

Études et Résultats

N° 607 • novembre 2007

Genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale

Une grande partie de la demande de soins «en urgence» est prise en charge par la médecine générale de ville: en 2004, on estimait à 35 millions le nombre de recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville pendant que les services d'urgences des hôpitaux enregistraient 14 millions de passages.

En complétant le «volet médecin» par un «volet patient», l'enquête menée par la DREES en 2004 permet de dégager les déterminants et de décrire la séquence d'un recours urgent ou non programmé à la médecine générale. Si la douleur est très fréquemment invoquée par les patients, seulement un tiers d'entre eux déclarent avoir craint que leur trouble soit grave. Une majorité des usagers ont tenté de se soigner seuls ou ont déjà consulté un médecin pour ce même problème et 42% n'ont décidé de recourir en urgence ou de façon non programmée à un généraliste que deux jours (ou plus) après les premiers symptômes.

En les déclinant en sept groupes types, une typologie de ces recours conduit à cerner les comportements à l'œuvre et à mieux en appréhender la genèse.

Marc COLLET, Marie GUYON

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

EN 2004, les consultations ou visites des généralistes sont composées de 12% de recours «urgents ou non programmés» (Gouyon et Labarthe, 2006), que ce soit du point de vue du médecin ou du patient (encadré 1). Parmi eux, 13% sont pris en charge par des médecins généralistes exerçant au sein d'une association urgentiste telle que SOS Médecins ou les urgences médicales de Paris (Gouyon, 2006).

Au sein de cette clientèle, les jeunes patients sont davantage représentés tandis que les plus de 70 ans le sont moins, comparativement à l'activité globale de la médecine de ville (Labarthe, 2004); ce phénomène restant cependant moins marqué que dans les urgences hospitalières (Baubeau et Carrasco, 2003). Par rapport aux urgences hospitalières, la médecine de ville est relativement peu sollicitée pour des problèmes traumatiques mais bien plus confrontée à des pathologies aiguës telles que les maladies infectieuses, les troubles ORL, les problèmes relevant de l'ophtalmologie, de la stomatologie, de la gastro-entérologie ou encore de la rhumatologie.

Deux premières études issues de l'enquête menée par la DREES en 2004 ont porté sur les déclarations des généralistes suite à un recours urgent ou non programmé. L'enquête a également recueilli les opinions et déclarations des patients sur ces recours, visant à dessiner la trajectoire qu'ils ont suivie et, notamment, la genèse d'un recours urgent ou non programmé en médecine générale de ville.

Des symptômes à la décision de consulter

Quels sont les symptômes qui justifient le recours en urgence ou de façon non programmée à un médecin ?

L'enquête laisse au patient le choix entre une dizaine de symptômes qui ont pu motiver le recours inopiné à la médecine de ville (douleur, fièvre, angoisse, vomissement, malaise...). Avec une moyenne de 2,6 symptômes distincts déclarés (1,6 en moyenne dans les services d'urgences à l'hôpital), les patients décri-

vent des situations variées : la moitié en mentionnent au moins trois, 17% un seul ; 8% des patients ne déclarent aucun signe¹.

La douleur, déclarée par les trois quarts des patients, apparaît comme le symptôme prépondérant dans les recours urgents ou non programmés à la médecine de ville, davantage que dans les services d'urgences à l'hôpital où elle n'est exprimée que dans 42% des cas (graphique 1). Les femmes mentionnent un peu plus fréquemment un épisode douloureux que les hommes (77% contre 73%²), et cela, à pathologie donnée³. À l'opposé, la douleur est moins fréquemment invoquée par les parents dans le recours des jeunes enfants, peut-être du fait de la difficulté à en interpréter la manifestation : elle concerne les deux tiers des enfants de moins de 2 ans.

D'autres symptômes sont exprimés, chacun, par un patient sur trois environ : une gêne, telle qu'une difficulté à respirer ou une démangeaison, la nécessité de garder le lit ou une forte indisposition, la fièvre ou encore un sentiment d'angoisse. Diarrhées ou vomissements sont mentionnés dans un recours urgent sur cinq et un patient sur dix déclare avoir été victime d'un malaise. Motifs les plus fréquemment cités par les patients pris en charge dans un service d'urgences hospitalier, les accidents et violences sont relativement peu invoqués dans le cadre des recours urgents à un généraliste de ville (moins d'un cas sur dix contre 61% à l'hôpital). Ces symptômes sont inégalement évoqués selon l'âge ou le sexe. Les enfants, et notamment les moins de 2 ans, sont particulièrement concernés par une «gêne» (55% de cette classe d'âge), une fièvre (63% et 55% des 3 à 12 ans), des diarrhées ou vomissements (30% des moins de 2 ans). À l'opposé, la déclaration d'angoisses est plus fréquente chez les personnes âgées (44% des plus de 70 ans). Enfin, les femmes déclarent plus fréquemment ressentir un état d'angoisse (37%) que les hommes (28%) qui, lors de leurs recours, sont plus souvent contraints de s'aliter ou éprouvent une forte indisposition (35% contre 28% des femmes).

1. Il s'agit alors essentiellement de recours motivés par le besoin d'un document, tel qu'un certificat ou une ordonnance.

2. Les écarts quant au nombre et au type de troubles déclarés selon le genre (comme selon l'âge) peuvent être pour partie inhérents à une perception et une interprétation des manifestations corporelles différenciées entre hommes et femmes, comme l'indique Pierre Aïach (« Femmes et hommes face à la mort et à la maladie, des différences paradoxales », in *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, 2001, Éditions ENSP).

3. La significativité des liens entre ces facteurs s'appuie sur des régressions logistiques.

ENCADRÉ 1

Le protocole d'enquête

Après une enquête spécifique sur les usagers des urgences hospitalières menée en 2002 (Baubeau et Carrasco, 2003), la DREES a souhaité étendre la connaissance des recours aux soins urgents ou non programmés au versant complémentaire de l'offre de soins : la médecine générale de ville.

La notion d'urgence en médecine de ville

Les séances de médecine de ville définies comme urgentes (ou, par extension, comme non programmées) recouvrent un ensemble de situations volontairement larges et reposant sur des approches différenciées. Sont ainsi inclus dans le champ d'enquête :

- des urgences médicales repérées comme telles par le médecin ;
- des recours intervenant en dehors des horaires d'ouverture du cabinet du médecin ;
- des recours ayant lieu pendant les heures d'ouverture du cabinet avec des patients déclarant, à la question posée par le médecin, « avoir eu besoin de voir un médecin dans la journée » ;
- des recours aux médecins des associations urgentistes de ville, exceptions faites des visites sur réquisition de la police ou de la gendarmerie, ou réalisées en qualité de médecin pompier.

Il est à noter que les médecins d'une part et les patients d'autre part, jugent *a posteriori* dans 90% des cas que le recours dans la journée était bien justifié.

Une enquête en deux volets

L'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine de ville comporte deux volets :

- Le premier volet est constitué d'un questionnaire simple rempli par les 1304 généralistes exerçant en cabinet interrogés sur le déroulement médical de chacune des séances entrant dans le champ de l'enquête au cours de la semaine du 18 au 24 octobre 2004. En outre, 94 généralistes exerçant au sein des associations SOS médecins ou Urgences médicales de Paris ont participé à l'enquête, sur 24 heures de vacances consécutives, en durée cumulée. 17 254 « fiches patients » ont ainsi pu être renseignées (dont 13% par les médecins urgentistes).
- Le second volet est constitué d'un entretien téléphonique auprès de 4 009 patients en France métropolitaine (interrogés entre le 29 octobre et le 25 novembre), qui étaient jugés « aptes » à participer à l'enquête par leur médecin. Il a permis de recueillir des informations complémentaires sur la perception du patient quant aux symptômes, démarches et trajectoires de soins ayant précédé, déclenché ou suivi ce recours urgent en médecine de ville. Il les interrogeait également sur leur degré de satisfaction quant à leur prise en charge ainsi que sur leurs connaissances du système et des modalités d'accès aux soins en cas d'urgence médicale.

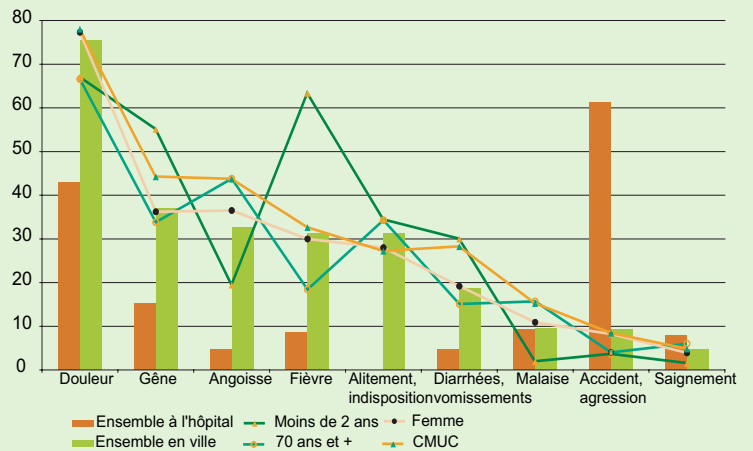
Les taux de participation et le redressement des données

Le taux de participation des médecins (généralistes exerçant en cabinet et urgentistes de ville) à l'enquête est estimé à 63% et varie d'une région à l'autre ; celui des patients est estimé à 52% et varie en fonction de leur âge, de leur sexe, du fait qu'ils bénéficient ou non de la CMU complémentaire, de leur région de résidence ainsi que du type de médecin auquel ils ont eu recours (exerçant en association d'urgentistes, en cabinet de ville ou en cabinet rural) et du lieu de la séance (consultation ou visite). Le redressement effectué vise à rendre les données représentatives à la fois sur les médecins et sur les patients interrogés. Ce sont ces données pondérées qui sont utilisées dans cet article.

L'enquête Urgences en ville est représentative des recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville réalisés au cours d'une semaine du mois d'octobre 2004. En faisant l'hypothèse que cette semaine est une semaine « moyenne », on peut alors extrapoler à 35 millions le nombre de séances urgentes ou non programmées effectuées sur toute l'année. Ce nombre correspond à un peu plus de 10% de l'ensemble des consultations et visites des généralistes comptabilisées par la CNAMTS pour l'année 2004.

GRAPHIQUE 1

Symptômes déclarés par les patients ayant recours en urgence à la médecine de ville selon l'âge, le sexe et la CMU complémentaire (en %)



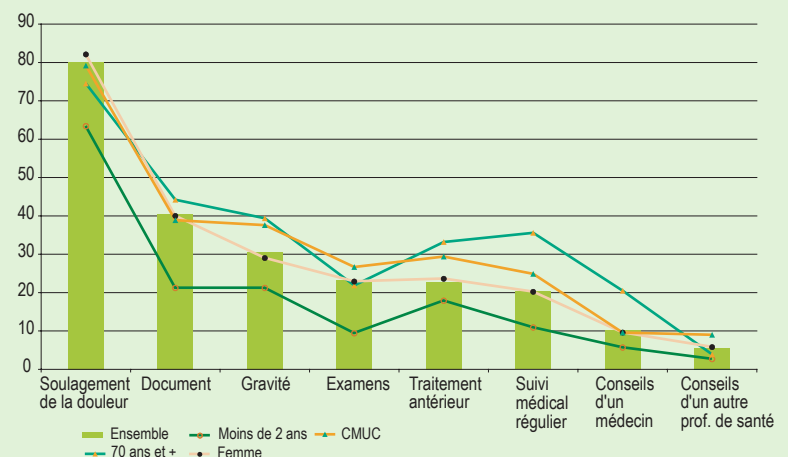
Lecture • 67% des recours urgents ou non programmés des enfants de moins de 2 ans sont notamment motivés par la douleur ; celle-ci est un symptôme déclaré par 75% des patients ayant recours en urgence à la médecine générale de ville et par 43% des personnes qui se sont rendues dans un service d'urgences hospitalier.

L'enquête Usagers des services d'urgences ne proposait pas l'alitement ou l'indisposition comme motif de recours).

Sources • Enquêtes Urgences en ville, DREES 2004, et Usagers des services d'urgences, DREES 2002.

GRAPHIQUE 2

Les motifs de recours aux soins urgents ou non programmés évoqués par les patients, selon l'âge, le sexe et la CMU complémentaire (en %)



Lecture • 20% des patients ayant recours en urgence à la médecine générale de ville ont déclaré que cela s'inscrivait dans le cadre d'un suivi médical régulier. Pour les enfants de moins de 2 ans, cette proportion est de 11%.

Sources • Enquête Urgences en ville, DREES 2004.

Le sentiment de gravité n'est mentionné que dans un cas sur trois

Au-delà de leurs symptômes, les patients décrivaient les circonstances et leurs attentes par rapport à ce recours urgent ou non programmé. Les trois quarts des patients interrogés ont donné au moins une raison à leur recours (1,5 en moyenne et un quart en évoquent deux ou plus).

Près de neuf personnes sur dix déclarent que leur recours avait notamment une visée antalgique, ce qui confirme la prépondérance de la douleur dans le besoin de consulter un médecin (graphique 2). Pourtant, les médecins ne déclarent la douleur comme motif de recours que dans un peu plus d'un cas sur trois. Un tel écart peut s'expliquer par des différences de représentations ou de perspectives : la douleur constituerait pour les patients un motif de recours en soi tandis que les médecins la considéreraient plutôt comme une manifestation naturelle de la maladie. On peut aussi supposer que, une fois en présence du médecin, les patients relativisent et minimisent la douleur ressentie, s'attendant alors à ce que leur problème trouve rapidement une issue.

Les patients ont avancé par ailleurs des attentes médicales spécifiques et précises. Ainsi, 40 % des patients ont motivé leur prise en charge par le besoin d'un document tel qu'un certificat ou une ordonnance ; la prescription de médicaments apparaissant prépondérante. Un quart des patients pensaient qu'ils devaient faire des examens. Il faut également souligner que les recours urgents ou non programmés peuvent survenir au cours d'une période de suivi médical ou d'une démarche de soins déjà initiée : un quart des patients avaient déjà consulté un médecin pour le problème qui les occupe et suivaient un traitement, sans amélioration notable de leur état de santé. Près d'un quart des recours retenus au départ comme urgents ou non programmés étaient prévus dans le cadre d'un suivi médical régulier⁴ et un patient sur six a consulté sur les conseils d'un médecin (11 %) ou d'un autre professionnel de santé (6%). Finalement, la gra-

tivité perçue par le patient de ses troubles de santé est avancée dans un cas sur trois « seulement » pour légitimer la consultation.

Là encore, ces motivations ne sont pas indépendantes des caractéristiques sociodémographiques (graphique 2). Ainsi, le caractère alarmant du trouble de santé et le suivi médical régulier concernent en premier lieu les patients les plus âgés. Par ailleurs, il s'agit souvent de patients atteints d'une affection de longue durée, majoritairement une pathologie chronique stable dans le cadre d'un suivi régulier et, à l'opposé, une affection chronique déstabilisée lorsque le patient pressent que son problème est grave.

Une majorité des patients ont essayé de se soigner seuls ou ont déjà eu recours à un médecin

Avant de décider de recourir en urgence ou de façon non programmée à un généraliste, les patients ont pu tenter de se soigner seuls, de consulter une première fois un médecin. Faute de résolution de leur problème, ils décident ensuite de consulter en urgence ou de façon non programmée : 43 % des patients ont eu recours à l'automédication avant de décider de consulter un médecin en urgence (tableau 1). Le plus souvent, elle s'est accompagnée ou a été suivie d'une consultation auprès d'un médecin (un cas sur trois au total). 17 % ont vu un médecin auparavant pour ce problème sans essayer de se soigner seuls et 40 % n'ont donc rien fait avant ce recours.

Toutes choses égales par ailleurs⁵, l'automédication concerne davantage les enfants (54 %) et les jeunes adultes (48 %), qu'elle s'accompagne ou non d'une visite préalable chez un médecin. Les femmes tentent davantage (46 %) que les hommes (39 %) de se soigner par leurs propres moyens avant de décider de recourir en urgence à un médecin. Enfin, les patients recourent d'autant plus à l'automédication qu'ils ont ressenti des symptômes classiques et facilement identifiables tels que la fièvre (58 %), une démangeaison ou une difficulté à respirer (50 %), une indisposition

(50 %) ou encore un épisode douloureux (47 %). En revanche, une sensation d'angoisse ou la survenue d'un accident s'accompagne moins fréquemment de comportements d'automédication (respectivement 38 % et 36 %).

La décision de recourir en urgence ou de façon non programmée a lieu dans 42 % des cas plus de deux jours après la survenue des premiers symptômes

Un quart des patients ont pris la décision de contacter un généraliste en urgence dans la demi-journée qui a suivi l'apparition du problème ; un tiers ont réagi avec un délai allant d'une demi-journée à deux jours. Une proportion importante des patients (42 %) déclare donc avoir décidé de recourir en urgence ou de façon non programmée à la médecine générale plus de deux jours après la survenue des premiers symptômes (tableau 2).

La médicalisation du problème est d'autant plus rapide que le patient est jeune : 28 % des recours relatifs aux nourrissons et 31 % des consultations urgentes des enfants de plus de 2 ans sont décidés dans la demi-journée ; la majorité de leurs recours demeurant pour autant concentrée entre une demi-journée et deux jours après l'apparition du problème.

C'est dans le cas de malaises, d'accidents, de diarrhées ou vomissements que les patients sont les plus enclins à faire appel très rapidement à un médecin. À l'opposé, les patients qui souffrent d'une « gêne » tendent à laisser passer beaucoup plus de temps avant de décider de consulter (plus de deux jours dans 44 % des cas).

Enfin, la décision de recourir en urgence ou de façon non programmée à un médecin est plus prompte lorsqu'elle s'adresse à une association d'urgentistes de ville plutôt qu'à un autre généraliste : 56 % des recours à SOS médecins ou aux Urgences médicales de Paris sont décidés dans la demi-journée qui suit l'apparition des symptômes, contre 24 % des recours aux généralistes exerçant en cabinet de ville.

4. À titre d'illustration, ce serait le cas d'un patient suivi régulièrement par son généraliste et qui aurait demandé à le revoir, pour son problème, plus tôt que prévu.

5. Ces résultats sont contrôlés par l'âge et le sexe du patient, le fait qu'il souffre éventuellement d'une ALD et bénéficie ou non de la CMU complémentaire, ainsi que les symptômes qu'il a ressentis avant son recours.

Les conditions de déclenchement des recours urgents dessinent sept grands groupes

Une analyse en composantes multiples (encadré 2) a mis en évidence une opposition entre les séances pour des problèmes ponctuels avec une symptomatologie classique et celles, souvent plus alarmantes, qui s'inscrivent dans le cadre d'une démarche de soins antérieure ou postérieure. La typologie ensuite construite distingue sept « situations type » prédisant à un recours urgent ou non programmé (tableau 3).

Un quart de recours différés pour des douleurs et gênes non soulagées par l'automédication

Le premier groupe, qui rassemble 25 % des patients, correspond à des recours différés pour une douleur ou une gêne non soulagée par automédication. Ces personnes déclarent presque exclusivement ces deux symptômes (respectivement 76 % et 44 % d'entre eux). Il s'agit ici de recours pour un problème ponctuel majoritairement motivés par le besoin de calmer la douleur (97 %) et la crainte de voir le problème s'aggraver (65 %). Le délai entre apparition des symptômes et recours est particulièrement long (plus de deux jours dans 63 % des cas) et, pendant ce laps de temps, ils ont souvent eu recours à l'automédication (55 %). Cependant, devant la persistance des symptômes, ils s'enquêtent d'une rapide prise en charge par un médecin (70 % le jour même), sans pour autant témoigner de crainte particulière quant à leur état de santé.

Ces patients tentent d'abord de se soigner seuls mais, en l'absence d'amélioration de leur santé, se décident finalement à consulter (recours différé aux soins). Ce type de démarche est surreprésenté parmi les femmes et les personnes en âge de travailler. Le diagnostic médical indique qu'ils souffrent majoritairement de problèmes aigus d'ordre somatique (86 %) : ORL, pneumologie... *A posteriori*, les trois quarts d'entre eux estiment qu'il leur était nécessaire de voir le médecin rapidement pour éviter des complications médicales (contre 65 % de l'ensemble des patients).

■ TABLEAU 1

Proportion de patients ayant tenté de se soigner eux-mêmes ou vu un médecin auparavant pour ce problème (en %)

	Automédication seulement	Automédication et vu un médecin	Vu un médecin seulement	Ni automédication, ni vu un médecin
Moins de 2 ans	13,3	40,3	15,4	31
3 à 12 ans	13,0	40,8	10,1	36,1
13 à 24 ans	9,0	30,8	15	45,2
25 à 44 ans	11,1	36,8	16,2	35,9
45 à 69 ans	9,8	30,3	19,8	40,1
70 ans et +	6,2	19,8	25,8	48,2
Homme	9,7	29,5	18,2	42,6
Femme	10,8	16,5	35,7	37
ALD	8,8	20,0	27,4	43,8
Aucune ALD	10,6	35,7	15,2	38,5
Douleur	11,1	36,3	15,7	36,9
Angoisse	10,6	27,7	21	40,7
Alitement, forte indisposition	11,5	36,5	17,6	34,4
Démangeaison, difficulté à respirer	12,6	37,0	15,7	34,7
Fièvre	12,2	46,0	11,2	30,6
Diarrhée, vomissements	12,2	37,7	14,9	35,2
Saignement	13,9	29,9	13,7	42,5
Malaise	9,2	26,6	24,3	39,9
Accident, agression	6,8	28,9	16	48,3
Ensemble	10,3	33,0	17,3	39,4

Lecture • 11,1 % des patients âgés de 25 à 44 ans ont uniquement essayé de se soigner seuls avant de décider de recourir en urgence ou de façon non programmée à un généraliste ; ce type de comportement représente 10,3 % de l'ensemble des recours urgents ou non programmés à la médecine générale.

Sources • Enquête Urgences en ville, DREES 2004.

■ TABLEAU 2

Caractéristiques des patients selon le délai de réaction (en %)

	Moins d'1/2 journée	1/2 journée à 2 jours	Plus de 2 jours
Moins de 2 ans	27,9	45,0	27,1
3 à 12 ans	31,2	46,8	22,0
13 à 24 ans	29,2	34,1	36,7
25 à 44 ans	21,7	30,0	48,3
45 à 69 ans	20,6	26,5	52,9
70 ans et +	32,0	24,3	43,7
Homme	26,7	33,6	39,7
Femme	24,7	32,0	43,3
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	21,1	39,0	39,9
Non bénéficiaire de la CMUC	25,8	32,2	42,0
Douleur	26,9	34,6	38,5
Angoisse	32,6	24,8	42,6
Alitement, forte indisposition	31,0	36,6	32,4
Démangeaison, difficulté à respirer	22,3	33,9	43,8
Fièvre	25,1	44,5	30,4
Diarrhée, vomissements	33,6	35,2	31,2
Saignement	39,7	18,8	41,5
Malaise	46,5	25,4	28,1
Accident, agression	40,0	28,9	31,1
Suivi médical régulier	14,5	24,4	61,1
Besoin d'exams	27,6	26,1	46,3
Crainte d'un problème grave	28,2	30,4	41,4
Traitement antérieur infructueux	18,1	26,4	55,5
Douleur à soulager	24,7	33,0	42,3
Besoin d'une ordonnance, d'un certificat	22,4	32,8	44,8
Automédication et médecin vu avant	15,7	34,3	50,0
Automédication seulement	16,9	37,6	45,5
Médecin vu avant seulement	26,0	26,6	47,4
Le patient n'a rien fait avant	35,9	30,5	33,6
Ensemble	25,6	32,7	41,7

Lecture • 27,9 % des recours urgents ou non programmés des enfants de moins de 2 ans ont été décidés dans la demi-journée qui a suivi l'arrivée du problème contre 25,6 % pour l'ensemble des recours urgents.

Sources • Enquête Urgences en ville, DREES 2004.

Des recours rapides pour soulagement de symptômes (20 %) ou sans attente médicale exprimée (10 %)

Le second groupe, qui concerne près de 20 % des patients, comporte des points communs avec le précédent : d'une part, le recours est essentiellement motivé par l'apaisement d'un épisode douloureux (95 %) et la crainte de l'aggravation des troubles ressentis (82 %) et, d'autre part, les patients ont fréquemment recours à l'automédication (60 %). Néanmoins, la médicalisation de ces troubles, déjà vécus et identifiés (80 %), est très rapide : 64 % n'ont attendu qu'entre une demi-journée et deux jours. Cela peut s'expliquer par la concomitance de nombreux symptômes, avec en particulier une surdéclaration de fièvre (77 %), de diarrhées et vomissements (40 %), de situations d'alitement ou d'indisposition (51 %) et de douleur (86 %). Près d'un patient sur deux déclare avoir besoin d'une prescription médicale (ordonnance ou certificat).

On retrouve ce même profil symptomatique ainsi qu'une propension à consulter rapidement (37 % dans les douze heures et 71 % moins de deux jours après les premières manifestations physiques) parmi les patients du troisième groupe (tableau 3). Pour autant, la grande majorité d'entre eux n'indique aucun souhait particulier quant au délai de prise en charge (95 %) et ils expriment très peu d'explications quant à leur recours. Cela ne signifie évidemment pas que ces patients n'ont pas d'attentes effectives vis-à-vis du recours mais, probablement, qu'ils les sous-déclarent ou présentent des difficultés à les exprimer précisément.

Les patients de ces deux groupes tendent à médicaliser systématiquement leurs troubles (avec ou sans attente médicale précisée). Cette démarche concerne fréquemment de jeunes patients : les enfants (en particulier les moins de 2 ans) et les adolescents. Ils souffrent essentiellement de problèmes aigus d'ordre somatique, principalement des maladies infectieuses, des troubles ORL et gastriques. Lorsque les patients expriment des attentes médicales précises, ils estiment que la consultation s'avé-

rait médicalement nécessaire (83 % contre 3 % lorsqu'ils n'en déclarent pas). Enfin, les bénéficiaires de la CMUC (11 %) sont davantage représentés dans le troisième groupe, les caractéristiques sociales sous-jacentes pouvant être à l'origine d'une moindre propension ou capacité à indiquer précisément les motivations de leur recours⁶.

Des recours rapides dominés par la crainte de problèmes graves dans 14 % des cas

Certaines séances (14 %) sont, avant tout, caractérisées par une prise en charge extrêmement rapide : 54 % des patients de ce groupe ont recours moins de douze heures après l'apparition des symptômes. Les séances ayant eu lieu la nuit (19 %) ou le week-end (15 %) sont très nettement surreprésentées : près d'un tiers contre 15 % sur l'ensemble des séances. Cet empressement peut s'expliquer par un sentiment d'inquiétude très prégnant (77 %) en lien avec des signes nombreux (douleur, « gêne », diarrhées et vomissements...) et potentiellement alarmants (alitement pour 60 % des patients et malaise dans plus d'un cas sur trois). Près des trois quarts de ces patients pensaient que leur état était grave, neuf sur dix craignaient qu'il n'empire et presque tous déclaraient avoir besoin d'être soulagés. Ils sont aussi plus nombreux à avoir déjà suivi, pour ce problème, un traitement qui s'est avéré inefficace et à penser qu'ils devraient passer des examens (respectivement 32 % et 42 %).

Ce groupe identifie donc des recours rapides dans des contextes anxio-gènes. Ils concernent essentiellement des patients âgés (32 % ont entre 45 et 69 ans et 19 % plus de 70 ans) et davantage les femmes (61 % contre 56 % dans l'ensemble des séances). Les patients privilégient les visites des médecins (43 % contre 22 %) et les séances sans rendez-vous (66 % contre 55 %). Ils présentent massivement des problèmes d'ordre somatique (88 %) et aigus (83 %), en particulier des troubles hépato-gastriques, cardiologiques, rhumatologiques et neurologiques et considèrent leur recours en urgence comme médicalement justifié *a posteriori* (86 %).

Les recours pour accidents ou violences ne représentent qu'un recours urgent sur dix à la médecine générale

9,5 % des individus indiquent un recours urgent ou non programmé à la médecine de ville lié à un accident ou à des violences subies (76 % contre 9 % dans l'ensemble de notre patientèle) ayant occasionné une douleur (91 %) et des saignements (34 %) qu'ils souhaitaient juguler. Plus d'un sur deux pensait que c'était grave et qu'il devait faire des examens. Enfin, 46 % souhaitaient obtenir un document médical, le plus souvent une ordonnance. Bien qu'ils soient plus nombreux à souhaiter être pris en charge le jour même, le recours à la médecine de ville n'est pas toujours immédiat puisqu'un tiers laissent s'écouler un délai supérieur à deux jours.

On peut supposer ici qu'il s'agit de patients qui adoptent un recours alternatif à l'hospitalisation face à un traumatisme physique. Il est en effet probable que ces personnes n'aient pas les mêmes rapports à la santé et au système de soins. Ainsi, les hommes (49 %) ayant entre 13 et 69 ans (79 % contre 64 %) sont davantage concernés que les autres patients, tandis que les bénéficiaires de la couverture maladie complémentaire sont sous-représentés (seulement 5 %)⁷.

20 % des recours s'inscrivent dans un suivi médical régulier, pour renouvellement d'ordonnance ou déstabilisation d'une pathologie chronique

Les deux dernières classes rassemblent chacune 10 % des séances. Il s'agit de recours qui s'inscrivent très majoritairement dans le cadre d'un suivi médical régulier (70 % et 79 % contre un cinquième des recours non programmés) et, fréquemment, sur les conseils d'un professionnel de santé. Comparativement aux autres patients, le délai entre l'apparition des symptômes et le recours excède très souvent les deux jours. Si ces deux groupes s'insèrent dans une prise en charge continue et une surveillance médicale rapprochée, ils se distinguent néanmoins. Les patients du groupe 6 présentent de nombreux

6. Abecassis P., 1999, « Incertitude médicale et processus de décision », Communication à l'atelier thématique en économie de la santé « rationalité et processus de décision », FORUM-LATEC, mars, Dijon.

7. Ces patients sont davantage enclins à aller, sans rendez-vous, au cabinet d'un médecin (86 %), médecin qu'ils connaissent généralement.

■ TABLEAU 3

Genèse des recours urgents à la médecine de ville et caractéristiques

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4	Groupe 5	Groupe 6	Groupe 7	En %
	Recours différé pour douleur ou gêne non soulagée par automédication	Recours rapide pour soulagement des symptômes de fièvre, vomissement et douleur	Recours rapide sans demande exprimée	Recours rapide dominé par l'inquiétude et la crainte de problèmes graves	Recours pour accidents et violences	Recours dans le cadre d'un suivi régulier avec polysymptomatologie et fortes attentes médicales	Recours dans le cadre d'un suivi régulier pour renouvellement d'ordonnance	Ensemble des patients
Répartition des séances	25,1	19,6	11,2	14,2	9,5	10,5	9,9	100,0
Variables actives de l'analyse de données								
Symptômes								
Douleur	76	86	72	84	91	87	18	76
Angoisse	21	12	30	77	35	54	18	33
Alitement, indisposition	12	51	37	60	24	30	3	31
Gêne, démangeaison, difficulté à respirer	44	36	42	50	22	43	9	37
Fièvre	19	77	48	25	7	17	2	31
Diarrhée, vomissement	4	40	25	30	4	17	4	19
Saignement	0	0	3	3	34	6	0	5
Malaise	1	3	12	37	5	9	4	9
Accident, violence	0	0	8	1	76	5	2	9
Autre motif médical	6	4	11	9	9	45	73	18
Antécédents et trajectoire médicale								
Déjà vécu ce problème	62	80	61	56	23	83	59	63
Médecin déjà vu pour ce problème	17	20	23	30	18	71	33	27
Automédication pour ce problème	55	60	47	34	38	33	7	43
Délaï de réaction avant recours								
Moins d'une demi-journée	11	23	37	54	39	12	5	25
Une demi-journée à deux jours	26	64	34	19	27	22	16	32
Plus de deux jours	63	13	29	27	34	66	79	43
Délaï souhaité de prise en charge								
Le jour même	70	90	3	89	78	58	37	66
Rapidement mais pas forcément le jour même	29	9	2	10	18	33	36	19
Pas de souhait particulier	1	1	95	1	4	9	27	15
Attentes								
Suivi médical régulier	7	7	3	6	9	70	79	20
Conseil d'un professionnel de santé	3	6	1	9	20	54	32	14
Examens souhaités	20	7	2	42	48	49	13	23
Gravité soupçonnée	18	18	1	73	56	52	11	31
Traitement antérieur infructueux	19	12	4	32	13	79	10	23
Soulagement de la douleur	97	95	8	97	91	97	38	80
Besoin d'un document (certificat, ordonnance)	29	48	3	41	46	65	63	40
Crainte d'aggravation du problème	65	82	0	89	65	64	14	60
Contexte								
Nuit ou week-end	16	11	16	32	14	7	9	15
Principales variables illustratives commentées dans l'analyse de données								
Caractéristiques sociodémographiques								
Femme	60	55	54	61	51	56	52	56
Nourrisson (moins de 2 ans)	7	11	23	5	2	3	3	8
0 à 12 ans	19	37	56	14	13	9	9	23
13 à 24 ans	11	15	11	9	15	8	10	12
25 à 44 ans	34	27	8	26	32	28	14	26
45 à 69 ans	26	16	10	32	32	36	40	26
Plus de 70 ans	10	5	15	19	8	19	27	13
CMUC	6	7	11	9	5	12	4	8
Modalité du recours								
Cabinet du médecin	90	75	67	57	86	80	93	78
Sur rendez-vous	52	47	43	34	41	43	45	45
<i>A posteriori</i> , urgence médicale	75	83	3	86	76	68	32	65
<i>A posteriori</i> , urgence non médicale	7	7	1	5	11	9	12	7
<i>A posteriori</i> , pas d'urgence déclarée	18	10	96	9	13	23	56	28
Diagnostic du médecin								
Affection aiguë	86	94	86	83	93	61	41	81
Déstabilisation d'une affection chronique	7	2	7	10	1	20	11	8
Affection chronique stable	4	1	2	2	1	13	34	7
Motif somatique	86	95	84	88	36	80	62	80
Motif traumatique	8	3	11	5	62	8	7	12
Motif psychologique	6	1	5	6	3	13	8	6
Renouvellement ordonnance	4	1	2	3	1	12	39	7
Soulagement rapide de la douleur	43	37	28	41	55	38	21	38

Sources • Enquête Urgences en ville, DREES 2004.

symptômes, avec en particulier une forte propension à déclarer douleur, angoisse et gêne. Plus de 80 % ont déjà vécu ce trouble de santé, 71 % ont déjà vu un médecin à cette occasion et les attentes vis-à-vis de ce recours sont nombreuses : 97 % veulent que leur douleur soit atténuée, 79 % suivent déjà un traitement qui n'améliore pas leur état de santé, 65 % souhaitent se voir prescrire une ordonnance (renouvellement le plus souvent) ou un certificat, la moitié s'inquiète de la gravité de leur problème et estime nécessaire de réaliser des examens médicaux. À l'opposé, les patients du dernier groupe expriment très peu de symptômes et ne motivent leur recours que par le seul besoin d'un document (très majoritairement, un renouvellement d'ordonnance).

On peut ainsi distinguer, dans le cadre d'un suivi médical, une logique de continuité – groupe 7 auquel correspond souvent le suivi médicamenteux d'affections chroniques stables telles que des problèmes cardiaques ou endocrino-métaboliques – et une logique de précipitation du recours – groupe 6 auquel sont associés des diagnostics de déstabilisation de pathologie chronique ou d'affections aiguës relevant plus fréquemment de la psychiatrie et de la pneumologie. Si dans les deux cas il s'agit de patients relativement âgés, la part des personnes bénéficiaires de la CMU complémentaire est faible parmi les premiers (4 %) tandis qu'elle s'élève à 12 % chez les seconds.

La genèse du déclenchement des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville ne saurait donc se restreindre au motif médical « profane » (*i.e.* pathologie perçue par le patient) ou au diagnostic du médecin mais repose également sur des logiques individuelles de soins, en lien avec la perception et le mode de mobilisation face à un problème de santé, les caractéristiques sociodémographiques ou encore la connaissance du système de santé. Cela questionne l'organisation du système de santé et l'articulation entre les différents acteurs. 14 % des usagers des urgences interrogés en 2002 signalaient ainsi qu'ils s'étaient rendus dans une unité d'accueil et de traitement des urgences parce qu'ils n'avaient pas de

ENCADRÉ 2

Méthodologie de la typologie des conditions de déclenchement des recours urgents ou non programmés à la médecine de ville

Une typologie a été établie afin de dégager des groupes homogènes quant aux symptômes ressentis, au contexte, aux comportements adoptés, aux attentes vis-à-vis du médecin et aux délais de réaction des patients qui ont prévalu à la décision de recourir en urgence à un médecin généraliste.

Dans un premier temps, une analyse des correspondances multiples (ACM) a mis en évidence les associations majeures et les principales oppositions dans les situations et la genèse des recours aux soins des patients, en les faisant apparaître sur des axes. En complément de l'ACM, une « classification ascendante hiérarchique » (CAH) a permis de dégager des « groupes types » de situations à l'origine des recours urgents à la médecine de ville*. La répartition en sept grandes configurations n'est pas la seule possible. Elle résulte d'un compromis entre la volonté de restituer la diversité de la genèse des recours urgents au médecin généraliste et celle d'obtenir une typologie simple. Elle dépend en outre du choix des variables retenues dans l'ACM et de leur découpage en classes. Le tableau 3 énonce la liste de ces variables et les pourcentages moyens correspondant à chacun des groupes de la typologie.

Des variables illustratives ont été ajoutées au modèle : situation sociodémographique, modalités du recours, diagnostic posé par le médecin.

* Cette classification a été réalisée sur les huit premiers axes (sur 26) de l'ACM qui restituent à eux seuls la moitié de l'information totale.

Pour en savoir plus

- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et Résultats*, DREES, n° 215, janvier.
- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Les usagers des urgences, premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et Résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Carrasco V., 2006, « L'activité des services d'urgences en 2004 – une stabilisation du nombre de passages », *Études et Résultats*, DREES, n° 524, septembre.
- Gouyon M., 2006, « Les recours urgents aux médecins urgentistes de ville », *Études et Résultats*, DREES, n° 480, avril.
- Gouyon M., 2006, « Les urgences en médecine générale », *Document de travail*, DREES, n° 94, série statistiques, avril.
- Gouyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale – Premiers résultats », *Études et Résultats*, DREES, n° 471, mars.
- Labarthe G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.

graphiques ou encore la connaissance du système de santé. Cela questionne l'organisation du système de santé et l'articulation entre les différents acteurs. 14 % des usagers des urgences interrogés en 2002 signalaient ainsi qu'ils s'étaient rendus dans une unité d'accueil et de traitement des urgences parce qu'ils n'avaient pas de

médecin habituel ou que ce dernier était absent. Dans le même ordre d'idée, l'enquête Urgences en ville établit que 20 % des recours urgents ou non programmés à la médecine générale prennent place dans le cadre d'un suivi médical régulier et que 7 % sont motivés par un simple renouvellement d'ordonnance. ■