



HAL
open science

Identification des informations manquantes aux patients en vue d'éviter une consultation aux urgences pour des soins relevant du premier recours.

Amandine Bonhomme

► To cite this version:

Amandine Bonhomme. Identification des informations manquantes aux patients en vue d'éviter une consultation aux urgences pour des soins relevant du premier recours.. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04128575

HAL Id: dumas-04128575

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04128575v1>

Submitted on 14 Jun 2023

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.

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

BEAUREGARD née BONHOMME Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 01 juin 2023

IDENTIFICATION DES INFORMATIONS MANQUANTES AUX PATIENTS
EN VUE D'EVITER UNE CONSULTATION AUX URGENCES
POUR DES SOINS RELEVANT DU PREMIER RECOURS

Directeur de thèse : Monsieur TESSIERES Frédéric, Maitre de Conférence associé à l'UFR de Médecine de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités à l'UFR de Médecine de Clermont-Ferrand, Madame CHARRAS-REAL Ghislaine, Médecin Généraliste à Aigueperse et Madame ROLLIN Stéphanie, Médecin Généraliste à Saint Bonnet près Riom

UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE
UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

THESE D'EXERCICE
POUR LE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
PAR

BEAUREGARD née BONHOMME Amandine

Présentée et soutenue publiquement le 01 juin 2023

IDENTIFICATION DES INFORMATIONS MANQUANTES AUX PATIENTS
EN VUE D'EVITER UNE CONSULTATION AUX URGENCES
POUR DES SOINS RELEVANT DU PREMIER RECOURS

Directeur de thèse : Monsieur TESSIERES Frédéric, Maitre de Conférence associé à l'UFR de Médecine de Clermont-Ferrand, Médecine Générale

Président du jury : Monsieur SCHMIDT Jeannot, Professeur des Universités, Praticien Hospitalier au CHU de Clermont-Ferrand

Membres du jury : Monsieur VORILHON Philippe, Professeur des Universités à l'UFR de Médecine de Clermont-Ferrand, Madame CHARRAS-REAL Ghislaine, Médecin Généraliste à Aigueperse et Madame ROLLIN Stéphanie, Médecin Généraliste à Saint Bonnet près Riom



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
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE PREMIERE VICE-PRESIDENTE CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: BERNARD Mathias : FOGLI Anne : PEYRARD Françoise : PREVOT Vanessa : PAQUIS François



**UFR DE MEDECINE
ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice

: **HAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR

: **CLAVELOU** Pierre

DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **ROBERT** Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude – DURIF Franck - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

CLASSE EXCEPTIONNELLE

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie
M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
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
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie

M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie

2ème CLASSE

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
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
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique

M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

1ère CLASSE

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

2ème CLASSE

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne

Nutrition Humaine

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne

Médecine Générale

M. CAMBON Benoît

Médecine Générale

M. TANGUY Gilles

Médecine Générale

M. BERNARD Pierre

Médecine Générale

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

HORS CLASSE

Mme BOUTELOUP Corinne

Nutrition

Mme FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M. DELMAS Julien	Bactériologie
M. ROBIN Frédéric	Bactériologie
M. MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire

1ère CLASSE

M. MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M. OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mme COSTE Karen	Pédiatrie
Mme AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie
Mme PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire

2ème CLASSE

M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
-------------------	--------------------

M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
DE MEDECINE GENERALE**

1ère CLASSE

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

HORS CLASSE

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale

CLASSE NORMALE

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
Mme MONIER Florie	Psychologie
Mme POLICARD Florence	Sciences Infirmières

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme RICHARD Amélie	Médecine Générale
M. TESSIERES Frédéric	Médecine Générale
Mme ROUGE Laure	Médecine Générale
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique	Médecine Générale
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde	Médecine Générale

A NOTRE JURY DE THESE

A Monsieur le Professeur Jeannot Schmidt, Professeur des Universités et Praticien Hospitalier, vous me faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt et de l'attention que vous avez porté à ce travail.

A Monsieur le Professeur Philippe Vorilhon, Professeur des Université, votre présence dans mon jury de thèse est un honneur, je vous en suis très reconnaissante. Je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail et d'accepter de le juger.

A Monsieur le Docteur Frédéric Tessières, je vous remercie infiniment de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger cette thèse. Votre guidance tout le long de ce travail a été très précieuse. Merci de votre disponibilité et de votre écoute.

A Mesdames les Docteur Charras-Real et Docteur Rollin, mon passage en stage auprès de vous m'a conforté dans le fait que j'avais choisi la bonne voie. Votre vision de la médecine m'a beaucoup plu et la manière dont vous l'exercez est pleine d'humanité. Vos patients ont vraiment de la chance de vous avoir et moi j'ai eu de la chance de mettre le premier pied dans l'internat auprès de vous. Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse, ça fait tellement sens pour moi.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mon petit ami, MERCI, je n'y serais jamais arrivé sans toi : ni la passerelle, ni les partiels, ni les gardes, ni le concours, ni la thèse si tu n'avais pas été là avec ton réconfort, ton amour, tes surprises, nos grandes discussions et la famille qu'on se crée. On a tellement de chance (au moins pour ça !!!). Je te le redis : tu es la meilleure rencontre de toute ma vie, joyeux anniversaire de mariage, je t'aime !

A ma fille, tu as révisé avec moi pendant que tu étais dans mon ventre, puis à la sortie de la maternité. Peu importe ce que tu décideras de faire, j'espère être autant un soutien pour toi dans ce que tu entreprendras que tu l'as été pour moi. « Je t'aime de tout mon cœur, de toute la vie, de toujours ».

A mes parents qui se sont serrés la ceinture pour me permettre de faire mes premières études, celles qui m'ont permis de faire la passerelle médecine. Merci pour votre soutien inconditionnel : d'être là dans les coups durs et de célébrer avec nous nos moments de bonheur, on a tous les trois beaucoup de chance de vous avoir. Je vous aime !

A mon frère qui roule beaucoup trop vite en moto mais qui arrive à m'apaiser quand je me sens submergée. Je souhaite à Marloe d'avoir un petit frère comme le mien ! Je t'aime et je serai toujours là pour toi.

A Mamie, mon arrière-grand-mère, je sais que tu as eu beaucoup de chagrins dans ta vie, mais j'espère qu'on arrive parfois à t'apporter un peu de réconfort. Je t'aime.

A mes grands-parents, merci d'être là aujourd'hui, je vous souhaite pleins de voyages et de randonnées en pleine santé, merci d'être de super Malou et Pépé pour Marloe. Je vous aime.

Aux Vicente, nos meilleurs amis, nos témoins, notre famille : vous êtes notre bouffée d'oxygène, de bonnes bouffes, de soirées, de pleurs et de rigolade. Je trouve notre relation tellement belle et saine et on se sent vraiment chanceux de vous avoir dans nos vies. Je vous aime, obrigado la famille.

A Bapt, mon ami d'enfance, mon témoin de mariage, mon partenaire de danse et de karaoké. On s'en rapproche de cette maison médicale de nos rêves !!

A Marion, tu as été un de mes premiers soutiens pour faire cette passerelle, tu m'as même faite révisée « FENTE à Nil »... Tu as toujours les mots justes pour moi, qui me réconfortent ou qui me font rire. Merci, je t'aime.

Aux Miettes, mes amies de toujours et pour toujours, à travers les mariages, les divorces, les EVJF, les baptêmes, les bonnes et mauvaises nouvelles, les coups de mou, c'est tellement rassurant de vous avoir... je vous aime !

Aux meufs b de D2, meilleur choix de place du monde dans cet amphi ce premier jour de rentrée 2016. On en a passé des heures à réviser, à se poser des questions, à angoisser et à râler. Ces études n'auraient jamais été pareilles sans vous, vous les avez rendues plus faciles (ou moins dures) et plus drôles. Je suis désolée de ne pas toujours être disponible pour nos retrouvailles... Je vous aime !!

A l'O4GB, qui me fait rire et me sentir à chaque rencontre de plus en plus inculte mais toujours autant aimée. A cette amitié à travers la France et le monde qui je l'espère, durera toute la vie. Venez : « on Y rentre à Clermont » !!

Aux Jean-Perrins, Gégé, Isa, Mathieu, Coco, à nos bonnes bouffes qui m'ont permis plusieurs fois de faire un break dans les révisions. Merci de votre gentillesse et de votre bienveillance à chacune de nos rencontres.

