



UNIVERSITE CLERMONT-FERRAND

UFR DE MEDECINE



THESE D'EXERCICE

Pour le **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

MIKOLAJCZYK Anaïs Tehani

Et

ROUSSON Charlotte, épouse DOLLE



Présentée et soutenue publiquement : *Le 25 Juin 2018*



" Quelles sont les motivations des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale ?"



Directeurs de Thèse : Dr CAMBON Benoît et Dr DALL'ACQUA David



JURY :

Président :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Asseseurs :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT-FERRAND

UFR DE MEDECINE



THESE D'EXERCICE

Pour le **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Par

MIKOLAJCZYK Anaïs Tehani

Et

ROUSSON Charlotte, épouse DOLLE



Présentée et soutenue publiquement : *Le 25 Juin 2018*



" Quelles sont les motivations des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale ?"



Directeurs de Thèse : Dr CAMBON Benoît et Dr DALL'ACQUA David



JURY :

Président :

Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Assesseurs :

Monsieur GERBAUD Laurent, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, Faculté de médecine Clermont-Ferrand

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE D'Auvergne

: **JOYON** Louis
: **DOLY** Michel
: **TURPIN** Dominique
: **VEYRE** Annie
: **DULBECCO** Philippe
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre
: **FONTAINE** Jacques
: **BOUTIN** Christian
: **MONTEIL** Jean-Marc
: **ODOUARD** Albert
: **LAVIGNOTTE** Nadine
: **BERNARD** Mathias

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER
PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT
VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE
VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE
DIRECTRICE GENERALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias
: **DEQUIEDT** Vianney
: **GUINALDO** Olivier
: **HENRARD** Pierre

: **PEYRARD** Françoise
: **ESQUIROL** Myriam



UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice
: **CHAZAL** Jean

DOYEN
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre
: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. BACIN Franck - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique

M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale

PROFESSEURS DE
1ère CLASSE

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale
Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel
Mme BOUTELOUP Corinne
Mlle GOUY Carole
Mme FOGLI Anne
Mlle GOUAS Laetitia
M. MARCEAU Geoffroy
Mme MINET-QUINARD Régine
M. ROBIN Frédéric
Mlle VERONESE Lauren
M. DELMAS Julien
Mlle MIRAND Andrey
M. OUCHCHANE Lemlih

Biophysique et Traitement de l'Image
Nutrition
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Biochimie Biologie Moléculaire
Biochimie Biologie Moléculaire
Bactériologie
Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Bactériologie
Bactériologie Virologie
Biostatistiques, Informatique Médicale
et Technologies de Communication
Pharmacologie Médicale
Pédiatrie
Immunologie
Hygiène Hospitalière
Parasitologie et Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DE 2ème CLASSE

Mme PONS Hanaë
Mme CASSAGNES Lucie
M. JABAUDON-GANDET Matthieu
M. LEBRETON Aurélien
M. BOUVIER Damien
M. BUISSON Anthony
M. COLL Guillaume

Biologie et Médecine du Développement
et de la Reproduction
Radiologie et Imagerie Médicale
Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
Hématologie
Biochimie et Biologie Moléculaire
Gastroentérologie
Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le **Professeur Jeannot Schmidt**. Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

À Monsieur le **Professeur Laurent Gerbaud**. Vous avez accepté de juger ce travail. Soyez assuré de nos sincères remerciements.

À Monsieur le **Professeur Gilles Clément**. Vous nous faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Soyez assuré de toute notre reconnaissance.

Aux Docteurs **David Dall'acqua et Benoit Cambon**. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de nous avoir guidées et épaulées tout au long de ce travail.

À **Docteur Menini Thibault**. Merci de nous avoir aidées lors de l'analyse des données.

Nous remercions toutes les personnes qui nous ont apportées leurs aides au cours de ce travail : Mme Pinol Nathalie, les équipes médicales et paramédicales et les secrétaires des SAU de Vichy, Riom et Clermont- Ferrand.

REMERCIEMENTS DE CHARLOTTE

Je tiens en tout premier lieu, à remercier, **Tehani**, ma copine, mon amie, ma confidente, ma coéquipière. Ce travail de thèse illustre bien ce lien qui nous est cher. Ce long parcours m'a surtout permis de gagner une amie en or, un alter égo !

Je dédicace cette thèse, à **mes parents** pour votre amour, votre tendresse, votre gentillesse, votre dévouement et vos sacrifices. Comme pour tous les actes de ma vie, vous êtes un pilier majeur et un soutien inégalable. Vous m'avez accompagné et soutenu tout au long de mon parcours. Je ne vous remercierai jamais assez pour tout ce que vous m'avez donné. Aucun mot ne peut décrire ma gratitude et mon profond respect pour vous. Papa, Maman je vous aime, merci !

A toi, **Yoann**, mon mari, avec tout mon amour. Je te remercie pour ton soutien inconditionnel pendant ses longues années d'études. Ta gentillesse, ton dévouement, ton affection, ton amour et ton aide quotidienne me remplissent de bonheur. Tu m'es précieux. Je t'aime !

A mes **frères et sœurs, mes beaux-frères et belles-sœurs, mes neveux et nièces adorés**. La famille est un lien qui nous est cher. Aucun mot ne pourrait exprimer l'attachement, l'amour et la tendresse que j'éprouve pour vous. Merci pour votre affection.

A ma famille, mes grands-parents défunts et ma marraine Nadine, merci pour votre accompagnement, je vous aime.

A mes amis, **Anthony, Laura, Franck, Adeline, Yanis, Mathilde, Claire, et Aymeric**. Merci d'avoir partagé ces années étudiantes, toutes nos anecdotes, les moments de doutes et surtout tous ces moments de rires et de joie. Merci pour votre présence au quotidien et votre joie de vivre. Avec une mention particulière pour Anthony, ta culture et ton sens grammatical nous ont été d'une aide précieuse, merci.

Merci à tous les médecins, collègues, et co-internes qui ont participé à ma formation.

REMERCIEMENTS DE TEHANI

Charlotte, pour cette amitié qui dure depuis maintenant de longues années. Je te remercierais jamais assez pour l'amie que tu es au quotidien. Enfin, cette thèse nous a permis de passer de nouvelles longues heures ensemble, j'ai hâte que les prochaines soient moins studieuses. Merci d'être toi.

A **Anthony**, mon amour. Je ne peux que te remercier de me soutenir et de m'aimer au quotidien. Merci d'être là à mes côtés, merci pour tout. Enfin un dernier merci pour la relecture de ce travail.

A **mes parents**, pour votre amour que vous m'avez transmis. Merci de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi pendant toutes ces années. Je ne serais pas ce que je suis sans vous.

A **mon frère**, merci d'être toi. Quoi que la vie soit faite, tu seras toujours mon petit frère.

A **mon Papy et ma Mamie**, je ne vous remercierais jamais assez de votre présence et de votre amour.

A **mon Papou et ma Mamie**, merci de m'avoir soutenue malgré la distance.

Merci à **Odile et à ses filles**, qui font officiellement parties de la famille, de m'avoir soutenue pendant ces années d'études.

Merci à **Mathilde et Adeline**, mes acolytes des années d'externat. Sans vous rien n'aurait été pareil durant ces années. Malgré la distance je ne vous oublie pas.

Merci aux copains, **Laura, Yoann, Franck** de nous avoir supportées. J'espère que notre belle amitié ne s'arrêtera pas de sitôt. Merci aussi à **Yanis, Mathilde, Claire, Aymeric ...**

Un grand merci à tous mes co internes, **Amandine, Zoé, Laura, Fanny, Julia, Guillaume, Adrien, Maxime, Remi, Louise, Jeanne, Bayanne, Thomas**. Surtout à toi **Julie** qui a dû me supporter deux semestres...

Merci à tous **mes séniors** de stages. Plus particulièrement à la **Med Po de Riom**, merci pour m'avoir donné envie de travailler comme vous et nous avoir transmis votre bonne humeur.

TABLE DES MATIERES

1.	INTRODUCTION	17
2.	MATERIEL ET METHODE.....	19
2.1	: Le type d'étude	19
2.2	: Les lieux d'étude	19
2.3	: L'échantillonnage.....	19
2.3.1	: Les critères d'inclusion.....	19
2.3.2	: Les critères de non inclusion.....	19
2.4	: Recueil des données	20
2.5	: L'analyse des données	20
3.	CARACTERISTIQUES DES CAS	22
3.1	: Le nombre	22
3.2	: L'âge	22
3.3	: Les couvertures sociales	22
3.4	: Les motifs de consultations	23
3.5	: Les situations familiales	24
3.6	: Catégories socioprofessionnelles.....	24
4.	RESULTATS	25
4.1	: La définition de l'urgence pour les patients.....	25
4.1.1	: Définir une urgence : difficile voire impossible	25
4.1.2	: Les motifs consensuels : les traumatismes et la douleur	26
4.1.3	: Les expériences antérieures.....	26
4.1.4	: L'absence d'alternatives médicales	27
4.1.5	: L'appréciation difficile entre l'urgence réelle et ressentie	28
4.1.6	: La définition d'une consultation non urgente	29
4.2	: Les motivations des patients	30
4.2.1	: Les urgences : un point d'entrée à l'hôpital.....	30
4.2.2	: La facilité	33
4.2.3	: La confiance aux urgences	37
4.2.4	: La gratuité des soins.....	39
4.2.5	: L'anxiété.....	40
4.2.6	: Les attentes matérielles.....	42
4.3	: Le parcours de soins.....	42
4.3.1	: La pénurie des généralistes.....	43

4.3.2	: L'absence du médecin traitant.....	43
4.3.3	: Le délai de consultation avec le généraliste	44
4.3.4	: La méconnaissance des pratiques du généraliste.....	47
4.3.5	: L'anticipation du parcours de soin.....	48
4.3.6	: Les déserts médicaux	49
4.3.7	: Les alternatives aux urgences peu connues.....	50
4.4	: La saturation des urgences	55
4.4.1	: Un constat	55
4.4.2	: Les causes évoquées par les patients	57
4.4.3	: Les solutions proposées par les patients	60
5	: DISCUSSION.....	66
5.1	: Les résultats de l'étude	66
5.1.1	: La définition de l'urgence.....	66
5.1.2	: Les motivations des patients.....	66
5.1.3	: Le parcours de soin	66
5.1.4	: La saturation des urgences	66
5.2	: Les forces et faiblesses de notre étude.....	67
5.2.1	: Les points forts.....	67
5.2.2	: Les points négatifs.....	68
5.3	: Discussion autour des résultats	68
5.4	: Les perspectives	71
5.4.1	: Renforcer les soins en ambulatoire	72
5.4.2	: Développer les pôles d'accueil hospitalier.....	74
6.	CONCLUSION.....	76
7.	ANNEXES	77
	Annexe I : Classification CCMU	77
	Annexe II : Grille d'entretien.....	78
	Annexe III : Les motivations des patients consultant au SAU pour des motifs de médecine générale	79
	Annexe IV : Caractéristiques des cas	80
8.	BIBLIOGRAPHIE :	83
9.	SERMENT HIPPOCRATE	89

Liste des abréviations

AME : Aide médicale de l'État

AMUAC : Association médicale d'urgence de l'agglomération clermontoise

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMU : Couverture maladie universelle

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

E : Enquêteur

ECG : Électrocardiogramme

IFOP : Institut Français d'Opinion Publique

IOA : Infirmière organisatrice de l'accueil

IRM : L'imagerie par résonance magnétique

MUT : majoration urgence du médecin traitant

ORL : Oto-rhino-laryngologiste

P : Patient

PACS : Pacte civil de solidarité

RDV : Rendez vous

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil et de traitement des urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

1. INTRODUCTION

« Santé. Les temps d'attente explosent aux urgences ! », *Ouest France*, le 14 Janvier 2016 (1)

« Les urgences de l'hôpital de Vichy au bord du burn-out », *La Montagne*, le 08 Mars 2018 (3)

« La grève se poursuit aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand », *La Montagne*, le 19 Décembre 2017 (5)

L'encombrement des urgences est devenu une préoccupation nationale très relayée par les médias et les politiciens. Salles d'attente bondées, temps d'attente allongés, brouhaha incessant, couloirs obstrués : les urgences saturent !

Le secteur de la santé est le reflet de l'état d'une société. C'est un enjeu crucial budgétaire, politique et social. (6) Les urgences sont un carrefour entre la médecine de ville et l'accès aux soins hospitaliers. (7), (8). Il y a d'une part des patients, influencés par internet et les forums de santé, par l'avis d'un proche, qui désirent un accès aux soins rapide et une obligation de résultats. (9), (10) D'autre part, il y a les défaillances du système de santé actuel : déserts médicaux, difficulté d'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires. La convergence de ces facteurs impacte directement l'afflux des consultations au SAU. (11), (12), (13), (14), (15)

Cette situation de saturation crée de multiples insatisfactions. Insatisfactions des usagers pour qui le temps d'attente s'allonge, les conditions d'accueil se dégradent, pouvant parfois entraîner des reproches voire des actes de violence envers le personnel médical ou paramédical. Insatisfactions pour le personnel soignant qui rencontre une réelle difficulté à gérer le flux de patients, une frustration personnelle sur la qualité du soin administré à laquelle s'ajoute une surcharge de travail constante, pouvant parfois mener jusqu'au burn-out. (17) L'impact du temps d'attente et de l'overcrowding sur la morbi-mortalité pour les patients aux urgences est largement prouvé par les études, surtout américaines. (18)

Une enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières françaises, (rapport de la DREES 2013) (19) sur la période 2001 à 2011, retrouve une augmentation globale du nombre de passages au service d'accueil des urgences de 13,6 à 18,5 millions, soit une augmentation de 26%. Cependant, seulement 22% des usagers sont hospitalisés au décours de leur passage aux urgences, chiffre qui reste stable sur cette même période. Le mode de recours aux urgences a changé : n'arrivent plus uniquement les patients adressés par les pompiers, leur médecin ou un SMUR, mais majoritairement

des gens qui se présentent spontanément (20), (21). Ce phénomène ne se limite pas à la France : le Canada (22) est également confronté aux consultations non urgentes grandissantes, de même que le Royaume- Uni (23), (24) et Hong Kong (25).

Comment expliquer cette augmentation du flux de patients venant d'eux-mêmes aux urgences ?

Les causes avancées sont d'une part la pénurie grandissante de médecins généralistes et l'apparition de déserts médicaux et d'autre part le mésusage des urgences par des consultations jugées inappropriées ou de dernier recours. Cependant, les précédentes études quantitatives étudiaient les caractéristiques des patients et leurs motivations avec des questionnaires fermés. Ces dernières montrent que les patients sont majoritairement des hommes d'âge moyen, célibataire et actif. Leurs venues au SAU sont motivées par l'aggravation des symptômes, l'inefficacité du traitement initial, l'accès aux examens complémentaires ainsi qu'une permanence de soins insuffisante. (26), (27), (28), (29), (30), (31), (32), (33), (34)

Mais qu'en est-il vraiment du ressenti des patients ? Est-ce le manque d'accessibilité au médecin traitant ou d'autres raisons qui poussent les gens à consulter aux urgences, point d'accueil ouvert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 ? La connaissance fine des motivations de ces patients serait intéressante pour développer des stratégies de désengorgement des urgences.

Notre question de recherche était : « Quelles sont les motivations des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale, pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou la permanence de soins ? »

2. MATERIEL ET METHODE

2.1 : Le type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi directif, multicentrique.

2.2 : Les lieux d'étude

L'étude a été menée sur trois sites, dans les services d'urgences adultes de trois hôpitaux de la région Auvergne : le Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Montpied à Clermont Ferrand (63), le Centre Hospitalier Guy Thomas de Riom (63) et le Centre Hospitalier Jacques Lacarin de Vichy (03).

La période d'étude s'est déroulée du 11 Mars 2017 au 28 Avril 2017, pendant les heures ouvrables des cabinets de médecine générale, ou pendant les heures de permanence des soins soit de 8h à 00h du lundi au dimanche.

2.3 : L'échantillonnage

2.3.1 : Les critères d'inclusion

Tout patient ayant plus de 16 ans et classifié CCMU 1 et 2 (annexe 1) par l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation (IAO) des urgences pouvait être inclus dans l'étude. Il s'agissait de patients qui se présentaient spontanément aux urgences, venus par leurs propres moyens.

2.3.2 : Les critères de non inclusion

Tout patient présentant les caractéristiques suivantes :

- ✓ Refus de participer à l'étude
- ✓ Patient de moins de 16 ans
- ✓ Patient adressé par un professionnel de santé (avec ou sans courrier)
- ✓ Patient venu par ambulance, pompiers ou SMUR
- ✓ Patient amené par les forces de l'ordre
- ✓ Patient ne parlant pas la langue française et venu sans traducteur
- ✓ Patient dément
- ✓ Patients venus hors permanence des soins et ouverture des cabinets médicaux (00h-8h00 en semaine)
- ✓ Etat d'ivresse

- ✓ Patients présentant des troubles psychiatriques et/ou retard mental, non accompagné

2.3.3 : Les critères de diversité et modalité de choix des patients

Chaque patient rencontrait initialement l'infirmier(e) d'accueil et d'orientation des urgences. A la suite de cette entrevue, nous sélectionnions les patients éligibles selon les critères d'inclusion. L'objectif était d'interroger une population variée afin d'enrichir nos critères de diversification : l'âge, le sexe, les catégories socioprofessionnelles, le lieu, le jour ainsi que l'heure du recrutement, le motif de consultation, la situation familiale et la couverture sociale.

2.4 : Recueil des données

L'entretien était alors réalisé dans un lieu dédié prédéfini, au calme, avant la rencontre du médecin. Les patients étaient informés que leurs réponses allaient servir à un travail de thèse de médecine portant sur les consultations aux urgences. Leur consentement oral était recueilli après une explication claire et appropriée de l'étude, de ses objectifs, en insistant sur le caractère anonyme de ce recueil. Les patients pouvaient à tout moment revenir sur leur consentement. Nous réalisons alors des entretiens semi directifs, enregistrés avec un magnétophone. Nos discussions étaient orientées selon le guide entretien pour traiter différents items : notamment la définition de l'urgence, leurs motivations, l'évaluation du parcours de soins et la connaissance des alternatives médicales. (Cf Annexe 2)

2.5 : L'analyse des données

Le nombre de sujets nécessaire à cette étude qualitative, n'a pas été défini par avance, mais selon le principe de saturation des données recueillies, et de respect des critères de diversification.

L'anonymisation des données recueillies était réalisée dès le début de l'entretien avec le patient, par attribution d'un numéro de recrutement. Les entretiens étaient par la suite retranscrits sur Microsoft Word version 2016. Chacune d'entre nous, a analysé et codé toutes les données du corpus, permettant ainsi une double analyse. Le logiciel utilisé à cet effet était Nvivo Pro 2016, et Nvivo for Mac 2016. Par la suite, nous avons croisé nos résultats d'analyse. Lors de divergence, nous reprenions les entretiens afin de faire une relecture et une analyse commune, pesant les arguments de chacune

selon le contexte de l'entretien. Si nos avis au décours de cette discussion restaient différents, nous faisons appel à une tierce personne extérieure au milieu médical afin avoir son interprétation des propos.

3. CARACTERISTIQUES DES CAS

Notre étude réalisée sur plusieurs centres nous a permis un travail sur un nombre important de patients pour arriver à la saturation des données.

