



HAL
open science

Attentes, ressentis et vécus de parcours et de prise en charge des patients consultants dans les centres de soins non programmés : cas d'un centre vendéen, à Luçon : étude qualitative par entretiens semi-dirigés

Gabriel Ratié

► **To cite this version:**

Gabriel Ratié. Attentes, ressentis et vécus de parcours et de prise en charge des patients consultants dans les centres de soins non programmés : cas d'un centre vendéen, à Luçon : étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Médecine humaine et pathologie. 2024. dumas-04636950

HAL Id: dumas-04636950

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04636950>

Submitted on 5 Jul 2024

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.

IMPORTANT : OBLIGATIONS DE LA PERSONNE CONSULTANT CE DOCUMENT

Conformément au *Code de la propriété intellectuelle*, nous rappelons que le document est destiné à un **usage strictement personnel**. Les "analyses et les courtes citations justifiées par le caractère critique, polémique, pédagogique, scientifique ou d'information" sont autorisées sous réserve de mentionner les noms de l'auteur et de la source (article L. 122-4 du *Code de la propriété intellectuelle*). Toute autre représentation ou reproduction intégrale ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit, est illicite.

De ce fait, nous vous rappelons notamment que, **sauf accord explicite** de l'auteur de la thèse ou du mémoire, **vous n'êtes pas autorisé** à rediffuser ce document sous quelque forme que ce soit (impression papier, transfert par voie électronique, ou autre). Tout contrevenant s'expose aux peines prévues par la loi.

NANTES UNIVERSITE

FACULTE DE MEDECINE

Année 2024

N°

THESE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Gabriel Ratié

Présentée et soutenue publiquement le 11 juin 2024

**ATTENTES, RESSENTIS ET VÉCUS DE PARCOURS ET DE PRISE EN CHARGE
DES PATIENTS CONSULTANTS DANS LES CENTRES DE SOINS NON
PROGRAMMÉS. CAS D'UN CENTRE VENDÉEN, À LUÇON : ÉTUDE QUALITATIVE
PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS**

Président : Monsieur le Professeur Cyrille Vartanian

Directeur de thèse : Docteur Cyril Couillard

Remerciements :

Au Professeur Cyrille Vartanian, je vous remercie de me faire l'honneur de présider cette soutenance, soyez assuré de ma considération.

Au Docteur Cyril Couillard, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour tes conseils et de ton implication dans ce sujet.

Au Docteur Rosalie Rousseau, vous me faites l'honneur de juger ce travail et de m'avoir éclairé sur plusieurs questionnements méthodologiques, je vous remercie et soyez assuré de ma profonde gratitude.

Au Docteur Brigitte Tregouet, merci de m'avoir ouvert les portes de votre maison pour m'avoir aidé dans le travail de triangulation. Votre implication dans les travaux de thèse des étudiants est admirable.

Au Docteur Laurent Brutus, un grand merci pour vos éclaircissements lors des GEP et de m'avoir fait découvrir les CSNP, leur fonctionnement et les questionnements qui en découlent. Merci de m'avoir aidé à construire mon projet.

Merci à Estelle Rousseau, pour vos conseils avisés et les nombreux mails et échanges téléphoniques pour la construction de mon guide.

Merci aux secrétaires du CSNP de Luçon et à tout le personnel de la CPTS de Fontenay le Comte pour leur aide et leurs conseils dans ce travail.

Merci à tous les patients qui ont accepté de participer à mon étude, je leur dédie ce travail.

A mes parents, merci de m'avoir conduit jusque là, pour votre soutien toutes ces années et vos encouragements. Maman, merci pour tes conseils et ta relecture avisée, et surtout, bon anniversaire!

Marion, merci de ton soutien et de nos discussions si riches qui me tiennent à cœur, merci de ta relecture, j'espère que ta curiosité continuera à satisfaire tous tes projets!

Cédric, merci pour ton état d'esprit et de partager des passions communes, j'espère qu'on arrivera à partager plus de moments malgré nos emploi du temps surchargés!

A mes grand parents, merci de m'avoir encouragé toutes ces années et de ces nombreux moments passés ensemble.

Au reste de la famille, Fanny, Antoine, Mathys et Eloane tout juste arrivée, et tous les autres.

Aux Bordelais : Rems, Liza, Marie, Pauline, Alex et tous les autres qui m'ont tant apporté toutes ces années et aux tarot-cafés de la BU.

A Guerra, merci pour ton altruisme, ton rire gras et ta sotizerie, merci d'être toujours là et d'avoir retourné la Maison Café et toutes celles de Bordeaux!

Daizy Zouz pour nos discussions interminables, c'est finalement probablement grâce à toi que j'ai choisi cette voie.

A Binou sans qui l'UE7 ne serait jamais passé...

A Camille, pour tout ce que tu m'as apporté et qu'on a partagé ensemble, merci de ta joie de vivre et j'ai pas la place de faire ton éloge ici que tu connais déjà.

A Jacouille, LE cardiologue au grand cœur (j'ai pas trouvé mieux désolé), à ton planning pourri qui malgré tout nous permet tous de se retrouver régulièrement !!

A Didine pour ta folie et ta curiosité, et tes références pourries barbichettisques, ne changes rien, j'espère que tu continueras à explorer le monde.

A Thomich, merci pour ces mois de colloc' ensemble, ces soirées, ces échanges et ta bienveillance, j'espère que tu accompliras tous tes projets!

A la colloc du bonheur et ceux qui y sont passés pour un semestre Marmite, Chèche, Darknif, Alex, Alex bis, Emilie et Claire : pour avoir découvert ce sport idiot mais merveilleux, ces week-ends, ces vacances, ces beléyés, ces villégiatures, ce goût pour le non ménage et tout le reste, j'espère qu'on ne se perdra pas de vue et qu'on l'ouvrira ce cab ensemble!

Au Nantais et Yonnais, Serena, Louise, Blanche, Geremie, Julie, Tom, Manon, Pauline et tous les autres, à nos (mes) projets de gravel sous la pluie et d'autres aventures.

A tous ceux que j'oublie au moment d'écrire ces lignes.

A Mélissa, pour ces moments passés ensemble, nos projets communs, ta gentillesse et de me supporter au quotidien. Tème.

Abréviations utiles :

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation de la Permanence des Soins

ALD: Affection Longue Durée

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

ARS : Agence Régionale de Santé

CAPS : Centre d'Accueil et de Permanence de Soins

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHD : Centre Hospitalier Départemental

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CSNP : Centre de Soins Non Programmés

COREQ : COnsolidated criteria for REporting Qualitative research

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DPO : Data Protection Officer

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EUROPEP : EUROpean task force on Patient Evaluations of general Practice

HAS : Haute Autorité de Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MeSH : Medical Subject Headings

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

OSNP : Opérateur de Soins Non Programmé

SAS : Service d'Accès aux Soins

SAU : Service d'Accès aux Urgences

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SNP : Soins Non Programmés

SU : Services d'Urgences

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

Table des matières

I Introduction	5
I.1 Démographie médicale en France	5
I.2 Le cas de la Vendée et caractéristiques de la population sud vendéenne	6
I.3 Des difficultés d'accès aux soins d'urgence	6
I.4 Les soins non programmés, une définition complexe	8
I.5 Une part de soins importante	8
I.6 Moyens en place	9
I.7 Les centres de soins non programmés	10
I.8 Des centres en cours d'évaluation	11
I.9 Questionnement et objectif	12
II Matériel et méthode	13
II.1 Méthode qualitative	13
II.2 Population et échantillonnage	13
II.2.1 Méthode d'échantillonnage	13
II.2.2 Méthodes de recrutement	14
II.3 Recueil des données	14
II.4 Elaboration du guide d'entretien	15
II.5 Analyse des données	15
II.6 Aspects éthiques et réglementaires	16
III Résultats	17
III.1 Descriptif de l'échantillon	17
III.2 Analyse	18
III.2.1 Avant la consultation : l'état des lieux	19
a) Des situations d'angoisse	19
b) Le rapport au temps est modifié	19
c) Des habitudes de soins variées	19
d) Des difficultés d'accès au soins	20
e) Des patients livrés à eux même	21
III.2.2 Ce que les patients attendent du soins dans ces situations	21
a) Des attentes souvent centrées sur le médecin	22
b) Un besoin de participer	24
c) Des attentes organisationnelles : la disponibilité	25
III.2.3 Le rapport à la régulation téléphonique	28
a) Une méconnaissance	28
b) Une communication angoissante	29
c) La distance au téléphone, source de mauvaises perceptions	30
d) La mauvaise perception d'un inconnu	30
e) Un sentiment de complexité global	30
f) Une régulation qui reste nécessaire	31
g) Une centralisation de la régulation appréciée pour les touristes	32
h) Une prise de rendez vous appréciée	32
III.2.4 Le centre en lui même	33

a) La nécessité de se déplacer:.....	33
b) Des patients sensibles à l'environnement de consultation.....	34
II.2.5 La rencontre avec le médecin est chargée d'émotions.....	38
a) Le médecin est au centre:.....	38
b) Une vision naïve appréciée:.....	39
c) Un désir de continuité:.....	39
d) Les patients étaient attentifs aux qualités intrinsèques du médecin :.....	40
- L'écoute, gage d'une consultation de qualité :.....	40
- L'individu s'efface :.....	41
- L'angoisse s'efface enfin :.....	42
- Mettre un mot sur les maux:.....	42
- Le patient devient acteur :.....	42
e) L'examen clinique : des patients attentifs à un moment privilégié.....	43
f) L'efficacité, plus que la création d'une relation :.....	44
II.2.6 L'après consultation : une consultation appréciable mais de dernier recours.....	45
II.2.7 Un engagement dans le dispositif :.....	47
IV Discussion.....	47
IV.1 Principaux résultats.....	47
IV.2 Analyse des résultats en réponse à l'objectif initial et comparaison avec la littérature :.....	52
IV.2.1 Le vécu de l'urgence ressentie et ses déterminants de consultation :.....	52
IV.2.2 Analyse des attentes.....	54
IV.2.3 Analyse du rapport à la régulation.....	56
IV.2.4 Analyse du vécu face au lieux et son accessibilité.....	58
IV.2.5 Analyse de la rencontre avec le médecin.....	60
IV.2.6 Satisfaction globale.....	63
IV.3 Forces et limites :.....	64
IV.3.1 Forces :.....	64
IV.3.2 Limites:.....	65
IV.4 Perspectives :.....	66
V Conclusion.....	67
VI Bibliographie :.....	68
VII Annexes :.....	74
VII.1 Annexe 1 : Affiche de recrutement :.....	74
VII.2 Annexe 2 : Guides d'entretiens :.....	75
VII.3 Annexe 3 : Extrait d'entretiens et d'analyse.....	77
VII.4 Annexe 4 : Extrait de "grille de codage" (patient 3).....	78
VII.5 Annexe 5 : Formulaire de consentement :.....	79

I Introduction :

En pleine crise d'engorgement des services d'urgences en France et des difficultés actuelles d'accès à un médecin généraliste, les politiques de santé ont parié ces dernières années sur une meilleure coordination des soins, notamment avec la récente stratégie "ma santé 2022".

On retrouve dans cette stratégie, entre autres choses, la création de centres médicaux pour la gestion des soins dits "non programmés", à savoir des soins devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas toujours médicalement de l'urgence ni des services d'accueil d'urgence. Ces soins semblent pour certains représenter un certain poids dans notre système de santé, et sont source de potentiel engorgement du système et de mauvais parcours de soins. La Vendée est particulièrement touchée par la "désertification médicale" et plusieurs de ces centres ont vu le jour dans ce contexte courant 2022. Solution pérenne ou fausse solution dans un système de santé en pleine réorganisation, ces récents centres sont actuellement en cours d'évaluation. S'ils tentent de répondre à des objectifs politiques et de démographie médicale, quelles expériences les patients en tirent-ils? Quel est leur vécu et leur ressenti face à ce nouveau dispositif?

I.1 Démographie médicale en France

On observe une détérioration globale de la démographie médicale en France. Au premier janvier 2023, il y a 500 médecins généralistes en activité de moins qu'à la même date un an auparavant. La densité des médecins généralistes a diminué de 8% entre 2012 et 2022 au niveau national avec des évolutions contrastées entre les départements.

On observe que 78 sur 96 départements enregistrent une diminution de leur densité en médecins généralistes et qu'il y a un creusement des inégalités entre régions. L'écart de densité entre le bassin de vie le mieux doté et celui le moins bien doté est de 32,2 médecins chez les généralistes (1).

Les projections de la DREES montrent une stagnation des effectifs jusqu'en 2027. Compte tenu de l'augmentation et du vieillissement de la population, un modèle projette une diminution de la densité médicale standardisée (c'est-à-dire la densité de médecins libéraux pour 100 000 habitants pondérée par la consommation de soins) en France, qui retrouverait son niveau de 2021 seulement vers 2032 (2).

I.2 Le cas de la Vendée et caractéristiques de la population sud vendéenne :

Au recensement de 2023, la Vendée comptait 692 705 habitants (3). Le département présente un dynamisme marqué, on constate un gain d'environ 5100 personnes en moyenne chaque année depuis 2014 (4). Selon l'INSEE, à l'horizon 2070 la croissance démographique des Pays de La Loire figurerait parmi les plus dynamiques de France. De plus le vieillissement de la population s'amplifierait avec l'arrivée aux âges avancés de la génération du baby boom avec notamment une part de personnes âgées de plus de 65 ans à 30,4 % en 2070 contre 20,3% en 2018. En Vendée, cette part atteindrait même les 38,8 % en 2070 (5).

D'après un rapport de 2021 du CDOM de Vendée, depuis 2020, la situation démographique médicale s'est nettement aggravée avec des relatives stagnations et de plus en plus de patients sans médecin traitant, notamment dans le Sud Vendée (6). Un rapport du Sénat en 2022 faisait acte que 11% des Français n'ont pas de médecins traitants (7). Au 1^{er} janvier 2022, en Vendée ce n'est pas moins de 15,6% de la population de plus de 16 ans qui n'aurait pas de médecin traitant, ce qui représente 83500 personnes. Dans la ville de Luçon, ce taux atteint les 16,8% en 2022 (8). Au premier janvier 2022, la densité de médecins généralistes en activité régulière en Vendée est de 124/100000 habitants contre 149/100000 au niveau national (9).

L'accessibilité potentielle localisée (APL, nombre de consultations accessible par an et par habitant) permet d'aider à schématiser les difficultés d'accès au soins (10). On constate que toutes les APL des départements des Pays de la Loire sont en baisse entre 2015 et 2021 (9). La Vendée perd 0,1 point et est à 2.8 en 2021 contre 3 pour la France entière. Plusieurs communes en Vendée, notamment en Sud Vendée ont une APL entre 0 et 2,5. Certaines sont recensées comme "zones d'intervention prioritaire" ou "zone d'action complémentaires" où des aides financières sont proposées aux médecins.

En 2022, l'APL de Luçon est de 2,72, contrairement à Nantes où elle est de 4,56 (10).

I.3 Des difficultés d'accès aux soins d'urgence

La fréquentation des services d'urgences augmente chaque année en France : elle est passée de 16,9 millions de personnes en 2009, à 20,7 millions en 2017. La progression annuelle de passage aux urgences est en moyenne de + 2,5%, ce qui est cinq fois plus élevé que la croissance de la population résidant en France (11). Les services d'urgence sont en souffrance (12). Des manques de moyens ont notamment entraîné des restrictions d'accès, voire des fermetures régulières de SAU (13).

Les services d'urgences sont fortement sollicités à Luçon, et plus généralement dans le Sud Vendée. On observe un recours aux urgences élevé, avec un indice de recours aux services d'urgence supérieur à 20% de la moyenne régionale. On note aussi une fréquence de recours au SAU en Sud-Vendée plus importante que les autres départements de la région aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux (14). Cet engorgement entraîne un cercle vicieux de dysfonctionnement aboutissant potentiellement à une mauvaise prise en charge des patients et finalement à une majoration de la morbi mortalité.

Plusieurs études tentent d'expliquer ces hausses et le phénomène croissant d'engorgement des services d'urgences (15). Parmi les causes retrouvées, certains travaux ont mis en évidence : les pics d'activité épidémiques ou saisonniers, les délais de séjour longs aux urgences de patients polyopathologiques et âgés, le délai d'attente pour l'accès au spécialistes et aux examens complémentaires, l'insuffisance de places en lits d'aval et les consultations "non urgentes" (16,17).

Dans les Pays de la Loire, un passage aux urgences sur six correspond à une gravité CCMU 1 (c'est-à-dire qu'aucun acte complémentaire autre que les examens simples réalisables au lit du patient n'a été effectué dans le SU) (16). La HAS considère qu'une des raisons de l'augmentation de l'activité des services d'urgences serait que ces services sont devenus, pour de nombreux patients, un point de passage de tout parcours de soins, même non urgent, lorsque l'accès aux soins de ville est devenu trop complexe (18).

Nous constatons ainsi que les patients ont de grandes difficultés à accéder aux soins primaires, que ce soit en ville ou aux urgences et que leur parcours de soins n'est pas toujours adapté, notamment en ce qui concerne certains soins aigus qui pourraient être gérés en ville. Ces soins, souvent nommés "soins non programmés" sont, selon certains, une composante importante participant au dysfonctionnement du système de santé actuel (19).

Pourtant, selon l'OMS, le droit à la santé doit comprendre l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable. Le parcours de soins adapté doit s'entendre comme la prise en charge globale, structurée et continue des patients, cela au plus près de chez eux (20). Il doit permettre l'accès aux consultations de premier recours et quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins.

I.4 Les soins non programmés, une définition complexe :

Selon une revue de la littérature de l'ORS, la définition des soins non programmés a évolué avec le temps (21). Initialement, ce terme se rattachait à une notion "d'urgence", or actuellement il est largement utilisé dans la littérature pour évoquer la permanence de soins en médecine ambulatoire, notamment en horaire d'ouverture des cabinets médicaux. Par ailleurs, il apparaît que les soins "urgents" ne le seraient pas toujours d'un point de vue strictement médical (22,23). Les soins non programmés, selon l'ORS peuvent recouvrir "l'ensemble des situations de demande de soins non programmés pris en charge dans les cabinets de médecine générale libérale pendant les horaire d'ouverture, qu'il s'agisse d'urgences médicales considérées comme telles ou bien d'une urgence ressentie comme telle par le patient, l'incitant à demander une prise en charge rapide" (21). On peut lire dans le livre blanc de la société Française de médecine d'urgence : *l'urgence en matière de santé est définie par le patient lui même ou par son entourage, inquiet devant des signes d'apparition brutale, mais aussi lorsqu'il ne trouve pas de réponse ailleurs à son problème de santé* (24).

I.5 Une part de soins importante :

Une étude de 2004 menée par la DREES décrit que les SNP représentent 12% de l'activité totale des médecins libéraux. Cela équivaut à 35 millions de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville (25). Dans les Pays de La Loire en 2019, 6 médecins sur 10 déclarent que cette activité représente plus de 20% de leur activité totale (26) et ces derniers déclarent pour la majorité (84%) avoir une organisation quotidienne au cabinet pour la gestion des soins non programmés (26).

Cette part de soins, à défaut de toujours trouver une réponse en ville, participerait selon certains à l'engorgement des urgences. Le parcours de soins des patients consultants pour ces motifs est source de discussion nationale (27). Le "rapport Braun" évoque qu'il faudrait *faciliter la mise en œuvre, par un professionnel de santé, du parcours le plus adapté à une demande de soins* (12).

I.6 Moyens en place:

La prise en charge des soins non programmés peut reposer, selon le député Thomas Mesnier, actuellement sur trois modèles d'organisation :

- la médecine ambulatoire : cabinets traditionnels, cabinets de groupe, maisons de santé pluridisciplinaires, centres de santé.
- les centres de soins non programmés (CSNP) : structures intégrées dans les établissements publics permettant l'accueil de soins non programmés avec une mise à disposition aux médecins généralistes libéraux, salariés de l'hôpital de matériel, de locaux et de plateau technique. Ce type de structures trouverait sa place notamment lorsque la médecine ambulatoire n'est plus en capacité d'absorber ces consultations , notamment en zone sous dense.
- une variante intermédiaire, avec création de centre de soins non programmés libéraux dédiés à cette seule activité, si un des deux modèles de bases ne peut pas répondre en lui-même à la demande du territoire (19).

En Vendée, l'offre de soins a tendance à s'organiser autour de communautés territoriales de santé (CPTS). Il en existe 7 dans le département. Celles-ci ont été créées en France en 2016 suite à la loi de modernisation du système de santé et s'organisent autour de plusieurs acteurs de santé qu'ils soient libéraux ou salariés, qui ont décidé de se regrouper pour mieux se structurer et se coordonner (28). L'un des rôles des CPTS est de faciliter l'accès au soins et notamment à la gestion des soins non programmés (29). Pour exemple, la création d'agenda partagé "CPTS rendez-vous" entre médecins généralistes a été mise en place, ouvrant des "créneaux volontaires", accessibles à un centre de régulation téléphonique permettant d'accueillir ces soins au plus proche des patients dans un délais de 48h. Ce système a plus récemment été généralisé au système national SAS (service d'accès au soins) (30).

En ce qui concerne la gestion des soins non programmés en horaires de la permanence de soins, elle est coordonnée par l'ADOPS 85 et gérée par des médecins de garde sectorisés, des maisons médicales de garde (CAPS) et des effecteurs mobiles.

I.7 Les centres de soins non programmés

En Vendée, le contexte de soins a vu naître les “centres de soins non programmés” (CNSP). Ils sont 6 actuellement et un 7 ème est à l'étude à Montaigu (schéma 1). Ils existent depuis 2022, coordonnés par les CPTS avec pour objectif de *réorganiser et fluidifier les parcours de soins non programmés, rationaliser et réguler les actes médicaux, éduquer la population au bon usage du système de santé, diminuer la présentation spontanée aux urgences et renforcer l'attractivité du territoire pour les jeunes médecins* (18).

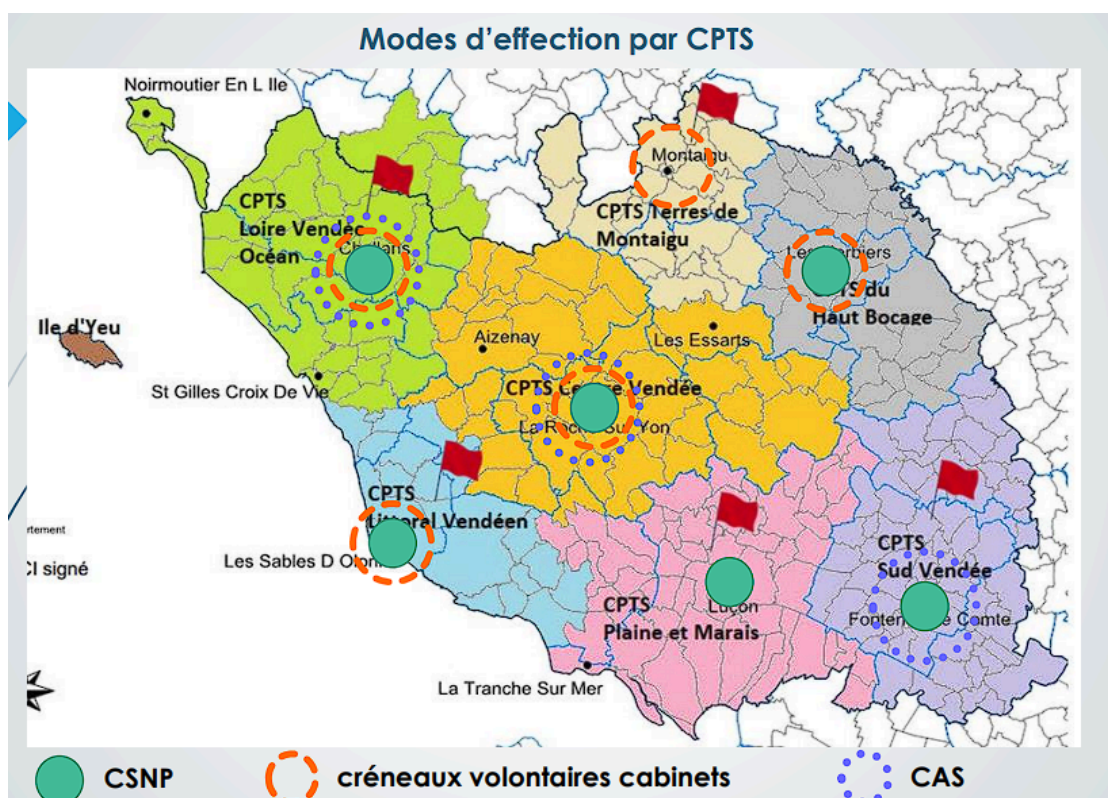


Schéma 1 : Schématisation de l'offre et de la localisation des CNSP en Vendée en 2022 (sources ADOPS85) Nb : CAS : “consultation d'accès au soins” : consultation “SASPAS”

Le centre de Luçon est ouvert depuis janvier 2022 et les patients y accèdent de différentes façons: ils sont réorientés par les services d'accueil d'urgence, ils peuvent joindre le “116117” en ayant accès à un régulateur médical ou sont réorientés par les pharmacies dans certains cas. Ils sont alors inscrits sur un agenda en ligne gérés par les CPTS. Il n'est pas possible de s'y rendre spontanément sans rendez-vous au préalable.