A ma cousine JVDLB, à nos playlists, à nos réunions dans la voiture, dans la cour, dans le bois puis dans la cave, je t'aime « Sigeroparemoévélo ».

A Cédric, à nos discussions en haut du rooftop, en fin de mariage ou de soirée, qui me font toujours rire et réfléchir. J'espère qu'on poursuivra ça longtemps.



TABLE DES MATIERES

Table des matières

TABLE DES MATIERES.....	17
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	20
INTRODUCTION.....	21
MATERIEL ET METHODE.....	24
1. Type d'étude.....	24
2. Lieux d'étude.....	24
3. Population d'étude.....	24
a. Critères d'inclusion.....	24
b. Critères de non-inclusion.....	24
4. Recueil des données.....	25
a. Recrutement à l'hôpital.....	25
b. Entretiens téléphoniques à l'extérieur.....	26
5. Analyse des données.....	26
RESULTATS.....	27
1. Données socio-démographiques.....	27
2. Données générales.....	27
3. Notion d'urgence.....	28
a. Urgence ressentie.....	28
b. Nécessité d'une réponse immédiate.....	29
4. Connaissance de la proposition de soin de 1er recours.....	30

a)	Confusions sur les différents dispositifs disponibles.....	30
a)	Informations manquantes	31
5.	Connaissance des différents rôles du SAMU	32
a)	Connaissance du rôle de régulation du SAMU.....	32
b)	Confusion SAMU/SMUR.....	33
c)	SAMU = gravité.....	33
d)	Limite de la régulation par téléphone	34
6.	Connaissance des compétences techniques du médecin généraliste	35
a)	Méconnaissance des compétences et du matériel du médecin généraliste	35
b)	Du point de vu du patient : compétences du médecin urgentiste supérieures au médecin généraliste	36
7.	Comment agir en amont pour éviter des consultations inutiles aux urgences	36
a)	Conscience de la saturation du service des urgences et de la nécessité d'éduquer les gens.....	36
b)	Informations que les patients aimeraient recevoir	37
	DISCUSSION	40
1.	Forces et faiblesse de l'étude	40
a)	Forces.....	40
b)	Faiblesses	41
2.	Réflexion et analyse des résultats.....	43
a)	Propositions pour la clarification de la proposition de soins de premier recours	43
b)	Rappel du rôle de régulation du SAMU et communication sur la mise en place des SAS	44
c)	« Curriculum vitae » du médecin traitant.....	46

d) Education médicale	47
CONCLUSION	49
REFERENCES	51
ANNEXES	56
ANNEXE I : CLASSIFICATION CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences)	56
ANNEXE II : QUESTIONNAIRE.....	57
ANNEXE III : LISTE DES PATIENTS	58
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	59
Version longue.....	59
Version courte	61
RESUME.....	62

LISTE DES ABBREVIATIONS

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DGOS : Organisation de la Direction Générale de l'Offre de Soins

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

IOA : Infirmière d'Accueil et d'Orientation

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation

SU : Service d'Urgence

INTRODUCTION

La crise des urgences

« Au CHU de Clermont Ferrand, le service des urgences pédiatriques à bout de souffle », La Montagne, 08 Juin 2022 (1)

« Les fermetures partielles ont commencé aux urgences de Montluçon et vont se poursuivre tout l'été », La Montagne, 07 juin 2022 (2)

« Situation tendue aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand », La Montagne, 19 avril 2022 (3)

A l'aube de l'été 2022, une enquête menée par la DGOS (Organisation de la Direction Générale de l'Offre de Soins) montre que sur les 446 services d'urgence : 49 sont en situation de fermeture partielle, 34 voient leur accès régulé et 6 sont totalement fermés.

L'augmentation du nombre de consultations aux urgences et la difficulté des hôpitaux à y faire face est au centre des actualités nationales et des préoccupations gouvernementales.

Dans un rapport paru le 29 mars 2022, le Sénat alertait sur la problématique du nombre de passages aux urgences qui est passé de 10 millions en 1992 à 21 millions en 2018. Cette croissance annuelle de 2,5% ne peut être expliquée uniquement par l'accroissement démographique de 0,52% (4).

En se basant sur différentes études il est permis de considérer qu'environ 20 à 40 % des patients des urgences ne relèveraient pas d'un service d'urgence (5) (6).

D'après l'enquête nationale menée par la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en janvier 2022, 14% des patients passant par un service d'urgences sont classés CCMU1 dans la Classification Clinique des Malades des Urgences (annexe 1), c'est-à-dire présentant

un état clinique jugé stable et ne justifiant pas de recours à des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques (7).

Ce résultat implique que ces patients pourraient donc être gérés en médecine de ville.

Qu'en est-il de l'organisation des soins en ville ?

Avant 2003, la permanence des soins (PDS), en dehors des heures d'ouvertures, relevait de la responsabilité déontologique de chaque médecin généraliste. En effet l'article 77 du code de déontologie médicale précise en 1995 que « c'est un devoir pour tout médecin de participer au services de garde de jour et de nuit » (8).

En 2002, la réforme dite « Mattei » a mis fin à l'obligation de garde au profit d'une « mission de service public », beaucoup plus floue et basée sur le volontariat (9).

L'offre de soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux est complexe : maisons médicales de garde, SOS médecin, régulation SAMU... la juxtaposition des dispositifs existants associée à la multiplication des numéros d'appels sont autant d'éléments pouvant perturber la compréhension et l'accès aux soins des patients.

Plusieurs études mettent en évidence le fait que le mode de recours aux urgences a changé : les patients adressés par les sapeurs-pompiers, le SMUR ou les médecins généralistes ne représentent qu'une minorité face aux patients qui s'adressent spontanément aux urgences (10).

Ce dernier point suggère peut-être que les patients manquent d'informations quant au bien-fondé de leur venue aux urgences.

La place de l'éducation thérapeutique dans le parcours de soin des patients

La notion d'alliance thérapeutique a été introduite en 1950 par Elisabeth Zetzel, médecin et psychanalyste américaine. Elle la définit comme une collaboration, un partenariat entre le patient et son médecin avec pour but commun l'atteinte d'objectifs thérapeutiques fixés ensemble (11) (12).

Le patient, au travers des explications données par son médecin, devient acteur de sa santé, rendant son implication meilleure. Ceci est très bien illustré par la loi sur les droits des malades du 4 mars 2002 qui a fait passer le patient d'un statut de « consommateur de soins passif » à celui de « citoyen responsable de sa santé » (13).

Ainsi, l'information sur les solutions qui s'offrent à lui en cas de problème aigu ou l'identification d'éléments cliniques devant l'amener à consulter ou non aux urgences pourrait permettre de simplifier son parcours de soins et pourquoi pas éviter des consultations inutiles aux urgences.

L'objectif principal de cette thèse est d'identifier les éléments qui ont manqué au patient pour éviter une consultation aux urgences qui relevait en fait de la médecine de ville.

Au travers de ce travail, nous souhaitons nous placer du point de vue du patient pour comprendre ce qui pourrait apparaître plus clair dans leur parcours de soin et ainsi désencombrer le service des urgences.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative par entretien téléphonique individuel, unicentrique.

La recherche qualitative permet de faire un recueil de données verbales directement auprès des patients afin d'explorer les expériences de chacun et de rapporter les détails de chaque situation vécue.

Le choix de cette méthode nous a semblé évident puisqu'il s'agissait de comprendre ce qui avait manqué au patient en termes d'informations pour éviter une consultation aux urgences qui relevait en fait de la médecine générale.

2. Lieux d'étude

L'étude a été menée dans le service d'urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Montpied à Clermont Ferrand (63).

Le recrutement et les entretiens se sont déroulés sur huit mois : du 1^{er} Mai 2022 au 2 Janvier 2023.

3. Population d'étude

a. Critères d'inclusion

Etaient inclus : les patients se présentant en service d'accueil des urgences pour un motif relevant d'une prise en charge de soins de premier recours et non de soins d'urgence.

b. Critères de non-inclusion

Tout patient présentant les caractéristiques suivantes n'était pas inclus :

- Refus de participer à l'étude

- Adressé par un professionnel de santé
- Venu par ambulance, pompiers ou SMUR
- Amené par les forces de l'ordre
- Ne parlant pas la langue française
- Atteint de démence
- Sous tutelle ou curatelle
- En état d'ivresse
- Présentant des troubles psychiatriques et/ou un retard mental

4. Recueil des données

a. Recrutement à l'hôpital

Lors de la venue aux urgences et après tri par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IOA), le patient était vu par un interne ou un sénior afin de recueillir l'anamnèse.

