

Mémoire de Maîtrise en médecine N° 4438

# Médecins de premier recours installés et patients usagers fréquents des urgences : mariage possible ou divorce ?

## **Etudiante**

Laureline Brunner

## **Tuteur**

Prof. Patrick Bodenmann

Centre des populations vulnérables, PMU

## **Co-tuteur**

Dr. Francis Vu

Centre des populations vulnérables, PMU

## **Expert**

Dr. Nicolas Bertholet

Service d'alcoologie, CHUV

Lausanne, le 07.12.2017

**Mes sincères remerciements pour leur aide et leur  
contribution à ce travail à :**

Dr. Francis Vu, Corine Ansermet, Josiane Palminteri, Joëlle Schüpbach, Stéphanie Barbey, Prof. Patrick Bodenmann et aux 8 médecins ayant participé à l'étude : Dr Pascal Berney, Dre Stéphanie Bilancioni, Dre Camelia Carrozza, Dre Carine Eichenberger, Dr Jean-Baptiste Ngassop, Dr François Nicole, Dr Stéphane Shonner et Dr Serge de Vallière.

## Résumé

### Introduction

Au cours de ces vingt dernières années, une trentaine d'études, testant différentes interventions visant à améliorer la prise en charge des patients usagers fréquents des urgences (UFU) ont été effectuées. Dans ces interventions, les médecins de premier recours (MPR) n'apparaissent que peu. En effet, à aucun moment, ils n'ont le rôle de référent principal du patient. De même, il n'existe pas de données ayant trait au ressenti des MPR face à la situation qu'ils rencontrent avec leurs patients UFU. Cette étude vise donc à faire connaître la représentation que se font différents MPR lausannois de la situation de leurs patients UFU ainsi que leur ressenti face à l'implication et au rôle qu'ils pensent avoir dans la prise en charge de ces derniers, notamment vis-à-vis des urgences, qui, avec leur prise en charge fréquente des patients UFU, prennent peut-être le pas sur les MPR. Cette étude vise également à recueillir l'appréciation des MPR des lettres qu'ils reçoivent de l'Equipe mobilité vulnérabilités (EmvS) de la PMU, qui détaillent les raisons pour lesquelles les patients ont été aux urgences, leur situation somatique, psychiatrique et sociale et la prise en charge effectuée au sein de l'hôpital.

### Méthode

Cette étude a débuté par une recherche exhaustive de la littérature traitant des patients UFU et de leur rapport avec les urgences et les MPR. A partir de celle-ci et de la lecture des lettres écrites par l'EmvS, des questionnaires ont été élaborés et utilisés sous forme d'approche qualitative au moyen d'entretiens semi-structurés avec 8 MPR de la région lausannoise, installés ou travaillant à la PMU.

### Résultats

Pour tous leurs patients UFU, les MPR rapportent des facteurs de vulnérabilité sociaux et médicaux, tels qu'isolement social et abus de substances. Ils rapportent également pour certains patients une polymorbidité complexe, intrication de conditions somatiques et psychiatriques, surtout de l'ordre de l'anxiété.

Les MPR travaillant à la PMU estiment plutôt avoir de la peine à établir un partenariat et un suivi durable avec leurs patients UFU, notamment en raison du manque d'adhésion thérapeutique de ces derniers ou de leur insatisfaction constante envers leur prise en charge. Les MPR ressentent ainsi une certaine fatigue et une impuissance. Les MPR installés, en revanche, se sentent majoritairement très impliqués dans la prise en charge de leurs patients, malgré la haute fréquentation des urgences de ces derniers et le fait qu'ils ne soient pas intégrés dans leur prise en charge intra-hospitalière.

Dans la majorité des cas, les lettres écrites par l'EmvS sont très appréciées par les MPR, notamment pour leur exhaustivité qui permet aux MPR de se représenter l'entièreté de la situation de leurs patients avec précision. Cependant, 2 MPR déplorent le manque de partenariat direct avec l'EmvS et auraient souhaité être plus impliqués lors de la prise en charge de leurs patients par cette dernière.

### Conclusion

Bien que cela ne soit pas ressenti comme tel par tous, les MPR sont globalement écartés de la prise en charge intra-hospitalière de leurs patients UFU. En effet, les MPR ne sont pas impliqués directement lorsque leurs patients se rendent aux urgences mais reçoivent par la suite un court fax résumant la prise en charge. C'est ce lien entre intra- et extra-hospitalier que l'EmvS tente de renforcer par les lettres qu'elle envoie aux MPR et qui permettent à ces derniers de se réapproprier l'histoire de leurs patients et ainsi de reprendre un rôle plus actif à leurs côtés.

Mots-clés : usagers fréquents des urgences, MPR, case management

## Table des matières

1. Introduction .....	1
1.1 Contexte et état des connaissances.....	1
1.2 Justification et objectifs de l'étude.....	4
1.3 Hypothèses .....	4
2. Méthode.....	5
2.1. Revue de la littérature .....	5
2.2. Conception de l'étude – Approche qualitative .....	5
2.3. Analyse des résultats .....	6
3. Résultats .....	7
3.1. Représentation du MPR de la situation de son patient UFU.....	7
3.2. Ressenti du MPR de son rôle et implication aux côtés du patient UFU .....	13
3.3. Appréciation par les MPR des courriers EmvS .....	19
4. Discussion .....	22
5. Limitations de l'étude .....	25
6. Conclusion.....	26
7. Bibliographie.....	27
8. Annexes .....	29
8.1 Exemple de lettre envoyée par l'EmvS .....	29
8.2 Questionnaire employé lors des entretiens semi-dirigés.....	32

# 1. Introduction

## 1.1 Contexte et état des connaissances

Au cours de ces dernières années, de plus en plus de publications concernant les patients usagers fréquents des urgences (UFU) sont apparues dans la littérature. Pourtant, cette notion reste difficile à appréhender. Une des difficultés réside dans le fait qu'il n'existe, à ce jour, pas de définition unique concernant le terme d'usager fréquent des urgences.

En effet, tout le monde s'accorde sur le fait que cette définition englobe le nombre de fois par année qu'un patient se rend aux urgences d'un hôpital, mais ce nombre ne fait pas l'unanimité dans la littérature médicale. Dans certaines études par exemple, un patient est UFU s'il se rend 4 fois ou plus aux urgences par année <sup>1 2</sup>, alors que pour une autre, le seuil monte à 6 fois par année <sup>3</sup>. Il existe aussi dans la littérature la notion d'usager ultra-fréquent, c'est-à-dire un patient qui consulte minimum 12 fois par année le service des urgences <sup>4</sup>.

Ainsi, cette notion se révèle compliquée dans sa définition. Mais bien plus que cela, sa complexité s'étend jusque dans la pratique médicale. En effet, les patients UFU sont plus vulnérables que le reste de la population : ils sont plus à risque d'être en mauvaise santé, que ce soit du point de vue physique, psychique ou social <sup>4</sup>, et présentent un taux d'hospitalisation et de mortalité plus haut que leurs concitoyens <sup>2 5 6</sup>. Une étude de cas <sup>4</sup> démontre aussi que la majorité des patients UFU accumulent les facteurs de risque : 65,2% des personnes ayant pris part à l'étude présentent minimum trois facteurs de risque médicaux et/ou sociaux et 60,9% autant des facteurs de risque sociaux que médicaux. Par conséquent, ces patients sont plus enclins à présenter plusieurs maladies à la fois, qu'elles soient somatiques et/ou psychiatriques <sup>1-4 7</sup>. Ces maladies ont tendance à se chroniciser et se compliquent régulièrement de facteurs sociaux défavorables, comme le chômage, l'absence de logement ou les difficultés d'accès aux soins <sup>1 3 4</sup>.

Les différents éléments décrits ci-dessus dessinent donc le contour d'une population aux besoins complexes dont les nombreuses visites aux urgences, souvent considérées comme illégitimes, contribuent à saturer ce service. Les urgentistes se voient alors contraints de délaissier les cas réellement urgents pour s'occuper de ces plaintes qui auraient pu attendre une consultation ambulatoire <sup>2 3</sup>.

Afin de mieux comprendre ce qui pousse les patients UFU à se rendre aux urgences, il convient de s'intéresser de plus près à leur consommation générale de soins. En effet, il a été démontré qu'en plus des urgences, ces derniers sont aussi consommateurs assidus d'autres services de soins : consultations ambulatoires hospitalières, médecines spécialisées et médecine de premier recours <sup>6 8</sup>. La majorité des patients UFU ont effectivement bel et bien un médecin de premier recours qu'ils fréquentent pour la plupart de manière renforcée <sup>2 6 7</sup>, pour les mêmes raisons et caractéristiques que celles qui les poussent à aller aux urgences, comme par exemple la présence de maladies chroniques, de chômage, de dépendances <sup>9</sup>. Malgré ces nombreux acteurs de soins, les patients UFU reportent une certaine insatisfaction quant à leur prise en charge, surtout envers leur médecin de premier recours (MPR). En effet, deux fois plus de patients UFU que de patients non UFU disent ne pas obtenir ce dont ils ont besoin de la part de leur MPR <sup>10</sup>. Certains patients expliquent aussi avoir de la peine à contacter leur MPR ou à obtenir un rendez-vous quand ils ont en besoin. Des études ont d'ailleurs démontré que les visites aux urgences des patients UFU ont lieu surtout le soir et la nuit, quand leur MPR ne travaille pas <sup>3 4</sup>. D'autres patients indiquent avoir moins confiance en la capacité diagnostique et thérapeutique de leur MPR qu'en celle des urgences <sup>10 11</sup>. Ces dires sont corroborés par l'analyse de Lucas et Sanford qui stipule que la haute fréquentation des patients UFU ne devrait pas être interprétée comme une exagération de leur part mais plutôt comme un indicateur que, peut-être, leurs attentes et besoins n'ont pas été correctement pris en compte par leur MPR <sup>5</sup>. Dans un autre registre, certains patients

rapportent une insatisfaction liée à une visite aux urgences ou dans un service ambulatoire où ils ont eu l'impression d'être l'objet de discrimination sur la base de leur origine ou de leur sexe <sup>12</sup>.

→ **Points-clés** : les patients UFU sont fréquemment en moins bonne santé que le reste de la population. Ils nécessitent donc plus de soins, qu'ils vont chercher activement, autant auprès des urgences, qu'auprès de spécialistes ou de médecins de premier recours. Pourtant, malgré leur haute consommation de soins, les patients UFU considèrent être mal pris en charge, surtout par les MPR, en lesquels ils n'ont pas forcément confiance et dont ils estiment qu'ils ne répondent pas adéquatement à leurs besoins.

Afin d'apporter des solutions dans ce contexte de haute fréquentation et de multiplicité d'intervenants, un programme portant le nom de Case Management (CM) des UFU a été mis en place en 2010, sur le site hospitalier du CHUV, à Lausanne (Suisse) <sup>13</sup>. De manière générale, le CM consiste à améliorer l'accès aux soins du patient ainsi que la communication entre les différents intervenants du réseau et donc de proposer à ce dernier une prise en charge plus coordonnée et centrée sur ses besoins <sup>14</sup>. Le CM soutient aussi le patient à avoir un rôle actif dans sa prise en charge, à gérer au mieux tout ce qu'il peut, seul. L'idée derrière l'implémentation de ce programme est le développement par le patient d'une meilleure perception des différents services qui lui sont proposés. Cela lui permet aussi de mieux appréhender sa maladie, ce qu'elle implique et les traitements envisageables, tout en lui permettant de décider ce qu'il pense être le mieux pour lui à un moment donné, en partenariat avec son Case Manager. Le but final est l'amélioration de sa qualité de vie.

Si l'on se place du point de vue des patients, il a été démontré à plusieurs reprises dans la littérature <sup>14-17</sup> qu'ils ont majoritairement apprécié les interventions proposées dans le cadre du CM. En effet, grâce au contact rapproché avec leur Case Manager, les patients ont eu l'impression d'être plus écoutés, leurs besoins étant entendus et compris. Ils se sentent, de plus, sentis plus concernés et impliqués dans leur prise en charge, ce qui leur a permis de développer une relation de plus grande confiance autant avec le Case Manager que les différents professionnels de leur réseau de soins <sup>14</sup>.

Malgré une trentaine d'études publiées sur le CM, quelques zones d'ombre persistent encore, la plus importante en ce qui concerne notre étude étant l'absence relative du MPR dans les différents articles lus à propos du CM. Il est effectivement parfois mentionné dans les interventions <sup>14 19</sup>, mais nulle part vraiment, il n'apparaît comme étant au centre des opérations, coordonnant la prise en charge de son patient UFU. Cette constatation est étonnante. En effet, il semblerait logique que le MPR ait le rôle central de coordinateur de la prise en charge, puisqu'il voit le patient régulièrement, souvent plus que les différents spécialistes <sup>20</sup>, et dans sa « globalité » puisqu'il reçoit les informations des consultations de ces derniers <sup>21</sup>. Il est donc le mieux placé pour appréhender l'ensemble de la situation du patient et ainsi l'aguiller au mieux en fonction de ses besoins, de même que pour le défendre vis-à-vis des autres intervenants <sup>22</sup>. Ceci semble d'autant plus crucial que la grande importance d'un partenariat de confiance entre le MPR et son patient est un facteur souvent mis en avant pour la bonne gestion de la maladie et la continuité des soins <sup>22 23</sup>.