Les patients sont accueillis dans une salle d'examen installée dans les locaux du CHD de Luçon sur 24 créneaux répartis sur la journée, du lundi au vendredi de 8H30 à 12h30 et

de 14h à 18h. Ces centres fonctionnent sur la base du volontariat avec organisation par vacations en demi-journées ponctuelles. Il a été décidé par la CPTS de Luçon de n'embaucher que des médecins remplaçants ou non installés dans le département ou encore de jeunes retraités pour assurer son fonctionnement. Ces médecins sont salariés de l'hôpital, embauchés par le biais de conventions signées entre de centre hospitalier départemental (CHD) et la CPTS. A titre indicatif en 2023, les médecins présents au CSNP étaient exclusivement des internes (2 sur le pool du premier trimestre) ou des remplaçants (6 sur cette même période).

I.8 Des centres en cours d'évaluation :

En 2022, 6 de ces centres ont ouvert sur la Vendée et leur fonctionnement est à l'étude. Selon le rapport d'activité du centre du CSNP de Luçon de 2022, la majorité de patients ayant consulté déclarent s'y présenter pour un motif aigu. Ces centres, associés à la régulation médicale semblent selon l'ARS, en Vendée, avoir permis une diminution des passages aux urgences sur les premiers niveaux de gravité. Seules 3% des consultations réalisées dans les centres de soins ont consisté en une réorientation vers les urgences (30). Un travail de thèse sur un centre de soins voisin affirme que les consultations dans ce type de centre relèvent effectivement de consultation de médecine générale (CCMU 1 en grande majorité) et non de médecine d'urgence (31). Dans l'étude du Dr Leschallier de Lisle, pour 44 % des patients consultants au centre de Luçon, l'alternative au CSNP aurait été de s'orienter vers les urgences (32).

Cette offre semble ainsi apporter une réponse organisationnelle de moyens à ces demandes de soins non programmés et éviter des passages aux urgences considérés comme "inappropriés".

Qu'en est t-il des patients?

Faute d'avoir accès à un médecin traitant ou aux urgences, certains patients se trouvent ainsi conduits à fréquenter, parfois par défaut, un nouveau lieu de soins, et à faire à un parcours de soins inhabituel. Définir la part de responsabilité du patient envers ces demandes de soins reste délicat au vu de son contexte, car celles-ci semblent à la croisée de leurs représentations propres face à l'urgence ressentie, leur contexte sociologique et l'offre de soins perçue, comme l'explique le Pr Gentile dans ses travaux en santé publique (33).

Le Dr Braun (ex ministre de la santé) critiquait récemment "des politiques nationales basées uniquement sur la pertinence (« le bon soin au bon endroit »), sur une réflexion d'offres alternatives (SNP) et sur un certain niveau de culpabilisation des usagers de plus

en plus croissant”. Pour lui, l’analyse de la hausse de consommation de soins non programmés par le seul prisme de la difficulté d’accès aux soins serait une erreur et il serait nécessaire de *comprendre le comportement des usagers*. Plusieurs travaux soulignent l’intérêt d’étudier la subjectivité des patients en amont des consultations permettant de mieux comprendre les facteurs influençant les demandes de soins (23,33,34).

Le patient est ainsi placé au centre des attentions, et au-delà de l’analyse de l’offre de moyens en elle-même, il semble important de se placer de son point de vue dans cette nouvelle organisation. Dans le projet “ma santé 2022”, les perceptions de soins du médecin et des patients sont, de ce point de vue, *singulières et complémentaires*. L’OMS parle d’ailleurs de soins efficaces, sûrs et centrés sur la personne (35).

S’intéresser à l’expérience du patient fait partie d’une des composantes d’un soin de qualité, et selon la HAS la mesure de la qualité d’un soin est un prérequis pour définir les actions à mettre en œuvre et objectiver les progrès dans le but d’améliorer le service rendu au patient (36). Pour l’OMS, l’expérience du patient comporte principalement trois dimensions : une bonne communication, le respect de la dignité et le soutien émotionnel (37).

I.9 Questionnement et objectif :

J’ai été amené à participer aux premières consultations d’un centre de soins non programmé en Vendée en 2022 durant la fin de mon internat. Après avoir réalisé plusieurs vacations, j’ai souvent pu assister à la détresse des patients et leurs difficultés d’accès aux soins. Parfois ce modèle semblait pouvoir répondre à un besoin d’urgence, d’autres fois, j’ai pu constater une certaine frustration et un besoin d’être guidé. Pour d’autres, cette consultation semblait être le véritable aboutissement d’une recherche d’accès au soins semée d’embûches. J’observais que cette rencontre singulière était souvent marquée d’émotions, et prenais la mesure des grandes attentes des patients face à ces rendez-vous.

Devant la multiplication des centres de soins non programmés, notamment en Vendée, et leur possible pérennisation dans l’avenir, nous nous sommes questionnés sur la qualité des soins promulgués du point de vue des patients, en explorant leur(s) propre(s) expérience (s) de parcours de soins et vécu (s) de consultation en vue d’en établir un état des lieux et d’identifier d’éventuelles améliorations.

La question de notre étude est donc: Quelles sont les attentes, ressentis et vécus de parcours et de prise en charge des patients consultant dans les centres de soins non programmés ? Cas d'un centre de soin non programmé vendéen, à Luçon.

L'objectif principal était de comprendre l'expérience de soins vécue par les patients lors de ces consultations à travers leurs parcours, leurs attentes, leur ressenti et la place qu'ils accordent au centre de soins dans leur parcours.

Deux objectifs secondaires étaient d'apporter des pistes d'amélioration dans le fonctionnement du centre et des pistes de réflexion pour les médecins afin d'appréhender ces consultations particulières.

II Matériel et méthode :

II.1 Méthode qualitative

Pour explorer l'expérience de soins, le vécu et le ressenti des patients, la méthode qualitative semblait être la plus adaptée. Par ailleurs, s'agissant d'explorer la manière dont une expérience de vie a été vécue, nous avons retenu une approche inspirée de l'analyse interprétative phénoménologique en s'appuyant sur des entretiens semi dirigés individuels.

Les principales caractéristiques de cette méthode sont :

- un échantillon homogène : les participants ont la particularité de vivre ou d'avoir vécu une expérience en commun.
- l'approche idiographique : l'attention et l'interprétation sont focalisées sur l'individu singulier et non sur le groupe social
- la double herméneutique : le chercheur tente de donner du sens au sens que les participants donnent à leur expérience vécue (38).

II.2 Population et échantillonnage

II.2.1 Méthode d'échantillonnage :

La population étant très variée dans le centre et les profils extrêmement diversifiés, nous avons volontairement recruté des patients mineurs ou majeurs, vacanciers ou locaux en essayant d'obtenir des profils différents en termes d'âge et de genre.

Leur point commun devait être d'avoir consulté au moins une fois au CSNP et pour motif de soins dit "urgent", non pour des renouvellement d'ordonnance (nous prenons parti qu'il ne s'agit que d'une part minoritaire de ces consultations et que le centre n'a pas été conçu pour cela). Il a été autant que possible tenté de réaliser un échantillon raisonné "homogène", à savoir centré sur des participants ayant vécu le phénomène à étudier.

II.2.2 Méthodes de recrutement :

Des affiches de recrutement (annexe 1) ont été placées en salle d'attente au CSNP de Luçon, les patients pouvaient prendre contact directement avec l'enquêteur par mail ou bien faire savoir leur désir de participation au secrétariat. Pour des raisons organisationnelles, l'enquêteur a recruté deux volontaires directement en salle d'attente pour compléter le nombre de participants.

La méthode choisie ne nécessite pas à proprement parler de saturation des données, les entretiens ont ainsi été conduits jusqu'à suffisance assumée. En effet le recueil a été stoppé lorsque la collecte de données n'apportait plus à l'avancement et la conceptualisation des phénomènes étudiés.

II.3 Recueil des données :

Les données ont été collectées via des entretiens semi dirigés individuels. Tous les entretiens ont eu lieu en présentiel. Le lieu de l'entretien a été choisi dans la mesure du possible à la convenance du patient, soit à son domicile, soit dans des locaux alloués par le CHD de Luçon ou encore à l'université de La Roche Sur Yon rattachée à Nantes.

Autant que possible, l'enquêteur a cherché à mettre les participants à l'aise, en agençant la disposition des lieux de façon neutre en tentant de créer un climat informel à distance des bureaux médicaux. L'enquêteur essayait au maximum d'effacer sa posture de médecin, se présentant comme étudiant et en insistant sur la libre expression des participants en début d'entretien.

Les entretiens ont été enregistrés sur un logiciel d'enregistrement vocal sur Android®.

II.4 Elaboration du guide d'entretien :

Le guide d'entretiens s'appuie en partie sur des travaux de thèses semblables à l'étude actuelle ayant exploré des vécus ou la satisfaction perçue de consultations (39–41). Le guide s'inspire aussi de l'étude "EUROPEP", instrument qui a été développé par un groupe de travail européen sous l'égide de la WONCA Europe évaluant la satisfaction des patients ambulatoires (42).

Son élaboration a fait l'objet d'une relecture et de la correction par une méthodologiste en sciences humaines et sociales au CHU de Nantes, l'évolution des versions du guide est visible en annexe 2. Les questions se veulent le plus ouvertes possible avec au besoin des questions de relance. Le guide a été testé auprès de médecins et de non médecins pour en valider la compréhension.

L'analyse s'efforce de répondre aux critères COREQ s'intéressant à la validité de l'étude.

II.5 Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits mot pour mot à l'aide du logiciel HappyScribe® puis exportés sur le logiciel Word®. Le choix de la méthode a porté sur une analyse par phénoménologie interprétative.

La première étape de l'analyse a consisté à réaliser un étiquetage expérientiel, au plus proche de ce que semblaient exprimer les participants.

Une deuxième étape a consisté à extraire de ces étiquettes des thèmes ancrés dans un concept plus global pour chaque entretien (extrait en annexe 3).

Puis des connexions ont été recherchées entre les différents thèmes, rassemblés en *patterns*, nommés thèmes superordonnés, et ce pour chaque entretien séparément, ceci permettant de mettre en évidence les points les plus saillants pour les participants dans leur propre témoignage (extrait de grille de codage en annexe 4).

Finalement les idées des différents entretiens ont été mises en commun et les différents thèmes superordonnés ont fait émerger un plan, réorganisé selon un déroulé chronologique de consultation avec les principaux points évoqués par les participants.

L'analyse a été triangulée par un médecin tiers ayant une expérience de la méthode qualitative. Celle-ci a consisté en une relecture "à l'aveugle" de 6 des 9 entretiens et en la création de ses propres thèmes et thèmes superordonnés puis d'un nouveau plan. Les résultats ont ensuite été comparés et un plan définitif des résultats a émergé.

A noter qu'une triangulation "écologique" a été proposée au participants, à savoir une triangulation par les patients eux-mêmes par renvois par mail de l'analyse. Six patients ont finalement participé à cette triangulation.

II.6 Aspects éthiques et réglementaires :

Pour chaque entretien, le consentement éclairé écrit du patient a été obtenu (annexe 5). Toutes les données personnelles ou permettant d'identifier les patients ont été anonymisées. L'université de Nantes étant engagée sur la méthodologie de référence "MR004", aucune démarche CNIL n'a été nécessaire. Par ailleurs après discussion avec la déléguée à la protection des données du CHU de Nantes, il a été confirmé que les recherches qualitatives par entretiens semi-dirigés n'entraient pas dans le champ d'action de la loi Jardé, et qu'il n'y avait pas de nécessité de s'adresser à un comité de protection des personnes. Pour autant un formulaire de qualification en phase de test a été rempli à la demande de la DPO de Nantes.

III Résultats :

III.1 Descriptif de l'échantillon :

Neuf patients ont été recrutés entre juillet et décembre 2023, 2 hommes et 7 femmes. La durée moyenne des entretiens était de 40 minutes. Le statut de l'interviewé pouvait parfois varier, les caractéristiques des entretiens sont rapportées dans le tableau N°1.

Entretiens	genre	age (années)	profession	département	présence d'un médecin traitant	ALD	nombre de consultation par an déclarées	délais de l'entretien par rapport à la consultation	statut de l'interviewé	durée
N 1	F	58	fonction publique	touriste 38	Oui	non	3 fois / an	10 jours	patient lui même	51 min
N 2	F	51	sans emploi	85	Non	Oui	2/an	12 jours	patient lui même	43 min
N 3	H	6		touriste 75	Non (mais pédiatre)	Non	NC	5 jours	les parents (enfant absent)	51 min
N 4	F	77	retraîtée travail manuel en usine	85	Oui	Non	2/an	13 jours	patient (accompagné de son conjoint)	34 min
N 5	F	51	retraîtée (commerçante)	85	Non	Oui	2/an	10 jours	Patiente elle même	50 min
N 6	F	37	assistante maternelle	85	Non	Non	1/an	Le jour même	Patiente elle même	36 min
N 7	F	10		85	Oui	Non	1/an	Le jour même	enfant et mère	16 min
N 8	H	75	Boulangier retraitée	85	Non	oui	4 / an	8 jours	Conjointe sans le patient (impossibilité devant troubles mnésiques majeurs)	33 min
N 9	F	70	administration	85	Oui	non	2/an	6 jours	Patiente elle même	46 min

Tableau 1 : caractéristiques des patients :

III.2 Analyse :

Par souci de clarté et pour tenter d'exprimer au mieux le ressenti des patients, la rédaction des résultats a été réalisée de façon chronologique pour percevoir le parcours et le vécu des patients tout au long du processus d'accès au centre de soins, depuis leur état d'esprit avant de contacter un médecin jusqu'à leur consultation.

Un schéma explicatif contextuel représente le vécu des patients à chaque étape.

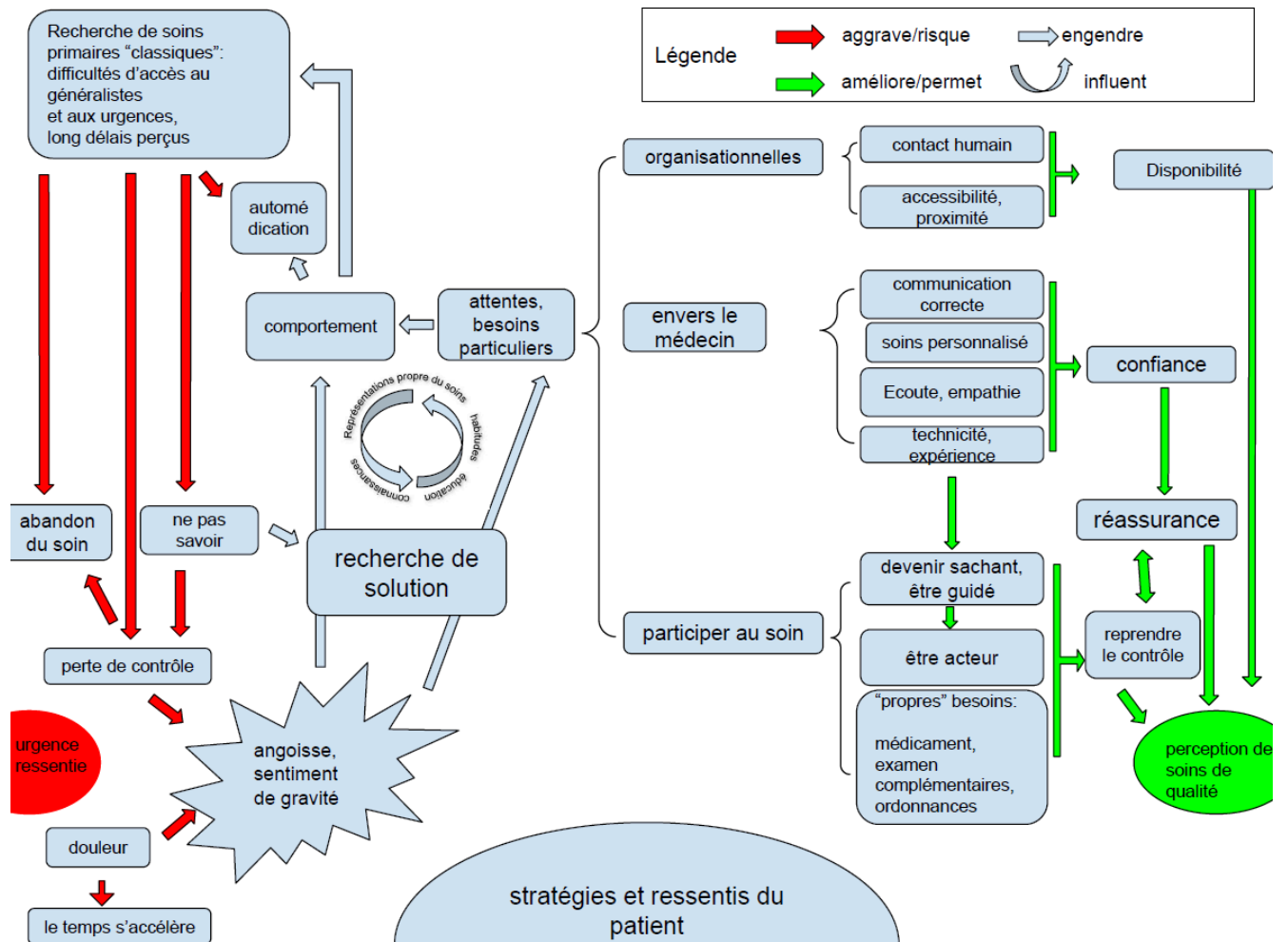


Schéma 2 : vécu d'une situation d'urgence ressentie et attentes des soins

III.2.1 Avant la consultation : l'état des lieux :

a) Des situations d'angoisse :

Dans des situations de nécessité de soins non programmés, la plupart des patients décrivent leur angoisse et leur détresse qui peuvent être au premier plan. Parfois l'angoisse pouvait être entretenue par l'ignorance et la douleur, conditionnant une forme de gravité ressentie et de perte de contrôle de la situation :

E5 : J'ai tellement mal, tellement mal, tellement mal que si vous voulez, quand on est à la place du patient, on a l'impression d'être en train de mourir quoi, on se demande... Alors, s'ajoute à votre douleur, une angoisse de ne pas savoir ce qui se passe.

E7 : (en parlant de ses enfants) Moi, je panique vite quand ils en ont (de la température). C'est vrai qu'ils en font jamais... Non, mais c'est parce qu'ils en font jamais. C'est vrai que quand ils en ont, je... Enfin, même leur papa, on panique vite parce qu'ils font jamais...

b) Le rapport au temps est modifié :

Dans ces situations une patiente décrivait un rapport au temps qui semblait modifié, devenant ainsi "moins patiente" :

E1 : quand on n'est pas bien, on est moins patient. Moi, en tout cas...Parce que quand on n'a pas mal, en règle générale, on attend le lendemain voir son médecin, quand on y va (directement) , c'est qu'on a mal ou qu'on a une plaie etc et ce n'est pas rigolo du tout d'attendre

c) Des habitudes de soins variées :

Lorsqu'ils nécessitaient un avis médical quel qu'il soit, les ressources des patients étaient variées. Ils avaient bâti avec différents protagonistes des relations de confiance plus ou moins fortes pour répondre à leurs besoins, et par habitude ils les sollicitaient si nécessaire :

E 8 "j'étais commerçante et j'avais mon pharmacien tout de suite à côté. C'était un ami, donc quand j'avais besoin de quelque chose, j'en parlais"

E2 (en parlant de son kinésithérapeute) : Je lui ai demandé conseils parce que c'est quelqu'un de charmant et qui aime aider ses patients. C'était lui que j'ai la possibilité de voir régulièrement. C'est le premier à qui j'ai demandé.

Parfois cette relation de confiance était le fruit d'une histoire commune forte, voire d'un souvenir traumatisant :

E2 : "Moi, le docteur X , c'était comme mon deuxième papa. Je ne l'enquiquinais pas toutes les semaines non plus. Mais c'est vrai que suite à mon agression, il a pris le truc en main."

E6 : (en parlant du néphrologue qui suit son fils) ... on a eu de la chance. Elle nous a pris en charge tout de suite. Franchement, ça nous a sauvé la vie parce que je pense que personne n'aurait trouvé qu'il avait un syndrome néphrotique... j'ai la chance... elle me répond tout de suite par mail. J'ai son mail, qu'elle soit à Nantes ou à Angers, peu importe l'hôpital, je connais ses jours de travail. Elle me donne son... Elle m'envoie son planning, je sais où est-ce qu'elle est, j'ai les deux mails.

E9 :... Elle venait pour mon père surtout, parce que mon père avait des problèmes. J'ai toujours entendu parler du docteur B... Depuis ma naissance jusqu'à ce qu'il décède ou qu'il parte à la retraite, je ne sais plus. Mais voilà, on avait un docteur à vie. C'était le docteur de famille.

Une autre par habitude, rapportait éviter de solliciter les médecins de par son éducation :

E9 : On ne voyait pas beaucoup de docteurs dans ma famille. Quand on était jeune, ma mère avait cinq enfants, il fallait... C'était elle le docteur avant... elle gérait. Et donc, on n'a pas beaucoup vu de docteurs dans notre jeunesse. Et donc, pas habituée à trop solliciter les docteurs.

d) Des difficultés d'accès au soins :

Certains patients nous rappelaient leur difficulté d'accéder aux soins primaires avec parfois des parcours de soins erratiques:

E6 : Ça fait deux ans qu'on est en Vendée. Avant, je n'avais aucun problème. Tout va bien. J'avais un médecin traitant qui suivait mes cinq enfants, qui nous suivait... Mais par exemple, des fois, quand elle a besoin qu'un médecin généraliste le consulte, ne serait-ce que pour voir si c'est un bouton de varicelle et savoir quel protocole mettre en place, je me confronte à des murs, je tape aux portes, je vais dans les cabinets... J'ai appelé partout. Je me suis même déplacée. Maintenant, j'y vais au culot.

E4 : ... c'est plus compliqué. On a eu un très bon docteur... Dr X... Il a été remplacé par le docteur Y ... mais au bout de deux ans, il est reparti comme ça du jour au lendemain. Donc bon... il l'avait prévenu, mais quelques mois avant... Et là, on a rencontré le docteur Z , le nouveau docteur qui est arrivé, mais qui lui, c'est pareil, il pensait qu'ils auraient été à deux sur l'Aiguillon, mais malheureusement, il se retrouve tout seul aussi et il est blindé.

Certains percevaient également de grandes difficultés à accéder aux soins urgents

E6 : ... moi, je suis arrivée devant les portes de l'hôpital à devoir appeler le 15 pour qu'ils m'ouvrent les portes. Ça, avec des convulsions, avec un bébé dans les bras qui vient de convulser, il a fait quatre heures de spasme. On m'a ressortie de l'hôpital avec mon bébé tout nu dehors en me disant « Si elle refait des convulsions, rappelez le 15. » ça par contre, moi, je trouve ça inadmissible qu'on puisse pas rentrer avec un nouveau-né en plein hiver, nu, dans les bras, un bébé qui vous convulse dans les bras. Comment on n'ouvre pas les portes à un parent devant un hôpital...

E6 : En termes d'urgence, sachant que mon mari, la semaine dernière, a appelé les pompiers dans la nuit de vendredi à samedi, mais minuit 30, trop tard pour avoir un médecin de garde... ils m'ont répondu, "Madame, il y a 70 personnes au CHU en train d'attendre, vous ne serez pas vue avant demain, donc attendez un médecin de garde demain matin, s'il vous plaît".

Un touriste dans la région rapportait de long délais d'attente en ville pour accéder à un soins non programmé :

E1 (touriste) : quand j'ai regardé, il fallait une semaine pour avoir... Sur Doctolib, c'était une semaine le premier rendez- vous...

e) Des patients livrés à eux même :

Devant ces difficultés d'accès au soins, certains étaient livrés à eux même :

Parfois les patients géraient à regret leurs soins de façon autonome, en cherchant leur propres solutions et pouvaient avoir recours à l'automédication :

E6 : on a recours à la médication tout seul quoi, alors qu'on ne devrait pas. Mais on finit par donner à ses enfants... on commence à savoir. Tu as mal à la gorge ? On regarde si c'est rouge.... (rires) ...quand vraiment ça perdure, on se dit bon, qu'on va donner un peu d' anti-inflammatoires ou un peu de cortisone, ça va passer...