Si le patient respectait tous les critères d'inclusion et de non-inclusion, il lui était alors proposé de participer au travail de thèse.

Un rendez-vous pour un entretien téléphonique était alors fixé.

Les patients étaient informés que leurs réponses allaient servir à un travail de thèse de médecine générale portant sur le parcours de soins des patients consultants aux urgences pour un motif qui relevait du soin de premier recours.

La fiche de présentation de thèse leur a été remise puis après lecture et accord, leur consentement écrit 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.

b. Entretiens téléphoniques à l'extérieur

Nous réalisons des entretiens téléphoniques à l'aide d'un magnétophone et les retranscrivons par écrit.

Il s'agissait d'un entretien semi directif, c'est-à-dire qu'il comportait des questions permettant de cibler les réponses des patients autour de thèmes prédéfinis afin de répondre à la question de départ.

Le questionnaire a été complété par des questions de relance dans le but d'étayer les réponses.

Le questionnaire présent en annexe 2 comportait donc 6 questions principales permettant de répondre aux thèmes suivants :

1 – Quelle notion à le patient de l'urgence et est-ce que son médecin traitant est intervenu pour l'aider à définir cette notion ?

2 – Est-ce que les patients sont au clair avec la proposition de soins de premier recours ?

3 – Est-ce que les patients sont au clair avec les différents rôles du SAMU et notamment celui de régulation ?

4 – Est-ce que les patients connaissent les compétences techniques et paracliniques de leur médecin généraliste ?

5 – Comment agir en amont pour éviter des consultations inutiles aux urgences ?

5. Analyse des données

Le nombre de sujets nécessaire n'a pas été défini par avance, mais selon le principe de saturation des données recueillies, c'est-à-dire lorsque les informations recueillies devenaient redondantes et n'apportaient rien de nouveau.

L'anonymisation des données recueillies était réalisée par attribution d'une lettre de recrutement.

Les variables descriptives étaient demandées en début d'entretien.

Les éléments les plus pertinents ont été extraits et classés par thèmes.

RESULTATS

1. Données socio-démographiques

L'ensemble des données concernant les patients est disponible dans l'annexe 3.

Quatorze patients ont été interrogés pour ce travail de thèse. Ils étaient composés de huit femmes et six hommes.

Les patients étaient âgés de 18 à 83 ans pour une moyenne de 45 ans.

Dix d'entre eux vivaient en milieu citadin, dont six à Clermont-Ferrand et trois vivaient en milieu rural (< 3000 habitants).

En ce qui concerne la profession : trois patients étaient étudiants, deux étaient retraités, un était au chômage, cinq étaient employés et trois étaient cadres.

2. Données générales

Les recrutements ainsi que les entretiens téléphoniques ont été menés entre le 1^{er} mai 2022 et le 2 janvier 2023.

Quatre patients qui avaient accepté d'être recrutés, n'ont finalement pas répondu lors du rendez-vous fixé pour l'entretien téléphonique.

Les enregistrements duraient de 5 à 16 minutes pour une moyenne de 10 minutes par entretien. La variabilité de temps entre les entretiens s'explique par le fait que certains patients s'exprimaient peu et avaient tendance à faire des réponses courtes alors que d'autres étaient beaucoup plus à l'aise et fournissaient alors des réponses plus fournies.

Globalement, il a été difficile d'obtenir des informations pertinentes et très développées malgré les questions ouvertes et les questions de relance.

Il est arrivé plusieurs fois que les interrogatoires se détournent vers l'explication et l'argumentation d'un passage aux urgences à cause du manque de médecins en ville en ouvrant un débat qui n'était pas celui de la question de thèse pour lequel le patient était recruté initialement.

3. Notion d'urgence

Cette partie correspondant à la première question de l'entretien (annexe 2) : « Avez-vous consulté un médecin généraliste pour le problème pour lequel vous avez consulté aux urgences ? ».

Cette question permettait d'avoir une discussion sur la notion qu'a le patient de l'urgence et de s'il y a eu une démarche éducative de la part du médecin traitant au cours de la prise en charge du patient pour le problème pour lequel il se présente aux urgences.

a. Urgence ressentie

L'ensemble des patients recrutés l'étaient pour un motif de consultation qui pouvait être abordé en soin de premier recours. Pourtant il est revenu plusieurs fois au cours des entretiens que le motif relevait, d'après les patients interrogés, de la médecine d'urgence :

- *Patiente A : « [...] y a pleins de gens qui vont pour rien aux urgences »*
- *Patiente B : « souvent, je me dope car je n'aime pas déranger les urgences »*
- *Patiente B : « personnellement, je ne vais pas souvent aux urgences, les urgences c'est vraiment quand on ne peut pas faire autrement »*
- *Patiente B : « [...] je suis sûre qu'il y a pleins de famille qui vont pour n'importe quoi aux urgences »*
- *Patiente E : « [...] pour moi encombrer les urgences pour rien c'est pas mon truc »*

A la question de relance « que faites-vous lorsqu'il vous arrive quelque chose de grave ou d'urgent » il est ressorti que la notion « d'urgence » ou de « grave » n'était pas simple à définir pour les patients interrogés :

- *Patiente G : « tout dépend ce que c'est... qu'est-ce que vous appelez quelque chose de grave ? »*
- *Patient J : « ben je pense qu'on perçoit pas tous les choses de la même manière, pour vous peut-être que mon bras là c'est pas grave (rire)... »*

Il est donc apparu que la notion d'urgence est propre à chacun et qu'une discussion avec le médecin généraliste à ce propos n'avait pas eu lieu.

b. Nécessité d'une réponse immédiate

Il est revenu plusieurs fois le fait que, du point de vue des patients, le fait de venir aux urgences était plus rapide que de prendre rendez-vous pour une consultation chez le médecin généraliste, parfois indépendamment de la gravité du motif de consultation.

Lorsque les gens ont besoin d'une réponse à leur problème et qu'elle ne leur est pas donnée de manière assez rapide, ils s'adressent aux urgences :

- *Patiente B : « [...] c'est ça le gros problème car on ne peut plus avoir de rendez-vous comme ça maintenant (avec son médecin traitant) »*
- *Patiente D : « j'ai appelé plusieurs fois (SOS médecin) mais les lignes étaient saturées, donc je suis venue »*
- *Patient F : « j'étais vraiment pas bien alors je ne voulais pas perdre de temps à joindre mon généraliste »*

- *Patient I : « [...] vue l'heure à laquelle ça s'est passée, je savais très bien que le médecin ne serait pas disponible, donc si je voulais être pris en charge de suite, j'avais pas le choix, y avait que les urgences »*

4. Connaissance de la proposition de soin de 1er recours

Cette partie correspond à la troisième question (annexe 2) : « Connaissez-vous le fonctionnement des maisons médicales de garde et de SOS médecins ? ». L'objectif était de déterminer si les patients sont au clair avec la proposition de soins de premier recours (numéro d'urgence, maisons médicales de garde, horaires de la permanence de soin).

a) Confusions sur les différents dispositifs disponibles

Il ressort très clairement au cours des entretiens téléphoniques que le fonctionnement des maisons médicales de garde et de SOS médecins est très peu connu de la plupart des patients.

Sur les quatorze patients interrogés, seulement un a pu expliquer le fonctionnement et l'objectif global des maisons médicales de garde.

Concernant SOS médecins : six patients sur les quatorze interrogés connaissent leur existence dont trois avait déjà fait appel à ce service. Cependant, aucun patient ne sait en expliquer exactement le fonctionnement (numéro de téléphone, conditions d'accès).