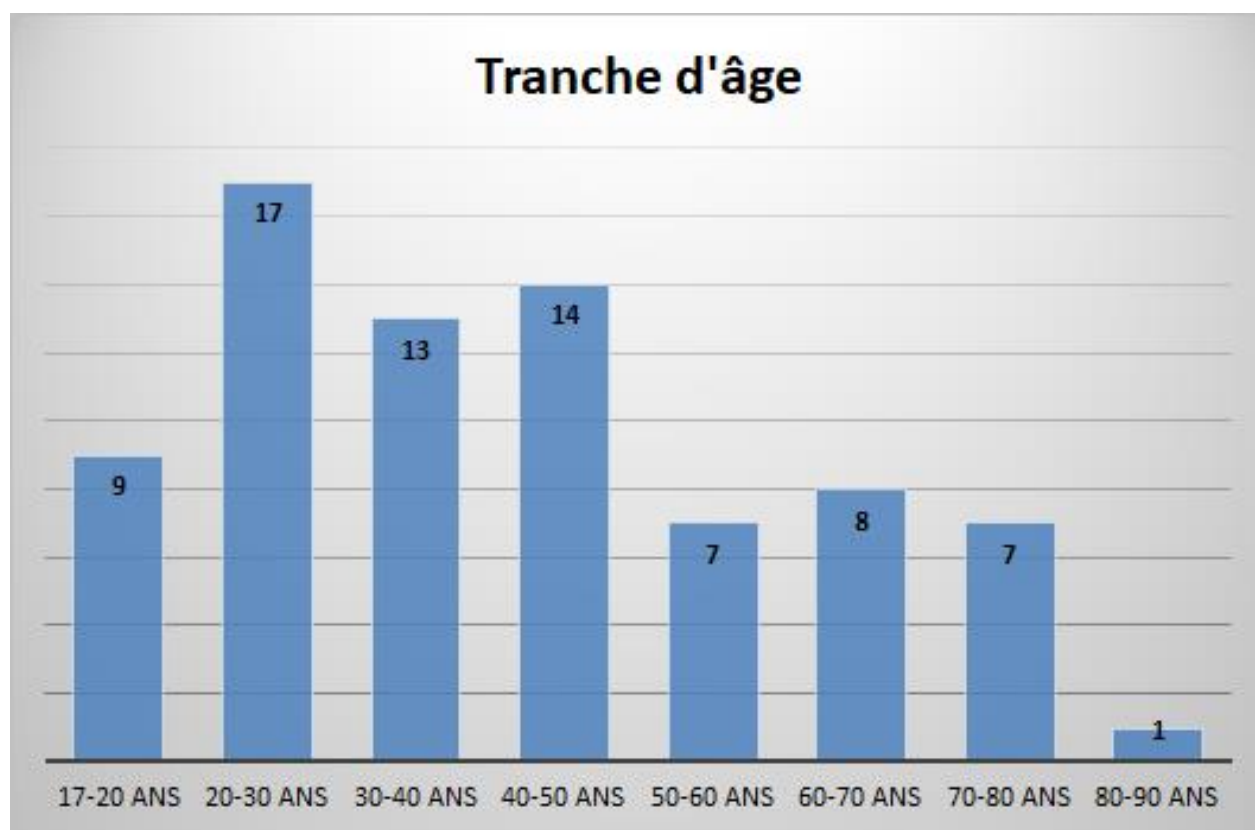
Vous trouverez par la suite le détail des caractéristiques de nos cas.

3.1 : Le nombre

Nous avons inclus 17 cas au CH de Riom, 23 cas au CH de Vichy et enfin 36 cas au CHU de Clermont-Ferrand, soit un total de 76 cas. (38 hommes et 38 femmes)

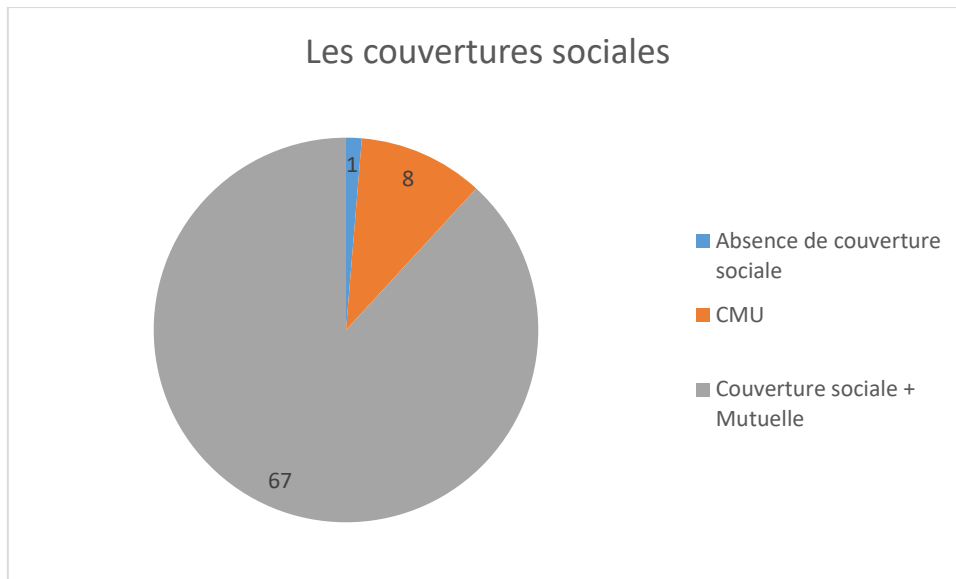
3.2 : L'âge

L'ensemble des tranches d'âge a été interrogé. Ci-dessous le schéma du nombre de patients inclus selon les tranches d'âge :



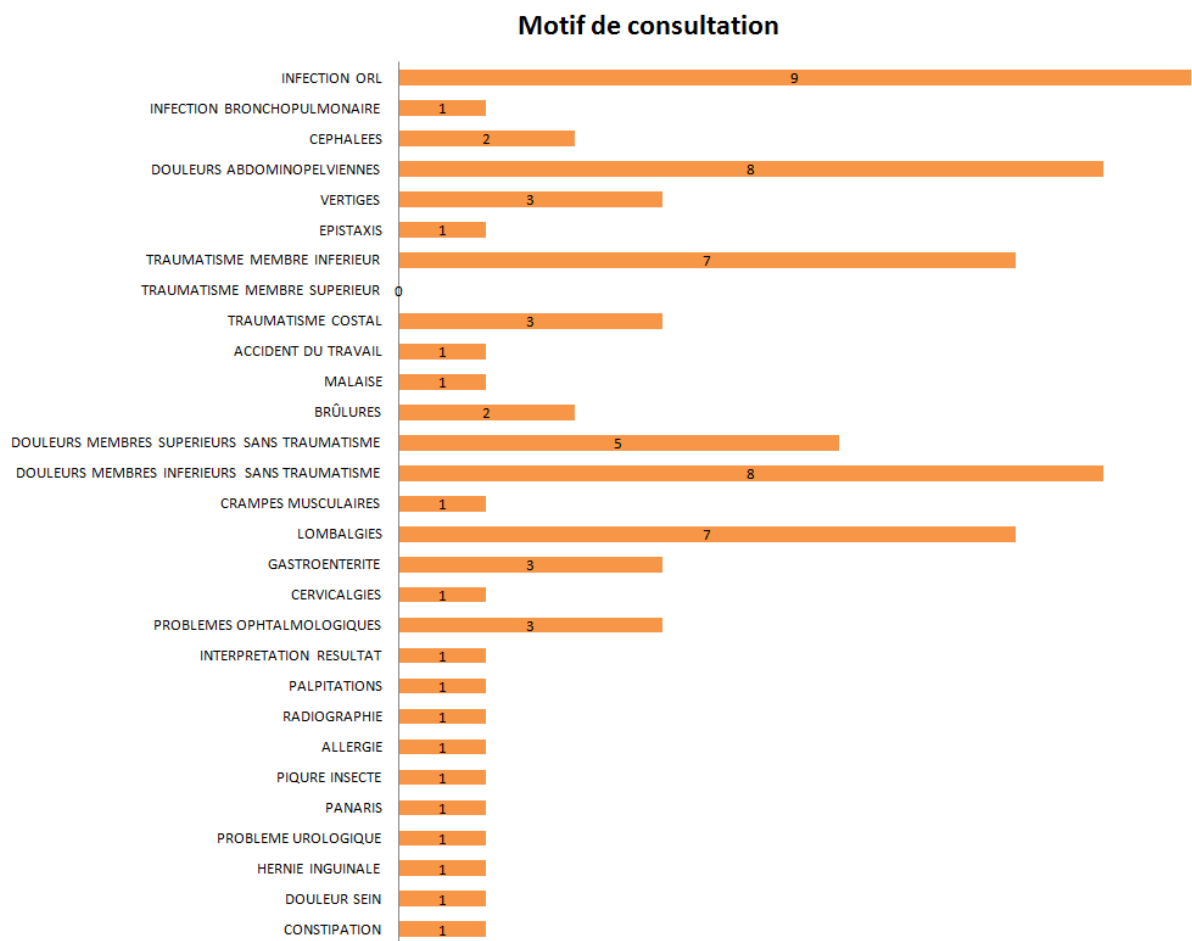
3.3 : Les couvertures sociales

Un seul patient inclus ne bénéficiait pas de couverture sociale, pendant les temps de présence des enquêteurs.



3.4 : Les motifs de consultations

Nous avons varié les motifs de consultations.



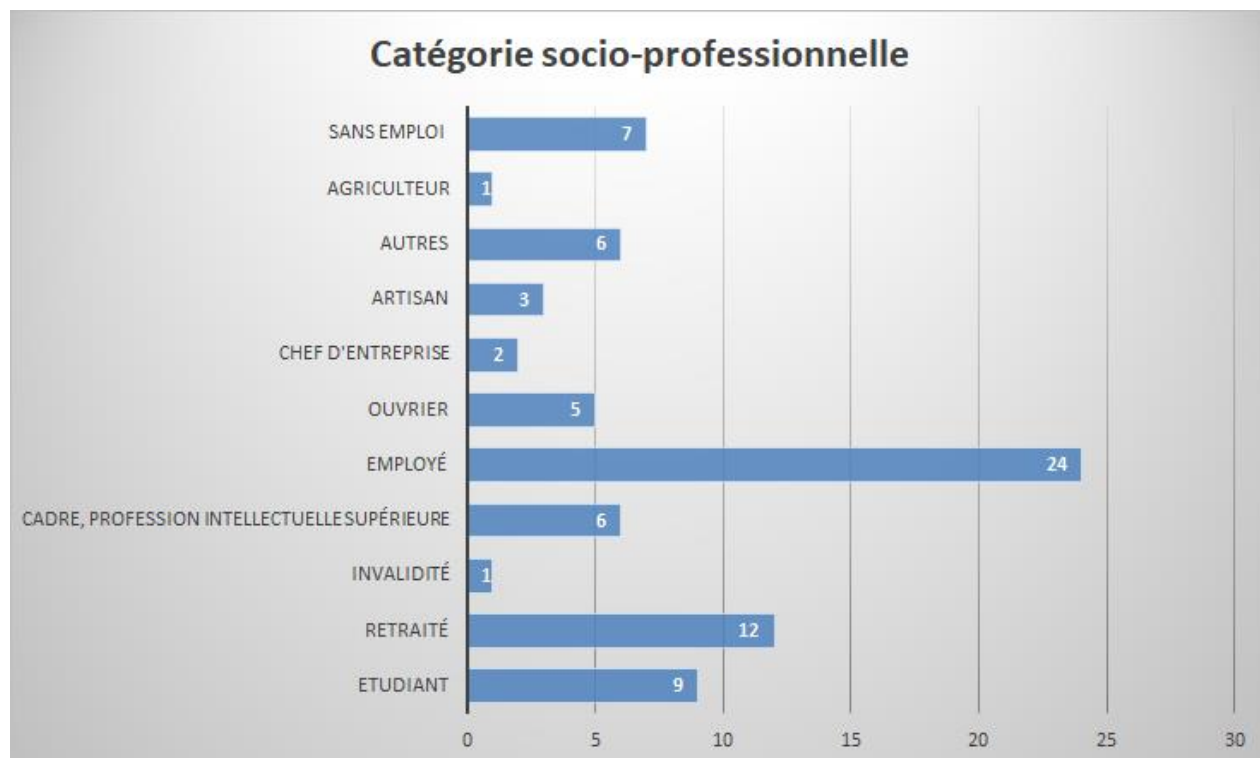
3.5 : Les situations familiales

47 patients interrogés vivaient en couple (mariage, PACS ou concubinage), contre 29 célibataires.

58% des patients inclus avaient des enfants.

3.6 : Catégories socioprofessionnelles

Ci-dessous, la répartition des catégories socioprofessionnelles,



4. RESULTATS

4.1 : La définition de l'urgence pour les patients

4.1.1 : Définir une urgence : difficile voire impossible

Pour les patients définir la notion d'urgence est compliquée, souvent les réponses des patients interrogés ne sont pas spontanées : « *Euh... (hésitation) peut-être les traumatismes, les fractures, les choses comme ça* ».

Certains doutent même de la véracité de leur réponse : « *C'est dur, car là y a peut-être des trucs qui pour nous sont des urgences comme aujourd'hui et qu'au final ça en est pas. C'est peut-être stupide d'être ici* ».

Ainsi, nous avons recueilli près d'une cinquantaine de réponses différentes. L'hétérogénéité de ces réponses reflète bien le fait que définir une urgence est compliquée. Certaines réponses insolites montrent le décalage entre le ressenti médical et celui de l'utilisateur : « Enquêteur (E) : *Pour vous quels sont les motifs de consultation qui doivent faire consulter aux urgences sans passer par le médecin traitant ?* Patient (P) : *Cassage de jambe à la limite, la polio, la peste, le cholera ! Pour que je vienne aux urgences il en faut beaucoup* ».

Au vu des réponses diverses, il est difficile d'obtenir un consensus sur cette définition.

Certains patients ne savent pas définir une urgence. Ils confient n'avoir aucune idée de ce que cela représente : « E : *Pour vous, Monsieur, qu'est-ce qu'une urgence ?* P : *Aucune idée !!* ». En effet, six personnes nous ont dit clairement ne pas savoir ce qu'est une urgence. Cette réponse est le reflet du manque d'informations pour la plupart des patients. Ces patients qui ignorent ce qu'est une urgence n'ont pas de profil spécifique. Ceci laisse penser que l'éducation ou l'information sur la santé et l'urgence des patients doivent être renforcées aussi bien chez les jeunes que chez les sujets âgés. L'expérience ne semble pas influencer les habitudes.

D'autres patients avouent même ne pas faire de différence entre les urgences et leurs consultations

chez le généraliste : « E : *Donc vous ne faites pas de différences entre les consultations aux urgences et chez le médecin traitant ?* P : *Non, c'est la même chose* ».

Certains patients n'ont donc aucune notion de ce qu'est une urgence et ne peuvent donc en aucun cas différencier les lieux de consultation dont ils disposent.

4.1.2 : Les motifs consensuels : les traumatismes et la douleur

La plupart des patients définit l'urgence par des motifs de consultation. Certains font l'unanimité : la douleur, les accidents et les traumatismes.

En effet, la traumatologie semble être associée à l'urgence pour les patients. Les traumatismes ont été cités une trentaine de fois. Par exemple : « *A partir du moment où on a besoin de points de suture, ou une suspicion de fracture* », « *les blessures* », « *Pour des motifs de traumatismes articulaires, les jambes cassées* », « *les entorses* ».

Fréquemment ils évoquent aussi les urgences comme le lieu de prise en charge pour les plaies et les sutures : « *Ca m'a raclé toute la chevelure, et je me suis fait recoudre* ».

Les accidents sont également souvent associés aux urgences : « *C'est tout ce qui est accident, oui accident domestique comme moi, ou de la route* », « *les accidents du travail* ».

Hormis la traumatologie, l'autre motif récurrent évoqué par les patients est la douleur (une vingtaine de fois) : « *Quand on souffre, quand on a trop mal, bien sûr il faut venir aux urgences quand on a trop mal* ».

La majorité des patients considèrent les urgences comme le lieu où consulter en cas de douleurs, ou de traumatismes.

4.1.3 : Les expériences antérieures

La définition de l'urgence se base aussi pour certains sur leurs expériences passées, en énumérant leurs motifs de consultations antérieures : « *Déjà, je suis venue pour un lumbago [...] L'autre fois [...] je ne voyais plus d'un œil* ».

Les expériences antérieures pour lesquelles ils ont déjà consulté au SAU s'intègrent ainsi à l'esprit des patients comme une urgence et donc pour eux comme un motif de consultation acquis. Ainsi, si aucune éducation n'est faite auprès des patients qui ne prennent pas le bon parcours de soins, cela risque de légitimer leur recours au SAU pour ces motifs dans le futur.

Quelques patients pensent que chez les personnes qu'ils jugent fragiles ou qui ont des antécédents particuliers, chaque problème médical peut être une urgence : « *Il faut faire une différence entre les patients normaux et les fragiles* », les patients qui ont « *une maladie connue* ».

Ainsi selon eux, la définition de l'urgence ne peut être identique à tous les patients, un terrain fragile comme l'âge, la poly morbidité, la grossesse, la modifie.

4.1.4 : L'absence d'alternatives médicales

A la même fréquence que les plaies ou les accidents, arrive la notion d'absence d'alternatives médicales. En effet, une vingtaine de personnes définissent l'urgence comme l'absence d'accès à son médecin traitant : « *quand le médecin répond pas* » ou « *quand le médecin traitant ne peut pas nous recevoir* ».

D'autres évoquent l'absence d'alternative médicale, en dehors des plages horaires de consultations libérales, comme leur définition de l'urgence. Par exemple : « *après c'est peut-être les situations de nuit et de week-end quand on arrive pas à avoir nos médecins généralistes donc même si au départ on ne voulait pas, on finit par retomber sur les urgences* », ou quand les patients se disent être « *dans l'impasse* ».

Pour cet item, il nous semblait intéressant de comparer les réponses selon les centres hospitaliers. En effet, le secteur de Clermont Ferrand offre une permanence des soins 24h/24, celui de Riom uniquement sur les horaires d'ouverture des cabinets (8h-20h) et celui de Vichy est ouvert de 8h à 00h. Nous avons remarqué que la réponse « absence d'alternatives médicales » est plus fréquentes dans les lieux où la permanence de soins est plus conséquente (Vichy et Clermont Ferrand). Donc deux

hypothèses sont plausibles : les patients ne connaissent pas les alternatives aux urgences sur les horaires de permanence de soins ou les patients ne trouvent pas satisfaction dans le service rendu que propose la permanence de soins.

4.1.5 : L'appréciation difficile entre l'urgence réelle et ressentie

Rares sont ceux qui expriment la notion de vitalité : « *C'est vraiment là où le pronostic vital est en jeu* », « *c'est quelque chose de vraiment grave et que l'assistance d'un médecin est vraiment indispensable.* »

Beaucoup de patients interrogés répondent en évoquant la gravité sans arriver à préciser leurs pensées : « *Quelque chose de grave quand même* » ou « *pour soigner des maladies graves* ».

Une poignée de patients ont cependant réussi à donner une réponse précise, se rapprochant des critères des soignants comme par exemple : « *Quelque chose qui fait qu'on vienne tout de suite oui, qui soit vital, que ce soit grave : un arrêt ou qui nécessite d'être emmené par les pompiers Enfin les urgences c'est vraiment vital après quand c'est pas forcément du vital ou si il y a pas de maladie, derrière le médecin peut prendre le relai.* ». Les patients qui apprécient "l'urgence réelle" avaient tous une formation de secours que ce soit personnellement ou professionnellement, ou avait un proche travaillant dans le milieu médical.

Certains patients avouent la difficulté à différencier l'urgence réelle et l'urgence ressentie et qu'il est difficile pour eux de savoir comment consulter : « *Je sais pas moi c'est compliqué parce qu'il y a des fois où on est à la maison, et puis au final on se rend compte qu'on aurait dû venir. Donc nous on n'est pas médecin. On a des problèmes. Chaque personne est différente* ».

Là est toute la difficulté pour une personne extérieure aux soins de faire la différence entre une urgence réelle et une urgence ressentie : « *Les urgences c'est quelque chose où on peut frôler la mort, c'est ça. Je l'ai connu en allant aux soins intensifs et je ne n'en étais même pas rendu compte* ».

Ils avouent donc qu'il est difficile pour eux de savoir où consulter car ils n'arrivent pas à estimer

l'urgence de leur problème. Ils se fient à la durée et à la nature de leurs symptômes pour justifier la consultation : « *A la nature de mon mal déjà et puis à l'intensité du mal aussi. Mais là si vous voulez c'est plutôt pour me faire passer une radio que ça me sécurise* ».

D'autres estiment au contraire qu'en venant aux urgences ils se rendent compte de la bénignité de leurs problèmes : « *On se rend compte que les choses que l'on a ne sont pas si urgentes que ça. A la base c'est fait pour les choses graves* ».

Les patients consultent donc aux urgences pour se rassurer devant un problème qu'ils jugent potentiellement urgent.

4.1.6 : La définition d'une consultation non urgente

Si la définition de l'urgence est compliquée, la majorité des patients s'accordent cependant sur la notion de consultation non urgente. En effet, pour eux les motifs de consultation bénins comme les problèmes viraux, les infections ORL doivent consulter chez le généraliste : « *Un rhume, la grippe, les maladies courantes.* » ou « *Si j'ai une angine, de la fatigue, une fièvre* ». L'obtention de certificats ou les renouvellements n'entrent pas dans leur définition de l'urgence : « *Tout ce qui est renouvellement d'ordonnances* », « *pour les certificats médicaux* ».

