

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement par

Laura OZOUF

Émilie PEYRE

Le 10 octobre 2023

Déterminants de la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale de ville par le patient.

Directeur de thèse : Dr Denis PEREZ

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS

Madame le Professeur Motoko DELAHAYE

Monsieur le Docteur Denis PEREZ

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur



Département Médecine, Maieutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARDON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Géniatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Géniatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Géniatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosline	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emanuella (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIÈRE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Géniatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPLUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Paul Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. JRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie clinique
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUIROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yoande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatome et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS

A notre président de jury, Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ,

Merci de nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse.

Nous vous témoignons notre profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à notre sujet et sommes persuadées que vos connaissances seront un atout à l'évaluation de ce travail. Nous vous remercions également pour la bienveillance dont vous faites preuve auprès de tous les internes pendant leur cursus.

A Monsieur le Professeur André STILLMUNKÉS,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Soyez assuré de toute notre estime quant à l'attention que vous portez à ce travail.

A Madame le Professeur Motoko DELAHAYE,

Merci de nous faire l'honneur de juger notre travail.

Nous sommes reconnaissantes de votre implication sans faille au Département Universitaire de Médecine Générale et de votre engagement auprès des internes. Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A notre directeur de thèse, Monsieur le Docteur Denis PEREZ,

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse.

Nous ne te remercierons jamais assez de nous avoir accompagnées au cours de ce long travail. Merci pour tes précieux conseils, ton inestimable expertise, et ton enthousiasme croissant lors de chacune de nos rencontres. Nous espérons que notre thèse pourra apporter sa pierre à l'édifice de ce vaste sujet.

A Monsieur le Docteur Nicolas Lassoutanie,

Merci de nous avoir amené à ce travail.

Ta thèse a permis d'initier notre réflexion. Nous te remercions pour ton accueil chaleureux lors de ta soutenance.

A Cyril et Quentin,

Merci de nous avoir accueillies et d'avoir fait partie de notre entretien test.

Votre appartement a été un lieu stratégique dans la réalisation de ce travail.

Remerciements personnels de Laura Ozouf :

A Lillie, ma partenaire en or pendant toutes ces années d'étude. Merci d'avoir été aussi conciliante tout au long de ce travail. Notre duo c'est avant tout une précieuse amitié. Merci à tes parents, ta sœur et Thomas qui ont été d'un grand soutien.

A mes parents, mes soutiens de toujours. Merci pour l'amour que vous m'avez donné et les valeurs que vous m'avez transmises, ils m'ont aidé à devenir la femme que je suis. Vous m'avez permis d'avancer dans mon cursus sans jamais me soucier du reste et je vous en suis très reconnaissante.

A vous mes frères, mes inestimables complices. Merci d'être toujours aussi présents dans ma vie, toujours heureux de se retrouver. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec vos valeurs ajoutées, que j'apprécie particulièrement. Qu'on sache préserver ces belles relations.

A Guillaume, l'Amour rêvé. Merci de me soutenir et de toujours veiller à ce que je sois heureuse et épanouie. Merci Catherine, Benoit et Alexis de toujours m'accueillir avec autant de gentillesse et de bienveillance. Quelle chance d'entrer, bientôt, dans une famille comme la vôtre.

A ma Mamé, une force de la nature. Merci de m'avoir transmis cette fibre médicale au milieu de tous ces ingénieurs. J'aurais aimé te voir à l'œuvre dans ton métier d'infirmière à ton époque, quel courage.

A mon Papé, ma Mamie et mon Papi, ces belles étoiles. Merci pour l'exemple que vous m'avez donné, j'espère vous rendre fiers. Papé, l'enthousiasme avec lequel tu suivais chacune de nos activités est toujours un réel moteur. Mamie, je souhaite commencer mes journées avec ton état d'esprit et de gentillesse. Papi, j'espère pouvoir vivre et transmettre ce que tu nous as laissé : « *Notre plaisir c'est de vous regarder mûrir solidement attachés aux branches de l'arbre familial. Pour le moment, les fruits sont beaux et prometteurs. Vous avez su capter le soleil et l'oxygène ambiant en évitant la pollution [...]. Dieu fasse que cela continue* ».

A mes tantes, oncles, cousins et cousines. Merci de m'avoir toujours motivée à travailler, notamment lors des fêtes de famille. Merci Pauline pour ces moments d'intimité où on a pu parler de nos projets personnels et professionnels.

A Fafa, ma sœur de cœur. Merci pour ta présence dans toutes les étapes de ma vie, et pour ta bonne humeur qui a donné de la couleur à nos deux premières années de cursus. Merci aussi à tes parents qui m'encouragent depuis le plus jeune âge.

A Florie, mon infirmière préférée. Merci à toi et tes parents pour votre soutien indéfectible depuis que nos chemins se sont croisés.

A Emilie, Lou et Gaëlle, mes amies de toujours. **A Anthony, Céléjeunes, et toute l'équipe de rugby**, mes réconforts limougeauds hebdomadaires. **A Justine, Romane, Anais et Clémence**, mes merveilleuses coloc. **A Clémence, Diane, Arselane et Bertrand**, mes co-internes en or. Merci pour ces moments passés ensemble.

A François Philippe et tous les professionnels de santé rencontrés. Merci pour votre aide dans l'apprentissage de mon futur métier.

A Erika et Patrick. Merci pour votre soutien sans faille, dans la vie et dans ce travail.

Merci à tous ceux qui nous ont aidé pour ce travail, votre soutien a vraiment été primordial.

Merci à tous ceux qui ont fait partis, de près ou de loin, de ces belles années de vie.

Remerciements personnels d'Émilie Peyre :

A Laura, ma meilleure alliée et irremplaçable co-thésarde, sans qui tout ce travail n'aurait été possible. En dehors de tout le travail fourni, tu es l'amie que tout le monde souhaiterait avoir !

A Thomas, celui qui me supporte depuis le début de mon parcours et même bien avant. Merci d'avoir été présent dans les bons comme dans les mauvais moments, il nous en reste encore tant de merveilleux à vivre !

A mes parents, qui m'ont soutenu sans faille pendant ces longues années, pour l'amour qu'ils ont su me donner et qui me fait avancer chaque jour.

A ma sœur Mathilde, qui me connaît par cœur et a su, parfois, endosser le rôle de grande sœur plutôt que de petite. Merci pour la complicité unique que nous partageons.

A Anaïs, ma doudou, qui m'accompagne dans toutes les étapes de ma vie et sur qui je pourrais toujours compter.

A mes grands-parents, oncles, tantes, cousins et cousines qui me sont chers et ont constamment pris soin de moi avec bienveillance.

A ma belle-famille, pour sa gentillesse, elle qui m'a accueillie à bras ouverts.

A Coralie, mon amie de lycée, avec qui je partage des souvenirs mémorables et compte bien en vivre de nouveaux.

Aux Baroussais, mes amis d'enfance, qui n'ont jamais cessé d'être présents.

A Marie, Ségolène, Charlotte, Justine et Chanel, mes amies d'externat, pour les précieux instants passés ensemble.

A Julie, Laure, Jules, Eva, Henri, Lucas et Lisa, mes co-internes de Tarbes, j'ai passé mon meilleur semestre d'internat avec vous.

A tous mes maîtres de stage pour leur générosité et l'accueil chaleureux dont ils ont fait preuve.

Ainsi qu'à tous ceux que j'ai pu croiser sur ce long chemin d'étude et qui ont rendu mon parcours si singulier.

Serment d'Hippocrate

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Table des figures	3
Table des tableaux.....	3
Table des annexes	3
Liste des abréviations	4
INTRODUCTION	5
MÉTHODE.....	8
I. Le type d'étude.....	8
A. Une étude qualitative	8
B. Choix de l'approche	8
C. Déroulement général de l'étude	8
II. La population étudiée	9
A. Critères de sélection	9
B. Échantillonnage.....	9
C. Modalités de recrutement	10
III. Le recueil des données	10
A. Conditions de recueil.....	10
B. Guide d'entretien et évolutions.....	10
C. Retranscription.....	11
IV. L'analyse des données.....	12
V. Le cadre légal	13
A. Consentement.....	13
B. Éthique	13
VI. Réflexivité.....	13
RÉSULTATS.....	14
I. Les caractéristiques des participants et le déroulement des entretiens	14
II. Des facteurs intrinsèques	17
A. La personnalité	17
B. La vulnérabilité	21
C. Les connaissances.....	23

D. Les ressentis.....	27
E. L'échec des stratégies mises en place.....	30
III. Des facteurs extrinsèques	32
A. Les influences familiales	32
B. Les influences sociétales	33
C. Les influences professionnelles	34
D. Les influences des professionnels de santé	34
IV. Des facteurs liés à l'organisation des soins.....	35
A. La connaissance du parcours de soin	35
B. L'accessibilité aux soins	39
DISCUSSION	42
I. Les limites et forces de notre étude.....	42
A. Les biais et limites.....	42
B. Les forces	44
II. Le modèle explicatif.....	45
A. L'inquiétude du patient, principal moteur de la demande de soins non programmés	47
B. Le patient responsable	49
C. La notion de temporalité mal comprise.....	51
D. Le médecin généraliste, premier recours aux soins	52
E. Les perspectives	54
CONCLUSION	57
BIBLIOGRAPHIE	58
ANNEXES	64

Table des figures

Figure 1 : Chronologie de l'étude

Figure 2 : Diagramme de flux

Figure 3 : Processus entraînant la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale ambulatoire

Table des tableaux

Tableau 1 : Talon sociologique des patients interrogés

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien initiale (version 1 - 07/04/22)

Annexe 2 : Grille d'entretien modifiée après entretien test (version 2 - 11/07/22)

Annexe 3 : Grille d'entretien modifiée après premier entretien (version 3 - 26/08/22)

Annexe 4 : Grille d'entretien modifiée après deuxième entretien (version 4 - 03/10/22)

Annexe 5 : Grille d'entretien modifiée après cinq autres entretiens (version 5 - 12/03/23)

Annexe 6 : Lettre d'information envoyée par mail aux participants avant l'entretien

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement signé par le participant

Annexe 8 : Extrait du tableau d'analyse des données

Annexe 9 : Attestation du délégué à la protection des données pour Laura OZOUF

Annexe 10 : Attestation du délégué à la protection des données pour Émilie PEYRE

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPTS : Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

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

MG : Médecin Généraliste

MMG : Maison Médicale de Garde

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MT : Médecin Traitant

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

PRS : Projet Régional Santé

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SNP : Soins Non Programmés

SP : Soins Programmés

INTRODUCTION

Une « *mission flash* » sur les urgences et les Soins Non Programmés (SNP) a été réalisée en juillet 2022, afin de répondre aux besoins de santé des Français devant une situation de tension majeure des Services d'Accueil des Urgences (SAU).

Selon la dernière enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2013 il est estimé que 43% des consultations au SAU relèvent d'une prise en charge ambulatoire (1). Aussi, les médecins généralistes participent au désengorgement des SAU en prenant en charge une partie des recours urgents.

Le "recours urgent" détient plusieurs sens. Du point de vue du médecin, le recours urgent s'apparente à la notion d'urgence vitale, évaluée par la Classification Clinique des Malades des Urgences (CCMU) (2). Du point de vue du patient, il correspond à « *une situation vécue [...] comme nécessitant une intervention médicale immédiate* » (3). En médecine générale les recours urgents sont reçus en SNP. Ces soins sont caractérisés par le député T. Mesnier comme une « *demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie, relevant prioritairement de la médecine de ville* » (1).

Depuis une vingtaine d'années, la France est confrontée à une hausse de la fréquentation des SAU de 3,5 % par an. Même si celle-ci a diminué lors de la crise COVID en 2020, elle a tendance à augmenter de nouveau (4). De plus, dans son nouveau Projet Régional de Santé (PRS) datant de 2022, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie confirme que « *la demande de SNP urgents et non urgents augmente* ». Elle stipule qu'il est nécessaire d'opter pour un « *virage ambulatoire* », inscrit dans la loi de santé, qui « *représente le passage d'un système centré sur l'hôpital à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires, à la fois les pivots et les coordinateurs des parcours des soins* » (5).

Les SNP représentent déjà une part importante de l'activité actuelle des médecins généralistes (6) et il apparaît une problématique plus globale d'accès aux soins. La demande de consultations en SNP explose tandis que l'offre de soins ambulatoires se raréfie et les établissements de santé présentent une difficulté majeure de recrutement des professionnels. Effectivement, la densité de médecins généralistes en activité est passée de 30.4 à 28.7 médecins pour 10 000 habitants entre 2010 et 2021 (4). Malgré

cela, en 2019 « 96 % d'entre eux déclarent avoir une organisation permettant de répondre aux demandes de SNP » (7).

L'évolution de l'attitude des patients face à leur santé participe à cette demande importante de SNP. Les patients sont plus informés, plus avertis et surtout plus enclins à éviter tout ce qui peut représenter un risque pour leur santé. Cette disposition d'esprit engendre naturellement une demande de soins ou parfois seulement de conseils.

Plusieurs actions ont été mises en place pour réduire l'écart entre l'offre et la demande de consultation, comme la suppression du *numerus clausus*, la création de la pratique avancée pour les auxiliaires médicaux, le droit de renouveler une licence sportive par auto-questionnaire ou encore la création d'un téléservice délivrant les arrêts de travail lors de la crise COVID. Nous pouvons également citer dernièrement la mise en application de mesures temporaires administratives, organisationnelles ou financières à la suite de la « *mission flash* » de juillet 2022 (8).

Au vu de l'investissement que les SNP demandent aux médecins généralistes, il est important d'étudier les modalités de ces consultations. Les motifs de consultation en SNP sont définis, dans un rapport de la DREES (9), par les symptômes du patient tels que (par ordre de fréquence) : la douleur, la gêne, l'angoisse, la fièvre et l'alitement. Cependant les attentes du patient sont le soulagement d'une douleur, la nécessité d'un document ou encore la demande d'examen.

Tandis qu'une majorité de la patientèle d'un cabinet de médecine de ville est âgée de plus de 45 ans, la DREES identifie que la majorité de la population consultant en SNP a entre 25 et 44 ans (10). Cette demande de SNP atteint des pics, en semaine, entre 10 et 11 heures et entre 19 et 20 heures (10), donc durant les horaires d'ouverture habituels des cabinets libéraux.

Dans son travail de 2021, N. LASSOUTANIE (11) démontre une différence significative entre le degré d'urgence ressenti par le patient et celui objectivé par le médecin généraliste. Il suppose qu'elle résulte de l'impact des symptômes sur la qualité de vie du patient plutôt que d'une réelle inquiétude. Le pourcentage des consultations estimées "nécessaires sans délai" était de 41.1 % selon les patients contre 20.5 % selon les médecins. Ces résultats sont également confortés par la littérature qui retrouve que moins de la moitié des recours urgents est orientée vers d'autres types de soins et que seulement 5% débouchent sur une hospitalisation (10).

INTRODUCTION

En tenant compte du contexte actuel, plusieurs travaux de recherche ont été menés pour étudier l'organisation ainsi que les profils de consultation en SNP. Bien que la DREES conclut que les motivations des patients à consulter en SNP ont des origines plurifactorielles propres à chacun, peu d'études s'interrogent sur les motivations réelles du patient lui-même.

Nous nous sommes posé la question suivante : Quels sont les déterminants de la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale de ville par le patient ?

MÉTHODE

I. Le type d'étude

A. Une étude qualitative

L'objectif de ce travail est de comprendre les déterminants qui incitent les patients d'Occitanie à demander une consultation rapide chez un médecin généraliste. Il nous paraît essentiel de définir le ressenti du patient dans une situation qu'il qualifie comme urgente.

Le choix d'une étude qualitative a été privilégié pour explorer le vécu et le ressenti des patients afin de définir les raisons de leur choix de consulter en SNP.

B. Choix de l'approche

L'approche utilisée est inspirée de la méthode par théorisation ancrée. L'objectif de l'étude est de développer une théorie à propos des processus réflexifs et sociétaux des patients d'Occitanie consultant en SNP afin de dégager de cette étude des pistes d'éducation à la santé pour la population.

C. Déroulement général de l'étude

L'étude s'est déroulée de novembre 2021 à septembre 2023. La chronologie complète est représentée dans la figure 1.

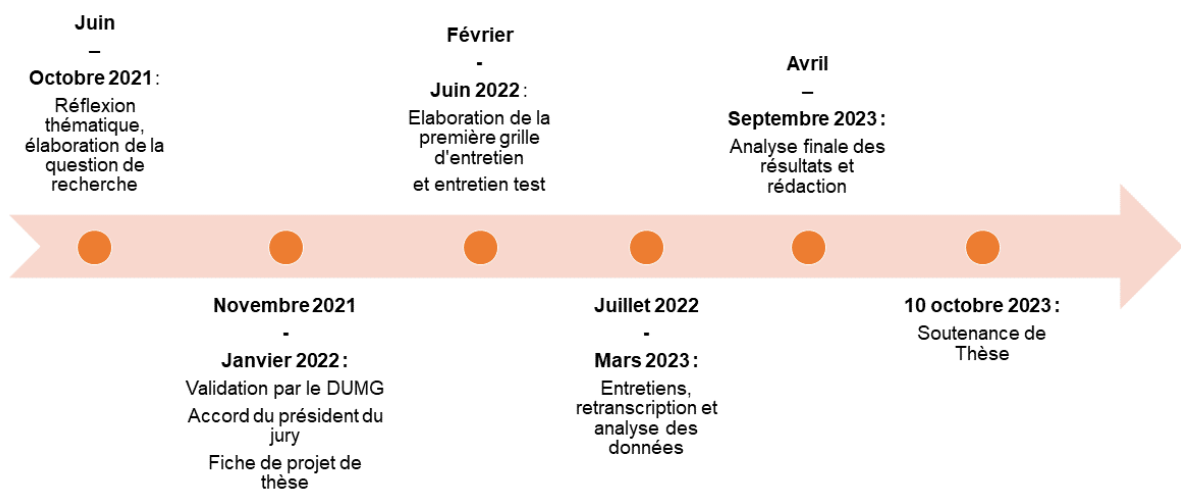


Figure 1 : Chronologie de l'étude.

II. La population étudiée

A. Critères de sélection

La population étudiée correspond à des patients d'Occitanie consultant en SNP chez un médecin généraliste.

Les critères d'inclusion de la population cible sont les suivants :

- patient majeur,
- patient qui consulte en Occitanie,
- patient qui consulte sur un créneau de SNP, c'est-à-dire avec une consultation "d'urgence" ou "du jour pour le jour" après régulation téléphonique par le secrétariat ou le médecin lui-même, ou se présentant spontanément au cabinet et reçu sans délai,
- patient qui consulte chez un médecin généraliste qui n'est pas obligatoirement son médecin traitant.

Les critères d'exclusion sont les suivants :

- patients avec une consultation programmée depuis plus de 48 heures à l'avance,
- patients qui consulte sur les horaires de Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA),
- patients qui se rétracte de l'étude.

B. Échantillonnage

Un échantillonnage théorique a été réalisé afin d'apporter un certain éclairage sur ce phénomène tout en reflétant la diversité des expériences.

L'analyse du premier entretien a permis de confirmer ou d'infirmer les hypothèses initiales voire de faire émerger des hypothèses intermédiaires. Il en découlait le choix du profil du patient suivant et ainsi de suite. C'est une démarche d'échantillonnage inductive. La taille de l'échantillon n'a pas été fixée à l'avance car elle dépendait de la saturation des données. Plusieurs paramètres sont entrés en compte comme le sexe, l'âge, le cadre de vie (rural, semi-rural, urbain), le fait d'être parent, la mono ou pluri-parentalité et les catégories socio-professionnelles. Ces caractéristiques ont été recueillies en début d'entretien.

