



Analyse des facteurs influençant la prise décisionnelle d'une consultation aux urgences : étude qualitative au Centre hospitalier de Menton

Jean Ablart

► To cite this version:

Jean Ablart. Analyse des facteurs influençant la prise décisionnelle d'une consultation aux urgences : étude qualitative au Centre hospitalier de Menton. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02185666

HAL Id: dumas-02185666

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02185666>

Submitted on 16 Jul 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Analyse des facteurs influençant la prise décisionnelle d'une consultation aux urgences : étude qualitative au centre hospitalier de menton.

Thèse

Présentée pour l'obtention du diplôme d'état de

Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Par

Jean ABLART

Né le 10 Août 1987 à Lyon

Présentée et soutenue publiquement à la faculté de médecine de Nice le 28 mars 2019

Jury de la thèse :

Monsieur le Professeur Jacques Levraut

Président du jury

Monsieur le Professeur Jean Gabriel Fuzibet

Assesseur

Monsieur le Professeur Gilles Gardon

Assesseur

Madame le Docteur Marie Danduran

Assesseur et directeur de thèse

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr. DELLAMONICA Jean
Etudiants	M. JOUAN Robin
Chargé de mission projet Campus	Pr. PAQUIS Philippe
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. AYRAUD Noël
M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal Chirurgie	Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54.02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (52.03)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI Barbara	Immunologie (47.03)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David

PROFESSEURS AGRÉGÉS Médecine Générale (53.03)

Mme LANDI Rebecca

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Anglais

M. DURAND Matthieu

PROFESSEURS ASSOCIÉS Urologie (52.04)

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS Médecine Générale (53.03)

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

CONSTITUTION DU JURY EN QUALITE DE 4EME MEMBRE

PROFESSEURS HONORAIRES

M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HARTER Michel
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. LOUBIERE Robert
M. CHATEL Marcel	M. MARIANI Roger
M. COUSSEMENT Alain	M. MASSEYEFF René
Mme CRENESSE Dominique	M. MATTEI Mathieu
M. DARCOURT Guy	M. MOUIEL Jean
M. DELLAMONICA Pierre	Mme MYQUEL Martine
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. PRINGUEY Dominique
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M . FRANCO Alain	M. TRAN Dinh Khiem
M. FREYCHET Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GASTAUD Pierre	Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
M.C.U. Honoraires	M. ZIEGLER Gérard

M. ARNOLD Jacques

M. BASTERIS Bernard

Mme MEMRAN Nadine

Mme DONZEAU Michèle

M. EMILIOZZI Roméo

M. FRANKEN Philippe

M. GASTAUD Marcel

M. GIUDICELLI Jean

M. MAGNÉ Jacques

Mme ROURE Marie-Claire

M. MENGUAL Raymond

M. PHILIP Patrick

M. POIRÉE Jean-Claude

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jacques Levraut : Je vous adresse mes remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour avoir accepté de présider ce jury.

A Monsieur le Professeur Jean-Gabriel Fuzibet : Je tiens tout d'abord à vous remercier pour l'enseignement prodigué lors de mon passage dans votre service de Médecine Interne. Ce fut mon premier stage d'interne, un événement marquant dont je garde un souvenir impérissable. Et aujourd'hui je vous remercie d'être présent en tant que membre de mon jury de thèse.

A Monsieur le Professeur Gilles Gardon : Je vous adresse mes remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail et pour avoir accepté de faire partie des membres de ce jury.

Aux Docteurs Marie Danduran et Vincent Diebolt : merci à Marie d'avoir accepté de diriger ma thèse et d'avoir été d'une aide précieuse tout au long de la réalisation de ce travail. Mais plus encore, merci à vous deux d'avoir su trouver les mots justes et m'avoir soutenu lorsque je doutais. Merci de m'avoir montré qu'une autre pratique de la médecine était encore possible. Merci d'être les deux médecins les plus humains, ouverts, désintéressés, que je connaisse. Merci de m'avoir aidé à trouver ma voie et de m'avoir montré une médecine dont je peux être fier et que je peux aimer. Vous êtes les meilleurs !

A ma mère, à mon père, à mon petit frère : la meilleure famille dont on puisse rêver ! Merci de m'avoir supporté et supporté tout au long de ces pérégrinations.

Merci d'avoir su éveiller ma curiosité pour les mystères de la vie, d'avoir su attiser mon envie d'apprendre, et, sacrebleu, d'être toujours capable de répondre à mes inépuisables questions métaphysiques !

A ma Lilla : A lányanak akit szeretek, aki átsegített a nehéz időkön és kétségeken, akivel meg tudtam osztani minden örööm, az álmaim királynője. Köszönöm, hogy az vagy, aki. Köszönöm, hogy megismerhettem csodás anyukád és bátyád és az egész családot. Éljen a Magyar ! (« C'est pas faux. »)

A mon bro-PJ : merci pour tous ces souvenirs d'internat et d'après : les (demi-)binouzes dans le jardin de l'internat de Fréjus, la Ducati et les rogntudjû bandes blanches de Cannes, les road trips, les burgers, l'art de camper dans un buisson avec binocamo, une tongue pétée que je ne m'en remettrai jamais et une suture digne d'un film d'Eli Roth, les sorties ultra viriles à Jardiland, bref, les grandes aventures du quotidien vécues par le meilleur binôme de bras cassés de la Côte !

A toute ma famille, Tantine, Gilbou, les cousines, Laurent, Libby et Chiharu. A mes grands-parents qui, j'espère, me regardent et sont fiers de moi. A l'oncle Henri que j'aurais aimé connaître. A toute cette grande et riche Famille, bretonne, catalane, lyonnaise, lorraine, et maintenant un peu hongroise et japonaise, qui par son Histoire, a rempli de rêves mon imagination d'enfant et m'a donné envie de partir à l'aventure ! すばらしいです！

A Mireille et Robert : qui font aussi parti de cette grande famille.

A Florent : quatorze ans qu'on se connaît mine de rien ! Tous les souvenirs de fac, de voyages, de révisions, de moto, et tout le reste. Et aujourd'hui, marié et papa, diantre, et moi qui ne passe ma thèse qu'aujourd'hui !

A Charles Edouard, Anne et Manu, Angèle : amis et bande de motards de la fac. Tous ces bons souvenirs sur les virolos de la région toulousaine, entre deux cassoulets, à visiter les châteaux cathares et petits villages fortifiés de nos campagnes. A refaire quand vous voulez !

A Monsieur Gigaud : modèle d'érudition et d'humour ! A Beaumont-le-Vicomte !

A Clément : en souvenir d'une de meilleures années de fac, la P1. La tente posée en salle informatique à *travailler dur*, les Quick-ciné rituels du mercredi, les mots croisés du 20 Minutes, MJ, les 2be3, et tous les autres mémorables moments de P1 et d'après !

A tous les autres amis de Toulouse, pour ces superbes années d'externats dans la plus Belle Ville du Monde !

A Greg : mon partenaire de mental, toujours à la recherche des poids de 15 kg et des choses bonnes à la santé. Un jour quand même faudra qu'on aille prendre une glace de ce fameux glacier, depuis le temps que je t'en parle !

A Sam : pour tous nos délires et franches rigolades, de Fréjus, de coloc' et d'après, à notre meilleur semestre d'internat !

A Hélène : à nos éternelles cogitations métaphysiques.

A Guillaume : en souvenir de toutes nos bourres à vélo, c'est un miracle qu'on ne soit pas mort en fait... Le Joe Bar Team du pauvre, à bicyclette !

A Jing Ren : qui m'aura fait découvrir les merveilles de l'Empire du Milieu.

A Christian : *Vous pouvez m'appeler Christian*. La Légende.

A tous les anciens du Caousou et tous les souvenirs qui vont avec.

A la Masse : AH LA MASSE ! Tout simplement. A toute la fine équipe des pogo-lan de la bonne époque !

Merci à toute l'équipe de Menton, au grand complet, pour ces trois années (et plus encore à venir !) auprès de vous. Merci à tous pour ces bons moments partagés, ces grandes rigolades, ces délires, ces sourires, ces petites attentions, et tout ce qui fait qu'on a envie de revenir, et qu'on revient avec le sourire. J'ai trouvé ici une équipe humaine, souriante, drôle, et professionnelle, une seconde maison en quelque sorte.

Et bien sûr merci aussi à toute l'équipe des cuisines, parce que le repas c'est le meilleur moment de la journée, et que vous avez toujours de bons petits plats, servis avec le sourire.

Et Elo, tu vois, j'aurai fini par tenir ma promesse, ça aura pris du temps, mais enfin voilà la doctorisation ! Je vais enfin pouvoir être considéré en tant que tel !

Merci à Isa de m'avoir tant appris, merci d'être toi aussi un modèle de médecin altruiste et humain.

Aux équipes de Médecine Interne du 3^eB : merci d'avoir été au top pendant ces 6 mois, quand je n'étais encore qu'un bébé-interne qui faisait ses premiers pas à l'hôpital. Ce sont de sacrés bons souvenirs.