A aucun moment, la notion de chronicité d'un problème n'a été évoquée comme un critère de consultation non urgente.

On ne peut donc pas poser de définition précise de l'urgence. L'idée du médecin sur l'urgence réelle semble dépassée et non adaptée à celle du patient. Le patient, sans connaissance médicale, lui, se base sur ses expériences passées, ou celles de ses proches. Certains motifs de consultation font l'unanimité : la douleur, les traumatismes, les accidents et les sutures. La notion de gravité est difficile pour le patient. Il se base sur la fragilité, sur l'intensité des symptômes et préfère dans le doute, consulter pour ne pas rater quelque chose de grave. Pour le malade, l'absence d'alternative médicale rapide, dans le but de se rassurer sur ses symptômes, fait partie de la définition de l'urgence. Les

patients sont dans le doute et n'arrivent pas à définir ce qu'est une urgence. Cela traduit un manque d'information et de connaissances qui est une des causes de consultations inappropriées au SAU. Hormis ce défaut de connaissances, le but est de comprendre pourquoi les patients consultent aux urgences.

4.2 : Les motivations des patients

Les motivations des patients qui viennent aux urgences sont diverses. Sur la population interrogée, on différencie les patients qui arrivent aux urgences par choix et ceux par obligation ou contraintes. En effet, certains viennent aux urgences car elles sont le point d'entrée de la plateforme hospitalière, d'autres les choisissent par facilité ou par conviction d'être mieux pris en charge ou afin d'obtenir rapidement des ordonnances ou certificats administratifs. D'autres consultent pour ne pas avancer de frais médicaux, ou pour être rassurés rapidement.

Un schéma de synthèse représente les motivations des patients consultant au SAU en annexe 3.

4.2.1 : Les urgences : un point d'entrée à l'hôpital

Les urgences sont une plateforme intermédiaire. Elles sont un point d'accès aux spécialistes, aux plateformes techniques mais également aux hospitalisations.

4.2.1.1 Un accès aux spécialistes

Fréquemment les patients nous ont exprimés que pour eux la consultation aux urgences est un moyen d'avoir une consultation avec un spécialiste. Cela permet de « *trouver une solution et peut être avoir un avis pluridisciplinaire parce qu'un généraliste c'est pas suffisant* ». Ne sachant généralement pas à quel spécialiste s'adresser, les patients consultent aux urgences afin d'être orientés. Les urgences sont donc un point d'entrée de l'hôpital « *tous les professionnels -sont- regroupés* ». Les patients espèrent avoir une consultation rapide spécialisée : « *plus de chance d'avoir des consultations de professionnels plus rapides* ».

En effet, à 12 reprises les patients nous ont exprimés qu'ils venaient aux urgences pour rencontrer un spécialiste. Généralement ils considèrent les délais « *trop longs* » : « *parce que pour un ORL ou un stomatologue, c'est dans 2 mois et moi je ne peux pas attendre deux mois avec ça* ».

Ils consultent aux urgences parce qu'ils sont mécontents de la pénurie de spécialistes en ambulatoire « *on n'a plus de médecins, on n'a plus rien, les ophtalmos on peut pas, les gynécologues c'est pareil* ». Toutes les spécialités semblent touchées : « *j'attends de voir un cardiologue* », « *je vais voir quelqu'un du service ophtalmo* », ou « *le gastro entérologue* ».

D'autres patients qui ont des antécédents médicaux préfèrent se rapprocher des spécialistes qui les suivent habituellement. Ils préfèrent consulter directement au centre hospitalier où ils sont suivis. Là encore la seule porte d'entrée pour eux est le passage par les urgences : « *Vu que j'ai été suivi ici par le néphrologue, je me suis dit on ne sait jamais* ».

Nous avons remarqué que certains patients n'ont pas de notion de ce que les urgences peuvent leur apporter. Ils espèrent obtenir par un médecin ORL "*une cautérisation*". Régulièrement ils n'ont pas connaissance du parcours de soins à réaliser afin d'obtenir de tels actes. Ils pensent voir par exemple « *un rhumato* » pour « *faire ici l'infiltration* ».

Devant la difficulté d'accès aux spécialistes en ambulatoire ou la méconnaissance des parcours de soins, les patients consultent aux urgences pour obtenir cette consultation spécialisée.

4.2.1.2- Un accès au plateau technique

Une autre motivation des patients est l'accès au plateau technique. D'après eux, aux urgences « *ils ont plus de moyens* ». Cette envie d'accès aux examens complémentaires a été évoquée par près de la moitié des patients.

Certains consultent dans l'espoir d'avoir des examens complémentaires sans savoir exprimer lesquels ils attendent exactement. Par exemple, cette patiente qui aimerait : « *qu'on me fasse des examens nécessaires pour que je sache ce que j'ai* ».

La plupart était demandeurs d'examens radiologiques (22 fois). Ces examens attendus étaient « *la radiographie* », le « *scanner* » et « *l'IRM* ». Parfois ils consultaient en espérant avoir des examens plus invasifs comme une fibroscopie : « *la caméra dans l'estomac* ». Ou alors ils consultaient afin d'obtenir des examens plus ciblés comme « *des ECG* ».

Une dizaine de fois, les patients ont exprimé leur désir d'obtenir un bilan sanguin à la suite de la consultation : « *ce n'est pas normal que ça dure. Je pense ils vont me faire une prise de sang pour voir ce qui se passe* ».

Les patients désiraient passer des examens complémentaires soit pour poser un diagnostic : « *J'attends qu'on me fasse des examens nécessaires pour que je sache ce que j'ai. Donc je voudrais des examens complémentaires* » ; soit car ils n'avaient pas eu de rendez-vous dans les délais espérés : « *j'ai des radios à faire, mais j'avais pas rendez-vous avant le 17 mars à l'hôpital (haussement des sourcils)* » (Entretien réalisé le 5 mars). Certains pensent que le passage aux urgences peut modifier la procédure et l'attente habituelle pour les examens complémentaires et « *éventuellement avancer l'IRM que je devais faire* ».

L'accès aux examens complémentaires rassurent les patients : « *Voilà, moi je voudrais une radio et je ne sais pas ce qu'ils vont envisager d'autres. Mais qu'ils me fassent une radio et que déjà je sois sécurisée, en plus je suis de nature anxieuse alors [...]* ».

Pour les patients, les urgences permettent donc l'accès à un médecin qui peut appuyer ses diagnostics et ses prises en charge sur un plateau technique radiologique, biologique, etc. Cela les rassure.

Certains attendaient aussi des urgences un accès rapide aux examens complémentaires ou aux spécialistes pour pallier à des délais de rendez-vous qu'ils jugent trop longs.

4.2.1.3 Un accès à l'hospitalisation

Les urgences comme nous l'avons déjà évoqué est une porte d'entrée à l'hôpital. Certains patients pensent ne pas avoir d'autres choix que de consulter aux urgences. En effet, ils voient « *maintenant,*

les urgences comme un passage obligé ». Ils évoquent même les difficultés des médecins généralistes à obtenir une place dans un service pour leurs patients : « *c'est une obligation. Même un médecin qui veut une hospitalisation est obligé de passer par les urgences* ».

Une patiente nous a aussi expliqué que les urgences étaient une solution de dernier recours et la seule qui s'offrait à elle : « *Oui, de toute façon je ne peux pas rentrer chez moi je suis toute seule* ».

Pour d'autres, le médecin urgentiste est apte à décider de la nécessité d'une hospitalisation, c'est pour eux le médecin qui décide « *si c'est grave* » et « *s'il me garde* ».

4.2.2 : La facilité

L'argument de facilité a été avancé par 30 personnes différentes : « E : *Pourquoi les urgences ? P* : *Les urgences car c'est plus pratique* » ou « *les urgences c'est plus facile* ». En effet, la majorité des patients que nous avons interrogés ne viennent pas aux urgences par obligation. Ils viennent par choix pour avoir un service facilité et qui répond à leurs attentes.

4.2.2.1 : La facilité d'accès

Les urgences représentent pour les patients un lieu où il est possible de consulter tout le temps. Ils le décrivent comme un point « *d'accueil H24* », « *les week-ends, les dimanches, le soir. Ils sont toujours là !* ». C'est aussi un lieu universellement identifié sur le plan géographique.

Les patients apprécient l'absence de régulation « *C'est facile ici, l'accès est facile même s'il faut voir l'infirmier* ».

Ils consultent aussi aux urgences car ils savent qu'ils pourront consulter un médecin quoi qu'il arrive : « *Même si dans la théorie c'est que des urgences vitales, là on sait que l'on va être vu* ».

Ils avouent fréquemment que leur présence est dû à la proximité domicile-urgence : « *J'habite juste à côté de l'hôpital, donc je vais vous dire la vérité je ne me suis pas cassée la tête je suis venue directement ici* ». Cinq patients ont formulé clairement qu'ils habitaient « *juste en face* » ou « *juste à côté des urgences* » et par conséquent il était « *plus pratique* » pour eux de consulter aux urgences.

D'autres ont profité de la proximité de leur lieu de travail avec les urgences pour consulter : *« J'étais au travail [...] j'ai senti une petite douleur, alors je me suis dit 'tiens il y a les urgences juste à côté faudrait aller voir'. Voilà donc c'est pour ça que je suis là ».*

Certains vont même plus loin en nous confiant venir aux urgences parce que c'était sur leur lieu de passage. Ils s'expriment dans ces termes : *« Parce qu'on est passé devant »* ou encore *« J'ai dit en passant à Riom faut que je l'amène ici ».*

Il est donc naturel pour les patients de faire ce choix de consultation par praticité géographique, sans avoir *« à faire 4000 chemins pour se sentir mieux ».*

Nous avons eu comme autre exemple du caractère pratique exprimé par ce patient qui nous dit : *« C'était le plus près. Je suis sorti directement du travail. Il n'y pas de caractère d'urgence aujourd'hui, mais bon c'était plus pratique ».*

Les urgences offrent une amplitude horaire imbattable, ce qui est très pratique pour les patients. Les urgences sont ouvertes *« les soirs », « les week-ends », « les dimanches »* ou *« la nuit »* et les gens connaissent cette disponibilité. Certains confient se rendre aux urgences par réflexe : *« Bah je ne cherche pas forcément qui est de garde, je sais qu'ici c'est tout le temps ouvert ».*

Parfois le SAU permet un accueil plus rapide que la médecine ambulatoire qui la plupart du temps fixe des rendez-vous. Dans un contexte de douleur, le gain du temps peut être précieux pour les patients : *« mais aujourd'hui j'ai pas essayé, j'avais mal et je me disais peut-être il va me donner un rendez-vous que le soir, [...] c'est simple de venir, ici il y a beaucoup de médecins et ils peuvent nous recevoir plus vite ».*

Ce service disponible à tout moment permet aux patients de choisir ses horaires de consultation.

Pour les patients les urgences sont donc un lieu pratique. En effet en étant ouvert 365 jours par an et en offrant un accès garanti à une consultation médicale à toute heure du jour ou de la nuit, les patients n'hésitent pas à consulter aux urgences quel que soit le motif.

4.2.2.2. La facilité organisationnelle

Certains intègrent leur consultation aux urgences selon leur emploi du temps et viennent au moment qui leur paraît opportun : « *Là j'ai pas d'autres alternatives et en plus j'ai plein d'autres examens prévus les autres jours, le 27 mars j'ai ma coloscopie, le 17 j'ai un autre truc et c'était mieux aujourd'hui* » (Entretien réalisé le 5 mars). Allant jusqu'à intégrer leur consultation à leur trajet travail : « *C'est que dans le flux tendu de mon trajet c'est plus rentable que je m'arrête à un endroit où l'on peut me prendre pour me regarder peut-être 10 minutes et je suis prête à attendre deux heures s'il faut* ».

Nous avons essayé de corréler les patients qui évoquent le côté pratique des urgences sur le plan organisationnel à leur activité professionnelle. Nous avons pu constater qu'un tiers des patients qui trouve que les urgences facilitent leurs démarches n'ont pas d'emploi ou sont retraité et n'ont donc aucune contrainte professionnelle. La moitié des patients ont un travail fixe, une majorité étant salariée. Donc les patients évoquant la facilité, le font souvent par choix organisationnel et non par contraintes.

La notion de « *rentabilité* » de la consultation a été citée deux fois, et sous-entendue à de nombreuses reprises. Certains profitent de venir aux urgences pour un proche pour consulter eux-mêmes « *Parce qu'on n'a pas eu trop le temps de venir, on a été beaucoup occupé, on a préféré venir aujourd'hui vu qu'il y a mon beau-frère [...] aux urgences du coup on est venu aussi* ». Certains patients profitent de leur consultation aux urgences pour traiter plusieurs problèmes et notamment se rassurer quant à un risque de grossesse : « *Je me suis fait piquer par des chenilles au niveau des fesses et des cuisses et du coup ça fait toute la nuit que je vomis [...] et aussi ça fait quand même un mois que j'attends mes règles ! Donc là j'en profite un peu pour venir* ».

La prise en charge aux urgences permet également un gain de temps. De nombreux patients nous ont exprimés que pour eux aller chez le médecin traitant puis prendre un rendez-vous d'examen complémentaire dans un second temps est une perte de temps. « *C'est plus simple les urgences en fait c'est plus pratique* ». Pour certains, les délais d'obtention de rendez-vous chez le médecin traitant

une fois qu'ils ont obtenu leur examen complémentaire afin d'obtenir des réponses à leur problème de santé, les dissuadent d'utiliser le circuit ambulatoire : « *Si je garde le circuit du toubib, si je prends un RDV pour une radio je l'aurais peut-être dans deux jours, le temps d'avoir le retour de la radio, je vais retourner chez le toubib et là je sais pas ce qu'il va me préconiser* ».

Les patients mettent en avant la centralisation des services à leur disposition aux urgences : « *il y a tout au même endroit c'est nickel, il m'a pris mes urines, il y a le labo. Tac tac* », « *ça ira vite il y a tout* » ce qui permet de repartir « *tranquille* ».

Donc malgré l'attente, les patients semblent trouver un gain de temps, en choisissant les urgences.

La rapidité a été évoquée quarante fois soit dans la moitié de nos entretiens. D'une part, par gain de temps les gens n'ont pas à anticiper la prise de rendez-vous. Ils n'ont pas non plus à organiser leur journée autour du rendez-vous, ni à s'organiser pour les suites de la prise en charge. Pour toute cette organisation, certains avouent « *Je fais pas l'effort* ».

Des patients assimilent la notion de rapidité de la prise en charge à la rentabilité de leur temps. Il ne leur est pas concevable d'attendre toute une journée pour se faire soigner : « *Faut que je prenne un annuaire, que j'appelle, que j'envisage de savoir si faut que j'attende 7h du soir, avec les médicaments derrière à aller chercher ça sera pas rentable* ».

En ne temporisant pas leur prise de rendez-vous, les patients consultent aux urgences et obtiennent pour eux un résultat rapide, « *alors que si on vient ici on vient, on sort et tout est prêt* ».

Pour la plupart d'entre eux venir aux urgences équivaut à ressortir avec un résultat concret et vrai, sans zone de doute : « *Moi aussi je me suis dit le fait de venir ici, c'est le fait de se dire qu'elle va être soignée en sortant* ».

Ils exigent aussi de cette consultation une obligation de résultats en espérant de ne pas être réorientés : « *Moi maintenant si je vais au CHU, c'est parce que j'attends que tout soit résolu en sortant. Oui parce*

que dès qu'on va chez le médecin, lui il nous dit pas ce qu'on a. En fait il nous dirige. On sort c'est pas fini ».

4.2.2.3. La simplification du soin

En plus de simplifier le parcours de soins, les urgences sont un lieu de consultation donnant accès à un avis médical, des ordonnances, des médicaments, des bilans ou des radiographies : *« Je voudrais repartir avec un nouveau traitement et peut-être avec un RDV dans un service ».*

Les urgences simplifient aussi certaines procédures. Certains de nos patients nous ont confié consulter *« parce que la prise en charge est plus simplifiée par rapport au travail que je fais »*, ou pour obtenir *« la feuille de prise en charge de l'accident - de travail - ».*

4.2.3 : La confiance aux urgences

A dix-sept reprises les patients ont signalé avoir *« plus confiance aux urgences »*. C'est l'une des raisons pour laquelle ils choisissent de consulter sur ce lieu. Néanmoins cela peut également s'expliquer par un manque de confiance en leur médecin traitant : *« Franchement j'ai plus confiance en l'hôpital qu'au médecin traitant »*. Du fait de la pénurie de médecins généralistes, ils ne choisissent plus réellement ce dernier : *« parce que je ne l'ai pas choisi vous comprenez, [...] j'aimerais en changer »*. Ce non choix empêche la création d'une véritable relation médecin-malade : *« Non mais c'est que je fonctionne au feeling »*. Il empêche également l'alliance thérapeutique : *« Je vais vous le dire Docteur y a du bon et y a du mauvais docteur. [...] Par exemple mon Docteur, il ne me prend jamais la tension. Il passe 5 minutes et me dit '23 euros' et ça suffit. Je ne suis pas du tout satisfait. Je compte en changer d'ailleurs. Je fais plus confiance aux urgences où on est bien encadré, bien pris en charge.»*. Des patients sont frustrés de la prise en charge ambulatoire. Pour eux la notion de temps qui leur est accordé est insuffisante : *« Lui, il est très carré. Il ne prend même pas le temps d'écouter ses patients »*, *« Je préfère attendre plus en salle d'attente mais au moins être sûre que quand il nous regarde il prenne son temps. Et qu'il répondra à mes questions »*. Ils évoquent aussi la nécessité d'établir une relation de confiance solide avec leur médecin généraliste : *« Les médecins c'est pareil, c'est comme tout c'est comme une*

deuxième femme, il faut que vous puissiez avoir une relation de confiance. Cela permet d'être rassuré ».

D'autres ont été déçu par des expériences antérieures où leur médecin traitant ne leur avait pas apporté de diagnostic ou de solutions efficaces : *« C'est vrai qu'elle n'a pas eu beaucoup de chance avec les généralistes. [...] Une fois, ma jambe avait gonflé comme ça (Elle montre et mime une grosse jambe), le Docteur il trouvait rien. [...] il n'a jamais trouvé ».* Cette déception engendre l'impression que les urgences sont plus performantes que la médecine ambulatoire, qui elle est considérée comme étant plus approximative : *« Oui parce que je me dis que l'on peut me renseigner sur ce que j'ai. C'est débile mais j'ai l'impression c'est plus sérieux d'aller aux urgences enfin c'est un peu irréal mais pour moi ça sera peut-être plus clair, avec des gens qui pourront me dire exactement ce que j'ai et me donner les médicaments qui vont ».*

Ainsi certains pensent que la médecine ambulatoire est insuffisante : *« Les soins du médecin ne suffisent pas ».* Ils préfèrent se référer au centre hospitalier pour les cas qu'ils jugent comme complexes ou pour les sujets fragiles car plusieurs médecins travaillent sur place : *« Il y a moins de chances de passer à côté de quelque chose car il y a un ensemble de médecins qu'en se fiant qu'à son généraliste ».* Pour les patients en cas de doute, les médecins : *« Ils vont se concerter ».* Ils soulèvent donc le problème de la pratique isolée pour une médecine en constante évolution. L'accès à de nouveaux examens complémentaires augmente ce sentiment auprès des patients. En effet, pour les médecins généralistes il devient difficile de consulter seul, sans avis spécialisé, avec des examens complémentaires de plus en plus difficiles d'accès. Ces difficultés renforcent le sentiment d'échec de la médecine ambulatoire chez les patients : *« C'est pas le médecin en lui-même c'est par rapport aux moyens qu'ils ont ».*

Pour d'autres les urgences sont le meilleur lieu où consulter. *Elles « représentent beaucoup de choses, pour moi, je sais que c'est toujours le top. Pour moi c'est le top le CHU ».* Les patients se disent satisfaits par l'accueil : *« Déjà il y a l'accueil. Les gens sont gentils, les soins me conviennent », « ils sont très*

polis, très disponibles ». Les patients sont aussi satisfaits par les prestations médicales reçues aux urgences : *« Ils sont très compétents », « Je sais qu'ils sont bien ici et que ça se passe toujours bien, bon on attend mais on est bien traité ».* Cette satisfaction peut se baser sur des expériences passées où les urgences ont su apporter une solution à leurs problèmes de santé : *« L'autre fois, on m'a trouvé ce que j'avais en venant aux urgences... Et je vais venir car je suppose qu'on trouvera », « C'est grâce aux urgences ici qu'ils m'ont fait guérir [...] c'est pour ça que j'ai plus confiance aux urgences qu'en d'autre chose ».* Les patients consultent aux urgences en se basant aussi sur les réputations *« à Saint-Jacques les urgences du CHU ont une bonne réputation », « Moi je les conseille aux gens quand il y a quelque chose de grave ».*

Donc par des expériences passées, par des réponses apportées, par l'accès à un plateau technique et un personnel accueillant, les urgences apportent satisfaction, résultats, réponses et solutions aux patients.