Plusieurs patients ont fait l'amalgame entre SAMU, SOS médecins et maisons médicales de garde :

- *Patiente A : « c'est pas les médecins de garde SOS médecin ? On appelle le 15 et il nous adresse vers des médecins de garde »*
- *Patient F : « c'est SOS médecin ça non ? » (Sur la connaissance des maisons médicales de garde)*

a) Informations manquantes

Plusieurs informations sont manquantes ou peu claires à propos de l'offre de soins de premiers recours :

- Les horaires

- *Patient C : « pour moi le week-end c'est SOS médecin et la semaine le médecin traitant »*
- *Patiente E : « quand j'ai vu qu'il y avait une plaque sur mon pied c'était après le travail vers 20h et je sais qu'il n'y a pas de médecin en ville sur ces horaires »*

- La localisation

- *Patiente B : « je connais SOS médecin mais je ne sais pas s'il y en a dans ma région et autour de moi. »*
- *Patiente G : « [...] et puis c'est que dans les grandes villes non ? (À propos de SOS médecins)*

- Les conditions d'accès

- *Patiente B : « je ne sais même pas s'il y a des médecins qui se déplacent maintenant »*
- *Patient C : « oui, j'ai déjà utilisé ça (SOS médecin). Le numéro je ne le connais pas car y a pas de numéro spécifique si ? »*
- *Patient J : « les maisons médicales de garde c'est que pour les gens qui ont pas de médecins ca non ? »*

5. Connaissance des différents rôles du SAMU

Cette partie correspondait à la quatrième question (annexe 2) : « Pour vous, aurait-il été utile d'appeler le SAMU pour le motif pour lequel vous vous êtes présenté aux urgences ? Quels sont pour vous les rôles du SAMU ? ».

Cette partie du questionnaire permettait de déterminer si les gens sont au clair avec les différents rôles du SAMU et notamment celui de régulation.

a) Connaissance du rôle de régulation du SAMU

Parmi les quatorze patients interrogés, huit patients connaissaient le rôle de régulation du SAMU :

- *Patiente A : « on peut les appeler pour se renseigner, si on doit aller aux urgences. C'est ma mère qui me l'a dit »*
- *Patiente B : « vraiment quand je me sens pas bien je fais le 15 »*
- *Patiente D : « le SAMU leur rôle c'est de recevoir notre appel et nous conseiller peut-être »*
- *Patiente E : « [...] y a toujours le 15 qui peut nous orienter »*
- *Patient F : « si c'est vraiment douloureux et que c'est inquiétant je vais appeler le 112 ou un service d'urgence pour avoir leur avis »*
- *Patiente L : « j'aurais tendance à appeler le SAMU pour qu'il me redirige »*

Cependant le rôle d'orientation du SAMU apparaît parfois comme secondaire ou nouvellement établi:

- *Patient C : « dans ma tête si c'est une douleur qui est pas trop grave je peux attendre le rdv chez le médecin traitant, si c'est une douleur qui me fait penser que c'est grave c'est les urgences mais en fait le SAMU ne fait pas partie des options »*

- *Patient F : « faire le diagnostic, rassuré, faire les 1^e soins si nécessaire, éviter d'empirer une situation, peut être que, le SAMU peut aussi orienter sur le bon établissement ou se rendre en fonction des symptômes et de la pathologie »*
- *Patient G : « et puis là maintenant ils doivent recevoir les appels comme y a les affiches à l'entrée de l'hôpital qui disent de les appeler »*

b) Confusion SAMU/SMUR

Les entretiens ont permis de mettre en évidence le fait qu'il existe un amalgame entre SMUR et SAMU.

Plusieurs patients connaissent le rôle de transport du SMUR mais l'attribuent à un des rôles de SAMU :

- *Patient F : « si j'avais appelé le SAMU, ils auraient surtout fait taxi pour m'emmener aux urgences »*
- *Patiente G : « [...] (à propos des rôles du SAMU) c'est eux qui transportent les gens quand ils vont vraiment mal »*
- *Patiente H : « ha ben non, car je peux me déplacer moi, je n'étais pas dans un état tel que j'avais besoin qu'on m'emmène aux urgences »*
- *Patiente M : « à partir du moment où je peux me déplacer et où je peux aller par moi-même aux urgences, j'ai pas utilité à appeler le SAMU »*

c) SAMU = gravité

Les réponses des patients pour cette partie peuvent paraître contradictoires, car beaucoup estiment que l'intervention du SAMU se limite aux cas graves ou urgents alors que ces mêmes patients se présentent aux urgences pour un motif pouvant relever du premier recours.

Pour beaucoup, le motif pour lequel ils se sont présentés aux urgences est trop grave pour être vu en soin de premier recours mais pas assez grave pour faire intervenir le SAMU, ce qui révèle un problème de discrimination sur l'urgence d'une situation médicale donnée :

- *Patiente D : « non (il n'était pas nécessaire d'appeler le SAMU), car le SAMU c'est vraiment une urgence »*
- *Patiente G : « ben... non (il n'était pas nécessaire d'appeler le SAMU) pas pour une oreille (rires) »*
- *Patient I : « ah non non pas du tout, parce que je me dis que c'était pas très grave, enfin vraiment le SAMU, je trouve que c'est un gros déplacement donc non [...] : pour moi c'est surtout quand quelqu'un ne peut pas se déplacer, que vraiment y a un gros problème en terme de gravité, en cas d'extrême urgence ou on peut pas se déplacer soit même »*
- *Patiente M : « le rôle du SAMU c'est quand y a vraiment une urgence et que la personne est pas déplaçable et qu'elle est en danger »*

d) Limite de la régulation par téléphone

Les échanges avec les patients ont permis de mettre en évidence quelques entraves à la régulation téléphonique. En effet, les patients craignent parfois que leur correspondant ne soit pas vraiment conscient du problème présenté, soit parce qu'il n'a pas le patient en face de lui, soit parce qu'au téléphone certaines choses ne passent pas de la même manière qu'en réalité (la douleur, l'inquiétude...) :

- *Patient C : « aux informations on l'entend qu'il faut appeler le SAMU quand on a un problème mais quand on est sur le moment, on ne sait pas trop quoi faire en fait »*
- *Patiente E : « je me dis qu'expliquer au téléphone sans photo c'est compliqué pour le diagnostic. Là au moins aux urgences, vous voyez vraiment ce qu'il en est »*

- *Patient J : « j'ai jamais appelé le SAMU parce que je trouve que ça fait perdre du temps, on sait quand même quand on doit venir aux urgences ou pas ! »*

6. Connaissance des compétences techniques du médecin généraliste

Cette partie correspondait à la cinquième question (annexe 2) : « est-ce que pour vous le médecin généraliste était capable de prendre en charge votre problème, indépendamment de ses disponibilités ? ».

Elle permettait de déterminer si les patients connaissent le matériel dont dispose leur médecin qui pourrait permettre de prendre en charge une partie ou la totalité de leur problème (ex : appareil à ECG, kit de suture...).

a) Méconnaissance des compétences et du matériel du médecin généraliste

Presque la totalité des patients interrogés ne savent pas de quels outils dispose leur médecin généraliste :

- *Patiente D : « je n'ai jamais eu cette discussion avec lui »*
- *Patient F : « non je ne connais pas ses compétences, je sais que c'est un médecin du sport mais c'est tout, je le sais parce que c'est marqué sur sa plaque »*
- *Patiente G : « je sais qu'il a une machine pour regarder le cœur, parce qu'une fois, pour la licence de foot de mon fils, il l'a utilisé. Pour les sutures je sais pas... »*

b) Du point de vu du patient : compétences du médecin urgentiste supérieures au médecin généraliste

Il est ressorti quelques fois que les patients pensaient que leur problème serait plus facilement réglé par le médecin urgentiste que par le médecin généraliste :

- *Patiente E : « j'ai préféré venir aux urgences car je me suis dit que vous sauriez plus ce que j'avais qu'un médecin généraliste »*
- *Patient J : « c'est déjà arrivé que je vienne aux urgences parce que mon médecin savait pas ce que j'avais et je me suis dit qu'au moins ici on trouverait »*

7. Comment agir en amont pour éviter des consultations inutiles aux urgences

Cette partie correspondait à la dernière question des entretiens téléphoniques (annexe 2) : « Pensez-vous qu'une sorte d'éducation médicale devrait être dispensée pour savoir comment gérer un évènement médical aigu ? ».