C. Modalités de recrutement

La patientèle recrutée dans un premier temps était celle du directeur de thèse. Ensuite, des patientèles d'autres secteurs ont été choisies par appel téléphonique ou demande directe aux différents cabinets et maisons de santé d'Occitanie afin d'arriver à la saturation des données.

Les patients ainsi sélectionnés ont été contactés et informés par téléphone de manière très succincte et évasive sur le sujet, afin qu'ils ne se renseignent pas à l'avance. Il ne leur a pas été dévoilé que les chercheuses étaient des internes en médecine pour leur permettre de se sentir plus libres dans leurs réponses. Ils ont ensuite été contactés par mail dans le but de confirmer la date, l'heure et le lieu du rendez-vous. La lettre d'information (annexe 6) était jointe à ce mail.

III. Le recueil des données

A. Conditions de recueil

Le recueil des données a été réalisé par une technique d'entretiens individuels semi-dirigés. Cette technique a été préférée à des groupes de discussion car le sujet est délicat voire intime. En effet, les comportements peuvent être peu rationnels ou en rapport avec le vécu plus ou moins difficile des participants. Cette technique permet une écoute active à travers des questions ouvertes aboutissant à une véritable conversation.

Le choix du lieu de l'entretien a été laissé à la convenance des participants interrogés afin qu'ils se sentent plus à l'aise et que le lieu soit propice au dialogue. Les entretiens se sont tous déroulés en présentiel et ont été enregistrés par un dictaphone avec l'accord du participant.

B. Guide d'entretien et évolutions

Le premier guide d'entretien (annexe 1) a été expérimenté lors de l'entretien test afin d'évaluer sa pertinence et d'apporter des correctifs. Ce guide était composé de 9 questions ouvertes accompagnées d'éventuelles questions de relance à poser si le

déroulement de l'entretien le nécessitait. Il comportait 3 grandes parties contribuant à expliquer les motivations à consulter en SNP :

- la première partie concernait la perception de la médecine générale par le participant,
- la deuxième partie traitait les motifs de consultation en SNP,
- et enfin la troisième partie visait à connaître l'implication du participant dans la gestion de sa santé afin notamment de trouver des pistes d'éducation à la santé.

Le candidat sélectionné pour l'entretien test était une connaissance de l'une des deux chercheuses. Il a permis de modifier le guide d'entretien pour créer une deuxième version (annexe 2) avec :

- la création d'une question « brise-glace » afin d'installer un climat de confiance incitant le participant à se plonger dans le sujet,
- l'adaptation de la première question « *Selon vous quel est le rôle du médecin généraliste ?* » qui induisait des réponses axées sur le rôle du médecin généraliste pendant toute la durée de l'entretien. Changer cette question a permis de mieux orienter la discussion sur le ressenti et les réelles motivations du participant à consulter en SNP,
- la simplification du guide d'entretien en 5 grandes questions classées par technique "d'entonnoir" et pour lesquelles ont été rédigées plusieurs questions de relance. De cette manière, le patient guidait son propre entretien ce qui permettait ainsi une plus grande richesse des données obtenues.

Ce nouveau guide a été utilisé pour le premier entretien et a ensuite été modifié et enrichi au fur et à mesure des entretiens suivants. Le guide d'entretien initial ainsi que ses évolutions au cours de l'étude sont présentés en annexe 1 à 5.

C. Retranscription

La retranscription des entretiens a été faite par les chercheuses sur Microsoft Word® dans les jours suivant leur réalisation. Les enregistrements ont été retranscrits dans leur intégralité en tenant compte des silences. L'écriture italique entre crochets a également été utilisée pour décrire les émotions perçues et les attitudes non-verbales remarquées (exemple : [*souffle*]).

Les entretiens ont été anonymisés en utilisant la lettre “P” suivie du numéro attribué au participant. Les interventions des chercheuses ont été retranscrites en utilisant les lettres “E” pour Emilie et “L” pour Laura.

L'ensemble des entretiens est compilé dans le livret joint à ce travail.

IV. L'analyse des données

L'analyse a été triple : ouverte, axiale et intégrative, selon une technique de réduction et d'intégration par itération (12). C'est un processus d'analyse inductive.

L'analyse a d'abord été globale et ouverte, sans à priori. Elle a été réalisée rapidement après chaque entretien et notée sur un carnet avec description du contexte de l'entretien, des éléments d'observation, des attitudes non verbales, du ressenti des chercheuses, ainsi que des idées déjà évoquées et des idées nouvelles.

L'analyse a ensuite été axiale sur le mode d'analyse thématique. Les données de terrain obtenues ont été découpées en verbatims, associés à des “unités de sens” appelées “propriétés”. Cet étiquetage a été effectué par chaque chercheuse de manière indépendante. Les propriétés ont ensuite été mises en commun dans un tableur Microsoft Excel®, afin de réaliser une triangulation des données et de les regrouper en catégories. S'il y avait un désaccord entre les deux chercheuses sur l'analyse, le directeur de thèse aidait à trancher. Une comparaison constante des catégories permettait de les articuler les unes avec les autres et de caractériser ces liens afin d'obtenir des axes porteurs de sens appelés “thèmes”.

Enfin, l'analyse intégrative était réalisée en moyenne tous les 3 entretiens. Elle avait pour but de faire émerger un modèle théorique explicatif en intégrant l'ensemble des thèmes caractérisant le phénomène étudié. Ce modèle a été produit sous forme de diagramme et a permis d'appréhender les processus sociétaux afin d'imaginer des mesures d'éducation à la santé.

L'étude s'est terminée une fois que les entretiens n'apportaient aucune nouvelle propriété. Dix entretiens ont été nécessaires et le dernier entretien s'est réalisé le 13 mars 2023.

V. Le cadre légal

A. Consentement

La participation à l'étude était basée sur le volontariat et n'était pas rémunérée. Après accord téléphonique, les participants recevaient par mail une lettre d'information leur expliquant le principe d'une thèse qualitative et d'un entretien semi-dirigé (annexe 6). Cette lettre leur permettait de prendre un temps de réflexion pour se rétracter. De plus, avant de débiter l'entretien, il leur était demandé de signer un formulaire de consentement qui garantissait leur anonymat (annexe 7).

B. Éthique

Notre sujet d'étude est conforme au protocole MR004 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Les deux chercheuses affirment ne pas avoir de conflit d'intérêt en lien avec le sujet traité.

VI. Réflexivité

Un travail réflexif a été initié par les chercheuses au début de l'étude et tout au long de leur travail de recherche. Cette réflexion a été effectuée autour des raisons personnelles de cette recherche, des idées reçues et des résultats attendus. Un carnet de bord était tenu par chacune d'entre elles permettant de rédiger leur mémoire de thèse.

RÉSULTATS

I. Les caractéristiques des participants et le déroulement des entretiens

Nous avons effectué 10 entretiens entre juillet 2022 et mars 2023. 8 participants ont été interrogés de façon individuelle et 2 en couple, le conjoint ayant aussi été considéré comme un participant à part entière.

Les entretiens ont duré de 23 minutes à 1 heure et 12 minutes avec une durée moyenne de 44 minutes.

Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel. Nous avons laissé le choix au patient du lieu de l'entretien. Nous nous sommes déplacées : au domicile de 8 patients, au cabinet du médecin généraliste consulté pour 3 patients, et dans un café proche du domicile d'un patient. Nous avons pu mener en binôme tous les entretiens à l'exception de 2, l'autre chercheuse étant limitée par des contraintes géographiques. Cela a permis, en association avec l'enregistrement par dictaphone, de limiter la prise de note et de conserver une qualité d'écoute.

Au bout de 9 entretiens nous sommes arrivées à saturation des données empiriques, aucun nouveau thème ou catégorie ne ressortait. Le diagramme de flux est proposé en figure 2.

RÉSULTATS



Figure 2 : Diagramme de flux.

Les caractéristiques des participants sont reprises dans le tableau 1.

La moyenne d'âge est de 56 ans, la médiane est de 57.5 ans. Le patient le plus jeune a 34 ans et le plus âgé a 83 ans.

Au cours de ces 10 entretiens, plusieurs facteurs regroupés en 3 grands thèmes ont été dégagés. Des facteurs intrinsèques au patient, des facteurs extrinsèques et des facteurs liés à l'organisation des soins.

RÉSULTATS

Tableau 1 : Talon sociologique des patients interrogés.

Patient (Entretien)	Sexe et Âge	Profession	Nombre d'enfant(s)	Situation conjugale	Lieu de consultation et département de résidence
P1 (E1)	F 39	Reconversion en comptabilité	1 (3 ans)	Séparée	Semi rural 12
P2 (E2)	F 40	Manipulatrice en radiologie	2 (20 mois, 11 ans)	En couple	Semi rural 12
P3 (E3)	F 75	Retraitée (agent administratif)	2 (33, 53 ans)	Mariée avec P4	Rural 65
P4 (E3)	H 78	Retraité (agent d'entretien)	2 (33, 53 ans)	Marié avec P3	Rural 65
P5 (E4)	F 65	Retraitée (fonctionnaire)	2 (40, 42 ans)	Veuve	Semi rural 65
P6 (E5)	F 35	Chargée de clientèle	2 (4, 8 ans)	En couple	Urbain 81
P7 (E6)	H 64	Retraité (militaire dans l'armée de terre)	1 (40 ans)	Célibataire	Urbain 81
P8 (E7)	F 37	Chômage (assistante administrative)	0	Célibataire	Rural 65
P9 (E8)	H 83	Retraité (fonctionnaire au service des eaux)	2 (47, 48 ans)	Marié avec P10	Rural 65
P10 (E8)	F 71	Retraitée (fonctionnaire, technicienne de surface)	2 (47, 48 ans)	Mariée avec P9	Rural 65
P11 (E9)	H 34	Employé communal (ancien soigneur animalier)	2 (9 mois, 3 ans)	Marié	Rural 65
P12 (E10)	H 51	Directeur d'une banque	2 (9, 13 ans)	Marié	Rural 65

II. Des facteurs intrinsèques

A. La personnalité

1. Anxieuse

Tous les participants s'accordent sur le fait que le caractère joue un rôle prépondérant dans la demande de SNP.

Le caractère anxieux est celui qui est responsable de la majorité des demandes de consultation en SNP. Les patients indiquent qu'ils n'ont pas d'autre choix que de consulter.

« *On n'avait pas le choix, entre le moment où j'ai pris le rendez-vous et le moment où on y est allé ben elle vomissait sans cesse, je l'avais jamais vu vomir autant.* » (E1, l.160-161)

« *Donc les consultations d'urgence des fois font qu'il faut, parce qu'on n'a pas d'autres solutions.* » (E6, l.108-109)

L'anxiété se caractérise par une inquiétude disproportionnée par rapport à la réalité des menaces. Nos entretiens mettent en évidence 2 situations dans lesquelles les patients se sentent plus anxieux.

Les participants indiquent que le contexte général actuel (covid, guerre en Ukraine, etc.) entraîne une pression sociale qu'ils décrivent comme difficile à gérer.

« *Après c'est pas évident, on vit dans un monde, une époque compliquée et on flippe vite pour tout, pour rien.* » (E2, l.484-485)

« *Je ne sais pas ! Je crois que les gens sont... inquiets maintenant.* » (E3, l.662)

Le simple fait d'être parent est aussi une source d'anxiété pour certains. La parentalité engendre souvent une perte d'objectivité devant la symptomatologie de leurs enfants.

« *Ah bé en tant que maman je suis zéro. [...] Quand vous êtes maman forcément c'est la catastrophe [...]* » (E2, l.414-420)

« *Je pense qu'au niveau des enfants, je pense que les mamans, les parents, fin je pense que tout le monde réagirait pareil [...]* » (E5, l.260-261)

RÉSULTATS

L'anxiété engendre un manque de discernement. Les patients perdent leurs repères et beaucoup évoquent la nécessité d'obtenir un avis objectif sur la situation. Le degré de subjectivité reste nuancé, certains se disent plus objectifs avec leur propre santé qu'avec celle de leur entourage et vice versa.

« *Par rapport au fait d'être devenu père, la paternité de manière générale. Je suis très inquiet sur ma santé depuis la naissance de mon fils, avant j'aurais patienté pendant 3 semaines.* » (E9, l.63-65)

« *[...] elle elle irait jamais consulter le médecin sinon.* » (E8, l.87)

Les participants nous rapportent une peur de la maladie et de la mort. Ils sont effrayés à l'idée de déclencher une maladie chronique et de devoir la gérer sur le plan physique, moral et organisationnel, au point de craindre davantage la maladie que la mort.

« *On l'a partagé cette maladie, je l'ai partagée avec lui [...], on ne peut pas dire "On oublie tout" [...]. Donc moi la maladie, si on peut l'éviter ...* » (E4, l.288-297)

« *Oui avant il y avait moins d'examen et tout ça... Les gens mouraient ! Voilà ! Les gens mouraient ! Mais enfin là il y en a quand même [des cancers] !* » (E3, l.673-674)

La perte de moyen éprouvée par le patient majore l'idée que la situation doit être prise en charge en urgence. Cela entraîne l'exigence d'avoir une consultation rapide.

« *Il suffit qu'avant d'aller à la consultation je sente la moindre petite grosseur ou le moindre petit truc, oui c'est panique à bord et je vais demander une consultation avant celle que j'avais.* » (E1, l.297-299)

La réponse attendue face à cette demande de réassurance varie selon les participants. Certains seront rassurés par le fait de consulter une personne compétente et d'être examinés.

« *[...] c'était nécessaire parce que j'étais quand même inquiète quant à mon état donc il fallait quand même cette réassurance quoi, de la part d'un professionnel de santé.* » (E7, l.39-40)

« *[...] elle me dit "T'as rien aux poumons", bon déjà, de consulter ça rassure [...]* » (E4, l.127)

D'autres auront besoin d'une prescription d'examens complémentaires.

« [...] parce que j'ai souvent des angines, c'est vrai que c'est peut-être plus rassurant d'avoir cet élément-là [streptatest] pour être sûr de son ... [sous-entendu "diagnostic"] » (E5, l.127-128)

« Je serais toujours autant inquiet parce que je sais que le sang dans les selles parfois ce n'est pas détecté soi-même, s'il y a pas de copro de prescrite il peut y avoir du sang dans les selles et on les voit pas ... » (E9, l.199-201)

2. Prévoyante

Le fait d'être prévoyant est aussi un caractère qui augmente le nombre des consultations par anticipation. Ces patients craignent d'atteindre un seuil de gravité. Pour éviter l'aggravation potentielle d'une pathologie, ils cherchent à connaître rapidement le bon diagnostic et la conduite à tenir.

« Ben c'est toujours la peur que ça s'aggrave [...] » (E1, l.123)

« Ben toujours pareil, il faudrait pas qu'il y ai une pathologie associée et que moi je vois pas, un mal de gorge, une angine, enfin voilà quoi. » (E2, l.143-144)

D'autres, préviennent la fermeture des cabinets médicaux, par exemple en veille de week-end ou de jour férié.

« [...] après y'avait les ponts, y'avait des trucs, c'est pour ça [...] » (E4, l.114-115)

« Oui oui non là il fallait qu'il voit ! Après il y avait le week-end, ce n'est pas la peine de... » (E3, l.652)

3. Impatiente

Lors des entretiens, certains participants se distinguent par leur demande impérieuse de consulter sans pour autant faire preuve d'anxiété. Ils désirent, voire exigent une expertise médicale rapide.

« [...] alors je voulais pas forcément un rendez-vous dans la journée absolument mais le plus rapidement possible [...] » (E2, l.2-4)

« [...] si je suis vraiment malade, oui je vais insister, comme j'ai fait là [...] » (E4, l.240-241)

Parfois, pour accéder à cette demande de consultation rapide, les patients préfèrent se déplacer au cabinet directement pour être sûr d'obtenir un rendez-vous, peu importe l'attente sur place.

« [...] vous allez directement au cabinet et vous faites le pied de grue, vous attendez. » (E6, l.148-149)

En plus de cette demande expresse de consultation, les participants éprouvent également la nécessité de constater une amélioration nette et rapide du symptôme, voire une guérison, sans avoir à consulter de nouveau.

« On sortait du docteur [...] là ça à l'air de s'atténuer, sinon... [...] sinon il faut repartir qu'il ait l'antibiotique quoi ! Sinon ça dégénère ! » (E3, l.451-455)

« Je voulais être traitée rapidement, voilà. » (E5, l.84)

Certains participants reconnaissent même venir chercher une ordonnance de médicament sans avoir mis en œuvre d'automédication efficace.

« J'avais dans ma pharmacie un imodium [...] donc j'en avais pris un mais du coup je l'avais rejeté [...]. Donc non je ne m'étais pas présenté à la pharmacie non plus. Non j'avais rien pris... » (E7, l.54-56)

« Euh... Oui en fait je l'ai pris vraiment une heure avant le rendez-vous donc je ne sais pas si ça a eu le temps de faire effet mais voilà. » (E10, l.29-30)

4. Méfiante

Lorsque nous demandons aux patients vers quels professionnels ils pourraient se tourner en SNP, ils répondent quasi-unanimement que consulter le médecin généraliste était la seule solution. Certains d'entre eux indiquent même ne pas avoir confiance aux autres professionnels de santé.

« Mais là c'est vrai que j'étais tellement dans un état que... je me sentais vraiment d'aller voir un médecin d'abord. » (E7, l.60-62)

« Pour moi la santé c'est un médecin, un spécialiste, voilà c'est pas autre chose ! » (E10, l.261-262)

5. Impliquée

Dans une démarche d'implication et pour garder le contrôle sur leur santé, les patients désirent comprendre la situation ou le symptôme. Des patients plus âgés nous font d'ailleurs remarquer qu'ils osent davantage questionner le médecin aujourd'hui qu'il y a plusieurs dizaines d'années. Ils aiment que le médecin soit transparent sur leur pathologie pour pouvoir élaborer la prise en charge conjointement avec lui.

« Ah oui moi ça m'intéresse, moi j'aime comprendre, je veux savoir [...] » (E5, I.115)

« Voilà, moi je déteste ne pas avoir le contrôle. » (E9, I.225)

B. La vulnérabilité

Un autre paramètre important retrouvé lors des entretiens est la vulnérabilité estimée par le patient. Elle peut être due à différents facteurs.

1. Les âges extrêmes

Un enfant est considéré comme plus fragile en raison de son jeune. Un même symptôme ne provoque pas la même demande d'attention et de prise en charge chez un adulte ou un enfant. Les parents expriment des difficultés à comprendre leurs enfants, et jugent, ainsi, la situation toujours grave ce qui rend, pour eux, l'examen clinique obligatoire. Plus un enfant est jeune, plus la demande est importante et exigeante en termes de rapidité. Un enfant malade est une priorité et temporiser n'est généralement pas envisageable pour les parents.

« Moi, il a 20 mois, il commence à peine à parler, savoir s'il a mal à la tête ou s'il a mal à l'oreille je suis pas, fin ... » (E2, I.119-120)

« C'est sûr que les enfants j'estime qu'on a besoin de les soigner rapidement parce qu'ils sont petits [...] » (E5, I.144-145)

Les personnes âgées se sentent plus vulnérables que les sujets jeunes. Elles s'estiment plus souvent malades et plus à risque de développer rapidement une pathologie grave, ce pour quoi elles sont davantage attentives et alarmistes au moindre symptôme.