D'autres, à défaut d'accès à la ressource, abandonnaient les soins ou évoquent des choix nécessaires :

E6 : Le peu de rendez- vous qu'il y a, oui, je vais privilégier la santé de mes enfants, c'est sûr. On est obligé de faire un choix. Il y a tellement peu de places qu'on fait un choix. On soigne le plus petit...Eh ben quand on a besoin pour nous, eh ben on attend... (rires). On attend que ça soit grave et on finit par appeler les urgences quand c'est trop grave.

II.2.2 Ce que les patients attendent du soins dans ces situations :

Dans une situation de demande de soins non programmés, les interviewés avaient plusieurs types d'attentes :

a) Des attentes souvent centrées sur le médecin :

Les entretiens ont mis en évidence des attentes souvent focalisées sur les qualités du médecin :

- La technicité

Plusieurs mettaient en avant une nécessaire réponse à la problématique donnée, le médecin pouvant devenir un "technicien" dans l'urgence, peu importe de qui il s'agissait :

E5 : Que pour le suivi, même pour le docteur X qui me suit là, c'est plus facile d'échanger avec un médecin traitant que d'échanger... (avec d'autres intervenants) ... Là, j'étais dans l'urgence. Donc, si vous voulez, il me fallait tout de suite un médecin. J'étais en urgence. C'est vrai que pour le suivi, après, il vaut mieux avoir quelqu'un qui vous suit.

E1 : ...pour moi, ce n'est pas du tout un problème (de voir un médecin différent). Pour moi, le médecin, c'est un « technicien ». Après ça m'est arrivé de tomber sur des médecins qui n'étaient pas sympas, mais c'est la personne qui n'était pas sympa.

E4 : .Que ce soit un blanc, un jaune, un vert, on s'en fout. Nous, ce qu'on veut, comme je vous dis, celui qui a choisi cette voie- là (un médecin)

E2 : ...le côté inconnu, c'est vrai que ça ne m'a pas traversé l'esprit cette fois-là, parce que moi, je voulais avoir... Je voulais qu'il y ait un truc qui se déclenche...

- Une certaine expérience :

Certains évoquent des attentes en termes d'expérience du médecin rencontré:

*E6 : Souvent, les internes, quand ils nous voient, c'est « t'as mal au ventre, t'as la gastro, t'as mal à la gorge, t'as la grippe ou une angine. » On va pas beaucoup plus loin
... En plus, quand on tombe sur des médecins qui pour eux, c'est le chinois, ils ont appris que grippe, gastro... (rires) Je suis désolée pour vous hein...*

E3 (la mère) : Moi, j'ai toujours une appréhension de savoir si c'est quelqu'un qui va... Comme c'est un enfant, savoir s'il connaît les maladies spécifiques des enfants.

- L'écoute :

Certains patients décrivent un besoin d'être correctement compris dans leur histoire singulière. Des attentes d'écoute et d'empathie semblant conditionner pour eux une mise en confiance.

E4 : Déjà, une écoute. Une écoute et comprendre pourquoi, parce qu'on a quand même des petits soucis et ce qu'on recherche, c'est vraiment quelqu'un à l'écoute et qui comprend notre souci. En priorité, je pense qu'il y a une confiance mutuelle, déjà, avec son toubib.

E 5 : Qu'on m'écoute, déjà. Ce qui est important, c'est savoir comment faire passer ce que je ressens. Parce que j'avais quand même des douleurs extrêmes

E7 (la mère) : Il faut que le médecin soit hyper à l'écoute d'X (sa fille) parce que... Une petite fille qui n'aime pas qu'on la brusque.

E4 En priorité, je pense qu'il y a une confiance mutuelle, déjà, avec son toubib.

- Un soin personnalisé

Certains patients nous ont fait part de leur désir d'être correctement considéré et que le soin soit personnalisé à la situation :

E5 : Je n'ai pas vraiment le choix en fait. Je n'ai pas vraiment le choix, mais moi, l'essentiel, c'est d'avoir une réponse et puis quelqu'un vraiment qui s'intéresse et qui va essayer de trouver vraiment la réponse au truc

E2 : je n'étais pas stressée plus que ça, mais j'y croyais fort qu'il allait vraiment s'intéresser à mon mal

E3 : parfois, il y a des situations qui demandent plus d'un quart d'heure.

- La réassurance :

Le désir de réassurance a souvent été souligné:

E5 : Oui parce que j'ai besoin aussi d'être rassurée aussi sur mon état de santé... Et puis même, il m'a pas auscultée, qu'importe mais qu'il me rassure, qui me ... voyez

E2 La gentillesse, l'attention. Et puis préoccupation aussi... le fait que je me sente rassurée et bien détendue, pour moi, c'est hyper important.

- Une communication correcte :

D'autres sont sensibles à la communication du médecin rencontré, la recherche d'un contact satisfaisant dans ces situations semblait importante :

E1 : ça m'est arrivé de tomber sur des médecins qui étaient très, très secs et c'est vrai que quand on n'est pas bien, qu'on a mal, ce n'est pas agréable.

E 8 : Moi, un médecin, j'aime bien qu'il me parle. J'aime bien qu'il soit ouvert. Vous savez, les anciens médecins, des fois, ils sont un peu... Les spécialistes, souvent, ils sont un petit peu... J'en ai eu deux ou trois qui sont vraiment dans leur bulle. Et puis, il n'y a pas tellement de contact, d'ouverture...

E3 Mais voilà, il y a quand même des profils... Du coup, ce n'est pas une appréhension parce que, de toute manière, on est adulte. Si quelqu'un nous parle d'une certaine manière, moi, je peux répondre. Un enfant ne peut pas forcément le faire

b) Un besoin de participer

Plusieurs témoignages font part d'un désir de vouloir participer au soin de la part des patients.

- Devenir sachant :

Certains ont soulevé un désir de savoir, d'être guidé et d'obtenir des explications sur leur maux et d'acquérir une connaissance précise sur leur état de santé :

E8 : ... mon chirurgien m'a fait des petits dessins, il m'a expliqué ce qu'il allait me faire. Vous voyez, je préfère. Ça dépend des gens.

E 5 : .. Me dire « On fait une prise de sang, les constantes » et puis me dire « Vous n'êtes pas en urgence, vous rentrez chez vous. » Ça, ce n'était pas possible.

E1 : Que le médecin identifie. (rires). Parce que soit on sait ce que c'est, je veux dire, la fois où j'avais la grippe, je savais bien que c'était la grippe. Mais il y a des fois où ça m'est arrivé : une fois d'avoir des douleurs au bas du ventre. Je ne savais absolument pas ce que c'était.

- Devenir acteur du soin :

Pour certains, ce désir de savoir semblait refléter un désir de devenir acteur du soin, mettre un nom sur les maux pour mieux contrôler la situation :

E3 : Déjà qu'ils nous disent ce que c'est... Après, c'est de se dire « Est-ce qu'on peut faire quelque chose? »... Être acteur, parce que si on est un petit peu démuni. .. Voilà, déjà de savoir. Ce qui se passe. Ce qui se passe et ce qu'on peut faire. Et puis, s'il n'y a rien à faire ou alors savoir ce que nous, on peut faire parce qu'en tant que parents, on est souvent... On veut être acteur. On peut être acteur.

E3 : Et moi, je trouve que la connaissance fait qu'on accepte tout...Et du coup, même si on dit « C'est plusieurs semaines (de symptômes), mais on le sait. Et on ne va pas regarder tous les jours, dire que "ça évolue. Maintenant c'est bon on sait que tant que le délai n'est pas passé, on est tranquille.

- Des attentes d'ordonnances précises, centrées sur leur représentation du soin :

Les représentations propres du soin semblaient chez certains conditionner des attentes plus précises à l'issue de la consultation :

Une patiente évoquait le soin par la médication :

E2 : L'hiver dernier, j'ai été malade. J'ai attendu que ça passe. Ça a duré trois semaines. après Noël, rebelote. J'ai attendu que ça passe, parce que je suis pas du genre à me shooter médicalement.

...Peut être qu'il y a un nerf qui a fait un nœud et qui compresse pour que j'aie cette douleur. Parce que je me rappelle à une époque, le docteur A, entre les côtes, j'avais fait un nœud au niveau d'un nerf. Donc, il m'avait dit « Tu vas à la pharmacie, tu prends ça. » Il m'avait fait une piqûre pour détendre ou je ne sais pas. Ça, c'est un médecin qui va jusqu'au bout du bout du truc.

Pour deux patients, le soins pouvait être basé sur la manipulation du corps, la confiance envers ostéopathe ou le kinésithérapeute les avait amenés à la recherche d'examens complémentaires :

E1 j'ai voulu appeler un ostéo parce que je me suis dit « Ostéo, ça peut être que ça me remettrait... enfin je sais pas, bref... il m'a dit « Non, non, moi, si vous avez mal aux cervicales, je ne vous fais pas de manipulation sans radio" Donc, je me suis dit « Je vais aller faire une radio» ... comme je vous dis, ce jour là, je venais vraiment pour avoir mon ordonnance. Je n'avais pas spécialement mal

E2 je venais pour quelque chose dans l'expectative de la demande de mon kiné d'avoir une radiologie, une imagerie... mais je m'attendais à ce qu'il fasse au moins une ordonnance

Pour d'autres, la réalisation d'examens complémentaires semblait conditionner la qualité du soin espéré :

E5 . Donc, le médecin que j'ai rencontré, qui est monsieur Z ou W (urgentistes), je ne sais plus, mais alors vraiment formidable cette équipe- là, vraiment. Il m'a dit « On va faire un scanner. Comme ça, on va évacuer pas mal de choses. » Donc, j'ai eu la prise de sang, électrocardiogramme les constantes, etc.

- c) Des attentes organisationnelles : la disponibilité :

Les situations ressenties comme urgentes semblaient avoir un impact sur la temporalité et la disponibilité attendue des soins. Les patients devenaient sensibles à l'organisation proposée pour l'accès au soin.

-Le contact humain :

Les participants ont souligné un besoin de contact humain, de pouvoir être vu en présentiel, à distance des cabines de téléconsultation :

E5 : C'est- à- dire qu'il faut que le médecin me voie. Il faut qu'il me voie. Si je lui dis que j'ai mal là, il faut qu'il regarde.

E2 Parce que par contre, quitte à choisir entre le 116117 ou les cabines dans les pharmacies...Moi, je sais que je préfère quand même voir les personnes, quand c'est un petit bobo ou quoi, un truc d'angine

E9 (a propos de la téléconsultation) Je crois que je t'ai dit au moins 10 fois aujourd'hui qu'il y a l'aspect humain (rires) qui est... Oui. Je n'ai pas envie d'être en face d'une... Pour moi, c'est être en face d'une machine, les téléconsultations, tout ça. Ce n'est pas mon époque. Vous comprenez ? Je suis d'une autre école. Moi, ça ne correspond pas à moi, tout ce qui est informatisé...

E7 (à propos de la téléconsultation) : On préfère avoir le médecin. Pour les enfants, oui. Parce que là, il aurait fallu que je m'amuse à mettre le bidule dans l'oreille.

- L'accessibilité est nécessaire :

Une patiente évoquait l'importance du relationnel avec les secrétaires médicaux, qui pouvait conditionner une nécessaire accessibilité aux soins :

E9 : Et puis, cette notion de devoir négocier avec le secrétariat (de son médecin traitant habituel) pour avoir un rendez- vous urgent. Ça freine. C'est une barrière. C'est vraiment une barrière. Donc, j'essaie d'anticiper pour ne pas avoir d'urgence. J'ai quand même attendu trois jours. Oui, le relationnel n'est plus là. Et je ne la connais pas physiquement. C'est toujours la même qui accueille, mais à la limite, Doctolib, c'est plus simple. Parce qu' il n'y a pas de conflit.

Pour une patiente, le premier réflexe était d'accéder à un site de rendez vous médicaux et de trouver le premier créneaux disponible, internet devenait un "interlocuteur" privilégié :

E3: Si ce n'est pas urgent, on ne va pas sauter dessus, mais sinon, on est sur Doctolib et puis on essaie de trouver le premier rendez- vous.

D'autres espéraient de disponibilité totale du médecin :

E4 : ...notre ancien toubib. Parce que lui, d'ailleurs, il nous appelait même très tard. Lui, il était euh... Un toubib. Voilà...C'est un toubib de campagne. De campagne. Celui qui a envie de soigner.

Les délais d'attente acceptés pour consulter pouvaient varier selon le degré d'urgence perçu et la douleur ressentie dans la situation , une disponibilité temporelle était espérée :

E3 (les parents) : Ça dépend du motif. Il y en a qui vont nous dire c'est dans cinq minutes »

Là, ça aurait pu être le lendemain. Parce que de toute manière, on voulait voir un médecin et qu'on savait que normalement, ça ne débouchait pas sur quelque chose de grave.

E4 : Il y a des urgences à prendre dans la journée et puis des fois à 48 heures.

E1 : Parce que quand on n'a pas mal, en règle général, on attend le lendemain voir son médecin, quand on y va (directement) , c'est qu'on a mal ou qu'on a une plaie etc et ce n'est pas rigolo du tout d'attendre

- Une recherche de proximité :

Certains évoquaient une nécessaire proximité pour accéder au soin :

E1 : Il faut encore avoir les moyens de mettre l'essence dans la voiture. Tant qu'on est mobile, c'est bien, mais quelqu'un qui n'est pas mobile, je ne sais pas comment il fait. Ça peut être des vrais problèmes.

D'autres regrettent les visites à domicile :

E6 : Je vous assure que la semaine dernière, je n'aurais eu qu'un rêve, c'est qu'on me mette sous perf. Je me dis « On ne pourrait pas être comme dans des pays à Dubaï où ils viennent à domicile, ils nous mettent sous perf et on ne souffre plus" (rires).

E1 : . Après, c'est vrai que par rapport à sa maman (de son conjoint) qui est âgée.... (soupir), souvent, elle va la voir chez elle. Elle se déplace. Ça existe encore.

- La recherche de temps

Plusieurs patients sont sensibles au temps alloué pour leur consultation :

E9 Donc c'est vrai que nous, les patients, on aime ça. Un docteur qui a du temps, on adore ça. Mais on ne veut pas abuser de son temps.

E3 Quand tu prends rendez- vous chez le médecin, tu vois bien que c'est tous les quarts d'heure. Mais parfois, il y a des situations qui demandent plus d'un quart d'heure.

II.2.3 Le rapport à la régulation téléphonique :

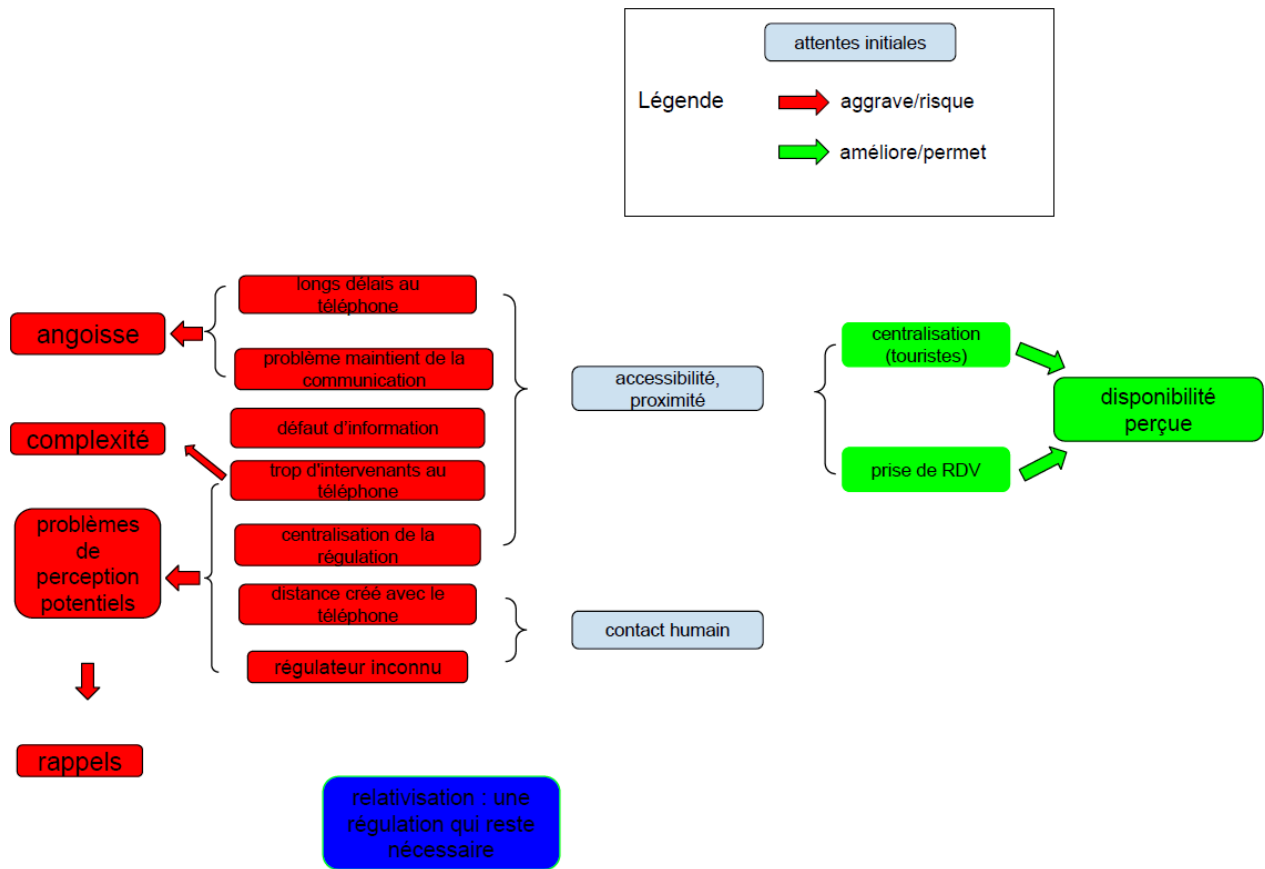


Schéma 3 : ressenti des patients face à la régulation téléphonique au 116117 et corrélation à leurs attentes

Pour accéder au centre, certains patients ont eu affaire au 116117 et ont pu commenter leur contact avec la régulation :

a) Une méconnaissance :

Souvent les patients ne connaissaient pas le centre ni le 116117 ou n'en avaient pas compris le fonctionnement, conditionnant un défaut d'accessibilité :

E1 : Je ne connaissais même pas le numéro 116, 117. Je suis relativement surprise.

E7 Non (je ne connaissais pas le centre), c'est elle (la pharmacienne) qui m'a pris le rendez- vous, alors c'était plus simple

Certains en avaient entendu parler mais connaissaient mal son fonctionnement :

E3 : (on ne connaissait pas du tout) le centre Déjà, les autres années, comme on passe dans la région, on avait déjà entendu sur Alouette...

E9 : Pour vous avouer mon ignorance, c'est que j'avais entendu parler du ... 116, 117, c'est ça ? On me l'avait suggéré. À différentes reprises, peut-être par la pharmacienne, je ne sais plus. Mais, vous voyez, ça (le centre), ce n'était pas concret

E2 : Non (je ne connaissais pas le centre) . J'avais la feuille à la maison... Et quand j'avais vu la secrétaire là, je suis sortie... on m'a fait écho qu' à partir du moment où on a fait une fois le 116 117, à défaut de le refaire, on peut directement venir vous voir pour prendre un rendez vous avec un médecin d'ici deux ou trois jours. Et elle m'a dit" non, non, systématiquement, la moindre truc, faudra repasser par ça"

b) Une communication angoissante :

Pour plusieurs raisons, les interviewés s'entendent à décrire des problèmes de communication avec le 116177, mécanismes entretenant l'angoisse ressentie :

Certains soulignent les délais de décrochés longs du centre d'appel, qui pouvait parfois être source d'angoisse:

E6 : D'autres départements ont des systèmes de régulation, mais alors ou en Vendée il est très mal géré mais je n'ai jamais eu deux heures d'attente en Seine et Marne.

E2 : Ça a duré une heure et quart avant que ça décroche , C'est un peu lourd parce qu' imaginez, j'aurais été au téléphone à deux doigts du malaise. Au bout d'un moment, j'sais pas je tombe tout. En fait, il n'y a personne pour me ramasser parce qu' eux, ils peuvent faire "allo, allo, allo".

Devant la durée d'attente certains craignaient de fait des problèmes de maintien de la communication :

E5 : ... là, déjà, le médecin, il y avait plus d'une heure d'attente. « Il y a un médecin qui arrive, rappelez d'ici, je ne sais plus...» et donc je rappelle un peu plus tard et on me dit « Bon, il y a 40 minutes d'attente ». Le problème, c'est que mon téléphone fixe, au bout de 20 minutes, il coupe. Au bout de 20 minutes de disque à chaque fois.

E3 : Ça, c'est un problème parce que là, on était dans un domicile, mais si on est à l'extérieur, on a 15 % de batterie...

c) La distance au téléphone, source de mauvaises perceptions :

Avoir affaire à un régulateur téléphonique créait pour certains, un sentiment de distance avec celui-ci, ils craignaient une perte d'information ou une mauvaise perception de la situation :

E3 : (a propos du contact avec le régulateur) mais j'ose espérer que si il a des facilités quand même à identifier ... enfin cet intervenante , elle a des capacités à déterminer, même si c'est qu'au téléphone, l'urgence ou pas... Du coup, ça pousse la responsabilité sur le médecin qu'on a au téléphone, parce que finalement, c'est lui qui va faire le tri.

Certains ne se sentaient pas compris au téléphone et rapportent avoir dû rappeler plusieurs fois avant que leur demande soit prise en charge :

E5 : ... Et donc j'ai rappelé plusieurs fois. On me dit, "rappelez demain", etc. Ou alors à chaque fois, j'expliquais, puis non, "c'était pas nécessaire". Et donc j'ai rappelé un après- midi, je suis tombée avec une dame médecin qui m'a dit, "prenez du Gaviscon ». Elle m'a dit « Je vais faire une ordonnance à votre pharmacie ». Puis finalement, la pharmacie ne l'avait pas reçue. Enfin bon ça, ce n'est pas très grave. J'ai acheté le Gaviscon et en fait, ça ne passait pas, ça ne passait pas, ça ne passait pas au bout de deux jours. J'avais ces brûlures dans le dos. Et donc j'ai rappelé le 116-117, parce que je m'angoissais beaucoup.

E6 : Il (le régulateur) nous a dit "réveillez des amis, essayez de voir si quelqu'un a du Tramadol ou un truc pour vous soulager, un truc de fort". J'étais terrassée par la douleur, je hurlais de douleur. "Prenez votre mal en patience". Donc, le lendemain matin, à 8h00, j'appelle.

d) La mauvaise perception d'un inconnu :

D'autres auraient préféré avoir affaire à un intervenant plus familier qui aurait pu mieux percevoir la situation :

E5 : bah Lui (son médecin traitant) il me connaît...il me connaissait. Il savait que... En fait, je ne m'angoissais jamais avec lui. Parce qu'il savait me dire, il savait... . Oui, puis je ne sais pas, il peut- être plus écouté parce que me connaissant, il sait que je n'aurai pas dit de bêtises, que je ne suis pas quelqu'un qui ment, que je ne suis pas quelqu'un qui surcharge, qui va augmenter la douleur.

e) Un sentiment de complexité global :

Certains décrivent une régulation vecteur de complexité :

E 6 : (en parlant de doctolib) mais c'est sûr que je préférerais que ce soit beaucoup plus simple de pouvoir me connecter comme je fais pour mon ostéo ou mon dentiste, je prends mon rendez- vous, bam.

D'autres critiquent la multiplication d'intervenants au téléphone et le fait de devoir répéter leur histoire, en opposition avec leur désir de soins personnalisés :

E1 : Le 116 117, j'ai eu une première personne qui m'a demandé ce qui m'arrivait, donc je lui ai expliqué. Il m'a dit « Je vous passe en médecin régulateur, pas de souci ma chère. » J'ai eu un premier médecin régulateur à qui j'ai expliqué ce qui m'était arrivé. Il m'a dit « Écoutez, ne quittez pas, je vous passe mon collègue qui va vous donner un rendez-vous. » J'ai eu un deuxième médecin régulateur à qui j'ai pas tout répété parce qu'il avait déjà certains éléments, mais quand même une grosse partie, qui m'a dit « Madame, ne quittez pas, je vous passe mon collègue qui va vous donner un rendez-vous... (elle rit). J'ai eu un troisième médecin, j'ai réexpliqué. Qui m'a dit « Vous allez pouvoir avoir rendez-vous au Sables d'Olonnes, ça vous pose un problème ? » Je dis « Ça fait un peu loin mais ça fait rien. On va se débrouiller. » Elle me dit « Je vous passe ma collègue qui va vous donner le rendez-vous. » J'ai eu une quatrième personne qui m'a dit « Le premier rendez-vous, j'ai rendez-vous demain matin à 11h45, ça vous convient ?