4.2.4 : La gratuité des soins

La gratuité des soins est une motivation peu évoquée. En effet seulement quatre personnes ont avancé cet argument. Ces personnes soulèvent des problèmes de société : *« Les gens actuellement sont dans une situation précaire ; même si on a une mutuelle ; où les gens ne se feront plus soigner car ils n'ont plus les moyens ».*

Pour certains l'avance des frais médicaux n'est pas possible : *« Oui déjà le contrôle technique [...] je ne peux plus payer. Je ne gagne que 840 euros par mois, donc vous comprenez je ne peux pas payer ».*

D'autres ne veulent pas payer par principe, trouvant qu'il faudrait *« un tarif un peu moins élevé, parce que tout le monde ne peut pas donner 23 euros »*, ou que l'on ne devrait pas payer à chaque prestation : *« Pareil quand on y retourne pour un certificat bien souvent ils nous refont payer une deuxième consultation ».* Certains patients mécontents insinuent même que la motivation première des médecins en ville est l'aspect financier. Ils refusent un tel système : *« Il y a deux sons de cloches. Il y en a qui disent qu'ils en voient beaucoup pour désengorger les urgences mais n'oublions pas qu'une*

consultation c'est quand même 23 euros dans leur poche alors je suis un peu sceptique sur leur intention. Je me dis que forcément l'aspect financier rentre en compte plus que l'aspect médical ».

Certains critiquent même l'application des tarifs de garde « *Ils ont un coût inadmissible [...] quand tu vois 96 euros c'est inadmissible [...] Personnellement 96 euros je ne les paierais pas et d'ailleurs ça m'empêche de les appeler ».*

Malheureusement face à ce problème financier certains n'osent pas demander le tiers payant : « *Non j'ai pas osé et il me l'a pas proposé »* ou se heurtent au refus des médecins « *Le problème c'est que les médecins même si les gens ont la CMU ou le tiers payant ils font payés ».*

D'autres ont évoqué leurs difficultés à obtenir des examens complémentaires ou des prises en charges médicales dans le secteur public, incitant la mise en place d'un dépassement d'honoraire pour accéder aux soins privés plus rapidement : « *Non mais moi dans le privé je ne peux pas payer (Silence gêné) ».*

Nous avons analysé le profil des patients qui nous ont évoqué leurs difficultés financières, ils ont tous une couverture sociale correcte avec CPAM et Mutuelle hormis le ressortissant étranger. Parmi les six patients interrogés bénéficiant de la CMU aucun ne nous a évoqués de difficultés financières pour se soigner.

Donc, malgré la mise en place d'aide par l'état de l'AME, la CMU, les mutuelles obligatoires ou le tiers payant, certains patients ont déclarés rester dans la précarité et ne pouvoir accéder librement aux soins qu'en choisissant l'alternative des urgences. Pour d'autres, les soins ne peuvent être assimilés à un service payant et le choix des urgences est une façon de s'opposer au système de santé.

4.2.5 : L'anxiété

Nous avons choisi d'interroger les patients sur l'anxiété. Nous les interrogeons sur leur niveau d'anxiété de 0 à 10. La moyenne de l'anxiété pour les patients consultant est de 5.

En classant l'anxiété de 0 à 3, de 4 à 6 et de 7 à 10, nous avons eu le même nombre de patients dans chaque catégorie. Les patients consultant aux urgences ne sont donc pas tous très anxieux. Le nombre

de femmes et d'hommes dans chaque catégorie est sensiblement identique, donc le sexe n'est pas un facteur d'anxiété.

Cependant nous avons pu faire ressortir, que les patients très âgés, de plus de 75 ans, sont plus anxieux que le reste de la population étudiée.

En ce qui concerne le motif de consultation, l'anxiété n'est pas corrélée. Mais nous avons pu remarquer que les patients qui consultent pour un motif dont le début des symptômes est supérieur à 3 jours (que nous définissons comme chronique), et qui ont déjà consulté un médecin depuis le début des symptômes, sont plus anxieux que le reste de la population. Leur anxiété est presque toujours supérieure à 7/10.

Les patients viennent chercher fréquemment une réassurance, citée à 32 reprises.

Les patients cherchent à être rassurés une nouvelle fois en venant consulter au service des urgences. Il apparaît donc clairement que les patients ont un besoin d'avoir un deuxième avis afin de répondre à leur anxiété. Pour cela ils évoquent le besoin d'avoir « *un deuxième avis médical* », « *des examens complémentaires* », ou encore d'avoir un « *vrai diagnostic* ».

Les patients souhaitent confirmer l'avis précédemment pris chez un médecin consulté en dehors des urgences : « *J'ai déjà vu un médecin et que ça fait deux jours que je prends des médicaments donc je n'ai pas vu de changements et je ne suis pas sûre du diagnostic* ».

A 46 reprises le mot « peur » est ressorti. Cette peur concernait le diagnostic : « *J'ai eu peur d'une phlébite* » ; le contexte (antécédents médicaux, fragilité, expériences antérieures), « *J'ai pris peur, je suis toute seule* », ou la crainte d'une complication, « *J'ai eu peur de me vider* ».

Les patients nous expliquent aussi qu'ils sont anxieux car ils n'ont souvent pas de connaissances médicales et n'ont aucune idée de la gravité de leurs symptômes : « *Je vais vous expliquer que la dernière fois que je suis venu aux urgences c'était pour une greffe de la peau, c'est que je me suis brûlé au troisième degré avec de la soude, et je suis allé aux urgences mais je n'avais pas trop envie car je*

n'avais plus mal. Il n'y a plus de système nerveux, par contre ça continue d'attaquer. J'y suis allé en me disant qu'on allait me faire quelque chose et que je reparte et je suis resté 6 semaines dans le truc ».

Ainsi certains trouvent au SAU, une réponse rapide à leurs doutes, et leurs interrogations, permettant ainsi de limiter leur peur et leur anxiété. Il ressort souvent que cette réponse recueillie dans un centre hospitalier, est plus rassurante qu'en médecine libérale.

4.2.6 : Les attentes matérielles

Enfin certains viennent dans le but d'obtenir des choses précises. Ils ont des exigences et utilisent le SAU pour arriver plus rapidement à leur but : « *Ben déjà moi je suis pas une urgence (rires) moi je suis là car je veux avoir une ordonnance médicale rapidement et je vais d'ailleurs l'avoir ».*

Certains espèrent obtenir des gestes techniques : « *Ben moi, j'espère bien qu'ils vont me cautériser, pour pas que moi je saigne »*, ou encore « *si le médecin ou un rhumato veut me faire ici l'infiltration »*. Mais également des tests de grossesse « *quand même un mois que j'attends mes règles ! Donc là j'en profite un peu pour venir »*.

L'obtention d'un arrêt de travail a été cité à 5 reprises : « E : *Qu'est-ce que vous attendez des urgences aujourd'hui ?* P : *Pas grand-chose, en fait car j'ai tous les médicaments qu'il me faut. Mais c'est pour l'arrêt de travail, pour justifier mon absence »*.

Donc les urgences permettent aussi de régler des problèmes administratifs, d'obtenir des certificats, des ordonnances ou des arrêts de travail, le jour où les patients décident de consulter sans délai d'attente.

4.3 : Le parcours de soins

Outre les motivations des patients à venir aux urgences, l'exploration de leur parcours de soins nous permet de souligner plusieurs problèmes : l'accessibilité aux soins, l'information et l'éducation aux soins ainsi que les problèmes organisationnels.

4.3.1 : La pénurie des généralistes

Certains patients nous confient avoir des difficultés à trouver un médecin traitant. Ils connaissent le parcours de soins adapté à leur problème de santé mais se heurtent à la difficulté de trouver un médecin souhaitant devenir leur médecin traitant : « *Ils m'ont dit vous êtes pas client ici. Mais bon pour être leur patiente il faut bien une première fois* ».

Ce manque de médecin traitant est aussi évoqué lors d'un déménagement ou lors de départs en retraite des médecins non remplacés : « *J'ai déménagé il n'y a pas longtemps je n'ai pas trouvé de médecin traitant* », « *Quand il a fermé, je n'ai trouvé qu'elle* ».

Donc, pour les patients sans médecin traitant la seule solution qui s'offre à eux pour obtenir une consultation médicale est de venir aux urgences.

4.3.2 : L'absence du médecin traitant

Des patients soulèvent le problème de l'absence de leur généraliste, que ce soit lors de leurs vacances ou de leur jour de repos. Ils se plaignent alors d'être sans alternative : « *Le problème c'est les rendez-vous quand ils sont en vacances* », « *L'absence des médecins car ils sont fermés le mercredi* ».

Ils se heurtent alors à l'absence de remplaçant lors des congés de leur médecin : « *Oui ce matin, comme il y a que deux médecins à Puy Guillaume et un qui n'a pas été remplacé, il n'avait pas le temps de me recevoir* ».

Certains cherchent des alternatives médicales. Ils rencontrent alors des difficultés à obtenir un rendez-vous avec des confrères généralistes : « *Les autres médecins du village ils vont pas vous prendre, vous devez alors voir votre médecin traitant. Quand il y a mon médecin il n'y a rien de compliqué* ».

Selon eux une solution serait que d'autres généralistes prennent le relai : « *Pour le coup, là un truc simple, un médecin qui accepte de voir des patients qui ne sont pas à lui* ».

Beaucoup de médecins s'organisent afin de proposer une présence médicale lors de leurs absences grâce aux médecins remplaçants ou aux internes.

Fréquemment les patients refusent d'être vu par les médecins remplaçants : « *Les remplaçants c'est pas mon truc ils me connaissent pas. Moi j'ai pris l'habitude de voir mon docteur.* » ou « *Son remplaçant je ne le veux pas* ». Comme ils sont contraints de consulter un médecin qui ne les connaît pas et ne connaît pas leur dossier et qui n'a donc pas le recul de leur généraliste, ils préfèrent alors se rapprocher des urgences. Le médecin des urgences pourra en cas de doute s'appuyer sur des examens complémentaires, contrairement à un médecin en ville : « P : *Parce que ce n'est pas le docteur traitant il connaît pas bien notre cas.* E : *Et aux urgences ils ne vous connaissent pas non plus ?* P : *Non mais y a mieux de moyens quand même donc c'est un plus* ».

D'autres reprochent aux internes leur manque d'expérience : « *Faut bien que les internes se fassent la main et apprennent mais ça ne vaut pas un médecin qui a de la bouteille !* ».

Nous constatons aussi que les patients qui souhaitent consulter un médecin généraliste hors résidence habituelle, sont confrontés aux mêmes problèmes d'indisponibilité des généralistes : « *Comme nous ne sommes pas d'ici ; nous sommes de la Somme ; si on est aux urgences c'est que l'on a pas réussi à voir un médecin ici* ».

Parfois les patients sont dans l'impasse et n'ont pas d'autres solutions que le SAU. Cependant malgré les efforts organisationnels faits par la plupart des généralistes, des patients ne sont pas satisfaits et choisissent de consulter aux urgences.

4.3.3 : Le délai de consultation avec le généraliste

4.3.3.1 Délai de consultation avec le généraliste trop long

Souvent les patients considèrent que les délais d'accès aux généralistes sont trop longs : « *Le médecin traitant où je suis c'est un cabinet où ils sont cinq et le problème c'est qu'il y a une attente très longue* ».

Cette notion de délai trop long est variable. Certains évoquent des délais supérieurs à une semaine alors que d'autres parlent en termes d'heures : « *Oui, 15 jours à peu près il est tellement pris que c'est*

compliqué » ou « En fait, j'avais rendez- vous aujourd'hui à 18h et je ne me sens pas d'attendre jusqu'à 18h » (heure de présentation aux urgences : 14h30, femme consultant pour des maux de gorge).

Quelques patients semblent comprendre les délais des médecins traitants et soulignent leur charge de travail : *« C'est long mais c'est normal, il y a beaucoup de monde »*. Certains remarquent que le manque de médecin traitant oblige des généralistes à avoir une patientèle conséquente. Ce qui rallonge les délais de rendez-vous : *« Ils ont peut-être trop de patients. Ils sont pressés, ils sont très pressés même. Déjà pour voir votre médecin à moins que ce soit une grosse urgence et ben vous avez deux ou trois jours d'attente pour un médecin généraliste. C'est un peu dommage. Et puis ils sont pressés. La consultation c'est 20 minutes, ce n'est pas une de plus. S'il arrive à gagner 5 minutes c'est bien. Après il y a moins de médecins traitants »*.

Il est possible de voir que le délai acceptable de rendez-vous est très variable selon les patients mais la plupart semble trouver qu'il ne répond pas à leurs attentes.

4.3.3.2 Délai de prise en charge à l'appréciation de la secrétaire

Certains indiquent ne pas être satisfaits par les délais de prise en charge lorsqu'ils sont fixés par des secrétaires médicales, jugeant que cela dépasse leurs compétences. Ils souhaiteraient pouvoir communiquer directement avec le médecin : *« Mais à la campagne j'appelle, ils viennent. Ils font pas attendre les gens. Ils viennent dans la journée parce que eux ils estiment qu'ils font pas attendre les gens. Mais le problème c'est même pas les médecins c'est les secrétaires. [...] c'est elles qui jugent à l'aveuglette si c'est urgent ou pas, mais elles comprennent pas que parfois on ne peut pas attendre. [...] à la campagne [...] quand on les appelle déjà il n'a pas de secrétaires médicales, donc ils nous donnent directement leur avis. L'avis du médecin, et eux, ils peuvent juger si ça peut attendre »*.

Lorsque les patients estiment le délai de rendez-vous inadéquat certains souhaiteraient que la secrétaire s'appuie sur l'avis médical du médecin pour conforter ce délai.

4.3.3.3 Temporisation et délai de prise en charge

Beaucoup de patients temporisent leur consultation afin d'évaluer l'évolution de leurs problèmes. Par exemple ils nous confient : « *Je suis plus du genre à rester chez moi à attendre, à prendre ce qu'il faut [...], je suis pas du tout du style à me précipiter aux urgences justement parce que je sais qu'il faut pas trop encombrer non plus et pas venir pour rien* » ou « *moi je sais que je suis plus du style à attendre 48h et voir vraiment comment ça évolue si ça passe ou pas* ». D'autres essayent de se soigner par l'automédication : « *Si j'ai ce qu'il faut pour me soigner à la maison, je prends ce que j'ai. Souvent on a une tonne de médicaments à la maison. Si on sait ce qu'on a je prends des médicaments et je ne consulte même pas tout de suite.* » Certains ont recours en premier à des professionnels paramédicaux dans la prise en charge, comme les kinésithérapeutes ou les ostéopathes : « *J'ai vu mon kiné, mais plus je vais le voir, plus j'ai mal donc je me suis décidé à venir* ».

Après avoir usés des différentes méthodes énumérées ci-dessus et devant l'absence d'amélioration de leurs symptômes, ils se décident à consulter. Par exemple, ce patient nous confie : « *Comme ça ne s'améliorait pas je me suis décidé à venir aujourd'hui* ».

Ils se heurtent alors à des délais de prise en charge qu'ils considèrent trop longs : « *Je ne peux pas attendre parce que si j'y vais demain il me donnera seulement un RDV et après faudra que j'attende encore* ».

Cela montre que les patients n'ont pas pour habitude d'anticiper la prise de rendez-vous auprès de leur généraliste au cas où les symptômes ne s'améliorent pas et après une temporisation de quelques jours, ils ne tolèrent pas d'attendre plus : « *P: J'ai téléphoné à mon médecin traitant il m'a pas répondu du coup j'ai pris la décision de venir ici. E: Vous avez téléphoné ? P: Oui à 14h15, et il m'a pas répondu. [...] parce que j'ai mal à la gorge. J'ai mes amygdales gonflées donc du coup je suis venu, depuis le début de semaine, et j'ai appelé aujourd'hui* » (entretien à 15h10 aux urgences).

Temporiser à l'apparition des premiers symptômes afin d'éviter de consulter est monnaie courante chez les patients interrogés. Ils se tournent facilement vers les urgences lorsque les symptômes ne s'améliorent pas, ne souhaitant pas patienter plus pour consulter leur généraliste. L'anticipation de la prise de rendez-vous n'est pas une habitude pour certains patients.

4.3.4 : La méconnaissance des pratiques du généraliste

4.3.4.1 Le réflexe

A plusieurs reprises les patients avouent consulter aux urgences par réflexe : *« Les gens ne pensent pas à les appeler. Le premier réflexe c'est de venir aux urgences ».*

Il ressort que pour les pathologies ostéo-articulaires, le parcours de soins des patients n'intègre pas les généralistes : *« C'est une question d'habitude en fait. Le premier réflexe c'est d'aller aux urgences, et on pense même pas que l'on a d'autres solutions. Là en fait j'ai même pas pensé que je pouvais aller voir mon médecin ».*

Il semble également que les patients consultent aux urgences par mimétisme familial. En effet ayant toujours suivi ce parcours de soin depuis leur plus jeune âge, lorsqu'ils ont besoin de consulter ils se rendent par habitude au même endroit : *« Je sais pas, je pense que c'est la vision, je pense que c'est parce que j'ai vu des gens faire ça (venir aux urgences) et que du coup je fais pareil, depuis que j'étais petite je pense. Je ne sais pas. En tout cas ce n'est pas de moi-même. C'est vrai que je ne me posais jamais la question ».*

Pour certaines pathologies il est possible de voir que les patients ne s'interrogent pas pour savoir où consulter et se dirigent directement aux urgences. Les urgences deviennent pour certains le lieu où consulter par réflexe en cas de problème, reproduisant ainsi le schéma de parcours de soin qu'ils connaissent.

4.3.4.2 Les compétences du généraliste

Une des raisons pour lesquelles les patients arrivent par réflexe aux urgences est l'ignorance des compétences du généraliste : « *Je ne pense pas que ça rentre dans son domaine de compétence, en fait, voilà c'est ça, enfin je crois pas* » ou « *Je ne pense pas que mon médecin sache faire les entorses* ».

Une patiente nous confie même être allée chez son généraliste le matin et revenir l'après-midi pour traiter des douleurs de genou : « *Si vous voulez ce matin même j'y suis allée pour un renouvellement d'ordonnance pour mes problèmes de cœur. Et elle m'a dit vous boitez [...]. Et je lui ai dit écoutez j'ai mal à ce genou et des fois se sont des douleurs atroces. [...] Mais je dois dire que ce matin j'allais peut-être un petit peu mieux c'est la raison pour laquelle je ne suis pas venue ici* ».

Le parcours de soins adapté ne paraît pas si évident pour les patients qui ont du mal à définir les fonctions de chaque spécialiste. Un travail sur l'information des patients semble nécessaire.

4.3.4.3 Manque de confiance aux généralistes

De nos jours, il est difficile de trouver un médecin traitant. Les patients avouent prendre le médecin disponible et n'ont pas la possibilité de le choisir. Pour certains, cela est un problème puisque la relation de confiance n'est pas instaurée. Ils préfèrent alors consulter aux urgences pour obtenir un deuxième avis : « *Quand il a fermé, je n'ai trouvé qu'elle comme médecin traitant et le problème aussi c'est que je ne lui fais pas confiance comme je ne l'ai pas choisi [...] la relation n'est pas là [...] j'aimerais voir un ORL* ».

La relation de confiance avec son médecin traitant est primordiale pour les patients. Si celle-ci n'a pas lieu entre les deux parties, cela peut modifier le parcours de soin des patients en les emmenant à consulter dans d'autres structures comme le SAU.

4.3.5 : L'anticipation du parcours de soin

Pour certains patients, le généraliste sert uniquement de relais entre les spécialistes et les examens complémentaires. Ils le perçoivent comme une personne qui oriente le soin plutôt qu'un acteur du

soin à part entière. Ainsi quelque uns anticipent le fait d'être redirigés vers les urgences et consultent directement : « *Maintenant les médecins traitants c'est devenu comme ça ils dispatchent à droite et à gauche mais ils ne prennent plus de risque. Ah oui c'est des conseillers d'orientation maintenant les médecins traitants je trouve [...] je vais aller le voir. Il prendra pas de risque. Il va m'envoyer ici* ».