« *Oui mais bientôt ça ne va pas m'aider parce que ça va au contraire euh... m'handicaper quoi ! [...] Quand on perd des forces, on pense davantage quoi...* » (E3, I.425-426)

2. Les comorbidités

La vulnérabilité due à l'âge avancé est intimement liée aux comorbidités. Les personnes âgées sont souvent polypathologiques, ce qui les rend fragiles. Nous remarquons que cette inquiétude n'est pas propre aux personnes âgées mais que les plus jeunes ayant des comorbidités peuvent aussi l'éprouver, d'où cette distinction. Être porteur d'une affection chronique implique la possibilité qu'elle décompense lors d'un épisode aigu. Elle implique aussi la prise d'un traitement régulier, ce qui diminue les solutions thérapeutiques d'automédication si ce problème devient plus intense.

« *Alors moi j'ai la petite qui est suivie pour un problème cardiaque, donc déjà elle à la base, voilà. Donc déjà on a des consultations obligatoires. Et après j'ai l'impression qu'elle est peut-être un petit peu plus fragile [...]* » (E5, I.166-168)

« *Et la dernière fois c'était pour elle [Montre sa femme]... Mais bon elle est beaucoup malade aussi...* » (E8, I.74-75)

3. L'isolement

L'isolement peut être géographique ou social. Dans cette situation, les patients recherchent l'avis d'une autre personne et son soutien devant un besoin d'attention majoré. Lorsqu'ils sont isolés ou qu'ils n'osent pas déranger leur entourage, ils se tournent plus rapidement vers le médecin.

« *[...] c'est vrai que c'est pas facile, et puis ici y'a pas grand monde pour heu demander conseil [...]* » (E3, I.89-90)

4. La fragilité temporaire

Certaines personnes mettent en avant une sorte de fragilité temporaire. Celle-ci est souvent retrouvée dans les suites du SarsCov2. Cette vulnérabilité est établie après avoir remarqué une succession de maladies entraînant une envie de prendre "quelque chose" pour être moins fragile.

« [...] on a eu notre épisode covid là en février de cette année pour la petite et depuis c'est compliqué. Tout ce qui passe, elle me l'attrape. Pour le coup je consulte davantage. » (E6, l.168-170)

C. Les connaissances

1. Se connaître soi-même

Pour la plupart des patients, la nécessité de consultation s'impose devant un évènement inhabituel pour eux-mêmes. Ils ne connaissent pas la cause réelle de leur demande de consultation mais mettent en avant la connaissance de leur propre corps. Ainsi la consultation devient une nécessité incontestable et il n'y a pas de personne mieux placée qu'eux-mêmes pour estimer le degré d'urgence concernant leur propre santé.

« On se connaît avec le temps, on sait comment notre corps réagit, comment il fonctionne [...] » (E5, l.304)

« On a chacun nos propres curseurs, parce que si on s'est vraiment fait mal, qu'on ne sait pas ce qu'on s'est fait il faut y aller [...] » (E6, l.185-186)

Ce ressenti personnel donne une importance au lien établi entre le patient et son médecin traitant qui le connaît mieux que quiconque. Les participants soulignent l'importance d'une prise en charge adaptée en intégrant ce qui fonctionne habituellement pour eux. Ils évoquent aussi la nécessité que le médecin connaisse leurs habitudes. Effectivement s'ils consultent peu, alors ils estiment que leur demande doit être considérée comme une urgence.

« [...] je préfère voir mon médecin, il me connaît, et il sait que s'il appuie sur les médicaments c'est que... Il connaît mon corps, mon dossier, mes pathologies, il peut le faire. » (E6, l.76-78)

« Par contre moi je m'enrhume, après ça me passe pas, ça me tient en bronchite alors, si j'ai pas [...] les antibiotiques ! Ça ne passe pas hein. » (E3, l.352-355)

2. Demander une expertise médicale

La connaissance comme l'ignorance médicale peuvent conduire les patients à demander un rendez-vous en SNP.

Certains symptômes amènent les plus instruits à consulter rapidement pour 2 raisons : satisfaire une obligation administrative (prescription, examen complémentaire, etc.) ou obtenir un avis d'expert devant un symptôme évoquant un signe de gravité. Souvent l'inexpérience du patient accroît son niveau de vigilance et peut donc augmenter la demande de SNP.

« [...] sur un kyste il faut antibiotiques donc vous pouvez aller voir tous les pharmaciens que vous voulez [Rigole], donc là il faut aller voir encore le généraliste. » (E6, I.206-207)

« Oui alors je me disais "C'est la circulation", j'ai ce truc de circulation parce que sitôt qu'on a un plâtre ou n'importe après il faut des piqûres au ventre tous les jours, à cause de la circulation, c'est ce truc qui me gênait ! » (E3, I.285-288)

L'avis d'expert peut aussi être nécessaire devant un sentiment de dépassement des connaissances.

« Ouais, disons que de mon ancien contexte professionnel, les morsures, les griffures, à ce nouveau contexte professionnel sur tout ce qui est à la station d'épuration etc ... Vu que c'était au tout début de quand j'ai commencé mon nouveau boulot, [...], donc j'avais quand même consulté ! » (E9, I.135-140)

Les patients âgés évoquent que les progrès de la médecine leur permettent de mieux comprendre leur pathologie et d'agir en conséquence. Au contraire, lorsqu'une maladie est peu connue, l'inquiétude induite par la méconnaissance générale les pousse également à consulter.

« C'est-à-dire on vous explique davantage. [...] Tandis que moi je trouve que les docteurs, même les docteurs traitants, c'est plus ouvert à la personne. On se trouve, comment dire... On a changé, on n'est pas dans le doute de ce qu'on a je pense. » (E8, I.143-147)

3. Agir selon ses expériences

Indirectement, nous notons une acquisition du savoir par l'expérience. Une personne ayant déjà vécu une situation est plus à même d'y réagir lorsqu'elle se présente de nouveau. Lors des entretiens, nous mettons en évidence trois catégories d'expériences.

a. Personnelles

Chaque individu possède des antécédents qui lui sont propres et compare souvent les différents traitements et prises en charge mis en œuvre pour se faire un avis sur ce qui est le mieux pour lui. Cette notion de comparaison entre en jeu tant avec les expériences que nous qualifierons comme "bonnes" qu'avec celles que nous qualifierons comme "mauvaises".

Dans notre étude, une bonne expérience est représentée par une situation "non grave" déjà vécue par le patient et lui permettant de réagir différemment lorsque la situation se présente de nouveau.

« [...] il y a des années j'avais été opéré de ce doigt de pied [...] le Dr I m'a donné antalgiques et anti-inflammatoires, donc qui m'ont été bien utiles [...] » (E6, l.28-30)

Une mauvaise expérience se réfère à une situation qui s'est mal déroulée et pour laquelle les participants gardent un mauvais souvenir. Ils retiennent les signes de gravité qui les poussent à consulter rapidement.

« Oh oui, moi oui j'étais bien plus jeune avec une crise d'asthme qui ne passe pas [...], quand je les vois mal respirer je panique plus rapidement. » (E2, l.160-162)

« [...] parce que je sais ce que c'est d'avoir des problèmes, parce que j'ai eu une pneumopathie [...] » (E4, l.127-128)

b. Familiales

Les patients indiquent qu'ils sont influencés par leurs antécédents familiaux héréditaires. Ils restent alors vigilants sur les points d'appel clinique pouvant faire penser à une maladie connue. L'apparition d'un symptôme inhabituel induit alors une

plus grande demande de consultation en SNP. Cette expérience familiale a finalement permis aux patients concernés d'acquérir inconsciemment des connaissances médicales sur des signes d'alerte à surveiller.

« *Bé c'est arrivé pour ma maman, ma grand-mère ou même ma tante qui dit "j'ai une petite grosseur c'est rien" et finalement à chaque fois ça a été un cancer donc euh...* » (E1, I.278-279)

Parfois, c'est le rôle d'aidant principal d'un de ses proches qui influence le patient sur la prise en charge de sa santé ou celle de son entourage. Certains d'entre eux, ne désirent pas vivre eux-mêmes ni faire vivre à leur entourage un accompagnement en fin de vie par exemple.

« *Mais bon elles ont été aussi très très impliquées toutes les 2 [mes filles] [...] c'est quelque chose de douloureux, alors c'est vrai que quand on parle de la maladie, c'est le genre de truc qui me revient ...[...]. Donc moi la maladie, si on peut l'éviter ...* » (E4, I.292-297)

« *Oh oui, je préfère être la victime moi, soit on me soigne, soit on me guérit, soit je meurs, mais c'est comme ça, c'est la vie. Alors que si ça lui arrive à elle, être à côté, oh non hein, moi je préfère que ce soit moi.* » (E8, I.104-106)

c. Professionnelles

L'expérience professionnelle est utilisée comme une source importante de savoir. Certains participants travaillent dans les filières paramédicales (manipulateur en radiologie, secouriste) ou de la santé animale (soigneur animalier) et appliquent leurs connaissances à la gestion de leur santé.

« *Alors c'est le défaut voilà, je suis manip' radio donc je connais trop et pas assez.* » (E2, I.201)

« *On passe le brevet de secouriste maintenant en tant que militaire donc les gens, ils ne sont pas médecin, mais ils ne sont pas tout à fait ignares au niveau des gestes et tout ça, et de l'importance des douleurs.* » (E6, I.200-202)

D. Les ressentis

1. L'inquiétude de la gravité

Chaque personne ressent l'urgence de manière différente et réagit selon son propre jugement de la gravité.

« *On pense toujours au pire [...]* » (E2, l.209)

« *Ouais je me dis que c'est de suite grave ... Je sais pas pourquoi ...* » (E9, l.176)

Les symptômes visibles ou apparents sont ceux qui reviennent le plus souvent. C'est notamment le cas de l'apparition d'une masse qui oriente le plus souvent les patients vers une suspicion de cancer. Nous retrouvons également la constatation de problèmes cutanés et inflammatoires tels qu'une éruption, un hématome ou un œdème.

« *Mais c'est toujours stressant, parce que j'ai eu aussi il y a quelques années le même style de boutons, et j'en avais même sur les bras en fait [...]* » (E2, l.20-22)

« *Non sur ça non, mais il faudrait pas que j'ai une tâche qui apparaisse ou autre parce que là ... [sous-entendu je paniquerais], je me regarde moi-même [cancer de la peau].* » (E9, l.83-84)

Les symptômes respiratoires sont ensuite évoqués. Les participants expriment être angoissés devant une sensation d'étouffement ou de toux qui ne cède pas.

« *Surtout les problèmes respi oui, quand je les vois mal respirer je panique plus rapidement.* » (E2, l.162)

« *Parce que là j'avais passé une nuit au canapé, pas au lit hein. En cas de m'étouffer, je n'arrêtais pas de...* » (E3, l.380-381)

Certains autres participants perçoivent la fièvre comme un signe de gravité d'autant plus chez les enfants.

« *Elle nous avait fait une forte fièvre à 42°C qui avait duré pendant plusieurs jours.* » (E1, l.127)

« *Mais tout ce qui est fièvre, état fébrile, c'est forcément signe [...] d'infection donc... Pour moi il faut consulter.* » (E5, l.192-194)

Pour finir, les symptômes digestifs et particulièrement les vomissements peuvent aussi inquiéter les participants au point de demander une consultation en SNP.

« *Les vomissements ça ça m'a toujours stressé aussi. Ça c'est pareil.* » (E4, l.239)

La durée comme la cinétique d'évolution d'un symptôme préoccupent fréquemment les participants. Nous notons notamment une crainte devant l'absence d'amélioration d'une situation voire devant son aggravation.

« [...] *“Qu'est-ce que je fais là, est-ce que c'est descendu sur les bronches ou est-ce que ça reste sur de la rhino ?”* » (E4, l.125-126)

« *Bé c'est la durée, ça durait longtemps, autant les vomissements que la diarrhée, ça durait super longtemps.* » (E7, l.14-15)

On remarque que les symptômes dont l'évolution impacte la qualité de vie des patients génèrent aussi de la crainte. C'est notamment le cas de ceux induisant une perte d'appétit.

« *Mon petit de 20 mois, on a tous attrapé le COVID par son intermédiaire, et c'est vrai qu'il a mis vachement de temps à manger et ça m'angoissait.* » (E2, l.85-87)

2. L'incertitude

Le sentiment d'incertitude est souvent une cause de consultation. L'inconnu inquiète le patient car il perd le contrôle de la situation. Ainsi cela l'amène à remettre aux mains de l'expert la responsabilité décisionnelle.

« *Non. Je me doutais que c'était ça mais non. Je savais pas ce que c'était, c'était la première fois que j'en faisais, je savais pas, j'avais des doutes mais je savais pas.* » (E2, l.276-277)

Cette notion “d'inconnu” s'applique de façon générale mais aussi et grandement de façon personnelle. L'inconnu “personne-dépendante”, se rapproche donc du caractère inhabituel d'un symptôme chez un patient.

« *Moi j'avais jamais eu ça, je sais même pas ce que c'est, donc voilà.* » (E2, l.57)

« *Je serais très très inquiet s'ils avaient des vomissements. Ils n'ont jamais vomi, la diarrhée ça leur arrive de temps en temps avec la fièvre ou quoi.* » (E9, l.160-161)

De la même manière une pathologie connue mais dont l'évolution est différente conduit le patient à remettre en cause son diagnostic. L'apparition d'un nouveau symptôme va l'amener à consulter de nouveau.

« *Ben la dernière ça a été compliqué parce qu'on est venu 3 fois en fait, parce que les symptômes ont été très différents et donc on est venu 3 fois dans la même semaine.* » (E1, l.39-40)

« *Soit des symptômes qui changent un petit peu de l'ordinaire ou sinon justement une fièvre qui ne passerait pas avec un doliprane, ou quelque chose qui dégénère.* » (E5, l.324-325)

3. L'intolérance

Certains patients évoquent comme motivation à consulter l'intolérance d'un symptôme douloureux ou gênant les activités de la vie quotidienne.

Beaucoup de patients évoquent un dépassement du seuil supportable de leur douleur ou de celle de leur entourage. Nous comprenons ainsi que ce seuil est propre à chacun.

« *Mais c'est le stress de voir souffrir son enfant, bé pour nous on le supporte mais même si ça dure que 2-3 heures pour son enfant c'est compliqué.* » (E1, l.331-332)

« *[...] et puis là j'ai dit "non c'est bon j'en peux plus".* » (E6, l.18)

Parfois les patients se disent épuisés et impuissants. Le symptôme qui les gêne ne les inquiète pas en termes de gravité mais impacte leurs activités de la vie quotidienne, leurs loisirs ou leur travail.

« *Ça m'a fatigué ... Oui parce que pas dormir parce qu'on a mal à la gorge et pas dormir parce qu'on tousse après ! Déjà que j'avais un sommeil léger, alors par-dessus le marché ça ...* » (E4, l.153-157)

« *Dès le matin j'ai téléphoné à l'employeur pour dire que ne viendrais pas parce que je n'avais pas dormi de la nuit [...]* » (E9, l.5-6)

Les symptômes peuvent être encore plus gênants lorsqu'ils entraînent une baisse d'autonomie du patient. Celle-ci peut se traduire par une difficulté pour s'alimenter

pouvant être accompagnée d'une perte de poids, ou une impossibilité à se mobiliser sans aide technique ou humaine.

« [...] j'ai passé 3 jours où je ne marchais pas, je m'aidais avec le bâton. » (E3, l.28-29)

« [...] j'arrivais plus à manger, j'avais perdu pas mal de poids en une semaine [...] » (E7, l.5-6)

E. L'échec des stratégies mises en place

1. Être dans une impasse thérapeutique

L'impasse thérapeutique est aussi un facteur retrouvé de façon prédominante dans les entretiens. Le participant n'arrivant pas à se traiter seul, il consulte le médecin pour avoir un avis d'expert sur une thérapeutique.

« [...] même avec les traitements que j'avais à la maison ça passait pas [...] » (E1, l.13-14)

« C'est dire je toussais, toussais, toussais tout le temps quoi, j'arrivais pas à arrêter cette toux quoi, malgré les inhalations, les frictions, le Vick's et compagnie, j'arrivais pas à ... Pas bien quoi ... » (E3, l.331-333)

La notion d'impasse thérapeutique peut aussi se retrouver malgré une consultation bien menée. Dans ces situations, le patient exige d'obtenir un deuxième rendez-vous dans les plus brefs délais.

« Si ça dépasse 2 jours et que ça s'aggrave oui je vais peut-être redemander. » (E1, l.116)

2. Rechercher un deuxième avis

Parfois, les patients consultent pour obtenir un avis extérieur au leur quand il est difficile de s'évaluer soi-même.

« En fait, j'avais besoin de m'entendre dire que c'était pas contagieux. Je crois que j'avais besoin qu'on me le dise, voilà tout simplement. » (E2, l.57-59)

D'autres fois, les patients cherchent à obtenir de nouveaux avis jusqu'à ce que la réponse aille dans leur sens ou que les avis soient convergents.

« Y avait une interne que j'ai vu d'abord et après y'avait le sénior, donc j'ai vu 2 personnes qui m'ont dit la même chose, ça m'allait parfaitement bien. Oui, je suis ressortie impeccable. » (E2, l.63-64)

Les patients ne voyant pas d'évolution après avoir consulté d'autres professionnels (pharmacien, magnétiseur) sont aussi concernés par cette demande d'avis médical.

« Euh moi ma pharmacie est toujours de très bons conseils [...] des fois on va commencer par ça, au bout de 2-3 jours ça ne passe pas. Bon bé on va aller voir le docteur. » (E5, l.265-274)

3. Avoir besoin de réassurance après des recherches personnelles

Les patients éprouvent le besoin de s'informer sur les symptômes qu'ils présentent. Ils ont donc tendance à faire des recherches, principalement sur internet. Ils indiquent ne pas savoir trier les informations trouvées ce qui rend cette démarche contre-productive et majore leur inquiétude.

« Ouais quand même j'ai besoin de l'avis d'un médecin quoi, d'un pro. Je ne me fie pas à mes recherches internet. » (E7, l.136-137)

« Non, j'évite internet sinon j'ai des cancers toutes les 5 minutes [rires], dernièrement j'ai un cancer du côlon, je vous l'apprends [rires] [...] » (E9, l.112-113)

III. Des facteurs extrinsèques

Les patients consultent aussi en SNP à la suite d'influences extérieures qui peuvent être familiales, sociales ou encore professionnelles.

A. Les influences familiales

Les patients se sentent responsables de leur entourage et désirent donc rester en forme pour s'occuper de leur famille, de leurs enfants ou petits-enfants. La demande de consultation a pour finalité d'arrêter un symptôme ou une inquiétude par rapport à une maladie. Certains patients soulignent également avoir peur de mourir et de laisser leurs enfants orphelins.

« J'avais mon petit garçon à garder hein, alors je faisais gaffe quand même parce que ma fille ne pouvait pas s'arrêter là ! » (E4, l.164-165)

« Ben de mourir je pense, de pas en profiter à fond, j'ai changé de métier à la naissance de mon fils pour pouvoir en profiter et c'est vrai que je me dis que c'est pas le moment de choper une cochonnerie. » (E9, l.67-69)

Les entretiens mettent en évidence que le poids de la santé du foyer est généralement porté par une seule personne. Cette personne se démarque par son caractère impliqué, prévoyant ou anxieux. Cette personne se sent garante de la santé de l'autre plus que de sa propre santé, tandis que l'autre se laisse porter par l'attention du premier.

C'est naturellement le cas des parents pour leurs enfants. Ainsi il est souvent mis en évidence que temporiser pour un enfant qui a des symptômes est synonyme d'abandon. Ne pas consulter entraîne un sentiment de culpabilité qui aboutit à une demande expresse de consultation.