Elle permettait de déterminer si les patients sont demandeurs d'informations et si oui, lesquelles et sous quel format ils souhaiteraient que ces informations leur soient données.

a) Conscience de la saturation du service des urgences et de la nécessité d'éduquer les gens

Il est très souvent revenu au cours des interrogatoires que les patients sont conscients de la surcharge des services d'urgences :

- *Patiente A : « ça dépend, sur des trucs, ça pourrait servir. Comme aller aux urgences pour des trucs stupides, car y a pleins de gens qui vont pour rien aux urgences »*
- *Patiente B : « je pense qu'il faut évoluer et que ce serait très intéressant, car je suis sûre qu'il y a pleins de famille qui vont pour n'importe quoi aux urgences. »*
- *Patient C : « c'est dans les mœurs, quand y a un souci on va aux urgences mais après c'est sûr qu'y a un manque d'éducation pour dire qu'en fait le SAMU peu réguler pour éviter d'aller pour rien aux urgences »*

b) Informations que les patients aimeraient recevoir

Concernant le contenu des informations que les patients trouveraient utile d'acquérir, il est varié :

- Apprentissage des soins de premiers secours lorsqu'ils se retrouvent face à une situation grave

- *Patiente E : « même pour les formations premiers secours, on n'a jamais de rappel ce serait intéressant d'avoir une formation régulière »*
- *Patiente E : « s'il y a quelque chose de grave je ne suis même pas sûre de savoir réagir correctement »*
- *Patient F : « comment réagir face à certaines situations car sur le moment on est démuni, et puis les 1^{er} gestes »*
- *Patiente M : « je pense déjà, la formation des gestes aux premiers secours devrait être généralisée à tout le monde, tout le monde devrait avoir au moins ça en sa possession »*

- Information sur les différents numéros qu'ils peuvent contacter pour être informés

- *Patient C : « et dans ce cas là quand c'est urgent, qu'est-ce qu'il faut faire et qui appeler »*
- *Patient F : « connaître les numéros d'urgence »*

- *Patiente G : « en oui déjà les numéros, y en a milles...(rires) les pompiers, le SAMU, qui fait quoi, on est un peu perdus (rires) »*

- Aide dans la détermination de la gravité et de l'urgence d'une situation médicale donnée

- *Patient C : « le problème c'est comment évaluer la souffrance ou la douleur, savoir ce qui est urgent ou pas urgent »*
- *Patiente D : « c'est vrai que quand ça nous arrive, on ne sait pas quoi faire. Ce serait intéressant que le médecin nous donne des informations sur comment faire quand il nous arrive quelque chose »*
- *Patient K : « ce qui serait utile ce serait peut-être sur la gravité d'une situation, pour se poser les bonnes questions*

- Orientation en fonction du problème médical en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux

- *Patiente G : « et puis nous dire quoi faire s'il nous arrive quelque chose le week end ou quand le médecin est fermé... »*
- *Patient I : « je pense un peu plus savoir quand il faut appeler ou pour quelles conditions par exemple pour les plus petites blessures, comme moi par exemple, qui est ce que j'aurais pu appeler pour éviter de venir aux urgences déranger, en fonction des heures parce que comme c'était la nuit je savais pas quoi faire et comment faire pour pas trop déranger »*
- *Patient K : « de l'aide pour savoir vers qui aller »*
- *Patiente L : « de savoir dans quel cas ou non il est nécessaire d'aller consulter les urgences, ou le généraliste, ou le pharmacien pour dégrossir les salles d'attente »*

Concernant la forme sous laquelle les patients aimeraient recevoir ces informations :

- *Patiente D : « Ce serait intéressant que le médecin nous donne des informations sur comment faire quand il nous arrive quelque chose »*
- *Patiente E : « Ce serait bien d'avoir une formation à l'école comme c'est gratuit donc ce serait accessible à tout le monde et puis le médecin traitant ça pourrait permettre de compléter les choses et de donner les informations un peu plus personnalisées »*
- *Patient K : « peut être des vidéos, par exemple, par rapport au Covid, on a eu beaucoup de vidéo pour montrer les gestes barrière, quoi faire etc., pourquoi pas faire quelque chose dans ce style »*
- *Patiente L : « sous forme d'affiches placardées dans les salles d'attente, en plus du fait du covid y a plus de prospectus ni rien, là on n'aura pas le choix que de regarder »*
- *Patiente L : « pourquoi pas des QR codes à scanner avec des petits courts métrages »*
- *Patiente M : « je pense qu'un cours en présentiel ce serait bien, mais reste le problème des disponibilités des gens et puis en présentiel on n'ose pas poser toutes les questions mais d'autres peuvent les poser »*
- *Patient N : « un document dépliant avec les gestes et attitudes à avoir en cas d'évènement, genre un déroulé synoptique genre « je me suis fait mal, est ce que j'appelle le 15 et quel comportement avoir dans chaque situation » ou une application, aujourd'hui ce serait assez facile à mettre en œuvre »*

DISCUSSION

1. Forces et faiblesse de l'étude

a) Forces

De nombreuses études ont été faites pour déterminer les motifs de venue aux urgences pour des soins relevant en fait du premier recours. Cependant, peu ont permis de déterminer les informations manquantes aux patients pour leur éviter ces consultations inappropriées.

Notre étude a permis de faire la lumière sur d'éventuelles données manquantes aux patients, qui, si elles leur sont apportées pourraient permettre de désencombrer les services d'accueil des urgences.

Nous avons choisi de conduire une étude qualitative car elle permet de laisser les patients s'exprimer sans filtre et de manière totalement libre. Ce type d'étude permet aussi de mettre en reliefs les résultats avec l'histoire des patients, leur éducation, leurs croyances et leurs habitudes. Enfin, elle permet d'obtenir des réponses variées, parfois inattendues.

L'interrogatoire semi dirigé permet une certaine liberté de parole avec des réponses normalement plus développées et plus complètes. Nous avons, au cours des entretiens téléphoniques respectés de nombreux silences afin de permettre aux patients de s'exprimer en toute liberté. Aussi, à chaque début d'entretien, nous rassurons le patient quant à l'anonymat et l'absence de jugement.

Tous les entretiens ont pu être menés à terme, l'ensemble des questions ont pu être posées aux patients et l'enregistrement des entretiens a permis d'éliminer un biais de mémorisation : en effet, les patients étaient rappelés au plus tard le lendemain de leur passage aux urgences.

En ce qui concerne la validité externe de notre étude : le sexe ratio était de 1,3 femme pour 1 homme et la moyenne d'âge était de 44,5 ans. Ces éléments concordent avec la littérature qui met en évidence que le jeune âge et le sexe féminin sont des facteurs significatifs pronostiquant d'une consultation inappropriée aux urgences (14) (15).

b) Faiblesses

Le recrutement des patients n'a été fait qu'au CHU de Clermont avec une population vivant plutôt en milieu citadin (quasiment un patient recruté sur deux résidait à Clermont-Ferrand). Il serait intéressant d'étendre cette étude aux hôpitaux périphériques tels que les CH de Riom, Thiers, Issoire dans le Puy-De-Dôme et pourquoi pas dans les départements limitrophes tel que l'Allier et le Cantal.

Les entretiens téléphoniques ne permettent pas d'avoir accès au langage non verbal et entraînent de fait, un biais d'interprétation et donc une perte d'information.

De même, certains patients paraissaient moins à l'aise au téléphone que lorsqu'ils avaient été vus la veille à l'hôpital. Peut-être aurait-il été plus judicieux de faire l'interrogatoire directement après la fin de la prise en charge aux urgences, en présentiel.

Bien qu'il y ait une saturation des données, la taille de l'échantillon ne s'élève qu'à quatorze patients. Ceci peut être expliqué par plusieurs éléments.

Quelques refus de participation, parfois dû à l'indisponibilité des patients ou parfois au fait qu'elles n'étaient pas à l'aise de devoir répondre à des questions malgré les explications données et le caractère totalement anonyme de l'interrogatoire.

De nombreux patients présentaient au moins un critère de non-inclusion dont deux sont ressortis de nombreuses fois : barrière de la langue (notamment un nombre plus important au cours de la période de recrutement de réfugiés politiques et/ou demandeurs d'asile), et symptomatologie et/ou antécédents psychiatriques.

Parfois absence de réponse téléphonique après avoir pourtant fixé un rendez-vous avec le patient en fonction de ses souhaits et disponibilités.

Ainsi, les critères de non-inclusion ont rendu la population de l'étude différente de celle se présentant spontanément aux urgences. Ceci constitue donc un biais de sélection qui menace la validité externe de notre étude.