Cette centralisation par le généraliste est parfois perçue comme une perte de temps et une complexification du parcours de soins. Cette idée a été développée dans notre partie 2 sur les motivations des patients à consulter aux urgences pour la facilité d'accès aux soins.

4.3.6 : Les déserts médicaux

Le manque de médecins ne touche pas seulement la médecine générale. Les patients soulignent la difficulté d'accès aux autres spécialités et aux examens complémentaires : « *Je trouve que c'est long, on a plus de médecins, on n'a plus rien, les ophtalmos on peut pas, les gynécologues c'est pareil. Je pense qu'il faudrait qu'il y en ait qui viennent s'installer. Ma gynécologue ça fait un an qu'elle est partie et personne est venu. Faut aller courir à Clermont et faut trouver quelqu'un avec qui ça passe bien* ».

La pratique isolée du médecin généraliste est parfois vue comme un obstacle à la prise en charge :

« *C'est vrai qu'après un médecin généraliste n'a pas forcément toujours toutes les solutions, parce que là peut-être qu'il faut que je voie quelqu'un d'autre qu'un généraliste* ».

Les patients sont conscients que parfois même le généraliste est dans l'impasse pour accéder à des avis spécialisés, des examens complémentaires ou des hospitalisations : « *Même un médecin qui veut une hospitalisation est obligé de passer par les urgences* » ou « *Pour la radio [...] absolument il a téléphoné à la Pergola, et on lui a répondu la même chose : qu'il n'y avait pas de place. Lui-même, le Docteur a téléphoné et ils lui ont dit 'non, non c'est pas possible'* ».

Les patients apprécient le maintien des structures de soins périphériques (laboratoires, radiologies, hôpital de proximité...) Certains vont même jusqu'à justifier leur choix des urgences plutôt que le médecin de garde dans le but de maintenir un service minimum, afin de ne pas fermer les soins

périphériques : « *Donc j'ai préféré m'adresser aux urgences de Riom. Riom c'est ma ville natale et je suis contente qu'il y ait des urgences et un hôpital ici. Je sais que j'ai pas trop ma place ici, mais ça coûtera rien au médecin de regarder si c'est bénin ou pas bénin [...] Si le service existe je pars du principe que c'est pour le rendre accessible. Si c'est pour que personne y aille il va disparaître et on dira qu'il y a pas de besoins* ».

La centralisation des soins à proximité des grandes villes, et la fermeture des soins périphériques rend l'exercice des généralistes plus compliqué et plus long. Les patients conscients de ce problème préfèrent souvent se rapprocher directement des centres de soins pour simplifier leur prise en charge.

4.3.7 : Les alternatives aux urgences peu connues

4.3.7.1 Méconnaissance des alternatives aux urgences

Il est très fréquent que les patients interrogés ne connaissent pas d'autres alternatives médicales que les urgences où consulter si besoin : « *Non je vais soit chez le médecin traitant ou aux urgences.* » ou « *E : S'il vous arrive un problème de santé en dehors des horaires d'ouverture de votre médecin traitant comment vous faites pour consulter ? P : Euh, l'hôpital, c'est tout* ».

De nombreux patients ne savent pas où consulter en cas d'indisponibilité de leur généraliste, et se tournent naturellement vers les urgences. Il existe donc un défaut d'information important à ce sujet.

La plupart des patients nous confient ne pas savoir comment contacter le médecin de garde. Il arrive que les patients connaissent les alternatives médicales (SOS Médecins ou l'AMUAC) mais avouent ne pas savoir comment cela fonctionne : « *Non si je ne sais pas si mon médecin est pas là je vais aux urgences. Je sais qu'il y a le médecin d'urgence mais je connais pas le numéro. Je viens directement à l'hôpital* » ou « *Non, enfin il y a le médecin de garde, en fait il me semble, et si : il y a SOS médecins... (Silence). Mais je sais pas comment ça marche* ».

Pour d'autres le recours au médecin de garde ou aux permanences de soins concernent les cas extrêmes où les patients ne peuvent pas se déplacer. Ils considèrent que s'ils peuvent se déplacer ils

doivent aller aux urgences : « *Le médecin de garde c'est rare. Comme je ne pouvais pas venir ici aux urgences, j'avais appelé le médecin de garde car je pouvais pas me déplacer.* » ou « *Mais pareil, SOS médecin je l'appellerai vraiment dans un cas extrême* ».

L'information sur ces structures alternatives se fait surtout par le bouche à oreille : « *Parce que je trouve qu'on en parle suffisamment, les connaissances, les amis voilà* » ou « *Après c'est dans la discussion avec des amis, on a mangé ensemble, et il y avait un infirmier, et ils m'ont dit va à l'AMUAC* ».

Le bouche à oreille n'est pas suffisant. Pour certains patients, par exemple les étudiants ou les patients en vacances, ils nous expliquent ne pas savoir où chercher et ne connaissent pas de sites ou de lieux qui centralisent les différents endroits où ils peuvent consulter. Devant cette absence d'information, ils finissent par consulter au SAU : « *J'ai tapé : consultations sans rendez-vous sur mon téléphone et du coup je me suis rendu aux adresses mais c'était des mauvaises adresses (...) du coup j'ai fini par venir aux urgences* ».

Certains suggèrent qu'il faudrait des affiches dans les salles d'attente ou des prospectus publicitaires, afin d'informer les patients des endroits où il est possible de consulter si besoin : « *Pour revenir à l'information c'est important. C'est comme SOS médecins ou le médecin de garde tout ça on ne sait pas comment ça marche ni où c'est. Moi je le sais car ma voisine a été malade et elle avait appelée SOS médecins. Une fois elle avait aussi été consultée à la maison de garde. Chez les médecins traitants on attend longtemps dans la salle d'attente, mais j'ai jamais vu d'affiche. Enfin, on a le temps, on pourrait lire les informations sur une affiche en attendant* » ou « *Non, dans nos campagnes, on est jamais informé. Peut-être par des lettres en nous disant en cas d'urgence vous savez faites ça.*».

D'autres souhaiteraient des sites internet répertoriant les médecins en fonction des quartiers pour simplifier l'accès aux alternatives aux urgences : « *Oui un site internet avec un moteur de recherche par département et quartier* ».

A noter que deux patients nous ont expliqué refuser d'utiliser ces systèmes trouvant le coût trop élevé : « E : Vous ne connaissez pas les structures comme SOS médecins, AMUAC ? P : Ah ben eux c'est pire. Non seulement ils ont un coût inadmissible, après ils viennent dans de bons délais mais les prix sont inadmissibles. Ils sont surbookés aussi. On les a appelés pour mon frère. Ils sont venus mais bon, après quand tu vois 96 euros c'est inadmissible ».

Au final, les alternatives médicales proposées aux patients en dehors des horaires d'ouverture des cabinets sont mal connues et c'est souvent par manque d'informations que les patients n'y ont pas recours.

4.3.7.2 La régulation téléphonique par le SAMU

Pour la plupart, la régulation téléphonique par le SAMU est inconnue. Ils l'associent uniquement aux urgences extrêmes : « P : La dernière fois que je suis allé chez mon médecin c'est marqué en cas de problème appeler le 15. Et sur le répondeur, là ça m'a dit appeler le 15 aussi. E : Vous avez fait le numéro ? P : Non je l'ai pas fait, je me suis dit qu'est-ce qu'il va me dire le 15 ? Il va pas m'envoyé une ambulance. E : Est-ce que vous savez qu'un médecin du 15 peut vous donner des conseils où consulter ? P : Ah non je savais pas ».

Rarement les patients nous ont dit connaître la régulation téléphonique par le SAMU, pour des conseils téléphoniques, ou pour savoir où consulter : « J'appelle d'abord, souvent pour mon fils. J'appelle d'abord le médecin conseil du 15, j'explique et c'est eux qui m'orientent à SOS médecin ou aux urgences. Oui j'utilise beaucoup le médecin conseil du 15 ».

Les patients qui connaissent cette régulation l'ont appris sur conseil des urgences ou sur les répondeurs des médecins généralistes : « Non le 15 c'est aux urgences à Estaing. Ils m'avaient dit en cas de doute que le médecin régulateur était là pour donc j'ai pris cet automatisme. Quand j'ai un doute j'appelle le 15 et c'est eux qui m'orientent. » ou « Le 15 alors je l'ai su sur le répondeur de mon

médecin, et c'est un numéro très connu, et qui nous est toujours conseillé pour toutes urgences, j'ai cru comprendre que ça centralise d'autres moyens ou d'autres endroits ».

Ceux qui connaissent cette régulation en sont satisfaits. L'avis médical téléphonique est rassurant et d'autres apprécient qu'ils temporisent avec les médicaments présents au domicile : *« P: J'ai déjà eu à faire au médecin conseil et souvent il essaie de voir comment se dépanner avec les médicaments que l'on a à la maison. Il essaie de savoir quels symptômes on a. Si c'est bénin c'est un auto-soin sinon il m'aurait envoyé sur une structure loin de chez moi et qui serait en plus là d'où je viens. Je viens de Clermont. E: Vous pensez quoi du conseil téléphonique ? P: ça rassure, on a des gens au téléphone, c'est très important de pouvoir au moins avec un moyen de communication partagé par tout le monde d'avoir quelqu'un au téléphone oui. ».*

Ainsi la régulation téléphonique semble être une solution qui satisfait les patients, et qui permet une orientation adéquate dans le parcours de soins. Elle n'est cependant pas assez connue de nos patients.

4.3.7.3 Les pharmaciens et les paramédicaux :

Quelques-uns utilisent les pharmaciens comme alternative médicale pour temporiser leur problème de santé ou pour avoir des conseils d'orientation sur leur parcours de soins : *« Oui oui souvent, comme je vais pas souvent chez le médecin, je prends avis chez le pharmacien pour temporiser un peu. »* ou *« Leurs conseils m'ont aidé, ils m'ont même parfois conseillé d'aller voir mon médecin ».*

Les pharmaciens, acteur de santé de proximité, sont pour les patients de bon conseil en cas de doute sur leur problème de santé.

Pour les problèmes ostéo-articulaires, les patients ont parfois recours aux professionnels paramédicaux comme les kinésithérapeutes ou les ostéopathes, en alternative aux médecins : *« Et puis je me suis dit je vais voir un ostéopathe alors j'ai vu un kiné ostéopathe, alors elle m'a dit vous en avez pour trois semaines ».*

Il semblerait que pour certains types de pathologies, comme les pathologies ostéoarticulaires, les patients préfèrent consulter des paramédicaux en première intention qu'ils jugent a priori plus aptes à répondre à leurs problèmes que les médecins.

4.3.7.4 *L'influence des proches*

Quelques patients avouent qu'ils n'avaient pas l'intention de consulter pour ce problème de santé mais qu'un proche l'a encouragé à venir aux urgences : « *Ah non moi je ne serais pas allé le voir, si c'était que moi je ne serais pas venu* ».

Certains avouent avoir été contraints de consulter devant l'insistance d'un proche : « *Moi je sais que là c'est ma belle-fille qui m'a forcé à venir, elle m'a dit que je suis tellement têtue sinon je viendrais pas. Mais bon je me suis dit 'je vais pas venir aux urgences pour ça...' Mais bon* ».

D'autres viennent aux urgences pour rassurer leurs proches : « *Et du coup ma femme a peur que j'ai une phlébite c'est pour ça qu'elle m'envoie ici. Elle veut être plus rassurée qu'autre chose* ».

Ces proches qui influencent la décision des patients sont des membres de la famille ou des amis : « *Mes amis* », « *ma petite fille* », « *ma belle-fille* », « *ma femme* », « *ma fille* », « *ma mère* », « *ma sœur* ».

Certains prennent conseil auprès de leurs proches dans le milieu médical avant de consulter aux urgences : « *J'ai des parents qui sont dans le milieu médical, qui sont encore plus inquiets que moi. Comme ils sont dans le milieu ils connaissent. C'est vrai que ça m'inquiète un peu donc voilà* ».

L'influence des proches modifie donc le parcours de soins des patients, ils peuvent les encourager à consulter. L'inquiétude et le besoin de réassurance face à un symptôme touchant un proche, peuvent être majorés par un défaut d'objectivité.

Il semblerait qu'il soit difficile pour les patients de suivre le parcours de soin traditionnel. En effet, ils nous expliquent être confrontés très régulièrement à la désertification médicale et n'ont plus accès à leur médecin généraliste. Ils se retrouvent face à des délais d'attente de plus en plus longs, les poussant à consulter aux urgences où ils peuvent obtenir une réponse rapide. Ils remettent en question les pratiques des médecins traitants, estimant qu'ils manquent de moyen ou de temps.

Les patients semblent être mal informés en ce qui concerne les structures alternatives aux urgences, ils ne les connaissent pas ou n'en connaissent pas le fonctionnement et se dirigent donc aux urgences si besoin. La régulation du 15 est elle aussi mal connue mais semble être une source de satisfaction pour les usagers l'utilisant.

Devant ces difficultés, les patients sont nombreux à consulter aux urgences où ils se retrouvent à patienter plusieurs heures en salle d'attente. Que pensent-ils de cet encombrement ?

4.4 : La saturation des urgences

4.4.1 : Un constat

La majorité des patients soulèvent le problème de l'afflux massif de patients aux urgences : « *Il y a toujours du monde* » ou « *Je sais que c'est toujours plein ici, c'est pour ça que j'aime pas venir aux urgences* ».

Ils sont conscients de la charge de travail du personnel aux urgences : « *Là je trouve qu'il y a beaucoup de monde et je n'ai pas vu le personnel qu'il y a mais en principe ils ne savent pas où donner de la tête, et moi je me suis dit 'combien de temps je vais rester là ?'* ».

De façon générale, les patients trouvent les délais d'attente trop longs : « *J'ai l'habitude de venir ici [...] je trouve que c'est un peu long. Des fois on peut rester là trois heures ou quatre ou cinq heures à attendre* », « *C'est vrai que c'est assez long* ».

Souvent ils ne critiquent pas ce temps d'attente et compatissent avec le personnel médical, allant même jusqu'à soutenir leurs revendications : « *Oui parfois il y a beaucoup de monde il faut pas leur en*

vouloir ils font ce qu'ils peuvent mais y a du monde » ou « Ben oui bien sûr, vous êtes débordés, vous avez trop de travail aux urgences. Vous êtes en grève mais vous avez raison ».

Ces délais trop longs ne semblent pas déranger les patients car ils trouvent un bénéfice secondaire. En effet, certains considèrent qu'ils gagnent du temps sur le parcours de soin habituel car ils obtiennent une réponse en sortant des urgences : *« Des examens oui, après pas rapides du fait de la consultation car je sais très bien que l'on doit patienter, que ça prend du temps. Je le sais. Mais par rapport aux examens j'aurais plus de réponse tout de suite ».*

Fréquemment ils nous confient être conscients de ne pas être un cas urgent et de ce fait ils ne peuvent pas critiquer le délai d'attente : *« Quand je vois le monde qu'il y a je me dis 'pourquoi je suis venue ?' Il y a des gens qui sont estropiés vraiment. Je me sens un peu ridicule à côté de ces gens oui »* ou *« Si vous voulez je me sens un peu gênée, dans le sens où je me dis c'est une urgence sans l'être [...] je ne viendrais pas aux urgences car elles sont saturées ».*

De plus, ils sont souvent prêts à attendre pour accéder aux soins prodigués par des urgentistes jugés compétents : *« Je suis satisfait de ce que font les médecins c'est juste le fait d'attendre c'est ce qui est pénible. Je suis content de la prise en charge ici ».*

Tous sont conscients de la charge de travail des urgences, et globalement ils ne critiquent pas ces dernières. Ils trouvent un accueil accessible et disponible qui malgré l'attente leur permet une réponse rapide et adaptée pour les cas qu'ils considèrent comme non urgents. Ils se questionnent cependant sur la capacité de prise en charge rapide en cas de réelle urgence du fait du nombre de patients consultant aux urgences : *« Je comprends très bien que quand il y a quelqu'un qui est beaucoup plus malade que moi c'est plus urgent et il faut le prendre. Mais il faudrait un peu plus de monde. Par exemple si moi je me mettais à étouffer et que ce soit urgent, eh ben ... (Longue hésitation) ».*

Un seul patient nous a confié venir malgré que, selon lui, les urgences ont mauvaise réputation. Et il avoue ne pas leur faire confiance : *« (Il hésite et bafouille un peu) Non je crois pas, je sais pas trop enfin je devrai pas dire ça mais j'ai eu pas des très bons échos sur l'hôpital de Vichy. Après c'est des urgences mais ça reste des médecins mais peut être... Enfin... Ils ont pas forcément une bonne image.*

Après je sais que moi j'ai vraiment jamais été jusqu'au bout des urgences. J'ai jamais eu des trucs graves et tout du coup je peux pas dire s'ils sont compétents ou pas ».

Pour les patients, chaque consultation aux urgences rime avec attente interminable. Ils sont tous conscients de la charge de travail des urgences et semblent s'accommoder de l'attente. En effet, ils considèrent que cela réduira leur durée prise en charge en comparaison à la prise en charge ambulatoire. Ils avancent plusieurs pistes afin d'expliquer l'encombrement des urgences.

4.4.2 : Les causes évoquées par les patients

4.4.2.1 Le manque de médecins généralistes et le surmenage des généralistes

Un constat fréquent est que les patients n'ont pu avoir accès à un généraliste : *« Mon médecin n'a pas pu me prendre parce qu'il avait trop de monde ».*

Les patients pensent que leurs généralistes sont, en règle générale, surchargés : *« Ben ils prennent trop de patients. Ils en voient trop toute la journée, ça ne désemplit pas. Ils enchainent en même pas dix minutes [...] Ils ont des grosses patientèles en plus. Ils font des journées jusqu'à 21 h. Ils sont proches de la retraite, [...] ils vous disent venez entre deux ».*

Devant les demandes nombreuses auxquelles doivent faire face leur médecin traitant, certains sont mécontents du peu de temps qui leur est consacré en consultation et préfèrent venir consulter aux urgences : *« C'est pas qu'ils bâclent leur travail mais ils ont tellement de demandes que quand ils sont avec vous ils sont déjà au suivant », « Mon docteur il me prend jamais la tension, il me passe en 5 minutes et me dit '23 euros' et ça suffit. Je ne suis pas du tout satisfait [...] je fais plus confiance aux urgences où on est bien encadré, bien pris en charge, voilà mon opinion ».*

D'autres patients soulignent que leur généraliste n'arrive pas à faire face aux demandes : *« Bah les médecins si vous en avez besoin vous pouvez pas trop compter dessus ».*

Certains évoquent la répercussion de cette surcharge des généralistes sur les urgences : *« Les urgences ne sont pas là pour pallier aux absences des médecins ».*

Devant les demandes incessantes certains généralistes n'arrivent plus à recevoir tous leurs patients tandis que d'autres augmentent leur nombre de consultation. Cependant, les réponses apportées ne satisfont pas les patients qui peuvent parfois se tourner vers les urgences.

4.4.2.2 *Le manque de personnel aux urgences*

Des patients évoquent comme cause de surmenage des urgences le manque de personnel que ce soit au niveau médical ou paramédical : « *Je pense c'est ça parce qu'il y a un tas de monde dans le couloir et il y a pas grand monde pour s'en occuper. Après c'est pas une critique, c'est une constatation. C'est mon avis.* » ou « *Tout le personnel que je vois du brancardier à l'infirmier, au médecin, au chirurgien, au radiologue, ça a pas l'air de jouer aux cartes ni prendre des cafés. Tout le monde est à fond. Ils sont débordés* ».

Les patients sont conscients de la charge de travail imposée aux urgences et sont compréhensifs. Pour eux, le problème n'est pas l'investissement du personnel qu'ils considèrent comme actif mais un manque d'effectif pour répondre à toutes les demandes.

4.4.2.3 *Les consultations jugées inappropriées au SAU*

Une patiente évoque la possibilité pour chacun de consulter où il veut, ce qui peut générer des consultations considérées comme « non appropriées » aux urgences : « *Les fausses urgences, les gens qui arrivent en pleine nuit, alcoolisés, prennent la place des gens qui ont vraiment besoin de se faire soigner. C'est vrai que chacun fait ce qu'il veut mais c'est dommage* ».

Beaucoup critiquent les autres usagers considérant qu'ils consultent pour des motifs bénins : « *des petits bobos* ». Ce qui impacte le temps d'attente et encombre les urgences : « *Submerger les urgences ça me paraît ridicule [...] il y a des gens qui viennent pour rien [...] dès qu'ils ont un petit bobo ils consultent directement aux urgences, et il y a des choses bien plus importantes aux urgences que de soigner un rhume, une angine ou une grippe* ».

