



Ministère
de l'emploi, du travail
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé
et de la protection sociale



Études et Résultats

N° 315 • juin 2004

L'enquête de la Drees réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux porte sur le contenu et l'issue de leurs consultations et visites, au regard de leurs caractéristiques et de celles de leurs patients. Il apparaît ainsi que les praticiens voient surtout des patientes et, dans près d'un tiers des cas, des septuagénaires. À ce titre, les femmes médecins ont une clientèle plus féminine, et passé quarante ans, les praticiens voient également des patients plus âgés. Les trois quarts du temps les généralistes ont un suivi régulier des patients qu'ils examinent et ils consultent le plus souvent à leur cabinet. L'hypertension artérielle est le diagnostic le plus fréquemment signalé et concerne 17 % des séances, en dehors des « autres diagnostics » (affections aiguës ou chroniques diverses que des actes administratifs ou de prévention) indiqués dans près d'un tiers des cas. Le recours au médecin est motivé dans plus de 40 % des cas par le suivi d'affections chroniques et plus du quart des consultations ou visites concerne des patients ayant une affection de longue durée reconnue. Les médecins consacrent majoritairement entre dix et vingt minutes à leur patient, et souvent plus longtemps aux personnes très âgées, aux patients présentant une affection chronique, mais aussi à certains patients d'âge médian. Si moins du quart des séances donne lieu à une prescription d'actes ou à une décision d'orientation, près des trois quarts des consultations sont assorties d'une prescription de médicaments, en plus grand nombre, là encore, dans le cas d'une affection chronique. De la typologie établie ressortent huit grands groupes de séances qui se différencient essentiellement par l'âge des patients et la nature du recours au médecin. Ainsi les séances pour infection des voies aériennes et les consultations de prévention sont surtout le fait d'enfants et de jeunes de moins de 25 ans. Les adultes vus en consultation sont plus concernés par diverses affections aiguës. Entre 45 et 69 ans, dominent les problèmes rhumatologiques et les affections en cours d'exploration. Après 70 ans, les patients consultent surtout pour le suivi d'affections chroniques, et les médecins les visitent aussi pour de multiples pathologies.

Géraldine LABARTHE

Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale
Ministère de la santé et de la protection sociale
Drees

Les consultations et visites des médecins généralistes Un essai de typologie

L'enquête sur les consultations et visites réalisées par les médecins généralistes, que la Drees a effectuée entre juin 2002 et janvier 2003 (encadré 1), a permis de recueillir auprès de 922 généralistes libéraux des informations sur 44 000 consultations qu'ils ont réalisées à leur cabinet et 6 000 visites qu'ils ont effectuées auprès des patients. L'objectif principal de cette enquête était d'étudier le contenu et l'issue des consultations pratiquées par les médecins généralistes à leur cabinet ou lors de visites, en rapprochant ces éléments des caractéristiques de ces médecins et des patients qu'ils examinent¹.

**55 % des séances concernent des patientes
et 28 % des septuagénaires**

Les consultations et visites des médecins généralistes concernent plus souvent des femmes (55 %), et en très grande majorité des adultes. Six fois sur dix, le patient a plus de 45 ans, et plus de 70 ans dans 28 % des cas ; dans seulement deux cas sur dix, le patient est âgé de moins de 25 ans, et, dans 11 % des cas, de moins de 13 ans (tableau 1). Les médecins généralistes voient nettement plus souvent des patients de 45 ans ou plus – adultes qui représentent par ailleurs 38 % de l'ensemble de la population métropolitaine –, et en particulier de 70 ans ou plus – qui sont 9 % dans la

1. Tout au long de cette étude, on parlera de patients et de séances indifféremment, en d'autres termes, un patient vu deux fois sera considéré comme deux patients.



population totale –, que des patients plus jeunes. Il s'agit notamment de patientes, qui en raison d'une espérance de vie plus élevée, sont plus nombreuses que les hommes à vivre à un âge avancé, et qui, souffrant fréquemment de multiples pathologies à cette étape de la vie, consultent également plus fréquemment leur médecin.

Les médecins plus âgés voient des patients qui le sont aussi

Comme cela avait été noté par de précédentes recherches², un lien manifeste existe entre le sexe et l'âge des médecins et celui de leurs patients (tableau 2), et ce, en particulier lorsqu'ils sont suivis régulièrement.