Et merci à Diane d'avoir traversé tous ces moments avec moi, notamment nos fameuses sorties hebdomadaires à Carrefour. LE légendaire Carrefour Lingostière.

Merci à toutes les équipes des Urgences de Fréjus, de Pédiatrie de Fréjus, de Dermatologie de l'Archet et de SSR à Menton pour votre accueil, et tous les bons moments que j'ai passé avec vous pendant mon internat.

A tout l'internat de Fréjus pour ces deux semestres inoubliables.

Merci au Woody's de faire les meilleurs burgers du monde !

TABLE DES MATIERES

ANALYSE DES FACTEURS INFLUENÇANT LA PRISE DECISIONNELLE D'UNE CONSULTATION AUX URGENCES : ETUDE QUALITATIVE AUX URGENCES DE MENTON.....	1
LISTE DES ENSEIGNANTS AU 1ER SEPTEMBRE 2018 FACULTE DE MEDECINE DE NICE.....	2
REMERCIEMENTS	10
INTRODUCTION	15
MATERIEL ET METHODE	17
I- TYPE D'ETUDE.	17
II- POPULATION ETUDIEE.	17
III- RECUEIL DES DONNEES.	18
IV- ANALYSE DES DONNEES.	18
RESULTATS.....	19
I- DONNEES DE LA LITTERATURE.....	19
II- ECHANTILLON ETUDIE POUR LA QUESTION DU MOTIF DE CONSULTATION AUX URGENCES.	19
III- ECHANTILLON ETUDIE POUR LA QUESTION DE NOTIONS D'URGENCE ET DE GRAVITE.	23
IV- LES ATTENTES CONCERNANT LE SERVICE DES URGENCES.	28
V- LES SOLUTIONS PROPOSEES.....	28
DISCUSSION	30
I- LIMITES DE L'ETUDE.....	30
II- FORCES DE L'ETUDES.....	30
III- DISCUSSION.	30
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE.....	36
ANNEXES	38
ANNEXE 1. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT	38
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX PATIENTS.	40
RESUME.....	41
ABSTRACT	42

LISTE DES ABREVIATIONS

MAO	Médecin d'accueil et d'orientation
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
AVC	Accident vasculaire cérébral
CH	Centre hospitalier
SU	Service des urgences

INTRODUCTION

L'augmentation du nombre de consultations aux urgences et l'engorgement de ces services est un problème d'actualité. En 2015 en France, les structures d'urgence ont traité 20,3 millions de passages soit 3% de progression par rapport à 2014. Sur une plus longue période, le nombre de passages annuels continue de progresser à un rythme régulier. En 1996 le nombre annuel de passages aux urgences était de 10,1 millions pour la France métropolitaine. Il est depuis en augmentation de 3,5% en moyenne chaque année (1).

Une partie de ces consultations relève plus de la médecine non programmée que de la véritable urgence médicale.

Un débat se livre autour de la notion de « vraie ou fausse urgence » et du rôle du service des urgences, ayant pour enjeux la volonté de diminution de la proportion de ces consultations non programmées au sein des services des urgences.

On distingue deux situations, les besoins de soins pouvant engager le pronostic vital ou fonctionnel et les besoins de consultation rapide ne requérant pas la présence immédiate d'un médecin (2).

En théorie les services des urgences ont pour mission de prendre en charge le premier type de situations, soit la consultation d'urgence alors que la consultation non programmée relève de la permanence de soins assurée par les médecins libéraux (2).

Certains auteurs distinguent la notion de consultation « justifiée » et de consultation « non justifiée » ou « inappropriée » (4) (11).

L'analyse des différentes méthodes de classification des consultations aux urgences pour distinguer les consultations « urgentes » sous entendue communément « justifiées » des consultations « non urgentes » sous entendues « non justifiées » ou « inappropriées » retrouve 51 méthodes de catégorisation, avec des proportions de visites « non urgentes » au sein du service des urgences variant considérablement : de 4,8% à 90%, avec une médiane à 32% (3). Cette grande variabilité démontre une véritable difficulté à définir ce qui est ou non une consultation justifiée aux urgences.

La plupart des professionnels des urgences s'accordent à dire qu'il demeure complexe de déterminer les critères permettant de définir un recours inapproprié (4) (15).

Les auteurs rappellent aussi que le caractère approprié ou pas dépend de la variabilité de l'offre de soins (semaine/weekend, jour/nuit), du contexte social, du profil des patients, etc. (15). Aussi que la notion de « non-urgence » n'est pas nécessairement synonyme d'inappropriée (4).

Lors des premières assises de l'urgence une autre proposition de définition de l'urgence médicale est proposée comme « toute situation où l'absence de prise en charge rapide (quelques heures) pourrait avoir des conséquences physiques ou psychiques durables. » avec l'idée de bannir la notion de fausse et de vraie urgence (5).

D'autre part environ 70% des patients consultent aux urgences de leur propre initiative sans conseil médical préalable (6) (7). Or il n'appartient pas au patient d'évaluer sa situation médicale, c'est au système de santé d'organiser des structures permettant le contact médical en amont des urgences et définissant les besoins en termes de soins médicaux selon la situation du patient (5) (8).

Finalement il semblerait que la notion de consultation « justifiée ou non » soit une impasse dans une démarche de recherche d'amélioration du fonctionnement des urgences, et que le rôle de ces structures tende vers un service d'accueil global.

Peut-être est-il nécessaire de comprendre les motivations du patient qui peuvent le pousser à consulter un service de médecine d'urgence afin d'y apporter une réponse adaptée (7).

Si de nombreuses études ont été réalisées sur cette question, elles portent majoritairement sur le point de vue des soignants (4) ou bien se basent sur l'utilisation d'un questionnaire fermé (9) (10) (11).

L'objectif de notre étude qualitative est de proposer un questionnaire ouvert aux patients afin de leur laisser la parole sur le sujet et d'analyser leurs motivations à venir consulter un service d'urgence. Une grande proportion de patients consultant de leur propre initiative, sans avis médical préalable (6) (7), ce travail étudie les besoins et attentes des patients avant toute influence d'un professionnel de santé.

L'utilisation d'un questionnaire à réponses ouvertes a comme but de voir émerger d'éventuels facteurs de consultation non retrouvés dans les études citées.

MATERIEL ET METHODE

I- TYPE D'ETUDE.

Il s'agit d'une étude qualitative basée sur 40 entretiens individuels réalisés auprès de patients se présentant dans le service des urgences de l'hôpital de Menton – La Palmosa (monocentrique), sur la base du volontariat. La participation à l'étude a été proposée de façon systématique à toute personne se présentant dans le service et répondant aux critères d'inclusion.

II- POPULATION ETUDIEE.

La population étudiée est celle des patients se présentant aux urgences par leur propres moyens, sans avis médical préalable, lors des horaires d'ouverture des cabinets de médecine générale.

Les critères d'inclusion des patients ont été les suivants : tout patient se présentant dans le service des urgences un jour de semaine (du lundi au vendredi), pendant les horaires d'ouverture usuels des cabinets de médecine générale (selon une estimation de la DREES (12) avec une marge d'une heure minimum avant la fermeture des cabinets de médecine générale, soit de 9h00 à 11h30 puis de 14h à 17h30).

Les critères d'exclusion ont été : un premier contact médical préalable à l'entrée aux urgences, les horaires non compatibles avec une consultation en médecine libérale (soir et weekends), les patients amenés par les pompiers ou une ambulance, les patients nécessitant une prise en charge médicale immédiate.

La majorité des patients sollicités a accepté de participer à l'étude. Sur 46 propositions, trois refus ont été liés à une douleur rendant la participation difficile, un n'avait pas envie et deux estimaient ne pas parler suffisamment bien français.

Quarante patients ont accepté de participer à l'étude.

On dénombre 21 hommes pour 19 femmes. Le plus jeune a 12 ans (entretien réalisé avec accord et en présence d'au moins un des deux parents) et le plus âgé a 72 ans. La moyenne d'âge est 41 ans.

Six patients sont d'origine étrangère (quatre italiens, un marocain, un anglais), dont un ne parle pas le français (anglais).

Les catégories socio-professionnelles rencontrées sont : collégien, étudiant, touriste étranger, technicien, artisan, salarié, profession libérale de la santé, profession libérale autre, cadre, retraité, en recherche d'emploi.

III- RECUEIL DES DONNEES.

Un formulaire de consentement (annexe 1) a été signé par chaque participant, après une présentation de l'étude selon un modèle proposé par le collège de médecine générale de Nice.

Un guide d'entretien court (annexe 2), constitué de questions ouvertes centrées sur les motifs de consultation des patients, les notions d'urgence et de gravité et leurs attentes envers le service des urgences leur a été proposé.

Les entretiens ont été enregistrés via un enregistreur numérique après accord du patient.

Les entretiens enregistrés ont débuté après deux entretiens tests qui ont servi à finaliser le guide d'entretien.