Certains nuancent leurs propos et n'incriminent pas les patients qui viennent pour des motifs non urgent, mais blâment le système d'accès aux soins : « *Après c'est comme ça il y a des gens qui viennent*

pour rien c'est la société. Des fois les gens sont ramenés aux urgences alors qu'ils ont rien [...] ils viennent peut-être aussi pour se rassurer mais c'est l'accès qui est trop facile. Ils savent que c'est ouvert 24/24h, 7 jours sur 7. Ils seront toujours reçus même s'ils font chier ».

Une trentaine de patients considèrent leur motif de consultation comme inapproprié pour un SAU : *«quelqu'un comme moi ne devrait pas être aux urgences aujourd'hui »* ou *« J'essaye de me mettre à la place du personnel soignant des urgences quand il voit arriver des gens comme moi ils ont autre chose à faire ».*

Cependant lorsque nous évoquons le surmenage des urgences la majorité accusent les autres usagers « d'abus » sans pour autant faire le lien avec leur propre consultation autoévaluée comme non appropriée.

4.4.2.4 : La gratuité des soins

Certains pensent que l'aspect financier fait partie des raisons pour lesquelles les patients consultent aux urgences : *« Ah oui avec la vie qu'on a maintenant il y a beaucoup de gens qui n'ont pas les moyens de se rendre chez le généraliste et c'est dommage, je pense aussi que c'est pour cela que les urgences sont encombrées. A un moment donné il faut bien se soigner quand même ».*

Souvent les patients pensent que l'aspect financier prime et explique la venue des autres usagers aux urgences. En réalité, très peu d'usagers nous ont exprimé cette motivation.

4.4.2.5 : L'influence d'internet

Certains patients pensent qu'internet influence les consultations aux urgences. Pour eux, les informations lues sur le net peuvent être une source d'anxiété. Cela peut engendrer pour les patients le besoin de consulter afin d'obtenir une réponse rapide à leurs interrogations : *« Non ils s'éduquent par internet. Quand ils arrivent aux urgences ils sont complètement affolés car ils se sont trouvés toutes les maladies possibles et voilà ».*

L'accès à l'information et à la documentation est parfois anxiogène pour les patients qui ont du mal à pondérer leurs symptômes dans les diagnostics évoqués : « *Sur internet, non j'évite, sinon c'est la mort immédiate sur internet* ».

Pour les patients, avoir accès à une source d'information rapide, anxiogène, nécessite dans le même temps de pouvoir consulter rapidement pour mettre fin à leurs interrogations. Il s'avère que les urgences sont un des lieux où consulter rapidement pour ces patients.

4.4.2.6 : Les urgences : un passage obligatoire pour une hospitalisation

Une patiente considère que la charge de travail des urgences pourrait être réduite si les médecins généralistes avaient accès à des hospitalisations directes ou si le passage aux urgences n'était pas une obligation afin d'obtenir un point d'entrée vers l'hôpital : « *Vous êtes trop jeune pour savoir mais avant lorsqu'une dame se faisait un col du fémur, elle allait directement dans le service. Elle ne passait pas 3 heures dans les urgences. Elle allait en orthopédie direct. Que là maintenant c'est passage obligé par les urgences, c'est une obligation. Même un médecin qui veut une hospitalisation est obligé de passer par les urgences* ».

Cette patiente soulève le débat actuel de la répartition des lits en aval des urgences et de la difficulté pour les urgences d'hospitaliser les patients rapidement dans les services.

4.4.3 : Les solutions proposées par les patients

Les patients interrogés sont très souvent conscients du problème d'affluence aux urgences. Certains proposent même des solutions qui permettraient de réduire les temps d'attente, les accumulations dans les couloirs et le nombre de consultations.

4.4.3.1 Amélioration de l'information et de l'éducation sur le parcours de soins et les urgences

Plusieurs patients pensent qu'il faudrait améliorer l'information et l'éducation sur les motifs de consultations aux urgences, afin de modifier le recours aux soins des usagers et la façon d'utiliser le système de soins : « *La population générale pense que les urgences sont là pour ça. On leur fait croire que dès qu'il y a un problème il faut consulter ou aller aux urgences. Je pense qu'ils ne sont pas assez*

informés, car quand même, la majorité des gens ne sont pas stupides et si on leur expliquait, ils se rendraient compte et ils n'iraient pas ».

Une patiente propose de sensibiliser les patients aux urgences dès le plus jeune âge durant leur parcours scolaire : *« Oui ça me paraît important, que ce soit au collège ou au lycée on a eu plusieurs messages de prévention pour les drogues, pour la sexualité. C'est vrai quand j'étais plus jeune, cela m'a plus sensibilisé, en plus les urgences, moi j'ai un parcours médical, j'ai mes parents qui sont dans le milieu médical. Je pense que les autres ne sont pas du tout sensibilisés ».*

D'autres proposent de renforcer les connaissances par des campagnes publicitaires, des prospectus informatifs, des affiches d'information en salle d'attente ou des applications : *« Oui c'est toujours intéressant de faire des campagnes dans ce sens, mais c'est difficile car les gens n'ont pas l'idée. »* ou *« Peut-être des lettres qui disent en cas d'urgences faites ça ».*

Pour d'autres, la solution est l'éducation familiale. Pour eux, les habitudes de consultation se transmettent de génération en génération. Ainsi les parents influencent les futures habitudes des patients. Le travail auprès des enfants est important. Ils leur apprennent à relativiser, à prendre du recul et à analyser la gravité : *« Non pas les médecins je pense que c'est mes parents, c'est des valeurs que j'ai moi, tout simplement et que j'essaie d'instaurer à mes enfants, de ne pas paniquer à la moindre petite blessure [...] Il faut qu'ils essaient de prendre un peu de recul quoi ».*

Quelques-uns suggèrent que les professionnels de santé ont également un rôle d'éducation à jouer : *« Vous avez un enfant qui a un peu de fièvre, 38° nous notre médecin il nous disait 38-39 on surveille. Vous commencez tranquille et si vous voyez que ça dure là vous commencez à aller voir le médecin. 38-40° ça peut attendre. Faut aussi un peu savoir relativiser ».*

Nous remarquons que les patients qui ont des proches dans le milieu médical ont une meilleure connaissance des urgences et des parcours de soins. Ainsi un travail d'éducation et d'information est indispensable au changement d'habitudes et de mentalités des usagers.

4.4.3.2 L'organisation des soins

❖ *Médecin généraliste au sein des urgences*

Plusieurs patients ont proposé la présence d'un généraliste au sein des urgences afin qu'il traite les cas « non urgents », ce qui permettrait de dégager une ligne médicale pour les réelles urgences : « *Je vais peut-être dire une bêtise mais deux médecins, un pour ce qui est gastro, petits trucs comme ça, ou ce qui est cassure, peut être que ça passerait plus vite aussi. S'il y a une personne pour tout faire c'est compliqué.* » ou « *Il faudrait pour les gens comme moi, une autre partie d'urgentistes pour s'occuper des cas un peu moins... A côté, pour les gens qui ont pas de solutions !* ».

Pour d'autres la solution afin de diminuer les consultations non urgentes est une maison médicale à proximité des urgences : « P : *Non je pense il vaut mieux des maisons médicales qui libèreraient les vraies urgences.* E : *D'accord, vous m'avez dit que vous viviez à St Etienne avant, vous aviez ce système ?* P : *Oui à côté des urgences il y avait la maison médicale. [...] Oui si vous êtes inquiet, vous allez à la maison médicale. Il vous rassure, pas besoin d'aller aux urgences pour ça, puis quand le médecin est pas disponible moi je me souviens quand c'était un samedi ou un dimanche c'était une solution* ».

Devant l'aspect pratique de l'ouverture non-stop des urgences, les patients proposent de créer une structure ou une organisation de soin proposant un service rendu identique au SAU. Pour eux, cette organisation de soins est composée de médecins généralistes, localisés au SAU ou dans un lieu proche des urgences.

❖ *Augmentation du nombre de généralistes*

Pour d'autres, le nombre de médecins au numerus clausus doit être augmenté afin de proposer un plus grand nombre de généralistes. Ce qui diminuerait ainsi leur charge de travail et améliorerait leur prise en charge : « *Après je pense qu'il faudrait réellement qu'il y est plus de médecins de ville et qu'ils y aient moins de monde, vraiment, parce que de vouloir en voir des tonnes par jour, ce n'est pas...* ».

L'augmentation du nombre de médecins généralistes serait une solution pour les patients, afin de diminuer les difficultés d'accès à leur médecin traitant.

❖ *Amélioration des soins périphériques*

Certains indiquent qu'afin de proposer une alternative équivalente aux urgences, il faudrait également des laboratoires de garde pour que les médecins généralistes aient les mêmes moyens techniques que les urgentistes : « *C'est ça par contre il aurait fallu avoir des laboratoires pour que les urgences soient moins... Sinon il faudrait je sais pas combien de personnels en plus.* »

D'autres patients estiment qu'il faudrait plus de médecins spécialistes en ville afin de réduire l'afflux aux urgences : « *Un petit peu plus de spécialistes en ville, voilà. Au mois de Novembre 2016 j'ai pris RDV avec un ophtalmo pour les lunettes. Le premier qui m'a proposé un RDV c'était mars 2018. C'est un petit peu déraisonnable comme délais quand même, un an et demi. J'ai fini par trouver un RDV en Juillet 2017. J'étais contente. 7 mois de délais j'étais vraiment contente. Donc voilà et dermato c'est pareil. C'est monstrueux. Même les médecins de ville sont débordés. On a vraiment un problème avec l'offre médicale* » (Entretien du 24/04/2017).

Pour les patients, afin d'améliorer l'offre de soins, il faudrait plus de médecins en ambulatoire que ce soit des généralistes ou des spécialistes mais aussi plus de moyens techniques afin de proposer une meilleure alternative aux urgences. Ainsi ils ne considéreraient plus que les urgences propose une valeur ajoutée à la consultation ambulatoire.

❖ *L'avance des frais médicaux*

Une patiente réclame un tarif adapté aux revenus ou une baisse du prix de la consultation : « *Déjà qu'il y ait un tarif un peu moins élevé parce que tout le monde ne pas donner 23 euros. Ceux qui ont la CMU ont bien de la chance car ils ne payent pas. Ou alors faire un tarif en fonction du revenu des gens* ».

Un autre patient suggère un système de « sanctions », qui consiste à régler sa consultation au SAU lorsque celle-ci ne relève pas de l'urgence : « *En faisant payer les gens s'il n'y avait pas de caractère d'urgence. Je pense que mettre la main au portefeuille ça les calme. Après c'est notre système* ».

D'autres évoquent la nécessité de maintenir le tiers payant obligatoire pour les médecins généralistes et le respect de la CMU afin de permettre aux patients un accès aux soins peu onéreux, pouvant rester compétitif avec la gratuité des urgences : « *Non ce n'est pas un problème, après c'est de la politique, le problème c'est que les médecins même si les gens ont la CMU ou le tiers payant ils font payer. [...] C'est pas normal qu'ils payent !* ».

Pour certains patients, l'égalité tarifaire entre la médecine ambulatoire et les urgences pourrait réduire l'afflux à ces dernières, soit en appliquant une gratuité totale dans les deux cas, soit en faisant payer les patients au SAU.

❖ *Augmenter la capacité d'accueil des urgences*

Pour certains les urgences sont le lieu qui répond au maximum aux attentes des usagers. La solution, pour eux, n'est pas de réduire le nombre de consultations aux urgences pour diminuer la charge de travail, mais d'augmenter le personnel des urgences. Les urgences seront alors l'endroit où il faut consulter peu importe le motif, puisque la structure sera en capacité de répondre à toutes les sollicitations : « *Sinon il faudrait je ne sais pas combien de personnels en plus.* » ou « *Je pense que dans tous les hôpitaux quels qu'ils soient, ils manquent de personnels. Forcément... Sinon ça serait forcément moins long. Plus de médecins... Je vais peut-être dire une bêtise mais deux médecins, un pour ce qui est gastro, petits trucs comme ça ou ce qui est cassure. Peut-être que ça passerait plus vite aussi. S'il y a une personne pour tout faire c'est compliqué* ».

Les urgences sont pour certains patients la meilleure offre de soins disponible et en augmentant sa capacité d'accueil cela permettrait de limiter l'attente.

Au final, tous les patients sont conscients de la charge de travail des urgences. Ils trouvent un accueil accessible et disponible qui malgré l'attente leur permet une réponse rapide et adaptée pour les cas qu'ils considèrent comme non urgents. Pour eux, cet afflux de patients aux urgences s'explique par le manque de médecins généralistes ou leurs indisponibilités, mais aussi par un nombre croissant de patients qui consulte pour des motifs qu'ils jugent comme non appropriés au SAU.

Les patients avancent d'eux-mêmes des propositions afin de limiter cet engorgement. Une meilleure éducation et information des patients serait nécessaire ainsi qu'une augmentation du nombre de médecins généralistes en ville et de spécialistes. Une des autres solutions évoquées est l'augmentation de la capacité d'accueil des urgences afin de répondre à toutes les sollicitations.

5 : DISCUSSION

5.1 : Les résultats de l'étude

5.1.1 : La définition de l'urgence

La définition de l'urgence est complexe. Les patients, sans connaissance médicale, se basent sur leurs expériences passées ou celles de leurs proches. Pour eux, certains motifs de consultation aux urgences font l'unanimité : la douleur, les traumatismes, les accidents et les sutures. Ils soulèvent ensuite la difficulté pour eux d'évaluer la gravité d'une situation, c'est l'urgence ressentie. Pour le malade, l'absence d'alternative médicale rapide, dans le but de se rassurer sur ses symptômes, fait partie de la définition de l'urgence.

5.1.2 : Les motivations des patients

La motivation première des patients qui consultent aux urgences demeure la facilité : facilité d'accès, facilité organisationnelle et rapidité de prise en charge et de réponse. Ensuite est évoquée l'accès aux ressources hospitalières : plateau technique, spécialiste, service d'hospitalisation. L'aspect financier n'est pas la motivation principale.

5.1.3 : Le parcours de soin

L'offre médicale est insuffisante, que ce soit pour les généralistes, pour les spécialistes et pour les examens complémentaires. Les patients habitués à avoir des réponses rapides et directes dans leur quotidien n'acceptent plus de devoir attendre : les rendez-vous, les résultats et les interprétations des examens. De plus, les patients ne connaissent pas les alternatives médicales au SAU ou ignorent leur fonctionnement.

5.1.4 : La saturation des urgences

Les urgences sont surchargées, tout le monde en est conscient. Les patients évoquent différentes raisons à cela : le manque de généralistes, le manque de personnel au sein des SAU mais surtout les consultations inappropriées.

5.2 : Les forces et faiblesses de notre étude

5.2.1 : Les points forts

L'objectif de notre étude était de comprendre les motivations des patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale. La réalisation d'une enquête qualitative est adaptée aux objectifs que nous nous étions fixés. L'ensemble des études sur le sujet étudiait le profil des patients consultants à partir de questionnaires fermés. L'étude qualitative rend possible quant à elle, l'exploration de leurs ressentis, sans diriger leurs réponses. La technique de l'entretien semi-dirigé a laissé place à une grande liberté de parole pour les patients interrogés. La réalisation des entretiens dans un lieu au calme, à l'écart, a permis de limiter les biais externes dus à l'environnement. Réaliser ces entretiens pendant le temps d'attente aux urgences nous a permis de limiter les refus de participation. De plus, les patients étaient disponibles et prenaient le temps dans leurs réponses. Un seul patient a refusé de nous répondre. L'échantillon était donc bien représentatif de la population étudiée.

La grille d'entretien semi-dirigé n'a pas été modifiée au cours des entretiens puisqu'elle nous permettait d'obtenir l'ensemble des réponses souhaitées, limitant ainsi le biais de méthodologie.

Initialement nous avons peur que les patients interprètent notre démarche comme un jugement et non comme une exploration de leur ressenti. Ceci aurait pu limiter leurs réponses. Cependant l'explication initiale sur les objectifs de la thèse s'est avérée être une force de l'étude qui nous a permis d'obtenir des réponses variées, sincères et complètes.

Réaliser des entretiens à des horaires, lieux et jours différents, en recrutant une population hétéroclite consultant pour des motifs variés a limité les biais de sélection. Cette étude tri-centrique limite également ce biais.

Le grand nombre d'entretiens réalisés demeure un des points forts de cette étude permettant l'analyse d'un échantillon très diversifié de patients.

Enfin, la validité interne a été renforcée par la double lecture et la double analyse des entretiens.

Les enquêtrices connaissaient bien le sujet et le milieu de l'enquête. Nous étions toutes les deux passées comme internes en service d'urgences et en stage chez le médecin généraliste.

5.2.2 : Les points négatifs

L'utilisation de plusieurs enquêtrices peut conduire à une hétérogénéité dans la façon d'interroger les patients ce qui peut rendre plus difficile l'analyse des résultats et entraîner un biais de méthodologie.

Il est possible que l'enregistrement des entretiens ait pu modifier le discours de certains patients.

Un biais de sélection existe. En effet, nous n'avons pu obtenir que le point de vue des patients consultant aux urgences, ce qui ne peut pas être représentatif de la population générale pour certaines idées évoquées dans notre étude.

Initialement l'étude devait porter sur les populations « Adulte » et « Pédiatrique ». Face au nombre conséquent d'entretiens « Adulte » nous avons choisi d'exclure les quelques entretiens en pédiatrie pour ne pas créer de biais. En effet l'étude pédiatrique et la comparaison avec l'étude menée chez l'adulte représente un potentiel de travail à part entière.

5.3 : Discussion autour des résultats

Dans le domaine médical l'urgence est définie par une situation où un patient doit être soigné sans délai. Selon le Docteur André Deseur, vice-président du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins), « Dans la tradition française, l'urgence se définit par la mise en danger à brève échéance – l'heure ou la demi-journée – de l'intégrité physique, voire de la vie d'une personne. Dans d'autres pays, notamment en Amérique du Nord, on lui accorde un périmètre beaucoup plus large, puisqu'on l'étend à tout ce qui est ressenti comme une urgence par le patient ».

Chacun apprécie différemment la situation. Selon sa position, le patient perçoit l'urgence de façon subjective, c'est l'urgence ressentie. Le médecin lui, apprécie plus objectivement et cherche à

distinguer l'urgence vraie de la fausse urgence. La définition de l'urgence du médecin, basée sur l'urgence réelle avec des critères objectifs, est dépassée et n'est pas en phase avec celle du patient.

La subtilité de notre sujet, est de définir comment fixer le caractère inapproprié d'une consultation. En effet, il est souvent plus facile de se dire à posteriori : ce patient aurait dû être géré en ambulatoire, mais cette notion reflète le ressenti du médecin. Lors de sa présentation au SAU, le patient lui n'a pas toutes les armes afin d'évaluer le caractère approprié de cette consultation et il a ses propres intérêts. Il lui est difficile d'évaluer la pertinence de son parcours de soins.

La méconnaissance des patients sur les motifs de consultations urgents souligne un manque d'information et d'éducation à ce sujet. Nous avons remarqué que les personnes formées aux soins de premiers secours définissaient mieux l'urgence. Selon l'IFOP, seulement 53 % de la population française est formée aux gestes de premiers secours. Ce chiffre reste faible en comparaison avec des pays tel que la Norvège qui affichent 90 % de formation ou l'Autriche (80%). (52)

De même, la définition de l'urgence pour les patients se base sur leurs expériences passées. Ainsi, lorsqu'ils sont pris en charge au SAU pour des motifs inappropriés, cela peut légitimer leur parcours de soins. Une éducation au moment de ces consultations inappropriées : par l'urgentiste ou par le médecin traitant lors de la réception du courrier, semble nécessaire pour les sensibiliser afin de modifier leurs habitudes de consultations. Ceci permettrait de diminuer les automatismes, limitant la banalisation du recours aux urgences pour les générations futures.

De plus, de façon réglementaire selon le décret de Mai 2006, les urgences ont comme missions d'assurer l'accueil de tous les malades et des familles en évitant les délais d'attente, d'identifier les problèmes médicaux et de mettre en route les traitements et d'orienter les malades. (54) Le SAU ne peut donc refuser de prendre en charge les patients consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale.

Par ailleurs, les effectifs de médecins généralistes sont les premiers touchés par le nombre important de départ en retraite. Ils connaissent une chute inexorable et ce de manière préoccupante puisque cette chute devrait se poursuivre jusqu'en 2025. Cela pourrait se traduire par la perte d'un généraliste sur 4. (53) De plus, les jeunes médecins n'ont plus le même rythme de travail que leurs aînés. Les patients manquent de généralistes.