« Je pense que là c'était nécessaire, je ne pouvais pas la laisser, même avec le traitement ça ne marchait pas donc... » (E1, l.161-162)

Dans le couple, l'un prend également plus souvent l'ascendant sur l'autre en termes de demande de soin et de santé.

« [...] et elle m'a dit maintenant il faut aller au docteur. » (E3, l.22)

Enfin, certains disent consulter à la suite d'un conseil d'un membre de leur entourage (famille, amis ou collègues). Quelques fois, ils suggèrent également à un membre de leur entourage d'aller consulter.

« *Elle avait très très mal alors j'ai dit "Quand même D il faut que tu consultes, faut que t'aïlles quand même, là c'est pas possible !"* » (E4, l.91-93)

« *Un moment donné même les secrétaires m'ont dit "mais tu te casses, on préviendra qu'il n'y a plus personne pour dépister et puis c'est tout"* » (E6, l.16-17)

B. Les influences sociétales

Lors des entretiens, certains patients expriment que leur symptôme n'est pas une urgence médicale mais plutôt sociale entraînant un sentiment de rejet. Ils évoquent notamment que les rots sont invalidants par manque de politesse ou qu'une éruption cutanée est une marque de mauvaise hygiène.

« *Mais c'est toujours stressant, parce que j'ai eu aussi il y a quelques années le même style de boutons, et j'en avais même sur les bras en fait, et moi je travaille à l'hôpital, et un jour un patient a refusé que je lui donne le bras pour l'aider et c'est vrai que ça m'avait [agité ses bras pour exprimer sa gêne].* » (E2, l.20-24)

Les patients évoquent l'importance de protéger rapidement l'entourage et plus spécifiquement les plus fragiles d'une potentielle pathologie contagieuse. Cette responsabilité implique la recherche d'une conduite à tenir vis-à-vis d'eux-même, que l'on peut qualifier "d'urgence organisationnelle".

« *[...] c'était le caractère est ce que c'était contagieux ou pas, parce que j'ai eu un petit neveu qui est né dimanche et je gardais sa grande sœur. Il est tout petit, en plus il a quelques soucis [...]* » (E2, l.5-7)

« *[...] parce qu'ils sont en contact avec d'autres enfants donc j'estime qui faut les voir rapidement.* » (E5, l.145-146)

C. Les influences professionnelles

La plupart des patients interrogés priorisent leur travail plutôt que leur santé. Ils se sentent indispensables et ne prennent pas le temps de prévoir une consultation en Soins Programmés (SP).

« J'avais la possibilité d'aller directement à l'hôpital mais j'avais personne pour me remplacer. Quand vous avez 40-50, 100 personnes qui attendent, vous ne pouvez pas partir de votre poste. [...] Et les gens qui attendaient patiemment leur tour, donc on ne peut pas laisser les gens comme ça, on fait une priorité, c'est le boulot [...] » (E6, l.51-62)

Les patients qui travaillent exigent le plus souvent d'obtenir des rendez-vous sur leurs horaires de disponibilité professionnelle.

« Alors on a des contraintes professionnelles nous aussi donc c'est vrai que si on me propose un rendez-vous en plein milieu de la matinée ou en plein milieu de l'après-midi ça va être difficile de s'organiser mais c'est souvent [...] » (E5, l.149-152)

« [...] si j'ai mal je me dis "Allé j'y vais parce que si ça me reprend je vais avoir la contrainte, je serais peut-être pas non plus sur mon lieu de travail je vais être ailleurs, je pourrais pas consulter ça va être la galère", mais sinon voilà [...] » (E10, l.229-231)

Certaines fois, c'est justement le fait de ne pas réussir à assurer leurs tâches professionnelles qui poussent les patients à consulter. Ils désirent rester en forme pour exercer au mieux leur travail et soulager leur conscience professionnelle. Parfois une douleur n'est pas gênante au quotidien, mais peut être favorisée par le travail, par exemple lors de stations debout prolongées.

« J'aurais été seule, en congés, j'aurais pris peut-être mon mal en patience mais là c'est vrai que je ne pouvais pas m'arrêter au travail [...] » (E5, l.81-84)

D. Les influences des professionnels de santé

Certaines fois, c'est le médecin lui-même qui demande au patient de consulter de nouveau si la situation ne s'améliore pas ou qui lui délivre des conseils écrits pour savoir quand reconsulter.

« Voilà, on nous a conseillé de revenir si la température ne baissait pas donc vu qu'elle a pas baissé, on a reconsulté. Et de revenir si y'avait des nouveaux symptômes, et puis les vomissements sont apparus donc une 3ème fois. » (E1, l.49-51)

« Et alors je passe la radio bien sûr en urgence, mais elle [sous-entendu la médecin] voulait savoir le résultat. » (E3, l.29-30)

D'autres fois, le patient est mis en garde par un autre professionnel de santé paramédical comme l'infirmier ou la sage-femme. Certains patients évoquent même consulter sur les conseils d'une personne exerçant en médecine parallèle.

« Non d'habitude je vois la sage-femme mais c'est elle qui m'a conseillé de rappeler le médecin si ça n'allait pas. » (E1, l.185-186)

« [...] bon on est allé là [médecine parallèle], et donc on est parti là le lundi et alors on attendait que ça fasse un peu [sous-entendu que ça fasse effet]. La femme nous a dit "Ouais, j'ai senti quelque chose, peut-être que..." [sous-entendu "c'est peut-être cassé, il faudrait consulter"] » (E3, l.246-248)

IV. Des facteurs liés à l'organisation des soins

A. La connaissance du parcours de soin

L'organisation des soins en France influence grandement les demandes de consultation en SNP. Les patients s'orientent vers la médecine générale en premier recours ou lorsqu'un autre mode de consultation ne leur paraît pas satisfaisant malgré une bonne connaissance du parcours de soin.

1. Consulter le médecin généraliste en premier recours

La plupart des participants connaissent l'existence et l'organisation des SNP en médecine générale. Lorsqu'ils en ressentent le besoin, ils sollicitent les cabinets pour obtenir un rendez-vous sur les créneaux disponibles le jour même.

« Je pense que j'ai appelé au cabinet, [...] vu qu'il y a des créneaux sur lesquels on peut appeler pour les urgences [Fait des guillemets avec les doigts], et du coup après ils calent des rendez-vous je crois en début d'après-midi [...] » (E5, l.56-59)

RÉSULTATS

Les motifs de consultation en SNP en médecine générale sont le plus souvent assimilés à de la “bobologie”, c’est-à-dire à des motifs qui nécessitent une consultation rapide mais sans relever d’une consultation au SAU. La majorité des patients n’ayant pas de pathologies chroniques déclarent consulter seulement en SNP.

« Après j’ai que de la bobologie aussi donc [...] vraiment j’ai vraiment confiance au médecin traitant [...] » (E2, l.293-295)

« Alors, moi c’est souvent comme ça d’ailleurs. Parce que les consultations qui peuvent être programmées ça va être... enfin nous on n’a pas de traitement donc des renouvellements d’ordonnance, il n’y a pas ça. Euh... Qu’est-ce que c’est que... Si on parle vraiment que pour moi ça sera vraiment toujours des consult’ non programmées. » (E5, l.4-7)

De plus, certains indiquent qu’ils consultent en médecine générale lorsqu’ils estiment ne pas avoir besoin d’examens complémentaires urgents.

« Disons que pour moi en fait voilà. Dans mon état d’esprit, les urgences à l’hôpital c’est toutes les urgences qui nécessitent euh... des bilans sanguins, des radios, des scans, des machins. Et c’est vrai que l’urgence chez le médecin, c’est l’urgence qu’il faut un examen médical. Qui a pas besoin de tout le panel. » (E2, l.381-384)

Tous les patients consultent en SNP pour un motif précis et savent que les demandes non urgentes ne sont pas prioritaires.

« C’était y’a deux mois ça [sous-entendu ma consultation de soins programmés], entre-temps y’a eu ça mais on a pas parlé du reste. On a parlé de la raison pour laquelle j’y allais pour me soigner, pour ma toux et après l’autre rendez-vous que j’ai c’est quelque chose qu’elle a programmé il y a 2 mois. » (E4, l.205-208)

« C’est comme là quand on a été pour le pied, elle ne t’a pas regardé le cœur ni rien ! C’était le pied donc elle ne s’est pas souciée d’autre chose, c’était logique ! » (E3, l.470-472)

Nous remarquons qu’un patient qui consulte peu souvent se sent plus légitime d’obtenir une consultation rapide que s’il consultait souvent.

« [...] enfin on n’est jamais malade, enfin c’est vrai que quand j’appelle j’ai besoin de ce rendez-vous [...] » (E2, l.471-472)

2. Eviter les services d'accueil des urgences

Les patients se sentent concernés par la surcharge des services d'accueil des urgences qui limite l'accès aux soins et augmente considérablement le temps d'attente sur place. De ce fait, ils évitent d'encombrer les SAU pour des motifs qui peuvent relever de la médecine générale.

« *Et aller aux urgences, à l'hôpital alors qu'ils sont déjà... comblés. Pour un petit doigt de pied ça fait... bizarre.* » (E6, l.34-35)

« *Les urgences sont débordées [...] je vais pas aller encombrer les gens qui ont vraiment besoin d'urgence !* » (E9, l.238-244)

De plus, certains participants sont marqués par une expérience hospitalière négative et ne veulent pas y être pris en charge de nouveau.

« *Moi j'ai été à l'hôpital plusieurs fois, il y a quelques années mais attention ! Vous allez vous coucher, mais putain je ne tenais pas debout ! "Vous allez faire ça ! Vous allez faire ci".* » (E3, l.611-613)

« *J'aurais pas voulu consulter à l'hôpital pour qu'ils me donnent pas grand chose. Je ne jette pas la pierre à l'hôpital hein.* » (E6, l.78-79)

3. Eviter les permanences des soins ambulatoires

Quasi unanimement les patients ne désirent pas faire appel à la permanence de soins ambulatoires le week-end, la nuit ou les jours fériés. A l'approche d'un week-end, ils consultent en fin de semaine ou le lundi suivant. Pour la même raison, ils demandent une consultation dès le lendemain pour un problème survenu la nuit.

« *Mais c'est vrai que là pour ce cas-là, j'ai pas consulté la nuit quoi, parce que c'est toujours la nuit ... J'ai consulté que le matin.* » (E2, l.138-139)

« *Je suis resté là le dimanche, on a pris un doliprane, ça m'a calmé un peu, je suis resté tranquille mais après le lundi matin on a appelé et on est descendu au cabinet.* » (E8, l.19-20)

Plusieurs participants ne désirent pas consulter dans un cabinet qui ne les connaît pas. Ainsi, les patients préfèrent consulter un médecin qui a accès à leur dossier médical.

« Après il y avait le week-end, ce n'est pas la peine de... [...] Il ne faut pas faire un numéro ? Le 3699 qui vous bascule sur la permanence. Mais on n'arrive jamais à avoir un rendez-vous. Ça vous donne un médecin quelconque. » (E3, l.652-657)

« [...] j'étais suivi par un certain médecin, demain je peux en voir un autre et donc vous avez une base de données qui permet d'avoir un certain suivi, donc je pense que c'est assez important ! » (E10, l.65-67)

4. Être orienté vers un spécialiste

Certaines fois, les patients ont un diagnostic en tête et consultent pour être orientés vers un spécialiste, notamment un chirurgien.

« Donc il m'a confirmé que ce n'était pas une nécrose, qu'il n'y avait pas de fracture, qu'il fallait, en attendant [en attendant la consultation avec le chirurgien] que j'ai un traitement pour tenir le coup. » (E6, l.138-140)

« Ah oui je me suis dit, il va falloir une radio, je vais me faire opérer de la hanche, il va falloir prévoir une opération de la hanche... » (E8, l.35-36)

D'autres fois, les patients désirent avoir une expertise médicale pour se présenter au SAU seulement si cela est nécessaire.

« Une fois arrivées les secrétaires elles m'ont pris la tension mais le médecin ne pouvait pas me voir et j'avais 19/10 donc elle m'a dit d'aller aux urgences, et voilà. » (E8, l.84-85)

« Eh ben il était 7 heures donc j'ai attendu l'ouverture, j'ai appelé direct le cabinet, on m'a pris 1 heure après, et ensuite direction les urgences ! » (E10, l.140-141)

5. Être contraint par une obligation administrative

En règle générale, les patients attendent de la consultation une prescription de traitement. Celle-ci répond à l'exigence de faire cesser rapidement leurs symptômes. Ils sont encore plus demandeurs lorsqu'ils consultent plusieurs fois pour le même motif.

« Non, non mais y'a pas de soucis, mais c'est vrai qu'on est pas beaucoup malade, donc quand on y va en général c'est qu'il y a une ordonnance derrière. » (E2, l.176-177)

« *Un petit bobo ou autre, vous allez à la pharmacie, du doliprane, c'est sans ordonnance, vous pouvez en acheter et il y a d'autres choses quand ça dépasse bé vous êtes impuissants parce que vous n'êtes pas médecin pour faire une ordonnance, donc à ce stade là...* » (E6, l.110-113)

Parfois, les patients désirent également obtenir une confirmation du diagnostic grâce à un examen complémentaire sur ordonnance.

« *Oui, elle ne peut pas voir ce qu'il y a sans la radio ! Elle disait au départ, "Non ça à l'air d'être une entorse", mais ...* » (E3, l.230-231)

« *Ben je m'attendais à pousser un petit peu c'est-à-dire à ce que j'ai eu, prescription d'une prise de sang et coproscopie [veut dire coproculture] en laboratoire.* » (E9, l.34-35)

Une obligation administrative professionnelle comme un arrêt de travail peut aussi être le motif de consultation.

« *[...] après bon c'est sûr qu'il faut de toute manière un arrêt de travail donc il faut y aller rapidement, mais c'est vrai que j'aurais pas été immédiatement le voir de suite, j'aurais peut-être attendu un jour ou deux pour voir si ça passait tout seul, mais si je prends un jour d'arrêt il faut justifier ce jour d'arrêt donc ...* » (E9, l.56-59)

B. L'accessibilité aux soins

1. La disponibilité du médecin généraliste

Les patients se rendent plus facilement chez le médecin généraliste pour l'aspect logistique. C'est-à-dire en raison de la proximité géographique, ou du délai d'attente relativement court comparé au SAU. Certains patients ne font pas la différence entre les consultations de SNP en médecine générale et aux urgences. Ils disent faire leur choix en fonction des contraintes organisationnelles plutôt que du motif réel de consultation. Ils se dirigent plus facilement vers le SAU le week-end, le soir ou lorsqu'ils sont en vacances dans une autre ville.

« *J'ai quand même été reçue assez vite, trois quart d'heure d'attente c'est pas grand-chose par rapport aux urgences où on peut vraiment attendre plus longtemps.* » (E7, l.175-176)

« *Ça m'est arrivé 2 fois de venir ici, j'étais pas loin donc en plus c'est pratique ! [rires]* » (E9, l.255)

L'indisponibilité des spécialistes est assez habituelle et donc acceptée par les patients. En revanche, le médecin généraliste étant le médecin de premier recours, sa disponibilité est indispensable et devient un devoir à leurs yeux.

« *[...] mais après si on lui disait "C'est urgent", il vous faisait passer à vous et il laissait les autres, eh oui il le faisait ça ! Bon maintenant c'est plus pareil quoi !* » (E3, l.199-201)

« *Après moi je suis client du cabinet, quelqu'un qui ne serait pas client je ne sais pas, parce que ça devient compliqué au niveau des médecins généralistes actuellement.* » (E6, l.151-153)

Ainsi, certains patients font marcher leurs contacts ou leurs relations afin d'obtenir des consultations de SNP rapidement.

« *Je l'ai déjà eu fait. Parce que ma maman à l'époque était secrétaire médicale dans un cabinet et du coup elle avait un contact là et j'ai eu des consultations plus facilement.* » (E5, l.180-181)

« *Oui, en fait j'aurais passé un coup de fil pour essayer d'avoir un rendez-vous le soir ou le lendemain, voilà. Si c'est possible mais c'est pas toujours évident et puis c'est de moins en moins facile.* » (E10, l.45-47)

2. La difficulté d'accès à certains soins

Parfois les participants consultent en SNP devant l'absence de rendez-vous possible avec un spécialiste.

« *Ah si j'ai déjà été le voir entre deux aussi, j'avais une rage de dent, pas moyen de voir un dentiste alors vous faites quoi ?* » (E6, l.204-205)

« *J'ai l'impression qu'on a plus de facilité avec le généraliste peut être d'avoir un rendez-vous. Si on dit que c'est un enfant. La pédiatre j'ai presque laissé tomber, c'est compliqué.* » (E5, l.161-163)

RÉSULTATS

Devant le manque actuel de médecins, certains participants avouent ne pas vouloir prendre un rendez-vous plusieurs semaines à l'avance. Ils laissent l'urgence s'installer et se retrouvent contraints de demander un rendez-vous en SNP.

« Parce que le souci c'est que quand on prend des rendez-vous programmés même quand on s'y prend à l'avance euh... les délais ils sont quand même assez long donc... Même si on demande pas forcément à notre médecin traitant, il y a quand même... il y a quand même des délais. » (E1, l.198-201)

« [...] et le reste malgré tout il faut s'en occuper mais comment ? Bé on traîne on traîne et puis... On consulte en urgence. » (E6, l.62-63)

DISCUSSION

I. Les limites et forces de notre étude

A. Les biais et limites

Tout au long de nos entretiens, nous remarquons une forme de méfiance des sujets interrogés.

Premièrement, nous avons constaté que la première participante, ayant été interrogée au cabinet, était beaucoup moins à l'aise que la deuxième, interrogée à son domicile. Pour éviter cela, nous avons donc adapté notre façon de réaliser les entretiens et toujours laissé le choix du lieu de rendez-vous au participant.

Deuxièmement, la plupart des participants nous ont posé la question du mode de recrutement. Ils justifiaient leurs motifs de consultation pour ne pas refléter l'image de patients sur-consommateurs de soins. Les fois suivantes, en début d'entretien, nous avons insisté sur le fait que notre méthode de sélection était motivée par le profil du patient et non par sa demande de consultation. Nous voulions rassurer les patients et leur enlever de l'esprit ce sentiment de "consultation non justifiée" qui n'était en aucun cas l'essence de notre sujet de thèse. Peut-être aurions-nous pu insister sur ce mode de recrutement dans la lettre d'information (annexe 6) que nous avons envoyée par mail en amont de l'entretien.

Troisièmement, ce sentiment de méfiance pouvait être induit par intimidation du sujet car nous étions en surnombre : deux chercheuses face à un sujet. Nous n'avons pas pu adapter ce paramètre car nos deux présences étaient indispensables afin de pouvoir rebondir rapidement sur le discours du sujet et noter la communication non verbale. De plus, des focus group ne nous semblaient pas adaptés pour notre étude de peur que le sujet ne se sente pas complètement à l'aise.

Souvent, les sujets désiraient connaître notre métier. Les patients se doutaient que nous étions internes en médecine ce qui a pu être un biais de suspicion. Nous contournions volontairement cette question en répondant que nous étions

DISCUSSION

“chercheuses en sciences humaines” afin qu’ils ne modèrent pas leurs propos. Finalement, le fait de ne pas dévoiler notre statut de médecin mettait les participants mal à l’aise. En effet, ils s’attendaient à accueillir chez eux des médecins en qui ils pourraient avoir confiance. Lorsque nous déclarions enfin notre métier à la fin des entretiens, ils semblaient soulagés et rassurés, ils nous dévoilaient alors quelques autres détails de leurs consultations et de leur vie. Cette dernière discussion était une source d’information intéressante pour notre analyse.