Les entretiens ont été stoppés après confirmation de saturation des données.

La durée minimale des entretiens a été de 5 minutes et la durée maximale a été de 24 minutes pour une durée moyenne de 12 minutes.

Les patients ont été anonymisés et sont identifiés par leur numéro de passage, de 1 à 40, leur sexe et leur âge (ex : P1_H47 pour patient n°1_homme de 47 ans).

IV- ANALYSE DES DONNEES.

Les données enregistrées lors des entretiens sont retranscrites intégralement et sans modification à l'aide d'un logiciel de dictée Nuance Dragon Professional Individual 15 sur des documents Microsoft Word.

L'analyse des données et leur classification a été réalisée à l'aide du logiciel QSR International NVivo 12 plus.

RESULTATS

I- DONNEES DE LA LITTERATURE.

En préambule à cette recherche nous avons souligné que la majorité des études déjà réalisées sur le sujet des motifs de consultations aux urgences avaient été réalisées par le biais de questionnaires fermés (9) (10) (11).

L'analyse de ces questionnaires (9) (10) (11) et de différentes études analysant les motifs de consultations (4) (12) (14) a permis de retrouver les motifs de consultations suivants :

- Absence du médecin traitant
- Gravité/urgence présumée
- Angoisse
- Douleur
- Solution rapide
- Prestations offertes par le SU : demande d'un examen complémentaire, d'une consultation spécialisée, présence d'un plateau technique spécialisé
- Impression de meilleure prise en charge
- Proximité géographique
- Facilité financière
- Echec des solutions antérieures
- Aucune alternative de recours extra hospitalier connue
- Habitudes de consultation
- Orienté par un proche

II- ECHANTILLON ETUDIE POUR LA QUESTION DU MOTIF DE CONSULTATION AUX URGENCES.

Sur l'échantillon étudié, on retrouve des idées similaires, notamment sur l'absence du médecin traitant (P9_F72. « *mon médecin traitant n'est pas là* » ; P17_H32 « *mon médecin est en vacances* »), la gravité présumée de la situation (P22_F51 « *Les urgences sont là pour traiter les problèmes graves, que le médecin traitant peut pas prendre en charge seul au cabinet.* » ; P34_H37 « *dès qu'on a le sentiment que c'est quelque chose de sérieux, quelque chose qui semble important, là on va aux urgences.* »), l'inquiétude, l'angoisse (P12_H19 « *Comme ça m'a beaucoup inquiété je suis venu directement aux*

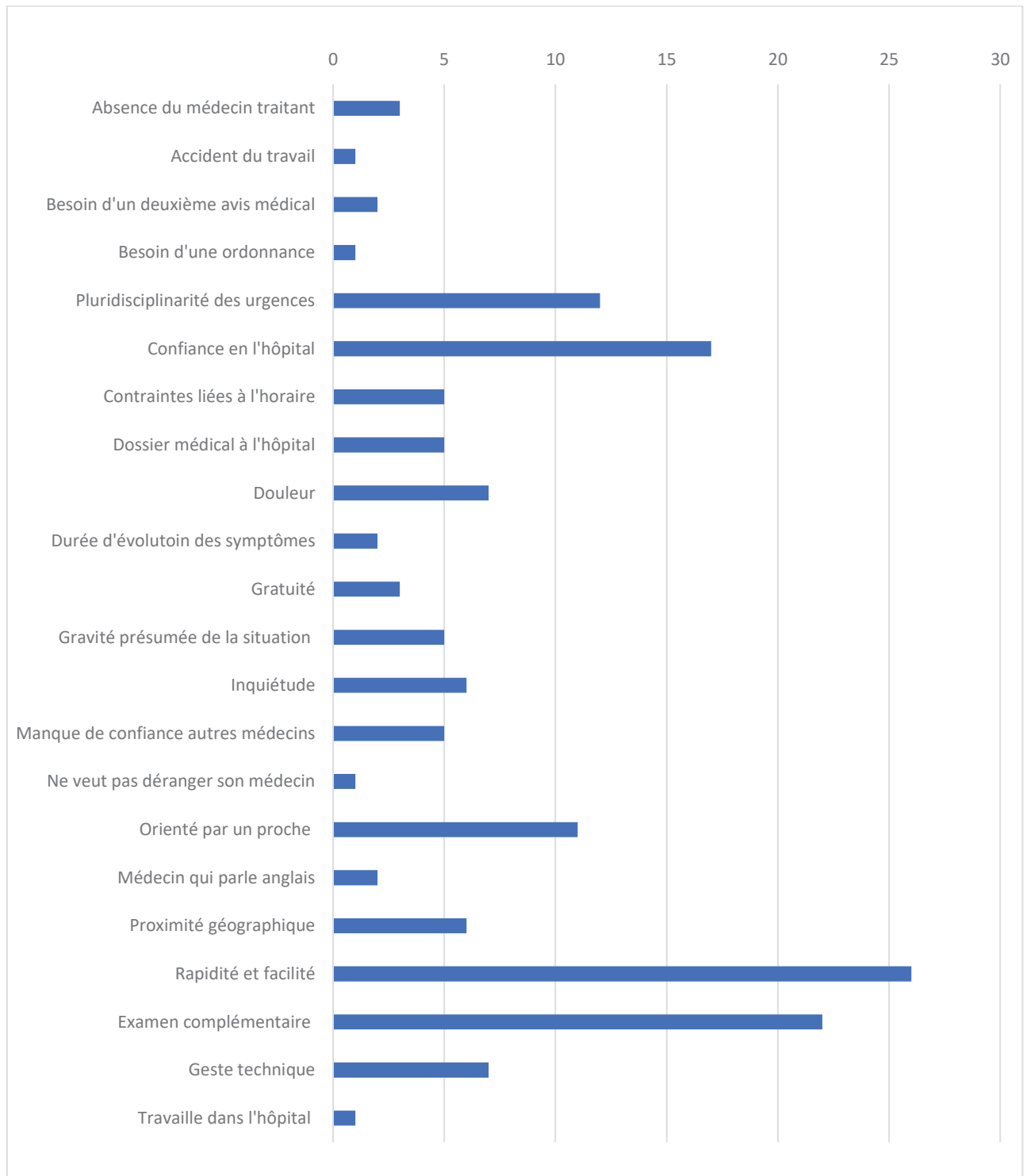
urgences.» ; P14_F44 « Je pense que c'est plus l'inquiétude du patient qui fait qu'on se retrouve à venir aux urgences. Parce qu'on ne sait pas ce qu'on a et du coup on est inquiet. », la douleur (P20_F40 « Quand on a une douleur insupportable, oui, là on peut venir aux urgences. » ; P15_F68 « J'ai trop mal. Je peux plus résister, ça me fait énormément mal. »), la notion de rapidité de prise en charge (P11_H62 « C'est quand même plus simple et plus rapide. » ; P34_H37 « Il semble que ce soit nécessaire de faire quelque chose rapidement. »), la pluralité de l'offre de soins et la présence de spécialistes (P9_F72 « une équipe polyvalente, des personnes de différentes spécialités » ; P12_H19 « Ici il y a quand même une multiplicité des services, les spécialistes sont sur place »), la possibilité de réaliser des gestes techniques (P23_H60 « Mon médecin n'a pas de quoi faire des sutures. » ; P9_F72 « On m'a plâtré, on m'a de suite fait tous les soins nécessaires. Tout est sur place. »), la possibilité de faire sur place les examens complémentaires (P10_H31. « C'est aussi plus rapide de passer directement par les urgences pour faire les examens complémentaires s'ils sont nécessaires, des radios des bilans etc. » ; P14_F44 « On sait pas ce que c'est, on va l'hôpital, ils feront des examens »), l'impression d'une meilleure prise en charge (P6_H38 « J'ai quand même plus confiance de venir à l'hôpital » ; P31_F68 « Rien que de savoir qu'on est dans un hôpital, ça réconforte, c'est rassurant. » ; P34_H37 « Inconsciemment ici on a la certitude qu'on sera soigné efficacement. »), la proximité géographique (P2_H61. « On habite en face en plus c'est plus simple. » ; P38_F43 « Parce que c'est près de chez moi. ») ; la facilité financière (P21_F45 « Ça ne coûte rien de venir ici » ; P7_H24 « Par rapport à un médecin de ville, je pense que venir ici c'est moins cher. »), l'échec des solutions antérieures (P9_F72 « Comme ça fait quand même 15 jours que ça fait mal, je me dis que finalement moi je fais un peu n'importe quoi »), l'absence d'alternative connue (P18_F21 « I've understood it as a place to get help when there is no other help that you can get. »), les habitudes de consultations (P9_F72 « Je suis déjà venu plusieurs fois. » ; P26_H33 « Avec ce problème j'ai commencé ici, c'est pour le suivi. »), ou bien encore le conseil d'un proche (P27_H55 « C'est mon fils qui m'a dit que je devais aller aux urgences. » ; P30_H37 « [ma tante] elle a préféré que je vienne aux urgences pour vous montrer, elle pensait que c'était plus prudent. »).