Les généralistes ont des difficultés pour répondre aux sollicitations rapides du fait de demandes incessantes. A cela vient s'ajouter une tendance sociétale, avec une volonté et une nécessité d'obtenir des réponses et des solutions immédiates pour les patients.

Le système de garde actuel par les généralistes n'est pas uniformisé sur le territoire et se base sur le volontariat. Certaines zones géographiques sont dépourvues de médecin de garde de vingt heures à minuit. Ils existent donc des horaires où les patients n'ont pas d'autres alternatives que le SAU. De même, la permanence de soins non programmés est uniquement assurée de 20h à minuit. Certains patients peuvent être dépourvus de solutions pour consulter en journée.

Ainsi, les patients ont tendance à s'orienter directement vers les urgences, entre autre, pour la prise en charge des soins non programmés. Ceci modifie leurs habitudes de consommation du soin et leurs définitions de l'urgence.

Les patients sont tous conscients de la charge de travail et de la saturation des urgences. Ils l'expliquent en partie par l'afflux grandissant de consultations inappropriées au SAU de leurs homologues. Ce qui paraît paradoxal car ils déclarent eux-mêmes ne pas se considérer comme une urgence. Cette dissonance cognitive offre une piste de travail pour modifier les habitudes de soins, par l'éducation, l'information et la sensibilisation des usagers. Cette nécessité d'éducation est importante, en effet une enquête Française publiée en 2018 relate que 43% des consultations aux urgences sont inappropriées. (55) Cette dissonance cognitive montre l'évolution des attentes de la population en ce qui concerne leur accès aux soins. Ils souhaitent une prise en charge immédiate pour les soins non programmés, et apprécient le service rendu par les urgences qui offre une centralisation,

en plus de l'expertise médicale, avec l'accès au plateau technique rapide (biologie, imagerie, avis spécialisé).

Il faut cependant rester prudent sur l'interprétation de nos résultats qui a ciblé uniquement la population consultant pour des motifs de médecine générale au SAU. En effet, la définition de l'urgence dans notre étude diffère de l'appréciation médicale, se basant sur l'urgence réelle. Elle ne se base plus sur le pronostic vital mais sur la volonté d'obtenir une réponse rapide. Il semble réducteur de généraliser cette nouvelle définition de l'urgence à la population générale puisqu'elle reflète uniquement le point de vue de la population étudiée. De même, l'analyse sur la confiance envers les généralistes ou celle envers les urgences indique uniquement le ressenti de cette population. Il ne faut pas extrapoler ces résultats à la population générale car ils ne sondent pas les patients consultant essentiellement leur généraliste. De même, ils ne traduisent pas les connaissances des patients consultant les permanences de soins.

Notre étude vient corroborer certains résultats des précédentes études quantitatives. Les patients consultent aux urgences pour obtenir des examens complémentaires (12), (28). Ils rencontrent des difficultés à obtenir des rendez-vous rapides avec leurs médecins traitants (28). Leur parcours de soins est influencé par la notion de gravité ressentie (28). Il existe un défaut d'information sur le parcours de soins et les alternatives médicales disponibles. (12), (44)

5.4 : Les perspectives

Aujourd'hui la société a évolué, les attentes et les demandes de soins de la population ne cessent de croître. L'offre de soin actuelle ambulatoire n'est pas suffisante. Les urgences se retrouvent engorgées. Une transformation du système de santé semble indispensable.

A partir des résultats plusieurs perspectives nous semblent envisageables.

5.4.1 : Renforcer les soins en ambulatoire

Une urgence est une situation où un patient doit être soigné sans délai. Le SAU doit ainsi être dédié aux situations où la vie du patient ou son pronostic fonctionnel est mis en danger à brève échéance. Il faut donc dans ce cas diminuer le nombre de patients arrivant aux urgences en réduisant le nombre de consultations non urgentes. Plusieurs solutions sont possibles : renforcer et réorganiser les soins en ambulatoires, éduquer les patients...

Le renforcement ou le maintien des soins en ambulatoire devrait permettre de réduire l'afflux des patients sans alternatives médicales. Pour cela, il est important que le service rendu par l'organisation de soins ambulatoires soit identique à celui du SAU, pour être attractif.

Augmenter le nombre de médecins en ambulatoire, en rehaussant le numérus clausus, permettrait d'offrir une offre de soins plus conséquente.

Le maintien des pôles techniques (comme les laboratoires et les examens radiologiques) en périphérie des agglomérations possédant des centres hospitaliers réduirait les contraintes horaires et géographiques des patients vivant en zone rurale.

Une des pistes serait de proposer des structures alternatives aux SAU comme par exemple augmenter le nombre de maisons médicales de garde et accroître la permanence des soins ambulatoires. Pour cela, il serait possible d'unifier l'organisation des gardes en médecine ambulatoire. Ne faudrait-il pas proposer une permanence de soins 24h sur 24 ? Ou une alternative avec une régulation de la demande de santé par des médecins généralistes 24h sur 24 comme proposé par le rapport Mesnier (56). Cependant, une concertation des généralistes ciblant leurs attentes et leurs positions semble nécessaire afin d'obtenir leurs points de vue.

Augmenter les moyens des généralistes en leur procurant l'accès à des examens complémentaires de garde permettrait de concurrencer le SAU. Ainsi, l'Angleterre propose comme structures alternatives les centres sans rendez-vous et les unités de blessures mineures, qui ont permis de réduire l'affluence

des urgences (49). La question de proposer des unités de traumatologie, avec des spécialistes (radiologues, orthopédistes) pour diminuer l'afflux aux urgences peut alors se poser.

La centralisation des moyens nous paraît importante puisque c'est un argument souvent avancé par les patients.

La mise en place de créneaux d'urgence systématiques ou obligatoires dans le planning des médecins généralistes pourrait apporter des solutions pour les patients nécessitant des consultations rapides. Ce système de plages libres serait aussi intéressant pour les spécialistes. En effet, cela permettrait aux médecins généralistes un accès aux avis spécialisés sans adresser les patients au SAU. La revalorisation des tarifications des médecins (par exemple la MUT) est une piste à renforcer, avec le développement de cotations pour les prises en charge rapides, ou une prime forfaitaire corrélée au nombre de plages disponibles pour une consultation le jour même. Ceci nécessite une éducation par les médecins et leurs secrétaires afin de sensibiliser les patients sur l'anticipation de leur rendez-vous non urgent.

L'éducation des patients est ainsi primordiale. Des campagnes d'informations dès le plus jeune âge peuvent être intéressantes, que ce soit pour leur apprendre les diagnostics graves mais aussi les consultations banales. Sans formation médicale, il est difficile pour les patients d'apprécier la gravité de la plupart des situations. Ainsi, l'instauration d'une formation obligatoire au premier secours, pour tous les citoyens français permettrait une sensibilisation de la population. L'éducation peut également se faire au niveau des SAU ou des généralistes. Il faut critiquer leurs parcours de soin dans le but de les sensibiliser pour changer les consultations futures. Cela éviterait que les patients légitiment leur parcours de soins après une prise en charge complète aux urgences pour un motif bénin, en pensant qu'il est adapté. Par exemple, il faut les réadresser vers des généralistes si la situation est inappropriée ou les informer des alternatives disponibles pour une prochaine consultation du même type. L'idée avancée par certains patients de sanctionner les démarches inappropriées par une avance des frais médicaux soulève le problème de l'inégalité sociale qui engendrera une limitation d'accès aux soins

pour les plus démunis. Cependant, il peut être intéressant de sensibiliser les patients en leur transmettant une note à titre indicatif, correspondant aux frais de leur prise en charge au SAU.

Une autre solution pour désengorger les urgences pourrait être un tri téléphonique 24h sur 24 avant l'arrivée aux urgences. Deux options sont possibles : une pour conseiller les patients et une autre plus restrictive nécessitant une validation téléphonique par le régulateur pour avoir accès aux urgences. Cette dernière solution a été proposée au Texas. Elle a limité le nombre de patients aux urgences mais c'est heurtée à la difficulté d'organisation des alternatives médicales ambulatoires (50).

5.4.2 : Développer les pôles d'accueil hospitalier

L'idée ici est de ne pas restreindre les arrivées aux urgences mais plutôt de les traiter différemment en réorganisant le système d'accueil. Il faudrait développer, ici, le secteur hospitalier pour pallier aux manques actuels du réseau de soin ambulatoire.

Le tri du flux de patients à l'arrivée aux urgences est déjà réalisé par l'IOA (Infirmier Organisateur de l'Accueil). Une des propositions serait d'avoir un médecin organisateur de l'accueil qui orienterait en fonction de l'urgence et traiterait les cas ambulatoires directement.

Afin d'accueillir un nombre de patient plus important, il faut augmenter le personnel médical et paramédical, proposer des locaux adaptés, afin de réduire l'attente. Les patients pourraient alors consulter pour n'importe quel motif dans des secteurs dédiés.

Une des propositions allant dans ce sens pourrait être la création d'un pôle dédié aux urgences où consultent des médecins généralistes. Ces médecins généralistes pourraient gérer un grand nombre de consultations courantes sans impacter le travail des urgentistes. Les patients seraient orientés vers ces médecins par l'IOA. Et si la pathologie exige une prise en charge nécessitant des examens complémentaires ou une prise en charge plus complexe, les patients seraient réorientés à l'intérieur même des urgences. Cette technique a déjà été expérimentée en Suisse avec des résultats satisfaisants (51).

La mise en place de cette idée permettrait d'offrir une sectorisation encore plus poussée avec par exemple la création d'un pôle traumatologie, où pourrait travailler des médecins généralistes en collaboration avec un médecin orthopédiste et où les examens complémentaires nécessaires seraient à disposition.

Il faudrait aussi la création de pôles plus spécifiques, classés en fonction du degré de gravité. Cela permettrait aux urgentistes de gérer les urgences réelles et de s'appuyer sur un ensemble de spécialistes ou de généralistes pour les cas un peu moins urgents.

Malgré toutes les idées évoquées, le problème de l'afflux de patients aux urgences est loin d'être résolu. En effet, le regroupement des activités médicales au sein des urgences entrainerait un isolement encore plus important des patients habitant en campagne. Cela n'offrirait donc qu'à une partie de la population française une amélioration de leur prise en charge.

Enfin le manque de budget est un réel problème. L'hôpital public est endetté. Embaucher du personnel en masse et créer de nouveaux locaux serait un investissement important qui est difficilement envisageable pour les pouvoirs publics.

La difficulté d'accès aux soins évoquée par les patients ainsi que l'engorgement des urgences est indéniable. Cependant aucune solution n'apparaît idéale sans une refonte globale du système de santé.

Au final, il ressort de ces deux grandes idées un point commun : la centralisation des moyens. Reste maintenant à déterminer si celle-ci relève de la médecine ambulatoire ou de l'hospitalière. Bien évidemment, quel que soit la solution une coordination des soins entre ces deux filières reste indispensable.

CONCLUSION DE LA THESE

Les services d'accueil des urgences français sont confrontés depuis de nombreuses années à un afflux grandissant de patients qui se présentent pour des demandes de soins non programmés sans caractère d'urgence réelle. Néanmoins, pour les SAU, il est difficile d'un point de vue éthique et médical de refuser ces consultations inappropriées. Cela nous a conduit à nous interroger sur les motivations des patients consultant au SAU pour des motifs de médecine générale.

Les patients ne définissent plus l'urgence comme une urgence réelle, mais comme une nécessité de consulter immédiatement pour avoir des réponses rapides à leurs problèmes de santé. Dans notre société actuelle où la population accède instantanément à la majorité des services, les patients trouvent qu'il est paradoxal d'attendre pour tout ce qui touche la santé. Cela modifie leurs habitudes de soins. Ils utilisent différemment le système de santé et trouve au sein du SAU un accès rapide, pratique et performant qui répond à leurs attentes.

Un autre aspect expliquant cette modification de l'usage des soins est l'absence d'alternatives médicales ambulatoires. Les médecins généralistes sont surchargés et n'arrivent plus à répondre à la demande. L'accès aux spécialistes et aux examens complémentaires en ambulatoire est tout aussi difficile. De plus, les patients ne connaissent pas les alternatives médicales ou ignorent leurs fonctionnements.

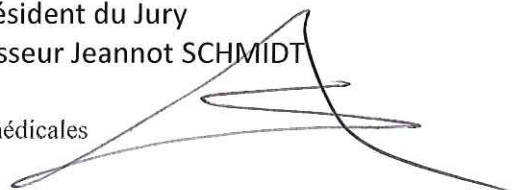
La sensibilisation de la population est une voie de travail primordiale afin de changer ses réflexes de consommation de soins. Il semble nécessaire d'accepter la nouvelle définition de l'urgence avec le besoin d'une réponse rapide pour le patient. Pour cela, il convient de réorganiser le système pour dévier cet afflux de patient en proposant des alternatives ambulatoires plus attractives et plus rapides.

Clermont-Ferrand, le 20 mai 2018
Pierre CLAVELOU
Doyen – Directeur



UFR de Médecine et des Professions Paramédicales
BP 38 • 28, Place Henri-Dunant
63001 Clermont-Ferrand

Clermont-Ferrand, le 24 mai 2018
Le Président du Jury
Professeur Jeannot SCHMIDT



7. ANNEXES

Annexe I : Classification CCMU

CCMU P : Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences

CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.

CCMU D : Patient décédé. Pas de réanimation entreprise par le médecin SMUR ou du service des urgences.

Annexe II : Grille d'entretien

Question 1 : Racontez-moi pourquoi vous êtes aux urgences ? (Parcours de soins, mode de soins habituels, consultation antérieure avec le médecin, avis auprès d'un médecin, de la famille...)

Question 2 : Qu'est-ce qui vous a motivé à venir aux urgences plutôt qu'à consulter votre médecin (ou médecin de garde) ?

Question 3 : Quelles étaient vos craintes principales par rapport à votre état de santé?

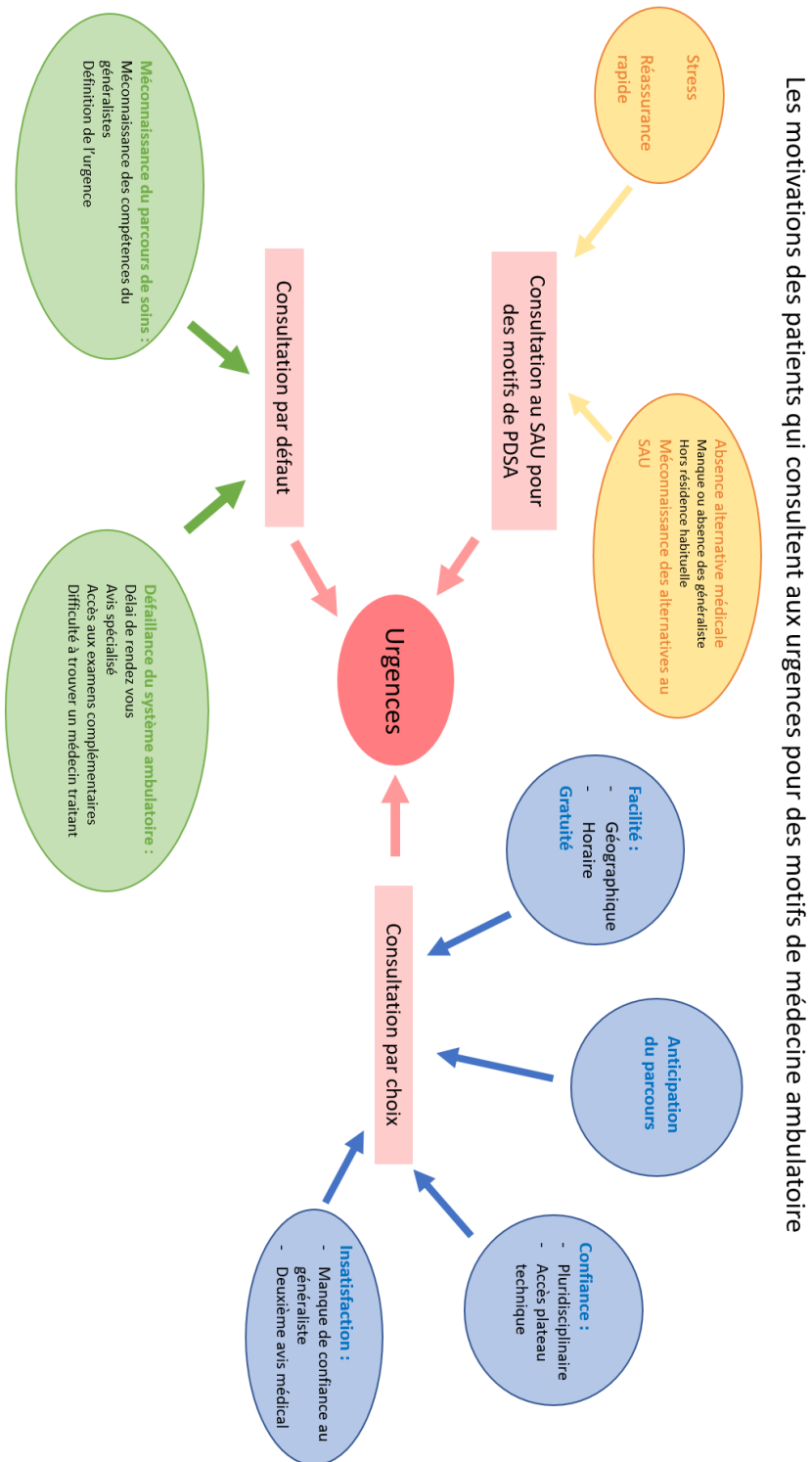
Question 4 : Les alternatives. Quelles sont selon vous les alternatives aux services des urgences ?

Question 5 : Les urgences. Quelles sont les problèmes de santé qui nécessitent une consultation aux urgences plutôt qu'auprès de votre médecin traitant? Pouvez-vous définir une urgence?

Question 6: Anxiété. Comment évalueriez-vous votre anxiété par rapport à votre problème de santé qui motive votre venue au SAU ?

Question 7: Questions fermées pour évaluer la diversification : Données socioéconomiques, emploi, enfants, sexe, âge, nombre de consultation aux urgences par an.