E•1

L'enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux

Les médecins généralistes exerçant en France métropolitaine

L'enquête a été réalisée auprès de 922 médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier (MEP) représentant après redressement les 54432 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine sans MEP (SNIR 2002) : 75 % de ces médecins sont des hommes, 84 % exercent hors d'Île-de-France, 17 % de l'ensemble de ces médecins ont moins de 40 ans et 38 % plus de 50 ans. Un médecin sur cinq exerce en zone rurale, 37 % dans une unité urbaine d'au moins 200 000 habitants ou de l'agglomération de Paris, les autres étant équitablement répartis dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants, de 10 000 à 50 000 habitants et de 50 000 à 200 000 habitants. Les visites représentent 18 % de l'activité des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France, et 23 % en moyenne dans le reste de la France, ces proportions correspondant à celles fournies par le SNIR 2002 de la CNAMTS.

Protocole de l'enquête

La collecte a été réalisée pour le compte de la Drees par BKL-Thalès auprès de son réseau : 922 médecins généralistes libéraux sans mode d'exercice particulier de France métropolitaine ont accepté de répondre : 515 autres médecins du réseau contactés n'ont pas souhaité participer à l'enquête, soit un taux de réponse de 64 %. Ce taux de réponse n'a pu être atteint qu'après plusieurs vagues d'enquête, ce qui explique l'étalement du recueil observé (50 % des questionnaires remplis en juin 2002, plusieurs relances ont suivi : début juillet, fin octobre, fin novembre et mi-décembre 2002). Les médecins du réseau Thalès étant équipés d'un logiciel via lequel ils gèrent les dossiers médicaux et les ordonnances de leurs patients, l'enquête a consisté pour eux en la fourniture d'un complément d'informations.

Il était demandé à chaque médecin d'effectuer cette opération pour une soixantaine de consultations au cabinet à la suite¹, et 8 visites, à la suite également. Certains ont dérogé à cette règle : ces « désactivations » de l'application ne semblent pas liées aux caractéristiques des patients examinés.

Les médecins remplissaient le questionnaire sur leur ordinateur pour les consultations au cabinet. Pour les visites, seuls les médecins équipés d'un ordinateur portable pouvaient utiliser l'application informatique, les autres disposaient de formulaires papier ; les informations détaillées sur les médicaments prescrits sont, dès lors, moins précises pour les visites.

Correction des biais de collecte à l'aide des données de la CNAMTS

Pour que l'interprétation de ces données ait un sens au niveau national, certains biais de collecte ont dû être corrigés. D'une part, les médecins franciliens, de sexe masculin, et de plus de cinquante ans étaient sur-représentés parmi les médecins du réseau Thalès et donc dans les données collectées ; le fichier corrigé de ces biais (par calage sur marges, au moyen du programme « CALMAR » développé par l'Insee) est représentatif des médecins de France métropolitaine du point de vue de leur répartition par sexe, âge, région et taille d'unité urbaine d'exercice. D'autre part, la proportion de visites parmi l'ensemble des séances était plus faible qu'au niveau national, du fait même des quotas imposés lors de la collecte. Ce biais a également été corrigé, en distinguant l'Île-de-France des autres régions de France métropolitaine. L'ensemble de ces redressements ont été effectués à partir des données du Système National Inter Régime (SNIR) 2002 de la CNAMTS de manière à respecter les caractéristiques des médecins et les proportions de visites observées en Île-de-France et dans les autres régions de métropole. Il a en outre été vérifié ex post que les répartitions des patients par âge et sexe obtenues dans l'enquête étaient cohérentes avec celles observées pour le seul régime général à travers ERASME².

1. Les médecins interrogés devraient remplir une fiche pour toutes leurs consultations au cabinet (respectivement visites) sans exception id est une fiche par nouvelle consultation tant qu'ils n'avaient pas atteint le quota demandé.

2. Dans ERASME 2002, on compte 59 % de femmes parmi l'ensemble des patients ; 14 % des patients ont moins de 13 ans, 11 % entre 13 et 24 ans, 24 % entre 25 et 44 ans, 31 % entre 45 et 69 ans, et 20 % sont plus âgés ; les bénéficiaires du régime général sont en moyenne plus jeunes que les bénéficiaires de l'ensemble des régimes.