On peut mettre en évidence des motifs de consultations qui n'apparaissent pas dans les études citées plus haut, notamment sur la prise en charge médico-légale d'un accident du travail (P32_H32 « Si je suis malade je vais prendre rendez-vous chez mon médecin, mais c'est vrai que pour les accidents au travail je vais plutôt favoriser l'hôpital. » ; P32_H32 « mon patron a dit à mon collègue de m'amener ici, directement ici à l'hôpital. »), sur le besoin ressenti d'avoir un deuxième avis médical (P12_H19 « J'avais l'impression que c'était plus grave, je suis déjà allé voir le médecin du campus, mais comme ça m'a beaucoup inquiété je suis venu directement aux urgences après. » ; P39_F30 « Je suis déjà allé voir mon médecin généraliste qui m'a prescrit un traitement, je suis retourné le voir une 2e fois parce que ça n'allait toujours pas 3 jours après, il m'a redonné la même chose et du coup ça m'énerve parce que ça ne s'arrange pas. Donc du coup je me suis dit que j'allais aller aux urgences pour avoir un 2e avis. »), le manque de confiance envers les médecins généralistes non connus, y compris les médecins remplaçants ou SOS médecin (P9_F72 « Il y a un jeune qui le remplace, mais je ne le connais pas, je ne sais pas s'il est bien, je préfère venir ici. » ; P40_F56 « Et comme je n'ai pas trop confiance en d'autres médecins, je ne les connais pas, je préfère venir ici. » ; P25_F69 « Le médecin de garde la plupart du temps il vient à la maison, il regarde vite fait, mais après de toutes façons il va nous envoyer aux urgences. C'est toujours comme ça. »), la peur de déranger son médecin traitant pour rien (P9_F72 « Aujourd'hui comme ce n'est pas

quelque chose de très grave ni d'urgent, je ne voulais pas prendre la place de quelqu'un chez mon médecin. »), la plus grande facilité de prise en charge pour un étranger, avec un dossier médical qui est conservé à l'hôpital et la plus forte probabilité de trouver un médecin qui parle anglais (P18_F21 « Because I'm an international student, the general doctors and stuff, it's very hard for me. Here at least they can speak english, and also they keep my medical file. None of the doctors in town I've met speak english. » ; P18_F21 « It's more convenient for foreigners to come here. »), et enfin le personnel hospitalier qui profite de la structure des urgences sur le lieu de travail (P10_H31. « Je travaille ici, c'est plus simple pour moi. »).

Les motifs retrouvés dans l'échantillon étudié peuvent être résumés de la sorte (les nouveaux items soulignés) :

- Absence du médecin traitant
- Accident du travail
- Besoin d'un deuxième avis médical
- Caractère pluridisciplinaire des urgences
- Confiance en l'hôpital
- Contraintes liées à l'horaire et, ou, à l'emploi du temps
- Dernier recours
- Dossier médical à l'hôpital
- Douleur
- Durée d'évolution des symptômes
- Facilité de paiement ou gratuité présumée des soins
- Gravité présumée de la situation
- Inquiétude
- Manque de confiance envers les autres médecins généraliste ou le remplaçant
- Ne veut pas déranger son médecin traitant
- Orienté par la famille, un ami, un paramédical
- Plus facile de trouver un médecin qui parle anglais
- Proximité géographique
- Rapidité et facilité de prise en charge
- Réalisation d'un examen complémentaire
- Réalisation d'un geste technique
- Travaille dans l'hôpital



Motifs de consultations

(Pondérés par le nombre de réponses données)

III- ECHANTILLON ETUDIE POUR LA QUESTION DE NOTIONS D'URGENCE ET DE GRAVITE.

On a donc pu observer de nouveaux éléments qui n'étaient pas rapportés dans les études citées.

Afin d'essayer de mieux comprendre les éléments influençant la décision de consulter un service d'urgence, des questions ont été posées aux patients afin de définir les notions d'urgence et de gravité médicale.

A la question '*qu'est-ce pour vous qu'une urgence médicale*' les réponses sont variées, on retrouve quelques notions citées plus haut telles que la douleur (P13_H12 « *C'est quand on a mal quelque part, très très mal.* » ; P27_H55 « *de fortes douleurs que vous auriez du mal à supporter.* »), l'angoisse (P17_H32 « *Parfois vous ressentez qu'il vaut mieux se faire soigner de suite parce que c'est inquiétant.* » ; P31_F68 « *C'est un ressenti inhabituel. Et ça c'est inquiétant.* »), la gravité ressentie (P8_H54 « *Il y a la gravité que l'on peut voir, et la gravité que l'on peut ressentir.* » ; P39_F30 « *Quand ça paraît grave, c'est une urgence.* »), le traumatisme physique et l'accident (P30_H37 « *Et tout ce qui est corporel, comme des lésions et tout ça.* » ; P2_H61 « *Un accident violent, un accident ménager, une violente hémorragie qu'il faut stopper immédiatement.* »), le manque d'autre recours (P23_H60 « *Quand t'es dans le besoin et que t'as aucune solution* » ; P2_H61 « *C'était pas grave, mais tout ça pour dire que le médecin quand on en a besoin et ben il est pas là ! Et puis parfois il est loin ou alors il est occupé.* »), la nécessité de gestes techniques ou d'avis spécialisés (P34_H37 « *Une coupure, une blessure qui saigne qui va nécessiter des points.* » ; P16_F39 « *Pour être transféré vers un service interne ou externe, pour être orienté.* ») et d'une prise en charge rapide (P7_H24 « *Quelque chose qui ne peut pas attendre, qui doit être résolu rapidement.* » ; P10_H31 « *Qui nécessite une prise en charge rapide.* »)

On trouve également des notions qui n'apparaissent pas directement lorsque l'on demande aux gens pourquoi ils viennent, ou viendraient, consulter un service d'urgences, telles que la notion d'une situation rendue urgente par manque de soins (P36_H31 « *J'ai entendu plein d'histoire de gens qui avaient quelque chose, qui pensaient que c'était pas grave qui n'ont rien fait, et le lendemain quand ils se réveillent au final ils aggravent leur cas.* »), une automédication dangereuse ou inefficace (P21_F45 « *Lorsque l'on a pris des cachets à la maison et que malgré ça on sent que ça ne va pas, que ça ne passe pas.* » ; P39_F30 « *Quelqu'un qui a pris trop de cachets.* »), la notion de mort (P18_F21 « *Like a life threatening issue.* » ; P39_F30 « *Quand le pronostic vital est engagé aussi.* »), de détresse psychologique (P3_F52 « *Psychologiquement j'étais vraiment très mal, j'avais besoin rapidement d'aide.* » ; P12_H19 « *Quelqu'un qui a des tendances suicidaires, qui n'est pas forcément en danger immédiat, mais qui vient consulter avant de faire une bêtise.* »), la peur d'être dépassé par une situation (P8_H54 « *C'est l'incapacité de savoir et d'évaluer certains symptômes, qui sont peut-être graves.* » ; P22_F51 « *Quelque chose qu'on peut difficilement gérer seule.* »), l'urgence sociale (P12_H19 « *Tout ce qui touche un peu aux violences du quotidien, je pense par exemple aux sans-abris, qui sont dans la rue, qui ne sont pas forcément en danger de mort immédiate bien sûr, mais qui sont potentiellement en danger. Je pense aussi aux femmes battues, là aussi le danger est potentiel, mais il y a quand même une urgence à venir consulter à l'hôpital.* »), la rapidité d'installation des symptômes (P16_F39 « *Une urgence c'est pas quelque chose qui est là depuis*

une semaine. ») et enfin la distinction avec l'inhabituel, l'inconnu (P7_H24 « *Quelque chose qui représente une interruption dans notre routine, dans notre vie quotidienne, quelque chose d'inhabituel. »* ; P12_H19 « *Sa santé est en danger, et lui-même ne sait pas comment y répondre parce qu'il est surpris par le caractère inhabituel des symptômes. »*) et l'identification par le patient de symptômes qu'il sait être graves (P21_F45 « *Aujourd'hui on est quand même informé, on sait que si on a une douleur à la poitrine ou quelque chose comme ça, il faut venir consulter. »* ; P20_F40 « *Une douleur dans la cage thoracique, comme une barre. »*).

