut	Passages	Co morbidités
1	Mr L	56	Invalidité, ouvrier	Mutuelle	1	Seul	>10	Asthme, dépression
2	Melle B	32	Employée	CMU	0	Seul	2	0
3	Mr C	32	Employé	CMU	1 enfant	En couple	2	0
4	Mme H	33	Employée	Mutuelle	1 enfant	En couple	1	0
5	Mme F	38	Ouvrière	Mutuelle	3 enfants	En couple	1 ^{er}	Néo sein sous Tamoxifène
6	Mme D	55	Employée	Mutuelle	4 enfants	En couple e	3	Hypothyroïdie, HTA
7	Mr B	42	Enseignant	Mutuelle	1 enfant	En couple	4	0
8	Mme R	21	Etudiante	Mutuelle	0	Seul	1	0
9	Mme + Mr D	78	Retraités	Mutuelle	2 et 3 enfants	En couple	1	Diabète, HTA, BPCO, tabac, néo
10	Mr E	71	Retraité ouvrier	CMU	6 enfants	En couple	4	0
11	Melle B	28	Etudiante	Mutuelle	0	Seul	3	TC, dyslipidémie
12	Mme J	60	Sans profession	Mutuelle	4 enfants	En couple	4	CN, hypothyroïdie
13	Mme B	40	Sans profession	Mutuelle	1 enfant	En couple	3	Fracture pied
14	Mme F	39	Sans profession	Mutuelle	0	Seul	1 ^{er}	MAV
15	Mr A	21	Etudiant	Mutuelle	0	Seul	1 ^{er}	Goutte
16	Mr R	35	Employé	Mutuelle	0	En couple	2 ^{ème}	Colique néphrétique
17	Mme C	37	Employé	Mutuelle	2 enfants	Seul	3 ^{ème}	FCS, AVP, App
18	Mr R	69	Retraité	Mutuelle	3 enfants	En couple	2d	Mélanome, AVC
19	Mr T	59	Sans profession	Mutuelle	3 enfants	En couple e	2d	IDM, AVC, arthrose
20	Mme M	77	Retraîtée	Mutuelle	3 enfants	En couple	2d	PR

Annexe 2 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Recueil Contexte

- Age
- Sexe
- Statut marital
- Profession
- Nombre d'enfants
- Couverture sociale
- Lieu de vie
- Antécédents / comorbidités

Explications : calmes, rassurantes ! Travail ton langage corporel pour ne pas leur faire peur ou faire « ton docteur ». Pas de jugement, ce qui est intéressant **c'est leur avis et expérience ET IL FAUT LEUR DIRE.**

Grandes idées :

- **Impression de sécurité** apportée par la structure : « tout » sur place
 - Besoin de **réassurance**
 - **Ambivalence/compromis entre l'attente longue et un côté pratique avancé** : à mon avis, il faut approfondir sur la gestion du temps, les difficultés à naviguer dans le système de santé, la précarité (au sens privation de sécurité et incapacité à se projeter...)
 - **Pb de confiance envers le généraliste**
 - **Difficulté avec le système de santé** : difficultés pour naviguer dans le système
 - o négociation d'examen
 - o compétences des intervenants, etc
1. Je voudrais savoir, ce que sont, **pour vous les urgences, dans votre esprit ? Quelles sont par exemple vos principales attentes ?** Comment est-il **composé** et quelle est sa **fonction** ?
 2. **Qu'est-ce qui vous a amené à consulter ici ? Pensez-vous que vous auriez pu faire**
 3. **différemment et si oui pourquoi avez-vous choisi cette option ?**
Relances :
 Pourquoi **l'inquiétude** ?
 Comment avez-vous gérez la douleur ?
 Mais c'est surtout **pourquoi les urgences rassurent** ?
 Le diagnostic / la gravité
 Les examens complémentaires et les spécialistes
 4. Quelle est votre **expérience** des urgences (vous, vos proches) ?
 5. Pensez-vous qu'il est simple/**facile/accessible d'être soigné actuellement dans notre région en dehors de milieu hospitalier** ?
Relances :
 Est-ce facile d'obtenir un **RDV le jour même, de faire des analyses le jour même.**
Confiance au médecin de ville, **compétences** des médecins.
Pb de l'avance des frais à aborder dans ce cadre à mon avis.
Difficultés liées à l'organisation de la vie à aborder.
 6. Enfin, aborder si possible les risques des urg : perception de la surcharge de travail, de la surmédicalisation aux urgences, abord de la prévention quaternaire.

Annexe 3 : Note d'information au patient

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.