Il a pu aussi exister un biais déclaratif car certains patients interrogés paraissaient être conscients que leur motif de consultation ne relevait pas du service des urgences et ont pu alors adapter leurs réponses.

Enfin, le questionnaire, bien que composé de questions ouvertes et de questions de relance n'a parfois pas permis d'obtenir de réponses développées. La plupart des patients se sont contentés de réponses courtes d'où une saturation rapide des données.

2. Réflexion et analyse des résultats

Notre travail a permis de mettre en évidence certains éléments manquants au patient pour rendre son parcours de soin plus clair en fonction du problème qu'il présente.

Nous faisons l'hypothèse que si ces informations étaient apportées de manière claire au patient, ceci permettrait d'éviter des consultations non adaptées aux urgences et donc de désengorger ce service.

a) Propositions pour la clarification de la proposition de soins de premier recours

Les soins de premiers recours sont hétérogènes en termes de fonctionnement entre autres en fonction du lieu de résidence et de l'horaire de consultation du patient (16).

Une information claire et concise pourrait être apportée à toute personne nouvellement arrivée dans une ville : localisation de potentielles maisons médicales de garde, horaires d'ouverture et numéro de contact.

Ces éléments pourraient être fournis en mairie lors des démarches administratives relatives au déménagement ou lors d'une consultation initiale avec le médecin généraliste qui deviendra le médecin traitant.

Cette dernière solution permettrait d'apporter quelques notions médicales « phares » au patient en plus des informations d'ordre plus administratif citées plus haut.

Cependant, disposer d'un temps pour expliquer au patient l'offre de soin disponible parait quelque peu utopique. En effet, une étude menée sur les pratiques préventives des médecins généralistes en Rhône-Alpes, a montré que trois médecins sur quatre sont insatisfaits du rôle qu'ils jouent dans la prévention et 58,6% l'expliquent par un manque de temps (17).

Malgré tout, le médecin généraliste occupe une place de choix dans l'éducation de ses patients à ne pas consulter aux urgences pour un motif qui n'en relève pas et ce pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, 89% des patients de plus de 17 ans ont un médecin traitant dont 94% sont des médecins généralistes (chiffres de l'Assurance Maladie en décembre 2021) (18). En connaissant ses patients, il est possible de leur délivrer une information plus « personnalisée » qu'à l'hôpital en adaptant son langage et en prenant en compte les connaissances du patient, sa culture, ses croyances, ses antécédents et son histoire familiale et personnelle.

Au total, l'approche pédagogique par le médecin généraliste permet une prise en charge éducative plus globale et donc la délivrance d'une information plus adaptée (19) (20).

Aussi, de nombreuses études ont mises en évidence le fait que les patients avaient une forte confiance en leur médecin généraliste (21) (22) (23). Ceci permet de faire l'hypothèse que le patient sera plus réceptif au message éducatif porté par un médecin généraliste que par tout autre médecin rencontré au cours de son parcours de soin.

Enfin, les patients repartent des urgences avec une fiche de liaison qui permet de faire, comme son nom l'indique, le lien avec le médecin traitant. Cette dernière peut être l'occasion de faire le point sur les raisons de la consultation aux urgences afin d'en tirer certains enseignements.

Une « plaquette » reprenant les informations principales pourrait être distribuée pour servir de support aux explications et de « mémo » que les patients pourraient consulter lorsqu'ils se retrouvent dans une situation pour laquelle ils ne savent pas déterminer seul le parcours de soin le plus adapté à leur problème (24).

b) Rappel du rôle de régulation du SAMU et communication sur la mise en place des SAS

Il est apparu au cours des entretiens, que le rôle de régulation du SAMU n'était peu ou pas connus des patients.

Pourtant, le 15 avril 2022 (donc juste avant la période de recrutement des patients pour ce travail de thèse), le CHU de Clermont-Ferrand avait adressé à la population clermontoise un communiqué de presse dans lequel il rappelait l'importance d'appeler le 15 avant de se déplacer aux urgences. Ce message s'était étendu à l'ensemble du territoire devant le fonctionnement à flux tendu de la plupart des services d'urgence (25) (26) (27).



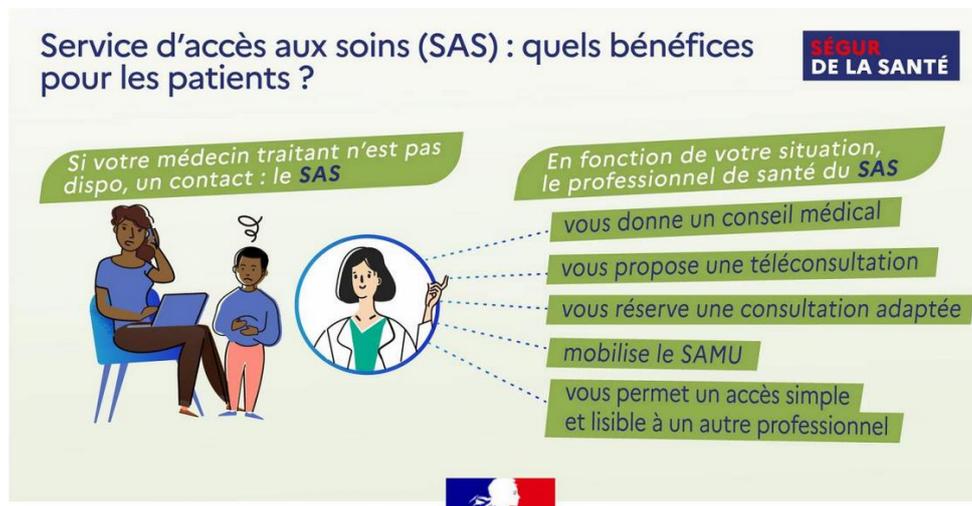
L'algorithme suivant était donné aux patients : d'abord essayer de joindre le médecin traitant puis en cas d'absence de ce dernier et/ou d'urgence ressentie, appeler le 15 qui évaluera la situation et le parcours de soin adapté.

Au cours des mois de juillet et août 2022, il a été observé une diminution de 4,5% le nombre de passages aux urgences.

Si un lien de causalité était affirmé une piste de réflexion serait de généraliser ce communiqué à travers différents moyens de communication : radio, réseaux sociaux, journaux locaux, affiches dans les lieux publics (écoles, universités, bibliothèques ...).

En septembre 2019, Olivier Véran, ministre des Solidarités et de la Santé avait annoncé le lancement sur 22 sites pilotes du Service d'Accès aux Soins (SAS) à compter de janvier 2021. Ce projet était une des mesures du pacte pour la refondation des urgences dans le cadre du Ségur de la Santé.

L'objectif du SAS est de définir un nouveau service d'orientation et de guidage dans le système de santé afin de répondre à toute heure et à n'importe quel endroit du territoire, à une demande de soins non programmée (28).



c) « Curriculum vitae » du médecin traitant

Ce travail a permis de mettre en évidence le fait que les patients ne connaissent pas les compétences de leur médecin généraliste, ni même le matériel dont il dispose.

Pourtant le médecin généraliste représente le premier contact du patient avec le système de soins et l'une des compétences de celui-ci est la gestion de l'urgence en soin de premier recours (29).

Le code de santé publique ne prévoit aucune obligation en matière d'équipement des cabinets médicaux. Ainsi, chaque médecin est libre d'acquérir le matériel qu'il juge ou non nécessaire. Malgré tout, plusieurs études rapportent un équipement adapté pour les soins primaires des femmes (soins gynécologiques entre autres), des enfants, des urgences (dont traumatismes et sutures) et des pathologies cardiovasculaires (30).

Pourtant, contrairement aux services d'urgences où les usagers se rendent tant pour des problèmes somatiques que traumatiques, la médecine de ville est peu sollicitée pour les motifs traumatiques. Pour illustrer ce problème : la traumatologie représente près de la moitié des motifs de consultation

aux urgences alors qu'elle ne représente que 9% des consultations urgentes ou non programmées de ville (31).

Ainsi apparait la nécessité de bien informer les patients sur la possibilité pour un médecin généraliste de prendre en charge la traumatologie de base au sein de son cabinet tant au niveau de ses compétences que du matériel dont il dispose.