Ce qui peut être résumé par la liste suivante (les nouveaux items soulignés) :

- Accident, traumatisme physique
- Aggravation par manque de soins
- Automédication
- Danger de mort
- Détresse psychologique
- Douleur
- Être dépassé par la situation
- Gravité ressentie, potentielle
- Inquiétude, l'inconnu
- Le manque d'autre recours
- L'urgence sociale
- Nécessité de gestes techniques
- Nécessité de prise en charge rapide
- Nécessité d'être orienté vers un service spécialisé
- Quelque chose d'inhabituel, inattendu
- Rapidité d'installation des symptômes
- Symptômes connus pour être graves

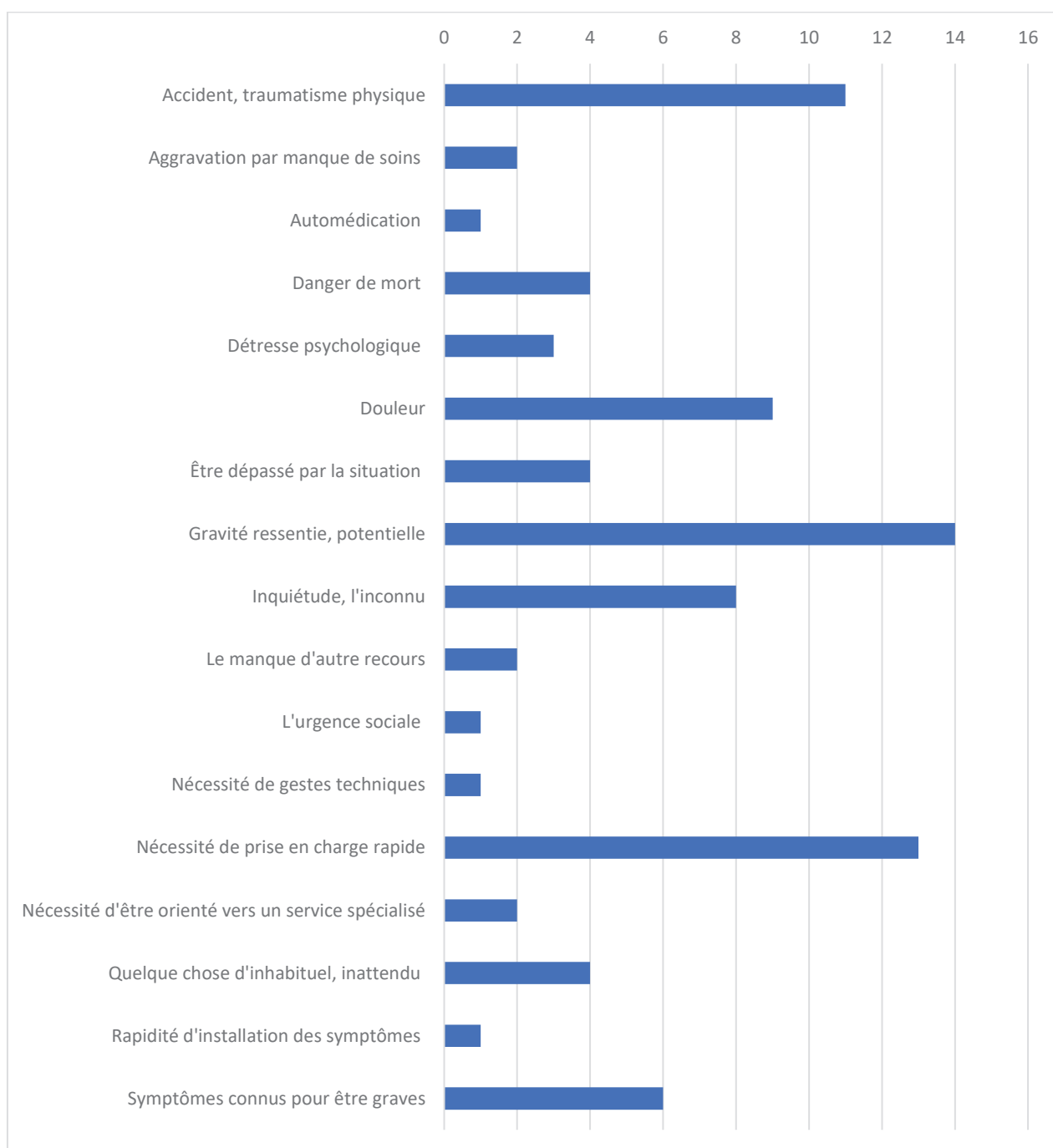
A la question '*quelle serait votre définition de la gravité d'une situation*' les réponses sont globalement semblables à celles énumérées ci-dessus concernant la notion d'urgence.

On note cependant quelques différences intéressantes qui n'apparaissent pas lorsque les patients devaient définir l'urgence, telles que la prise en compte des caractéristiques de la personne malade (P22_F51 « *Pour la gravité ça va aussi dépendre de la personne qui est reçue, par exemple si c'est un enfant ou une personne âgée fragile, une personne qui a des troubles cognitifs. Ça peut aggraver une situation. »* ; P18_F21 « *The age matters. Or whether or not they have disabilities. »*), le danger pour autrui (P18_F21 « *Somebody with schizophrenia or some mental health issues, having hallucinations, or having a panic attack, it can be serious for the person, and the people around. »*), le rôle d'un ou plusieurs éléments extérieurs (P13_H12 « *Les incendies. Les éboulements. Les tremblements de terre. »* ; P23_H60 « *Un séisme, un accident d'avion, un crash, toutes ces choses-là. »*), les pathologies vues comme incurables (P11_H62 « *La gravité c'est quand on a un cancer. Quand on a une grosse maladie incurable. Mais surtout le cancer. »*), et enfin la notion de non-compétence du patient dans le domaine du diagnostic

médical (P22_F51 « *Après moi je ne suis pas médecin, ça n'est pas à moi de juger de la gravité de la situation.* » ; P2_H61 « *Ah je ne sais pas, je ne suis pas Docteur ! (Rires)* »).

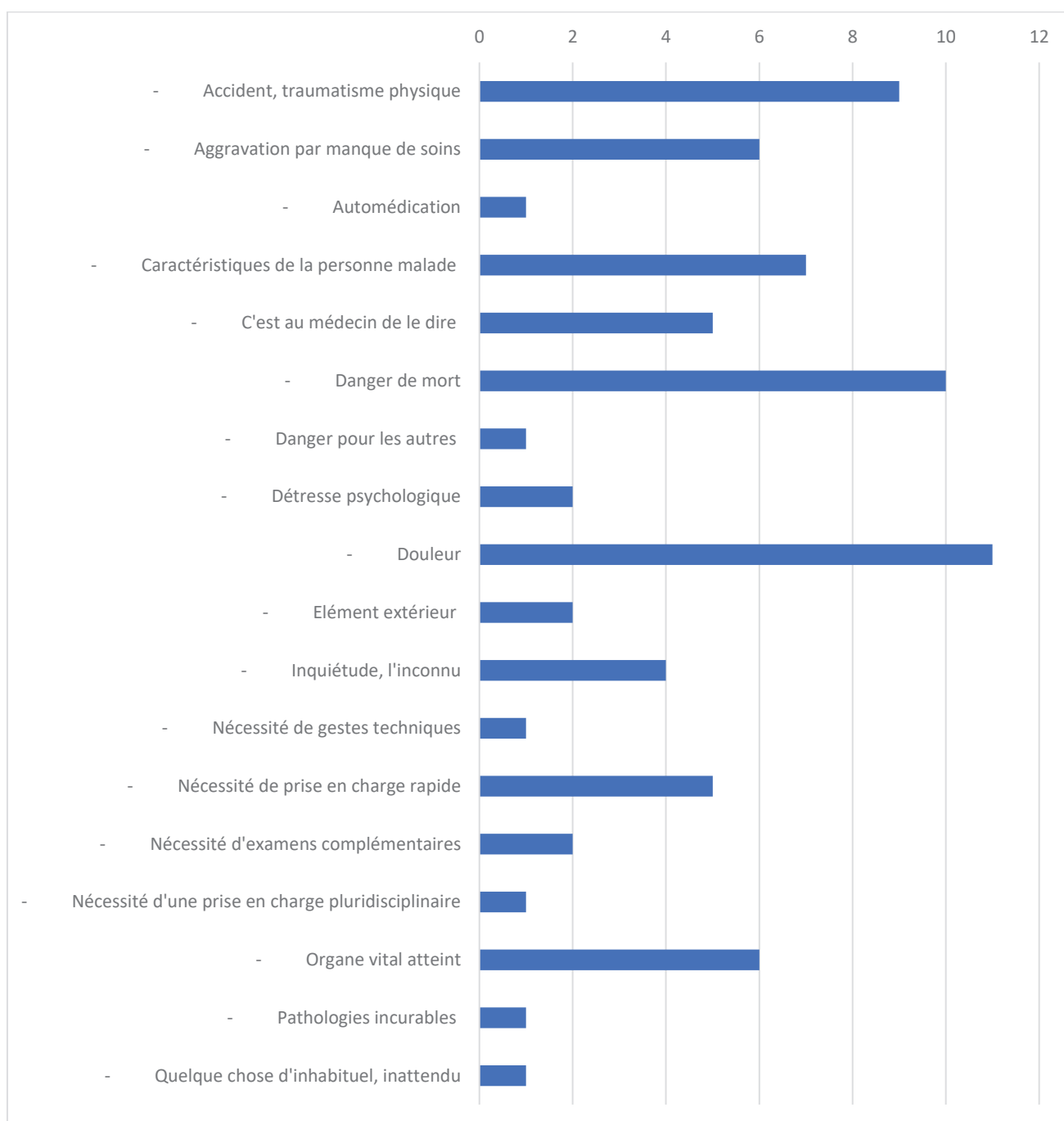
Ce qui peut être résumé par la liste suivante (les nouveaux items soulignés) :

- Accident, traumatisme physique
- Aggravation par manque de soins
- Automédication
- Caractéristiques de la personne malade
- C'est au médecin de le dire
- Danger de mort
- Danger pour les autres
- Détresse psychologique
- Douleur
- Elément extérieur
- Inquiétude, l'inconnu
- Nécessité de gestes techniques
- Nécessité de prise en charge rapide
- Nécessité d'examens complémentaires
- Nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire
- Organe vital atteint
- Pathologies incurables
- Quelque chose d'inhabituel, inattendu



Définition de l'urgence

(Pondérée par nombre de réponses données)



Définition de la gravité

(Pondérée par le nombre de réponses données)

IV- LES ATTENTES CONCERNANT LE SERVICE DES URGENCES.