Lors de la sélection des patients nous avons essuyé 8 refus notamment de personnes entre 20 et 30 ans. Celles-ci ne trouvaient pas d’intérêt à prendre du temps pour participer à notre étude. Nous n’avons pas réussi à modifier notre approche sur ce point, le plus jeune sujet recruté ayant 34 ans. Nous aurions aimé, entre autres, interroger des étudiants qui diffèrent des autres patients par leur jeune âge, leur statut économique et leur mode de vie. Un des facteurs expliquant cette sélection est que les jeunes consultent peu. De plus, nous supposons que le recrutement réalisé par les médecins généralistes est plus simple avec des personnes de leur patientèle. Les étudiants consultent probablement plus souvent un médecin de leur ville d’étude plutôt que leur médecin traitant.

Nous supposons que les patients qui ont accepté d’être interrogés ont soit une affinité particulière avec le médecin qui leur a exposé notre étude, soit beaucoup de temps libre (retraite, chômage).

Nous avons initialement imaginé une possible influence de la taille de la fratrie. Finalement, nous nous sommes contentées d’interroger des parents de famille de 2 enfants car ils nous disaient déjà être plus à l’aise avec le deuxième, et ainsi moins consulter qu’avec le premier. Le nombre d’enfants influence donc la manière de consulter par l’expérience acquise avec les enfants précédents quel que soit leur nombre.

Les sujets interrogés étaient tous d’origine occidentale. En effet, l’un des critères de sélection auquel nous avons pensé était de diversifier les origines ethniques. Or, dans les territoires ruraux où nous avons mené notre étude, peu d’origines différentes étaient représentées.

Deux entretiens ont été réalisés par une seule chercheuse, l'autre étant limitée par des contraintes géographiques. Cela peut conduire à un défaut d'information pour ces entretiens.

Un biais possible est la difficulté d'exprimer son ressenti de la part du participant. En effet, cela demande une introspection qui peut demander un effort important pour certaines personnes. Aussi, les entretiens ont été menés à distance de la consultation, il peut donc exister un biais de mémorisation.

B. Les forces

La gestion des SNP est un sujet d'actualité vaste et complexe. En effet, le ministre de la Santé et de la Prévention François BRAUN annonce en 2022, qu'une "*crise structurelle [...] profonde [...] touche l'ensemble du système de santé*" et "*questionne sa capacité à répondre aux besoins de santé de la population*" (13). Depuis, plusieurs rapports ont cherché à déterminer les facteurs associés à cette gestion des soins non programmés en ambulatoire.

Pour modifier la gestion des SNP, il faut également comprendre ce qui sous-tend cette demande de soins auprès des patients. Nous avons fait le choix d'essayer, à notre échelle, d'appréhender les motivations réelles qui amènent les patients à consulter en SNP pour proposer des perspectives d'amélioration. Notre travail est donc une étude originale en France. Lors de nos dernières recherches bibliographiques en fin de rédaction, nous avons découvert qu'une étude sur les "*Déterminants de l'urgence ressentie par le patient en médecine ambulatoire*" était parue en novembre 2022 (14). Nous avons alors pu comparer nos approches et nos résultats avec celle-ci.

Ceci nous conforte dans le fait qu'il s'agit d'un sujet majeur, qui préoccupe les médecins autant que la population et les politiques renforçant sa légitimité. La pertinence de cette étude peut également être observée à travers la demande d'obtention des résultats de la part de plusieurs médecins ainsi que de 10 personnes interrogées sur 12.

La méthode qualitative utilisée est aussi une des forces de ce travail car c'est la plus appropriée pour étudier les motivations réelles du patient et son ressenti, d'autant plus que cette étude fait suite à une étude quantitative.

Nous avons évalué la scientificité de notre travail à l'aide des grilles COREQ et RATS et y avons apporté les modifications possibles pour répondre au mieux à leurs critères. Malgré la méfiance que cela a pu engendrer, le fait que les patients ne connaissent pas, ni nous, ni notre métier, fait partie des forces de cette étude. De plus, les entretiens étaient de qualité : ils duraient entre 23 minutes et 1 heure 12 minutes et ont été réalisés de façon individuelle, au calme, sans avoir été interrompus. Le recueil et l'analyse des données ont été faits au fur et à mesure afin d'améliorer la grille d'entretien. L'analyse a été réalisée de façon triangulaire permettant une discussion intéressante. Nous sommes arrivées à saturation des données après 9 entretiens, un dixième entretien ayant confirmé l'absence de nouvelles catégories dégagées.

Bien que nous soyons novices dans la réalisation d'étude qualitative, nous avons la chance d'avoir un directeur de thèse expérimenté dans ce domaine. Il nous a permis d'améliorer notre technique que ce soit dans la réalisation de la grille d'entretien ou encore dans la façon de mener les entretiens eux-mêmes afin de poser des questions ouvertes et de rebondir naturellement sur les propos du patient. La réalisation d'un entretien test en conditions réelles au préalable nous a aussi permis de nous entraîner.

Nous avons un contrat clair de confidentialité avec le patient sur lequel nous nous efforcions d'insister lors du recrutement, par mail au préalable, ainsi qu'au début de l'entretien. Cela permettait aux participants de se livrer plus facilement et de dévoiler leur "intimité".

II. Le modèle explicatif

Tout au long de notre travail nous avons développé un modèle explicatif inspiré de la théorisation ancrée. Ce modèle est présenté en figure 3.

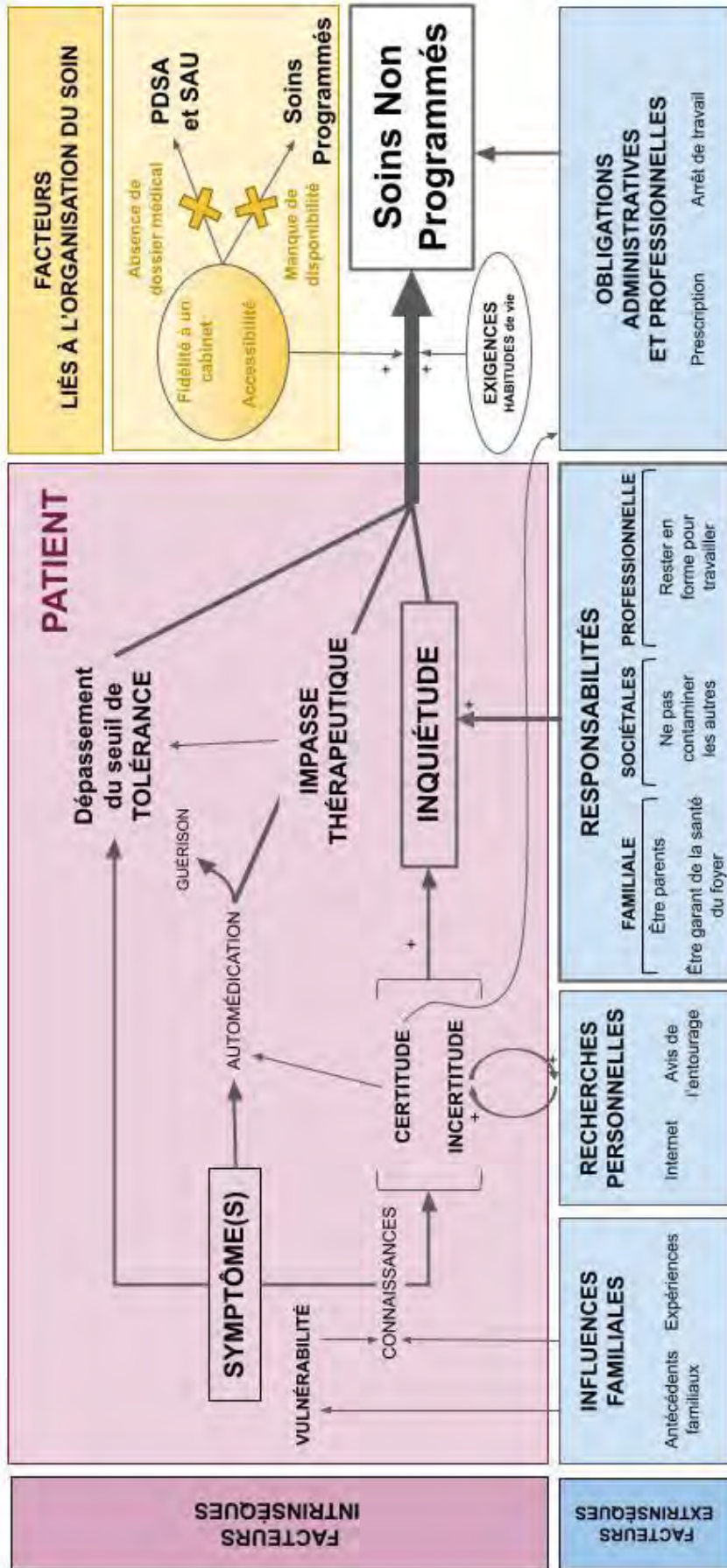


Figure 3 : Processus entraînant la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale ambulatoire.

Ce travail a permis de mettre en évidence que l'inquiétude du patient est au premier plan de la demande de soins non programmés. Celle-ci est largement accompagnée du besoin de préserver sa qualité de vie afin d'assurer ses responsabilités (11).

A. L'inquiétude du patient, principal moteur de la demande de soins non programmés

Nous nous attendions à ce que l'inquiétude éprouvée par le patient et les facteurs qui la sous-tendent participent à "l'urgence ressentie". La littérature corrobore cette hypothèse (15), cependant nous ne pensions pas que cette dernière serait dominante dans le choix de consulter.

Par définition, tous les processus décisionnels intrinsèques au patient font intervenir, à différents niveaux, leur subjectivité, entraînant parfois un manque de discernement difficile à maîtriser. Notre travail met en lumière le fait que le comportement est influencé par des sentiments eux-mêmes rattachés à des caractères. Ainsi le sentiment d'inquiétude est amplifié chez les patients à caractère anxieux, l'exigence par l'impatience, l'anticipation par le caractère prévoyant et l'incertitude par la méfiance.

Le caractère des parents influence également le comportement et les futures habitudes de soins leurs enfants. Plusieurs d'études de sociologie démontrent que l'un des mécanismes de la transmission familiale est "*l'imprégnation*". Elle correspond à l'apprentissage par "*l'exposition de l'enfant aux exemples parentaux*" (16).

Le caractère anxieux peut majorer l'impression de gravité d'un symptôme. L'évaluation de cette gravité met en jeu les antécédents personnels du patient ou de son entourage. Elle est d'ailleurs largement influencée par le souvenir des mauvaises expériences. Elle mobilise le sentiment de vulnérabilité du patient (17) qui peut être de plusieurs ordres : ses prédispositions, son âge ainsi qu'une situation d'isolement. La littérature indique pourtant que les patients âgés polypathologiques semblent minoritaires en SNP (11). Une des hypothèses serait que ceux-ci bénéficient de consultations régulières chez le médecin, « *permettant parfois de gérer des motifs aigus lors de consultations de routine* » (11).

Contrairement à ce que nous pensions, les sujets interrogés ne semblent pas constater de modification de leurs comportements vis-à-vis de leur santé avec l'âge. Beaucoup de patients recherchent, encore, une relation paternaliste en période d'inquiétude. Le modèle de PARSONS (18), révèle une relation asymétrique dans la prise en charge des maladies aiguës, lors de laquelle le médecin est actif et le patient passif. Lorsqu'ils sont inquiets, rien ne semble pouvoir les raisonner. Les patients désirent avoir un certain contrôle sur leur santé comme le montre l'évolution de la relation médecin-malade au cours des années (19). Ils désirent comprendre la situation ou le symptôme et nous font remarquer qu'ils osent davantage questionner le médecin aujourd'hui qu'il y a plusieurs années. Ils apprécient que ce dernier soit transparent pour ainsi faciliter la prise de décision conjointe. Cette notion largement retrouvée nous ramène aux compétences mêmes du médecin généraliste, non spécifique aux SNP. Ainsi, le désamorçage du processus d'inquiétude nécessite un travail antérieur, notamment par l'éducation à la santé.

Le sentiment d'incertitude fait aussi majoritairement naître l'inquiétude ressentie. En effet, elle est définie par le Larousse comme « *ce qui n'est pas établi avec exactitude, connu avec certitude* » (20) et fait donc écho aux connaissances mêmes du patient, ou plutôt à ses méconnaissances. Nous remarquons qu'une partie des patients consultent lorsqu'ils arrivent au bout de leurs connaissances médicales. De très nombreuses études ont été réalisées sur les connaissances des parents sur la santé de leur(s) enfant(s) et toutes montrent une « *mauvaise connaissance globale* » notamment sur les pathologies fréquentes (21–23).

Ce sentiment d'incertitude conduit le patient à rechercher des informations médicales principalement sur internet. Plusieurs travaux évaluent les « *conséquences de l'outil internet* » (24) et mettent en avant la majoration des questionnements des patients car ils réalisent leurs recherches « *sans vérifier systématiquement la fiabilité de l'information trouvée* » (25). Une étude menée en 2015 (26) sur les déterminants de la connaissance médicale des patients indique qu'ils s'informent en premier par l'intermédiaire des professionnels de santé « *digne[s] de confiance* » ; en second par les sources internet jugées comme « *source[s] d'information[s] controversée[s]* » ayant une disponibilité instantanée mais induisant un sentiment de méfiance ; puis par « *la médiatisation de l'expérience d'autrui* » au travers de discussions ou de forums. Aussi, un « *manque d'information et d'explication de la part des professionnels de santé* »

(26) serait parfois ressenti. L'éducation à la reconnaissance de ces informations ou la création d'un référentiel apparaissent donc comme des objectifs primordiaux et confortent la nécessité d'éducation à la santé dans ce domaine. Déjà, une étude de 2014 évoquait que la solution résidait peut-être *“dans l'information du grand public concernant l'accréditation de certains sites par les autorités de santé”* (27).

Devant l'inquiétude du patient, le médecin généraliste a donc, comme nous venons de le voir, un rôle de réassurance cognitive pouvant être modulé par l'éducation à la santé. En revanche, il a aussi un rôle de réassurance affective (14) ou émotionnelle non modifiable faisant du *« médecin un remède en soi »* (18). La consultation permet ainsi de *« modifier la relation que le malade entretenait jusque-là avec sa maladie »* (18). L'*« asymétrie des savoirs impose au médecin, expert, de reconnaître l'inquiétude du patient, profane »* et ne devra ainsi jamais oublier que celle-ci est légitime.

B. Le patient responsable

Outre l'inquiétude que peut générer une situation pour le patient lui-même, celui-ci éprouve également le besoin de consulter pour assurer ses responsabilités qu'elles soient familiales, sociétales ou professionnelles. Selon le modèle de relation médecin-malade décrit par FREIDSON le malade perçoit sa maladie selon les *« exigences de sa vie quotidienne »* et son *« contexte culturel »* (18).

En 2006 déjà, la DREES estimait que les SNP concernaient des enfants de moins de 13 ans dans 22 % des cas (10).

Nous mettons en évidence que le statut de parent est une tâche complexe qui peut être source d'une anxiété extrême induisant l'idée exagérée de la gravité d'un symptôme. Cet état s'apparente au *“stress parental”* qui correspond à un *« état de malaise psychologique relié au domaine spécifique de l'éducation de l'enfant »* (28). Certains symptômes sont plus concernés comme c'est le cas de la *« phobie de la fièvre »* que 49% des parents évoquent comme une *« peur irrationnelle »* (29). Ce stress parental peut être induit par des situations dont les caractéristiques sont : la perte de contrôle, l'imprévisibilité, la nouveauté ou la menace de l'égo (30). Il est vrai que dans notre étude la plupart de ces caractéristiques ressortent : le parent perd le

contrôle devant une situation qu'il juge intolérable et souvent vécue pour la première fois.

Aussi, une étude sur les profils de personnes ayant recours aux soins non programmés retrouve une prédominance féminine estimée à 67% (31). Nous pensons que cela était dû à une proportion de caractère anxieux plus importante chez les femmes que chez les hommes. Mais en réalité nous émettons l'hypothèse que cette prédominance s'explique par le fait que les femmes sont, par nature, responsables de la santé de leurs enfants dès la grossesse, voire de leur foyer. C'est souvent elles qui portent le poids de la gestion quotidienne et administrative de leur famille. Aussi cette supposition est renforcée par certaines études qui décrivent le phénomène de "*burn-out maternel*" désignant la souffrance de certaines femmes, résultant du stress chronique engendré par les tâches domestiques et éducatives (32).

De plus, certains patients expriment que le symptôme pour lequel ils consultent en SNP n'est pas une urgence médicale mais plutôt sociétale. Cette notion est retrouvée dans le modèle de relation consensuel de PARSONS qui décrit que « *la santé est nécessaire au bon fonctionnement de la société* » (18).

Cette demande de consultation peut avoir pour but de protéger rapidement l'entourage et plus spécifiquement les plus fragiles d'une potentielle pathologie contagieuse : « *la Covid et l'histoire nous poussent à rester conscient, [...] que nous devenons une menace les uns pour les autres* » (33).

Elle peut également avoir pour objectif d'éviter un sentiment de rejet dans les activités personnelles ou professionnelles des patients. Ce sentiment se rapporte finalement au phénomène de stigmatisation. Ce terme décrit « *la mise à l'écart d'une personne pour ses différences qui sont considérées comme contraires aux normes de la société* » (34). Il induit entre autres une perte d'estime de soi et une détérioration de la qualité de vie chez les patients concernés.

Le sentiment de responsabilité sociétale vis-à-vis du désencombrement des SAU et des consultations lors de la PDSA incite aussi les patients à préférer les SNP.

Enfin, contrairement à nos attentes, les patients mettent en avant une forme de responsabilité professionnelle. Ils disent consulter rarement pour demander un arrêt de travail mais plus fréquemment pour rester en forme pour aller travailler. La plupart

priorisent leur métier plutôt que leur santé. Conformément à la littérature, cette tendance au présentisme est de plus en plus mise en avant (35).

C. La notion de temporalité mal comprise

Notre travail concorde avec la littérature sur le fait qu'il existe une réelle difficulté à faire entendre la notion de temporalité dans le domaine de la santé. La plupart des patients sont en quête d'immédiateté et peuvent être considérés comme « *témoins de l'évolution sociétale, socioculturelle, du système de soins et de la médecine dans sa globalité* » (36). Cette notion d'immédiateté est particulièrement retrouvée dans les consultations pédiatriques lors desquelles les parents expliquent ne pas vouloir "abandonner" leurs enfants face à la maladie.

Nous remarquons que cela entraîne une exigence importante de la part des patients que ce soit en termes de rapidité ou de disponibilité. Cette exigence est notamment mise en exergue par une étude qui indique que c'est la première difficulté retrouvée en consultation par les médecins généralistes (37). Le médecin doit répondre à cette attente pour ne pas paraître incompetent aux yeux des patients. Ceux-ci revendiquent d'ailleurs souvent la nécessité d'une prescription. Cette dernière possède un rôle symbolique en étant la « *preuve de la capacité d'intervention du médecin* » et la « *confirmation pour le patient que son problème relève bien de la pratique médicale* » (18).

Généralement, l'individu met en œuvre une automédication qui peut échouer et faire naître en lui un sentiment d'impuissance. Cette impasse thérapeutique est donc un facteur déterminant dans la demande de consultation en SNP. En effet, selon une étude, un quart des patients s'automédiquant décide de consulter le médecin au décours pour être rassuré ou obtenir des renseignements supplémentaires (38). Un travail détermine que le profil type du patient qui s'automédique est la « *jeune femme, mère de famille et de niveau social élevé* » (39). Il serait donc intéressant d'éduquer un plus large panel de patients à l'automédication raisonnable même si elle possède aussi ses limites. L'initiation de cette démarche doit venir du médecin généraliste sachant que 55% des questionnés n'en ont jamais parlé à leur médecin alors que 73% sont en attente de conseils, d'informations et d'éducation (39).