Cette illustration sur le thème de la traumatologie peut aussi s'étendre aux pathologies cardiovasculaires avec la présence d'un électrocardiogramme au cabinet d'environ un médecin généraliste sur deux.

Certaines informations sur les diplômes que possèdent les médecins sont disponibles sur leur plaque ou dans les salles d'attente (ex : DU de médecine du sport, mésothérapie). Nous pourrions ainsi envisager de compléter ces informations pour donner plus de détails quant au matériel présent dans le cabinet médical.

d) Education médicale

La plupart des patients reconnaissent qu'ils manquent d'information et sont désireux de les recevoir.

L'idée d'un cours similaire à l'éducation civique, axé sur la santé et l'aide dans le parcours de soins a séduit plusieurs patients.

Nous pourrions imaginer des cours au collège ou au lycée afin d'éclaircir la situation sur le parcours de soins ou les possibilités qui s'offrent à eux en cas de problème médical (urgences, fonctionnement des maisons médicales de garde, régulation SAMU).

Cela serait aussi l'occasion de compléter ou changer « l'éducation médicale » familiale car parfois, le schéma de parcours de soin non approprié est reproduit simplement par imitation et donc par manque d'information.

Ces « cours » permettraient aussi d'aborder quelques points hors du cercle familial : éducation sexuelle, aide en cas de violences, fonctionnement du planning familial, contraception...

A l'échelle des adultes, nous pourrions imaginer donner ces informations au cours de la formation aux premiers soins dispensés par certaines entreprises ou bien via la médecine du travail (31).

CONCLUSION

Ce travail met en évidence le fait que plusieurs informations manquent aux patients pour leur éviter de consulter au service des urgences pour un soin qui relève en fait du premier recours.

Une information claire concernant le fonctionnement des solutions disponibles pour les patients aux heures de fermeture des cabinets de leur médecin traitant doit être apportée. L'offre de soin étant variée en fonction de la provenance du patient, l'heure de consultation, l'accès téléphonique et physique, les conditions d'accès, le patient s'y perd et est demandeur d'un message plus clair quant au fonctionnement global de celle-ci.

La manière dont cette information doit être apportée pour être efficace pourrait faire l'objet d'un nouveau travail de recherche : support papier pour les personnes plus âgées ou médias pour les plus jeunes, information délivrée par le médecin traitant ou par la mairie lors de l'installation nouvelle dans une ville.

Le rôle de régulation du SAMU reste peu connu de la population générale. La confusion entre rôle du SMUR et du SAMU est mise en évidence dans ce travail et mériterait d'être mise au clair.

Là encore, la manière dont cet éclaircissement pourrait être apporté mérite réflexion : pourquoi pas lors de la formation aux gestes de premier secours en médecine du travail ou bien la mise en place de cours dans les collèges et lycées afin d'intervenir au plus tôt dans l'éducation médicale des patients.

La mise en place des SAS est récente et à l'essai actuellement, mais il sera nécessaire de communiquer sur leur fonctionnement afin d'optimiser leur utilisation.

Les patients sont peu au courant de ce que propose le médecin généraliste en termes de soins au sein de son cabinet. L'apport de cette information permettrait au patient de prendre une décision plus éclairée lors de son choix de parcours médical.

Ces informations pourraient être apportées en l'échange des informations que donne le patient à son nouveau médecin généraliste (antécédents, traitement en cours) lors de leur première rencontre.

Pour conclure, l'éducation médicale des patients, par le médecin généraliste et l'ensemble des acteurs de la santé croisés par le patient lors de son parcours de soin doit être renforcée afin d'améliorer le partenariat entre hôpital et médecine de ville et ainsi permettre de meilleures conditions de travail hospitalières et une meilleure prise en charge des patients.

Clermont-Ferrand, le

Pierre CLAVELOU

Doyen – Directeur



Clermont-Ferrand, le 25 avril 2023

Jeannot SCHMIDT

Le Président du Jury

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Jeannot Schmidt".

REFERENCES

1. La Montagne. Au CHU de Clermont-Ferrand, le service des urgences pédiatriques à bout de souffle. www.lamontagne.fr. 8 juin 2022.
2. La Montagne. Les fermetures partielles ont commencé aux urgences de Montluçon (Allier) et vont continuer tout l'été. www.lamontagne.fr. 7 juin 2022.
3. La Montagne. Situation tendue aux urgences du CHU de Clermont-Ferrand : « En 40 ans, le nombre de patients accueillis a doublé ». www.lamontagne.fr. 19 avril 2022.
4. Vieira Toni Braz D. État des lieux de l'organisation de la prise en charge des patients nécessitant une consultation non programmée dans la journée par les médecins généralistes français [Thèse d'exercice]. Nantes: Université de Nantes; 2021.
5. Taboulet P, Maillard-Acker C, Ranchon G, Goddet S, Dufau R, Vincent-Cassy C, et al. Triage des patients à l'accueil d'une structure d'urgences. Présentation de l'échelle de tri élaborée par la Société française de médecine d'urgence : la FRENch Emergency Nurses Classification in Hospital (FRENCH). *Ann Fr Médecine D'urgence*. 2019;9(1):51-9. DOI: 10.3166/afmu-2018-0101
6. Naouri D, Ranchon G, Vuagnat A, Schmidt J, El Khoury C, Yordanov Y. Factors associated with inappropriate use of emergency departments: findings from a cross-sectional national study in France. *BMJ Qual Saf*. 2020;29(6):449-64. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009396
7. DRESS. [En ligne]. janvier 2003. Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale Disponible: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-usagers-des-urgences-premiers-resultats-dune-enquete-0>
8. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. JORF n°209 (1995) 6 septembre 1995.

9. Brunet M. Crise des urgences : « Il faudrait d'abord que la médecine de ville soit présente ». Marianne [En ligne]. juin 2022. Disponible: <https://www.marianne.net/societe/sante/crise-des-urgences-il-faudrait-dabord-que-la-medecine-de-ville-soit-presente>
10. DREES. Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation. juillet 2014. Rapport no 889.
11. Valot L, Lalau J-D. L'alliance thérapeutique. Médecine Mal Métaboliques. 2020;14(8):761-7. DOI: 10.1016/j.mmm.2020.09.005
12. Douteau S, Mauviard É, Merle V, Lévesque H, Macé B. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade: revue de la littérature. [En ligne]. Rouen: Université de Rouen Normandie; 2015 [cité le 19 juin 2022].
13. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1).
14. Carret ML, Fassa AG, Kawachi I. Demand for emergency health service: factors associated with inappropriate use. BMC Health Serv Res. 2007;7(1):131. DOI: 10.1186/1472-6963-7-131
15. Bianco A, Pileggi C, Angelillo IF. Non-urgent visits to a hospital emergency department in Italy. Public Health. 2003;117(4):250-5. DOI: 10.1016/S0033-3506(03)00069-6
16. ARS. [En ligne]. décembre 2019. Cahier des charges de la permanence des soins ambulatoires Disponible: <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/la-permanence-des-soins-43>
17. Fantino B, Fantino F, Dumont C, Nitenberg C, Delolme H. Pratiques préventives en médecine générale en région Rhône-Alpes: Santé Publique. 2004;16(3):551-62. DOI: 10.3917/spub.043.0551

18. egora.fr [En ligne]. 7 décembre 2021. Plus de 600.000 patients en ALD n'ont pas de médecin traitant [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://www.egora.fr/actus-pro/sante-publique/70194-plus-de-600000-patients-en-ald-n-ont-pas-de-medecin-traitant>
19. Groshens P. Observance des conseils médicaux délivrés par les médecins régulateurs généralistes dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Garonne [Thèse d'exercice en ligne]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2021 [cité le 7 juin 2022]. Disponible: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3757/>
20. Arias B. Quelles techniques de communication d'influence pourraient être utilisées par les médecins généralistes ? : une revue systématique de la littérature [Thèse d'exercice en ligne]. Université de Lille; 2021 [cité le 7 juin 2022]. Disponible: https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2021/2021LILUM286.pdf
21. Bariod, M. Précarité et confiance en son médecin traitant : étude observationnelle prospective chez les consultants en soins premiers [Thèse d'exercice en ligne]. Dijon: Université de Bourgogne; 2018. Disponible: https://nuxeo.u-bourgogne.fr/nuxeo/nxfile/default/ddfcc50b-a679-4c7a-994a-cce6b77d59c8/file:content/BARIOD_THESEMED_2018.pdf
22. Kao AC, Green DC, Davis NA, Koplan JP, Cleary PD. Patients' trust in their physicians: Effects of choice, continuity, and payment method. *J Gen Intern Med.* 1998;13(10):681-6. DOI: 10.1046/j.1525-1497.1998.00204.x
23. Attye M. État des lieux de l'attente des patients de médecine générale en matière d'éducation pour la santé : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs en sortie de consultation. Amiens: Université Amiens; 2016 [cité le 19 juin 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01488193>