Et pourtant, tout comme il existe peu de faits concernant la médecine de premier recours dans le CM, il n'y a pas beaucoup plus de données touchant à la relation entre le MPR et son patient UFU. On ne sait pas vraiment quelle est la qualité de cette relation, ce qu'elle implique pour le patient et le médecin, ce qu'il en est de leur ressenti respectif, à l'exception des quelques études citées plus haut qui se concentrent sur le point de vue du patient <sup>5 10-12</sup>, et non sur celui du MPR.

En cet état des choses, serait-il possible de faire autrement ? Serait-il possible de (re)mettre le MPR au centre d'un réseau dont il devrait être l'acteur principal, en charge de coordonner les actions des uns et des autres, au plus proche des besoins et attentes du patient, tout en assurant un lien de confiance fort avec ce dernier ? Serait-il possible de développer une meilleure communication entre les services des urgences et les MPR pour que ceux-ci soient avertis en « temps réel » et non par la suite des visites de leurs patients afin de tout de suite pouvoir intervenir ? Cette dernière question a déjà été abordée par Hansagi et al qui se sont intéressés à savoir si le fait de renseigner le médecin urgentiste et/ou le MPR sur les trois dernières visites d'un patient UFU se présentant une nouvelle fois aux urgences montrait un bénéfice dans la prise en charge de ce dernier <sup>18</sup>. Cette étude a montré que les médecins appréciaient d'avoir plus d'informations quant aux visites de ces patients, certains MPR découvrant même par ce biais que leur patient était UFU.

- **Points-clés** : les programmes de Case Management ont été débutés afin d'offrir une meilleure prise en charge aux patients UFU, leur permettant de se réapproprier leur maladie et de prendre activement part aux décisions concernant leur santé. Dans les différents programmes, les MPR n'apparaissent que peu, n'étant nullement placés en tant que coordinateurs centraux de la prise en charge, alors même qu'ils sont, souvent, ceux qui connaissent le mieux les patients et avec qui un partenariat de confiance est crucial pour une bonne continuité des soins. De même, la littérature ne s'est pas encore intéressée au point de vue des MPR sur la relation qu'ils ont avec leurs patients UFU, le rôle qu'ils estiment avoir dans la prise en charge de ces derniers, notamment vis-à-vis des urgences.

## 1.2 Justification et objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif de faire connaître la représentation que se font différents MPR lausannois de la situation de leurs patients UFU ainsi que leur ressenti face à l'implication et au rôle qu'ils pensent avoir dans la prise en charge de ces derniers, surtout vis-à-vis des urgences, qui, avec leur prise en charge fréquente des patients UFU, prennent peut-être parfois le pas sur les MPR. Les MPR se sentent-ils intégrés ou bien, au contraire, satellisés, laissés pour compte dans le système de soins hospitalier dans lequel évoluent leurs patients UFU ?

Cette étude vise également à mettre en avant l'appréciation des MPR de l'outil mis en place par l'Equipe mobilité vulnérabilitÉS (EmvS), c'est-à-dire les lettres concernant les patients UFU envoyées à leurs MPR. Nous chercherons à savoir ce que pensent les MPR de cet outil, si celui-ci les aide à (re)prendre une place plus centrale aux côtés de leurs patients.

Pour bref rappel, l'EmvS est l'équipe de Case Management des UFU de la PMU. Sa fonction est d'identifier les patients UFU et d'organiser leur réseau de soins ou de le rétablir s'il en existait déjà un. L'objectif derrière cette intervention est une meilleure orientation des patients dans le système de soins et une diminution de la fréquentation des urgences. C'est dans ce processus qu'intervient l'écriture d'une lettre au MPR, qu'il soit nouvellement attribué ou déjà médecin du patient depuis longtemps. Le courrier permet au MPR de mesurer l'ampleur de la situation somatique, psychiatrique et sociale de son patient et de faire le lien avec le monde des urgences. En effet, le contenu de la lettre permet au MPR de savoir combien de fois son patient s'est présenté aux urgences, quelles étaient les problématiques qu'il a présentées et la section « prise en charge » lui explique ce qui a été entrepris par l'EmvS en intra- et extrahospitalier, ainsi que le montre la lettre destinée à un MPR présente dans les annexes.

## 1.3 Hypothèses

Après lecture de la littérature et, suite à différents stages effectués au sein des urgences, nous pouvons déjà émettre quelques hypothèses quant aux objectifs présentés ci-dessus. Au vu du peu d'informations trouvées dans la littérature au sujet de l'interaction entre le MPR et son patient UFU, et par extension entre le MPR et les urgences en ce qui concerne les patients UFU, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'il n'existe probablement pas d'étroite collaboration entre le service des urgences et les MPR qui voient à leur consultation des patients UFU. Il est donc peu plausible que les MPR soient avertis en « temps réel » lorsque leurs patients se rendent aux urgences, mais doivent plutôt recevoir par après un courrier résumant la situation. Cette hypothèse est corroborée par l'observation directe, lors de stages, de la manière dont les urgences avisent les MPR des visites de leurs patients. Ceci mène donc à penser que les MPR sont probablement écartés de la prise en charge de leurs patients, celle-ci se faisant plutôt de manière intra-hospitalière.

Toujours en relation avec le manque d'information trouvée dans la littérature à ce sujet, nous pouvons escompter que cette étude permettra une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la perception, de la prise de position ainsi que du vécu des MPR face à la prise en charge actuelle de leurs patients UFU. De même, nous pouvons avancer que les MPR ont trouvé utiles les rapports envoyés par l'équipe de la PMU, ceux-ci les aidant à mieux comprendre la globalité de la situation de leurs patients et à se (ré)intégrer dans leur prise en charge.

## 2. Méthode

### 2.1. Revue de la littérature

Cette étude a débuté par une recherche exhaustive de la littérature ayant trait aux patients usagers fréquents des urgences, à leur rapport avec le service des urgences et les médecins de premier recours ainsi qu'à la relation entre ces derniers et leurs patients UFU. Les différents articles utilisés comme base et support pour rédiger la revue de littérature ont été trouvés autant dans des publications suisses qu'au moyen de moteurs de recherche scientifiques internationaux comme *Pubmed* et *Google Scholar*. Les mots-clés principaux utilisés pour cibler les articles pertinents pour la revue de littérature ont été les suivants: ED frequent users, primary care physician, general practitioner, acces to primary health care, Case Management.

En plus de *Pubmed* et *Google Scholar*, une recherche plus générale a aussi été entreprise au moyen du moteur de recherche *Google* afin d'accéder à différentes informations utiles à la rédaction.

### 2.2. Conception de l'étude – Approche qualitative

Afin d'aborder la problématique concernant le rapport entre patients usagers fréquents des urgences, services des urgences et médecins de premier recours à l'échelle lausannoise, il était nécessaire de partir d'une approche qualitative. En effet, le but de cette étude est de combler un manque dans la littérature, puisque, actuellement, on ne connaît encore presque rien du vécu et du ressenti des médecins de premier recours face à leurs intégration et implication dans le contexte de haute fréquentation des urgences de leurs patients. Nous cherchons donc ici à comprendre l'expérience et les perceptions des différents participants de cette étude dans le contexte de leur pratique professionnelle, et non dans un contexte expérimental contrôlé, ce qui est le propre de la recherche qualitative.

En accord avec cette démarche, la méthodologie employée pour entreprendre cette étude a donc été la suivante:

1. Prise de connaissance de la partie la plus récente des courriers concernant les usagers fréquents des urgences envoyés aux médecins de premier recours.
2. Rédaction de questionnaires à partir des thèmes abordés dans les courriers.
3. Sélection des MPR ayant reçu une lettre de l'EmvS à partir de 2 critères:
  - Leur patient doit être UFU à raison de minimum 5 visites/année aux urgences
  - La lettre envoyée au MPR doit remonter à maximum le début de l'année 2014A partir de ces critères, il a été possible de sélectionner 24 MPR, 11 installés et 13 travaillant à la PMU. La prise de contact avec les médecins s'est faite du plus récent au plus ancien. En tout, 18 MPR ont été contactés et seuls 8 MPR ont répondu positivement à la demande d'un entretien. Les 10 autres médecins n'ont pas répondu à l'appel, n'ont pas rappelé, n'ont pas souhaité participer à l'entretien, étaient partis à la retraite ou avaient quitté la PMU au moment de la prise de contact. Pour toute tentative infructueuse, il a été décidé de ne pas contacter chaque médecin plus de 3 fois.
4. Utilisation des questionnaires sous forme d'approche qualitative au moyen d'entretiens semi-structurés avec les 8 MPR.

Puisque aucune recherche ne s'est déjà intéressée spécifiquement au point de vue des MPR sur le sujet des patients UFU, le schéma des questionnaires employé lors des entretiens semi-dirigés avec les MPR a été créé de toute pièce à partir des éléments trouvés dans la littérature et la lecture des courriers leur étant envoyés. Celui-ci peut être retrouvé dans les annexes sous la forme d'un tableau qui se compose de plusieurs thèmes regroupés en 3 axes:

1. Représentation du MPR des caractéristiques de son patient UFU et ressenti vis-à-vis du partenariat établi avec ce dernier.
2. Point de vue du MPR sur l'état du réseau de soins de son patient UFU et ressenti de son rôle dans celui-ci et de son implication dans la prise en charge du patient.
3. Connaissance et appréciation que porte le MPR sur les courriers de l'EmvS.

Chaque axe est composé de quelques questions principales ainsi que de relances visant à structurer la direction de la conversation tout en laissant aux MPR la liberté nécessaire pour répondre en fonction de leur propre expérience, débordant ainsi parfois plus sur un thème qu'un autre.

Les entretiens ont duré entre 10 et 35 minutes en fonction du temps à disposition des médecins, après avoir introduit la recherche et ses buts auprès de chacun. Afin de rendre celui-ci plus intéressant et fluide, et non se concentrer sur la prise de notes, chaque médecin a accepté d'être enregistré lors de l'entretien, qui a été retranscrit par la suite pour l'analyse. Il a de même été porté à l'attention de tous que les propos émis lors des interviews seraient utilisés de manière anonyme.

### **2.3. Analyse des résultats**

L'approche employée pour l'étude des résultats se base sur la trame des questionnaires utilisée pour les entretiens avec les MPR, mais les propos de ces derniers seront classés et analysés de manière itérative en fonction de différents thèmes ayant émergés lors de la lecture des entretiens. Les thèmes seront regroupés en 3 parties, tel que présenté comme suit:

1. Représentation du MPR des caractéristiques de son patient UFU, des raisons de sa haute fréquentation des urgences ainsi que de la composition de son réseau de soins.
2. Ressenti du MPR par rapport au partenariat établi avec son patient UFU ; vécu du MPR de son rôle dans le réseau de soins de son patient UFU et de son implication dans la prise en charge de ce dernier.
3. Appréciation que porte le MPR sur les courriers de l'EmvS.

### 3. Résultats

Ci-dessous une description succincte des 8 MPR avec lesquels des entretiens ont eu lieu:

- Deux sont des MPR exerçant leur activité professionnelle à la PMU au moment de l'interview, une a travaillé comme MPR à la PMU par le passé et cinq sont des MPR installés à Lausanne et environs. Ils ont été rencontrés dans les locaux de la PMU ou à leur cabinet.
- Trois MPR sont des femmes et cinq des hommes.

#### 3.1. Représentation du MPR de la situation de son patient UFU

Pour débiter l'analyse des entretiens et afin d'introduire les 2 et 3<sup>e</sup> chapitres qui sont réellement le sujet de notre intérêt, ce premier chapitre servira à faire ressortir la perception qu'ont les MPR des caractéristiques de leurs patients UFU, des raisons de leur haute fréquentation et de la composition de leur réseau de soins. Nous verrons qu'un même élément est parfois décrit par les MPR autant comme caractéristique que comme raison de haute fréquentation ou pour expliquer l'état du réseau de soins.

Nous nous sommes concentrés lors de l'analyse sur les caractéristiques principales des patients UFU, c'est-à-dire celles relevées par le plus de MPR, telles que présentées ci-dessous et résumées dans la **figure 1**.

Même s'ils ne l'expriment pas en tant que tel, plusieurs MPR font allusion à la faible littératie en santé de leurs patients, qui est au sens « brut » du terme « la capacité de lire, de comprendre et d'utiliser l'information médicale pour prendre des décisions et suivre un traitement »<sup>24</sup>. En effet, les MPR parlent de « capacités de compréhension limitées », et ceci pour différentes raisons: barrière de la langue, faible niveau d'éducation, retard mental, démence. Afin d'illustrer les résultats de notre analyse, les propos des médecins issus des entretiens sont présentés sous forme d'encadrés.