Quelques fois, lorsque les patients n'obtiennent pas de rendez-vous rapidement, ils ne consultent pas du tout par refus de se rendre au SAU ou d'utiliser la PDSA. Dans ce cas, leurs symptômes cessent parfois spontanément. Nous pourrions citer Voltaire qui évoquait que « *l'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature guérit* ». Cependant, les patients interrogés regrettent de ne pas avoir eu accès à la consultation à ce moment-là. Ceci s'explique probablement par le fait qu'ils associent le refus d'une consultation à un manque d'écoute. Cette notion corrobore la littérature sur l'importance du renforcement affectif et de la prise en compte des souffrances du patient (40).

D. Le médecin généraliste, premier recours aux soins

L'organisation des soins en France s'articule autour du médecin généraliste ce qui favorise le fait que les demandes de consultation en SNP soient majoritairement adressées aux cabinets de ville. Les patients évoquent que c'est le meilleur moyen d'obtenir une consultation dans des délais convenables en ambulatoire. Les résultats d'une récente étude, sortie fin 2022, vont également dans ce sens en montrant que le patient « *ira chercher la solution la plus rapide qui s'offre à lui* » (14). Déjà un travail de 2021 s'intéressait à la prise en charge, par les parents, de la douleur chez leur enfant et montrait qu'ils se rendaient aux urgences uniquement devant l'indisponibilité de leur médecin généraliste dans les 12 heures (41).

Conformément à une revue de la littérature (42), nous identifions le fait que les patients se dirigent plus facilement vers le SAU le week-end, les jours fériés, le soir ou lorsqu'ils sont en vacances dans une autre ville, mais qu'ils préfèrent les éviter le reste du temps. En effet, il a été mis en évidence que la majorité des patients auraient « *attendu le prochain rendez-vous disponible s'ils n'avaient pas pu consulter* » et que « *peu auraient eu recours aux services d'urgences ou à la permanence des soins* » (11). Les plus prévoyants préfèrent anticiper et consulter en amont des jours de fermeture d'un cabinet.

Même si la majorité des patients se sentent concernés par la surcharge des SAU. Certains expliquent faire le choix de consulter en médecine de ville selon l'aspect logistique plutôt que l'urgence réellement ressentie. Ces résultats concordent avec une revue de la littérature publiée en mars 2023 (42) évoquant que les déterminants

favorisant les recours inappropriés au SAU sont, entre autres, représentés par la proximité géographique et la notion de rapidité de prise en charge (43).

De plus, malgré une information large, il est encore possible que certains patients méconnaissent le système de la PDSA et de SNP en médecine ambulatoire (44). Il serait alors intéressant de promouvoir l'organisation des soins au sens large.

Les patients préfèrent consulter un médecin qui les connaît, ou faisant partie d'un cabinet où ils sont suivis, et qui peut avoir accès à leur dossier médical. Aucune étude n'évalue l'importance qu'accorde le patient à l'accès au dossier médical en consultation. Dans notre travail, cette importance semble tout de même majeure dans le choix de consulter en médecine générale. Avoir un médecin qui connaît le patient permet une prise en charge adaptée en intégrant ce qui fonctionne habituellement pour lui.

En outre, la plupart des patients connaissent mal leur dossier médical ce qui entraîne un frein à la coordination entre les différents acteurs de santé (45). Plusieurs outils sont en cours d'élaboration et de mise en place comme le dossier médical partagé via Mon Espace Santé en France ou encore les cartes de santé dans d'autres pays (46). De plus, le nombre de consultations remises au lendemain est surestimée par le fait que les patients désirent rester fidèle à un médecin ou à un cabinet médical plutôt que consulter le jour même dans un autre cabinet (11).

Au vu de la disparité de la démographie médicale et de l'offre de soins, certains patients avouent laisser l'urgence s'installer. Ainsi, ils consultent en SNP en "urgence" plutôt qu'en soins programmés en amont car ils mentionnent que les délais de consultation sont plus accessibles de cette manière. Un rapport de la DREES paru en 2020 fait état que 8 médecins sur 10 présentent des difficultés à répondre aux sollicitations des patients et « *54 % affirment devoir augmenter les délais de prise de rendez-vous* » (47). En revanche, la tension préoccupante des SAU incite les médecins généralistes à s'organiser pour répondre au mieux à la demande de SNP, ce qui participe également à l'augmentation des délais de consultation en SP.

L'indisponibilité du spécialiste est assez habituelle et donc acceptée par les patients. Cependant, le médecin généraliste étant le médecin de premier recours, sa disponibilité est indispensable et représente un devoir aux yeux des patients. Ainsi il devient essentiel pour le médecin d'avoir un emploi du temps adapté à cette demande.

E. Les perspectives

La gestion des SNP est une préoccupation majeure depuis plusieurs années (2,45). La littérature étudie principalement les méthodes d'adaptation du système de soins à mettre en œuvre par les professionnels de santé mais très peu se penchent sur les actions pouvant diminuer la demande du patient. Or si le besoin de réassurance affective, directement lié aux émotions, est difficilement modifiable, le besoin de réassurance cognitive, qui fait appel à tous les domaines du savoir, peut lui, être modulé.

Ainsi, dans le cadre des SNP l'éducation à la santé devrait, selon nos résultats, porter sur deux points : la gestion de l'inquiétude par une dénéigation des fausses croyances et l'initiation à la temporalité en médecine afin d'améliorer la prise en charge globale ainsi que celle des symptômes fréquents.

Afin de gérer l'inquiétude, il serait intéressant d'identifier les croyances et les représentations que les patients peuvent avoir sur un symptôme, une maladie ou leur santé, qu'elles soient transmises par leur famille, leur culture ou la société. Un travail mené sur l'île de la Réunion (48), lieu où les croyances sont prépondérantes, démontre que celles-ci pénètrent la consultation de médecine générale lors de l'anamnèse, du diagnostic, de la thérapeutique et de l'observance. Les médecins Réunionnais choisissaient alors d'intégrer les croyances à leurs consultations. Ils tentaient d'en maîtriser les interactions pour consolider leurs relations médecin-patient et obtenir une alliance thérapeutique optimale. Certaines représentations ont notamment été retrouvées dans notre étude : la crainte de tomber malade, celle de mourir ainsi que l'idée qu'être adressé à un spécialiste d'une grande ville est forcément synonyme de "cas désespéré". Celles-ci seraient à étudier en profondeur pour se saisir du processus qui les sous-tend.

Lors de notre travail, nous avons également dégagé certains déterminants qui, au contraire, n'incitent pas les patients à consulter en SNP en médecine générale. Il pourrait être intéressant d'exploiter ces résultats ou de mener une nouvelle étude sur ce sujet afin de mieux orienter les campagnes d'éducation à la santé.

Cela étant, il apparaît primordial d'initier le patient à la notion de temporalité en médecine. Celle-ci peut s'approprier à travers la connaissance de certaines pathologies, leurs évolutions et prises en charge. Il est indispensable de faire entendre au patient qu'il est parfois "normal" d'être malade et qu'une consultation peut attendre quelques jours sans que son état se dégrade. En parallèle, il ne faut pas négliger l'enseignement des signes de gravité afin d'éviter une perte de chance pour le patient ou son entourage.

La plupart des cabinets ont déjà largement adapté leur organisation afin d'élargir le nombre de plages de SNP disponibles en veille et lendemain de week-end ou de jours fériés. Aussi, beaucoup de travaux ont permis le développement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) ainsi que des Maisons Médicales de Garde (MMG) qui essaient de pallier les difficultés rencontrées vis à vis de la demande de consultation en SNP. En revanche, il serait intéressant de promouvoir l'organisation du système de soin mal connu.

Le patient a donc son rôle à jouer dans l'organisation des soins non programmés permettant l'adaptation de ses exigences et une meilleure réponse à ses demandes.

Les patients sont en demande d'éducation à la santé à tous les niveaux. La littérature affirme que 68 % des médecins des territoires dans lesquels l'offre de soin va diminuer, envisagent de rendre leurs patients plus autonomes notamment par le biais de l'éducation à la santé (47). La relation médecin-patient aura donc pour but de « *mettre le patient sur la voie d'une progression vers l'autonomie* » en s'automédiquant ou en composant avec la maladie (18). Les patients atteints de maladies chroniques bénéficient depuis longtemps d'éducation thérapeutique dont nous remarquons les bienfaits. Aussi, plusieurs études traduisent l'impact positif de l'éducation à la santé sur la diminution des consultations précoces (22,23,49,50). Cette éducation peut être appliquée de différentes manières et à différentes échelles. Elle peut être individualisée lors des « *entretiens d'éducation à la santé* » (50) avec, par exemple, la délivrance d'une fiche-conseil (22). Un travail (51) a notamment permis de rédiger une fiche sur les « *conseils fondamentaux* » à délivrer aux parents. Elle peut aussi être ciblée sur certaines populations à l'aide de questionnaires formatifs (23), de fiches conseils disponibles dans le carnet de santé (52) et d'ateliers de prévention (49). Elle peut également être diffusée à grande échelle (11) comme c'est le cas avec

l'application d'aide à la décision « *Pédiahelp* » (53) ou la campagne « *les antibiotiques c'est pas automatique* » que plusieurs patients interrogés citent en exemple.

D'ailleurs, plusieurs patients évoquent l'impact des journaux télévisés sur la prise en charge de l'infection au SarsCov2. Ceux-ci leur ont permis d'acquérir des connaissances sur la conduite à tenir et ainsi éviter une consultation. Le développement de campagnes télévisées ciblant les SNP apparaît alors comme une potentielle perspective d'éducation nationale à la santé.

La majorité des SNP concerne les enfants et notamment l'infectiologie (11), l'éducation à la santé pourrait cibler plus spécifiquement les jeunes parents.

De la même manière, les personnes pratiquant l'automédication à bon escient avant une consultation sont généralement des jeunes femmes, mères de famille et de niveau social élevé. Ainsi nous pourrions élargir ce panel en ciblant des patients ayant d'autres profils.

Certains patients nous étonnent sur le fait qu'ils se renseignent via des livres tel que "*Urgences or not Urgences*" (54) ou encore via des sites internet fiables conseillés par leur médecin. Diffuser un référentiel national ou une liste de quelques sites fiables pourrait s'avérer intéressant.

Cette éducation à la santé est donc primordiale, mais comme nous l'avons déjà évoqué, elle est importante à réaliser en amont du processus d'inquiétude. Il pourrait s'avérer efficace de valoriser la place de l'éducation à la santé en milieu scolaire, afin d'acquérir au plus tôt des connaissances indispensables à la gestion de sa santé (11).

Pour répondre à la demande de prendre leur santé en main de la part des patients, la formation des jeunes médecins au cours de leur cursus sur l'éducation à l'utilisation adaptée du système de soins semble indispensable. Une étude qualitative réalisée en 2016 corrobore d'ailleurs l'intérêt de cet apprentissage (55).

Nous rappelons que l'éducation à la santé n'incombe pas uniquement aux médecins mais qu'elle doit être diffusée par tous les professionnels de santé. Elle se développe d'ailleurs particulièrement dans les officines (56).

CONCLUSION

Lors de ce travail, nous observons que le patient et son ressenti sont au centre du processus décisionnel de demande de consultation en soins non programmés. L'identification des éléments qui nourrissent l'inquiétude des patients et notamment des fausses croyances, est l'une des étapes clés à étudier qui permettrait de mieux appréhender ce processus.

L'exigence d'immédiateté motive la plupart des personnes à consommer davantage de soins non programmés. La temporalité dans le soin est méconnue par les patients alors que la prendre en compte leur permettrait de continuer à y avoir accès dans des délais convenables. Ainsi, faire comprendre que certains symptômes ne sont pas forcément l'expression de maladies inquiétantes et peuvent céder après une automédication simple voire spontanément devient essentiel. Il ne faut, en revanche, pas négliger l'enseignement des signes de gravité relevant des soins non programmés pour aider les patients à consulter au moment le plus opportun. De manière concomitante, il semble indispensable d'inculquer à un plus large panel de patients les bases de l'automédication des pathologies courantes.

Des facteurs extrinsèques familiaux, sociétaux et professionnels influencent grandement le choix de consulter notamment devant un sentiment de responsabilité. Cette problématique peut être partiellement résolue par des actions de prévention mais est difficilement modifiable. En effet, plusieurs actions telles que la prévention du burn-out maternel ou encore la promotion du bien-être au travail sont d'actualité. Les patients conservent un besoin légitime de réassurance affective qui ne doit pas être négligée par le médecin.


La société évolue et les patients sont demandeurs d'être acteurs de leur santé. L'éducation à la santé au sens large s'inscrit donc dans une démarche sociétale visant à identifier et agir sur les leviers sociologiques apparentés aux croyances, au désir d'immédiateté ainsi qu'à la charge émotionnelle et psychologique de chacun. Nous comprenons alors la nécessité d'une mobilisation massive et conjointe des patients, des institutions et de tous les professionnels médicaux, paramédicaux et même sociaux, pour répondre à cette problématique.

Vu
Toulouse le 01/09/2023

Toulouse, le 04/09/2023

Vu et permis d'imprimer

57


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



BIBLIOGRAPHIE

1. MESNIER T. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2018. Assurer le premier accès aux soins - Organiser les soins non programmés dans les territoires. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_snp_vf.pdf
2. COHEN L, GENISSON C, SAVARY RP. Sénat. 2017. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6853.html#toc48>
3. DRUAIS PL, GAY B, LE GOAZIOU MF, BUKOWSKI M, GILBERG S. Collège de Médecine Générale. In: Collège de Medecine Générale. 2ème. Elsevier Masson; 2009. p. 61-2. Elsevier Masson SAS; 2009. p61-2 p. (Collège de Medecine Générale).
4. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale - Indicateurs : cartes, données et graphiques [Internet]. Disponible sur: https://demographie.medecin.fr/#c=indicator&i=demo_gen_tot.gen&i2=demo_med.dens_gen_total&s=2021&s2=2021&view=map5
5. Projet régional de santé occitanie. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2022. Parcours de santé, de soins et de vie. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
6. GOUYON M. Les urgences en médecine générale [Internet]. DREES; 2006. (Séries statistiques). Report No.: 94. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-urgences-en-medecine-generale>
7. CHAPUT H, MONZIOLS M. Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés [Internet]. DREES; 2020. (Etudes et résultats). Report No.: 1138. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-8-medecins-generalistes-sur-10-sorganisent-au-quotidien>
8. BRAUN F. Mise en oeuvre opérationnelle des mesures de la mission flash pour les soins urgents et non programmés pour l'été 2022 [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention; 2022. Report No.: N° DGOS/DGCS/DSS/2022/182. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=45348>
9. COLLET G. Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine [Internet]. DREES; 2007. (Etudes et résultats). Report No.: 607. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/genese-des-recours-urgents-ou-non-programmes-la-medecine-0>
10. GOUYON L. Les recours urgents ou non programmés en médecine générale - Premiers résultats [Internet]. DREES; 2006. (Etudes et résultats). Report No.: 471.

Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-recours-urgents-ou-non-programmes-en-medecine-generale>

11. LASSOUTANIE N. Urgence estimée par le patient versus urgence évaluée par le médecin dans le cadre des soins non programmés en médecine générale [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2021.
12. LEBEAU JP, AUBIN-AUGER I, CADWALLADER JS, GILLES DE LA LONDE J, LUSTMAN M, MERCIER A, et al. Initiation à la recherche qualitative en Santé. Global Media Santé et Collège National des Généralistes Enseignants production; 2021.
13. BRAUN F. « Mission flash » sur les urgences et soins non programmés : le Gouvernement mobilisé pour la mise en œuvre des mesures dès aujourd'hui [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention; 2022. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/cp_instruction_mission_flash.pdf
14. COFFINIER C. Déterminants de l'urgence ressentie par le patient en médecine ambulatoire [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Lille; 2022.
15. CHELLEN S. Évaluation des déterminants d'un recours spontané aux urgences pour des motifs relevant de la médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Montpellier - Nîmes; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03562178v1>
16. OCTOBRE S, JAUNEAU Y. Tels parents, tels enfants ? Une approche de la transmission culturelle. *Revue française de sociologie*. 2008;49(4):695-722.
17. ESCOURROU E, HERAULT M, GDOURA S, STILLMUNKES A, OUSTRIC S, CHICOULAA B. Becoming frail : a major turning point in patients' life course. *Family Practice*. 2019;36(2):231-6.
18. KANDEL O, BOUSQUET MA, CHOUILLY J. Manuel théorique de médecine générale - 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. Global Média Santé et SFMG; 2018. 207 p. (Le plaisir de comprendre).
19. DESFORGES D. Comment révéler les préférences des patients ? Regards croisés sur l'économie. 2009;5(1):191-3.
20. JEUGE-MAYNART I. Larousse. Définition : incertain. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/incertain/42220>
21. FAVRE B, IRI-DELAHAYE M. Connaissances des jeunes parents, concernant la santé de leur nourrisson de 0 à 2 mois, à la sortie de la maternité [Internet]. France; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1568/>
22. JODER M. Fièvre chez l'enfant : comportement des parents et évaluation d'un message de santé [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.
23. ROCHE M. Intérêt de l'évaluation formative en médecine ambulatoire pour améliorer l'observance des conseils pédiatriques figurant dans le carnet de santé

chez les parents de nourrissons: étude prospective et randomisée en Ille et Vilaine [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université européenne de Bretagne; 2015.

24. TOUSSAINT MA. Patient internaute : changement dans la relation médecin / malade ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. UFR de Médecine d'Amiens; 2015. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01291584>
25. HOCHEUX C. Étude exploratoire des stratégies de recherches d'informations médicales sur internet par les patients [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Bordeaux; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974458v1>
26. GIRAUD L, DAUBIN B. Analyse qualitative des déterminants de la connaissance médicale des patients et des représentations sur les différentes sources d'information médicale [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Montpellier; 2015.
27. FAURRE A. L'information médicale des patients via internet est-elle source de conflits entre le patient et son médecin généraliste ? [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Tours; 2014.
28. GENEST ME. Centre d'Etudes et de Recherche en Intervention Familiale. L'indice de stress parental. Disponible sur: <https://cerif.uqo.ca/fr/lindice-de-stress-parental>
29. MAYADOUX M. Traitement symptomatique de la fièvre de l'enfant : pratiques des parents et des professionnels de santé en 2017 [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Nantes; 2018.
30. STAIANO A. La relation médecin-parents en consultation pédiatrique de médecine générale : particularités relationnelles et pistes d'amélioration [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Strasbourg; 2023. Disponible sur: https://publication-theses.unistra.fr/public/theses_exercice/MED/2023/2023_STAIANO_Alma.pdf
31. MADOUGOU SARIKI A. Profils sociodémographiques et motifs de recours aux soins non programmés des patients en médecine générale dans un centre municipal de santé [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Médecine Sorbone Université Paris; 2020. Disponible sur: <https://medecine-generale.sorbonne-universite.fr/wp-content/uploads/2020/11/The%CC%80se-MADOUGOU-SARIKI-Ai%CC%88da.pdf>
32. HERON-RIBOLLET AT. Le syndrome d'épuisement maternel : Enquête auprès des médecins généralistes de Bretagne. [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Rennes 1; 2018. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/8aa4697f-fc0e-4a7f-96c9-917e5b13aeea?inline>
33. PAGE A. Émotions en temps de crise : une clinique des peurs individuelles et collectives. Analyse qualitative des peurs en période de pandémie [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté des sciences médicales et

paramédicales Aix-Marseille Université; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03258272>

34. BICHSEL N. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. *Revue Médicale Suisse*. 2017;551:478-81.
35. JURY F. Les patients perçoivent-ils les mêmes indications d'arrêts de travail que les médecins ? Étude à propos de cas cliniques fictifs [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Grenoble; 2014. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00967426>
36. COHEN L, GENISSON C, SAVARY RP. Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnement de notre système de santé [Internet]. SENAT; 2017. Report No.: 685. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf>
37. LEVY D. Le métier de médecin aujourd'hui. *Revue française des affaires sociales*. 2011;(2-3):297-309.
38. HEMANT G. Étude des pratiques d'automédication de patientèles de médecins généralistes en Loire-Atlantique et en Vendée [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Nantes; 2016.
39. PEYRARD S. Le comportement d'automédication : sa réalité, ses déterminants et sa place dans la relation médecin-malade [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Picardie Jules Verne; 2009.
40. AUGÉ S, GONSOLIN M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université; 2020. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02923503v1>
41. BRIDOUX M. Comment les parents perçoivent la douleur chez leur enfant, et la prennent en charge ? [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2021. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03396710>
42. LEGIRET PY. Accueil des soins non programmés : les patients privilégient-ils les urgences ? *Revue de littérature* [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Caen Normandie; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04041167>
43. VAN DEN BERG M, VAN LOENEN T, WESTERT GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family Practice*. 2016;33(1):42-50.
44. 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. *Santé Publique*. 2004;16(1):63-74.