Ainsi, la proportion de séances consacrées à des patientes est significativement plus élevée chez les médecins femmes que chez leurs homologues masculins. Elles constituent 59 % des séances des femmes médecins, contre 54 % lorsque le médecin est un homme. Ce phénomène vaut en particulier pour les patients que le médecin connaît et suit régulièrement : dans 60 % des cas, les médecins femmes examinent alors des femmes, cette part étant toujours de 54 % pour leurs homologues masculins.

De même, l'âge des patients a tendance à augmenter parallèlement avec celui du médecin qu'ils consultent. Les médecins de moins de 40 ans comptent ainsi 20 % d'enfants de moins de 13 ans parmi leurs consultations et visites, alors que les plus de 40 ans en voient deux fois moins souvent (tableau 2). À l'autre extrême, presque un tiers des consultations

T•01 répartition des séances de médecins généralistes par tranche d'âge et sexe du patient examiné En %

	Patients	Patientes	Ensemble
0 - 12 ans	13	10	11
13 - 24 ans	8	8	8
25 - 44 ans	20	21	21
45 - 69 ans	34	30	32
70 ans ou plus	25	31	28
Total	100	100	100

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

T•02 répartition des séances des généralistes selon l'âge des médecins et celui des patients examinés En %

Âge du patient	Âge du médecin		
	30 - 39 ans	40 - 49 ans	50 ans et plus
0 - 12 ans	20	10	8
13 - 24 ans	8	8	9
25 - 44 ans	25	21	19
45 - 69 ans	28	33	32
70 ans ou plus	19	29	32
Total	100	100	100

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

2. Travaux de Sophie Béjean (Latec, Université de Bourgogne) notamment « comportements et activité des médecins libéraux : une approche conventionnaliste. Analyse théorique et empirique », ainsi que les travaux de Philippe LE FUR, Fabienne AGUZZOLI et Catherine SERMET du Credes dans « Clientèle et motifs de recours en médecine libérale », France, 1992.

et visites des médecins de plus de 40 ans concerne un patient d'au moins 70 ans (19 % chez les médecins trentenaires), notamment lorsque les praticiens ont eux même passé 50 ans.

Les trois quarts du temps, les médecins généralistes voient des patients qu'ils suivent régulièrement, et consultent à leur cabinet

76 % des séances de généralistes concernent des patients suivis régulièrement par le médecin qu'ils ont consulté. Seules 7 % des consultations et visites ont *a contrario* été l'occasion d'une première rencontre entre le médecin et le patient, les autres concernant des patients vus occasionnellement. Selon les médecins enquêtés, le patient a dans 29 % des cas beaucoup parlé de ses problèmes personnels au cours de la séance ; cette proportion augmente en fonction du degré de familiarité du patient avec le médecin (dans 20 % des cas pour les nouveaux patients et 32 % des cas pour ceux suivis régulièrement), avec son âge (15 % des patients de 13 à 24 ans, 29 % des patients de 25 à 44 ans et autour de 35 % des patients d'au moins 45 ans) et lorsqu'il s'agit d'une femme (un tiers des patientes et un quart des patients). Les patients ont également beaucoup plus souvent parlé au médecin lorsqu'il est venu en visite (39 %) que lorsqu'ils sont allés à son cabinet (27 %).

Les patients ont, dans la majorité des cas (66 % des consultations et visites) vu le médecin généraliste sans qu'une autre personne soit présente. Les moins de 25 ans, et notamment les enfants et adolescents, sont plus souvent accompagnés : 27 % des séances où le patient était accompagné concernent cette tranche d'âge, alors que les moins de 25 ans ne représentent que 11 % de l'ensemble des consultations et visites. C'est évidemment plus rarement le cas des adultes, les patients âgés (d'au moins 70 ans) n'étant pas à cet égard plus fréquemment accompagnés.

Plus de trois séances sur quatre se déroulent au cabinet du médecin généraliste ; les visites, quant à elles, se font plus de neuf fois sur dix au domicile du patient. Le patient avait pris un rendez-vous dans 42 % des cas, plus souvent pour une consultation au cabinet du médecin (dont 44 % ont lieu sur rendez-vous) que pour une visite (31 %). Parmi l'ensemble des consultations ou visites sans rendez-vous, 14 % ont été jugées urgentes par le médecin³. C'est plus souvent le cas des visites : 24 % des visites sans rendez-vous apparaissaient urgentes contre 11 % des consultations au cabinet.