*Méd 3. Il y a les patients qui ont un vrai problème de santé parce qu'ils négligent la maladie de base, ça parce que leur éducation, leur niveau d'éducation fait que, soit, ils n'ont pas compris la maladie de base, soit, ils n'ont pas compris les facteurs qui prédisposent à faire la crise.*

*Méd 8. Je pense qu'elle avait des ressources un peu limitées quand même, en termes d'intelligence, de compréhension, de projection dans l'avenir, de symbolisation.*

Cependant, une médecin de la PMU interrogée à ce sujet ne pense pas que la faible littératie en santé des patients étrangers arrivant dans le système de santé suisse suffit à expliquer leur haute fréquentation des urgences.

*Méd 3. Non, ils ont très bien compris [comment fonctionne le système de santé en Suisse]. Ça, je peux vous le dire, ils ont super bien compris, c'est pour ça qu'ils viennent. Ils ont compris que s'ils viennent aux urgences, on s'occupe d'eux.*

Autre que la faible littératie en santé, les MPR rapportent aussi des facteurs de vulnérabilité médicaux et sociaux pour tous leurs patients. En ce qui concerne les facteurs médicaux, ceux qui reviennent dans les entretiens sont surtout en lien avec les abus de substance: alcool, tabac, drogues illicites ainsi que médicaments. Les facteurs sociaux quant à eux concernent plutôt l'absence d'emploi, de logement, l'isolement social, les situations familiales compliquées. Bien évidemment, les patients ne présentent pas tous les facteurs à la fois, certains n'ont en qu'un, soit médical soit social, alors que d'autres en accumulent plusieurs.

*Méd 6. Elle a un bon réseau social j'ai l'impression, parce qu'il y a pas mal de copines, dont certaines d'ailleurs qui l'accompagnent jusqu'en salle d'attente, qui l'attendent. Donc en tout cas, elle n'est pas seule [...] La famille, c'est un peu plus compliqué, étant donné que sa mère est aussi quelqu'un d'assez fragile qui l'appelle souvent, mais en fait ces téléphones, c'est assez difficile pour elle à gérer parce que finalement, sa mère l'appelle surtout pour lui dire combien elle ne va pas bien elle-même.*

*Méd 7. C'est une patiente [...] avec un problème de toxicodépendance, avec des périodes où elle consomme un peu plus et d'autres où elle se porte mieux.*

Tous les MPR, qu'ils soient installés en ville ou travaillent à la PMU, s'accordent sur le fait que leurs patients présentent une importante complexité dans leur polymorbidité. Plusieurs médecins rapportent une composante psychiatrique forte, surtout de l'ordre du syndrome anxieux, d'autres de multiples comorbidités somatiques. Ces deux types de conditions, psychiatrique et somatique, se retrouvent ensemble chez beaucoup de patients, l'une compliquant l'autre et inversement.

En nous basant sur les propos des médecins, nous pouvons en fait nous rendre compte que tous les facteurs de vulnérabilité cités plus haut – faible littératie en santé, facteurs médicaux et sociaux de vulnérabilité, polymorbidité – s'influencent les uns les autres. En effet, la faible littératie en santé et les facteurs médicaux et sociaux impactent sur l'apparition et la gravité des maladies que présentent les patients ainsi que sur leur gestion au cours du temps. De même les conditions dont souffrent les patients ont un impact sur les facteurs de vulnérabilité puisqu'elles peuvent mener à la perte d'emploi, de logement ou à des tensions familiales, notamment. L'intrication de ces différents facteurs placent les patients dans des situations de grande précarité, ainsi que le mentionnent différents MPR.

*Méd 2. Une, c'est une dame, qui a beaucoup de plaintes somatiques dans le contexte d'un trouble psychiatrique en fait, en l'occurrence un trouble anxieux, qui n'a pas de médication, mais qui, du fait de ce trouble anxieux, consulte tout le temps, et qui a une situation sociale qui est hyper précaire aussi parce qu'elle n'a pas vraiment de domicile fixe.*

*Méd 2. Et puis l'autre patient, c'est un patient qui a beaucoup de comorbidités somatiques, notamment cardiaques, un gros traitement en cours mais qui a aussi une grosse problématique anxieuse et un réseau social qui est hyper pauvre, ce qui fait que dès qu'il y a un petit problème, il court aux urgences.*

*Méd 3. Le profil somatique en fait, ça changeait beaucoup, parce qu'effectivement, il y en avait une bonne partie qui avaient des maladies somatiques qui nécessitaient des contrôles en urgences, mais des maladies somatiques qui sont liées à leur précarité aussi et à leurs consommations. Moi, j'ai en tête des patients qui avaient par exemple un asthme mal contrôlé, parce que d'un côté, ils ne faisaient pas leur traitement nébulisé et puis de l'autre côté, ils continuaient à fumer.*

*Méd 5. Et en fait, elle a perdu son emploi dans ce contexte d'un arrêt maladie de longue durée. Elle n'en a pas retrouvé et donc, elle se retrouve un petit peu précarisée par une maladie chronique nécessitant un traitement relativement lourd et des comorbidités psychiatriques, puisqu'au fond, elle a développé aussi un état dépressif majeur avec idéation suicidaire.*

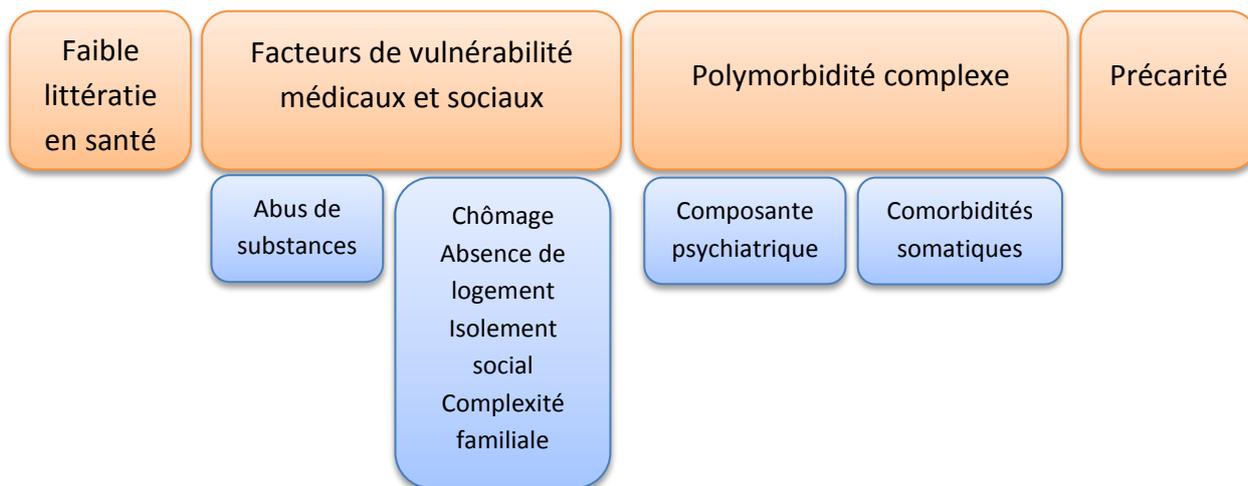


Figure 1: Caractéristiques principales des patients UFU telles que vues par les MPR

En ce qui concerne l'idée que se font les MPR des raisons de la haute fréquentation des urgences de leurs patients, plusieurs explications ressortent, telles que présentées dans la **figure 2**.

Pour plusieurs MPR, autant de la PMU qu'installés, les fréquentes visites de leurs patients aux urgences ont pour but d'apaiser leur anxiété et de trouver du réconfort. En effet, selon les MPR, ces patients ont peu de ressources personnelles et extérieures, autant pour gérer des situations de crises où l'anxiété monte, que pour se confier et donc ils se rendent aux urgences afin de combler ces manques. Chose qui amène une MPR à déclarer que la majorité des consultations en urgence de ses patients, qui se font dans ce contexte d'angoisse et d'anxiété, ne sont pas légitimes du point de vue somatique.

*Méd 1. Il y en avait pas mal qui venaient déjà à la recherche de réconfort aussi, tout simplement. [...] ce sont des patients aussi parfois qui aimeraient avoir quelqu'un qui les écoute sans les juger, qui les soutient, qui va un peu dans le même sens qu'eux.*

*Méd 4. Avec toutes ces pathologies qu'elle a, c'est quand même un gros cas, ça c'est clair. Et ça peut expliquer peut-être une certaine fréquentation. [...] elle sait très bien du reste que, quand elle sort des urgences, on ne change rien à son traitement de base. Mais, je pense que ça lui donne une certaine sécurité. Je pense que c'est pour ça qu'elle y va, ça lui donne une certaine tranquillité, ça c'est tout à fait banal. Des fois, il vaut mieux aller aux urgences que de prendre tout un tas de médicaments inutiles.*

*Méd 6. Alors moi, je pense que c'est beaucoup lié à son trouble anxieux. Elle est vraiment vite angoissée dès qu'il y a quelque chose qui se passe, avec peu de ressources en fait pour prendre du recul, pour rationaliser. [...] donc voilà, je pense qu'elle vient vraiment pour se rassurer. Enfin moi, je le ressens comme ça.*

*Méd 2. Pour ces patients-là, je dirais que la plupart du temps, la consultation en urgence ne se justifie pas, disons au niveau somatique. En fait souvent, c'est un problème plutôt d'anxiété, c'est-à-dire c'est une crainte, et puis je pense que, s'il y avait eu autour simplement de la famille ou des amis, peut-être qu'ils ne seraient pas venus aux urgences parce que leur attention aurait été portée ailleurs, et puis la problématique aurait disparu. [...] Oui, au niveau somatique, c'est des choses qui auraient pu attendre. Mais, la majorité des consultations qu'on fait la semaine, aussi souvent, il n'y a pas tellement de problème somatique urgent, puisqu'on les voit tellement souvent. Mais en fait, c'est juste apaiser les angoisses.*

Deux MPR de la PMU estiment que ce sont les conditions précaires dans lesquelles vivent certains patients qui sont la raison de leur haute fréquentation. Dans ce contexte, les urgences sont vues comme un moyen de dormir à l'abri la nuit ou un endroit pour fuir le mauvais temps.

*Méd 2. Elle consulte la nuit, elle ne consulte jamais la journée. Donc, elle ne vient ici que la nuit, à mon avis, c'est aussi dans le contexte où elle n'a pas de domicile fixe.*

*Méd 3. Puis après, il y avait l'autre partie des patients qui fréquentaient les urgences parce qu'ils avaient l'espoir qu'ils vont se sortir de situations sociales précaires comme trouver un logement pour la nuit, dans les périodes d'hiver. [...] [Ils] voient le service des urgences comme étant un service où ils peuvent demander un bénéfice parce qu'ils sont malades. C'est ce qu'on appelle entre guillemets des « opportunistes », mais ce n'est pas dans le sens péjoratif du terme. C'est de patients qui mettent vraiment leur espoir dans le service des urgences, donc soit parce qu'ils peuvent dormir au Sleep-In parce qu'ils demandent des certificats, soit parce qu'ils peuvent sortir de leur abri PC en demandant de l'aide aux médecins.*

Deux autres MPR avancent comme raison de la haute fréquentation un désaccord entre les patients et les MPR. En effet, ils expliquent que dans certains cas, l'interprétation que se font les patients de leur maladie n'est pas la même que celle des médecins, avec impossibilité d'arriver à un consensus quant aux objectifs de la prise en charge et au suivi de celle-ci. Les patients, qui ont donc l'impression qu'on ne répond pas à leurs besoins, se rendent à la place aux urgences. Un des deux médecins n'était pas le MPR de sa patiente au moment où celle-ci était UFU mais il invoque comme raison de sa haute fréquentation une mauvaise relation entre celle-ci et son ancien MPR.

*Méd 1. D'autre part, il y avait aussi des patients qui avaient leur conception de la pathologie dont ils souffraient. Donc, ils voyaient les choses d'une façon et ne partageaient pas toujours le point de vue des médecins. [...] c'est aussi notre boulot de faire comprendre aux patients ce qu'ils ont comme problème. Parfois, on le fait pas toujours de manière optimale, on ne réussit tout simplement pas malgré nos efforts.*

*Méd 7. Je crois que c'était plutôt au moment où elle a transitionné entre l'autre médecin et moi. Donc, c'était avant qu'en fait, on se connaisse vraiment. Et du coup, c'était parce que probablement, elle ne voulait plus aller voir l'autre médecin, puis elle ne savait pas trop où aller.*

Ce qui ressort aussi comme point intéressant de l'analyse est la situation d'un MPR installé dont les raisons de la haute fréquentation des urgences de sa patiente en 2014 ne sont pas extrêmement claires, malgré qu'il ait reçu par la suite un courrier des urgences notifiant les visites de celle-ci. Selon lui, il y a eu une intrication de plusieurs facteurs qui a plongé sa patiente dans une grande détresse et l'a donc poussée à se rendre aux urgences à cette époque-là.

*Méd 5. Donc, il y a eu toute une période liée, un petit peu, à l'annonce de cette maladie, enfin de cette réactivation de cette maladie et disons de ce que ça signifiait pour elle et puis, au fond, de l'émergence d'un syndrome dépressif réactionnel assez grave. Et puis, c'est pour ça qu'il y a peut-être eu effectivement des moments où elle a dû recourir en urgence.*



Figure 2: Raisons de la haute fréquentation des urgences des patients UFU telles que vues par les MPR

Lors de l'analyse du point de vue des MPR sur le réseau de soins des patients UFU, seuls deux d'éléments réellement pertinents en lien avec notre étude sont ressortis : les raisons que mettent en avant certains MPR pour expliquer la composition du réseau de leurs patients et ce qu'explique un MPR de la communication qu'il entretient avec les autres intervenants du réseau de sa patiente.