E2 : À la régulation. Cinq médecins qui à chaque fois « C'est pourquoi ? » Je pensais qu'il y aurait eu un transfert entre les médecins

E6 : parce que nous, on se retrouve tous à La Roche, qu'on soit Sud-Vendée, Nord-Vendée ou peu importe. Et il se retrouve à chercher sur la carte des fois, je suis obligée de dire « Je suis à côté d'untel ou untel ». Alors que dans d'autres départements, tout de suite, on se retrouvait au point le plus proche de chez nous. Il devait y avoir plusieurs régulations parce que si je me déplaçais dans le département, puisque dans le département d'avant, j'habitais deux endroits différents, tout de suite, je tombe sur le régulateur qui est au plus proche de chez moi.

f) Une régulation qui reste nécessaire :

Pour autant plusieurs patients ont apprécié que l'accès au CSNP soit régulé en amont, cela permettant d'éviter l'attente un fois sur place :

E1 : Moi, je trouve que c'est plutôt bien parce que si on y va spontanément, on va y aller sans rendez-vous. Et donc, si le médecin n'est pas disponible, de toute façon, on va se retrouver comme si on était aux urgences à attendre. Donc, je ne vois pas bien même l'intérêt. ...Non, non, pour moi, c'est au contraire, il faut que ce soit régulé

E9 : C'est normal. Quand on peut... Je veux dire, moi, en passant par la pharmacie, j'ai trouvé que c'était normal que la pharmacienne me donne un premier avis pour savoir si ça nécessitait un rendez-vous plus urgent ou pas. ...C'est très bien parce qu' imaginez que si ça n'était pas... C'est là que je trouverai une salle d'attente pleine et que j'attendrai tout l'après-midi pour des bobos, pour un furoncle ou pour je ne sais pas quoi, ou qui peut peut-être attendre.

E2 : Je trouve ça bien (qu'il y ait une régulation) parce que qu'il y a des gens qui sont hypochondriaques et qui limite vont engorger le système qui peut être un bon dépannage en attendant d'avoir un médecin traitant

g) Une centralisation de la régulation appréciée pour les touristes

Certains, en vacances soulignent la simplification d'accès à un médecin via ce dispositif :

E3 : Moi, je trouve ça bien parce que c'est vrai que déjà, nous, on est sur notre lieu de vacances. On ne connaît pas les médecins, ceux qui sont libres ou pas libres, ceux qui sont en vacances ou pas en vacances. Donc, on aurait cherché longtemps. On a juste un numéro, entre guillemets, à appeler.

h) Une prise de rendez vous appréciée :

Une fois le contact avec le régulateur terminé, les délais de rendez vous semblaient convenir à certains :

E9 (à propos de la prise de RDV) ...le lendemain. J'étais allée l'après-midi. Je crois qu'elle m'avait proposé... Elle m'a dit « Ça va être un peu juste » parce que j'étais allée assez tard l'après-midi. Elle me dit « Mais demain, on vous prendra ». Oui, je suis venue. C'était impeccable.

E1 Parce que j'ai appelé le lundi après midi. J'ai commencé à appeler vers 14h30, je crois, et j'avais mon rendez vous le lendemain avant midi, je trouve quand même... Pour moi, c'est un délai tout à fait correct. Plutôt que d'aller attendre quatre, cinq ou six heures aux urgences. Dans la mesure où il me semblait pas qu'il y ait quelque chose de grave.

E3 Après, entre le médecin et le rendez- vous, là, c'est rapide. Oui, c'est automatique.

II.2.4 Le centre en lui même

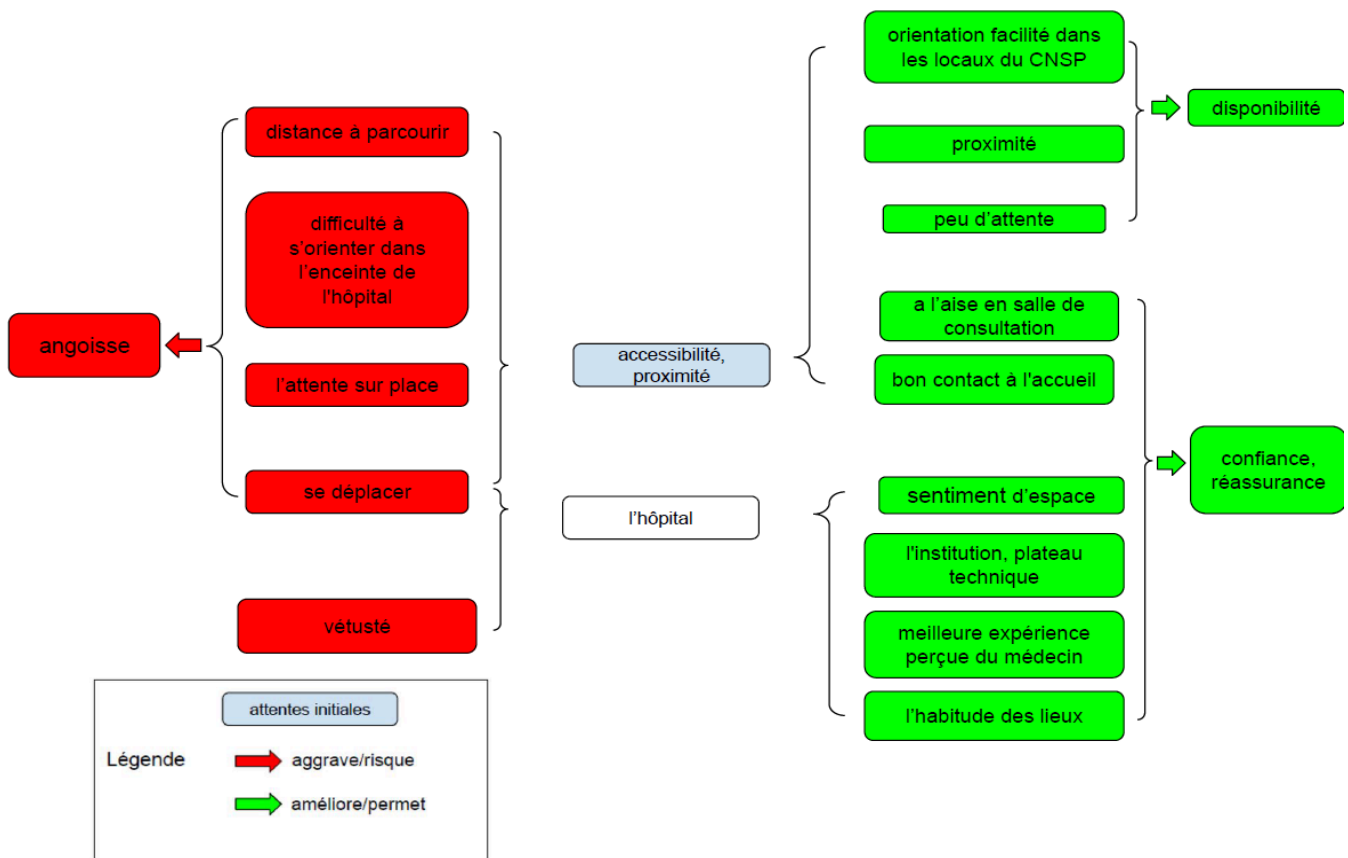


Schéma 4 : ressentis des patients face à l'environnement de consultation au CNSP et à l'hôpital

a) La nécessité de se déplacer:

Certains patients commentaient la nécessité inhérente à se déplacer de leur domicile pour consulter au centre. Cette condition ne satisfaisait pas toujours leur attentes en termes de proximité.

Pour certains, la distance de lieux de rendez vous proposés n'était pas satisfaisante:

E6 : Justement, pour ce problème- là, la semaine dernière, j'ai été vue à Fontenay- le- Comte, qui, moi, représente presque 30 minutes de chez moi. Hier, quand j'ai téléphoné, hier, il y avait zéro rendez- vous, à part, il leur en restait un dans toute la Vendée, sur l'île de Noirmoutier. Le premier qu'elle avait de disponible, c'était aujourd'hui 15h00. Pour une urgence... (rire)

Ou pouvait même être source d'angoisse

E4 : Ah c'est tout 50 kilomètres. On est à 50... Depuis, on est à 50 kilomètres de La Rochelle, 50 de Fontenay-le-Comte où on se fait opérer d'ailleurs, 50 de La Roche-S/Y , 50 des Sables d'Olonne. Mais cette route- là, moi, elle m'opresse. Je ne sais pas pourquoi. Et comme je suis hyper nerveuse, parfois. Et donc, même pour se garer, pour tout ça...

Certains étaient pour autant satisfaits de la proximité proposée :

E3 : Parce que moi, je m'attendais plutôt à ce qu'on me dise « C'est le généraliste qui à telle ville à 25 kilomètres, Il faut retrouver l'adresse ». Au moins, c'était Luçon. Je suis à Luçon, moi, je m'attendais à... Enfin, clairement pas du tout à ce qu'on soit même accueillis à Luçon. Donc là, franchement, moi, j'ai été très agréablement surprise.

E8 : Non, c'est pas trop loin. non, ce n'est pas trop loin. Que ce soit La Roche ou ici, ce n'est pas loin.

b) Des patients sensibles à l'environnement de consultation

- Un nécessaire besoin d'orientation dans l'urgence

Se repérer sur place dans un contexte d'urgence ressenti pouvait être source d'anxiété et la facilité d'orientation pour trouver les lieux semblait importante:

Certains patients rapportaient quelques difficultés inhérentes au centre avec des difficultés à s'orienter dans l'hôpital :

E6 : Le centre de soins, par contre, c'est très mal indiqué sur le parking. On ne sait pas où est- ce qu'on arrive..Déjà, dans Luçon, c'est très mal indiqué qu'il y ait un hôpital, il faut le savoir. C'est très mal indiqué que ne serait- ce que le bureau d'admission. Il n'y a rien sur le parking. La première fois que je suis arrivée, ça, c'est une galère, par contre. Quand on arrive en plus qu'on a mal et qu'on vient en urgence et tout, chercher dans les bâtiments, quel est le bâtiment?

Une fois sur place, l'orientation proposée semblait appréciée :

E9 : Même la ligne verte, très bien. On va dire après, vous suivez la ligne verte jusqu'au bout

E7 : Elle nous a bien expliqué où on dirigeait avec la ligne verte tout ça. Après l'autre, la secrétaire, quand vous nous avez pris en sortant, très bien aussi. Elle nous a montré où était la salle d'attente. Oui, c'était bien.

- Un bon contact à l'accueil :

Plusieurs patients ont souligné un bon contact à l'accueil du centre et avec les secrétaires :

E9... très agréablement accueillie. Vraiment, secrétariat vraiment très excellent, ce qu'on trouve plus. On en devient étonnés de trouver des gens accueillants. Par trop de demandes, j'ai trouvé des gens apaisés, des gens calmes, vraiment loin de l'effervescence qu'on nous démontre dans les infos. Je ne pense que c'est peut-être dans certains hôpitaux ou les services d'urgence qui doivent être très surdynamisés par la foule.

- Une salle de consultation où l'on se sent bien :

Certains se sentaient à l'aise dans la salle de consultation, la clarté et l'espace étaient mis en avant, cela pouvait permettre une certaine mise en confiance :

patiente 7 (enfant) : à propos de la salle de consultation : Elle est grande! Et elle est très bleue.

Mère : Elle est bleue ? Tu as fait attention à ça, toi ?

Fille : Oui.

Moi : Et bleue, tu aimes bien ?

Fille : Oui.

patient 3 (parents) La salle était grande, elle était bien claire. Oui, ça, c'est sympa d'avoir une salle de consultation qui est spacieuse, claire. C'est moins oppressant, forcément. Elle fait plus récente que les restes des locaux, je trouve donc même si c'est entre guillemets, je ne sais pas si c'est le bon terme, mais ça met en confiance, déjà.

Une patiente soulevait toutefois un potentiel souci d'agencement de la salle d'examen pour les examens intimes :

E7 Elle (son médecin) a son bureau et ensuite, sa salle d'observation. tandis que là, c'est vrai que tout est ouvert. Il y a des examens qui peuvent être plus ou moins gênants si on vient...

- Consulter dans cet hôpital n'est pas nécessairement angoissant :

Certains patients connaissaient déjà l'hôpital de Luçon, et par habitude y consulter n'était pas source d'angoisse en soi:

E2 : Je viens faire mes mamos là, j'ai l'habitude de circuler. Je vais voir l'endocrinologue là, le rhumato... Des fois, c'est à la Roche. C'est pas anxiogène pour moi.

E4 : J'écris sans arrêt au directeur. Moi, tellement je suis contente de cet hôpital. Pour nous, ça nous va .

D'autres apprécient un sentiment d'espace dans l'environnement, ayant connu des conditions moins accueillantes dans le passé :

E3 : Et les locaux, même... enfin Pas ici, mais de l'autre côté, c'est clair (côté accueil), c'est bien. Ça peut être plus... Ça détend plus que quelque chose qui est bien fermé

E4 : . On a connu tellement pire. L'hôpital... à Lille haha. Moi, quand j'ai été opérée, on était je ne sais plus combien, une rangée de lit comme ça. Mon père, aide-soignant à l'époque, il grattait par terre à la lame. Et puis, on avait un seau (pour les besoins à côté du lit), on avait, je ne sais pas combien, on était sur toute la rangée.

E8: Non, rien à redire. Il y a hôpitaux sur Paris , qui sont plus mal logés que ça... J'ai trouvé qu'il y avait un beau jardin et je me dis « Oh là là ! Moi, si j'étais malade, j'irais bien faire un tour dans le jardin » Je ne sais même pas s'il est entretenu le jardin, ici. Je ne sais. Pour un malade je trouve c'est sympa.

E3 : Mais en soi, non à l'hôpital de Luçon il fait moins peur. Je trouve que certains hôpitaux qui font très industrie, trop gros. Et du coup, c'est arboré derrière. Ça ne fait pas peur en soi d'aller à l'hôpital.

Un interviewé percevait même une certaine réassurance à consulter dans une "institution":

E3 : ... Maintenant, le fait que c'est en plus dans un hôpital, on peut se dire qu'il y a plus de matériel, il y a plus de médicaments, il y a plus d'encadrement.... Et puis, s'il faut vraiment qu'il (leur fils) soit... entre guillemets... Là, ce n'était pas le sujet, mais hospitalisé ... bah finalement il est déjà bien.. (situé).

Une patiente était toutefois sensible à l'état du bâtiment et sa modernité :

E1 : Après, par contre, l'hôpital, il fait pitié. Grave. Et même l'extérieur. Même l'extérieur, même le mobilier, les bancs et tout, on a l'impression que ça va tomber. Si on appuie dessus, ça va tomber. Ce n'est pas fauché....Et puis ça fait sale. Les murs sont sales, les rideaux sont sales...m'a un peu choquée. Ça m'a un peu choquée parce qu'après, "ce n'est pas les murs qui travaillent". Ce n'est pas les volets roulants qui travaillent, c'est le personnel

- Le médecin généraliste pourrait trouver sa place à l'hôpital :

Un patient commentait la place du médecin généraliste à l'hôpital et la facilitation de l'accès aux plateaux techniques:

E6: C'est vrai que la proximité du lieu éviterait effectivement que des fois, on parte un peu du cabinet vite, vite, vite, en 10 minutes, elle le passe au scanner, urgence vitale. Même, je pense que le généraliste en ville, ça lui met un coup de pression parce que moi, elle m'a appelée deux ou trois heures après pour dire « L'électrocardiogramme, s'est passé comment ? » Des fois, c'est difficile pour un généraliste d'avoir ces urgences- là et en même temps d'être pieds et mains liés parce qu'il n'y a rien d'autre, quand les hôpitaux sont loin d'eux...

Pour certains, un médecin généraliste travaillant à l'hôpital était gage d'une meilleure expérience:

E3 : Moi, je préfère autant à un généraliste qui, en plus, moi, je me dis, il est dans une structure d'hôpital, donc il voit plein de choses encore plus différentes peut-être qu'un généraliste en cabinet.

- L'attente est un vecteur d'anxiété

L'attente était généralement bien vécue et l'organisation des rendez vous était appréciée :

E9 : Alors, pas d'attente pratiquement. Il y avait une dame qui était là, donc j'ai supposé qu'il y aurait un petit décalage, mais rien à voir parfois avec des délais d'attente...

E1 Alors que là (au CSNP), je vous dis, le fait de ne pas attendre, on arrive à la salle d'attente, la personne qui était avant moi est sortie, j'ai été prise en charge. Je pense que je n'ai même pas attendu cinq minutes. ...Ça, c'est l'intérêt aussi d'avoir un rendez-vous, parce que quand on n'est pas bien, on est moins patient. Moi, en tout cas.

Une patiente ayant dû patienter nous décrivait son anxiété qui s'accroissait avec l'attente :

E2 ... alors le stress de 45 minutes. Ça fait que j'étais complètement engourdie. Ça a commencé à monter. Je sentais que c'était cranté et tout (montre sa nuque) . J'ai dit « Je vais faire un malaise, c'est pas possible ». Quand je suis rentrée, je lui ai dit « Là, il y a 100% dans le mal ».

Un patient nous rappelait l'importance pour lui du délai en salle d'attente qui pouvait être vecteur d'anxiété à observer la souffrance des autres, et relativisait les délais d'attente téléphonique :

E3 : Donc, quitte à attendre, au moins qu'on soit chez nous, on peut faire plein de choses, d'autres activités et être moins stressé aussi parce que regarder les gens qui viennent avec des bras cassés...

II.2.5 La rencontre avec le médecin est chargée d'émotions

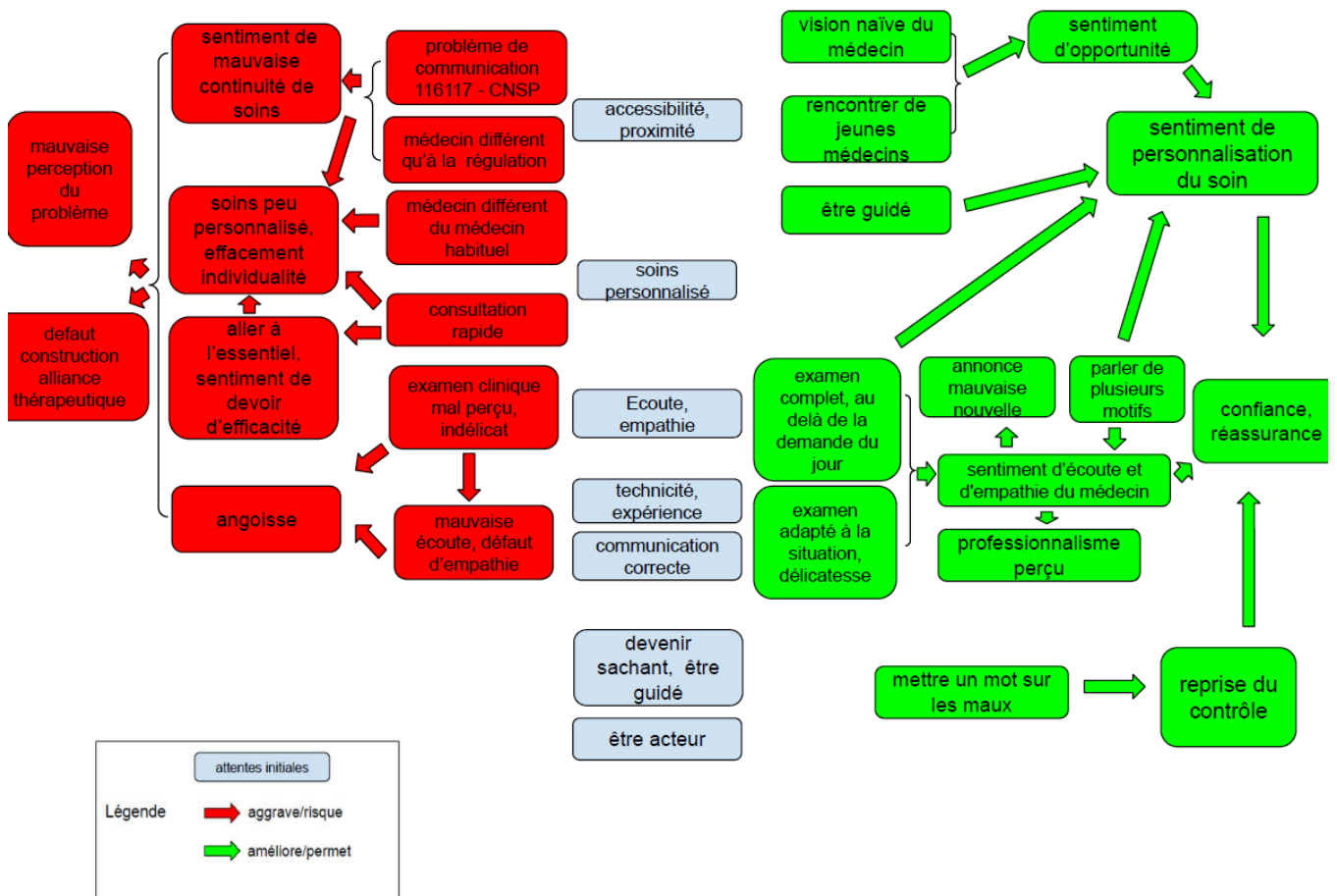


Schéma 5 : ressenti des patients face au médecin rencontré au centre de soins

a) Le médecin est au centre:

Certains patients nous ont précisé l'importance qu'ils accordent au médecin en lui-même face à l'environnement qui finalement passait en second plan :

E5 : Après, j'ai vu que c'était chargé autour, mais je ne peux pas vous dire ce que c'était. Moi, je me suis concentrée sur ce qui se passait. Non, il y a un bureau, un ordinateur, ça m'avait l'air complet.

E2 : Ouais, en fait il m'a déstabilisée, donc je n'ai pas regardé tout ce qui se passe autour...si, mettons, pour une autre pathologie, je suis convoquée là et que c'est lui qui ouvre la porte, parce que je suis très physionomique, je suis capable de ne pas rentrer. D'accord. Donc, ça sera ma santé qui en payera les frais, mais non. Moi, c'est bon, terminé, définitif, c'est comme Dr (un de médecin du coin) . C'est terminé

b) Une vision naïve appréciée:

Rencontrer un nouveau médecin pouvait être source d'opportunité pour certains, une vision naïve permettant d'aborder son cas différemment et de s'astreindre de visions erronées par habitude :

E 8 Oui, parce que je trouve que quelqu'un qui est habitué, ce n'est pas un reproche hein. Ils sont peut-être aussi saturés, parce que les individus, on a tous nos petits défauts, surtout face à la maladie, on est un petit peu.... Et puis, des fois, peut-être l'habitude, on peut peut-être passer à côté de certaines choses parce qu'on connaît trop bien, justement, le problème et les antécédents, peut-être...Oui, parce que vous ne connaissez pas le patient et que vous épluchez un petit peu tout pour vous faire une idée.

E4 : D'ailleurs, quand on a toujours le même toubib, quelquefois, il passe à côté parce qu'il nous connaît tellement que... C'est obtus (rires).

Certains évoquent leur enthousiasme à rencontrer de jeunes médecins:

E8 : Parce que question contact, question... Je trouve qu'ils sont plus, pas aux petits soins, mais bien pour leur examen, pour conclure un diagnostic, je trouve que c'est...

E4 : Plus jeunes, évidemment, bien sûr, parce qu'on a envie qu'ils nous suivent (rires),

c) Un désir de continuité:

Pour autant après avoir eu un premier contact avec la régulation ou des contacts passés avec le centre de soins, certains auraient aimé une certaine continuité et avoir affaire aux mêmes intervenants:

E2 : Sur le coup, le matin, je me suis dit je dis « Tiens, ça serait bien que ça soit un des médecins que j'ai eu au téléphone hier. »

E8 : Moi, je préférerais rappeler directement le centre de Luçon

Certains ont pu percevoir des problèmes de communication entre le 116117 et le médecin consulté :

E2 : ...Donc il s'assoit. « Qu'est ce qui vous amène ? » Je me dis « Putain, il n'a pas été fait depuis hier » déjà, ça, c'est agaçant. Et puis...Par rapport déjà à les cinq médecins au téléphone, à chaque fois, il a fallu rabâcher... Et là, lui, comme si une personne lambda qui arrive et moi, je pensais qu'au niveau de ce service, lui, il avait ses rendez vous de prévu le matin et il savait pourquoi Mademoiselle (nom de famille patient) venait, etc.

d) Les patients étaient attentifs aux qualités intrinsèques du médecin :

Lors des consultations, les patients semblaient attentifs à leur attentes envers le médecin :

- L'écoute, gage d'une consultation de qualité :

La qualité de communication et l'écoute du médecin rencontré ont pu être mises en avant:

E3 : C'était quelqu'un qui était à l'aise avec les enfants. On ressentait ce qui était nécessaire. Donc, on a été écouté. Enfin, il a pris le temps d'écouter

E6 : Oui, il est très gentil, il rigole. Il m'a dit que son collègue à Fontenay, il le connaît et que c'était quelqu'un de très compétent.