Enfin il a été demandé aux patients quelles étaient leurs attentes concernant le service des urgences.

Cela a été l'occasion de formuler quelques critiques, la plupart du temps constructives, et d'exprimer leurs désirs quant à la prise en charge dans le service. Il est intéressant de voir que là aussi certains désirs exprimés sont directement liés au motif de consultation, tels que la compétence attendue de l'hôpital, la réalisation d'examens complémentaires, de gestes techniques ou d'avis spécialisés, la rapidité de la prise en charge, sortir avec un diagnostic précis et donc être rassuré.

Mais on voit également ressortir de façon récurrente le désir d'écoute, d'empathie, d'humanité (P33_H14 « *Moi ce que j'attends des urgences c'est plus leur donner mon ressenti, qu'ils m'écoutent, et qu'ils fassent les choses en fonction de ça.* » ; P3_F52 « *Du respect, déjà. Une écoute. De l'humanité.* » ; P8_H54 « *Une écoute. Voilà je pense que déjà l'écoute c'est pas mal. Après je pense que les médecins savent faire leur travail. Mais je pense que vraiment, l'écoute est importante.* »).

Il faut noter que la grande majorité (35/40) des patients interrogés ont spontanément déclaré lors de cette question qu'ils étaient globalement satisfaits de l'offre proposée, notamment sur le plan professionnel.

Parmi les reproches faits au service des urgences, il y a notamment le manque d'écoute (P3_F52 « *Ne pas avoir été écoutée, tout ça a rajouté à cette souffrance que j'avais.* »), l'attente en salle d'attente (P35_F30 « *C'est vrai que les urgences ça dépanne bien, mais il faut attendre longtemps.* ») et dans les couloirs en attendant les résultats (P21_F45 « *On doit attendre longtemps, sur des brancards, dans le couloir... ça n'est pas très agréable.* »), le manque de communication (P22_F51 « *Ça manque de communication.* »), et le manque de confidentialité (P38_F43 « *Et quand on est en rang d'oignons là comme ça dans le couloir, tout le monde entend tout, il n'y a vraiment aucune confidentialité.* »), et enfin le stress communicatif entre les malades (P12_H19 « *Le côté anxiogène, on est à côté de gens qui viennent pour des raisons similaires, qui sont eux aussi très stressés.* ») et enfin l'absence de dossier médical (P33_H14 « *Mon médecin traitant je le vois régulièrement, c'est lui qui m'a toujours suivi, du coup il sait tous mes antécédents, il sait toutes les fois où il m'a vu, il m'a vu grandir. Du coup lui il sait quand il y a un problème, et comment s'en occuper. Alors que le médecin des urgences, je vais le voir une fois, il va bien soigner c'est sûr, j'imagine bien, mais lui il ne me connaît pas. Donc si j'ai le choix je préfère aller voir mon médecin traitant.* »).

Il a ensuite été demandé si, à la suite de cela, ils auraient des idées à soumettre, des solutions potentielles à proposer afin d'améliorer l'accès aux soins d'une façon générale, et ainsi permettre de désengorger les services d'urgences.

V- LES SOLUTIONS PROPOSEES.

La question de savoir s'ils avaient des idées pour améliorer l'offre de soin proposée a été posée aux patients.

Il en ressort des idées que l'on peut classer selon trois grands axes :

- Plus de moyens et d'effectifs (P20_F40 « *Il manque du personnel dans l'hôpital. Il faudrait embaucher des gens.* »)
- Une meilleure information (P16_F39 « *Peut-être qu'il faudrait des campagnes d'information. Parce que c'est toujours la solution de facilité les urgences : on va aux urgences, on est pris en charge ! Effectivement... c'est la grosse facilité... des campagnes de prévention, de publicité, peut-être pour éduquer les gens à tout ça ?* » ; P36_H31 « *Peut-être par manque d'information, et je pense aussi qu'on ne clarifie pas assez les rôles aux gens.* »), communication (P8_H54 « *Il m'a expliqué ce que c'était, il a bien pris le temps de m'écouter et surtout de m'expliquer ce qui m'arrivait. Et ça rassure le patient. Parce que toutes ces choses-là, nous on ne le sait pas ! Et après nous avoir expliqué, j'étais rassuré, et lorsque ça m'est arrivé de nouveau, je savais ce qui m'arrivait, je n'étais plus inquiet.* ») et formation du grand public aux questions de santé et d'urgence médicale (P35_F30 « *Je pense que la formation aux premiers secours, mise en place dès le plus jeune âge dans les écoles tout simplement, serait importante.* » ; P39_F30 « *On a déjà des cours de sport, des cours d'éducation civique, pourquoi on n'aurait pas des cours de premiers secours ? Ça pourrait très bien se faire.* »).
- Et enfin spontanément il ressort des idées qui sont déjà mises en place dans certains grands centres d'urgences telles qu'un temps de repos obligatoire pour les soignants (P35_F30 « *La mise en place de temps de repos obligatoire pour le personnel des urgences. En fait le chef de service des urgences a imposé à chaque employé de se reposer une demi-heure sur leur temps de travail, et au final les patients étaient mieux pris en charge et le personnel était plus détendu.* »), la mise en place d'une maison médicale de garde (P15_F68 « *Une espèce d'annexe qui gérerait les petites choses, les petits bobos et les choses comme ça.* » ; P16_F39 « *Un médecin de ville qui vient dans le service des urgences pour s'occuper des petites choses, pour essayer de désengorger le service des urgences.* ») et la présence d'un MAO (P21_F45 « *Il faut quelqu'un qui fasse la jonction, qui fasse le tri à l'accueil pour orienter les gens soit vers les urgences classiques, soit vers cette maison de santé.* » ; P8_H54 « *C'est très important, la première approche du patient, ça sert à cibler le problème.* »)

DISCUSSION

I- LIMITES DE L'ETUDE.

Il s'agit d'une étude monocentrique réalisée aux urgences de Menton, dans un service ne disposant pas de MAO ni de maison médicale.

Les interrogatoires ont été réalisés sur une courte période (douze demi-journées réparties sur un mois entre novembre et décembre), ne reflétant pas les fluctuations saisonnières des passages aux urgences.

II- FORCES DE L'ETUDES.

Un panel de patients relativement important pour une étude qualitative (quarante patients).

La diversité du panel, sur le plan social, professionnel, sur l'étendue d'âge, et les différentes nationalités.

Pas de biais de sélection : proposition systématique et inclusion (si accord préalable) de tout patient se présentant par ses propres moyens pendant les heures d'ouvertures des cabinets de médecine générale lors des demi-journées de recueil de données.

III- DISCUSSION.

Lors de l'analyse de la question du motif de consultation aux urgences, on retrouve de nombreux éléments connus, quelques ajouts sont relativement ponctuels (le besoin d'une déclaration d'accident du travail qu'aurait sûrement pu faire le médecin traitant, le personnel de l'hôpital qui profite de la structure sur place), mais on remarque des phénomènes marquants.

Le manque de confiance envers les médecins généralistes autres que son médecin de famille. Pourquoi préférer un médecin inconnu du service des urgences plutôt qu'un médecin inconnu en médecine libérale? L'aura de l'hôpital joue probablement un rôle sur ce phénomène et la confiance que peuvent avoir certaines personnes (parfois avouée comme étant irrationnelle) envers les médecins hospitaliers. Il est intéressant de voir que si l'intégralité des patients interrogés dit avoir entièrement confiance en son médecin traitant, en revanche il n'en est pas de même pour les autres médecins libéraux, et SOS médecins.

Le fait de ne pas vouloir déranger son médecin traitant. Sur les quarante patients interrogés, deux (P23_H60 et P9_F72) n'ont pas voulu aller voir leur médecin traitant de peur de déranger, de prendre la place de quelqu'un d'autre. Pour ces deux personnes le service des urgences était vu comme l'endroit où avoir un avis lorsque l'on pense son cas tellement peu grave qu'il ne mérite pas d'aller voir son médecin traitant. Cela paraît antinomique du Service des Urgences, sauf si l'on redéfinit le rôle de ce service comme étant apte à prodiguer des conseils et orienter les gens, en dehors d'une urgence médicale avérée. On a pu le constater avec le patient P8_H54 qui après avoir eu les explications sur le caractère bénin de son problème récurrent a cessé de venir aux urgences pour ce motif qui l'inquiétait.