Pour ce qu'il en est de la composition du réseau de soins, 3 MPR expliquent les raisons pour lesquelles, selon eux, il n'y a que peu d'intervenants autour de leurs patients, ainsi que présentées dans la **figure 3**. D'une part, il y a les patients requérants d'asile ou sans domicile fixe, qui vivent dans une grande précarité sans accès optimal aux soins. Ils n'ont, par conséquent, que peu d'intervenants, comme le personnel infirmier de la CSI (Centre de Santé Infirmier), ou aucun. D'autre part, il y a les patients qui mettent en échec tout ce qu'on tente d'établir, soit parce qu'ils refusent toute intervention soit parce qu'ils ne se présentent pas aux rendez-vous organisés. Ceci met un frein à la création d'un réseau et ces patients se retrouvent donc avec très peu d'intervenants réguliers dans leur suivi.

*Méd 3. Eux, ils ont comme réseau de soins les infirmières du CSI, donc là on avait un interlocuteur. Et puis après, l'autre catégorie des Roms et des Roumains sans domicile fixe, eux, ils n'ont pas d'intervenants du tout.*

*Méd 2. La patiente qui consulte beaucoup, en l'occurrence elle ne vient qu'ici. [...] en fait, elle pourrait avoir un réseau énorme parce qu'il y a plein de choses qui lui ont été proposées, sauf qu'elle met tout en échec, ce qui fait que le seul endroit où elle vient, c'est quand elle consulte aux urgences. Donc, elle ne vient pas à mes consultations, elle ne vient pas aux consultations de psychiatrie, je crois qu'elle ne va pas chez l'assistante sociale.*

*Méd 8. Et puis, tous les spécialistes qu'elle consultait, la même chose, elle ne suivait jamais les prescriptions, elle ne se pliait à rien, elle remettait en cause, et puis toutes les propositions de voir un psy étaient refusées assez violemment.*

A l'inverse, 2 autres MPR ont des patients UFU dont le réseau de soins est riche de multiples intervenants. Une MPR explique que son patient a 3-4 visites par semaine au sein de son réseau. Selon elle, celui-ci fonctionne bien, le patient se rendant à tous ses rendez-vous et sachant qui consulter selon la problématique qui se présente. L'autre MPR explique que l'insatisfaction que ressentent certains patients par rapport à leur prise en charge est la raison pour laquelle, selon lui, certains patients peuvent se retrouver rapidement entourés de multiples intervenants. En effet, insatisfait de ce qu'on lui propose, le patient navigue de professionnel en professionnel. Le MPR met aussi en avant la problématique à laquelle mène cette situation: pour rassurer le patient et éviter qu'il n'aille consulter ailleurs, le médecin est tenté de faire divers examens même s'il sait que cette démarche n'est pas nécessaire, contribuant donc à augmenter les coûts de la santé.

*Méd 2. En plus, il a déjà un réseau autour qui est énorme. Il n'y a pas que moi qui prends les consultations, il y a moi plus encore deux autres structures autour. Et puis malgré tout ça, il y a des moments où il arrive quand même aller aux urgences.*

*Méd 1. Ces patients justement dont on parle, c'est un peu le profil de ceux qui ne sont pas contents: ils vont ici, ils vont ailleurs, ils vont là-bas. Ça arrive assez souvent.*

*Méd 1. Le patient que je viens de voir, [...] je me suis dit [qu'] il fallait peut-être se jeter dans des bilans. Ça coûterait cher pour la santé, certains vont le dire, mais du moins, le patient part un peu plus rassuré. [...] Il y a des trucs qu'on n'était même pas censé faire là, maison est au moins sûr que ça réduit le risque qu'il sorte d'ici et se pointe chez un autre médecin.*

Le dernier point intéressant de cette analyse est ce MPR, qui admet clairement ne pas vraiment avoir de contact avec les autres intervenants du réseau de soins de sa patiente, préférant passer par celle-ci directement pour savoir si elle est satisfaite des soins qu'elle reçoit. En y regardant de plus près, ce peu de communication entre intervenants du réseau de soins semble aussi être le cas de tous les autres MPR installés sauf une. En effet, une seule MPR explique que, dans l'année qui a suivi le moment où sa patiente lui a été référée, elle a vu le psychiatre de cette dernière 2 fois. Nous verrons plus loin ce que ces éléments impliquent par rapport à la notion de continuité des soins.

*Méd 5. J'ai, par contre, peu eu de contacts avec mes homologues psychiatres, donc au fond, j'en parle souvent avec elle, en disant: « Où est-ce que vous en êtes, comment ça se passe, est-ce qu'il y a eu un réajustement de votre traitement, oui, non? ». Et puis voilà, c'est souvent assez laconique mais je n'ai jamais eu d'échanges téléphoniques avec les psychiatres qui l'ont suivi. J'ai eu quelques échanges avec les différents neurologues, oui effectivement.*

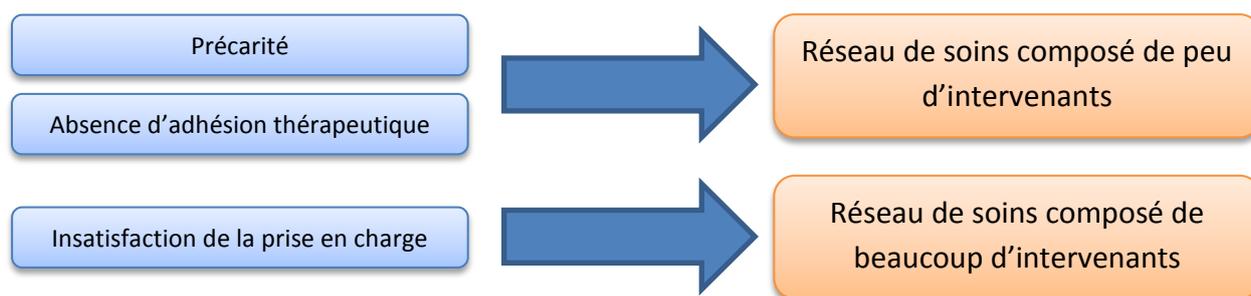


Figure 3: Raisons émises par les MPR pour expliquer la composition du réseau de soins de leurs patients UFU

### 3.2. Ressenti du MPR de son rôle et implication aux côtés du patient UFU

Dans ce chapitre de l'analyse, nous nous demanderons ce qu'il en est du ressenti des MPR par rapport au partenariat qu'ils ont avec leurs patients UFU et la place qu'ils occupent dans le réseau de soins de ces derniers.

Les MPR de la PMU expriment une plus grande difficulté à établir un partenariat avec les patients UFU que les MPR installés, pour différentes raisons, telles que présentées dans la **figure 4**. Il y a d'une part, les patients qui ne viennent pas aux rendez-vous prévus avec leur MPR, sans que les raisons en soient très claires. D'autre part, il y a les patients qui ont de la peine à respecter les règles, c'est-à-dire à aller chez leur MPR lorsqu'un problème se présente et non aux urgences. Ceci est relié par une MPR au fait que les patients UFU ont de la peine à gérer l'impossibilité d'obtenir tout ce qu'ils veulent tout de suite, comme le fait que leur MPR ne soit pas libre immédiatement quand ils en ont besoin. Il y a aussi les patients qui n'arrivent pas se mettre d'accord avec leur MPR sur une prise en charge qui leur semble adéquate, que ce soit à cause d'une mauvaise compréhension de la langue ou de la situation, ou à cause d'une divergence d'opinions au sujet de la maladie.

*Méd 2. Alors pour la patiente en l'occurrence, la majorité du temps, elle ne vient pas aux consultations. Disons, elle n'arrive pas à respecter l'heure des consultations, et même si je lui dis: « Vous pouvez passer vendredi à n'importe quel moment de la journée, je me rendrai disponible pour vous. », en fait elle ne vient pas. Ce n'est pas très clair pourquoi, mais elle ne vient pas. Donc là, j'arrive faire aucun suivi en fait.*

*Méd 3. Mais voilà, moi j'étais censée les voir toutes les semaines initialement, puis après toutes les 2-3 semaines, à condition que les patients, ils viennent! Parce que moi, j'ai essayé de me libérer dans ma consultation, mais la plupart des gens ne venaient pas... [...] Puis, ce n'était pas qu'une seule fois. Donc, on a essayé avec la même personne de lui préciser 2 à 3 fois. On avait un bon contact pendant la consultation en urgence puis après, ils sont perdus dans la nature. Donc, avec ce genre de personnes, on n'a pas réussi à avoir cette confiance...*

*Méd 3. Moi je pense que ce sont des gens qui ont une personnalité comme ça, de ne pas respecter les règles. Et puis ce sont des gens qui veulent tout, tout de suite ou sinon rien. Voilà c'est ça, la conclusion des usagers fréquents des urgences : des personnes qui veulent tout, tout de suite et si on leur propose un truc qui prend un peu plus de temps, ben on les perd.*

*Méd 1. Si un patient revient tout le temps, ça veut dire que quelque part, il n'est pas satisfait, même si on peut trouver d'autres raisons. [...] pour moi, ce qui pourrait un peu expliquer tout ça, c'est le patient qui ne saisit pas toujours ce qu'on lui dit, ou peut-être nous, de notre côté, qui n'avons pas toujours le temps de bien expliquer la chose au patient et parfois, il part avec des informations un peu insuffisante.*

Face à cette situation, les MPR de la PMU expriment une inquiétude quant à l'efficacité de leur travail en tant que MPR, une impuissance ainsi qu'une incompréhension du comportement de leurs patients et un sentiment de ne pas savoir quoi faire de plus pour les aider. Une MPR explique tout de même n'avoir jamais été vraiment frustrée de l'impossibilité d'établir un partenariat avec ses patients UFU car elle s'attendait à ce qu'ils ne viennent pas à ses consultations. Elle rapporte par contre une certaine fatigue à l'idée de devoir réexpliquer la même chose à chaque consultation en urgence.

*Méd 1. On se pose la question de savoir [si] on a vraiment bien fait notre boulot, les fois où [les patients] reviennent, parce qu'ils sont quand même [de nouveau] là.*

*Méd 2. Par contre, avec Madame, c'est tellement difficile [...], comme elle ne vient pas aux rendez-vous, moi je ne peux pas faire plus, je ne peux pas aller la chercher, [même] si c'est arrivé des fois, [que] j'aille la voir en bas, quand elle est aux urgences, pour lui redonner un rendez-vous en main propre. Mais là, je n'arrive pas m'impliquer, c'est trop. Si elle venait au moins de temps en temps, oui, mais comme elle ne vient pas, je n'arrive pas m'impliquer. [...] Je pense que [cette patiente] n'attend plus grand-chose, parce que si elle attendait quelque chose, elle viendrait aux consultations. Alors, c'est difficile, parce que justement, je n'arrive pas à comprendre ce qu'elle attend. Parce que je pense que je pourrais beaucoup l'aider, mais là, en l'occurrence, je n'arrive pas.*

*Méd 3. Je ne pense pas qu'on peut changer quelque chose [par rapport aux patients qui ne viennent pas aux rendez-vous]. On a vraiment fait de notre mieux. Je ne parle pas des cas sociaux, parce qu'eux, on sait ce qu'ils veulent qu'on change: leurs conditions sociales. Mais pour ceux qui ont vraiment failli mourir à plusieurs reprises par des crises d'asthme, des trucs vraiment urgents [et] qu'on a pris en charge une fois, qu'on a aidé, même ça, ça n'a pas fait créer un lien thérapeutique. Donc, je ne sais pas ce qu'on peut changer pour ces personnes-là.*

*Méd 3. Mais, la plupart des gens, quand on leur a proposé un rendez-vous, j'étais sûre qu'ils n'allaient pas venir. [...] Bon déjà, je m'y attendais donc je ne l'ai pas senti comme un échec. Mais c'est vrai qu'après, quand je les voyais de nouveau aux urgences, je reprenais de nouveau le même discours, [c'était] assez fatigant.*

Bien que la situation semble plutôt compliquée pour les MPR de la PMU, ils citent tout de même des exemples positifs où une alliance solide a pu se créer avec le patient.

Une des MPR décrit la satisfaction qu'elle a ressentie à suivre le petit pourcentage de patients avec qui elle a réussi à mettre en place une alliance et un contrat durable. Elle explique s'être sentie à l'aise, utile et valorisée dans son rôle de MPR.