E4 : Il l'a bien écouté parce qu'il lui a posé quand même les questions (à propos de sa conjointe). Avec tous les médicaments qu'elle avait pris avant..

Parfois le centre semblait même adapté à l'annonce d'une pathologie grave

E 8 : Ce qui m'a amenée ..., c'est le résultat du scanner. Il n'est pas bon du tout. Il n'était pas bon. Vraiment pas bon du tout. J'ai été satisfaite parce que le docteur, il a bien discuté... Il a fait une approche d'ailleurs. Il a fait une approche comme vous faites souvent quand il y a des cas importants.

D'autres parlent de "professionnalisme" perçus du médecin rencontré :

E4 : ... et très professionnel... , être à l'écoute et après, de voir les symptômes qu'elle a eu, les symptômes qu'elle a, et faire la synthèse des deux. Et après, il fait son jugement de savoir ce qu'il y a lieu de faire ou de ne pas faire.

D'autres appréciaient la possibilité d'avoir pu parler de plusieurs motifs :

E4 : Par contre, comme j'avais un autre souci depuis un moment, j'ai des cystites à répétition et on m'avait dit que le monuril, on pouvait l'avoir maintenant en pharmacie, mais non. Donc quand vous allez 30 fois comme ça, machin... Et lui, il m'a fait une ordonnance.

Certains appréciaient d'être guidés et qu'il y ait une bonne continuité des soins à l'issue de la consultation :

E8 : Le docteur d'ici, qui a contacté le pneumologue, le pneumologue qui m'a appelée pour me recevoir. Je suis stupéfaite parce que s'il fallait que moi, je sorte du médecin avec mon ordonnance pour appeler pour savoir...

Parfois un sentiment de manque d'écoute pouvait conditionner toute la prise en charge et entraîner un mécontentement global :

E2 : Pas incompetent, mais pas intéressée par ce qui m'est arrivé. peut-être un ras le bol. Je l'ai vu très énervée d'avoir 45 minutes de retard. Même pas "je m'excuse", mais on voyait que ça... "Oh bah si j'avais rien à l'imagerie à l'époque, c'est que bah voilà, continuez les séances de kiné, puis limite, ça serait peut être bien de mettre en place la thalassothérapie". Point à la ligne. Cinq minutes dans le bureau, au revoir. Il m'a ouvert la porte et je suis sortie. Là, j'ai pleuré, évidemment... Parce que j'avais l'impression d'avoir perdu mon temps.

E5 : Et donc, j'ai rencontré un médecin qui n'était pas très dans l'empathie... Non, "ce n'est pas lui qu'il fallait venir voir". Et puis, je lui ai dit « J'ai un résultat de ma prise de sang, il y a 13 000 globules blancs. On s'approche des 13 000, ça m'inquiétait... Et donc, il m'a dit « Vous reprenez rendez-vous avec ma secrétaire, on verra ça demain.... Il n'avait pas envie. Pressé, je ne sais pas, mais il n'avait pas envie. Je me demande même s'il a envie et s'il avait envie d'être là... Je me suis sentie gênée, j'avais rien à faire là... . Après, voilà, je suis ressortie. J'ai attendu un peu dans le couloir parce que j'étais dans un état toujours d'angoisse.

- L'individu s'efface :

D'autres ne retrouvaient pas un relationnel équivalent à celui qu'ils entretenaient avec leur médecin habituel, à rencontrer un inconnu l'échange pouvait être perçu comme moins riche :

E9 : Elle a vite compris. Je pense que c'est tout. Oui, elle m'a paru un petit peu... C'est pas froide, c'est pas ... Concentrée sur simplement ce qu'elle avait à faire. C'était pas mon médecin traitant. Il y avait pas la connivence du médecin traitant

E9 : C'est- à- dire qu'il n'y a plus le même contact. Le contact, il n'est plus le même. Alors que le médecin traitant, moi, il me reconnaît. Quand j'arrive, il me reconnaît. On ne boit pas le café ensemble, mais ça va venir (rires). Non, mais je plaisante. Mais vous voyez, il y a un climat un peu différent. Mais c'est différent, ce n'est pas comme ça avec tous les docteurs.

Pour certains patients, la consultation au CSNP semblait même pouvoir engendrer un sentiment d'effacement de leur propre individualité, le patient pouvait devenir un "objet de soin et non plus un sujet de soin"

E9 : Vous, vous n'êtes plus qu'un patient lambda.

E 9 : le seul problème au centre de soins, c'est le problème des antécédents médicaux. Moi, je suis venue avec mon ordonnance, mais l'ordonnance ne dit pas tout d'une vie, ne dit pas tout de ce que je peux ressentir.

D'ailleurs certains redoutaient un risque de perte d'information de ne pas être perçus dans sa globalité à ne pas consulter son propre médecin :

E6 : Ça, c'est bien aussi ce service de proximité avec son médecin traitant qui nous connaît, qui nous fait confiance et qui sait quand on vient demander un arrêt, que ce n'est pas du chiqué, qu'on ne vient pas demander un arrêt tous les quatre secondes... Bah ce n'est pas l'idéal en soi, surtout quand on a...

E9 : J'ai eu certaines opérations, j'ai certaines réactions qu'il faut que je signale. Si j'oublie de les signaler... Alors que mon médecin traitant a tout ça, tout est noté.

- L'angoisse s'efface enfin :

Plusieurs patients mettent en avant la réassurance tant attendue perçue lors de la consultation :

E1 : Et là, il m'a rassurée, dans la mesure où après m'avoir examinée, il m'a dit qu' à son avis, que pour lui, il n'y avait rien. De grave, en tout cas.

E4: mais encore une fois, je vous le redirai, j'ai été très bien reçue. J'ai été écoutée. Je suis ressortie rassurée. C'est ce que j'étais venue chercher.

- Mettre un mot sur les maux:

Certains appréciaient d'accéder aux explications, mettre un nom, un mot sur leur maux, remplissant l'objectif de devenir sachant :

E3 : . Et puis, comme il a posé un « nom », après, on peut aller regarder sur Internet Plus si on a d'autres questions(rires). .. "Et ça peut durer. Ça peut durer". Et il faut qu'on attende. Mais au moins on le sait.

E3 : » Quand on voit que ça ne passe pas, on est ... bon ça passe pas.... Et puis en plus, ça prenait de l'ampleur. Mais lui, en plus, nous a dit, justement, le médecin ici nous a dit... "Mais c'est normal qu'elle n'ait pas réussi à trouver parce que les symptômes n'étaient pas forcément clairs" (en parlant d'une précédente consultation). Donc en plus, c'était bien de nous dire que ce n'était pas un truc... Il nous a dit "Là, c'est clair, c'est évident.

- Le patient devient acteur :

Certains patients en accédant au savoir devenaient acteurs de leur soin, le savoir semblait conditionner un meilleur accès à la guérison :

E3 : Mais du coup, je ne sais pas si ça a joué parce que X(leur fils) , derrière, ça allait quand même mieux, on a l'impression. Mais après, si c'était le virus, ça pouvait qu' aller mieux de toute manière. Mais je ne sais pas si ça a joué déjà lui de manière psychosomatique et nous en même temps. Parce que du coup, si on lui disait « non, non, c'est bon. » ... ça porte pas un nom ça ? La parole ? La parole « magique » ou je sais plus quoi. Pour dire que ça va passer, ça va mieux, c'est de votre tête. La pensée positive.

E4 : J'ai eu une réponse. Il a dit « Non, pour moi, ça va mieux. » Mais à ce moment- là, j'étais encore vraiment pas bien. Et puis non, franchement, je suis sortie. Je ne dis pas que j'étais mieux, mais dans ma tête, j'ai dit « Allez, ça va aller de mieux en mieux. »

e) L'examen clinique : des patients attentifs à un moment privilégié

Dans ces situations, certains patients semblaient apporter une attention particulière à l'examen clinique dans son déroulé, son approche et le rapport au corps :

- La perception d'un examen clinique adapté, fruit d'une bonne écoute initiale :

L'examen clinique était souvent perçu comme adapté à la situation, les patients étaient sensibles à l'examen réalisé, qui concordait avec un sentiment d'écoute de leur demande initiale :

E1 : Mais voilà, donc pour moi, la réponse était satisfaisante et le médecin a répondu aux questions que je lui ai posées. Je ne lui ai pas demandé de faire un examen complet.

D'autres appréciaient un examen considéré comme "complet". Ils pouvaient décrire un sentiment de prise en charge de leur cas dans sa globalité en prenant en compte leurs antécédents propres, dépassant parfois le strict cadre du motif de consultation du jour :

E4 : Il m'a bien reçue, il m'a bien auscultée. Il m'a dit carrément que lui, quand il a écouté les poumons, il sentait que ça allait mieux. Il n'a rien perçu, mais comme ils m'ont trouvé deux nodules (au poumons)..Il m'a bien ausculté.. Il m'a tripotée (mime une palpation orl), ça a été complet...Que le premier docteur de là à là (mime des pieds à la tête) il m'a... super.... Et il m'a tout fait, les réflexes, les machins.

E 8 (à propos de son conjoint souffrant de démence venu pour un autre motif) : Oui. Il a pris son temps et puis il a même fait un petit peu de test, voir s'il avait toutes ses capacités au niveau de sa mémoire. un petit peu. Moi, je suis satisfaite

E 3 : Il a fait l'examen complet... Alors déjà, il regarde toutes les oreilles, la gorge. Oui, toute la partie ORL. Le ventre. Le ventre, il a écouté la respiration, tout ça. L'avant, l'arrière et puis, il l'a pesé... Et donc, pour moi, même si on vient pour quelque chose, il a tout regardé. Parce que là, lui, s'il a un problème de peau, après, bien sûr, il a regardé la peau, mais il ça ne l'a pas empêché de regarder tout le reste.

- une attention au rapport au corps:

Certains appréciaient l'approche employée pour l'examen, une certaine délicatesse pouvait être perçue :

E6 (en parlant d'un examen pelvien) Il m'a demandé l'autorisation quand même de voir s'il n'y avait pas un bouton, un point ou une zone... il a quand même palpé pour voir s'il y avait... On ne sait jamais quelque chose à l'intérieur. il m'a quand même demandé l'autorisation avant, très respectueux...

E5 : . J'ai vu le premier médecin... un très jeune médecin aussi, mais vraiment très sympathique. Il n'osait peut-être pas me faire déshabiller parce qu'il s'est dit « Peut-être la personne est complexée. » Et ça, je le

comprends tout à fait. Mais moi, je lui dit « On y va. De toute façon, moi, je suis chez le médecin. tu enlèves tout, vous m'auscultez, vous m'auscultez. On y va. Parce que sinon, ce n'est pas la peine.,

Pour deux patients, le ressenti d'examen clinique n'était pas satisfaisant, perçus comme incomplet et corrélé à l'image du médecin face à son propre corps :

E2 : Oui, il n'a même pas palpé. Il a juste fait ça (imite une vague palpation cervicale) comme si mon corps était repoussant. Il a juste fait ça. « C'est tendu, il faut continuer le kiné, la thalasso". Point.

E5 Alors, loin de là. Je ne suis pas une victime. Je ne suis pas quelqu'un... Vous voyez, je suis costaud, j'ai pris du poids énormément depuis plusieurs années. Ça ne me complexe absolument pas.... Quand ce monsieur est arrivé et qu'il a ouvert la porte, qu'il m'a vu dans la salle d'attente, je vais employer un terme qui est fort, mais je n'ai pas d'autre terme, j'avais l'impression que je le dégoûtais.

-Moi : " Donc la consultation cinq minutes, ils ne vous examine pas ?"

-"Pas du tout. D'accord. Mais je vous assure que c'est vrai."

f) L'efficacité, plus que la création d'une relation :

Les interviewés ont été attentifs au temps alloué à la consultation, la plupart décrivaient un rythme soutenu voire rapide :

E9 : On sentait qu'il fallait quand même aller vite.

Pour autant, la durée de la consultation semblait appropriée et répondre à un besoin d'urgence :

E9 Je pense que c'est programmé tous les quarts d'heure. Je ne venais pas pour une consultation d'ordre général. C'était un problème spécifique. Mais là, pour la pathologie spécifique, c'est bien suffisant.

E7 : Après, je l'ai vu quoi, cinq minutes ? Le pauvre, oui... c'était rapide et efficace...

E4 : ça a été quand même rapide. Ça a mis le temps que ça a dû mettre, mais encore une fois, je vous le redirai, j'ai été très bien reçu

E3 : Là, on sentait quand même qu' il était dans le rythme, mais il n'était pas dans l'empressement.Ça, c'était bien.

E4 : Et il m'a posé la question en rapport à ce que j'ai eu, les dates, rapport à ce que j'ai eu, la liste de médicaments. Et après, il m'a consulté. Il a pris son temps. Franchement, il a pris son temps. En urgence. Franchement, moi, je n'ai rien à vous dire. Tout est bien...

Au-delà du temps alloué, certains patients ont finalement perçu une consultation qui différait en plusieurs points avec celle de leur médecin habituel, un besoin d'efficacité premier pouvait être ressenti . La nécessité d'aller à l'essentiel était soulignée.

E 7 : c'est vrai que des fois, notre médecin va prendre plus le temps de nous parler si on ne l'a pas vu depuis très longtemps. On demande comment ça va, quand il y a un... Là, il ne nous connaît pas... c'est vrai que tandis que là, il va à l'essentiel et c'est très bien.

E9 : Elle est très douce (en parlant de son médecin traitant) . Oui, c'est sa douceur qui me plaît chez madame B. Oui, une dame très douce, mais plus lente. Mais pas forcément plus efficace. Ici, il y a plus d'efficacité.

II.2.6 L'après consultation : une consultation appréciable mais de dernier recours

- La réassurance d'avoir une solution :

Les patients interrogés ont pu nous faire part de leur satisfaction et de la réassurance d'avoir un recours d'accès au soin qu'il n'avaient pas jusque là :

E9 : Là, franchement, j'étais très étonnée, je vous dis. Étonnée, mais dans le bon sens. Vraiment, je vous l'ai dit, j'ai redécouvert un autre monde.

E8 : Moi, je trouve ça impeccable. Je trouve ça impeccable parce qu' on a une réponse assez vite. De toute façon, à l'époque actuelle, nous, ça nous rassure... Je trouve que c'est rassurant, surtout pour des personnes âgées, que je fais partie d'ailleurs.

E4 : Je vais vous dire, je suis heureuse qu'il y ait ces consultations- là. Ça me rassure. Ça me rassure de pouvoir...

E3 : . Et puis voilà C'était un généraliste. On n'a pas besoin de plus, finalement... d'aller aux urgences... C'est peut-être même mieux, ça fait moins peur, on va dire, que les urgences.

- L'existence regrettable du centre de soin :

D'autre évoquent, parfois avec une certaine amertume, une solution par défaut, faute d'avoir d'autre choix :

E6 : de toute façon, on n'a pas d'autre choix parce qu'on n'a pas de solution.

E6 : Je ne viens pas au centre de soins parce qu'il n'y a pas d'avance de frais à faire. J'y viens parce que je n'ai pas le choix en fait... (rires) Ça ne me dérangerait pas de payer ma consultation dans un cabinet, même hors convention.

E4 : Mais le 116117 a appelé notre docteur traitant qui leur a dit lui-même qu'il ne pouvait pas me prendre.

Certains regrettaient l'existence de ces centres et des choix financiers de politiques de santé

E3 : Je trouve ça dommage que la société, que le système de santé soit obligé de se réinventer pour trouver des solutions d'accueil alors que finalement, c'est une question de moyens, c'est-à-dire que s'il y avait trois fois plus de médecins, il n'y aurait peut-être pas besoin de ce dispositif

Finalement certains regrettaient une certaine complexification évitable du système :

E2 : j'ai l'impression que l'organisation des soins a changé. Ce n'est pas l'organisation, c'est la façon dont certains médecins travaillent qui a changé. Ça m'est arrivé d'être en rendez-vous avec le médecin du groupe médical. Si on l'appelait pour dire qu'il y avait un truc, il prenait sa sacoche et il décalait. Aujourd'hui, à ma connaissance, ça ne se fait plus ou alors vraiment dans les milieux ruraux où il y a encore des médecins à l'ancienne. Et du coup, on mobilise 10 personnes entre les pompiers, les urgences, truc et d'autres, alors qu'il aurait peut-être suffi que la personne vienne et (le problème) est réglé.

La continuité des soins a pu être critiquée notamment dans des situations plus complexes et chroniques, finalement mieux gérées par un médecin unique:

Mail patiente 5 (en réponse à la triangulation écologique) : "Je me suis enfin sortie de ce système du 116117 qui n'a fait qu'aggraver ma santé (mentale également) en trouvant un médecin traitant près de chez moi. Lors de mes "consultations 116117", j'ai vu nombre de médecins certes dévoués et professionnels mais ce système ne m'a apporté aucun suivi puisque je n'ai jamais revu les mêmes personnes et que chacun m'a prescrit divers médicaments, diverses analyses de sang, scanners, IRM, écho...., (parfois les mêmes) mais sans que jamais rien ne soit suivi ou ne me soit expliqué par la suite...."

"Puis, à bout de souffle et de douleurs depuis des mois, un miracle : Un médecin qui s'est installé près de chez moi ! Cette stabilité a permis de rassembler toutes mes dernières analyses et mon passif médical et d'enfin poser un diagnostic avec un traitement adapté"

D'autres évoquent un accès aux examens complémentaires qui aurait pu être facilité en passant par les urgences directement, en recherche d'une certaine immédiateté :

E1 : et après, je me suis dit que si ça se trouve, il aurait mieux fallu qu'ils appellent tout simplement les pompiers. Et là, du coup, je serais allée aux urgences, j'aurais eu mes radios, mes machins d'habitude et puis, en fait, voilà quoi. Je n'aurais pas galéré pour avoir un rendez-vous médical, à avoir une radio la semaine d'après, passer une radio, ne pas avoir l'interprétation de la radio.

E2 : Après, la question que je me pose, c'est à défaut d'appeler tout ça et perdre une heure et demie à voir plusieurs médecins, est-ce qu'il aurait pas été mieux que j'aille direct aux urgences ?

II.2.7 Un engagement dans le dispositif :

Certains patients espèrent un développement du système, et ont envie de le faire connaître :

E8 : je trouve que ça devrait se développer... Non, je pense qu'il faut développer le système, c'est bien.

E3 : Peut- être qu'il faudrait le répéter (le numéro du 116117) , peut- être je ne sais pas comment, mais dans le journal de la ville

E9 : Je le conseillerais. Je vais en parler. Je vais en parler autour de moi parce que je l'ai découvert à cette occasion

E2 : Et puis, c'est quand même bien d'avoir... c'est qu'on s'est battu pour garder l'hôpital de Luçon. Donc, c'est bien quand même d'entretenir ce truc là.

Des patients nous ont fait part de leurs espoirs envers les jeunes médecins et pour lesquels le centre pourrait participer à l'évolution professionnelle :

E6 : Je pense que pour lancer des jeunes médecins, c'est cool. Il y a des locaux qui sont un peu à l'abandon, mais utilisés financièrement, etc. Je pense que ça peut être bien d'implanter des jeunes médecins, même peut-être des internes, tout en sachant que le patient qui serait vu par un interne, à prendre avec précaution.

E4 : Vous savez, moi, sur autre chose, un jeune médecin comme là, il nous prend. Un jeune médecin comme ça. Moi, je trouve que c'est très bien. Parce qu'il a besoin de se confirmer, apprendre, parce qu'il a appris des choses. Il a besoin de se confirmer dans son métier. Et avoir des gens déjà de notre âge, avoir vécu ce qu'on a vécu, on connaît déjà un petit peu, nous, notre corps. On peut expliquer ce qu'on ressent, ce qu'on a pris, ce qu'on devrait faire éventuellement. Et lui, quelque part, ça l'aide aussi peut- être.

IV Discussion

IV.1 Principaux résultats

Dans une situation d'urgence ressentie, nous avons pu identifier certains déterminants conditionnant la demande d'accès à un soin urgent. L'un des facteurs central retrouvé était l'angoisse omniprésente dans ces situations et la perception d'un degré élevé de gravité qui pouvait être décrite, entretenue par la douleur ou la peur de perdre le contrôle de la situation. Le fait de ne pas savoir ce qu'il leur arrivait pouvait entretenir cette sensation.

Cet état d'angoisse semblait générer des comportements particuliers de demande de soins ou de conseils médicaux, propres à chacun, conditionnés par l'éducation, les habitudes ou encore les représentations propres des soins. La temporalité ressentie du moment semblait parfois plus longue avec un certain besoin d'immédiateté.

Ces situations révèlent de grandes attentes des patients en matière de soin.

La perception d'un soin de qualité dans ces situations semblait bien souvent focalisée sur les qualités intrinsèques du médecin.

Les patients semblaient entreprendre une vaste quête de mise en confiance basée sur des attentes en termes d'écoute, d'empathie avec une bonne communication et une certaine personnalisation du soin. D'autres priorisaient surtout une certaine expérience et technicité du médecin rencontré, répondant à un besoin précis dans l'urgence du moment. Avoir confiance envers le médecin semblait conditionner une réassurance globale et entrevoir la perception d'un soin de qualité.

Certains ont des attentes plus personnelles avec un certain désir de participation aux soins et de reprise de contrôle sur la situation. Pour certains, il s'agissait d'accéder à un examen complémentaire et ils semblaient accorder une importance à la rédaction d'ordonnance en fin de consultation. D'autres désiraient accéder au savoir pour mieux se soigner ou soigner les autres, devenant ainsi acteurs du soin.

Du point de vue organisationnel, l'attente en matière de disponibilité était importante, qu'il s'agisse de facilités d'accessibilité, de proximité et de temps. Des patients soulignaient l'importance de contact humain avant tout, à distance des cabines de téléconsultations.

Dans ces situations, les patients semblaient avoir leurs propres habitudes et organisation pour accéder aux soins ou aux avis médicaux. Certains avaient acquis un savoir propre et selon leur représentation du degré d'urgence, pouvaient solliciter

différents interlocuteurs. D'autres avaient construit au fil du temps des relations de confiance et une certaine alliance avec divers protagonistes, basées sur l'habitude du temps, la proximité ou sur le partage d'une histoire commune. Le premier réflexe pouvait être d'aller voir le pharmacien ou le kinésithérapeute. Une patiente appelait son médecin traitant avec qui elle avait tissé un lien presque familial. Une autre évitait de solliciter les soins de par son éducation.

Souvent les patients nous rappelaient leurs difficultés d'accès aux soins notamment au médecin généraliste ou aux urgences et cela avait pu être traumatisant pour certains dans le passé. A défaut de trouver une solution, certains avaient recours à l'automédication ou abandonnaient les soins.

Ne pas accéder au savoir ou aux soins semblait souvent entretenir le sentiment de perte de contrôle et d'angoisse.

La plupart des patients interrogés n'avaient jamais eu affaire au centre de soins, son fonctionnement paraissait flou et peu connaissaient le 116117, soulevant un potentiel problème d'accessibilité. L'angoisse pouvait être entretenue par des délais de décroché trop longs et ils appréhendaient un risque de coupure de la communication. Faire percevoir correctement sa situation au téléphone n'était pas toujours facile pour eux. Certains décrivent avoir eu besoin de rappeler plusieurs fois pour que leur demande soit satisfaite. D'autres craignaient que le fait d'avoir affaire à un inconnu ou un régulateur géographiquement éloigné n'engendre une perte d'informations. La multiplication des intervenants téléphoniques pouvait entretenir un sentiment d'angoisse liée au risque de mauvaise perception du problème. D'autres soulignaient une perception de complexité globale du système ne satisfaisant pas leur besoin d'accessibilité. Certains préféreraient une prise de rendez-vous automatisée sur internet.

Pour autant, plusieurs s'accordaient à dire qu'une régulation des demandes restait nécessaire, préférant éviter les files d'attente de patients se rendant spontanément dans les structures de soin. Des touristes interrogés appréciaient la centralisation du système, dans un environnement médical qu'ils ne connaissaient pas, facilitant leur accès aux soins. La prise de rendez-vous au centre, en elle-même, semblait appréciable.