Enfin il semble intéressant de souligner, dans une région aussi touristique que la nôtre, que les urgences sont un point central de consultation pour les étrangers, qui peuvent à la fois bénéficier du plateau technique, comme souvent énoncé, mais aussi trouver un médecin parlant anglais (médecins plus nombreux ? plus jeunes ?).

On trouve également des notions qui n'apparaissent pas directement dans la question du motif de consultation mais qui semblent émerger dès qu'on approfondi la question du ressenti de l'urgence et de la gravité par les patients. Ce qui peut montrer que la notion d'urgence et la motivation à consulter un service d'urgences sont deux choses relativement dissociées dans l'esprit des gens.

Avec la notion d'une situation rendue urgente par manque de soins, il est intéressant de voir que la perte de temps est vécue comme une perte de chance ; idée qui est revenue régulièrement dans ces entretiens. La peur de passer à côté de quelque chose de grave, de ne pas prendre des symptômes au sérieux par manque de connaissances médicales, ou bien de les traiter de façon incomplète par une automédication inappropriée. De même plusieurs personnes ont répondu en riant « je ne sais pas, je ne suis pas médecin ! », phrase qui, bien que tournée sur le ton de l'humour, nous ramène au préambule de l'étude qui dit que le patient n'ayant pas reçu de formation médicale, n'est pas à même de juger de la gravité ou de l'urgence d'une situation.

Un autre élément me semble important à noter, bien que cité une seule fois : celui du dossier médical. Quand bien même un compte rendu de passage est gardé après un passage aux urgences, l'histoire du patient et son dossier complet ne sont présents que chez le médecin traitant. Ce qui dans les faits ne modifie pas les comportements de consultations aux urgences, malgré un impact possible sur la prise en charge du patient.

Les réponses données entre les définitions de l'urgence et de la gravité sont globalement très similaires. On remarque malgré tout certaines différences dans la définition donnée de la gravité, avec l'apparition de nouvelles notions telles que le danger pour autrui, la gravité relative en fonction de la fragilité de la personne.

Il revient fréquemment un imaginaire fort de l'urgence et de la gravité tels que la brutalité de l'accident, le sang, les membres fracturés, les plaies, l'atteinte du cœur, du cerveau. Des images fortes, mais peu précises. On entend souvent parler de « la mort » (25 fois) « du cœur » (9 fois) ou bien du « sang » (12 fois), mais on entend assez peu de termes techniques médicaux. Peu « d'infarctus » (1 fois) ni même

« d'hémorragie » (2 fois). Idem pour les termes « cerveau » (6 fois) et « AVC » (2 fois). Cela permet d'imager les représentations qu'ont les patients de la gravité, et de la peur ressentie face à cette gravité. On retrouve cela avec la peur des éléments extérieurs sur lesquels on n'a pas de contrôle (« l'accident de voiture » (6 fois), « l'incendie » (1 fois)). Peu de rationalisation et de termes techniques face à une situation dont on sent qu'elle nous dépasse ou qu'elle nous inquiète.

Ce qui a été parfois contrebalancé par des notions médicales justes, pertinentes et précises, notamment sur la douleur thoracique, oppressante, en barre, ou sur l'AVC et une déviation de la bouche ou des troubles de la parole. On voit ici une certaine efficacité des messages de prévention diffusés via les médias traditionnels et malgré tout une certaine connaissance médicale, simple et efficace, concernant certaines pathologies aiguës graves.

Malgré ces connaissances pertinentes, il est revenu plusieurs fois la notion de ne pas déranger les urgences pour « *si peu* », avec une énumération de symptômes tels que la fièvre, des douleurs abdominales, des vertiges. Symptômes qui peuvent cacher des situations bien plus graves qu'elles n'y paraissent. Tout ceci nous conforte dans l'idée que les urgences ont également un rôle d'accueil, de conseil et de tri, qui doit être réalisé par un médecin, et qu'en l'état actuel des choses il est difficile pour le patient de juger efficacement de la gravité de sa situation.

On se rend compte par ces questions, justement plus ouvertes, que la vision des urgences par le patient est très vaste, et inclue des réflexions pertinentes souvent liées, entre la représentation de la chose 'grave', l'inquiétude de ne pas savoir, la peur de laisser trainer et aggraver une situation, le tout en reconnaissant qu'ils ne sont pas formés pour réagir et agir en conséquence.

Finalement la question très concrète sur le motif de consultation aux urgences ne laissait que peu de place à l'imagination, là où la question « qu'est-ce que la gravité », beaucoup plus abstraite, permet de faire ressortir les représentations imagées des patients vis-à-vis de la gravité d'une maladie (la mort, le sang, la souffrance, le cœur). Elle permet également de prendre de la distance (« *je ne suis pas docteur moi, je n'en sais rien* »), d'exprimer l'inquiétude face à la perte de contrôle d'une situation, ainsi que faire ressortir une dimension psychologique et sociale de l'urgence.

Enfin, que ce soit dans les attentes ou dans les critiques, on retrouve souvent la communication, l'écoute et l'empathie comme étant les qualités recherchées par les patients. Les gens sont globalement satisfaits des compétences et des moyens techniques mis en œuvre à l'hôpital, mais souhaiteraient plus d'empathie, tout en ayant conscience de la surcharge de travail rendant cela difficile. L'attente étant finalement comprise comme inévitable et justifiée.

Dans les solutions proposées pour améliorer l'attente aux urgences, les axes de solutions proposés semblent intéressants à étudier. Il apparaît que spontanément les gens souhaitent avoir un accueil et un tri initial par un médecin, quitte à être redirigés secondairement vers une maison médicale, afin d'être rassurés dès l'entrée aux urgences. L'inquiétude vis-à-vis d'une situation inconnue, inhabituelle, anxiogène est une définition donnée de l'urgence et un motif de consultation récurrent. On voit bien ici l'importance du rôle d'accueil des urgences, avec des patients qui souhaitent avant tout être rassurés devant une situation vécue comme inquiétante.

De nombreux patients ont également parlé des difficultés à trouver des informations claires et dignes de confiance. Les spots de prévention sont vus comme positifs mais sont perçus comme ayant peu d'impact, et Internet est regardé avec défiance et n'est pas perçu comme une source d'information fiable. Ce rôle d'information et d'éducation du médecin peut également passer par le médecin des urgences, même s'il est souvent pressé par le temps et la charge de travail.

On note également que certains patients estiment qu'il y a malgré tout des consultations abusives, où les urgences sont vues comme la solution de facilité, et qu'il faudrait communiquer plus clairement sur le rôle des urgences, quitte à ce qu'un médecin d'accueil puisse débouter les demandes perçues comme non adaptées.

Il ressort enfin un souhait de se former pour savoir mieux gérer une situation urgente, ce dès le plus jeune âge avec la proposition récurrente de rendre obligatoires des cours de premiers secours au collège, avec une formation continue ultérieure. Une telle formation, en plus du bienfait évident en termes de capacité à gérer une situation d'urgence, permettrait peut-être de pallier ce manque global d'éducation concernant la santé.

On voit à travers ces questionnaires une volonté de se former, de se renseigner, souvent non concrétisée faute de savoir vers qui se tourner. Est-ce qu'une meilleure information sur les problématiques de santé et une meilleure formation à la gestion de l'urgence permettrait d'avoir une meilleure orientation spontanée des patients vers les différentes offres de soins proposées actuellement ?

CONCLUSION

Au terme de ce travail nous retrouvons des idées qui pourraient se greffer aux études déjà réalisées afin de les compléter.

Nous pouvons proposer un questionnaire se prêtant à une étude quantitative, intégrant les nouvelles données issues de cette étude sur les circonstances poussant les patients à consulter aux urgences :

- Absence du médecin traitant
- Gravité/urgence présumée
- Angoisse
- Douleur
- Solution rapide
- Prestations offertes par le SU : demande d'un examen complémentaire, d'une consultation spécialisée, présence d'un plateau technique spécialisé
- Impression de meilleure prise en charge
- Proximité géographique
- Facilité financière
- Echec des solutions antérieures
- Aucune alternative de recours extra hospitalier connue
- Habitudes de consultation
- Orienté par un proche
- Urgence liée au contexte social
- Besoin d'un second avis médical
- Ne pas prendre la place d'un autre patient chez son médecin généraliste
- Contexte de fragilité de la personne
- Souffrance psychologique
- Personnel hospitalier
- Facilité d'usage pour un patient étranger / recherche d'un médecin parlant anglais.