*Méd 3. Alors, j'ai en tête quelques situations où le fait de leur proposer des rendez-vous bien précis avec moi, ça a réglé le problème. [...] J'ai 2-3 situations où les gens ont vraiment respecté l'accord qu'on a fait avec eux, et on a même eu de bons résultats. Là, on a réussi à mettre en route le traitement, à faire le bilan quand il s'agissait d'une pathologie bien évidente, et puis après, il y a cette confiance qui s'est créée. [...] Et là, c'est assez satisfaisant pour moi, médecin généraliste.*

*Méd 3. Avec les [patients] qui sont venus et ont tenu le contrat, même après que j'ai fini mon mandat à la PMU, ils me considéraient comme leur médecin traitant, donc c'était assez valorisant. Et puis, je pense que pour la plupart d'entre eux, c'était la seule fois de leur vie où ils ont eu quelqu'un qui les connaissait, où ils pouvaient venir, appeler et où ils étaient considérés comme une personne, comme un patient qui n'a qu'un seul médecin traitant. Je pense que c'était ça aussi, une fois que le contact et la confiance s'étaient établis, tout roulait. Et moi, je me sentais bien, je n'avais pas cette angoisse de revoir les patients, [comme ceux qui font] toujours le cirque aux urgences... Non, je me sentais vraiment à l'aise.*

Une autre MPR raconte qu'elle a réussi avec un de ses patients UFU à construire un partenariat solide. Avec ce patient-là, elle se sent vraiment impliquée car, comme elle l'explique, ils ont une bonne relation, la confiance s'est installée et le patient vient à tous ses rendez-vous. Comme preuve que son implication a payé, la MPR cite la diminution de la fréquentation des urgences de son patient d'environ 10-12 fois à 5 fois par année actuellement. Elle déplore par contre le fait que malgré le bon partenariat établi, son patient continue à aller aux urgences. Face à cette problématique, son discours fait état d'un mélange de deux sentiments: frustration par rapport aux nouvelles consultations en urgence de son patient, mais aussi inquiétude de savoir si elle a fait comme il fallait.

*Méd 2. Quand je vois qu'il a été aux urgences, ça m'embête toujours beaucoup, parce qu'ayant fait des urgences aussi, je sais que c'est typiquement ce genre de patients qui sont hyper chronophages. Parce que c'est des patients qui vont venir aux urgences en disant: « J'ai une douleur dans la poitrine, j'ai des vertiges, j'ai des maux de tête. », plusieurs choses qui peuvent inquiéter. En plus, avec les comorbidités du patient, on est obligé de faire des examens, on est obligé de s'inquiéter. Et puis moi, je sais que c'est ces mêmes plaintes qu'il me dit à moi depuis une année, pour lesquelles j'ai déjà fait toutes les investigations et puis pour lesquelles, il n'y a plus besoin de s'inquiéter en fait. Et puis alors, ça m'embête dans le sens où, je pense que le patient a perdu son temps entre guillemets et puis ça aura fait perdre du temps aussi aux collègues des urgences. Et puis après, moi je me dis aussi que je n'ai peut-être pas suffisamment su cadrer mon patient pour qu'il se représente aux urgences, que je n'ai pas été claire à la dernière consultation. Ou bien je me dis, malgré qu'on arrive à se voir toutes les semaines, il arrive quand même à venir encore au milieu. Donc, je dirais que c'est ces deux sentiments-là à la fois, de me dire qu'il a consulté pour rien, et puis est-ce que moi j'ai peut-être pas fait comme il faut et il avait besoin d'encore plus en fait.*

Le dernier MPR explique avoir un bon partenariat avec les patients UFU qu'il voit aux consultations de Médecine Générale, se considérant vraiment comme le point central de leur prise en charge. Selon lui, ceci est rendu en partie possible par la proximité qu'ont les MPR de la PMU avec les spécialistes et les urgences du CHUV. Il est ainsi plus facile pour ces premiers d'être rapidement mis au courant des faits et gestes de leurs patients et donc d'adapter la prise en charge. Ce MPR explique aussi comment solidifier le partenariat avec un patient : il est très important d'essayer de comprendre le point de vue de ce dernier afin de s'en approcher pour établir un plan de prise en charge commun.

*Méd 1. Bien sûr que dans ce contexte [de MPR au Centre de médecine générale], ce sont nos patients à nous et puis, on tient vraiment le rôle central. Et ce qui est bien pour nous, médecins traitants étant à la PMU, c'est qu'on a très vite les informations parce que, généralement, les patients viennent ici tout le temps aux urgences, les spécialistes sont ici, et c'est pour nous vraiment beaucoup plus facile de suivre ce que fait notre patient que si on est installé à l'extérieur.*

*Méd 1. Donc [...] même si on a souvent des visions différentes, c'est très important de prendre en considération ce que [le patient] dit, quitte à trouver un truc qui est un peu, pas forcément ce qu'il dit, mais qui est plus près, tout en sachant qu'avec ça, il va plus adhérer à la prise en charge, [plutôt] que de lui dire des trucs où il n'est pas d'accord, il se bloque, il part et il revient le lendemain [aux urgences].*

En ce qui concerne les MPR installés, tous semblent plutôt satisfaits du partenariat qu'ils ont réussi à établir avec leurs patients. Ils citent différents éléments qui ont contribué, selon eux, à la mise en place d'un bon partenariat.

En effet, pour 2 MPR, le partenariat s'est surtout créé autour de la pathologie principale dont souffre leur patient, diabète et infection VIH respectivement. Ils expliquent que ces pathologies « obligent » les patients à se rendre régulièrement aux visites fixes car ils savent que s'ils manquent des rendez-vous, les conséquences peuvent en être graves. Selon un autre MPR, c'est grâce au temps qu'il a pu développer une bonne alliance avec sa patiente, puisque cela fait effectivement 18 ans qu'il suit cette dernière. Une claire confiance semble s'être installée puisque, comme il le précise, sa patiente a pu se confier sur des événements douloureux qu'elle a vécus pendant son enfance. Une autre MPR indique qu'elle a été surprise de la facilité avec laquelle une alliance a pu se créer avec sa patiente, qui lui a été référée par l'EmvS. Selon elle, cela vient en grande partie du fait que la première consultation avec cette dernière s'est déroulée en présence d'une des représentantes de l'EmvS. Le médecin pense que cela a beaucoup aidé la transition, montrant à la patiente qu'on l'accompagnait dans son parcours.

*Méd 4. Non, ce n'est pas du tout difficile [d'établir un partenariat] dans la mesure où, comme tous mes patients diabétiques, ça vaut la peine de les voir, pas une seule fois par année car [sinon], on manque des combines.*

*Méd 7. Bon, l'avantage entre guillemets des patients HIV positifs, c'est qu'ils doivent avoir un suivi très régulier pour suivre l'efficacité de leur traitement antirétroviral. Donc ça, ça peut être un biais pour justement vérifier qu'ils viennent régulièrement, les convoquer s'ils ne viennent pas.*

*Méd 5. [La mise en place d'une alliance] était assez naturelle, dans la mesure où je la suis depuis 18 ans et qu'on a géré pas mal de choses ensemble. Donc, je pense qu'il y a un lien qui s'installe au fil des années, qui fait que les patients, en principe, on reste quand même leur référent, quoi qu'il advienne.*

*Méd 6. Moi, j'ai trouvé que c'était assez facile [de mettre en place un partenariat], je m'attendais à ce que ce soit plus compliqué. Mais finalement, c'est vrai qu'elle est venue avec l'infirmière, Madame X, la première fois, ce qui nous a permis de faire connaissance. Et puis, je trouve qu'après, ça s'est assez bien mis en place finalement, il n'y a pas eu trop de difficultés. [...] Je pense que c'était super important que l'infirmière vienne avec elle la première fois, parce que [la patiente] a senti qu'il y avait vraiment un passage de témoin, comme ça, c'était assez clair. Et je pense que ça lui a bien convenu.*

Le dernier MPR est le seul à ne pas être vraiment optimiste quant au partenariat qu'il a essayé de mettre en place avec sa patiente. Notre entretien a d'ailleurs été plutôt court, imprégné par la frustration qu'il ressentait envers cette patiente, alors même qu'il n'est plus son médecin traitant aujourd'hui. Il parle d'une patiente difficile, qui consultait très fréquemment à son cabinet et l'appelait régulièrement, toujours pour les mêmes soucis. Elle posait par conséquent chaque fois les mêmes questions, mais n'enregistrait pas vraiment les réponses. De plus, comme elle n'identifiait pas les problèmes présentés par le MPR ou les autres médecins qu'elle consultait comme tels, elle ne prenait pas les traitements qu'on lui prescrivait. Ceci rendait toute élaboration d'un plan de traitement ardue et très frustrante pour le médecin, selon ses dires.

*Méd 8. Une dame qui, en plus d'aller aux urgences, téléphonait encore tout le temps au cabinet, sur mon portable à tout moment, à la maison... Donc une grosse demande. [...] Elle voulait venir tout le temps donc on était obligé de cadrer, de lui mettre des délais parce qu'elle pouvait venir chaque semaine. [...] On arrivait faire une fois par mois. [...] Le traitement qu'on lui proposait, elle ne le prenait jamais. [...] Donc, une adhérence thérapeutique quasi nulle, mais alors très attachée au cabinet. Elle aimait beaucoup venir et parler et puis après, il fallait presque que je la pousse hors de la salle parce qu'elle voulait toujours rester plus qu'il ne fallait, avec des questions en boucle qui revenaient, 3, 4, 5 fois les mêmes, et des réponses qui n'étaient pas enregistrées. [...] Toujours des consultations en peu frustrantes, pensant qu'on n'avancait pas, qu'on ne pouvait rien élaborer, pas de plan... Pas vraiment de projets thérapeutiques intéressants.*

Concernant la place qu'ils occupent dans la prise en charge de leurs patients UFU, les MPR installés semblent tous se sentir très impliqués. Les 2 MPR dont les patients souffrent de pathologies graves déclarent se sentir engagés et jouer un rôle central du fait des contrôles réguliers et du suivi de longue durée qu'ils doivent effectuer. Un autre MPR explique se considérer comme le référant principal de ses patients, étant lui-même en charge de les orienter vers d'autres acteurs de soins appropriés en fonction de leurs besoins. Il n'exclut toutefois pas qu'il puisse y avoir des périodes plus compliquées, où il ne peut pas répondre adéquatement aux besoins de ses patients, expliquant que ceux-ci se rendent aux urgences. Il admet aussi recevoir des rapports des urgences expliquant pourquoi les patients sont venus consulter, mais ceux-ci arrivant toujours par après, il estime probable que ces rapports puissent se perdre dans la foule d'informations qu'un MPR doit gérer au quotidien. Cependant, malgré que sa patiente ait eu une période de haute fréquentation des urgences, il précise s'être quand même senti inclus dans la prise en charge et dit de lui-même qu'il se considère comme le chef d'orchestre de celle-ci.

*Méd 4. Tout à fait! Oui, je pense bien, impliqué d'une manière importante puisque je la vois tous les 3 mois, qu'elle peut me téléphoner quand elle veut et que je la connais depuis 1963 ou 64.*

*Méd 7. Donc, je pense que je suis assez le pilier pour assurer la continuité des soins. [...] De nouveau, avec le problème du HIV, les patients savent très bien qu'ils doivent absolument continuer à venir nous voir, garder le lien avec nous pour survivre, parce qu'autrement, le pronostic n'est pas très bon. Donc, on a souvent des liens assez étroits avec ces patients parce qu'on les suit pendant de nombreuses années pour une maladie très grave.*

*Méd 5. Mais disons, que la plupart du temps, [la patiente] se réfère à moi et puis, c'est de moi dont dépend le fait de l'orienter chez des spécialistes, ou de faire des examens complémentaires. Donc, c'est moi qui suis un peu le chef d'orchestre, si on veut bien. [...] Alors, le problème c'est probablement que, quand on est un peu... Enfin j'imagine, je me mets un peu à sa place, est-ce qu'il y a une période où j'étais absent, est-ce que c'est une période où je n'avais pas la disponibilité? Parce qu'au fond, si un jour vous êtes installée et que vous faites la médecine générale, que vous voyez 20-25 patients par jour, il faut savoir être un peu Shiva, avoir sept mains, sept bras, pour savoir un peu tout gérer, puis avoir la disponibilité. Donc voilà, probablement qu'il y a eu l'intensité des symptômes, il y a eu peut-être de ma part moins de disponibilité, ou une inquiétude, là je ne peux pas dire, il faudrait peut-être demander à la patiente elle-même pour savoir ce qui l'a motivée, parce que c'est vrai que je n'ai eu vent de tout ça qu'à postériori.*

La MPR, dont la patiente lui a été référée par l'EmvS, n'a d'abord pas su que répondre à la question de savoir où elle se situe dans le réseau de soins de cette dernière, qui comprend principalement elle-même et un psychiatre. Et c'est suite à une reformulation où il lui a été demandé si elle avait l'impression d'être au centre, de coordonner ou plutôt d'être mise de côté dans la prise en charge, qu'une réponse nuancée lui est venue, tout en soulignant qu'elle se sent tout de même impliquée dans celle-ci.