45. VILKE GM, MARINO A, ISKANDER J, CHAN TC. Emergency department patient knowledge of medications. *The Journal of Emergency Medicine*. 2000;19(4):327-30.
46. NICOLET-VEYRON A. Evaluation de la connaissance des patients sur leurs données médicales personnelles : impact sur le temps médical [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université des Antilles et de la Guyane; 2017. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02486201/document>
47. CHAPUT H, MONZIOLS M, VENTELOU B, ZAYTSEVA A, CHEVILLARD G, MOUSQUES J. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale [Internet]. DREES; 2020. (Etudes et résultats). Report No.: 1140. Disponible sur: https://www.orspaysdelaloire.com/sites/default/files/pages/pdf/panel_mg_nat_PD_F/2020_panel_mg_er_1140.pdf
48. LARTIN-FLORESTAN M. Etude de la place des croyances populaires en consultation de médecine générale à l'île de La Réunion : point de vue des médecins [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Bordeaux; 2016. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01381292v1>
49. CRESPIY M. Impact d'un atelier de prévention « Bébés Enrhumés » fait en maison de santé par un médecin généraliste et un kinésithérapeute sur la gestion des viroses respiratoires du nourrisson par leurs parents [Thèse d'exercice de médecine générale]. Médecine université Sorbonne Paris; 2021.
50. CAVAGNA E. Education des parents à la prise en charge de la fièvre chez l'enfant: une évaluation d'action d'éducation pour la santé [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Claude Bernard Lyon 1; 2019. Disponible sur: <https://n2t.net/ark:/47881/m6sf2v9g>
51. GRILLO E, GUIDINI A. Conseils à délivrer aux parents à la sortie de la maternité concernant la santé de leur nouveau-né [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2017. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1861/1/2017TOU31070-1071.pdf>
52. MAQUET-GUYOT S. Le Carnet de santé de l'enfant : connaissance et utilisation par les parents [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2005.
53. FOUGERE J. Évaluation de l'apport de « Pédiahelp » dans le parcours de soin non programmé en pédiatrie [Internet] [Thèse d'exercice de médecine générale]. UFR de santé de Rouen Normandie; 2022. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03857141/document>
54. TO BE OR NOT TOUBIB. Urgences or not Urgences. 2023. 112 p.
55. FOUCAUD L. Formation validante de 40 heures en éducation thérapeutique du patient proposée de façon expérimentale à huit internes SASPAS: évaluation par un "focus group [Thèse d'exercice de médecine générale]. Université Toulouse III – Paul Sabatier; 2016.

56. BOUTI I. Le développement de l'éducation thérapeutique du patient en officine [Thèse d'exercice de médecine générale]. Faculté de pharmacie Aix-Marseille; 2017.

ANNEXES

Annexe 1 : Grille d'entretien initiale (version 1 - 07/04/22)

CHAPITRE 1 : PERCEPTION DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE	
	Quel est, selon vous, le rôle du médecin généraliste (MG) ?
1	<i>Quelles sont les raisons qui vous amènent à consulter un médecin généraliste ? Pour quel type de maladie / problème ? Dans quelles situations ?</i>
	Pour quelles raisons choisissez-vous de consulter un MG plutôt que quelqu'un d'autre ?
2	<i>A qui pourriez-vous avoir recours dans cette situation ? A quelle fréquence consultez-vous ? Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ?</i>
CHAPITRE 2 : LES MOTIFS DE CONSULTATION URGENTS	
	Vous souvenez-vous de la dernière fois que vous avez consulté un MG en urgence et pourquoi ?
3	<i>Quel était le type de problème ? Dans quelle situation étiez-vous ? La consultation avait-elle répondu à vos attentes ? Étiez-vous satisfait de la consultation ?</i>
	<i>Concernant uniquement les patients consultant pour / avec un tiers.</i> Comment auriez-vous réagi si vous présentiez ce même problème de santé ?
4	<i>Auriez-vous eu la même démarche si le problème de santé était le vôtre ?</i>
	A posteriori, que pensez-vous de la nécessité et du degré d'urgence de cette consultation ?
5	<i>Selon vous que pensait le médecin quant au degré d'urgence de cette consultation ?</i>
CHAPITRE 3 : IMPLICATION EN SANTÉ	
	Comment vous sentez-vous face à un problème de santé ?
6	<i>Quel est votre ressenti (connotation émotionnelle) devant un problème de santé ? Y avait-il une différence entre avant et après la consultation ?</i>
	Quelle importance votre santé a-t-elle dans votre vie ?
7	<i>Quel est votre degré d'implication dans votre santé ? Comment se manifeste-t-il ?</i>
	Comment vous informez-vous quant à votre santé ?
8	<i>Quelles sont vos sources de savoir médical ?</i>
	Vous souvenez-vous d'une campagne d'éducation à la santé ?
9	<i>Seriez-vous intéressé par des approches visant à l'éducation à la santé de la population ?</i>

Annexe 2 : Grille d'entretien modifiée après entretien test (version 2 - 11/07/22)

	BRISE-GLACE Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez consulté votre médecin généraliste (MG) pour un problème aigu ?
1	<i>Pour quel type de maladie / problème ? Dans quelles situations ?</i> <i>Si inquiétude : Quelle était la source de votre inquiétude ?</i> <i>La consultation avait-elle répondu à vos attentes ?</i> <i>Etiez-vous satisfait de la consultation ?</i>
	CHOIX DU MEDECIN GENERALISTE Pour quelles raisons choisissez-vous de consulter un MG plutôt qu'un autre professionnel ?
2	<i>A quelle fréquence consultez-vous ?</i> <i>A qui pourriez-vous avoir recours dans cette situation ? (Professionnel de santé ou non)</i> <i>Selon vous est ce grave de consulter un autre médecin que le vôtre lors d'un problème aigu ?</i> <i>Quelles modalités de consultations vous conviendraient ? Que pensez-vous de la téléconsultation ?</i> <i>Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ?</i>
	SNP A posteriori, que pensez-vous de la nécessité et du degré d'urgence de cette consultation ?
3	<i>Si donne une note : Est-ce que vous pensez qu'à chaque fois que vous consultez c'est .../10 (note donnée) ?</i> <i>Pourquoi le délai est-il un problème ?</i>
	MOTIVATIONS Comment vous sentez-vous face à ce genre de situation ?
4	<i>Quelles sont vos réelles motivations à aller consulter ?</i> <i>Quel est votre ressenti (connotation émotionnelle) devant un problème de santé ? Pourquoi ce ressenti vous amène à aller consulter ?</i> <i>Vos sentiments sont-ils différents avants et après la consultation ?</i>
	Selon vous, devant la situation que vous nous avez racontée, la consultation aurait-elle pu être évitée et si oui, comment ?
5	<i>Comment vous informez-vous quant à votre santé ? Quelles sont vos sources de savoir médical ?</i> <i>Vous souvenez vous d'une campagne d'éducation à la santé ?</i> <i>Seriez-vous intéressé par des approches visant à l'éducation à la santé de la population ?</i>

Annexe 3 : Grille d'entretien modifiée après premier entretien (version 3 - 26/08/22)

1	<p style="text-align: center;"><u>BRISE-GLACE</u></p> <p style="text-align: center;">Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez consulté un médecin généraliste (MG) pour un problème aigu ?</p>
	<p><i>Pour quel type de maladie / problème ? Dans quelles situations ?</i></p> <p><i>Si inquiétude : Quelle était la source de votre inquiétude ?</i></p> <p><i>La consultation avait-elle répondu à vos attentes ? Etiez-vous satisfait de la consultation ?</i></p>
2	<p style="text-align: center;"><u>MOTIVATIONS</u> : Comment vous sentez-vous face à ce genre de situation ?</p> <p><i>Quelles sont vos réelles motivations à aller consulter ? Quel est votre ressenti (connotation émotionnelle) devant un problème de santé ? Pourquoi ce ressenti vous amène à aller consulter ? Vos sentiments sont-ils différents avants et après la consultation ?</i></p>
3	<p style="text-align: center;">En réalité, dans ces situations, qu'est-ce que vous attendez de la consultation ?</p>
4	<p style="text-align: center;"><u>SNP</u> : A posteriori, que pensez-vous de la nécessité de cette consultation ?</p> <p><i>Que pensez-vous du degré d'urgence ? Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ? Pourquoi le délai est-il un problème ?</i></p>
5	<p style="text-align: center;">Selon vous, devant la situation que vous nous avez racontée, la consultation aurait-elle pu être évitée et si oui, comment ?</p> <p><i>Comment vous informez-vous quant à votre santé ? Quelles sont vos sources de savoir médical ? Vous souvenez vous d'une campagne d'éducation à la santé ?</i></p> <p><i>Seriez-vous intéressé par des approches visant à l'éducation à la santé de la population ?</i></p>
6	<p style="text-align: center;"><u>AUTRE EXPÉRIENCE</u> : Est-ce qu'il y a des fois où vous avez eu besoin d'une consultation en urgence et ça vous a marqué ?</p>
7	<p style="text-align: center;">CHOIX DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE : Pour quelles raisons choisissez-vous de consulter un MG plutôt qu'un autre professionnel ?</p> <p><i>A quelle fréquence consultez-vous ? A qui pourriez-vous avoir recours dans cette situation ? (Professionnel de santé ou non) Selon vous est ce grave de consulter un autre médecin que le vôtre lors d'un problème aigu ? Quelles modalités de consultations vous conviendraient ? Que pensez-vous de la téléconsultation ? Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ?</i></p>

Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ? L'entretien s'est-il bien passé ? Pensez-vous qu'un autre entretien serait utile ?

Annexe 4 : Grille d'entretien modifiée après 2^{ème} entretien (version 4 - 03/10/22)

1	<p><u>BRISE-GLACE</u> : Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez consulté un médecin généraliste (MG) pour un problème aigu ?</p> <p><i>Pour quel type de problème ? Pouvez-vous nous raconter la situation ?</i> <i>Si inquiétude : Quelle était la source de votre inquiétude ?</i></p>
2	<p><u>MOTIVATIONS – ATTENTES</u> En réalité, dans ces situations, qu'est-ce que vous attendez de la consultation ?</p> <p><i>A quoi vous attendiez-vous quand vous êtes venu consulter ? Comment pensiez-vous que la consultation pouvait vous aider ? Comment vous sentiez-vous à la suite de cette consultation ?</i></p> <p>Comment vous sentez-vous face à ce genre de situation ?</p> <p><i>Quelles sont vos réelles motivations à aller consulter ? Quel est votre ressenti devant un problème de santé ? Pourquoi vous amène-t-il à consulter ?</i> <i>Comment vos sentiments ont évolué entre avant et après la consultation ?</i></p>
3	<p><u>NOTION D'URGENCE</u> A posteriori, que pensez-vous de la nécessité de cette consultation ?</p> <p><i>Selon vous dans cette situation, qu'est ce qui fait la notion d'urgence ?</i> <i>Si le participant parle des urgences "vitales" : Que sont pour vous les urgences vitales ?</i></p> <p>Qu'est-ce qui aurait permis d'éviter la consultation selon vous ?</p> <p>Quelle aurait été votre réaction si le secrétariat vous avait donné un rendez-vous à 24h ? à 48h ? à une semaine ?</p> <p><i>Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ?</i> <i>Pourquoi le délai est-il un problème ?</i></p>
4	<p><u>EXPÉRIENCE</u> : Racontez-nous une consultation en soins non programmés (SNP) qui vous a particulièrement marqué.</p> <p><i>Comment cette expérience a-t-elle pu vous influencer pour vos consultations ultérieures ?</i> <i>Y a-t-il une expérience dans votre entourage qui vous a marquée ?</i></p> <p>Comment pensez-vous que vos consultations en SNP ont évolué avec les années ?</p> <p><i>Pensez-vous qu'actuellement vous consultez différent qu'il y a 10 ans, et si oui pourquoi ?</i> <i>Quelle est l'évolution de vos réactions face un problème de santé au fil des années ?</i> <i>Est-ce que vous pensez que d'autres personnes consultent différemment pour les SNP ?</i></p>

	<p>Si vous avez des antécédents médicaux personnels ou familiaux, pourriez-vous nous expliquer comment ils modifient vos ressentis ou réactions ?</p>
	<p style="text-align: center;"><u>CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ</u></p> <p>Qui est-ce que vous seriez allé voir si votre médecin généraliste n'était pas disponible ?</p>
5	<p><i>Qui vous aide à savoir s'il est nécessaire de consulter ? Quelles modalités de consultations vous conviendraient ? Qu'est ce qui est important pour vous dans une consultation ?</i></p> <p><i>Si vous aviez accès à n'importe quel spécialiste, comment auriez-vous réagi ?</i></p> <p>Comment réagiriez-vous si ce n'était pas votre médecin traitant qui vous recevait en SNP mais l'un de ses confrères ?</p> <p>- Réponse : ça m'est égal : <i>Qu'est-ce qui fait pour vous, l'égalité des médecins ?</i></p> <p>- Réponse : ça m'est difficile : <i>Qu'est-ce qui vous dérange dans le fait d'avoir un autre médecin que votre médecin traitant ?</i></p>
	<p style="text-align: center;"><u>EDUCATION A LA SANTE</u></p>
6	<p><i>Comment vous informez-vous quant à votre santé ? Quelles sont vos sources de savoir médical ? Que pensez-vous des ressources internet donnant des informations sur la santé ?</i></p> <p><i>Quand un symptôme apparaît, comment vous renseignez-vous ? Quelles sont les campagnes d'éducation à la santé que vous connaissez / dont vous vous souvenez ?</i></p> <p><i>Seriez-vous intéressé par des approches visant à l'éducation à la santé de la population ?</i></p>

Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ? L'entretien s'est-il bien passé ? Pensez-vous qu'un autre entretien serait utile ?

Annexe 5 : Grille d’entretien modifiée après cinq autres entretiens (version 5 - 12/03/23)

1	<u>BRISE-GLACE</u> : Pouvez-vous nous raconter la dernière fois que vous avez consulté un MG pour un problème aigu ?
	<i>Quel type / genre de maladie / problème ? Pouvez-vous nous raconter la situation ?</i>
2	<u>MOTIVATIONS – ATTENTES</u> : En réalité, dans ces situations, qu'est-ce que vous attendez de la consultation ?
	<i>A quoi vous attendiez-vous quand vous êtes venu consulter ? Comment pensiez-vous que la consultation pouvait vous aider ?</i>
	Comment décririez-vous votre satisfaction suite à la consultation ?
	<i>Comment vous sentiez-vous à la suite de cette consultation ?</i>
3	<u>RESSENTIS</u> : Comment vous sentez-vous face à ce genre de situation ?
	<ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont vos motivations à aller consulter ? - Quel est votre ressenti (connotation émotionnelle) devant un problème de santé ? - Pourquoi ce ressenti vous amène-t-il à consulter ? - Selon vous comment vos sentiments ont évolué entre avant et après la consultation ?
	Comment définiriez-vous votre caractère ?
3	<u>NOTION D'URGENCE</u> : Selon vous dans cette situation, qu'est ce qui fait la notion d'urgence ?
	<i>Si le participant parle des urgences "vitales" : Que sont pour vous les urgences vitales ? Pouvez-vous les définir ?</i>
	Quelle aurait été votre réaction si le secrétariat vous avait donné un rendez-vous à 24 ? à 48h ? à une semaine ?
	<i>Selon-vous quel est le délai acceptable pour l'obtention d'une consultation ? Si on vous disait de patienter 24h pour voir l'évolution des symptômes et de rappeler le lendemain en fonction, qu'en penseriez-vous ? Pourquoi le délai est-il un problème ? Si on vous avait simplement donné des conseils téléphoniques, qu'en auriez-vous pensé ? Par secrétaire ? Par médecin ?</i>
4	<u>EXPÉRIENCE</u> : Racontez-nous une consultation en soins non programmés qui vous a particulièrement marqué.

	<p><i>Comment cette expérience a-t-elle pu vous influencer pour vos consultations ultérieures ? Y a-t-il une expérience dans votre entourage qui vous a marquée ?</i></p>
	<p>Pensez-vous que vos demandes de consultations ont évolué avec le temps / les années ? Et si oui comment ?</p>
	<p><i>Pensez-vous qu'actuellement vous consultez différent qu'il y a 10 ans, et si oui pourquoi ? Quelle est l'évolution de vos réactions face un problème de santé au fil des années ? Est-ce que vous pensez que d'autres personnes consultent différemment pour les SNP ? A quelle fréquence consultez-vous ?</i></p>
	<p>Vos antécédents médicaux, qu'ils soient personnels ou familiaux, modifient-ils vos ressentis ou réactions ?</p>
	<p><i>Avez-vous des antécédents familiaux notables ? Si oui, vous guident-ils dans vos demandes de consultation ? Si oui, comment ?</i></p>
5	<p><u>CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ</u> : Qui est-ce que vous seriez allé voir si votre médecin généraliste n'était pas disponible ?</p>
	<p><i>Qui vous aide à savoir s'il est nécessaire de consulter ? Quelles modalités de consultations vous conviendraient ? Qu'est ce qui est important pour vous dans une consultation ? Si vous aviez accès à n'importe quel spécialiste, comment auriez-vous réagi ?</i></p>
	<p>Comment réagiriez-vous si ce n'était pas votre médecin traitant (MT) qui vous recevait en SNP mais l'un de ses confrères ?</p>
	<p>Réponse : ça m'est égal → <i>Qu'est-ce qui fait pour vous, l'égalité des médecins ?</i> Réponse : ça m'est difficile → <i>Qu'est-ce qui vous dérange dans le fait d'avoir un autre médecin que votre MT ?</i></p>
6	<p><u>EDUCATION A LA SANTE</u> : Quelles sont vos sources de savoir médical ?</p>
	<p><i>Comment vous informez-vous quant à votre santé ? Que pensez-vous des ressources internet donnant des informations sur la santé ? Quand un symptôme apparaît, comment vous renseignez-vous ? Quelles sont les campagnes d'éducation à la santé que vous connaissez / dont vous vous souvenez ? Seriez-vous intéressé par des approches visant à l'éducation à la santé de la population ?</i></p>
	<p>Comment vos connaissances médicales influencent votre demande de consultation ?</p>

Souhaitez-vous aborder d'autres thèmes ? L'entretien s'est-il bien passé ? Pensez-vous qu'un autre entretien serait utile ?