24. Isaac Mandil A. Impact de la remise d'une information écrite au cours de la consultation en médecine de premier recours par le professionnel de santé sur les connaissances, attitudes et comportements des patients: une revue de la littérature [Thèse d'exercice en ligne]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2014 [cité le 7 juin 2022]. Disponible: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01018055/document>
25. La dépeche [En ligne]. L'ARS demande aux patients d'appeler le 15 [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://www.ladepeche.fr/2022/07/24/lars-demande-aux-patients-dappeler-le-15-10453016.php>
26. France 3 Occitanie [En ligne]. Sète : obligation d'appeler le 15 avant de se rendre aux urgences pour la nuit du 18 au 19 août [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/occitanie/herault/sete/sete-obligation-d-appeler-le-15-avant-de-se-rendre-aux-urgences-pour-la-nuit-du-18-au-19-aout-2598012.html>
27. L'indépendant [En ligne]. Urgences : il est recommandé d'appeler le « 15 » avant d'y aller [cité le 15 novembre 2022]. Disponible: <https://www.lindependant.fr/2022/07/08/urgences-il-est-recommande-dappeler-le-15-avant-dy-aller-10424847.php>
28. Ministère des solidarités et de la santé. [En ligne]. 2020. Ségur de la santé : 22 sites pilotes retenus pour préfigurer le service d'accès aux soins (SAS) Disponible: <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiqués-de-presse/article/segur-de-la-sante-sites-pilotes-service-d-acces-aux-soins-SAS>
29. Attali C, Bail P, Magnier A-M, Beis J-N, Ghasarossian C, Gomes J, et al. Compétences pour le DES de médecine générale. Rev Exerc. 2006;76:2.
30. Goaziou M-FL. L'équipement du cabinet médical. Rev Exerc. 2003;21(67):7.

31. Proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail. [En ligne]. Assemblée Nationale (2020).

ANNEXES

ANNEXE I : CLASSIFICATION CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences)

CLASSIFICATION	DEFINITION
CCMU P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable associée
CCMU 1	Etat clinique jugé stable. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique c'est-à-dire examen clinique simple
CCMU 2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un SU
CCMU 3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugé pouvant s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital
CCMU 4	Situation pathologique engageant le pronostic vital sans gestes de réanimation
CCMU5	Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation
CCMU D	Patient déjà décédé à l'arrivée du SMUR ou du SU. Pas de réanimation entreprise

ANNEXE II : QUESTIONNAIRE

1 – Avez-vous consulté un médecin généraliste pour le problème pour lequel vous avez consulté aux urgences ?
<i>Si oui, question de relance</i> : aviez-vous eu une discussion avec le médecin généraliste sur la conduite à tenir après la consultation ?
<i>Si oui, question de relance</i> : est ce qu'il vous a listé les éléments qui devaient vous faire consulter aux urgences ?
<i>Si oui, question de relance</i> : y a-t-il eu un moment d'échange en fin de consultation avec le médecin sur les autres possibilités que les urgences qui se présentent à vous si votre problème s'aggrave lors des horaires de fermetures de votre médecin traitant ?
<i>Si non, question de relance</i> : qu'est ce qui a fait que vous avez préféré venir aux urgences avant de voir votre médecin traitant ou un médecin généraliste ?
2 – Quel est votre premier réflexe lorsqu'il vous arrive quelque chose de grave ou d'urgent ?
<i>Question de relance</i> : si vous avez un doute concernant votre venue ou non aux urgences à qui demandez-vous conseil ?
3 – Connaissez-vous le fonctionnement des maisons médicales de garde ? et de SOS médecin ?
<i>Question de relance</i> : savez-vous où trouver ces informations ?
<i>Question de relance</i> : savez-vous où sont notés les numéros d'urgences et les numéros des maisons médicales de garde ?
4 – Pour vous, aurait-il été utile d'appeler le SAMU avant de vous déplacer aux urgences ?
<i>Question de relance</i> : quels sont pour vous les rôles du SAMU ?
5 – Est-ce que pour vous le médecin généraliste était capable de prendre en charge votre problème, indépendamment de ses disponibilités ?
<i>Question de relance</i> : connaissez-vous les compétences de votre médecin généralistes en termes de gestes techniques (ECG, suture...) ?
6 – Pensez-vous qu'une sorte d'éducation médicale devrait être dispensée pour savoir comment gérer un évènement médical aigue ?
<i>Question de relance</i> : qu'est-ce que vous attendriez de cette formation comme informations ?
<i>Question de relance</i> : pour vous, quelle forme cette éducation médicale devrait-elle prendre ?

ANNEXE III : LISTE DES PATIENTS

Patients	Sexe	Age	Catégorie socio-professionnelle	Statut marital	Ville d'habitation	Motif de consultation
Patient A	F	18 ans	Apprentie coiffeuse	Célibataire	Clermont-Ferrand	Suspicion PNA
Patient B	F	53 ans	Agent logistique	Mariée	Chauriat	Douleurs abdominales et vomissement
Patient C	H	39 ans	Chômage	Célibataire	Clermont Ferrand	Contracture musculaire
Patient D	F	75 ans	Retraité	Veuve	Montferrand	Vomissements sous Tramadol
Patient E	F	23 ans	Etudiante	Célibataire	Clermont-Ferrand	Piqûre de guêpe
Patient F	H	38 ans	Responsable informatique	Célibataire	Clermont-Ferrand	Sensation de fourmillement des mains
Patient G	F	51 ans	Secrétaire de mairie	Mariée	Saint Ours les Roches	Otalgie
Patient H	F	83 ans	Retraîtée	Mariée	Cébazat	Constipation
Patient I	H	22 ans	Etudiante	Célibataire	Clermont-Ferrand	Plaie superficielle
Patient J	H	62 ans	Chauffeur de taxi	Divorcé	Cournon	Contusion bras
Patient K	H	28 ans	Chef de projet	Célibataire	Clermont-Ferrand	Piqûre d'insectes
Patient L	F	31 ans	Chargée de gestion du personnel	Célibataire	Pont du Château	Douleurs abdominales
Patient M	F	55 ans	Secrétaire dans une communauté de commune	Mariée	Combronde	Douleur musculaire
Patient N	M	46 ans	Cadre	Marié	Chatel-Guyon	Contusion chute à vélo

SERMENT D'HIPPOCRATE

Version longue

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.

Version courte

En présence des Maîtres de cette faculté et de mes chers(es) 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(e) 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(se) et reconnaissant(e) 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(e) d'opprobre et méprisé(e) de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Titre : identification des informations manquantes aux patients en vue d'éviter une consultation aux urgences pour des soins relevant du premier recours.

Contexte : la fréquentation du service des urgences ne cesse d'augmenter depuis plusieurs années, passant de 10 millions en 1992 à 21 millions en 2018. Cependant 20 à 40 % des patients des urgences ne relèveraient pas d'un service d'urgence.

Objectif : déterminer ce qui peut ne pas paraître clair dans le parcours de soin des patients qui les pousseraient à consulter aux urgences pour un motif relevant en fait du premier recours. Mettre en évidence des pistes d'amélioration afin de désencombrer les services d'urgence.

Méthode : il s'agit d'une étude qualitative par entretien téléphonique individuel, unicentrique. Le recrutement des patients a eu lieu dans le service d'urgences adultes du CHU de Clermont-Ferrand entre le 1^{er} mai 2022 et le 2 janvier 2023.

Résultats : quatorze patients ont été recrutés. Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs informations manquantes au patient lors de son parcours de soins : difficulté dans la définition de l'urgence, confusion sur les différents dispositifs en place en premier recours, méconnaissance du rôle de régulation du SAMU et des compétences du médecin généraliste.

Mots clés : premiers recours, éducation médicale, régulation, organisation des soins