*Méd 6. J'ai l'impression que finalement maintenant, les choses sont assez claires, dans le sens que j'ai l'impression qu'elle a fait assez bien la part des choses. Quand c'est vraiment physique, elle vient ici, s'il y a un problème psychique, elle va en parler à son psy. Donc là, j'ai l'impression que c'est assez clair pour elle. Elle a compris je crois, en tout cas, ça se passe assez bien. Je crois qu'elle aime bien aussi son psychiatre, ça se passe bien, oui. Donc, je ne pourrais pas vraiment vous dire. Je ne me sens pas plus au centre que le psychiatre, ou je ne pense pas que ça a un...*

Le dernier MPR, malgré avoir été frustré par le manque de partenariat avec sa patiente, indique s'être quand même senti impliqué dans la prise en charge de celle-ci. Mais, ceci de manière plutôt ambiguë puisqu'il a de la peine à expliquer comment, ne pensant pas vraiment avoir pu s'impliquer ni d'une manière médicale ni d'une manière sociale.

*Méd 8. Elle tenait à venir [au cabinet]. Elle disait qu'on était très important pour elle, heureusement qu'on était là pour elle, bien qu'on avait l'impression qu'on ne l'aidait pas beaucoup, mais enfin, on était probablement des relais ou des repères plutôt pour elle. Mais médicalement parlant, totalement inefficace.*

*Méd 8. Ah oui, [je me sens impliqué], plutôt. Passablement. [...] Oui, tout à fait, [plus d'un point de vue social que médical]. Et encore, rôle social, un petit peu inefficace. [Parce qu'elle revenait] et puis qu'on n'avancait pas. On ne pouvait rien élaborer.*

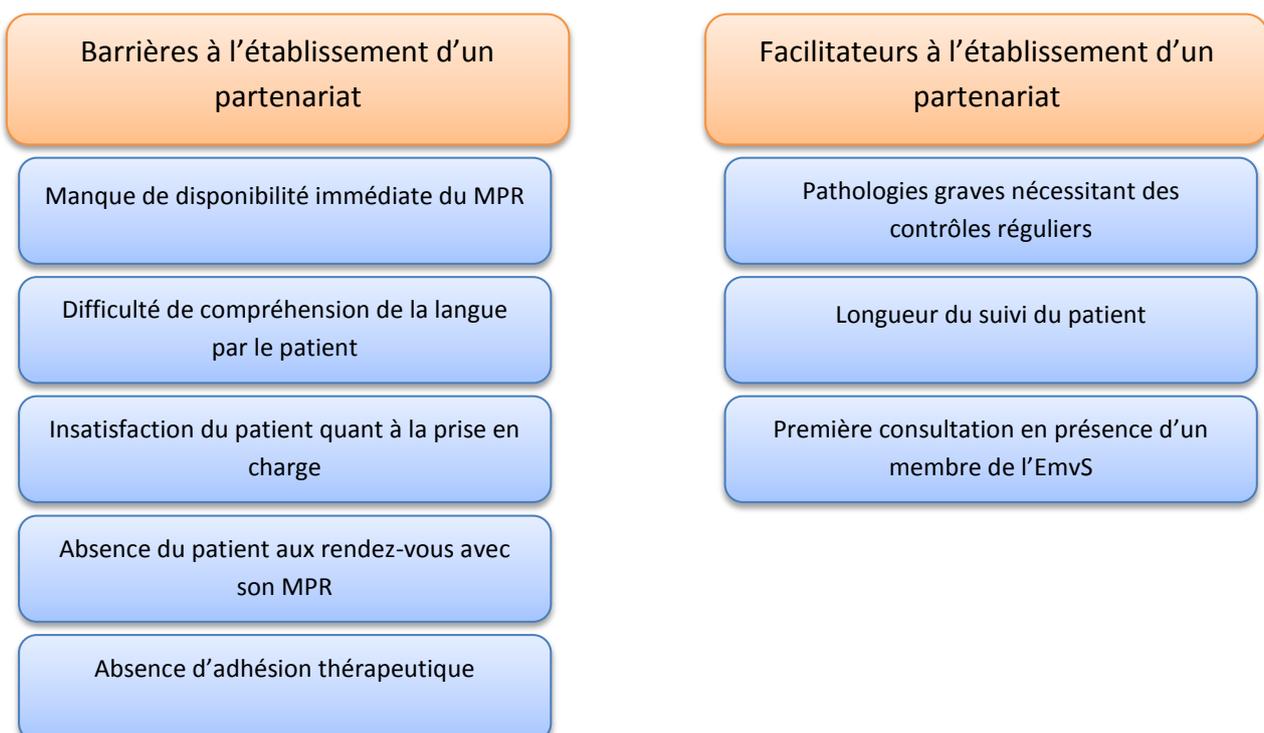


Figure 4: Barrières et facilitateurs à l'établissement d'un partenariat avec le patient UFU selon le MPR

### 3.3. Appréciation par les MPR des courriers EmvS

Sur les 8 MPR interviewés, 6 se souviennent très bien d'avoir reçu un courrier, voire plusieurs de la part de l'EmvS, ceci pour différentes raisons.

Un MPR explique que les consultations avec les patients étant souvent de courte durée, il est utile d'avoir un résumé de toute leur situation car connaissant leur contexte social et psychiatrique, il est plus facile de rester focalisé sur les problèmes somatiques. Pour une autre MPR, la lettre de l'EmvS permet de recadrer les choses en refaisant une liste complète des problématiques puisque, quand on voit un patient très fréquemment, on a tendance à banaliser ses problèmes, toutes les investigations ayant déjà eu lieu. La lettre permet donc un rappel de la multimorbidité parfois très complexe du patient. La MPR souligne que la lettre qu'elle a reçue était très bien écrite et a dû prendre du temps à rédiger. Un troisième MPR explique avoir eu grand intérêt au courrier qu'il a reçu qui était très complet et allait à l'essentiel, lui permettant de se rassurer sur le fait que sa patiente souffrait effectivement de multiples conditions somatiques et que par conséquent, les inquiétudes qu'elle avait, qui la menait aux urgences et lui faisait prendre un traitement un peu excessif, étaient justifiées. En ce qui concerne 2 autres MPR, le courrier leur a été envoyé au tout début de leur prise en charge d'un nouveau patient référé par l'EmvS. Une MPR explique que la lettre est un très bon résumé qui lui permet de comprendre pourquoi sa patiente consultait aussi fréquemment avant de lui être adressée et donc de savoir à quoi elle doit être attentive dans le futur. Pour l'autre MPR, le plus important est de savoir qu'il y a un problème et surtout, de pouvoir en discuter avec le patient afin de mettre les choses à plat pour commencer la relation thérapeutique. De plus, il considère que la lettre de l'EmvS, avec ses différentes sections, permet de remettre la situation du patient UFU en perspective, dans un contexte où le MPR ne reçoit des urgences qu'un fax souvent peu détaillé et dans un délai plus ou moins long.

*Méd 1. Parce qu'il faut le noter quand même qu'on a souvent que 30, 45 minutes, 1 heure de temps avec le patient. Et le voir tout en connaissant déjà tout sur ce qu'il vit au quotidien, à un peu le situer sur le plan social, ça nous aide vraiment à nous focaliser sur les pathologies somatiques. Donc voilà, je pense que c'est d'une très grande utilité.*

*Méd 2. En tout cas, [la lettre] que j'ai reçue, je trouve qu'elle était très bien faite. Parce que c'est tout reprendre l'histoire, un peu depuis le début. J'ai appris des choses en lisant la lettre, il y a des choses que je ne savais pas. Et puis, je me suis dit que ça a dû être une lettre qui a pris du temps à rédiger, il y avait tous les points qui étaient abordés.*

*Méd 4. J'ai trouvé [la lettre] très intéressante, raison pour laquelle elle sort du dossier. Ça reste un excellent résumé. Du reste, il n'y a qu'à regarder tous les points que j'ai soulignés. C'est un excellent rapport qui dit les choses essentielles, ce n'est pas du blablaba. J'ai beaucoup apprécié et c'est la raison pour laquelle il est toujours sous ma main, dans le dossier.*

*Méd 6. Les choses étaient bien expliquées sur le plan bio-psycho-social. Ça, c'était bien. C'est toujours utile de savoir pourquoi [la patiente] a été suivie aussi. Notamment, je sais qu'elle a été suivie pour des troubles alimentaires qu'elle n'a plus actuellement. Mais au moins comme ça, je sais que je reste attentive à ça aussi. Sinon, c'est un truc auquel je n'aurais pas fait attention. Donc, je trouvais que c'était tout à fait bien.*

*Méd 7. Je crois que le point le plus important, c'est d'être rendu attentif qu'il y a un problème. Le contenu, honnêtement, je ne m'en rappelle plus. Je ne sais plus ce qui était écrit exactement, mais je me rappelle d'avoir reçu cette lettre. Et donc, le fait de recevoir la lettre fait réfléchir comment prendre en charge cette patiente, ça c'est sûr. [...] Et je pense que ça devrait être discuté avec le patient lorsqu'on est averti, [lui demander] pourquoi il ne consulte pas son médecin traitant plutôt en première ligne, pourquoi il va si souvent aux urgences. Et ça, ça peut aussi déclencher, je pense, quelque chose chez le patient.*

*Méd 7. Oui, je pense que c'est une bonne idée d'avertir le médecin traitant qu'il y a un problème et que cette personne consulte souvent les urgences parce que c'est vrai, on ne s'en rend pas nécessairement compte, disons. On reçoit peut-être un petit fax résumant la consultation ambulatoire, mais ensuite c'est classé dans le dossier et puis, on n'y pense plus la fois suivante quand le patient vient. Donc, d'être rendu attentif, d'en discuter avec le patient, je pense que c'est très utile, oui.*

Les 3 MPR de la PMU expliquent qu'en plus des lettres, ils ont aussi souvent été en contact plus direct avec les membres de l'EmvS, soit par e-mail, soit en personne. Ce contact « privilégié » est très apprécié ainsi que l'explique une de ces 3 MPR, puisque celui-ci permet un partage optimal des informations du patient et ainsi une prise en charge, un contrat thérapeutique et un suivi dans les meilleures conditions possibles sur le long terme. Elle ajoute que de voir le tout écrit dans un courrier par la suite est aussi très valorisant, montrant au MPR l'efficacité de la prise en charge. Autre point également très apprécié est la présence d'un membre de l'EmvS lors de la première consultation du MPR avec un nouveau patient référé par cette équipe, permettant de faire le lien.

*Méd 3. Mais comme je vous ai dit, on a beaucoup appris les uns des autres, mais parce qu'on discutait beaucoup. Donc, pas vraiment par courrier écrit. Les informations passaient, on était tout le temps en contact. [...] [Pour] garder [le] contrat et [la] prise en charge [avec le patient] tout au long du suivi, j'ai discuté avec mes collègues de l'équipe de vulnérabilités. Donc, faire après le point et voir que ce n'était pas que mon optique par rapport à la thérapie, que ça a marché et puis de voir ça aussi écrit, c'était assez valorisant. Et puis pour le patient en lui-même, parce qu'il s'ouvrait plus par rapport à l'équipe qui le suivait d'une autre manière que somatique. Et, de voir que dans les 2 optiques, médicale et psychosociale, on avait des points favorables, c'était assez bien.*

*Méd 1. D'ailleurs, il m'est arrivé parfois de faire une consultation en leur présence. [...] J'ai même eu pas mal de patients comme nouveaux cas qui m'ont été adressés par cette équipe. Ou parfois, dans des cas complexes, [les membres de l'EmvS] ont été là pour m'aider dans les premières consultations, parce que parfois avec eux, le patient est déjà en lien et avec le médecin, ça prend pas forcément au premier contact. Je pense que leur implication est vraiment d'une très grande utilité.*

En ce qui concerne les 2 derniers MPR interviewés, ils admettent ne pas se souvenir avoir reçu une lettre de l'EmvS. En creusant un peu plus loin la question, les MPR expliquent que s'ils ne se souviennent pas du courrier c'est probablement parce que celui-ci n'a pas mené à une prise en charge conjointe de leur patient avec l'EmvS. Et effectivement, en relisant la section « prise en charge » des lettres écrites par l'EmvS, nous pouvons voir qu'une des patientes a refusé toutes les propositions qui lui ont été faites, menant l'EmvS à décréter que rien de plus ne pouvait être fait sur le moment.

L'autre patiente quant à elle a été aiguillée par l'EmvS vers ce dont elle avait le plus besoin lorsqu'elle était UFU, à savoir un soutien social et non des soins par son MPR qui la suivait déjà depuis longtemps et régulièrement à l'époque. Une fois une prise en charge sociale appropriée mise en place, l'EmvS a pris congé de la patiente.

*Méd 5. Ah, je ne sais pas si j'ai reçu ça, attendez-voir. [...] Ah oui, j'ai ça effectivement. Alors, qu'est-ce qu'ils me racontaient là-dedans? [...] Alors, je n'ai peut-être pas lu, je n'ai pas eu le temps de lire... Je vois seulement maintenant, elle ne m'a pas fait écho de ça... [...] L'équipe de la vulnérabilité, j'avais complètement oublié ça, parce que probablement que ça n'a pas débouché, je dirais, sur des choses concrètes où j'aurais été impliqué. [...] Il y a des fois où vous revenez de vacances, vous avez une trentaine de lettres, autant de mails, donc on regarde un peu si c'est vital ou non et puis bon, probablement que là, je n'ai pas percuté de manière particulière. Mais voilà, il y a une lettre intéressante. Mais, elle évoque tout ce qu'on a dit au fond, donc la précarité de cette personne, son éducation juste limite qui ne lui permet pas tellement de rebondir et puis son histoire personnelle difficile.*

*Méd 8. Je ne [me souviens] pas du tout, non, je ne vois pas du tout le contenu [de la lettre]. [...] Alors, ça ne m'a pas du tout aidé. Ça ne m'a pas laissé un souvenir impérissable. Et puis surtout, ça n'a pas débouché sur une alliance, qu'est-ce qu'on fait les uns avec les autres disons, c'est ça le problème. [...] A mon avis, c'est ça la faiblesse... Cette équipe est là mais si on ne peut rien construire ensemble...*

Un de ces 2 MPR se souvient par contre très bien de l'équipe avec qui il avait collaboré pour une autre de ces patientes. Cette situation avait fait plus écho chez lui car elle avait débouché sur une prise en charge commune. Il ajoute cependant ne pas avoir eu à contacter souvent de lui-même l'EmvS, les choses se décidant la majorité du temps d'abord en intra-hospitalier, le MPR étant notifié par la suite de la situation, ce qui n'a pas l'air de le déranger outre mesure. L'autre MPR quant à lui, ne se souvient pas très bien de l'EmvS, de nouveau selon lui à cause du manque de collaboration entre eux.

*Méd 5. J'ai eu à faire, je crois, avec Madame X qui est l'infirmière attitrée pour une situation aussi d'une vieille dame. [...] L'unité de la vulnérabilité a effectivement mis sur pied des structures assez innovantes qui sont finalement un infirmier qui venait régulièrement et puis qui négociait un peu les choses. [...] Là effectivement, on avait même fait un réseau, donc ça a eu plus d'écho. [...] Effectivement, c'était une très bonne chose et je salue cette unité pour laquelle je n'ai pas eu souvent à faire appel. Souvent, ça vient un peu de l'hôpital, donc c'est plutôt de l'hôpital que les choses se font et ensuite ça se négocie avec le médecin installé.*

*Méd 8. J'ai le souvenir qu'il n'y avait pas eu de collaboration très... J'avais eu un ou deux téléphones d'une dame effectivement qui l'avait vue, probablement une des infirmières mais pas de plan d'action, pas de projet thérapeutique, c'était un peu comme ça. Et puis, comme la dame en question, elle refusait à peu près tout [...], je crois qu'elles étaient toute aussi démunies que moi. Non, je n'ai pas l'impression qu'on a beaucoup fait de chemin... Voilà, c'est le cas présent, ce n'est pas un constat général sur cette structure, c'est pour le cas de dame.*

## 4. Discussion

L'analyse des entretiens regroupée sous différents thèmes a permis de faire émerger plusieurs éléments intéressants auxquels nous nous attacherons maintenant à donner du sens, à relier mais aussi à comparer entre eux, ainsi qu'avec les données trouvées dans la littérature. Nous essaierons de voir s'il existe des corrélations entre la situation lausannoise et les études internationales ou si, au contraire, elles diffèrent totalement.

En ce qui concerne les caractéristiques des patients UFU de notre étude, nous avons pu noter qu'elles sont relativement similaires à celles identifiées dans la littérature. En effet, au même titre que notre étude, les articles portant sur ce sujet font tous état de manière plus ou moins détaillée d'une intrication complexe de comorbidités somatiques et psychiatriques, compliquée très souvent de facteurs de vulnérabilité sociaux et médicaux, particulièrement les abus de substance <sup>1-4 6 7 10</sup>.

Chose nouvelle explorée dans ce travail et n'ayant encore jamais été abordée dans la littérature, le point de vue des MPR par rapport aux raisons de la haute fréquentation de leurs patients UFU a pu être mis en avant. Dans ce contexte, il nous importait de voir s'il existe des relations entre ce qu'expliquent les MPR, ce qui ressort des études concernant les motifs de recours aux urgences des patients UFU et ce que rapporte le personnel des urgences qui les prend en charge périodiquement <sup>25 26</sup>. Les 2 premières raisons principales de recours aux urgences – **anxiété et solitude avec besoin de réassurance et de réconfort et accumulation de facteurs de vulnérabilité médicaux et sociaux avec vécu dans des conditions précaires** – citées par les MPR dans notre étude peuvent tout à fait être mises en relation avec ce qui existe dans les bases de données et le discours du personnel des urgences. En effet, comme raisons médicales principales de haute fréquentation des urgences, ceux-ci citent les troubles psychiatriques, souvent combinés à des abus de substances, et les maladies somatiques complexes, fréquemment chroniques. L'anxiété et les douleurs reviennent souvent comme motif de consultation. Au niveau social, tout élément ou addition d'éléments, tels que manque d'emploi ou de liens familiaux peuvent être à l'origine d'une précarité et/ou d'une solitude avec une recherche de réconfort de la part du patient et d'un sentiment d'appartenance à un système <sup>5 9 19 25 26</sup>. En ce qui concerne **la mise en échec de l'alliance thérapeutique par le patient et le mécontentement de celui-ci par rapport à sa prise en charge**, c'est-à-dire les 2 autres motifs de haute fréquentation exprimés par les MPR de notre étude, ils n'ont pas été retrouvés dans le discours du personnel des urgences. Ce sont donc là des problèmes peut-être plus spécifiques aux MPR. En effet, le but même de la fonction du MPR est la mise en place sur le long terme d'un partenariat aboutissant à une prise en charge en accord avec le patient. A la différence de l'urgentiste dont le rôle est de tout mettre en œuvre pour s'occuper des cas graves le plus rapidement possible.

Une comparaison entre la littérature et notre étude est aussi possible concernant les réseaux de soins des patients UFU. En effet, au contraire de la littérature qui fait état de réseaux composés de multiples intervenants <sup>6 8</sup>, les patients UFU de notre étude ont, pour leur part, parfois beaucoup d'intervenants, parfois peu, voire aucun. L'analyse a également permis de faire ressortir le manque de communication entre les différents intervenants du réseau. Ceci va à l'encontre de la notion de continuité des soins, telle que décrite par Poremski et al <sup>27</sup>, qui stipule que le transfert des patients d'un service à un autre et donc d'un acteur de soins à un autre doit se faire de manière coordonnée et intégrée et que l'information concernant les maladies du patients, ses préférences quant à la prise en charge doit être transmise à chaque intervenant, et ceci à chaque instant. En effet, comment s'imaginer que l'information concernant les pathologies des patients et leurs choix quant à la prise en charge puisse être correctement relayée entre les différents intervenants s'il n'y a pas de communication directe entre ces derniers?

- **Points-clés** : les caractéristiques des patients UFU et les raisons de la haute fréquentation des urgences citées par les MPR de notre étude sont en partie comparables à celles trouvées dans la littérature, à l'exception de la mise en échec de l'alliance thérapeutique par le patient et son mécontentement par rapport à la prise en charge, qui paraissent inhérents à la pratique des MPR. Ceci n'est pas le cas de l'état du réseau de soins des patients UFU de notre étude, qui est beaucoup plus variable que dans la littérature.

En ce qui concerne le ressenti des MPR quant à l'établissement d'un partenariat avec leurs patients UFU, l'analyse a permis de faire ressortir principalement un élément intéressant : **il existe une grande différence entre le ressenti des MPR exerçant à la PMU et celui des MPR installés**. En effet, la mise sur pied d'un partenariat semble être plus compliquée pour les MPR de la PMU que pour les MPR installés. Ceci semble étonnant puisque, dans les deux cas de figure, c'est la relation avec le MPR qui est atteinte puisque le patient choisit d'aller aux urgences plutôt que chez ce dernier. Ceci semble aussi paradoxal par le fait que les MPR exerçant à la PMU sont ceux qui sont le plus rapidement mis au courant des consultations de leurs patients aux urgences et sont donc le plus à même d'intervenir rapidement. Au contraire des MPR installés qui ne sont pour ainsi dire pas impliqués dans la prise en charge intra-hospitalière de leurs patients puisqu'ils ne reçoivent des nouvelles de leurs visites que par la suite dans un fax bref résumant les motifs de consultation ainsi que la prise en charge effectuée au sein des urgences. Comment peut-on alors expliquer cette différence de ressenti ?

D'une part, ceci peut être justement dû à la **proximité** qu'ont les MPR de la PMU avec le monde des urgences : vu qu'ils sont plus rapidement mis au courant de la situation, ils sont donc plus directement confrontés à l'échec de leur prise en charge.

D'autre part, cela peut aussi être dû au plus grand **nombre** de patients UFU qui consultent les urgences et sont référés à la PMU que de patients UFU qui consultaient déjà avant chez un MPR installé. Effectivement, dans notre étude, tous les MPR installés n'ont dans leur clientèle qu'un patient UFU alors que les MPR travaillant à la PMU sont beaucoup plus régulièrement confrontés à ce genre de problématique.

De plus, le **suivi** que font les MPR installés avec leurs patients UFU est souvent de beaucoup plus longue date que celui des MPR travaillant à la PMU. Il est donc possible d'imaginer que l'impact que peuvent avoir plusieurs consultations en urgence sur un suivi de 20 ans ou sur un suivi débutant n'est pas de la même ampleur. Ceci est à relier au fait que les patients UFU des MPR installés, bien que se rendant aux urgences, continuent d'aller chez leur MPR, à la différence des patients UFU des MPR de la PMU, qui ne vont pas aux rendez-vous, mais se rendent aux urgences à la place. Nous avons donc un partenariat qui tient, malgré la période de haute fréquentation des urgences, contre un partenariat qui n'arrive tout simplement pas se mettre en place.

Cette différence peut aussi venir du **type** de patients qui fréquentent les urgences et sont référés aux consultations de la PMU ou qui viennent aux urgences mais ont déjà un MPR à côté. En effet, les patients étant référés aux consultations de la PMU semblent plutôt être des personnes qui n'ont pas de logement ni de travail ou qui sont requérantes d'asile, et qui n'avaient pas de MPR avant qu'on leur en attribue un. Les patients UFU des médecins installés, quant à eux, sont plutôt plus âgés et ont un suivi depuis très longtemps ; pas tous n'ont un travail mais tous ceux qui ont en besoin bénéficient de l'aide sociale et tous ont un logement.

Ici aussi, un lien peut être fait avec la littérature : bien qu'il n'y ait pas de recherche spécifique consacrée au point de vue des MPR sur le partenariat qu'ils ont avec leurs patients UFU, plusieurs articles mettent en avant l'idée que se font les patients de celui-ci. Si l'on compare ce que disent ces derniers avec ce qu'expliquent les MPR de notre

étude, on ne retrouve pas tellement de similitudes. En effet, selon les patients, l'obstacle à une alliance solide avec leur MPR venait souvent du fait que ces derniers étaient peu disponibles et répondaient peu à leurs besoins<sup>5 10</sup>. Cependant, on découvre dans notre étude qu'une grande partie des MPR essaient de se rendre disponibles au mieux, faisant même des efforts pour adapter les horaires des consultations, proposant des rencontres régulières et suivant de près que les patients viennent aux rendez-vous. De même, il semble que plusieurs d'entre eux répondent adéquatement aux besoins de leurs patients puisque cela a permis de faire diminuer le nombre de leurs visites aux urgences.

- **Points-clés** : il existe un grand décalage de ressenti entre les MPR installés et les MPR de la PMU en ce qui concerne l'établissement d'un partenariat avec les patients UFU. Ceci peut venir d'une différence de proximité qu'ont les MPR avec les urgences, du nombre et du type de patients UFU qu'ils ont dans leur suivi, ainsi que du nombre d'années de suivi qu'ils ont effectué.

Pour ce qu'il en est du ressenti des MPR quant à leur rôle dans la prise en charge de leurs patients UFU, ceci peut aussi être mis en relation avec la littérature. A nouveau, aucune recherche n'a été spécifiquement centrée sur le point de vue des MPR, mais une étude menée par le *Henry Ford Health System*<sup>28</sup> a mis en lumière le ressenti des médecins urgentistes envers les patients UFU de manière générale. Ce qui en ressort est quelque peu inquiétant: la majorité des médecins interrogés admettent se sentir frustrés, avoir moins d'empathie et des partis-pris contre les patients UFU et surtout ressentir un certain épuisement par rapport à ces patients qu'ils voient trop fréquemment. Une autre étude menée au sein d'un service d'urgences psychiatriques à Singapour révèle elle aussi le sentiment d'impuissance et de découragement que le personnel des urgences peut ressentir face aux patients UFU, auxquels ils ne savent souvent plus quoi proposer comme alternative<sup>26</sup>. Le même genre de constatations se retrouve chez certains médecins de notre étude, surtout ceux travaillant à la PMU. Ils expliquent ressentir une certaine frustration et un sentiment d'épuisement mais qui s'exprime plutôt sous forme d'impuissance, de lassitude, d'abandon de cette relation dysfonctionnelle. Nous avons ressenti beaucoup moins de frustration chez les MPR installés, qui semblent plutôt satisfaits de la relation qu'ils ont avec leur patient UFU. De plus, bien que les notions de rôle central aux côtés du patient et de position vis-à-vis des nombreuses consultations en urgence ne semblent pas aussi claires que pour les MPR de la PMU, les MPR installés semblent tous se sentir très impliqués dans la prise en charge de leurs patients.

- **Points-clés** : les MPR travaillant à la PMU estiment, la plupart du temps, ne pas avoir un rôle central aux côtés de leurs patients UFU. Ils se sentent souvent frustrés et épuisés par ces relations où ils n'arrivent pas à s'intégrer. En cela, ils rejoignent le ressenti d'urgentistes interrogés au sujet des patients UFU. Les MPR installés, à l'inverse, se sentent très impliqués dans la prise en charge de leurs patients UFU, plusieurs estimant même se trouver au centre de celle-ci.

La dernière partie de l'analyse nous a permis de voir que les lettres écrites par l'EmvS sont globalement très appréciées par les MPR qui les reçoivent. En parlant avec des MPR dont les patients leur ont été référés par l'EmvS, les lettres semblent leur avoir été d'autant plus utiles qu'ils ont eu les informations principales concernant leurs patients au tout début de la prise en charge.

L'EmvS n'est pas appréciée seulement pour les lettres qu'elle écrit mais aussi pour ses interventions directes envers les médecins. En effet, plusieurs MPR mettent en avant sa participation bénéfique lors du premier rendez-vous avec leur nouveau patient, permettant de faire le passage de témoin et d'aider à la création du lien. 2 MPR, par contre, déplorent un manque de collaboration avec cette équipe. Pour eux, la lettre n'était manifestement pas suffisante puisqu'ils ne s'en rappellent pas. Ils expliquent

qu'elle ne leur a rien apporté de nouveau au niveau des caractéristiques des patients qu'ils connaissaient déjà, mais qu'il leur a par contre manqué une proposition de prise en charge conjointe de la situation.

Ainsi, le rôle de l'EmvS ne semble pas toujours clair pour les médecins. Il pourrait donc être intéressant d'expliquer aux MPR en quoi consiste réellement le concept de Case Management exercé par l'EmvS. Cependant, ceci semble être moins problématique pour les MPR de la PMU qui ont un contact plus fréquent et direct avec l'EmvS puisqu'ils travaillent au sein de la même institution. Cette proximité semble aussi être bénéfique pour la transmission d'informations et donc pour la prise en charge du patient. Ceci donne même l'impression de renforcer le sentiment d'engagement du MPR par l'équipe, permettant ainsi une collaboration plus naturelle.

Un autre point intéressant de l'analyse est, comme l'explique un MPR, cette impression qu'il est normal que l'organisation d'interventions et/ou d'un réseau pour le patient se fasse en intra-hospitalier et que le MPR en soit averti par la suite. Ceci met donc en évidence le décalage qu'il existe encore entre le système hospitalier et les médecins installés mais aussi l'importance du rôle de l'EmvS qui permet la communication entre l'hôpital et les MPR puisque sans elle pour détecter, informer et initier la collaboration, les patients auraient probablement continué à être UFU.

- **Points-clés** : les lettres écrites par l'EmvS sont globalement très appréciées par les MPR qui les reçoivent, d'autant plus lorsqu'elles arrivent au début d'une nouvelle prise en charge d'un patient UFU. Les interventions directes de cette équipe, qui fait le lien entre patients UFU et MPR, sont également appréciées, à l'exception de 2 MPR qui auraient aimé avoir plus de contact avec l'EmvS et être intégrés lors de la prise en charge de leurs patients par celle-ci. A l'époque où il n'existe pas encore réellement de lien entre urgences et MPR, le travail de l'EmvS est absolument crucial pour faire le lien entre intra- et extrahospitalier et ainsi permettre un encadrement optimal des patients UFU.

## 5. Limitations de l'étude

Dû au panel restreint de MPR ayant accepté de participer à notre étude, les différents résultats ainsi que l'analyse, qui en a été tirée, sont à prendre avec précaution. En effet, les entretiens menés avec les 8 MPR, bien que porteurs d'une multitude d'informations, n'offrent qu'une interprétation limitée de la réalité des MPR face à leurs patients UFU. De ce fait, une extrapolation des connaissances acquises au cours de cette étude au reste des MPR lausannois s'occupant de patients UFU requiert une certaine prudence.

La taille réduite de notre échantillon de MPR s'explique par différentes raisons. Il y a d'une part le nombre de lettres envoyées par l'EmvS aux MPR, qui est relativement restreint par rapport au nombre de patients pris en charge par cette équipe. Nous avons, de plus, essayé de nous focaliser sur les lettres les plus récentes, partant de l'hypothèse que les MPR se souviendraient probablement mieux d'un courrier récent et donc de leur ressenti de la situation à ce moment-là. Une fois une première liste établie, les lettres évoquant des patients ne répondant pas aux critères d'inclusion de notre étude ont été enlevées. Ce procédé a ainsi ôté une partie des lettres les plus récentes, les critères de l'EmvS ayant évolué au fil des années et ne s'adressant plus uniquement aux patients UFU. Le dernier défi qui s'est présenté a concerné la prise de contact avec les MPR de la liste définitive. En effet, entre tournus des médecins assistants de la PMU aux 6 mois, installation en cabinet loin de Lausanne, départ à la retraite, manque de temps et non réponse malgré plusieurs appels et messages laissés à leur intention, la prise de contact avec les MPR s'est avérée plus ardue que prévu.

## 6. Conclusion

Suite à la présentation des résultats et l'analyse de ceux-ci, nous pouvons voir que les hypothèses formulées dans la section *Justification et objectifs de l'étude* se révèlent en partie exactes. En effet, il n'existe bel et bien aucune étroite collaboration entre MPR et système hospitalier. Cependant, un lien entre eux est tout de même présent : les fax envoyés par les urgentistes qui avertissent les MPR de la visite aux urgences de leurs patients. Mais, ces fax comme seuls moyens de communication semblent souvent ne pas suffire : ils ne sont pas assez exhaustifs, pas reçus assez vite par les MPR, perdus parmi la multitude d'autres informations, oubliés.

Pourtant, malgré le manque de lien objectif perçu entre urgences et MPR, ceci n'est pas obligatoirement ressenti comme tel par ces derniers. En effet, du côté des MPR installés, il semble flagrant, lorsqu'ils mentionnent les fax, mais aussi parfois leur méconnaissance de la situation qui a poussé leurs patients à se rendre fréquemment aux urgences, qu'ils ne sont pas réellement intégrés vis-à-vis de la prise en charge hospitalière de ceux-ci. Et pourtant, tout se sentent très impliqués et plusieurs se voient au centre de la prise en charge de leurs patients, chargés de la coordination avec les autres acteurs de soins. Pour les MPR travaillant à la PMU en revanche, leurs propos font penser qu'ils se sentent, la plupart du temps, peu intégrés, effectivement laissés pour compte dans le système de soins dans lequel évoluent leurs patients. Mais, ce sentiment ne semble pas venir de la gestion des urgences en tant que telle, mais plutôt des patients qui ne laissent pas la possibilité à leurs MPR de s'intégrer dans leur prise en charge.

Les courriers de l'EmvS s'inscrivent dans ce contexte de manque de collaboration entre systèmes intra- et extrahospitalier. Ils servent à relayer l'information entre urgences et MPR et donc, en quelque sorte, à faire le lien entre eux. Comme estimé plus tôt, ces courriers ont été utiles aux MPR. En effet, ils permettent à ces derniers de mieux envisager l'entièreté de la situation de leurs patients et ainsi, de mieux comprendre les raisons qui les ont poussés à aller aux urgences. De plus, ils servent parfois aussi de justification à la prise en charge et au traitement prescrit par les médecins. Aux yeux de certains MPR cependant, les lettres n'étaient pas suffisantes. Ils auraient préféré un contact direct avec l'EmvS, une prise en charge commune dans laquelle ils se seraient sentis plus investis dans leur rôle de MPR aux côtés du patient.

En ce qui concerne les interventions de l'EmvS, nous avons donc d'une part une gratitude de la part des MPR pour le suivi ainsi que les informations détaillées qui leur sont fournies et d'autre part, une certaine volonté de la part des MPR d'être plus impliqués dans l'accompagnement de leurs patients par cette équipe. Dans tous les cas, l'EmvS et ses courriers semblent être une base solide sur laquelle s'appuyer pour soutenir le lien entre patients UFU et MPR et éviter ainsi le divorce.

## 7. Bibliographie

1. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, Trueb L, Vaucher P, Althaus F, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system . *Acad Emerg Med*. 2012 Jan;19(1):63-68.
2. Huang JA, Weng RH, Lai CS, Hu JS. Exploring medical utilization patterns of emergency department users. *J. Formos. Med Assoc*. 2008 Feb;107(2):119-28.
3. Milbrett P, Halm M. Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. *J Emerg Nurs*. 2009 Jun;35(3):191-198.
4. Althaus F, Stucki S, Guyot S, Trueb L, Moschetti K, Daepfen JB, et al. Characteristics of highly frequent users of a Swiss academic emergency department: a retrospective consecutive case series. *Eur J Emerg Med*. 2013 Dec;20(6):413-19
5. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med*. 1998 Nov;32(5):563-68.
6. Hansagi H, Olsson M, Sjöberg S, Tomson Y, Göransson S. Frequent use of the hospital emergency department is indicative of high use of other health care services. *Ann Emerg Med*. 2001 Jun;37(6):561-67.
7. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, Colby DC, Callahan ML. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med*. 2006 Jul;48(1):1-8.
8. Chan BTB, Ovens HJ. Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Can Fam Physician*. 2002 Oct;48:1654-60.
9. Jørgensen JT, Andersen JS, Tjønneland A, Jovanovic ZA. Determinants of Frequent Attendance in Danish General Practice: A Cohort-Based Cross-Sectional Study. *BMC Fam Pract*. 2016 Jan 28;17:9.
10. Cunningham, A, Mautner D, Ku B, Scott K, LaNoue M. Frequent emergency department visitors are frequent primary care visitors and report unmet primary care needs. *J Eval Clin Pract*. 2017 Jun;23(3):567-73.
11. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Aff (Millwood)*. 2013 Jul; 32(7):1196-1203.
12. Mautner DB, Pang H, Brenner JC, Shea JA, Gross KS, Frasso R et al. Generating hypotheses about care needs of high utilizers: lessons from patient interviews. *Popul Health Manag*. 2013;16(Suppl 1):S26-33.
13. Canepa Allen M, Ansermet C, Schupbach J. Un accompagnement respectueux des priorités du patient. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2014 Jun 1;(6):62-65. French.
14. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. *Ann Fam Med*. 2015 Nov;13(6):523-28.
15. Williams V, Smith A, Chapman L, Oliver D. Community matrons – an exploratory study of patients' views and experiences . *J Adv Nurs*. 2011 Jan;67(1):86-93.
16. Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. *Int Nurs Rev*. 2014 Mar 1;61(1):14-24.
17. Sargent P, Pickard S, Sheaff R, Boaden R. Patient and carer perceptions of case management for long-term conditions . *Health Soc Care Community*. 2007 Nov 1;15(6):511-19.
18. Hansagi H, Olsson M, Hussain A, Ohlén G. Is information sharing between the emergency department and primary care useful to the care of frequent emergency department users? *Eur J Emerg Med*. 2008 Feb;15(1):34-39.
19. Haroun D, Smits F, van Etten-Jamaludin F, Schene A, van Weert H, Riet GT. The effects of interventions on quality of life, morbidity and consultation frequency in

- frequent attenders in primary care: a systematic review. *Eur J Gen Pract.* 2016 Jun;22(2):71-82.
20. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in “case” management. *Ann Fam Med.* 2003 Jun;1(1):8-14.
  21. Ploeg J, Matthew-Maich N, Fraser K, Dufour S, McAiney C, Kaasalainen S, et al. Managing multiple chronic conditions in the community: a Canadian qualitative study of the experiences of older adults, family caregivers and healthcare providers. *BMC Geriatr.* 2017 Jan 31;17(1):40.
  22. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras ME. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. *Patient Educ and Couns.* 2012 Aug;88(2):170-76.
  23. Hudon C, Tribble DSC, Bravo G, Hogg W, Lambert M, Poitras ME. Family physician enabling attitudes: a qualitative study of patient perceptions. *BMC Fam Pract.* 2013 Jan 10;14:8.
  24. Kiefer B. Littérature en santé et Web 2.0. *Rev Med Suisse.* 2012;2312-2312. French.
  25. Ablard S, Coates E, Cooper C, Parry G, Mason SM. Can more appropriate support and services be provided for people who attend the emergency department frequently? National Health Service staff views. *EMJ.* 2017 Aug 31.
  26. Poremski D, Kunjithapatham G, Koh D, Lim XY, Alexander M, Lee C. Lost Keys: understanding service providers’ impressions of frequent visitors to psychiatric emergency services in Singapore. *Psychiatr Serv.* 2017 Apr 1;(68):390-95.
  27. Poremski D, Harris DW, Kahan D, Pauly D, Leszcz M, O’Campo P, et al. Improving continuity of care for frequent users of emergency departments: service user and provider perspectives. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016 Jun;40:55-59.
  28. Survey: ED physicians report burnout, desire help for dealing with frequent users. *ED Manag.* 2011 Sep;23(9):104-5.