Annexe III : Les motivations des patients consultant au SAU pour des motifs de médecine générale



Annexe IV : Caractéristiques des cas

entretien	Catégorie socio professionnelle	Couvertures sociales	Date	Lieu	Motif de consultation	Moyenne age	Sexe	Statut
Entretien 01	Employé	Sécu + mutuelle	12/02/2017	Riom	Traumatisme membre inférieur	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 02	Retraité	Sécu + mutuelle	19/02/2017	Riom	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	60-70ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 03	Employé	Sécu + mutuelle	19/02/2017	Riom	Lombalgies	40-50ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 04	Chef entreprise	Sécu + mutuelle	19/02/2017	Riom	Traumatisme membre inférieur	20-30ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 05	Retraité	Sécu + mutuelle	19/02/2017	Riom	Constipation	60-70ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 06	Employé	CMUc	27/04/2017	CHU	Vertiges	20-30ans	F	célibataire
Entretien 07	Retraité	CMUc	05/03/2017	Vichy	Epistaxis	70-80ans	F	célibataire
Entretien 08	invalidité	Sécu + mutuelle	05/03/2017	Vichy	Douleurs membre supérieur sans traumatisme	40-50ans	F	célibataire
Entretien 09	Employé	Sécu + mutuelle	07/03/2017	Vichy	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 10	Etudiant	Sécu + mutuelle	12/03/2017	Vichy	Traumatisme membre inférieur	20-30ans	F	célibataire
Entretien 11	Employé	Sécu + mutuelle	14/03/2017	Riom	Gastroentérite	30-40ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 12	Sans emploi	Sécu + mutuelle	14/03/2017	Riom	Traumatisme membre inférieur	20-30ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 13	Etudiant	Sécu + mutuelle	17/03/2017	Riom	Infections ORL (angine, otite, parotidite, collique salivaire)	17-20ans	M	célibataire
Entretien 14	Retraité	Sécu + mutuelle	22/03/2017	Riom	Traumatisme membre inférieur	60-70ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 15	Retraité	Sécu + mutuelle	22/03/2017	Riom	Cervicalgies	70-80ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 16	Employé	Sécu + mutuelle	01/04/2017	Vichy	Douleurs abdominopelviennees	17-20ans	F	célibataire
Entretien 17	Employé	Sécu + mutuelle	28/03/2017	Riom	Douleurs abdominopelviennees	30-40ans	F	célibataire
Entretien 18	Employé	Sécu + mutuelle	01/04/2017	Vichy	Problème ophtalmologique (conjonctivite)	40-50ans	F	célibataire
Entretien 19	Ouvrier	Sécu + mutuelle	01/04/2017	Vichy	Radiographie	30-40ans	M	célibataire
Entretien 20	Etudiant	Sécu + mutuelle	07/04/2017	CHU	Douleurs abdominopelviennees	17-20ans	F	célibataire
Entretien 21	Etudiant	Sécu + mutuelle	07/04/2017	CHU	Céphalées	17-20ans	F	célibataire
Entretien 22	Chef entreprise	Sécu + mutuelle	07/04/2017	CHU	Infections ORL (angine, otite, parotidite, collique salivaire)	30-40ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 23	Retraité	Sécu + mutuelle	07/04/2017	CHU	Infections ORL (angine, otite, parotidite, collique salivaire)	70-80ans	F	célibataire
Entretien 24	Ouvrier	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Douleurs abdominopelviennees	20-30ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 25	Sans emploi	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Vertiges	20-30ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 26	Employé	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Palpitations	50-60ans	F	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 27	Employé	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Malaise	20-30ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 28	Employé	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 29	Employé	Sécu + mutuelle	09/04/2017	CHU	Piqure insecte	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pascé
Entretien 30	Autres	CMUc	09/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	30-40ans	M	célibataire

Entretien 31	Etudiant	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Bruiture	30-40ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 32	Etudiant	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Bruiture	17-20ans	M	célibataire
Entretien 33	Autres	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Traumatisme costal	50-60ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 34	Retraité	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Douleurs membre supérieur sans traumatisme	70-80ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 35	Employé	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Problème ophtalmologique (conjonctivite)	40-50ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 36	Sans emploi	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Infection bronchopulmonaire	70-80ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 37	Employé	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Vertiges	40-50ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 38	Ouvrier	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Lombalgies	30-40ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 39	Employé	Sécu + mutuelle	24/04/2017	Vichy	Allergie	20-30ans	F	célibataire
Entretien 40	Ouvrier	CMUC	24/04/2017	Vichy	Douleurs membre supérieur sans traumatisme	17-20ans	M	célibataire
Entretien 41	Artisan	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Lombalgies	30-40ans	M	célibataire
Entretien 42	Autres	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Traumatisme membre inférieur	30-40ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 43	Etudiant	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Paras	20-30ans	F	célibataire
Entretien 44	Sans emploi	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Douleurs abdominopelvienne	30-40ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 45	Etudiant	aucune couverture sociale	25/04/2017	CHU	Lombalgies	17-20ans	M	célibataire
Entretien 46	Employé	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	30-40ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 47	Sans emploi	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Traumatisme membre inférieur	17-20ans	M	célibataire
Entretien 48	Retraité	Sécu + mutuelle	25/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	60-70ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 49	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	26/04/2017	CHU	Traumatisme costal	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 50	Employé	CMUC	26/04/2017	CHU	Douleurs abdominopelviennes	17-20ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 51	Artisan	Sécu + mutuelle	26/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	70-80ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 52	Sans emploi	Sécu + mutuelle	26/04/2017	CHU	Problèmes urologiques (système)	30-40ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 53	Sans emploi	CMUC	26/04/2017	CHU	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	40-50ans	F	célibataire
Entretien 54	Retraité	CMUC	26/04/2017	CHU	Douleurs abdominopelviennes	80-90ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 55	Employé	Sécu + mutuelle	26/04/2017	CHU	Gastroentérite	20-30ans	M	célibataire
Entretien 56	Etudiant	Sécu + mutuelle	26/04/2017	CHU	Interprétation résultats radiographique	20-30ans	F	célibataire
Entretien 57	Employé	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Céphalées	20-30ans	F	célibataire
Entretien 58	Autres	Sécu + mutuelle	05/03/2017	Vichy	Douleurs abdominopelviennes	20-30ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 59	Artisan	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Hernie inguinale	40-50ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 60	Retraité	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Lombalgies	60-70ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé

Entretien 61	Autres	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	40-50ans	M	célibataire
Entretien 62	Employé	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	20-30ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 63	Employé	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Accident du travail	50-60ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 64	Retraité	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Douleurs membres inférieurs sans traumatisme	60-70ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 65	Employé	Sécu + mutuelle	27/04/2017	CHU	Lombalgies	30-40ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 66	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Vichy	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	20-30ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 67	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Vichy	Gastroentérite	60-70ans	F	célibataire
Entretien 68	Autres	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Traumatisme costal	50-60ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 69	Retraité	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Crampes musculaires	60-70ans	M	célibataire
Entretien 70	Ouvrier	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Lombalgies	20-30ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 71	Agriculteur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	50-60ans	M	célibataire
Entretien 72	Employé	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Douleurs membre supérieur sans traumatisme	50-60ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 73	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Riom	Problème ophtalmologique (conjonctive)	50-60ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 74	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Vichy	Douleurs membre supérieur sans traumatisme	70-80ans	M	en couple, marié, concubinage ou pacsé
Entretien 75	Employé	CMUC	28/04/2017	Vichy	Infections ORL (angine, otite, parotidite, colique salivaire)	20-30ans	M	célibataire
Entretien 76	Cadre, profession intellectuelle supérieur	Sécu + mutuelle	28/04/2017	Vichy	Douleur sein	40-50ans	F	en couple, marié, concubinage ou pacsé

8. BIBLIOGRAPHIE :

1. NOHRA, S (2016)"Santé. Les temps d'attente explosent aux urgences ! ", Ouest France, [14/01/2016]. Disponible sur : [<https://www.ouest-france.fr/sante/sante-les-temps-dattente-explosent-aux-urgences-3969805>].
2. CHARVAIS, F (2018) "Les urgences du CHU de Clermont-Ferrand au bord de l'asphyxie", La Montagne [10/03/2018]. Disponible sur : [https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand/sante/puy-de-dome/2018/03/10/les-urgences-du-chu-de-clermont-ferrand-au-bord-de-lasphyxie_12766917.html#refresh]
3. PERRINAUD, M (2018) "Les urgences de l'hôpital de Vichy au bord du burn-out", La Montagne [08/03/2018]. Disponible sur : [https://www.lamontagne.fr/vichy/sante/allier/2018/03/08/les-urgences-de-l-hopital-de-vichy-au-bord-du-burn-out_12764318.html#refresh].
4. EON-GROLIER, C(2017) "Les urgences de l'hôpital de Riom (Puy-de-Dôme) au bord de la rupture, La Montagne, [19/09/2017]. Disponible sur : [https://www.lamontagne.fr/riom/sante/puy-de-dome/2017/09/19/les-urgences-de-l-hopital-de-riom-puy-de-dome-au-bord-de-la-rupture_12555877.html].
5. (2017)"La grève se poursuit aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand", La Montagne, [19/12/2017]. Disponible sur : [https://www.lamontagne.fr/clermont-ferrand/sante/puy-de-dome/2017/12/19/la-greve-se-poursuit-aux-urgences-du-chu-de-clermont-ferrand_12675116.html]
6. FOLEY M, KIFAIH N, MALLON WK. Financial Impact of Emergency Department Crowding. West J Emerg Med. mai 2011;12(2):192-7.
7. MANGIN C. Analyse de la typologie et des motivations des patients consultant au service des urgences du C.H.U. de Nancy pour un motif relevant de la médecine ambulatoire : étude prospective de 239 admissions [Internet]. [Faculté de Médecine et Pharmacie]: Lorraine : Université Henri Poincaré; 2007. Disponible sur: <https://petale.univ-lorraine.fr/notice/view/univ-lorraine-ori-8295>
8. LESIGNE E. L'urgence et ses représentations. Enquête auprès des usagers, place de la médecine générale et des services d'urgences. [Faculté de médecine]. Université de Rennes 1, 2001 :114p.

9. BRUN, Nicolas. « Les urgences : point de vue des usagers ». ADSP, n°52. Dossier : « Urgences et demandes de soins en urgence : Quelle prise en charge ? » [format PDF] Septembre 2005, pages 13-68. Téléchargé sur : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=94>
10. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND AC, BONGIOVANNI I, HARO J, GIRAUD C, SAMBUC R. Attitudes et comportements des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. Santé Publique. 2004 ; 26 :63-74.
11. LEVEILLER F. Définition et évaluation des consultations inappropriées, pour motif médical, aux urgences pédiatriques du CHU de Nimes. [Faculté de Médecine et Pharmacie] : Nimes : Université de Montpellier ; 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f52124d3-dd95-4482-96be-148a7fd6adf6>
12. DEWAELE M. Causes de recours spontané à un service d'urgences, enquête auprès de patients d'une maison de santé. [Faculté de Médecine Henri Warembourg]: Université de Droit et de Santé : Lille 2. 2014. Disponible sur: <http://pepите-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/f52124d3-dd95-4482-96be-148a7fd6adf6>
13. BOURRAS C. Pourquoi les familles consultent-elles aux urgences pédiatriques du C.H de La Rochelle pendant les heures ouvrables des cabinets médicaux libéraux : Etude prospective sur un échantillon de 359 enfants. [Faculté de Médecine et Pharmacie] : Université de Poitiers ; 2014.
14. PIGOZZO C. Etude prospective et analyse du profil et motivation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale. [Faculté de Médecine]. Montpellier : Université de Montpellier 1, 2014.
15. MORCANT F. Etat des lieux des consultants aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville relevant de la médecine générale. [Faculté de Médecine]. Amiens : Université Jules Verne, 2015.
16. SFMU. L'attente dans les services d'urgences : une cause de mortalité évitable. 28 Novembre 2017.
17. M Estryng-Behar, M-A Doppia, K Guetarni, C Fry, G Machet, P Pelloux, I Aune, D Muster, J-M Lassaunière, C Prudhomme. Emergency physicians accumulate more stress factors than other physicians—results from the French SESMAT study Emergency Medicine Journal ; May 2011; 28:397-410
18. Etude de david
19. DREES : La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Résultats de l'enquête nationale auprès des structures des urgences hospitalières. Solidarité Santé ; 2015.

20. BAUBEAU D, CARRASCO V. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, Etudes et Résultats. 2003 ; (212)
21. BAUBEAU D, CARRASCO V. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES, Etudes et Résultats. 2003 ; (215)
22. Afilalo J, marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Leger R, Unger B, Giguère C. Non urgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med. 2004 ; 11 (12) : 1302-10
23. Murphy AW, Leonard C, Plunkett PK, Bury G, Lynam F, Smith M, Gibney D. Effect of the introduction of a financial incentive for fee-paying A&E attenders to consult their general practitioner before attending the A&E department. Fam Pract. 1997 Oct; 14(5):407-410.
24. Murphy AW, Bury G, Plunkett PK, Gibney D, Smith M, Mullan E, Johnson Z. Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome, and comparative cost. BMJ. 1996 May 4; 312(7039):1135-1142.
25. Lee A, Hazlett CB, Chow S, lau FL, Kam CW, Wong P, Wong TW. How to minimize inappropriate utilization of Accident and Emergency Departments: improve the validity of classifying the general practice cases amongst the A&E attendees.
26. GOUYON M, LABARTHE G. Les recours aux médecins urgentistes de ville. DREES, Etudes et résultats. 2006 : (480)
27. GOUYON M, LABARTHE G. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats. DREES, Etudes et résultats. 2006 : (471)
28. BEAUNE N. Quels sont les déterminants de consultations spontanées au service des urgences des patients adultes ayant déjà consulté un médecin généraliste pour le même motif? [Faculté de Médecine et de Pharmacie] : Université Lyon 1, 2016.
29. BERRAHO M, BOLY A, TACHFOUTI N, ELMAJJAOUI A, NEJJARI C. Les consultations non appropriées aux services des urgences : étude dans un hôpital provincial au Maroc. Pratiques et Organisation des Soins. 24 oct 2012 ;43(3):197-204.
30. RIBAUT L. Permanence des soins ambulatoires. Déterminants de consultation et évaluation de l'intention d'un recours au service d'urgence : exemple de la maison médicale de garde de la Sandrune. [Faculté de Médecine et Pharmacie] : Université de Toulouse III : Paul Sabatier ; 2015.
31. SPRIVULIS P. Estimation of the general practice workload of a metropolitan teaching hospital emergency department. Emerg Med (Fremantle). févr 2003;15(1):32-7.

32. CHU Clermont- Ferrand. Rapport d'activités 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur: <https://www.chu-clermontferrand.fr/Internet/Documents/communication%20et%20culture/Publications/PUBLICATIONS/Rapport%20activite%20et%20chiffres%20cles/2016/Rapport%20d'activit%C3%A9%202015.pdf>
33. BERTHIER M, MARTIN-ROBIN C. Les consultations aux urgences pédiatriques étude des caractéristiques sociales, économiques et familiales de 746 enfants [Internet]. Arch Pédiatrie. 1 mai 2003. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/165924/article/les-consultations-aux-urgences-pediatriques-etude->
34. STAGNARA J., VERMONT J, DUQUESNE A, ATAYI D, DE CHABANOLLE F, BELLON G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise [Internet]. 2004. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/19879/article/urgences-pediatriques-et-consultations-non-program>
35. ROY P.M., LANNEHOA Y. Le triage aux urgences [Internet]. 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS; 2002. Disponible sur: https://www.srlf.org/wp-content/uploads/2015/11/0211-Reanimation-Vol11-N7-p480_485.pdf
36. GENTILE S, VIGNALLY P, DURAND A-C, GAINOTTI S, SAMBUC R, GERBEAUX P. Nonurgent patients in the emergency department? A French formula to prevent misuse. BMC Health Serv Res. 15 mars 2010;10:66.
37. Fédération Hospitalière de France (FHF) / TNS Sofres. Présentation des résultats du baromètre « Les Français et l'HOPITAL » . Dossier de presse, les salons de la santé et de l'autonomie. 21 mai 2013. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-presse/Dossiers-de-presse/Presentation-des-resultats-du-barometre-Les-Francais-et-l-HOPITAL-dans-le-cadre-des-SALONS-de-la-SANTE-et-de-l-AUTONOMIE>
38. LUCAS J. CNOM. L'exercice médical face à la permanence des soins. Rapport sur la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil National de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001. [URL: <http://www.conseilnational.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/013bc00e777d721c12568f00058fc57/fe637d40dad73f6ac1256ac60043b275>].
39. GENTILE S, AMADEI E, BOUVENOT J, DURAND AC, HARO J, GIRAUD C, SAMBUC R, TARDIEU S, JEAN P. Utilisation d'une analyse de correspondances multiples pour cerner le profil des patients "non-urgents" du service d'accueil des urgences de l'Hôpital Nord de Marseille. EM Consulte. 2004 Sept ; 5-9.

40. SAGNES-RAFFY C, DUCASSE JL. Etude des déterminants conduisant les patients qui ne relèvent pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale à se présenter dans un service d'urgence public ou privé plutôt que de faire appel à la médecine de ville. Rapport final. Observatoire Régional des Urgences des Midi-Pyrénées. Octobre 2004.
41. CASH E, CASH R, DUCASSE JL, HAULT C, MATTHIEU F, RICHARD T. Enquête qualitative préalable à la définition d'une enquête nationale sur les urgences hospitalières. DREES, Série Etudes et Recherche. 2013 Mars ; (125)
42. QUILLE F, ROUBAIX : une « maison de santé » pour désengorger les urgences. Le Quotidien du médecin. Mars 2000.
43. THOS S. Evaluation critique d'un nouveau modèle d'organisation des soins non programmés en milieu urbain : Intérêts à restructurer une association libérale de permanence des soins. [Faculté de médecine]. Rennes : Université de Rennes 1, 2012.
44. CARON J. La réorientation des patients consultant aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale : exemple du couple SAU de l'Hôpital Saint - Camille de Bry sur Marne et SAMI de Champigny - Villiers. [Faculté de médecine]. Créteil : Université de Paris-Est, Créteil, Val de Marnes, 2010.
45. GUSMINI E. Analyse des motifs de recours à la maison médicale de garde située à proximité d'un service d'urgences. [Faculté de médecine]. Paris XII : Université de médecine de Créteil.
46. DUPIN M. Coordination des soins en urgence. Le point de vue des généralistes. [Faculté de médecine]. Saint Etienne : Université de Sainte Etienne, 2009.
47. 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. [Faculté de Médecine et Pharmacie] : Université de Poitiers ; 2013.
48. HOERTH G. Des centres de soins sans rendez-vous sont-ils une solution appropriée pour diminuer l'engorgement des urgences et améliorer l'accès aux soins en zone sous-médicalisée ? [Faculté de médecine et de pharmacie] : Université de Poitiers ; 2004.
49. TAMMES P, MORRIS RW, BRANGAN E, et al. Emerg Med J 2016;33:702– 708.
50. M.RILEY L, ED Utilization by Uninsured and Medicaid Patients after Availability of Telephone Triage , BSN, RN; J Emerg Nurs 2017;43:98-99.0099-1767
51. C CHMIELA, M WANGA, P SIDLERB, K EICHLERC, Implementation of a hospital-integrated general practice – a successful way to reduce the burden of inappropriate emergency-department use. Swiss Med Wkly. 2016;146:w14284

52. V. CHRIQUI, H MONANGE, D GORGES, V SENNE, Gestes de premiers secours : une responsabilité citoyenne [Centre d'analyse stratégique : La Note d'analyse n° 321] : février 2013
53. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, RAULT J-F, BOUET P, Atlas de la démographie médicale en France [Conseil National de l'Ordre des médecins] : 1^{er} Janvier 2016.
54. TEXTES LEGAUX : • Décret 2006-576, •Décret 2006-577•Circulaire DHOS/O1/2007/65 •Décret 1995-647
55. Naouri D, El Khoury C, Vincent-Cassy C, Vuagnat A, Schmidt J, Yordanov Youri for the French Society of Emergency Medicine Evaluation and Quality Committee. The French Emergency National Survey: a description of emergency departments and patients in France. *Plos One* (2018). In press.
56. THOMAS MESNIER. **Assurer le premier accès aux soins.** Organiser les soins non programmés dans les territoires. Rapport de Thomas Mesnier, député de Charente (2018)

9. SERMENT 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.



En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

MIKOLAJCZYK AT, ROUSSON C. épouse DOLLE, Directeur : CAMBON B, DALL'ACQUA D., Président : SCHMIDT J., Quelles sont les motivations des patients consultant au Service d'Accueil des Urgences pour des motifs relevant d'une consultation de médecine générale ? Soutenue le 25-6-2018

INTRODUCTION : Salles d'attente bondées, brouhaha incessants, temps d'attente allongés, couloirs obstrués : les urgences saturent. L'encombrement des urgences est au cœur de l'actualité. Cette situation de saturation crée de multiples insatisfactions, que ce soit pour les usagers ou pour le personnel médical. Une des causes évoquées est le mésusage des urgences par des consultations jugées inappropriées ou de dernier recours.

METHODE : Étude qualitative auprès de patients adultes consultant aux urgences pour des motifs de médecine générale, pendant les horaires de permanence de soins. Étude tri-centrique réalisée au CH de Riom et Vichy, et au CHU de Clermont-Ferrand du 11/03/2017 au 28/04/2017. Entretiens semi-dirigés réalisés le jour de leur consultation aux urgences, auprès de 76 patients.

RESULTATS : La définition de l'urgence pour les patients est complexe. La traumatologie aux urgences fait l'unanimité. Ils élargissent la définition de l'urgence avec l'absence d'alternatives médicales. Pour le patient, la notion d'urgence réelle ne caractérise que très rarement la définition de l'urgence.

La motivation principale de consultation au SAU est la facilité d'accès aux soins et la facilité organisationnelle. C'est également le point d'accès aux ressources hospitalières.

L'offre de soins en ambulatoire ne permet pas de répondre à la demande des patients : pénurie de médecins traitants, délai de consultations trop longs, accès difficile aux examens complémentaires et aux spécialistes... Cela se répercute sur le nombre de consultations aux urgences.

Les patients sont conscients que l'encombrement des urgences est responsable d'un temps d'attente plus long. Ils l'expliquent par un manque de personnels au SAU et par un excès de consultations jugées inappropriées.

CONCLUSION : Les patients ne définissent plus l'urgence comme une urgence réelle ou ressentie mais comme une nécessité de consulter immédiatement pour avoir des réponses rapides à leur problème de santé. Notre système de soins doit être réorganisé.

Mot Clefs : urgences ; consultations inappropriées ; médecine générale ; alternatives médicales ; saturation des urgences ; motivations ; pénurie médicale ; éducation des patients ; urgence réelle : urgence ressentie.