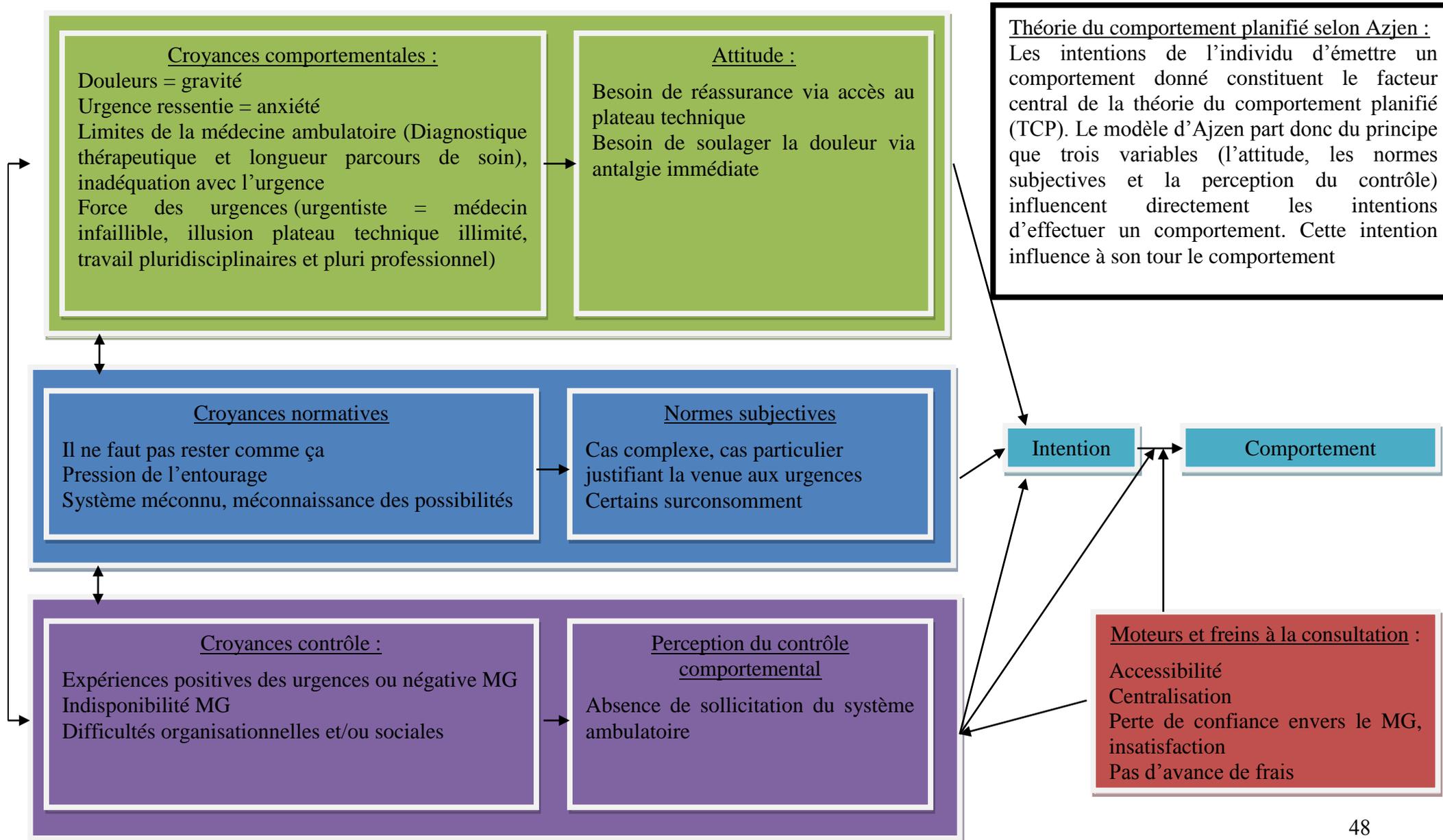
Les données recueillies pour l'étude ne seront pas transmises à l'équipe soignante des structures d'urgences dans lequel vous consultez.

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.

Annexe 4 : Les résultats présentés selon la théorie du comportement planifié d'AZJEN



TITRE : Déterminants des demandes de soins non programmés des patients adultes non-référés, consultants aux urgences ne relevant de pas son plateau technique.

Résumé :

Introduction :

L'activité des services d'urgences a augmenté de 30 % en 10 ans avec de nombreuses consultations relevant des soins premiers. Les motivations des patients à consulter aux urgences semblaient mal établies.

Méthode :

Etude qualitative réalisée au aux urgences du CHU de DIJON, par entretiens semi-dirigés, avec échantillonnage en variation maximale. L'analyse a été effectuée selon le principe de la théorisation ancrée, en double aveugle afin de trianguler des données.

Résultats :

Vingt entretiens ont été effectués. 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 de singularité justifiaient leur besoin d'examen complémentaires qu'ils estimaient facilement disponibles aux urgences. Ils avaient également des difficultés à anticiper les rendez-vous en ambulatoire et à naviguer dans le système de soins. La confiance accordée au médecin généraliste et à son rôle dans la prise en charge des soins non-programmés était très variable.

Conclusion :

Les patients souhaitaient une réponse médicale sûre, rapide et adaptée à une véritable urgence ressentie. Ils choisissaient les services d'urgence du fait de leur accessibilité, du plateau technique et d'une insatisfaction ou incompréhension du système de soins. Le médecin traitant garde un rôle important et pourrait influencer les patients dans leur choix de recours ou non aux urgences grâce à une éducation qui pourrait se faire via l'accompagnement dans leurs recherches internet. Une amélioration de l'offre de soins non programmés pourrait également être intéressante avec des cabinets sans rendez-vous munis d'un plateau technique minime.

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