Il ressort de cette étude de nouvelles propositions telles que l'urgence liée au contexte social, liée aux caractéristiques physiques de la personne, aux souffrances psychologiques, la peur d'aller voir son médecin traitant pour trop peu, la facilité d'usage pour une personne étrangère, et la facilité d'usage pour le personnel hospitalier.

Ce questionnaire a permis également de mettre en exergue le préambule de l'étude qui stipule que cela n'est pas au patient de juger de la notion d'urgence d'une situation, du fait de son manque de formation médicale et de la difficulté à trouver des informations claires et dignes de confiance.

Parmi les idées évoquées par les patients, certaines ont déjà été mises en œuvre dans certaines structures, telles que la présence d'un MAO et d'une maison médicale de garde au sein de l'hôpital.

D'autres s'orientent vers la formation dès l'adolescence à reconnaître et savoir gérer une situation urgente et vers une meilleure information du grand public concernant à la fois les problèmes de santé publique mais aussi sur le rôle des urgences afin de mieux réguler certaines consultations vues comme étant abusives.

BIBLIOGRAPHIE

1.

DREES Ministère de la santé. La médecine d'urgence [Internet]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/28-2.pdf>

2.

Ministère de la santé. Bulletin Officiel n°2003-20 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>

3.

Anne-Claire Durand. ED patients: how nonurgent are they ? Systematic review of the emergency medicine literature. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735675710000045>

4.

S. Gentile. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale : analyse de nouveaux comportements de santé - EM|consulte [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/110807>

5.

Samu-Urgences de France. Les 1ères Assises de l'Urgence Comment garantir l'accès à des soins médicaux de qualité en urgence ? [Internet]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Riou_Assises_de_l_urgence_recommandations_de_Samu-Urgences_de_France.pdf

6.

Ministère de la santé. Bulletin Officiel n°2003-20 relative à la prise en charge des urgences [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-20/a0201409.htm>

7.

VUAGNAT Albert. Les urgences hospitalières, qu'en sait-on ? [Internet]. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2013_dossier01.pdf

8.

G. Hernandez. Articulation Urgences - Médecine de ville Résumé d'expérience au CH de Moulins-Yzeure. Disponible sur: http://www.samu-urgences-de-france.fr/medias/files/129/663/jsudf2011a_13_artic-urg-ville_ex-moulins.pdf

9.

Baubeau - 2003 - Motifs et trajectoires de recours aux urgences hos.pdf [Internet]. [cité 5 juill 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er215.pdf>

10.

Lerat M. Motivations, motifs de consultations et parcours de soins des patients consultant aux urgences du centre hospitalier de cambrai [Internet]. Disponible sur: <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/eb7cf25f-6c41-4a65-80d2-92630568dc48>

11.

Ladner J. Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences : motifs de recours et comportements de consommation de soins [Internet]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/POS/2008/1/33.pdf>

12.

Jakoubovitch S. Les emplois du temps des médecins généralistes. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er797-2.pdf>

13.

Valérie CARRASCO, Dominique BAUBEAU. Les usagers des urgences Premiers résultats d'une enquête nationale. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/usagers_urgences.pdf

14.

Laure MEUNIER. PARCOURS DE SOINS ET MOTIFS DE RECOURS AUX URGENCES HOSPITALIERES DE NANTERRE [Internet]. Disponible sur: http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3327_MEUNIER_Laure_these.pdf

15.

Laurence Cohen. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les urgences hospitalières. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1. FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Analyse des facteurs influençant la prise décisionnelle d'une consultation aux urgences.

RECHERCHE QUALITATIVE auprès des patients se présentant aux urgences.

Introduction : L'objectif de notre étude qualitative est de proposer un questionnaire ouvert aux patients afin d'analyser leur motivation à venir consulter un service d'urgence.

Les objectifs et la finalité de ce projet sont de mettre en évidence les besoins et attentes des patients consultant un service d'urgence, afin d'élaborer une piste de réflexion pour l'amélioration des services de soins, libéraux et publics, proposés aux patients.

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Mr Jean Ablart, suivant vos disponibilités, dans les locaux de l'hôpital de Menton, La Palmosa.

Il durera de 15 à 45 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant vos motifs de consultations aux urgences, ainsi que plus généralement votre expérience avec les services de soins et les différentes alternatives de soins proposées dans la région.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Jean Ablart.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de sa thèse et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions. ☐
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison. ☐
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien. ☐
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication. ☐
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude. ☐

Signature (participant)_____

Signature (investigateur)_____

Date_____

Date_____

Nom_____

Nom_____

ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE PROPOSE AUX PATIENTS.

QUESTION 1.

Pour le problème médical qui vous amène aujourd'hui quelles sont vos raisons d'avoir choisi ce service des urgences plutôt qu'un service en médecine de ville ?

QUESTION 2.

Quelle serait votre définition d'une urgence médicale ?

QUESTION 3.

Quelle serait votre définition de la gravité d'un problème médical ?

QUESTION 4.

Qu'attendez-vous du service des urgences et du personnel qui y travaille ?

QUESTIONS SUBSIDIAIRES.

Que pensez-vous de la formation et de l'information du grand public envers les questions de santé et de gestion des situations urgentes ?

Auriez-vous des idées à proposer pour améliorer l'offre de soins existante ?

RESUME

Introduction : La saturation des services d'urgences entraine des difficultés de fonctionnement. Le patient n'ayant pas reçu de formation médicale est considéré comme n'étant pas à même de juger de la gravité de son état de santé. De nombreuses études ont été réalisées pour analyser les motifs de consultations dans les services d'urgences, mais la majorité ont été réalisées auprès ou par des professionnels de santé. L'objectif de cette étude est de proposer un questionnaire ouvert aux patients se présentant dans un service d'urgences afin d'analyser leur décision de venir consulter ce service, ainsi que voir leurs représentations des notions d'urgence et de gravité.

Matériel et Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative monocentrique, basée sur quarante entretiens individuels de patients se présentant aux urgences de l'hôpital de Menton pendant les heures ouvrables des cabinets de médecine générale libérale.

Résultats : On recense dans cette étude un certain nombre de motifs de consultation non listés par les études précédentes tels que le manque de confiance envers les autres médecins libéraux, le besoin d'un second avis médical, le constat d'accident du travail, la commodité pour le personnel hospitalier, la praticité pour une personne étrangère ne parlant pas français, le besoin d'un avis médical sans vouloir déranger son médecin traitant. On note dans les représentations de l'urgence et de la gravité des notions supplémentaires telles que la peur du manque de soins et de se laisser dépasser par une situation mal contrôlée, la mauvaise automédication (insuffisante ou délétère), la détresse psychologique, l'urgence sociale, et la reconnaissance par le patient de symptômes connus pour être graves.

Discussion : Il ressort de cette étude que le patient se sent souvent inquiet et démuni face à une situation inhabituelle, ressentie comme potentiellement grave. Il ne se sent pas les moyens de la gérer lui-même et a souvent recours aux urgences pour se rassurer, s'informer sur sa situation. Le manque de formation et de sources fiables d'information font qu'il va se tourner vers le médecin le plus proche. Il ressort que souvent ce médecin sera le médecin des urgences, par commodité géographique ou par soucis de rapidité. Dans les pistes de réflexion pour améliorer cette situation, certaines ont déjà été mise en place, telles qu'un médecin d'accueil et d'orientation ou une maison médicale, d'autres pourraient être envisagées telles qu'une éducation à la santé, une formation obligatoire aux gestes de premier secours et une meilleure information du grand public sur le rôle du service des urgences afin de limiter les consultations ressenties comme abusives.

ABSTRACT

Objective : The saturation of the emergency wards causes difficulties. The patient who has not received medical training is considered unable to judge the seriousness of his state of health. Many studies have been done to analyze the reasons for consultations in emergency wards, but the majority have been conducted from health professionals' point of view. The objective of this study is to analyze the patients' decision to come to these services, as well as to see their representations of the notions of emergency and severity.

Methods : This is a monocentric qualitative study, based on forty individual interviews composed of open questions to patients presenting themselves to the emergency ward of the Menton hospital during the working hours of general practitioners.

Results : This study shows a number of reasons for consultation not listed by previous researches such as : the lack of confidence in other liberal doctors, the need for a second medical opinion, the report of an accident at work, the convenience for the hospital staff, the convenience for a foreign patient, the need for medical advice without disturbing their doctor. In the representations of the emergency and severity by the patients, additional notions such as the fear to be misdiagnosed and to be overcome by a poorly controlled situation, the inappropriate self-medication, the psychological distress, the social emergency, and recognition of symptoms known to be severe.

Conclusion : The patient often feels worried and helpless in the face of an unusual situation that is perceived as potentially serious. He does not feel competent and often uses emergency wards to reassure himself, to learn about his situation. The lack of training and reliable sources of information means that he will turn to the nearest doctor. It appears that often this doctor will be the emergency doctor, for geographical convenience and speed. To improve this situation, some solutions have already been applied, such as a sorting doctor or a dispensary. Others could be considered such as health education, mandatory first aid training and better information on the role of the emergency departments in order to limit consultations perceived as abusive.