Annexe 6 : Lettre d'information envoyée par mail aux participants avant l'entretien

LETTRE D'INFORMATION

A destination des patients ayant répondu à notre invitation à un entretien semi-dirigé en vue de la réalisation d'une thèse qualitative.

Monsieur, Madame,

À la suite de notre appel téléphonique, vous avez accepté de participer à un **entretien semi-dirigé** dans l'objectif de répondre à une thèse qualitative.

La recherche qualitative est une méthode utilisée en sciences humaines et sociales basée sur l'observation de facteurs subjectifs difficilement mesurables et dont les applications sont très concrètes, notamment lorsque cela concerne l'expérience et le ressenti du patient, tel que peut impliquer la question des motivations à demander une consultation d'urgence (dite en soins non programmés) en médecine générale de ville. Elle s'élabore autour d'entretiens semi-dirigés, parfois de groupes de travail, orientés sur un échantillon de population choisi selon des critères d'inclusion précis et variant jusqu'à saturation des données. Les entretiens semi-dirigés sont introduits avec des questions fermées afin de situer l'interlocuteur dans l'échantillon. Le sujet est ensuite abordé avec des questions ouvertes laissant à l'interlocuteur la liberté de sa réponse. A l'issue de ces entretiens s'ensuit un long travail d'analyse visant à catégoriser les données recueillies pour les rendre objectives et ainsi argumenter des réponses à la question de recherche.

Cet entretien pourra durer **entre 30 min et 1h** en moyenne, selon ce que le participant choisira de développer. Il sera conduit par l'une ou les deux chercheuses ayant choisi de traiter ce sujet. La date, l'heure et le lieu ont été définis préalablement lors de notre appel téléphonique et vous sont rappelés en bas de page. Merci de nous signaler tout changement par retour de mail ou par téléphone. Les échanges seront enregistrés au moyen d'un **dictaphone** et vos données personnelles seront systématiquement rendues **anonymes** par application d'une codification spécifique. Nous vous demanderons avant le début de l'entretien de signer une **attestation** sur deux exemplaires nous autorisant à vous enregistrer, dont l'un vous sera remis. Veuillez noter que notre sujet de recherche est conforme au **protocole MR004 du CNIL** au regard des critères définis par l'article L 1123-7 du Code de la Santé Publique. Nous ne manquerons pas de vous communiquer les résultats de l'ensemble de notre travail de recherche si cela vous intéresse.

Nous vous remercions pour le temps que vous avez accepté de consacrer à ce travail.

N'hésitez pas à nous retourner par e-mail ou téléphone toute interrogation ou objection particulière. Bien confraternellement,

Laura OZOUF

Emilie PEYRE

laura.ozouf@free.fr 06.33.35.41.92

liliepeyre@hotmail.fr 06.28.91.88.77

Annexe 7 : Formulaire d'information et de consentement signé par le participant

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Merci d'accepter de participer à notre travail de recherche concernant les motivations des patients à demander des consultations d'urgence (dites de soins non programmés) en médecine générale de ville. Ce recueil d'informations est anonyme : nous n'utilisons pas vos noms ni vos informations personnelles pour cette étude. Votre identité ne sera pas divulguée et les réponses que vous donnerez seront utilisées sans mentionner les informations qui pourraient vous identifier.

Votre participation est volontaire, vous êtes libre d'accepter ou de refuser, sans conséquence pour vous ni votre famille. Si vous acceptez de participer, vous pouvez décider de quitter la discussion à tout moment, sans conséquence négative pour vous, votre entourage ou même nous, les chercheuses.

Déroulement : nous vous poserons des questions et écouterons vos réponses et vos expériences sans juger votre point de vue ni vos réactions. Il n'y a pas de bonne ni de mauvaise réponse. Cette séance de discussion dure entre 30 et 60 minutes (plus si nécessaire) suivant ce que vous allez nous dire. Si nous ne sommes pas assez claires, n'hésitez pas à nous le signaler pour que nous puissions reformuler. Si vous avez des questions sur le sujet, n'hésitez pas à les poser également sachant qu'il est important pour notre travail de vous laisser entièrement vous exprimer avant d'y répondre.

Les personnes présentes seront les chercheuses menant cette étude : Laura Ozouf et/ou Emilie Peyre. Ce travail est dirigé par le docteur Denis Perez qui nous accompagne dans ce travail.

La séance sera enregistrée, aucune autre personne extérieure à l'étude n'aura accès à ces enregistrements. Les enregistrements seront analysés et une partie de vos réponses pourra être publiée, toujours dans le respect de l'anonymat. Vous pouvez refuser l'enregistrement si vous le souhaitez. Cette étude se réalise autour de questions que l'on vous pose sur vos ressentis afin de mieux comprendre vos besoins et vos comportements. Nous pourrons après cette enquête, développer des actions pour améliorer la gestion et l'organisation des consultations d'urgence afin qu'elles correspondent mieux à vos attentes. Si vous êtes d'accord pour participer, et si vous avez compris le déroulement de cette enquête, nous vous invitons à signer ce document afin de consentement. La personne qui réalise l'enquête va également signer ce document pour garantir l'anonymat de votre identité et confirmer votre accord de participation.

Date, lieu	Nom, prénom, signature de la chercheuse et du patient
-------------------	--

Formulaire de consentement : J'accepte de participer à l'étude sur les motivations des patients à demander des consultations en urgence (dites en soins non programmés) en médecine de ville.

Mention "lu et approuvé"	Date et signature
---------------------------------	--------------------------

Déclaration des conflits d'intérêts : Les chercheuses Laura Ozouf et Emilie Peyre déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt pour ce projet de recherche.

Annexe 8 : Extrait du tableau d'analyse des données

N°	Entretiens, Lignes et Verbatims	Étiquettes Emilie	Étiquettes Laura	Propriétés	Catégories		Thèmes
					Personnalité	Facteurs intrinsèques	
3	419-420 J'ai toujours été un peu anxieuse... moi non je suis plutôt euh... voir vite ce qu'il y a quoi ! J'ai toujours été comme ça hein.			Avoir besoin d'une réponse rapide devant l'inquiétude	Anxieuse		
1	123 Ben c'est toujours la peur que ça s'aggrave	Peur, panique où ça s'aggrave	J'ai peur que ça s'aggrave	Avoir peur que ça s'aggrave	Prévoiente		
5	84 Je voulais être traitée rapidement, voilà.	Être rassuré par un médecin (pas un pharmacien)	Être rassuré par un médecin (pas un pharmacien)	Exiger une amélioration rapide	Impatiente		
1	83-84 Ca m'est arrivé d'aller demander des traitements et finalement quand on lit sur la boîte c'est pas adapté à son âge moi ça m'intéresse, moi j'aime comprendre, je veux savoir, j'ai bien compris viral / bactérien, pas d'antibiotique / antibiotique, mais c'est vrai que voilà ça m'intéressait de savoir	J'aime comprendre	Vouloir apprendre / comprendre pour se débrouiller seule	Être rassuré par un médecin (pas un pharmacien)	Méfiante		
5	115-116 Moi, il a 20 mois, il commence à peine à parler, savoir s'il a mal à la tête ou s'il a mal à l'oreille je suis pas, in...	Je ne suis pas capable de discerner d'où vient la douleur	Je ne sais pas interpréter les réactions d'un nourrisson	Comprendre son enfant	Âges extrêmes		
5	166-168 J'ai la petite qui est suivie pour un problème cardiaque, donc déjà faite à la base, voilà. Donc déjà on a des consultations obligatoires. Et après j'ai l'impression qu'elle est peut-être un petit peu fragile	Ma fille a des antécédents cardiaques importants, elle est donc plus fragile	Je ne sais pas interpréter les réactions d'un nourrisson	Considérer son enfant plus fragile à cause de ses antécédents (cardiaques)	Comorbidités		Vulnérabilité
3	551-552 On n'est pas quand même à côté de la pharmacie ! Vous avez vu... L'hivers ce n'est pas vraiment, pas très rassurant quoi !	L'isolement nous inquiète		Être inquiet d'être isolé (hiver)	Isolément		
6	168-170 on a eu notre épisode covid il a en février de cette année pour la petite et depuis c'est compliqué. Tout ce qui passe, elle me l'attrape. Pour le coup je consulte davantage.	Elle attrape tout. Elle est donc plus souvent malade ce qui induit que je consulte plus souvent pour elle	Je consulte plus pour la petite qui attrape plus facilement les maladies	Être plus fragile suite à une pathologie atque	Fragilité temporaire		
5	304 On se connaît avec le temps, on sait comment notre corps réagit, comment il fonctionne.	Je sais quand quelque chose ne va pas bien, je me connais	Connaitre son corps avec le temps	Connaitre son corps	Se connaître soi-même		Facteurs intrinsèques
3	288-289 J'ai ce truc de circulation parce que si tôt qu'on a un pâle ou rouge, ça m'inquiète. J'ai eu ça à l'école, ça m'inquiète. J'ai eu ça à l'école, ça m'inquiète.	Notion de maladie familiale	Je voulais savoir si j'avais besoin d'un traitement	Savoir si un traitement est nécessaire	Expertise médicale		
2	160 moi ou j'étais bien plus jeune avec une crise d'asthme qui me passe pas.	Je réagis selon mes expériences (les mesures sont donc de l'inquiétude)	Je réagis selon mes expériences (les mesures sont donc de l'inquiétude)	Avoir peur de revivre une mauvaise expérience	Personnelles		
1	278-279 Bé c'est arrivé pour ma maman, ma grand mère ou même ma tante qui dit j'ai une petite grossesse c'est rien et finalement à chaque fois ça a été un cancer donc euh...		J'ai peur parce qu'on a souvent mal jugé la gravité dans ma famille	Être prudent suite à des expériences familiales	Familiales		
8	66 Et oui, j'ai fait 30 ans à la croix rouge, alors j'en ai vu des cas.	J'ai assisté à diverses situations cliniques concernant mes consultations	Avoir assisté à des prises en charge orientés le choix de consulter au cabinet ou aux urgences	Avoir assisté à des prises en charge orientés le choix de consulter au cabinet ou aux urgences	Professionnelles		
2	209 On pense toujours au pire,	Je pense toujours au pire	Dans le doute je pense au pire	Être fataliste / penser au pire	Inquiétude de la gravité		Savoir
9	160-161 Je serais très très inquiet s'ils avaient des vomissements, ils n'ont jamais vomis, la diarrhée ça leur arrive de temps en temps et puis là j'ai dit "non c'est bon j'en peux plus".	Ce qui est nouveau est toujours inquiétant	Je ne tolère plus le symptôme	Être très inquiet devant un symptôme que ses enfants n'ont jamais eu (vomissement)	Ressenti		
6	18 même avec les traitements que j'avais à la maison ça passait pas	Ca ne passe pas, malgré tout ce que je fais, je me sens impuissante.	J'avais dans une impasse avec l'auto-médication	Dépasser son seuil de tolérance	Intolérance		
1	13-14 En fait j'avais besoin de m'entendre dire que c'était pas compliqué. Je crois que j'avais besoin qu'on me le dise	Consulter un expert en santé plutôt que se fier à des recherches sur internet	J'avais besoin d'un avis extérieur	Chercher un autre avis que le sien	Impasse thérapeutique		
2	57-59 Quais quand même j'ai besoin de l'avis d'un médecin quoi, d'un pro. Je ne me fie pas à mes recherches internet.	Consulter un expert en santé plutôt que se fier à des recherches sur internet	Je ne me fie pas à mes propres recherches internet.	Chercher un avis médical plutôt que chercher sur internet	Rassurance après recherches personnelles		Echec des stratégies mises en place
7	136-137 Je ne me fie pas à mes recherches internet.	Je suis inquiet pour ma femme donc je l'encourage à consulter	Je n'ai pas de recherches internet.	Chercher un avis médical plutôt que chercher sur internet			
8	87 A oui, elle elle lui jamais consulter le médecin sinon.		Je consulte car le contexte me l'oblige	Être alerté par son entourage sur son propre état de santé			Influences familiales
2	26-29 C'est ça, moi finalement, moi non, pour moi c'était pas... ça je m'en moquais, c'était vraiment le contexte autour.		Je consulte car le contexte me l'oblige	Urgence contextuelle			Influences sociétales
5	149-151 on a des contraintes professionnelles nous aussi donc c'est vrai que si on me propose un rendez-vous en plein milieu de la matinée ou en plein milieu de l'après-midi ça va être difficile de s'organiser	J'ai besoin d'un rdv rapide MAIS uniquement sur mes horaires de disponibilité professionnelle	Être embêtée par rapport à son travail pour accepter les SNP disponibles, mais j'y vais quand même	Obtenir un rendez-vous sur des horaires de disponibilité professionnelle			Influences professionnelles
1	180-182 j'avais vu la sage-femme quelques semaines avant, elle m'avait dit de voir comment ça évoluait et si ça évoluait pas super j'allais que j'aille voir...	J'évoque les conseils, je consulte	Je consulte sur conseil d'un professionnel de santé	Respecter la conduite à tenir donnée par les professionnels			Influence des professionnels de santé
9	241-244 donc pour une morsure ou ya juste besoin de recoudre enfin que c'est pas profond et que je sais qu'il y a pas de soucis au niveau plus loin quoi, ya juste besoin de recoudre et de prescrire des antibio pour traiter, je vais pas aller encombrer les gens qui ont vraiment besoin d'urgence !	Je sais qui consulter en fonction de mes symptômes : médecine générale VS urgences	J'ai de la famille qui travaille dans le médical donc je sais faire la différence entre aller au SAU et aller en SNP	Savoir que c'est un problème qui relève des SNP	Consulter le médecin généraliste en premier recours		
3	655-656 P3 : Il ne faut pas faire un numéro 7 Le 3689 qui vous bascule sur la permanence	Finalment, hehehe, si il m'arrive quelque chose d'important un médecin reste joignable	Il existe un numéro de permanence pour le week-end	Préférer consulter en avance en semaine pour ne pas appeler la permanence des soins (3689) le week end	Eviter les SAU		Connaissance du parcours de soin
10	140-141 En ben j'étais 7h donc j'ai attendu l'ouverture, j'ai appelé direct le cabinet, on m'a pris 1h après, et ensuite direction les urgences !		Je vais au cabinet avant d'aller aux urgences	Consulter au cabinet pour être orienté aux urgences si besoin	Être orienté vers un spécialiste		Facteurs liés à l'organisation des soins
5	41-43 là je ne savais plus comment faire et comme les antialgiques costauds et anti-inflammatoires on ne peut pas les avoir en pharmacie...	J'ai besoin de médicaments plus forts pour soulager, j'ai donc besoin d'une prescription pour me les procurer	Avoir besoin de médicaments non dérivés sans ordonnance	Avoir un médicament accessible uniquement sur ordonnance	Être contraint par une obligation administrative		
9	255 Ca m'est arrivé 2 fois de venir ici, j'étais pas loin donc en plus c'est pratique ! J'espère !	Je suis venu au cabinet pour une suture car je ne travaille pas loin	Le dentiste était indisponible et j'avais une rage de dent	Facilité d'accès des SNP	Disponibilité du médecin généraliste		Accessibilité
6	204-205 pas moyen de voir un dentiste alors vous faites quoi ?	Le dentiste était indisponible et j'avais une rage de dent	Indisponibilité du dentiste	Indisponibilité du dentiste	Indisponibilité des médecins		

Annexe 9 : Attestation du délégué à la protection des données pour Laura OZOUF



Département
Médecine
Générale

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme OZOUF Laura

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL/MR004 du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 28/08/2022 sous le numéro : **2022OL75**

Fait à Toulouse, le 01/09/2022


Pr. BOYER

Annexe 10 : Attestation du délégué à la protection des données pour Émilie PEYRE



Département
Médecine
Générale

Université PAUL SABATIER – TOULOUSE III
Facultés de Médecine de Toulouse
DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE (DUMG)
Faculté de médecine de Toulouse – Rangueil 133 route de Narbonne
31062 TOULOUSE Cedex

Pr Pierre BOYER

Directeur NTIC – Numérique

DPO-78344

DUMG Toulouse

pierre.boyer@dumg-toulouse.fr

dpo@dumg-toulouse.fr

Je soussigné **Pr Pierre Boyer**, DPO du département universitaire de médecine générale de Toulouse, certifie que :

Mme PEYRE Emilie

- a satisfait aux obligations de déclaration des travaux de recherche ou thèse concernant le Règlement Général de Protection des Données

- a été inscrite dans le TABLEAU D'ENREGISTREMENT RECHERCHE ET THESES - Déclaration conformité CNIL/MR004 du DUMG de TOULOUSE (133 route de Narbonne 31 062 Toulouse CEDEX) à la date du 28/08/2022

sous le numéro : **2022PE76**

Fait à Toulouse, le 01/09/2022

Pr P. BOYER

AUTEUR : Laura OZOUF et Emilie PEYRE ; DIRECTEUR DE THESE : Dr Denis PEREZ

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine Générale

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Faculté de Santé de Purpan, Toulouse – 10 octobre 2023

TITRE : Déterminants de la demande de consultation en soins non programmés en médecine générale de ville par le patient.

Introduction : Les médecins généralistes participent au désengorgement des services d'accueil d'urgence. Ainsi, de nombreux travaux étudient les méthodes d'adaptation du système de soins pour répondre à la demande de soins non programmés mais très peu se questionnent sur les demandes réelles du patient. L'objectif de cette étude était par conséquent d'explorer leur vécu et leur ressenti afin de définir les raisons de leur choix à consulter en soins non programmés.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative avec une approche inspirée de la méthode par théorisation ancrée. La population étudiée correspond à des patients d'Occitanie consultant en soins non programmés chez un médecin généraliste. Elle a été sélectionnée par échantillonnage théorique. Le recueil des données a été réalisé par une technique d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : Nos résultats retrouvent que l'inquiétude du patient tient un rôle central dans la demande de soins non programmés. Celle-ci s'intrique avec une réelle difficulté à faire entendre la notion de temporalité dans le domaine de la santé chez les patients alors en quête d'immédiateté.

Conclusion : Il apparaît intéressant d'identifier les croyances des patients sur la maladie afin de mener des actions d'éducation à la santé dans le cadre des soins non programmés.

Mots-clés : **recours urgents - déterminants - soins non programmés - médecine générale - ressenti - inquiétude - facteurs extrinsèques - temporalité dans le soin - croyances médicales - éducation thérapeutique**

TITLE: Determinants of the patient's request for unscheduled care in general city medicine.

Introduction : General practitioners are involved in alleviating congestion in emergency reception services. In this regard, a number of studies look at the adaptive methods of the care system to meet the demand for unscheduled care but very few question the actual needs of the patient. The purpose of this study, therefore, was to explore the lived experience and feelings of patients in order to identify reasons for their decision to seek unscheduled care.

Method : We conducted a qualitative study with an approach inspired by the grounded theorizing method. The study population corresponds to patients of Occitania (France) requesting unscheduled care with general practitioner. It was selected by theoretical sampling. The data collection was carried out by means of a semi-directed interview technique.

Results : Our results suggest that patient anxiety plays a central role in the demand for unscheduled care. This is intertwined with a real difficulty in making the notion of temporality heard in the field of health among patients in search of immediacy.

Conclusion : It would be interesting to identify patients' beliefs concerning illness in order to action health education actions in the context of unscheduled care.

Keywords : **urgent remedies - determinants - unscheduled care - general medicine - felt - worry - extrinsic factors - temporality in care - medical beliefs - therapeutic education**

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE