



# Erétudes et Résultats

N° 625 • février 2008

## Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfaction des patients et suites éventuelles

En prenant en charge une part considérable des recours urgents ou non programmés, les généralistes de ville répondent à une demande spécifique de soins.

L'enquête menée par la DREES en 2004 permet de dessiner un panorama complet de ces recours. En effet, interrogeant à la fois le médecin et son patient, elle permet de dégager non seulement les raisons subjectives et objectives de consulter, le contenu de la séance, mais également les suites du recours : ce que le patient a fait après la consultation, ce qu'il en a pensé.

À la suite d'une consultation en urgence ou de façon non programmée chez un généraliste, 94 % des patients obtiennent une prescription de médicaments ou d'examen généralement respectée. Selon le caractère aigu ou chronique du trouble qui motive la consultation, le généraliste peut conseiller au patient d'aller voir d'autres professionnels de santé. Ces orientations, peu fréquentes, sont moins régulièrement suivies. Globalement, les patients ayant eu recours à une consultation en urgence sont très satisfaits de la manière dont cette séance s'est déroulée, même si l'attente a semblé trop longue à 15 % d'entre eux.

Enfin, pour un recours sur dix, le médecin estime que son patient aurait pu différer sa consultation. Parallèlement, plus d'un patient sur dix pense après coup qu'il n'était pas nécessaire de consulter dans ces conditions.

**Marc COLLET et Marie GOUYON**

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

**L'**ENQUÊTE de la DREES sur les urgences en ville (encadré 1) offre une vision globale de la trajectoire des patients interrogés à la fois sur ce qui a motivé leur recours en urgence ou de façon non programmée à la médecine générale de ville et sur les suites qu'ils y ont données. Cette étude permet de décrire la genèse de ces recours [Collet et Gouyon, 2007], d'en dresser un bilan, notamment en décrivant les différents types de prescriptions et d'orientations et en évaluant l'opinion des patients à l'égard de la prise en charge. Dans la mesure du possible, ces résultats seront comparés à ceux observés pour l'ensemble des recours à la médecine générale ou aux services d'urgences hospitaliers.

**Des prescriptions fréquentes et diversifiées : médicaments (91 %), examens (16 %) et orientation vers un autre professionnel (20 %)**

Dans neuf cas sur dix, les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville donnent lieu à une prescription de médicaments, alors que c'est le cas huit fois sur dix pour l'ensemble des consultations auprès des médecins généralistes [Labarthe, 2004 ; SFMG, 2004] et sept fois sur dix pour les passages aux urgences hospitalières [Baubeau et Carrasco, 2003]. Le médecin recommande à son patient de passer des examens complémentaires à l'issue de 16 % des séances, très majoritairement des analyses biologiques ou des radiographies ; ce taux et ces modalités sont similaires à ceux observés pour l'ensemble de l'activité des généralistes mais bien inférieurs à ceux des services d'urgences hospitaliers (68 %). Enfin, dans un cas sur cinq – soit un niveau intermédiaire entre les recours aux urgences hospitalières (un sur deux) et à la médecine générale de ville dans son ensemble (un sur dix) – le patient est réorienté vers un autre professionnel : 10 % vers un médecin spécialiste, 9 % vers un autre professionnel de la santé<sup>1</sup> et 1 % un travailleur social<sup>2</sup>.

Ces prescriptions reflètent un choix thérapeutique. La prescription d'examen complémentaire et l'orientation vers un autre professionnel s'accompagnent moins fréquemment de médicaments (83 % et 86 % des cas) (tableau 1)<sup>3</sup>, mais sont, en revanche, fréquemment associées : quand il prescrit des examens à son patient, le généraliste le dirige aussi plus souvent vers un autre médecin (24 %) ou un autre professionnel de santé (18 %). Ces résultats rendent compte de stratégies et de pratiques médicales différenciées qui témoignent de trajectoires de soins distinctes. Ainsi, schématiquement, la prescription de médicaments obéirait essentiellement à une visée curative, antalgique ou stabilisatrice ; les examens complémentaires contribueraient, quant à eux, à une recherche diagnostique, à l'aiguillage vers d'autres professionnels et à une recherche d'optimisation des soins. Le médecin adopterait ainsi une démarche séquentielle vis-à-vis du trouble qui a motivé la consultation.

**L'issue de la consultation dépend moins de la pathologie que du caractère aigu ou chronique du trouble**

Les consultations pour contrôle ou suivi d'une affection chronique stable donnent presque toutes lieu à une prescription de médicaments (97 %) et plus souvent à l'orientation vers un professionnel de santé non médecin (13 % contre 9 % pour l'ensemble de la population étudiée) mais occasionnent moins fréquemment des examens (11 % contre 16 %). En revanche, pour les patients consultant « en urgence » pour une affection chronique décompensée, le médecin généraliste prescrit plus souvent des examens complémentaires (20 %) et les dirige plus souvent encore vers un autre médecin (un cas sur cinq). De même, lorsque le généraliste décèle chez son patient un état psychique perturbé, il l'oriente plus volontiers vers un autre médecin (33 %), un autre professionnel de santé (14 %) ou une autre structure (24 %) et prescrit un peu moins souvent des médicaments (80 % au lieu de 90 % dans l'ensemble).

1. Infirmier, dentiste, psychologue, pharmacien, etc.

2. On notera qu'un même patient peut être orienté vers plusieurs professionnels. Parallèlement, 20 % des médecins déclarent avoir délivré des conseils de prévention et d'hygiène de vie à leurs patients (Gouyon et Labarthe, 2006).

3. Les résultats présentés ci-après sont issus d'analyses logistiques et sont donc à interpréter toutes choses égales par ailleurs (symptômes et explications du patient, circonstances de la séance).

## 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.

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 1 400 généralistes. Ces derniers ont été interrogés sur le déroulement médical de chacune des séances entrant dans le champ de l'enquête au cours d'une semaine du mois d'octobre 2004 pour ceux qui exercent en cabinet ou de 24 heures de vacation pour les médecins travaillant au sein d'une association urgentiste de ville.
- Le second volet, réalisé en novembre 2004, est constitué d'un entretien téléphonique auprès d'un échantillon de près de 4 000 patients rencontrés par les médecins.

#### 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.

TABLEAU 1

### Les prescriptions et orientations médicales

En %

Variables	Modalités	Prescriptions		Orientation			
		Médicaments	Examens	Vers un autre médecin	Vers un autre professionnel de santé	Vers un autre professionnel	
<b>Ensemble</b>		<b>91,2</b>	<b>15,9</b>	<b>10,5</b>	<b>9,4</b>	<b>1,4</b>	
Caractéristiques du patient	Âge	Moins de 13 ans	92,7	8,0	5,5	4,7	0,3
		De 13 à 24 ans	91,0	16,1	10,0	8,0	2,0
		De 25 à 44 ans	91,8	18,8	10,7	11,2	2,1
		De 45 à 69 ans	91,8	19,7	13,1	12,0	1,4
	Plus de 70 ans	86,5	16,3	14,1	10,6	1,1	
Sexe	Homme	90,3	16,0	11,6	9,2	1,4	
	Femme	91,9	15,8	9,6	9,6	1,3	
ALD		89,5	19,4	13,7	10,5	2,0	
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		93,7	14,3	13,2	12,5	4,3	
Médecin vu = médecin habituel		92,3	16,1	9,9	9,6	1,6	
Horaire	Nuit	86,5	16,1	16,0	9,7	0,9	
	Jour	91,6	15,9	10,0	9,5	1,4	
Type de séance	Consultation sur RDV	93,3	14,6	8,2	9,3	0,9	
	Consultation sans RDV	91,2	15,7	10,7	8,6	2,3	
	Visite	87,0	18,7	14,9	11,1	1,0	
Nature de la séance	Problème aigu	91,3	15,9	9,6	8,6	1,0	
	Affection chronique destabilisée	88,0	20,3	21,6	12,8	4,0	
	Affection chronique stable	97,1	11,5	8,7	13,0	2,7	
Degré d'urgence psychique	Pas de difficulté psy.	91,8	15,0	9,7	9,4	0,5	
	Etat psy. un peu perturbé	88,3	22,7	13,4	9,2	5,2	
	Etat psy. perturbé	80,0	17,9	33,3	13,6	24,2	
Diagnostic principal	ORL, ophtalmo, stomatologie	96,5	7,8	7,4	5,8	0,4	
	Infectiologie	96,2	12,4	6,8	6,1	0,4	
	Gastro-entérologie	90,5	16,4	11,3	2,2	1,5	
	Rhumatologie	95,1	17,4	14,0	21,4	1,2	
	Traumatologie	76,1	22,5	10,5	18,8	1,8	
	Cardiologie	80,5	25,4	16,3	10,2	0,3	
Autre	90,1	19,1	13,3	9,0	3,4		
Prescription de médicaments		–	13,9	9,3	8,8	1,4	
Prescription d'exams		83,7	–	24,3	18,2	2,0	

**Lecture** • Une prescription de médicaments a été remise à 91,2 % des patients à l'issue d'un recours urgent ou non programmé. C'est le cas de 96,5 % des patients ayant consulté un généraliste pour un trouble relevant de l'ORL, de l'ophtalmologie ou de la stomatologie.

**Sources** • Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

À certaines pathologies, correspondent des modes de réponses relativement normés qui dépendent du degré de certitude du diagnostic et de la spécificité du trouble [Amar et Pereira, 2005]. Ainsi, les pathologies relevant de l'ORL ou de l'infectiologie induisent presque systématiquement une prescription médicamenteuse mais assez rarement des examens complémentaires (un cas sur dix environ). À l'inverse, les problèmes traumatiques ou cardiaques impliquent plus fréquemment des examens complémentaires tels que des radios ou électrocardiogrammes (respectivement 23 % et 25 % des cas). Les troubles relevant de la traumatologie et de la rhumatologie induisent plus souvent une orientation du patient vers un autre professionnel de santé, kinésithérapeute ou ostéopathe (19 % et 21 %). Dans le même ordre d'idée, un généraliste rencontré pour la première fois ou de façon occasionnelle – et qui, par conséquent, connaît moins l'histoire médicale du patient – aura moins tendance à prescrire des médicaments (87 %) mais orientera davantage vers un autre médecin (13 %) <sup>4</sup>.

Si les suites données par le médecin lors de la séance résultent de l'examen clinique réalisé et du diagnostic posé, elles dépendent aussi des échanges entre médecin et patient, relèvent d'un processus de négociation, souvent tacite, dans un cadre d'asymétrie d'informations [Strauss, 1992], et peuvent être notamment modulées par les déclarations du patient. Dans cette étude, et de manière plus générale sur des données quantitatives, cette dimension reste difficile à cerner. On observe néanmoins que lorsque le patient déclare une douleur, une gêne ou de la fièvre, la séance aboutit presque toujours à une prescription médicamenteuse (graphique 1a), et ce, indépendamment de la pathologie et des caractéristiques sociodémographiques du patient. 32 % d'entre eux se voient plus souvent conseiller des examens complémentaires en cas de saignement, 18 % sont orientés vers un autre médecin en cas de malaise et 4 % vers un autre professionnel ou une structure en cas d'accidents ou de violences (graphique 1b). Enfin,

<sup>4</sup> Près de 79 % des patients ont rencontré en urgence leur médecin habituel ; 16 % des patients ont un médecin habituel mais ont rencontré en urgence un autre médecin. Enfin, 5 % ne déclarent pas de médecin habituel.

lorsque le patient témoigne d'une appréhension quant à la gravité de son problème, le médecin lui prescrit moins systématiquement des médicaments (88 %) mais davantage d'exams (26 %) s'accompagnant d'une orientation vers un autre médecin (17 %), un autre professionnel de santé (16 %), une structure ou un professionnel de la sphère sociale (3 %).

### Des prescriptions médicamenteuses scrupuleusement observées

En interrogeant *a posteriori* le patient, cette enquête permet également d'évaluer l'observance déclarée des prescriptions médicales<sup>5</sup>. L'observance dépend des comportements individuels des malades, de leur rapport général aux soins, mais aussi de leur degré d'adhésion aux recommandations des professionnels de santé en fonction du contexte et du déroulement de la séance. Cette question de l'observance, comme l'a souligné l'Organisation mondiale de la santé (OMS)<sup>6</sup>, est primordiale. Des études récentes ont en effet montré que l'ob-

servance était associée à une optimisation des résultats, indépendamment du traitement assigné, actif ou placebo [Gallois *et al.*, 2006]. Au contraire, à une observance nulle ou partielle correspond une moindre efficacité thérapeutique et des réhospitalisations. L'observance des prescriptions médicales, médicamenteuses ou non, est de façon générale mal connue en France. Notre étude montre que les traitements prescrits ou recommandés à l'issue d'un recours urgent ou non programmé sont massivement suivis, en particulier les prescriptions médicamenteuses. Parmi les nombreux individus à qui une ordonnance de médicaments a été remise, 98 % déclarent avoir suivi le traitement que leur avait prescrit le médecin (tableau 2). Il faut toutefois souligner que l'enquête ne permet pas de distinguer la forme prise par cette observance, partielle ou complète, c'est-à-dire de savoir si le patient a pris tous les médicaments indiqués et pendant toute la durée de prescription.

Ce résultat concerne l'ensemble des séances, quels que soient la

pathologie diagnostiquée, la nature de l'« urgence », les caractéristiques des patients, le contexte ou encore les manifestations physiques ressenties par le patient. Si ces différentes dimensions peuvent influencer, les effets demeurent très marginaux. Toutefois, plus les patients sont âgés et plus ils déclarent suivre les prescriptions de médicaments. Ce phénomène peut traduire des effets de génération (plus grande adhésion des anciens aux recommandations médicales) et s'expliquer par une meilleure prise en charge financière des dépenses de santé, mais aussi par l'expérience du patient (histoire et perception de ses propres troubles, rapport au médecin, apprentissage et éducation vis-à-vis de la santé, etc.).

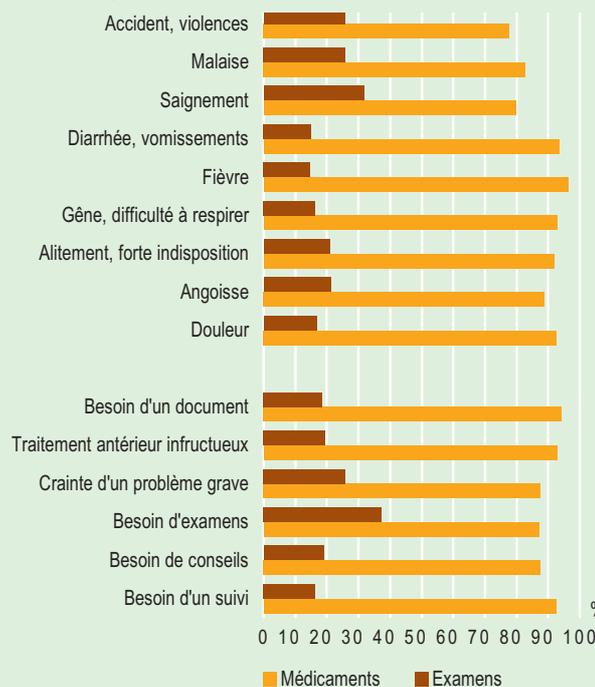
### Les examens complémentaires, plus suivis face à un problème rencontré par le passé et traité sans succès

Près de neuf patients sur dix ont réalisé les examens qui leur avaient été prescrits (soit un niveau assez proche de l'observance déclarée

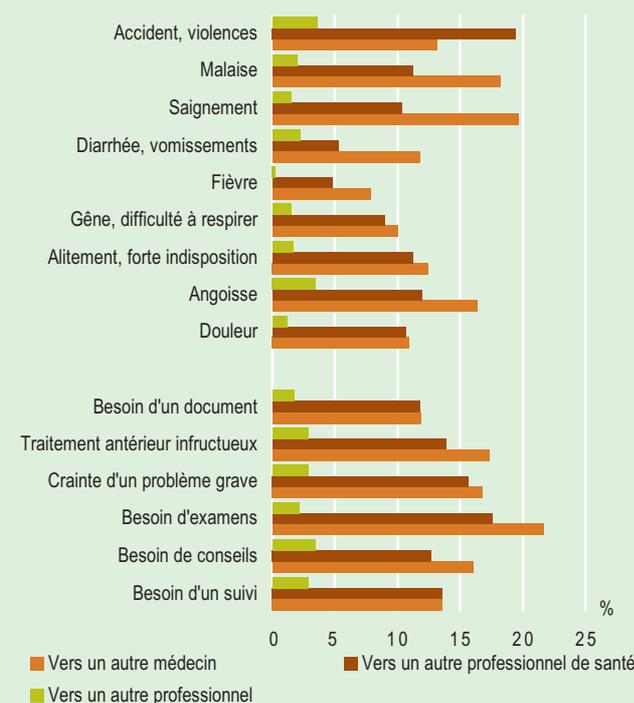
GRAPHIQUE 1

## Prescriptions et orientations selon les symptômes et raisons invoqués par le patient

### A • Prescriptions



### B • Orientations



5. L'observance thérapeutique se définit comme le degré de concordance entre le comportement d'un individu et les prescriptions ou recommandations médicales. Au-delà de cette définition, se pose le problème du seuil à partir duquel on considère le patient comme « non-observant » : quand il prend moins de 30 %, 50 %, 90 % de son traitement ? ; ce seuil ne fait toujours pas, pour l'heure, l'objet d'un consensus [Ankri *et al.*, 1995].

6. « Résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédical ».

**Lecture** • En cas d'accident ou de violences, des médicaments sont prescrits dans 78 % des cas, des exams dans 26 % des recours et 19 % de ces patients sont orientés vers un autre professionnel de santé (non médecin).

**Sources** • Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

pour les médicaments), de préférence les analyses biologiques et les radiographies plutôt que les autres types d'examens, d'accès plus restreint.

L'observance des examens prescrits est avant tout déterminée par la nature de la pathologie : deux tiers seulement des patients présentant une affection chronique stable font les examens prescrits. À l'opposé, les patients se conforment bien mieux à la prescrip-

tion d'examens complémentaires à la suite d'un problème traumatique (94 %) ou cardiaque. Par ailleurs, les prescriptions sont plus scrupuleusement respectées en cas de symptômes d'alitement ou d'indisposition ou s'il s'agit d'un trouble récurrent infructueusement traité dans le passé. À l'instar des prescriptions médicamenteuses, les examens sont plus fréquemment réalisés lorsque le médecin consulté en urgence est le médecin

habituel. Enfin, les patients se soumettent moins souvent aux examens si des médicaments ont également été prescrits (10 points de moins), sans pour autant que la prescription médicamenteuse soit suivie – tout se passe comme si la poursuite d'examens devenait secondaire une fois que des médicaments étaient prescrits.

### L'orientation vers d'autres professionnels : peu fréquente et moins suivie

Lors de la consultation, l'orientation par le généraliste vers un autre professionnel a concerné un recours urgent ou non programmé sur cinq. Plus de 60 % de ces patients ont effectivement contacté le professionnel qui leur avait été recommandé, soit une part similaire à celle observée lors des passages aux urgences hospitalières. Les caractéristiques sociodémographiques des patients semblent ici jouer un rôle important : les patients âgés se conforment davantage à ces indications médicales (75 % d'entre eux) que les patients plus jeunes (60 %) et les hommes (67 %) plus que les femmes (58 %). À l'inverse, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire ne contactent effectivement un autre professionnel que dans moins d'un cas sur deux. De même que pour les médicaments et les examens, lorsque le patient a déjà rencontré ce problème et suivi pour cela un traitement qui s'est révélé infructueux, il est un peu plus enclin à se diriger vers un autre professionnel (66 %), conformément aux conseils de son généraliste.

Ainsi, lorsque le médecin combine différents types de prescriptions selon les fins recherchées – but curatif, diagnostique, prise en charge à moyen ou long terme du patient, etc. – le patient choisit parfois de ne respecter que certaines d'entre elles voire aucune.

### Une attente jugée excessive pour 15 % des patients...

Un patient sur six juge excessive l'attente de la visite du médecin ou dans sa salle d'attente. À titre de comparaison, c'était le cas d'un

TABLEAU 2

## L'observance des prescriptions médicales

En %

Variables	Modalités	Observance			
		Prescriptions médicamenteuses	Prescriptions d'examens	Orientation	
<b>Ensemble</b>		<b>98,3</b>	<b>87,6</b>	<b>62,4</b>	
Caractéristiques du patient	Âge	Moins de 13 ans	98,4	89,0	64,2
		De 13 à 24 ans	95,8	81,0	53,8
		De 25 à 44 ans	97,7	88,3	54,2
		De 45 à 69 ans	99,2	85,3	65,6
		Plus de 70 ans	99,9	95,6	74,7
Sexe	Homme	98,5	89,3	67,1	
	Femme	98,2	86,2	58,5	
ALD		98,9	89,6	62,6	
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		98,6	92,5	47,7	
Caractéristiques de la séance	Médecin vu = médecin habituel	98,9	89,3	62,1	
	Horaire	Nuit	97,2	81,4	68,9
		Jour	98,4	88,1	61,6
	Type de séance	Consultation sur RDV	98,7	88,5	63,3
		Consultation sans RDV	98,0	85,4	59,7
		Visite	98,1	88,6	64,2
	Nature de la séance	Problème aigu	98,1	87,6	62,7
		Affection chronique destabilisée	98,8	95,6	63,0
		Affection chronique stable	100,0	66,2	59,3
	Degré d'urgence psychique	Pas de difficulté psy.	98,5	87,4	62,6
		État psy. un peu perturbé	96,7	93,0	63,0
		État psy. perturbé	97,9	51,3	55,7
	Diagnostic principal	ORL, ophtalmo, stomatologie	99,1	84,6	59,2
		Infectiologie	99,0	90,0	58,0
		Gastro-entérologie	97,8	89,6	60,2
Rhumatologie		98,5	85,8	60,9	
Traumatologie		96,7	92,1	68,2	
Cardiologie		97,0	91,7	68,5	
Autre		98,0	82,1	62,8	
Motifs et raisons invoqués par le patient	Douleur	98,3	87,3	61,6	
	Angoisse	97,1	88,1	60,0	
	Alitement, forte indisposition	98,4	91,4	66,5	
	Gêne, difficulté à respirer	98,3	82,0	62,5	
	Fièvre	99,1	86,9	64,6	
	Diarrhée, vomissement	97,9	86,5	65,7	
	Saignements	97,9	81,1	57,5	
	Malaise	97,3	92,6	65,0	
	Accident, violences	95,7	90,5	59,2	
	Crainte d'un pb grave	98,4	88,0	63,2	
	Traitement antérieur infructueux	99,3	91,7	66,3	
	Besoin d'un suivi	99,4	85,2	62,4	
	Besoin de document	98,1	88,2	60,1	
Observance	Médicaments prescrits et pris		86,1	60,6	
	Médicaments prescrits pas pris		72,4	42,7	
	Pas de médicaments prescrits		97,1	75,7	

**Lecture** • 98,3 % des patients à qui des médicaments ont été prescrits les ont effectivement pris. C'est le cas de 99,9 % des patients âgés de plus de 70 ans à qui des médicaments ont été prescrits.

**Sources** • Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

patient sur trois dans les services d'urgences hospitalières [Baubeau et Carrasco, 2003].

Sans pouvoir estimer le temps réel d'attente<sup>7</sup>, il semble que le contexte joue un rôle prépondérant sur l'opinion que s'en font les patients. C'est la nuit que ce délai est jugé le moins satisfaisant, et cela même lorsqu'il s'agit d'une consultation au cabinet du médecin, ce qui est toutefois rare : un quart des patients ayant recouru de nuit à un généraliste ont estimé que l'attente avait été excessive (tableau 3). De même, un patient sur cinq qui n'a pas pris rendez-vous ou qui a attendu chez lui estime avoir attendu trop longtemps, contre un sur dix en cas de rendez-vous.

Par ailleurs, certains symptômes rendent l'attente moins « supportable » : lorsque les patients ont déclaré diarrhées ou vomissements (21 %), une situation d'alitement ou de forte indisposition (19 %), de l'angoisse (18 %) ou de la fièvre (18 %). Ils acceptent aussi moins facilement l'attente s'ils déclarent avoir besoin de documents (une ordonnance le plus souvent), autrement dit lorsque l'heure de la prise d'un médicament, souvent identifiée et connue du patient lui-même, est subordonnée à l'heure de la prise en charge par le médecin ou quand ils considèrent qu'ils n'ont pas à attendre alors qu'ils ne demandent qu'une « simple » ordonnance (16 %).

### **... mais une durée de consultation jugée satisfaisante à 96 %**

Un recours urgent ou non programmé à la médecine générale dure en moyenne un peu moins de 18 minutes [Gouyon et Labarthe, 2006], contre 15 à 16 minutes en moyenne pour l'ensemble des recours à un généraliste [Breuil-Genier et Goffette, 2006]. Presque tous les patients (96 %) ont jugé la durée de la séance adaptée. Les réserves émanent souvent de patients ayant exprimé un mécontentement quant au délai d'attente ou au manque d'explications médicales reçues. Les bénéficiaires de la CMU complémentaire, souvent

moins familiers du système de soins, sont plus nombreux à déplorer la brièveté de la séance (6,4 %). Il est en effet avéré que les recours de la part des bénéficiaires de la CMU complémentaire, qu'ils soient « urgents » ou non, durent en moyenne une à deux minutes de moins que les autres. Dans une moindre mesure, il en va de même pour les personnes souffrant d'une affection de longue durée (3,6 %) et les femmes (3,3 % contre 1,8 % des hommes). L'opinion que porte le patient sur le temps de consultation accordé par le médecin dépend également des symptômes ressentis, avec une satisfaction légèrement moindre en cas de douleur, de traitement antérieur infructueux ou d'appréhension quant à la gravité du problème.

### **Des patients satisfaits de la qualité des explications fournies par le médecin**

Les patients ont été interrogés également sur les différents types d'explications communiquées par le médecin rencontré en urgence : explications sur leur problème, sur les éventuelles prescriptions médicamenteuses et sur la marche à suivre pour contacter un professionnel.

Si les trois quarts des usagers des urgences hospitalières déclarent avoir reçu des explications satisfaisantes sur leur problème de la part des équipes soignantes, cette proportion atteint 95 % dans la médecine générale de ville en cas d'urgence ou de recours non programmé (tableau 3). Lorsqu'une ordonnance de médicaments a été établie, le médecin a presque toujours expliqué le traitement à suivre (97 %). Il est en revanche plus rare (46 % des cas) que le généraliste donne des explications sur la marche à suivre dans le cadre d'une orientation vers un autre professionnel.

Dans la teneur de leurs explications, les médecins prennent en compte les caractéristiques sociodémographiques et l'histoire médicale du patient. Ainsi, en cas d'orientation vers un autre professionnel, ils prennent plus fréquemment le temps de l'expliquer aux jeunes patients

(61 % pour les 13 à 24 ans). Quant aux personnes atteintes d'une ALD, dont on peut supposer qu'elles ont davantage connaissance de leurs troubles de santé et de leur médication, les médecins leur donnent moins systématiquement d'explications. La propension à fournir des explications thérapeutiques est aussi modulée par les modes de relations entre médecin et patient. Lorsqu'il rencontre son médecin habituel, le patient bénéficiera un peu plus souvent d'éclaircissements sur son problème (96 %), son traitement (98 %) ou son éventuelle orientation (50 %).

À l'instar des usagers des urgences, la quasi-totalité des personnes ayant recouru en urgence ou de façon non programmée à la médecine générale de ville jugent « tout à fait » ou « plutôt » satisfaisantes les explications que le médecin leur a fournies, qu'elles portent sur le problème dont ils souffraient, le traitement qu'il leur a prescrit ou les démarches à effectuer dans le cadre d'une orientation.

### **Neuf patients sur dix se disent « très satisfaits » de leur prise en charge**

La quasi-totalité des patients se déclarent « très » ou « plutôt » satisfaits (respectivement 89 % et 10 % contre 66 % et 29 % dans les services d'urgence) de leur prise en charge par la médecine générale d'un épisode urgent ou non programmé (tableau 3). Seul un patient sur cent se déclare « plutôt pas » ou « pas du tout » satisfait. Les avis négatifs sur la prise en charge se retrouvent davantage parmi les patients qui ont rencontré en urgence un autre médecin que leur médecin habituel et parmi ceux qui consultent pour une affection chronique (stable ou décompensée), dont les attentes (renouvellement d'ordonnance) diffèrent souvent des individus recourant pour une affection aiguë (soulagement, soins). Les patients qui déclarent avoir éprouvé un stress, subi un accident ou motivent leur recours par l'échec du précédent traitement suivi ou par le besoin d'un document se disent un

7. Le temps d'attente pour les consultations sans rendez-vous n'étant pas renseigné, il n'est pas possible de fournir d'estimation sur la durée de l'attente.

TABLEAU 3

## La satisfaction des patients et les explications reçues

En %

Variables	Modalités	Opinion		Explications reçues sur...			Globalement satisfait	
		Attente satisfaisante	Durée adaptée	le problème	le traitement	les démarches		
<b>Ensemble</b>		<b>84,4</b>	<b>96,4</b>	<b>94,9</b>	<b>97,1</b>	<b>46,1</b>	<b>98,6</b>	
Caractéristiques du patient	Âge	Moins de 13 ans	84,2	96,9	97,1	98,5	40,5	99,2
		De 13 à 24 ans	82,6	96,2	93,7	96,4	61,1	98,5
		De 25 à 44 ans	85,3	96,8	95,6	97,7	48,5	98,2
		De 45 à 69 ans	84,4	96,2	94,8	95,2	45,5	98,1
		Plus de 70 ans	87,9	95,8	90,9	97,5	37,3	99,2
Sexe	Homme	85,0	97,7	95,3	98,2	47,5	98,8	
	Femme	84,7	95,4	94,6	96,2	45,0	98,4	
ALD		83,6	95,1	92,1	95,3	46,8	98,1	
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		81,7	91,3	92,2	95,6	54,7	97,0	
Médecin vu = médecin habituel		85,2	96,9	95,6	97,4	49,5	99,0	
Horaire	Nuit	76,3	94,7	93,5	96,7	38,9	97,7	
	Jour	85,5	96,6	95,1	97,1	47,0	98,6	
Type de séance	Consultation sur RDV	88,7	97,2	95,5	97,5	44,3	99,2	
	Consultation sans RDV	81,9	96,2	96,2	96,8	46,3	98,1	
	Visite	81,1	95,1	91,9	96,7	48,5	98,0	
Nature de la séance	Problème aigu	84,8	96,5	95,3	97,7	47,1	98,9	
	Affection chronique destabilisée	84,6	95,9	94,8	94,8	43,1	97,2	
	Affection chronique stable	87,5	96,1	91,7	93,5	61,6	96,7	
Degré d'urgence psychique	Pas de difficulté psy.	85,2	96,5	95,1	97,1	44,6	98,8	
	État psy. un peu perturbé	81,1	95,7	93,7	97,0	49,4	97,5	
	État psy. perturbé	88,2	96,1	90,8	94,9	69,1	94,9	
Diagnostic principal	ORL, ophtalmo, stomatologie	82,2	95,0	95,9	98,0	32,6	98,9	
	Infectiologie	84,7	96,9	96,1	97,6	40,5	99,6	
	Gastro-entérologie	81,4	95,9	92,4	96,6	38,0	99,0	
	Rhumatologie	86,8	96,7	94,2	97,6	45,9	96,9	
	Traumatologie	87,4	97,3	96,3	97,9	50,2	98,6	
	Cardiologie	85,4	96,1	93,9	93,8	57,2	98,2	
Autre		86,4	97,0	94,0	96,0	52,8	97,9	
Motifs et raisons invoqués par le patient	Douleur		83,9	96,2	95,4	97,7	46,6	98,6
	Angoisse		81,9	95,4	95,1	97,2	51,5	97,3
	Alitement, forte indisposition		80,7	97,3	95,2	97,5	48,3	98,5
	Gêne, difficulté à respirer		84,1	95,6	95,2	97,1	41,9	98,2
	Fièvre		82,2	97,1	96,0	97,9	41,4	98,9
	Diarrhée, vomissement		78,9	94,3	94,7	97,2	55,3	98,7
	Saignements		83,9	95,2	94,3	98,1	65,0	98,8
	Malaise		79,8	96,7	91,5	95,8	53,5	98,1
	Accident, violences		85,8	97,0	97,1	97,5	50,9	97,8
	Crainte d'un pb grave		82,4	95,2	95,1	97,3	52,6	97,6
	Traitement antérieur infructueux		84,5	94,5	93,5	96,5	51,9	97,0
	Besoin d'un suivi		86,6	95,9	92,2	95,0	44,6	98,4
	Besoin de document		83,6	96,3	94,4	95,5	46,7	98,1
Opinion	Attente	Excessive	-	92,8	93,7	96,0	40,0	97,8
		Pas excessive	-	97,0	95,2	97,2	46,6	98,8
	Durée	Adaptée	85,4	-	95,6	97,5	46,6	98,9
		Excessive	59,5	-	81,7	96,4	45,7	99,0
		Trop courte	72,9	-	73,4	81,7	20,0	85,7
Explications reçues sur le problème		85,0	97,2	-	98,0	46,3	98,9	

**Lecture** • 84,4 % des patients jugent que l'attente (de la visite du médecin ou dans sa salle d'attente) n'était pas excessive. Pour les recours nocturnes, cette proportion est de 76,3 %.

**Sources** • Enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale, DREES, 2004.

peu moins souvent satisfaits. Enfin, ils se disent d'autant moins satisfaits de leur prise en charge qu'ils jugent que la séance a été trop courte (14 %) ou que le médecin ne leur a pas fourni d'explications sur leur problème (8 %).

En définitive, dans une grande majorité, les personnes ayant recouru en urgence ou de façon non programmée à un généraliste sont très satisfaites de la manière dont cet épisode s'est déroulé. Elles observent globalement « bien » les prescriptions ou conseils que le médecin leur a donnés. Cependant, pour un recours sur dix, le médecin estime que son patient n'a pas eu raison de le consulter dans ces circonstances. Parallèlement, plus d'un patient sur dix pense après coup qu'il n'était pas nécessaire de voir un médecin le jour-même ou rapidement. Faut-il en conclure que 10 % des recours urgents ou non programmés à la médecine générale correspondent en fait à un « mauvais » mode de recours de la part du patient ? Cela n'est pas sûr, car lorsque le médecin a émis des doutes sur la légitimité à consulter en urgence ou de façon non programmée, le patient juge au contraire que son recours était justifié, notamment pour des raisons non médicales (encadré 2). En revanche, il convient de s'interroger sur la complémentarité entre services d'urgences à l'hôpital et permanence des soins en ville, puisqu'une proportion importante des usagers des services d'urgences déclarent ne pas connaître les possibilités offertes par le système de soins en ville : les trois quarts ignorent qu'il est possible de faire une radio sans ordonnance, un patient sur cinq ne sait pas s'il existe un médecin de garde dans leur secteur et un sur dix ne sait pas comment faire pour avoir les coordonnées d'un médecin de garde. ■

## Le caractère urgent d'un problème : des perceptions différenciées entre patient et médecin

L'« urgence » de la demande médicale, émise soit par le médecin, soit par le patient, a un caractère « subjectif ». Elle peut être évaluée en amont ou en aval du recours :

- en amont, dans le cadre de la sélection qu'opère le généraliste parmi l'ensemble de ses consultations pour déclarer qu'une demande est « urgente ou non programmée » et relève, de ce fait, du champ de notre enquête ; les visites, notamment des urgentistes de ville, entrent automatiquement dans le champ de l'enquête. La notion d'urgence peut alors refléter le point de vue du patient – il a répondu « oui » à la question du médecin : « Aviez-vous besoin de voir un médecin dans la journée ? » – ou du médecin (« urgence médicalement confirmée de votre point de vue ») ;
- en aval, une fois la consultation terminée (à la fin de la consultation pour le médecin, lors de l'entretien téléphonique pour le patient), il est alors demandé à chacun d'eux de se prononcer sur le caractère urgent de la demande : selon le médecin, le patient a-t-il eu raison de le consulter pour ce motif ? Rétrospectivement, le patient pense-t-il toujours qu'il était nécessaire de voir un médecin dans un bref délai ?

C'est à ce second aspect que nous nous intéressons dans cette étude, en confrontant les avis des deux parties sur la justification *a posteriori* de la demande.

À l'issue de quatre recours urgents ou non programmés sur cinq, médecin et patient déclarent tous deux qu'une consultation rapide était justifiée dans ces circonstances. À l'opposé, il est très rare (1,6 % des cas) que ni l'un ni l'autre ne jugent ce recours justifié *a posteriori* ; ce cas de figure relevant en particulier des recours de nuit (3 %). Il n'en demeure pas moins que, dans un cas sur cinq, médecins et patients émettent un avis divergent. Pour 10 % des recours, seul le médecin estime que son patient a eu raison de le consulter, ce dernier pensant, après coup, qu'il n'était pas nécessaire de voir un médecin dans la journée ou rapidement ; dans 7,5 % des séances, seul le patient estime que le recours urgent ou non programmé était nécessaire, le médecin jugeant quant à lui qu'il n'a pas eu raison de le consulter pour ce motif.

Si l'on adopte le point de vue du médecin, ces deux derniers cas peuvent s'interpréter comme une sous-estimation ou une suresti-

mation de la part du patient quant à l'urgence médicale de son problème.

Les patients les plus âgés sous-estiment davantage que leurs cadets la nécessité de leur demande urgente. Pour 13 % des recours urgents ou non programmés des personnes âgées de plus de 45 ans, le médecin juge qu'ils ont eu raison de le consulter, tandis qu'eux-mêmes pensent, rétrospectivement, que cela n'était pas nécessaire ; cette proportion atteint 8 % parmi les moins de 45 ans. Il en va de même des bénéficiaires de la CMU complémentaire (15 %).

La gravité des troubles relevant de la rhumatologie (14 %) et surtout de la cardiologie (19 %) est moins fréquemment appréhendée par les patients, et cela à autres caractéristiques du patient ou de la séance données.

Lorsque le patient ne déclare pas de symptômes ou d'explications pour justifier son recours (alitement, gêne, fièvre, malaise, accident, besoin d'examen, crainte d'un problème grave), il a alors tendance à déclarer *in fine* qu'un recours rapide n'était pas nécessaire, même si le médecin estime quant à lui qu'il a eu raison de procéder ainsi. Les patients auraient besoin de « bonnes raisons » pour justifier le caractère nécessaire de leur demande « urgente » et la légitimer. Ils semblent aussi sous-estimer *a posteriori* l'importance des consultations pour suivi médical (19 %).

Si l'on se réfère encore à l'avis du médecin, les hommes tendent à surestimer le caractère « urgent » de leur problème : 9 % d'entre eux, contre 6 % des femmes, pensent rétrospectivement qu'il était nécessaire de voir un médecin dans la journée ou rapidement, alors que le médecin estime qu'ils n'ont pas eu raison de le consulter. Si les diagnostics relevant de la rhumatologie ou de la cardiologie donnent plus souvent lieu à une sous-estimation de la nécessité du recours de la part du patient, tout autre diagnostic conduit à une surestimation (8 %).

Les symptômes de gêne ou de diarrhées ou le fait de déclarer qu'il fallait un suivi médical semblent justifier un recours rapide selon le patient mais conduisent un peu plus souvent à un avis inverse du médecin.

## Pour en savoir plus

- Amar É., Pereira C., 2005, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et résultats*, DREES, n° 440, novembre.
- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et résultats*, DREES, n° 212, janvier.
- Baubeau D., Carrasco V., 2003, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Études et résultats*, DREES, n° 215, janvier.
- Breuil-Genier P., Goffette C., 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et résultats*, DREES, n° 481, avril.
- Collet M., Gouyon M., 2007, « La genèse des recours urgents ou non programmés à la médecine générale », *Études et résultats*, DREES, n° 607, novembre.
- Gallois P., Vallee J-P., Le Noc Y., 2006, « L'observance des prescriptions médicales : quels sont les facteurs en cause ? Comment l'améliorer ? », *Stratégies*, novembre.
- 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.
- Société française de médecine générale (SFMG), 2004, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », *La revue du praticien*, tome XVIII, n° 656/657.
- Strauss A-L., 1992, *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, L'Harmattan.