Se rendre sur les lieux du CSNP posait la question de la proximité, les avis semblaient partagés (de façon inhérente à leur lieu de domicile et la disponibilité du jour de leur consultation), une patiente relatait une angoisse accrue face au besoin de déplacement.

Une certaine sensibilité aux lieux fut décrite, et une orientation efficace et claire semblait nécessaire et appréciée, permettant une accessibilité correcte. L'orientation dans le centre

en lui-même semblait appréciée a contrario de l'orientation dans l'hôpital. L'accueil et la relation avec les secrétaires paraissait satisfaisante avec une certaine mise en confiance pour certains.

D'autres portaient attention à l'agencement des lieux, l'espace et la clarté de la salle de consultation favorisant un sentiment de confiance. Les patients habitués et familiers aux lieux semblaient être plus en confiance. Certains relativisaient l'état des lieux en lui-même ou avaient connu des conditions d'accueil plus précaires et priorisaient surtout la rencontre avec le professionnel de santé. Consulter dans une "institution", à l'hôpital pouvait accroître la confiance, de par les moyens à disposition avec les plateaux techniques à proximité et un sentiment évoqué de meilleur encadrement. Le médecin généraliste pouvait d'ailleurs être perçu comme plus compétent car travaillant à l'hôpital. Les patients étaient sensibles à la ponctualité et les retards participaient au sentiment d'angoisse.

L'analyse des entretiens confirme l'importance en termes d'attente des patients quant à la qualité du soin souvent centrée sur le médecin. Rencontrer un nouveau médecin avec une vision neuve pouvait être appréciée, générant un sentiment d'écoute et d'intérêt nouveau sur leur histoire singulière et alimentant un sentiment de confiance. Certains étaient enthousiasmés de voir de jeunes médecins, appréciant parfois leur approche et leur écoute et espérant un suivi ultérieur.

D'autres auraient préféré avoir affaire au même médecin sollicité lors de la régulation dans une démarche de meilleure continuité, d'accessibilité et de soins personnalisés. Une patiente ressentait aussi une mauvaise communication entre la régulation et le médecin sur place, percevant un manque d'information pour le médecin lors de son arrivée. De fait, le soin semblait moins personnalisé. Aussi, pour certains, consulter un médecin nouveau et inconnu pouvait engendrer une mauvaise perception de la situation. L'échange semblait parfois moins riche qu'avec leur médecin habituel à cause de la nécessité d'aller à l'essentiel, et certains percevaient une forme d'effacement de leur individualité.

Le temps semblait, de façon générale, passer rapidement lors de cette consultation, les interviewés percevaient une consultation parfois rapide, toutefois adaptée à une situation de demande précise. Ils percevaient un devoir d'aller à l'essentiel afin de répondre à un besoin d'efficacité, laissant peu de place à la construction d'une relation.

Comme attendu, les qualités d'écoute, d'empathie et de communication perçues chez certains médecins conditionnaient un bon ressenti de consultation et une réassurance correcte. Les témoignages étaient variés, certains évoquaient avoir "ressenti le nécessaire", le centre ayant même pu être un lieu d'annonce de mauvaises nouvelles.

Certains évoquaient le professionnalisme perçu lors de la consultation. D'autres avaient pu ressentir une mauvaise écoute globale conditionnant toute la prise en charge et alimentant le sentiment d'angoisse à l'issue du soins.

La "personnalisation" du soin a cependant pu être appréciée par divers prismes. Certains appréciaient d'être guidés par le médecin, et la possibilité de gérer les rendez-vous à l'issue du soin semblait alimenter un sentiment de disponibilité et de réassurance.

Certains appréciaient d'ailleurs d'avoir pu parler de plusieurs motifs lors de la consultation. Pour beaucoup la réassurance tant espérée était au rendez vous , certains ayant pu mettre un mot sur leur pathologie et reprendre une forme de contrôle sur la situation en redevenant acteurs du soin.

Ainsi la construction d'une alliance thérapeutique correcte semblait résulter de ressentis propres à chaque patient, variés et dépendant de nombreux facteurs intriqués, souvent résultant de la qualité d'écoute initiale.

Les patients étaient particulièrement attentifs à l'examen clinique. Un bon relationnel initial avec le médecin, une approche de son corps et une écoute de qualité semblaient conditionner la confiance et la qualité perçue du soin dans l'examen clinique. De fait, la perception d'un mauvais relationnel ou d'un défaut d'empathie initial pouvait engendrer un mécontentement global de prise en charge, alimentant un sentiment de mauvaise perception de la situation et éloignant un peu plus l'espoir de réassurance.

L'examen clinique pouvait parfois répondre à leurs attentes de personnalisation du soin, répondant parfois à une demande précise ou parfois plus globale où l'examen sortait du strict cadre de la demande du jour.

A l'issue du soin, les patients appréciaient l'existence d'une solution qu'ils n'avaient pas jusque-là. Cette solution de recours paraissait rassurante. Certains semblaient engagés dans ce dispositif, et avaient envie de le faire connaître autour d'eux. D'autres y voyaient l'opportunité d'accroître la formation des jeunes médecins et de développer l'attractivité des lieux.

Certains regrettaient finalement l'existence du CSNP, critiquant des choix politiques et ayant eu à s'y rendre par défaut, faute d'avoir le choix.

Dans des situations plus "complexes", certains critiquaient la continuité des soins et des difficultés rencontrées lorsqu'ils reconsultaient sur place pour le suivi du dossier, n'ayant atteint la réassurance qu'après avoir retrouvé un médecin traitant.

D'autres, dans un référentiel de temps modifié par l'urgence, entrevoyaient une complexification du système d'accès aux soins avec un sentiment de distance grandissante entre eux et le médecin, et la perception de difficultés d'accès aux examens complémentaires. Une certaine recherche d'immédiateté dans ces situations leur faisait regretter les visites à domicile d'antan ou un accès libre aux urgences pour la réalisation d'examens complémentaires.

IV.2 Analyse des résultats en réponse à l'objectif initial et comparaison avec la littérature :

IV.2.1 Le vécu de l'urgence ressentie et ses déterminants de consultation :

Des déterminants de demande de soins non programmés retrouvés dans notre étude semblent concordants avec d'autres travaux semblables. Le travail de thèse des Dr Ozouf et Peyre identifie des facteurs intrinsèques et extrinsèques aux patients (43).

En ce qui concerne les facteurs propres aux patients, leurs travaux concordent avec les nôtres, mettant en évidence un sentiment d'anxiété global et de perte de contrôle dans ces situations. Le savoir propre de chacun, l'expérience personnelle et l'habitude conditionnent la demande, et comme décrit dans d'autres travaux, ne pas savoir entraîne une "nécessité incontournable" d'accéder au soins, car dans leur référentiel, *personne n'est mieux placé qu'eux même pour connaître le degré d'urgence de la situation* (43).

La "vulnérabilité" des patients et les comorbidités semblent être des facteurs déterminants de demande de soins, déjà décrits ailleurs. Nous pourrions établir des profils "types" et certains ont été retrouvés dans notre étude comme les âges extrêmes de la vie ou les patients souffrant de pathologies chroniques. D'autres facteurs de vulnérabilité sont décrits dans la littérature, comme le statut social ou l'handicap. Ces données font écho au travail du Dr Leschallier, qui retrouvait une part importante des patients au CSNP de Luçon souffrant de conditions socio-économiques fragiles (32).

Des travaux s'attèlent à identifier des profils type de patients pour mieux identifier leur besoins dans ces situations, en vue de mieux structurer l'offre de soins (12,44). Il serait intéressant d'évaluer quantitativement la part de "forts consommateurs" de soins non programmés au CSNP afin de mieux identifier et répondre à leurs besoins. Pour rappel, notre étude purement qualitative ne permet pas de représenter statistiquement la population mais bien d'explorer une expérience de vie.

La représentation du symptôme en lui-même est vecteur d'angoisse comme observé au cours de notre étude. Pour certains psychologues, la représentation est *“une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s’y adapter, de s’y définir une place)”* (45). Pour exemple, la fièvre ou la durée des symptômes, ou encore l'apparition d'un symptôme inhabituel décrits dans nos entretiens, peuvent conditionner un état de gravité pour certains, et entraîner une demande de soins comme retrouvé dans d'autres études (43).

Certains auteurs soulèvent l'irrationalité des conduites des individus face à leur représentation de la maladie, et notamment se questionnent sur l'incidence de cette représentation sur leur pratique *“tout le problème est celui du décalage pouvant exister entre la perception qu'un individu a de sa maladie, et les conduites qu'il adopte pour y faire face”* (46).

Pour interpréter un signe, chacun utilise des connaissances et un bagage culturel qui lui est propre, basé sur un code acquis par l'expérience personnelle, son modèle culturel et ses représentations de la maladie (47). Selon Sylvie Fainzang, anthropologue, le défaut de connaissance même des patients semble ne pas suffire à expliquer les comportements car ceux-ci sont intriqués dans *“la réalité politique de santé et les conditions sociales”*(46).

La perception du temps dans l'urgence semble modifiée chez certains de nos participants. Cette notion est retrouvée dans la littérature des soins non programmés (43). Une certaine impatience peut être observée et conduire à des parcours de soins *“inappropriés”*. Certains se questionnent sur les influences sociétales d'un rapport à la consommation de soins changé depuis quelques années, avec une certaine quête d'immédiateté (48). D'autres se questionnent sur l'évolution d'une société plus exigeante ou plus inquiète qu'autrefois (33).

En ce qui concerne les soins urgents, et notamment les SAU, certains soulignent qu'une confusion peut naître de la part de certains patients dits *“consoméristes”* entre demandes de soins urgents et volonté d'avoir une réponse médicale rapide et que de fait, *avoir une réponse complète dans les SAU en quelques heures reste un critère d'attractivité mais qui en fait aussi sa faiblesse* (48).

Il serait intéressant d'approfondir cette notion de *“consommérisme”* à travers une autre étude en prenant garde de la subjectivité que cette notion renvoie, qu'elle soit du point de vue des patients ou des soignants car celle-ci est directement liée à la complexe définition d'un soin non programmé.

L'automédication, parfois décrite dans nos entretiens, ne semble pas satisfaisante pour les patients, et peut être source de demande de SNP si elle est dépourvue de résultats (43). Les types de recours à l'automédication sont très variés, et peuvent être différenciés selon les catégories sociales et notamment selon le niveau d'étude (49). Pour certains patients, elle peut être un gain de temps (50), et peut être utile lorsqu'elle est utilisée raisonnablement, mais il ne faut pas pour autant ignorer les risques potentiels de telles pratiques (51).

Finalement devant ces observations, la question pour le patient est donc de savoir comment réagir à une situation lorsque ses ressources propres sont dépassées.

Le rôle du médecin généraliste prendrait ainsi tout son sens quant à la nécessité d'aborder la maladie dans ces situations, dans sa dimension biomédicale et socioculturelle comme explicité par certains sociologues (52). Mais est-ce vraiment possible lors d'une rencontre unique dans un temps imparti comme au CSNP ?

IV.2.2 Analyse des attentes

Nous n'avons pas identifié d'étude spécifique étudiant les attentes des patients face aux soins non programmés dans les CSNP, en dehors de leurs structures de soins habituels. A titre comparatif, on pourrait citer les résultats des travaux du Dr Dedienne étudiant les attentes de patients envers leur médecin généraliste et leur perception, travaux qui concordent en plusieurs points avec les nôtres. Pour exemple, nos résultats font écho aux variables retrouvées dans ses travaux notamment en termes d'attentes organisationnelles d'accessibilité, de disponibilité du médecin et de proximité du centre (53).

Ces attentes de disponibilités rappellent les résultats du Dr Leschasellier, qui retrouvait dans son étude qu'à défaut d'aller consulter au CSNP de Luçon, 44% des patients auraient consulté directement aux urgences (32).

Le CSNP a pour vocation de pouvoir proposer une réponse "rapide", dans les 48h aux patients. Un rapport de l'ADOPS 85 en 2022 constatait une attente téléphonique moyenne de 25 minutes avant d'avoir accès au médecin de la régulation, délais faisant "partie intégrante de l'éducation de la population au bon usage du système de soin, sortant du *tout, tout de suite*" (54).

Le Dr Dedienne retrouve dans son étude des attentes concordantes avec nos résultats en termes relationnelles, affectives et de contact humain. La communication et la

réassurance y sont aussi stipulées. Finalement, notre étude comme la sienne faisaient ressortir une demande d'écoute active.

Contrairement à ses travaux, le libre choix du médecin rencontré au CSNP ne semblait pas prioritaire dans notre étude. Le caractère urgent semble ainsi influencer sur les capacités d'adaptation des patients dans ces situations, priorisant surtout l'accès au soins "coûte que coûte". On retrouve également dans la littérature les attentes de technicité et compétences biomédicales évoquées par les patients dans notre échantillon (53). Ces quelques données questionnent sur la représentation du médecin en tant que tel et la confiance allouée par les patients. Le médecin reste un acteur de confiance si l'on en croit une étude Ipsos de 2021 (55), et a un effet thérapeutique en lui-même comme le stipulait Michel Balint avec le "remède-médecin"(56). Une étude de 2006 précise cette notion assez subjective, notamment à travers trois composantes de "l'effet médecin" (qui sont d'ailleurs parfois retrouvées dans les attentes de nos participants) à savoir: rassurer, conseiller et expliquer (57).

On pourrait observer ici un certain paradoxe quant aux attentes de nos participants face à ces situations. D'une part, ils semblent pouvoir s'adapter à consulter un nouveau médecin dans ces situations, mais évoquent aussi l'espoir d'une certaine personnalisation du soin, qui bien souvent est, pour eux comme dans la littérature, basée sur la construction d'une relation plus longue. Pour exemple, les travaux de thèse du Dr Blondel étudiant la satisfaction des patients sur les SNP corroborent l'idée selon laquelle voir son médecin habituel procure une meilleure satisfaction (39). Les Dr Ozouf et Peyre évoquent de même, à travers leur analyse, l'importance majeure du choix du médecin rencontré, "avoir un médecin qui connaît le patient permet une prise en charge adaptée en intégrant ce qui fonctionne habituellement pour lui" (43). Nos entretiens démontrent d'ailleurs la richesse de construction de relations de confiance construites dans le temps avec divers professionnels de santé, corroborant l'idée du CNGE selon laquelle "l'histoire partagée facilite la relation" (58).

Consulter au CSNP résulte ainsi souvent d'un choix par défaut comme explicité dans les entretiens, avec une forme de "deuil" de consultation idéale pour eux. Il semble important de prendre conscience de ce "deuil" et les attentes d'empathie envers le médecin rapportées dans notre échantillon prennent ici tout leur sens.

L'autonomisation du soin est un thème souvent retrouvé dans nos entretiens, avec le désir des patients de participer, de devenir acteur. Ces données font écho avec la notion d'empouvoirement (*empowerment*) souvent citée dans la littérature, avec une tendance ces dernières décennies à ce que certains définissent comme une "inversion de rapport de force" entre patients et professionnels de santé. Plus simplement, selon Marie-Georges

Fayn docteur en sciences de la gestion, “les patients ne se font plus soigner, ils se soignent”. Cette inversion de tendance trouverait sa dynamique envers les patients, les législateurs et les soignants eux-mêmes ces dernières années (59). Plusieurs approches existent pour appréhender cette modification de relation médecin-malade qui est largement détaillée dans la littérature (approches historiques, sociologiques ou encore psychanalytiques). On pourrait citer les travaux du Dr Bousquet qui, à défaut de parvenir à définir un modèle idéal de relation médecin-malade, souligne le rôle du médecin comme celui “d’amener le patient, à son rythme, à une certaine autonomie” (47).

Cette modification de la relation à travers le temps soulève l’importance des capacités d’adaptation du médecin. Comme le stipule la HAS à travers ses travaux sur l’engagement des patients, la participation aux soins est gage de meilleurs résultats de santé et il est recommandé de “reconnaître mutuellement les compétences et les savoirs de chacun” (60).

Enfin, nous devons souligner que certains patients avaient dans nos entretiens des attentes d’ordonnances bien précises. Justifier de la “rationalité” de ces demandes reste délicat. Certains sociologues évoquent la demande d’ordonnance comme matérialisant pour les patients leur légitimité à consulter (61). Certains auteurs parlent d’un “pouvoir symbolique fort” de l’ordonnance et il est important d’en comprendre la demande (62). Pour la SFMG, le généraliste doit avoir conscience du rôle et de l’importance que jouent les facteurs non biomédicaux dans sa décision de prescription. (47)

Ainsi il semble que certaines attentes des patients dans le cadre d’une demande de SNP soient relativement superposables à celles des soins primaires “habituels”, et qu’en gage de qualité, ces attentes doivent pouvoir être entendues et comprises (53).

IV.2.3 Analyse du rapport à la régulation

Nos entretiens mettent en exergue une certaine méconnaissance du système de régulation via le 116117 et du fonctionnement du CSNP en lui-même. Ces données concordent avec différentes études sur le défaut de connaissance du dispositif au niveau local et départemental (63). Ce constat, soulevé notamment par le rapport Braun a déjà suscité des initiatives telle que la diffusion du slogan : « avant de vous déplacer, appelez ! », qui ne semble pas encore parfaitement apprivoisé par la population. Ce défaut de connaissance participe de fait aux difficultés d’accès aux soins et il semble nécessaire de continuer à diffuser largement les numéros de régulation médicale.

La mise en place d'un numéro unique de régulation téléphonique a également généré des effets non désirés. La non satisfaction d'accessibilité par de longs délais d'attente téléphonique a déjà été explicités dans une étude portant sur la régulation téléphonique vendéenne (63). Le manque de moyens humains, face à des appels en forte hausse, participe à cette augmentation de délais. En 2023 ce sont 130 000 appels arrivés au 116117 (chiffres coordination ADOPS 85), nombre en hausse chaque année. Le nombre d'appels a en effet augmenté de 60% entre 2021 et 2022. Cinquante pour cent des appels passés débouchent sur un "conseil médical simple" en 2022, et seulement 10% vers une orientation au CSNP. Communiquer sur l'existence d'une régulation téléphonique permet certainement d'éviter des consultations dites "inadaptées" aux urgences mais crée aussi une nouvelle offre qu'il faut savoir utiliser à bon escient. En ce sens l'ADOPS 85 déplore une augmentation du nombre d'appels "zéro décisions", à savoir des appels sans symptômes relevant de questions administratives, de demandes de certificats ou encore pour suivi vaccinal.

Certains patients nous ont fait part d'un sentiment de mise à distance au téléphone, avec de potentielles difficultés de perception du problème de la part du régulateur. Ces expériences sont vraisemblablement opérateur-dépendant, et des recommandations sur la régulation médicale explicitent une "nécessaire humanisation de la relation téléphonique" en sortant de l'anonymat et en personnalisant l'appel. Par ailleurs, *l'absence d'adhésion à la décision médicale ou le caractère conflictuel de la communication traduit souvent une incompréhension qu'il faut identifier*. L'écoute active devrait être systématique et enseignée (64).

Ces différents points négatifs pointés par nos participants peuvent engendrer des rappels qui participent probablement à l'allongement des délais d'attente. Il serait d'ailleurs intéressant de connaître le taux de rappel au 116117.

Pour ce qui est de la multiplication d'intervenants, le système actuel repose sur un premier décroché par un assistant de régulation médical qui fait le lien avec le médecin généraliste, un opérateur de soins non programmé (OSNP) voire un médecin urgentiste si besoin (schéma 6). Un travail de thèse sur les sciences du langage met en avant un nécessaire travail interactionnel de la part des intervenants téléphoniques. Aussi, pour éviter les "perturbations", les répondants doivent se montrer précautionneux dans leur approche et préparation des appels transférés et reçus, ceci afin d'éviter la répétition des informations de la part des patients (65).

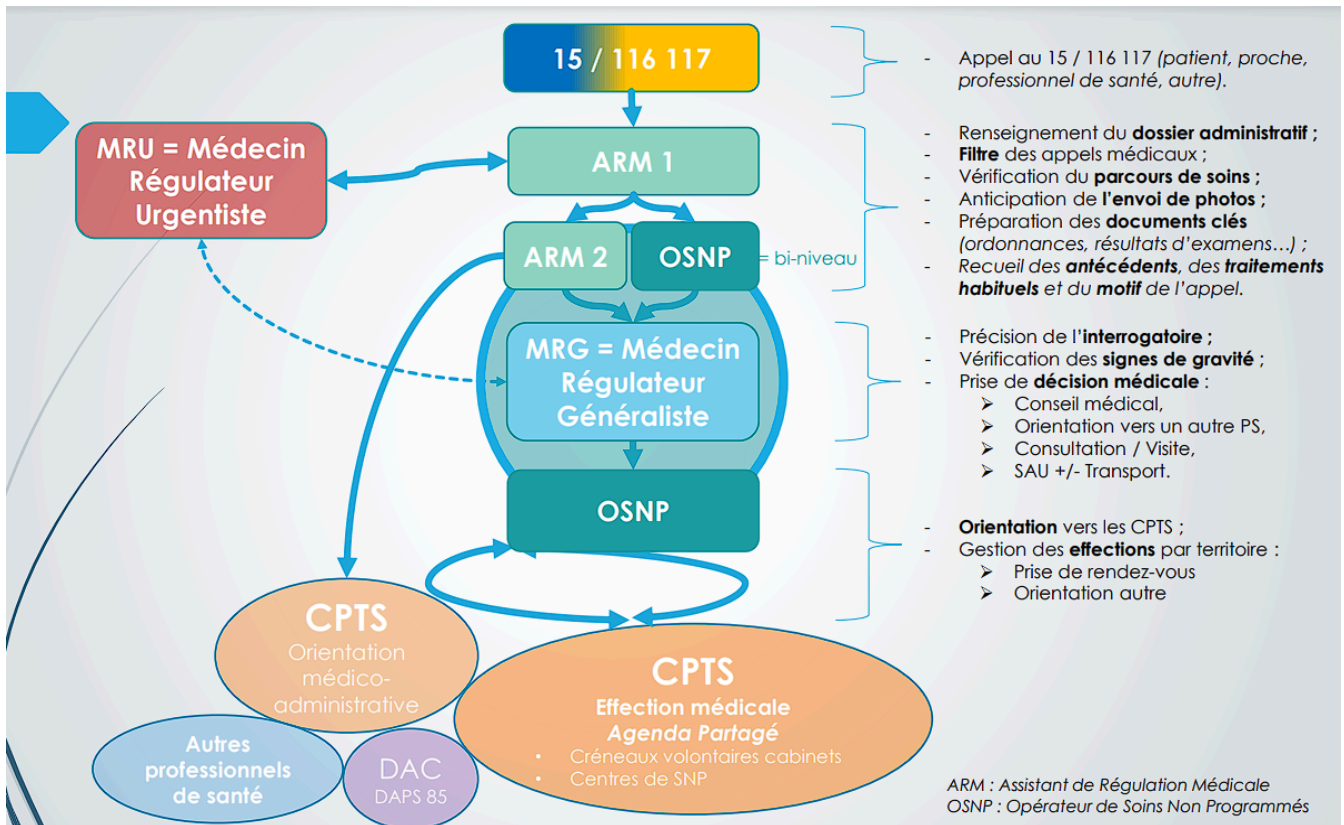


Schéma 6 : organisation actuelle du parcours de soins des SNP en Vendée à travers la régulation médicale (source ADOPS 85)

En Vendée, la régulation médicale est coordonnée en partie par l'ADOPS 85. Une réflexion est en cours pour harmoniser les pratiques, et des formations, a minima annuelles, sont proposées aux intervenants. Le secteur recrute des médecins régulateurs et il est proposé de renforcer la présence des OSNP afin d'optimiser le temps médical (54).

IV.2.4 Analyse du vécu face au lieux et son accessibilité

La distance perçue avec le centre pouvait pour certains être source d'angoisse ou de mécontentement, pour d'autres celle-ci leur était indifférente. La notion de distance reste subjective et une étude qualitative de la DREES tente de "relativiser" l'idée de distance vécue par les patients. Ainsi elle définit trois types d'espaces propres au patient dans son vécu d'accès aux soins qui ne sont pas nécessairement basés sur une échelle kilométrique :

- des espaces de proximité temps (un espace du quotidien, connu et fréquenté régulièrement et nécessitant un déplacement)
- des espaces de proximité affective (un espace familial avec une projection positive où l'on se rend ponctuellement)
- des espaces de proximité spatiale (l'espace de vie, structuré autour du domicile).

Finalement le vécu semble moins positif lorsque l'on sort de ces trois espaces en même temps et que l'on doit réaliser un déplacement spécifique inhabituel, dans un endroit inconnu et sans projection positive (66). Ces trois espaces sont en interaction et subissent la logique d'influences sociales. Satisfaire l'un d'entre eux pourrait permettre de mieux satisfaire les patients. En ce sens, la DREES s'intéresse à l'objectivation statistique des déplacements en santé en prenant en compte l'appartenance sociale des individus, mais souligne la difficulté de traduction en termes d'indicateurs statistiques.

Ainsi il semble préférable de laisser autant que possible le choix au patient de la structure de soins où il devra consulter. Néanmoins, au vu du contexte démographique actuel, cette flexibilité reste restreinte et l'on ne peut compter au mieux que sur le développement du SAS pour proposer un soin au plus proche des patients.

Nos résultats sur l'orientation des patients au sein et en dehors du CSNP rappellent l'importance de la signalétique et plus largement ce que certains nomment le "*wayfinding*" dans le bien-être des patients. Aussi, comme le rappelle le Dr Hammouni dans son travail de thèse sur l'aménagement, son insuffisance peut constituer un facteur de stress (67). La présence d'une ligne au sol au CSNP semble faciliter l'orientation des patients et un travail de signalétique dès l'entrée de l'hôpital pourrait être envisagé.

L'accueil et la disponibilité des secrétaires au centre ont souvent été bien perçus et le ressenti face à l'environnement de consultation était souvent positif dans notre étude, répondant à certains critères EUROPEP de satisfaction des patients. Le bon relationnel perçu avec les secrétaires du centre concorde avec le rôle essentiel qu'elles jouent dans l'orientation et dans le vécu des patients, importance également évoquée au cours d'autres travaux. Une étude souligne l'importance pour les patients de développer une

relation de confiance envers les secrétariats à travers, entre autres, l'écoute et la disponibilité, et évoque une triade de fonctionnement "médecin-secrétaire-patient", allant au delà de l'historique relation médecin-patient souvent évoquée (68).

Une étude conforte l'anxiété ressentie voire l'énervement à patienter en salle d'attente, constat retrouvé chez certains de nos participants. Cette étude rappelle le rôle de la salle d'attente, qui peut aider à bien préparer la consultation (69). Dans le cadre de notre travail, nous avons eu peu de retours sur les attentes ou le ressenti de la salle d'attente en elle-même. Nous pourrions penser que ce n'était pas l'élément le plus important pour eux dans cette situation particulière. Une étude plus précise sur le sujet permettrait d'affiner ces résultats.

L'espace et la clarté de la salle de consultation sont des éléments importants pour nos participants comme évoqué dans d'autres études (70). Une amélioration pourrait être d'aménager une cloison pour isoler la salle d'examen pour plus d'intimité.

L'environnement hospitalier est source de variété d'expériences (71). L'hôpital en lui-même peut être source d'angoisse (72). Dans notre étude, les patients ne sont que de passage, et le CNSP semble offrir un cadre singulier. Le centre semble profiter des représentations positives de l'hôpital par son caractère institutionnel et son offre de moyens. Dans une étude de santé publique, jusqu'à 45% des patients, interrogés sur leurs recours aux soins, avaient eu recours aux urgences car la présence d'un plateau technique était un facteur déterminant pour eux (33). La confiance accordée à l'hôpital comme institution semble d'ailleurs pour certains être un facteur déterminant d'un soin de qualité (73). De fait, nos entretiens démontrent que l'implantation du CNSP au sein de l'hôpital peut être perçue comme rassurante dans le cadre d'un SNP. Et ceci tant sur son statut au sein d'une institution que dans la représentation positive des qualités techniques du médecin perçues par les patients.

Pour d'autres interviewés, l'habitude des lieux renforçait la confiance. Comme explicité par certains sociologues " *La routinisation est essentielle aux mécanismes psychologiques qui assurent le maintien d'une relation de confiance*" (74). Cette observation fait écho aux notions de proximités perçues et attendues décrites auparavant. Dans le cadre des SNP, une nouvelle fois, le SAS est censé offrir une solution de proximité dans la mesure du possible.

IV.2.5 Analyse de la rencontre avec le médecin

Nos résultats soulignent l'importance des qualités relationnelles d'un médecin que le patient perçoit comme contribuant à la qualité de ces consultations. Selon l'académie de médecine, ces qualités relationnelles permettent d'établir la confiance; "condition première de l'adhésion du patient et de l'alliance thérapeutique". Le défaut d'écoute mentionné dans nos entretiens concorde avec la littérature comme étant le principal motif de plainte des patients. Par ailleurs, l'empathie perçue, source d'une bonne relation médecin-malade est nécessaire et se manifeste tant par le verbe que par le comportement du soignant. Enfin, le respect des patients, et notamment leurs croyances, vient conforter cette relation, et il est important de se questionner face à la tolérance du médecin envers les valeurs du patient. Selon l'académie de médecine, la place de l'empathie est moindre dans des situations d'urgence, mais pour rappel, la définition même de l'urgence pour les patients est à nuancer (75).

Le défaut d'empathie parfois mentionné dans nos entretiens nous questionne sur la qualité de la construction d'une bonne alliance thérapeutique. Ce concept d'origine psychanalytique aux définitions multiples, pourrait, selon certains psychologues, être définie comme "la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixes" (76).

Cette alliance thérapeutique semble moins développée dans les soins urgents mais nécessaire malgré tout. La littérature de psychothérapie abonde d'écrits sur l'alliance thérapeutique notamment dans les situations d'urgence où "un traumatisme renvoie à une situation inédite à laquelle la plupart d'entre nous n'ont jamais été préparés". Nous pourrions nous questionner sur les similitudes des situations de SNP chez certains de nos participants et les situations de stress aigu gérées par les professionnels de santé mentale, nous renvoyant à la difficile définition de ce qu'est un SNP. Il s'agit, selon l'approche de certains psychothérapeutes, de "*porter dans le soignant les valeurs d'une société qui accorde du crédit à la souffrance de l'autre*" (77).

On pourrait se demander comment, dans un soin urgent, le médecin s'organise pour construire cette alliance face aux facteurs inhérents à l'urgence tel que le temps et la furtivité de la rencontre.

Le temps alloué aux consultations du CSNP était souvent perçu comme "rapide et efficace". Il n'y a pas de durée de consultation idéale. La littérature a d'ailleurs démontré l'absence de relation entre la durée de la consultation et plusieurs ressentis des patients comme : la qualité de la communication, la confiance à l'égard du médecin, et la satisfaction générale (78). D'ailleurs pour nombre de participants, la durée de consultation était finalement perçue comme adaptée à la situation, répondant surtout à un problème

aigu et unique. Néanmoins, cette rapidité ressentie impactait la construction d'une relation, comme rappelé auparavant. Pourtant, selon certains, un face à face médecin-malade plus long ne peut qu'améliorer la qualité de la relation (75). On constate ainsi la complexité à laquelle le médecin est confronté dans ces situations de modulation du temps en fonction de chaque cas, sans nuire à la qualité de la relation. On pourrait rappeler les propos d'une interviewée E4 " *il a pris son temps. En urgence.*"

Comme cité dans les travaux sur l'éthique du Dr Santin " *Du fait de sa brièveté, la rencontre furtive expose au risque de ne pas percevoir la personne, juste de l'apercevoir*". Cette notion fait écho aux constats de sentiment de perte d'individualité décrits dans nos travaux. Selon le Dr Santin et ses travaux portant sur l'éthique des situations d'urgence, s'affranchir de l'Homme est impossible et équivaldrait au soignant à accepter de n'être qu'un simple exécutant de techniques, dans une science profondément humaine (79). Il serait intéressant, encore une fois, de connaître le point de vue du médecin sur ce point via une analyse qualitative.

Il semble finalement difficile d'établir l'importance de la création d'une relation de soin au CSNP à travers son rôle premier : doit t-il répondre uniquement à un besoin d'urgence ou doit il offrir la possibilité de créer une relation médecin-patient, améliorant les résultats de prise en charge thérapeutique et éthique comme le stipule l'académie de médecine?

Sur le temps alloué, il faut noter qu'au CSNP la part administrative des médecins a été réduite et est gérée en partie par les secrétariats. Aussi, chaque médecin a la possibilité de définir son emploi du temps comme bon lui semble, tant qu'il respecte un nombre total de consultations sur la journée. Par ailleurs au CSNP de Fontenay le Comte, un poste d'assistant médical partagé permet de libérer du temps et de déléguer certaines tâches pour économiser du "temps médical". Il serait intéressant de connaître le point de vue du médecin sur ce point et l'intérêt de développer cette aide à Luçon et dans d'autres CSNP.

L'examen clinique dans la rencontre du médecin du CSNP semble prendre une importance notable, bien que peu décrite dans les attentes initiales des patients lors de nos entretiens. Certains auteurs parlent d'un véritable rituel où seule compte l'attention portée sur le patient et la perception d'une médecine personnalisée (80). Il a d'ailleurs pour le patient *une portée thérapeutique en soi* (47). Ces constats font écho à la satisfaction, décrite par certains participants, de bénéficier d'un examen "complet". C'est un temps privilégié pour le patient qui le fait exister et participe à la construction d'une relation de confiance. Son défaut est une limite à une bonne qualité de relation médecin-malade (75). L'académie de médecine cite des travaux sur l'effet du toucher sur le

contrôle du stress, ce qui semble prendre tout son sens lors des soins non programmés où l'anxiété est au premier plan.

La continuité des soins a souvent été critiquée lors de nos entretiens. Pour rappel, selon le thésaurus MeSH, cette notion pourrait faire référence à “des soins de santé prodigués sur une base continue à partir du contact initial, suivant le patient à travers toutes les étapes du soin médical”. Elle est une condition au bon développement de la relation médecin-patient et fait partie de la définition de la WONCA du médecin généraliste (75, 81). Elle favorise en outre la confiance envers le médecin et peut aussi être une conséquence d'une bonne relation. Selon l'académie de médecine, elle dépend du libre choix du patient du médecin rencontré. Or, au CSNP l'organisation souffre d'un changement quotidien de médecin et il n'est en théorie pas possible de revoir le même médecin. A défaut de pouvoir exercer la médecine générale de façon idéale, il semble important de développer le relais d'information, notamment à travers la régulation où les dossiers devraient être partagés au maximum pour une meilleure lisibilité. Le médecin consultant devrait pouvoir avoir un maximum d'informations sur l'échange préalable avec les régulateurs, ce qui en pratique n'est pas toujours le cas. Un logiciel partagé centralisé comparable au dossier médical partagé (DMP) pourrait aider à diminuer ce sentiment de perte de personnalisation du soin souvent décrit, faisant écho à l'effort interactionnel nécessaire de la part des régulateurs évoqué plus haut.

Il est intéressant de noter que pour certains participants, cette rencontre singulière était source d'opportunités et d'un regard neuf sur leur situation. Selon la SFMG la proximité créée par le temps peut être source de difficultés. En effet, *l'immersion dans l'histoire partagée du médecin habituel peut parasiter la neutralité et gêner l'écoute singulière et finalement perturber la communication* (47). Il serait intéressant d'approfondir le ressenti des patients face aux risques de l'immersion longue dans la relation avec leur médecin habituel, et dans quelle mesure cela peut engendrer des demandes de deuxième avis.

IV.2.6 Satisfaction globale

La satisfaction globale des patients reste difficilement mesurable tant les situations sont variées dans notre étude. On peut toutefois affirmer que l'organisation du CSNP semble apporter une forme de réassurance d'avoir un recours aux soins pour les patients, à défaut d'avoir d'autres choix.

Nous n'avons pas trouvé d'étude comparative dans la littérature sur la satisfaction de patients consultants dans des CSNP. Une étude issue de la DREES en 2004 pointait que 9 patients sur 10 se disaient “très satisfaits” de leur prise en charge dans des circonstances de SNP par le médecin généraliste (82).

Des études explorant la satisfaction de patients consultants dans des MSP accueillant des SNP retrouvent de même une satisfaction globale des patients (39,83). Cependant, les résultats diffèrent en plusieurs points avec ceux du CSNP, notamment dans la connaissance préalable des lieux et des professionnels. Certains témoignages de nos participants semblent concorder avec les items EUROPEP (84), il serait intéressant de compléter notre étude par une comparaison avec tous les items mais la subjectivité des patients serait probablement moins mise en lumière.

D'ailleurs, interpréter des niveaux de satisfaction reste difficile car cela dépend des préférences, du niveau de santé, des caractéristiques et de la culture des individus, et cela reste un concept multidimensionnel et mal défini comme le rappelle la HAS (37).

Les critiques de participants interrogés face à l'accès aux examens complémentaires au CSNP font écho à nos constats sur une possible tendance au consumérisme médical. Sur l'axe de l'immédiateté, il serait intéressant d'objectiver l'évolution des délais d'attente ces dernières années dans le département pour accéder aux examens complémentaires "simples" pour affiner ces propos.

Le CSNP, comme la régulation médicale, sont des outils que la population devra apprendre à utiliser à bon escient, et en ce sens le rôle du médecin généraliste (si tant est qu'ils en aient un) semble primordial dans "l'éducation" des patients.

Un des risques potentiels de certaines structures de soins non programmés pourrait être, selon le député Mesnier, leur absence d'intégration dans le tissu sanitaire du territoire qui pourrait participer au "consumérisme médical" (19). Le développement de structures semblables dans le privé de prise en charge des SNP ces dernières années participe d'ailleurs, selon le syndicat MG France, au danger de dérégulation du système de soins (85).

Le rôle des CPTS prend ici tout son sens quant à son rôle de coordination des professionnels de santé.

IV.3 Forces et limites :

En recherche qualitative, il n'y a pas lieu de parler de "biais" mais plutôt de "choix" comme le précise le Professeur Lebeau, il s'agit d'accepter et de critiquer la subjectivité. Voici, pour la forme, les différents choix et "biais" que j'ai pu identifier dans mon travail (38).

IV.3.1 Forces :

Il s'agit d'une étude originale par son thème et son approche. L'analyse s'est appuyée sur une triangulation des données avec un médecin formé et expérimenté dans l'analyse qualitative ainsi que par retour de l'analyse aux patients, renforçant la validité interne de l'étude. Les six participants de la triangulation écologique semblaient d'accord avec mon analyse. Je me suis efforcé de suivre les lignes directrices COREQ.

La durée relativement longue des entretiens (40 minutes) renforce la validité et la richesse de l'étude. Tous les entretiens ont eu lieu en présentiel.

Il n'y a pas eu d'exclusion ni de refus de participation à l'étude après contact avec les participants. Je m'efforçais d'avoir une posture neutre face au sujet abordé, essayant de mettre mes "a priori" à l'écart lors des entretiens et d'appliquer une écoute active des participants, sans prise de note et en tentant de ne pas lire mon guide. J'ai choisi d'analyser un centre où je ne travaillais pas et ne connaissais ni l'équipe soignante ni les patients rencontrés. J'essayais au maximum de laisser le choix aux participants du lieu d'entretien. Je rappelais le caractère anonyme de leurs propos, essayant de diminuer le risque de biais de désirabilité sociale. La question brise glace du guide d'entretiens pouvait permettre d'instaurer un climat de confiance avant d'aborder des sujets plus personnels. L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté, laissant les participants évoquer spontanément leur libre pensée. Le guide d'entretiens a été remodelé plusieurs fois après relecture par une méthodologiste spécialisée dans les études qualitatives et peaufiné suite à la participation à une formation à la méthode qualitative à l'Université de Nantes. Plusieurs tests auprès de médecins et non médecins ont permis de valider sa bonne compréhension.

Le biais de mémorisation a été minimisé autant que possible en réalisant les entretiens dans les 15 jours au plus tard après la consultation.

IV.3.2 Limites:

Deux témoignages ont émané des accompagnants et non des patients directement, créant un biais de sélection. Néanmoins, l'impossibilité de certains de participer seuls aux entretiens aurait conduit à une perte d'information et j'ai pris parti que le témoignage du

proche accompagnant restait précieux, et que la proximité avec l'intéressé permettait d'enrichir le phénomène étudié.

Il existe évidemment un biais de recrutement puisque seuls des participants intéressés par le sujet m'ont contacté.

L'existence d'enregistrements a pu induire une retenue dans le discours, un biais déclaratif, bien que j'ai tenté au maximum de créer un climat informel. De même, malgré des efforts de moyens, l'environnement parfois hospitalier pouvait influencer sur le cadre des entretiens. Deux participants ont été recrutés directement en salle d'attente, ce qui, pour raison organisationnelle des patients, a pu réduire la durée de ceux-ci. Cela a pu amoindrir la qualité de l'entretien, faute d'avoir eu le temps de "s'approprier" le ressenti de consultation.

Malgré une formation personnelle via diverses méthodes, j'étais novice en recherche qualitative ce qui limite l'analyse des données. De même, tous les entretiens ont été réalisés par une seule personne entraînant un biais.

Seuls six des neuf entretiens ont été triangulés faute organisationnelles, il est cependant admis qu'une analyse de qualité peut comporter deux tiers des données (38).

Je n'ai pas réalisé de journal de bord écrit, ne mettant pas en exergue mon cheminement scientifique et ma réflexivité bien que celle-ci ait évolué tout au long de ce travail.

Enfin une étude par focus group aurait pu permettre l'apport d'informations complémentaires via la dynamique de groupe (d'ailleurs constatée lors des entretiens en présence d'accompagnants), mais l'expérience individuelle et personnelle aurait probablement moins été mise en valeur, notamment par risque d'effet de mimétisme.

IV.4 Perspectives :

- Pour la recherche :

Il serait intéressant de connaître le point de vue des médecins face à ces consultations et ce dispositif, notamment via une étude qualitative et de comparer leur ressenti à ceux des patients qui sont dans ces situations si particulières. Étudier en quoi leur consultation diverge d'une consultation "classique" et leur représentation de la qualité de ces consultations pourrait peut être permettre de mieux comprendre les interactions médecin-patients qui y ont lieu.

De façon plus large, il serait intéressant d'étudier l'évolution sociétale du sentiment d'anxiété à travers le temps, est-il finalement possible de savoir si les patients sont plus anxieux vis-à-vis du soin qu'autrefois?

- Pour la pratique :

Nos modestes résultats suggèrent qu'un effort de projection sur le ressenti du patient à travers son parcours de soins a chaque étape, depuis son premier appel jusqu'à la sortie du centre, devrait être mis en place pour permettre une meilleure réassurance. Nous encourageons le développement de formation à l'écoute active au sein de la régulation. Le développement du SAS devrait, selon nous, offrir la meilleure proximité possible, au sens des patients comme explicité ci-dessus. Travailler sur l'orientation des patients au sein du CSNP voire développer l'idée de "patients experts dans leur vécu de l'urgence" pourrait, à nos yeux, être intéressant. Nos données nous suggèrent de développer l'accès à l'information du 116117 et sa bonne utilisation. Travailler en coordination et développer les dossiers partagés semblent de même important pour un bon sentiment de continuité.

- Pour la formation :

Enfin l'on pourrait songer à uniformiser la formation des médecins du CSNP, notamment sur l'écoute et l'empathie à travers les mots employés et l'examen clinique, ce qui pourrait permettre une meilleure satisfaction des patients.

V Conclusion

Notre étude a montré que le vécu des patients consultant au CSNP est profondément ancré dans une dimension biopsychosociale. Les situations de soins non programmés restent difficilement définissables mais indéniablement angoissantes pour les patients. Attribuer ces demandes de soins à un simple consommateur médical grandissant semble réducteur et une étude plus approfondie sur l'évolution de la société de nos jours semble nécessaire.

Le parcours de soins pour y accéder est, pour certains, complexe et trop dépersonnalisé. Nos résultats mettent en évidence de grandes demandes de disponibilités tant en termes organisationnels que d'écoute de la part des différents professionnels intervenant tout au long du parcours de soins. Nous encourageons les professionnels de santé impliqués à développer leur qualité d'empathie et leur travail interactionnel dans ces situations particulières. Le développement du SAS et des travaux sur l'orientation des patients dans l'urgence semblent nécessaires pour minimiser l'anxiété tout au long du parcours.

Le CSNP semble pouvoir apporter une réponse et une réassurance à un problème aigu mais peu propice au développement d'une réelle relation médecin-malade de par la fugacité de la rencontre.

Plus que jamais le patient est “au centre” et entrevoir la personnalisation du soin dans les prochaines années avec le manque de moyens sera un défi pour les soignants. Le CSNP ne pourra en ce sens que répondre partiellement à cette condition, si l’on envisage des soins de qualité.

Devant la possible pérennisation des CSNP à l’avenir, au vu du contexte démographique actuel, les acteurs du soins ont, à travers les médecins, les CPTS, la régulation médicale et le développement du partage des dossiers, un rôle capital dans la bonne orientation et un meilleur vécu des patients dans le système de soins. Et ceci, en sachant écouter leur désarroi, dans un parcours de soins qui leur laisse de moins en moins de libre choix.

VI Bibliographie :

1. Arnault DF. atlas de la démographie médicale en France [Internet]. 2023. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
2. DRESS. Démographie des professionnels de santé au 1er janvier 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. 2023 [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/demographie-des-professionnels-de-sante-au-1er-janvier-2023>
3. INSEE. Recensement de la population [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/6683031/dep85.pdf>
4. éditoriale E. OESTV - Observatoire Économique Social et Territorial de la Vendée. 2023 [cité 1 mars 2024]. OESTV - La population vendéenne en 2020 - Janvier 2023. Disponible sur: <https://observatoire-economique-vendee.fr/la-population-vendee-en-2020/>
5. INSEE Pays de la Loire. À l'horizon 2070, une croissance de la population régionale malgré un ralentissement [Internet]. 2022 [cité 12 janv 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6657351>
6. CDOM vendée. Démographie des Médecins Généralistes et Spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2021 [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://ordremedecin85.jimdofree.com/actualite/C3%A9s/d%C3%A9mographie-m%C3%A9dicale/>
7. Rojouan, B. renforcer l'accès territorial aux soins [Internet]. Sénat; 2022 mars. Report No.: 589. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>
8. observatoire de la précarité en vendée, assurance maladie. taux de vendéens sans médecin traitant - [Internet]. 2022 [cité 9 janv 2023]. Disponible sur: échange par mail avec l'assurance maladie
9. ORS. Démographie des médecins en Pays de la Loire [Internet]. 2023 [cité 15 mars 2023]. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2023_PDF/2023_%2342_MEDECINS.pdf
10. DREES. Accessibilité potentielle localisée DREES [Internet]. [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/carto-apl/>
11. Ricroch L, Seimandi T. 9 patients sur 10 qui se rendent aux urgences consultent aussi leur médecin de ville. 1157 [Internet]. DRESS. août 2020; Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ER%201157.pdf>
12. Braun F. mission flash sur les urgences et soins non programmés [Internet]. 2022 juin. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_du_docteur_braun_-_mission_flash_sur_les_urgences_et_soins_non_programmes.pdf
13. APM / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. Actualités de l'Urgence [Internet]. 2022 [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/le-nombre-de-passages-aux-urgences-a-augmente-de-12-entre-juillet-2021-et-juillet-2022-samu-urgences-de-france-/new_id/68506
14. ORU Pays de la Loire. Recours aux services d'urgences des habitants des Pays de la Loire en 2017 [Internet]. 2019 mai. Disponible sur: https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2019_ORU_TauxRecours2017_vdef.pdf
15. DRESS. Mieux connaître les circonstances conduisant les patients aux urgences et le déroulement de leur prise en charge [Internet]. 2023. Disponible sur:

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/Flyer.pdf>

16. Metten M et al. Activité des services d'urgences des Pays de la Loire [Internet]. ORU Pays de la Loire; 2023 oct. (Panorama Urgences 2022). Disponible sur: https://www.oru-paysdelaloire.fr/sites/default/files/medias/file/2023_PanoramaORUpdl2022_Regional_VF.pdf
17. P.-G. Claret. Surcharge du service des urgences : causes, conséquences et ébauches de solutions. In 2014. p. 96-105. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007/s13341-014-0415-5>
18. Un centre de soins non programmés expérimenté à Luçon pour améliorer la réponse aux besoins de santé des habitants [Internet]. [cité 27 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/un-centre-de-soins-non-programmes-experimente-lucon-pour-ameliorer-la-reponse-aux-besoins-de-0>
19. Mesnier T. Assurer le premier accès aux soins Organiser les soins non programmés dans les territoires [Internet]. République Française; 2018 mai. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
20. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022 [cité 28 déc 2022]. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
21. ORS. fréquence des soins non programmés en médecine générale en France aux heures d'ouverture des cabinets de ville. revue de la littérature [Internet]. déc 2017; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2017_PDF/2017_frequence_SNP_urml_note.pdf
22. Legiret, P. Accueil des soins non-programmés : les patients privilégient-ils les urgences ? : revue de littérature [Internet] [Thèse d'exercice]. Caen, France; 2022 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04041167>
23. Nicolas LASSOUTANIE. Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale. [Internet] [Thèse d'exercice]. Toulouse III, France; 2021. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3641/1/2021TOU31102.pdf>
24. Actualités de la SFMU / Société Française de Médecine d'Urgence - SFMU. Le livre blanc de SAMU Urgences de France. oct 2015 [cité 9 janv 2023]; Disponible sur: https://www.sfmou.org/fr/actualites/actualites-de-la-sfmou/le-livre-blanc-de-samu-urgences-de-france/act_id/31
25. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale [Internet]. DRESS; 2004 nov. Report No.: 607. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er607.pdf>
26. Jolivet et al. Perceptions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire. ORS. mars 2020; Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/2020_PDF/2020_%20panel4_mg_SNP_24.pdf
27. DOINEAU E. Proposition de loi visant à répondre à la demande des patients par la création de Points d'accueil pour soins immédiats [Internet]. 2020 mai [cité 20 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/l19-461/l19-461.html>
28. Les communautés professionnelles territoriales de santé [Internet]. 2024 [cité 7 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>
29. Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. 2024 [cité 20 janv 2024]. CPTS : s'organiser sur un territoire pour renforcer les soins aux patients. Disponible sur:

<https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

30. Mise en place du service d'accès aux soins (SAS) en Vendée : l'ARS Pays de la Loire et ses partenaires renforcent la réponse aux besoins de soins non programmés dans le département [Internet]. 2023 [cité 21 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/mise-en-place-du-service-dacces-aux-soins-sas-en-vendee-lars-pays-de-la-loire-et-ses-partenaires>
31. Berthelot D. État des lieux à 1 an de la création du Centre de Soins Non Programmés de Fontenay-Le-Comte [Internet] [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2023. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1/SET=6/TTL=1/SHW?FRST=5>
32. Leschallier de Lisle H. Place du Centre de Soins Non programmés de Luçon dans l'accès aux soins du patient : vecteur de changement de l'orientation du parcours de soins du patient ? [Internet] [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2024. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs/xslt/DB=2.1/SET=2/TTL=11/SHW?FRST=18>
33. Gentile S, Amadei E, Bouvenot J, Durand AC, Bongiovanni I, Haro J, et al. Attitudes et comportement des usagers face à une urgence réelle ou ressentie. In: Santé Publique [Internet]. Laxou: S.F.S.P.; 2004 [cité 2 févr 2024]. p. 63-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2004-1-page-63.htm>
34. Nosjean C. Quels sont les déterminants de l'accès aux soins primaires en pré-hospitalier des consultations de médecine générale aux urgences de Fontenay Le Comte ? : étude descriptive, prospective, monocentrique, réalisée entre février 2016 et septembre 2016 [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2017.
35. OMS. Qualité des soins [Internet]. [cité 14 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care>
36. Amalberti R et al. Les déterminants de la qualité et de la sécurité des soins en établissement de santé [Internet]. HAS; 2022 nov. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-12/spa216_rapport_determinants_qualite_et_scurite_des_soins_en_es_vd.pdf
37. Cong-Tri T. Qualité des soins perçue par le patient – Indicateurs PROMs et PREMs [Internet]. HAS; 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rapport_panorama_proms_premis_2021.pdf
38. Lebeau J. Initiation à la recherche qualitative en santé : Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global media santé. Vol. 1. 2021. 192 p.
39. Blondel B. Satisfaction des patients sur les soins non programmés: étude quantitative en maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires normandes. [Internet] [Thèse d'exercice]. Rouen, France; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03711544>
40. Viel C, al. Enquête de satisfaction des patients de la consultation de médecine générale ou « Consultation SASPAS* » rattachée aux Urgences du Centre Hospitalier de Fontenay-le-Comte [Internet]. Nantes, France; 2019 [cité 16 janv 2023]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=f6a9bf27-b294-4436-a56c-13c5f46d2db3>
41. Barreau C, Foret T. Vécu des parents d'une consultation en médecine générale menée par un interne SASPAS pour leur enfant de 0 à 6 ans : étude qualitative par entretiens individuels. [Internet] [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2022. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=669769b3-5e2f-4e58-ab2b-610b15ce470d>
42. Grol R, Wensing M, Mainz J, Jung HP, Ferreira P, Hearnshaw H, et al. Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. Br J Gen Pract. nov 2000;50(460):882-7.

43. Ozouf L, Peyre E. Déterminants de la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale de ville par le patient [Internet] [Thèse d'exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2023 [cité 2 févr 2024]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/4538/>
44. Cayré V. accès aux soins non programmés dans les territoires [Internet]. ARS Grand Est; 2023. Disponible sur: <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/110370/download?inline>
45. Abric JC. Psychologie de la communication. Théories et méthodes. In 1999. p. (6-1 p 13, 6-2 p16, 6-3 p 37).
46. Fainzang S. L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques. *Sci Soc Santé*. 2001;19(2):5-28.
47. Kandel O et al. Manuel théorique de médecine générale. Global Média Santé. Vol. 1. 2015. 207 p.
48. Sénat [Internet]. 2023 [cité 2 févr 2024]. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-685.html>
49. Hemant G. Étude des pratiques d'automédication de patientèles de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée [Thèse d'exercice]. Nantes, France; 2016.
50. Raynaud D. Les déterminants du recours à l'automédication. *Rev Fr Aff Soc*. 2008;(1):81-94.
51. assurance maladie. Se soigner avec l'automédication [Internet]. 2023 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/vendee/assure/sante/medicaments/utiliser-recycler-medicaments/automedication>
52. Béliard A, Eideliman JS. Mots pour maux . Théories diagnostiques et problèmes de santé. *Rev Fr Sociol*. 2014;55(3):507-36.
53. Dedianne MC. Attentes et perceptions de la qualité de la relation médecin-malade par les patients en médecine générale: application de la méthode par focus groups [Thèse d'exercice]. Grenoble, France; 2001.
54. Bossis R. organisation des soins non programmés , modèle expérimental en Vendée,. Journées nationales FCPTS; 2022; Nantes, France.
55. Seuls 16% des Français déclarent faire confiance aux journalistes | Ipsos [Internet]. IPSOS; 2021 [cité 23 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/seuls-16-des-francais-declarent-faire-confiance-aux-journalistes>
56. Balint, Michaël. Le médecin, son malade et la maladie. 1996. 418 p. (Bibliothèque scientifique, ISSN 0768-0112).
57. Alain M, Boussageon R, Girier P, Figon S. L'efficacité thérapeutique de " l'effet médecin " en soins primaires. *Presse Médicale*. 2006;35(6, Part1):967-73.
58. Médecine générale / sous l'égide du Collège national des généralistes enseignants. In: 2e édition. p. 13. (Abrégés. Connaissances et pratique).
59. Fayn MG, des Garets V, Rivière A. Mieux comprendre le processus d'empowerment du patient. *Rech En Sci Gest*. 2017;119(2):55-73.
60. HAS. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. juill 2020; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-09/has_49_reco_engagement_usagers.pdf
61. Fainzang S. 1. Les patients et leurs ordonnances. In: Médicaments et société [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2001 [cité 19 févr 2024]. p. 23-40. (Ethnologies). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-patient-le-medecin-et-l-ordonnance--9782130517269-p-23.htm>

62. Farge Thierry, Charra Elisa Hauvespre Benedicte T. La non-prescription d'une ordonnance : représentations des médecins généralistes et des patients.
63. Dupuis M, Begaudeau A, Senand R. Évaluation de la satisfaction des patients réorientés de l'accueil des urgences de l'hôpital de La Roche-sur-Yon vers la régulation téléphonique de la permanence des soins ambulatoires [Internet]. Nantes, France; 2020 [cité 5 févr 2024]. Disponible sur: <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show/show?id=dbf626f0-35e1-48a9-ac4e-7aa877065535>
64. Penverne Y, al. Régulation médicale des situations à risque. In: urgences [Internet]. 2011. p. 1015-33. Disponible sur: https://sofia.medicalistes.fr/spip/IMG/pdf/Regulation_medicale_des_situations_a_risque.pdf
65. Robert L. Détermination interactionnelle de l'urgence et processus d'innovation en régulation médicale téléphonique au SAMU [Internet] [thèse de doctorat]. Montpellier, France; 2022. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-03970327/document>
66. Loïcka Forzy, Lou Titli et Morgane Carpezat. Accès aux soins et pratiques de recours Étude sur le vécu des patients [Internet]. DRESS; 2021 avr. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD77.pdf>
67. Hammouni, Z. L'expérience vécue des professionnels de la santé dans un grand centre hospitalier universitaire à Montréal : un regard contextuel [Internet] [thèse de doctorat]. [Montréal, Québec]: Faculté d'Aménagement; 2020. Disponible sur: https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/25509/Hammouni_Zakia_2020_These.pdf?sequence=2&isAllowed=y
68. Oudin E, Pigache C. Attentes et vécu du patient vis-à-vis du secrétariat du cabinet de médecine générale lors de la prise de rendez-vous [Internet]. Lyon ; 1971-....., France; 2017 [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <http://n2t.net/ark:/47881/m66w9914>
69. Groscol M. La salle d'attente en médecine générale et sa place dans la relation du soin du point de vue des patients. Étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés et iconographie [Internet] [Thèse d'exercice]. Montpellier, France; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03936098/document>
70. Rapp C. Décoration du bureau et compétence du médecin: étude qualitative sur les ressentis et représentations des patients [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon ; 1971-....., France]: Université Claude Bernard; 2020 [cité 12 févr 2024]. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6m32v47>
71. Haute Autorité de Santé (Service EvOQSS). Expérience des patients hospitalisés en France : Analyse nationale des commentaires libres du dispositif e-Satis. juin 2022; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/iqss_rapport_analyse_commentaires_e_satis_2022.pdf
72. Lisa Parvin. L'impact de l'environnement des établissements de santé sur le bien-être des patients [Internet] [Thèse d'exercice]. chirurgie dentaire, université coté d'Azur, France; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03806559/document>
73. Lagarde-Piron L. Chapitre 13. La confiance dans les soins infirmiers. Une exigence vulnérable. Une approche communicationnelle de la relation soignante. In: La confiance [Internet]. Caen: EMS Editions; 2016 [cité 12 févr 2024]. p. 242-56. (Entreprise & Sacré). Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-confiance--9782847698510-p-242.htm>
74. Briquet JL. In: La constitution de la société [Internet]. Paris: De Boeck Supérieur; 1987. (politix; vol. 3-4). Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-politix-1988-3-page-85.htm>
75. Bontoux D, al. relation médecin malade [Internet]. France: académie nationale de médecine; 2021 juin. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2021/07/Rapport-RMM.pdf>
76. Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques.

Perspect Psy. 1 oct 2010;49:317-26.

77. Tarquinio C, al. L'alliance thérapeutique lors des traumatismes aigus et des interventions d'urgence ». In: Marie-Jo Brennstuhl éd. Paris; 2021. p. 305-309. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-alliance-therapeutique--9782100820887-page-305.htm>
78. Elmore N, Burt J, Abel G, Maratos FA, Montague J, Campbell J, et al. Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. déc 2016;66(653):e896-903.
79. Santin A. De l'urgence ou le mouvement de la rencontre [Internet] [thèse de doctorat]. [Paris, France]: Science de l'Homme et de la Société; 2019. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-02137418/document>
80. The Physical Examination as Ritual: Social Sciences and Embodiment in the Context of the Physical Examination - PubMed [Internet]. [cité 16 févr 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650064/>
81. Allen J, al. la définition européenne de la médecine générale WONCA Europe [Internet]. 2002. Disponible sur: [https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version\(1\).pdf](https://dumg-rouen.fr/storage/5914/WONCA%20definition%20French%20version(1).pdf)
82. Collet G. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles. fevrier 2008;(625). Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er625.pdf>
83. Travers A, Bréchat L. Etude du ressenti et du vécu des patients de la MSP du Véron depuis la création d'une unité de soins non programmés [Internet]. Tours, France; 2018 [cité 16 févr 2024]. Disponible sur: http://memoires.scd.univ-tours.fr/index.php?fichier=Medecine/Theses/2018_Medecine_TraversAdrien.pdf
84. traduction suisse de l'échelle EUROPEP [Internet]. Disponible sur: https://www.medecinsdefamille.ch/fileadmin/user_upload/hausarzt Schweiz/Kommissionen/Qualitaet/11d_Fra_HA_PQ_vs_06.pdf
85. Foults, M. À mi-chemin entre la ville et les urgences, les centres de soins non programmés divisent. le quotidien du médecin [Internet]. sept 2022 [cité 29 févr 2024]; Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/specialites/anesthesie-reanimation/mi-chemin-entre-la-ville-et-les-urgences-les-centres-de-soins-non-programmes-divisent>

VII Annexes :

VII.1 Annexe 1 : Affiche de recrutement :



Votre avis m'intéresse !

Bonjour, vous avez ou allez être reçu en consultation au centre de soins non programmés de Luçon.

Dans le cadre d'une thèse de médecine générale étudiant vos impressions et votre ressenti sur ces nouveaux types de consultations, je souhaiterais vous rencontrer pour en discuter. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et votre retour me sera très précieux.

Il s'agira de courts échanges à organiser en fonction de vos disponibilités (environ 30 minutes). Cet échange sera enregistré pour en faciliter l'analyse et anonymisé.

Si vous êtes d'accord, faites le savoir au secrétariat en laissant vos coordonnées, je me charge de vous contacter pour organiser les modalités.

Vous pouvez aussi me contacter directement par mail :
gabriel.ratie@etu.univ-nantes.fr

Merci beaucoup par avance pour votre participation

Gabriel Ratié, médecin remplaçant en médecine générale.

VII.2 Annexe 2 : Guides d'entretiens :

Première version du guide :

- 1) Comment avez-vous vécu votre consultation au Centre? Racontez-nous votre expérience.

Questions de relance :

- l'écoute de mon problème
- la prise en charge médicale globale
- la réassurance
- la relation avec un médecin inconnu / la communication
- l'information délivrée / les explications.
- la confiance
- étiez- vous à l'aise?

- 2) D'une façon générale, qu'est ce qui vous a plu/ déplu? (satisfaction)

Relances:

- l'information de l'existence des CSNP
- la nécessité de passer par un professionnel de santé pour y consulter (pas d'accès libre) / fluidité du parcours
- le délais de RDV
- l'accueil
- l'attente en salle d'attente
- les locaux / le fait que le centre soit situé dans l'hôpital
- la durée de la consultation
- prix
- proximité / horaires
- satisfaction globale?

- 3) La consultation a-t-elle répondu à vos attentes? Que pourrait- on améliorer pour répondre à vos demandes de soins urgents?

-Finalement ce dispositif est-il adapté pour ces motifs selon vous?

Version 2 (suite participation atelier thèse)

- 1) Pouvez vous me parler de votre suivi médical?
- 2) Comment faites vous lorsque vous avez besoin d'une consultation médicale rapide généralement? (mais où vous ne jugez pas nécessaire d'aller aux urgences)
- 3) Lors d'une consultation médicale pour un soin urgent, quels sont les éléments importants pour vous?

Reformulation : Quelles sont vos attentes?

- 4) Que savez vous du CSNP?
- 5) Pouvez vous me raconter votre consultation au CSNP ?

Reformulations /relances :

Parlez moi la prise de rendez vous au centre

Pouvez-vous me raconter comment s'est passé l'accueil au centre et à la consultation?

Quel a été votre ressenti face aux locaux dans lequel vous vous trouviez?

- Comment vous êtes- vous senti lors de la consultation?
 Racontez moi la prise en charge médicale globale
 Pouvez vous me parler de la relation avec un médecin que vous ne connaissiez pas?
 Comment étaient l'information délivrée / les explications?
- 6) Qu'avez vous ressenti après la consultation?
 - 7) Que pourrait-on améliorer selon vous?
 Finalement que pensez-vous de ce nouveau type de consultation?
 - 8) Voulez-vous aborder d'autres choses sur la consultation?

Version 3 (après discussion méthodologiste) :

- 1) Pouvez vous me parler de votre suivi médical?
- 2) Habituellement, comment faites vous lorsque vous avez besoin d'une consultation médicale rapide?
 (mais où vous ne jugez pas nécessaire d'aller aux urgences)
- 3) Lors d'une consultation médicale pour un soin urgent, quels sont les éléments importants pour vous?
 Reformulation : Quelles sont vos attentes?
- 4) Que savez vous du CSNP?
- 5) Pourquoi êtes-vous venu là?
- 6) Pouvez-vous me raconter comment s'est passée votre consultation au CSNP ?
 Reformulations /relances :
 Parlez moi la prise de rendez vous au centre
 Pouvez-vous me raconter comment on vous a accueilli au centre et à la consultation?
 Quel a été votre ressenti face aux locaux dans lequel vous vous trouviez?
 Comment vous êtes- vous senti lors de la consultation?
 Racontez-moi la prise en charge médicale globale (pouvez vous me décrire concrètement la consultation?)
 Pouvez vous me parler de la relation avec un médecin que vous ne connaissiez pas? (n'était-ce pas étrange, bizarre, inhabituel?)
 Comment étaient l'information délivrée / les explications?
- 7) Qu'avez vous ressenti après la consultation?
- 8) Que pourrait-on améliorer selon vous? Quelles sont vos attentes par rapport à ce type de prise en charge?
 Finalement que pensez-vous de ce nouveau type de consultation?
- 9) Voulez-vous aborder d'autres choses sur la consultation?

VII.3 Annexe 3 : Extrait d'entretiens et d'analyse

	<u>Etiquette</u>	<u>Thème</u>
<p>[00:13:32.210] - Patiente 2</p> <p>Oui, il n'a même pas palpé. Il a juste fait ça (imite un examen palpation) comme si mon corps était repoussant. Il a juste fait ça. « C'est tendu, il faut continuer le kiné, la thalasso". Point.</p>		<p>ne pas s'être senti correctement examinée</p> <p>se questionner sur la représentation du médecin face à son propre corps (dégoût?)</p>
<p>[00:13:45.050] - gabriel</p> <p>Vous auriez voulu qu'il vous examine plus, vous diriez ?</p>		
<p>[00:13:56.700] - Patiente 2</p> <p>Oui, quand même. Après, maintenant, je sais que la nouvelle génération de médecins, ça prend plus nécessairement la tension. C'est chronométré, c'est 10 minutes par patient parce que voilà il faut faire au moins huit ou neuf patients par heure. Et là, le docteur A et le docteur B, c'est vrai que c'étaient des anciens médecins et eux, ils prenaient bien le temps quand même. Moi, le docteur A, il me connaissait depuis 2007. Je veux dire, oui, ils étaient bien.</p>	<p>Je souhaite être examinée</p> <p>J'ai besoin de voir le même intervenant</p>	<p>ressentir des consultations plus rapide qu'autrefois</p> <p>apprécier de voir un médecin qui nous connais</p>
<p>[00:14:27.530] - gabriel</p> <p>Parce qu'il prenait la tension? Ils examinaient plus?</p>		
<p>[00:14:31.870] - Patiente 2</p> <p>Oui. Je sais que j'ai arrivé souvent avec le moral à zéro, inquiète et puis je ressortais, surtout avec le docteur A, la petite tape dans le dos et avec le sourire. Mais moi, en fait, j'ai perdu mon papa il y a 20 ans et moi, je suis fille unique. Mais le rapport, même avec les spécialistes, le fait que je me sente rassurée et bien détendue, pour moi, c'est hyper important. Moi, le docteur A, c'était comme mon deuxième papa. Je ne l'enquiquinait pas toutes les semaines non plus. Mais c'est vrai que suite à mon agression, il a pris le truc en main.</p>	<p>J'accorde une importance au contact humain</p> <p>J'ai construit une relation avec un medecin</p> <p>Complètement, c'est un thème intéressant la relation au médecin</p>	<p>accorder une importance au contact humain</p> <p>vouloir etre rassuré</p> <p>construire une relation avec son médecin ("mon deuxième papa")</p>
<p>[00:15:13.250] - gabriel</p> <p>Vous attendez beaucoup de la relation que vous allez avoir avec le médecin ?</p>		
<p>[00:15:17.270] - Patiente 2</p> <p>La gentillesse, l'attention. Et puis préoccupation aussi.</p>	<p>Attente d'une relation presqu'amical comme on peut avoir l'image du « médecin de famille »</p>	<p>attente de l'attention et la sympathie du medecin</p>

VII.4 Annexe 4 : Extrait de “grille de codage” (patient 3)

thème superordonné	prioriser le contact humain dans un univers nouveau	quête du savoir pour soigner et se soigner	une nécessaire adaptation	quête d'un environnement de confiance	d'attente de relation de confiance et d'écoute bienveillante	confrontation d'émotions intenses
avoir un besoin d'expertise		x				
avoir un référent médical dans le suivi			x		x	
savoir quand faire appel au médecin		x				
s'adapter au disponibilités des médecin			x			
avoir une relation de confiance avec "son" médecin					x	
avoir des difficultés d'accès au soins			x			
savoir quand appeler le médecin		x				
avoir ses propres ressources médicales en cas de besoin					x	
s'intéresser à la réputation du médecin <input type="checkbox"/>	x	x				
avoir une expérience des soins non programmés		x				
différencier divers types de médecins	x					
faire confiance à la régulation			x		x	
s'adapter au disponibilités du médecin			x			
avoir des nécessités géographiques			x			
devenir sachant		x				
vouloir être rassuré					x	x

VII.5 Annexe 5 : Formulaire de consentement :

Coordonnées du thésard :

Ratié Gabriel
gabriel.ratie@etu.univ-nantes.fr

Je consens à participer au travail de thèse de Mr Ratié Gabriel portant sur la consultation au centre de soin non programmé de Luçon.

J'ai été informé que l'entretien sera enregistré sur un support audio afin d'en faciliter l'analyse et qu'une fois celle-ci réalisée, le support audio sera supprimé.

J'ai été informé/e que mes données personnelles seront entièrement anonymisées.

J'ai été informé/e que je peux me retirer de l'étude si je le souhaite.

Le

Signature :

ATTENTES, RESENTIS ET VÉCUS DE PARCOURS ET DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS CONSULTANTS DANS LES CENTRES DE SOINS NON PROGRAMMÉS. CAS D'UN CENTRE VENDÉEN, À LUÇON : ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS SEMI-DIRIGÉS

RESUME

Introduction : les difficiles conditions démographiques actuelles d'accès aux médecins généralistes et aux services d'urgences ont vu naître courant 2022 les centres de soins non programmés en Vendée. Ces centres sont en cours d'évaluation et pourraient apporter une réponse à la gestion des soins non programmés, à la complexe définition. Ce nouveau modèle pourrait faire basculer les habitudes des patients. L'objectif de ce travail est de mieux comprendre cette expérience vécue à travers les attentes et ressentis des patients, dans ce nouveau parcours de soins et la qualité perçue de ces consultations.

Méthode : étude qualitative à partir d'entretiens semi-dirigés, réalisée à partir de neuf témoignages de patients ou proches ayant consulté pour une demande de soins ressentie comme "urgente" au centre de soins non programmé de Luçon entre juillet et décembre 2023. Approche par analyse phénoménologique interprétative.

Résultats : l'analyse des situations de demandes de soins non programmés met en avant un fort sentiment d'anxiété tout au long du parcours de soins, avec de grandes attentes en termes de disponibilités et d'empathie envers les professionnels de santé impliqués. Le contact avec la régulation téléphonique et le parcours était souvent perçu comme complexe et insatisfaisant. La rencontre avec le médecin, ses capacités d'écoute et d'approche semblaient prioritaires face au cadre du centre de consultation en lui-même.

Une forme de dépersonnalisation du soin sans réelle possibilité de construction de relation a pu être décrite, de façon inhérente à la furtivité de la rencontre. Pour autant, ces consultations ont pu apporter une réassurance et une solution de recours lorsque les ressources des patients étaient épuisées.

Discussion : la représentation des symptômes et le vécu d'un sentiment d'urgence semble ancré dans le bagage socioculturel des patients. Il reste difficile de définir la part de responsabilité du patient envers les demandes de soins non programmés au vu de son environnement, dans l'évolution moderne de la société. Consulter au centre de soins reste une solution par défaut pour certains, qu'il faut pouvoir entendre et les qualités d'empathie des différents intervenants sont mises à l'épreuve. Les attentes en termes de soins sont souvent superposables aux soins primaires "classiques". Le centre semble pouvoir répondre à un besoin de technicité immédiate mais laisse peu de place à la création d'une relation médecin-malade, à une bonne continuité voire qualité des soins. En ce sens, et si ces centres sont amenés à perdurer dans le temps, améliorer le parcours de soins et la communication entre intervenants semble nécessaire notamment via les communautés professionnelles territoriales de santé et le partage d'information.

MOTS-CLES

centre de soin non programmé, soins non programmé, étude qualitative, vécu