L'hypertension artérielle est le diagnostic le plus souvent signalé : il concerne 17 % des séances

Dans l'enquête, il était demandé aux médecins d'indiquer tous les diagnostics ou motifs de recours qu'ils observaient, répertoriés à partir d'une liste de vingt neuf items, correspondant aux diagnostics les plus fréquemment observés en médecine générale (encadré 2). Un trentième item, « autres », était à cocher lorsqu'un diagnostic posé ne correspon-

T.03 part des consultations et visites concernées par chacun des 30 diagnostics possibles

	Part des consultations et le diagnostic...	Patients hommes	Patientes	0 à 12 ans	70 ans ou plus	Consultations au cabinet	Visites (hors cabinet)
Autres diagnostics	31,0	31,0	30,5	26,8	27,4	31,6	29,2
Hypertension artérielle	16,6	16,4	17,0	0,0	33,6	15,4	20,9
Examen systématique, prévention	8,2	8,2	8,3	5,3	13,9	7,3	11,2
Anxiété egoïsse	7,9	6,3	9,2	0,9	9,0	6,7	12,2
Rhinopharyngite	5,5	5,7	5,4	19,8	1,1	6,0	3,8
Dépression	4,9	3,7	6,1	0,3	5,8	4,0	8,2
Lombalgie	4,8	4,9	4,6	0,1	4,2	4,4	6,1
Hyperlipidémie	4,7	4,9	4,5	0,0	7,4	4,7	4,7
Arthrose	4,7	3,2	5,9	0,0	10,4	3,8	7,9
Diabète	4,4	5,1	3,9	0,0	8,2	3,1	8,6
Angine	3,9	3,9	3,8	9,9	1,0	3,8	4,1
Asthénie fatigable	3,9	3,1	4,6	0,4	5,6	2,9	7,1
Douleur abdominale	3,8	3,9	3,6	4,1	3,3	3,4	5,0
Bronchite	3,4	3,8	3,2	8,1	2,9	3,0	5,0
Arthropathie	3,1	2,9	3,4	0,1	3,9	3,1	3,4
Toux	3,0	3,4	2,9	7,4	1,4	3,2	2,4
Étié fébrile	3,0	3,4	2,7	8,4	1,6	2,7	4,0
Jambes lourdes	2,9	1,3	4,4	0,0	5,5	2,3	5,4
Vaccination	2,8	2,7	2,8	8,4	2,3	3,1	1,7
Plaies ou douleurs non classées	2,7	2,6	2,9	0,6	4,1	2,0	5,3
Rhume rhinite	2,7	2,7	2,6	5,4	0,4	3,0	1,3
Insomnie	2,6	2,1	3,0	0,0	4,3	2,1	4,1
Dermatose	2,5	2,6	2,5	4,3	1,7	2,7	1,9
Insuffisance coronarienne	2,2	2,8	1,7	0,0	5,4	1,6	4,1
Vertiges	2,1	1,6	2,6	0,0	3,8	1,4	4,5
Insuffisance cardiaque	2,1	2,3	2,0	0,0	6,6	1,0	5,9
Vécès	1,4	0,8	1,9	0,0	3,0	1,1	2,6
Otite	1,4	1,4	1,4	7,5	0,2	1,5	1,0
Constipation	1,3	0,8	1,7	1,0	2,3	1,0	2,3
Contraception	1,0	0,1	1,8	0,0	0,2	1,2	0,4

Lecture : l'hypertension artérielle a été diagnostiquée au cours de 16,6 % des séances des médecins généralistes ; les chiffres en gras indiquent que la sur-représentation ou sous-représentation mise en évidence est significative ; les visites sont sur-représentées parmi l'ensemble des séances où l'hypertension artérielle a été diagnostiquée.

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

3. Les médecins ne devaient préciser le caractère urgent de la consultation qu'en l'absence de rendez-vous

daît à aucun item figurant sur la liste. Le médecin avait notamment la possibilité de poser plusieurs diagnostics pour une même séance, même si dans 70 % des cas, un seul diagnostic a été indiqué. Le médecin déclare par ailleurs être sûr de son diagnostic neuf fois sur dix.

Le diagnostic « autre » concerne presque une consultation ou visite sur trois (tableau 3). Il est lui-même associé à au moins un autre diagnostic une fois sur trois. Pour essayer de cerner le type de problèmes médicaux regroupés sous cette rubrique, on peut s'appuyer sur les prescriptions médicamenteuses et la nature des recours associés. Elles indiquent divers problèmes : des affections aiguës diverses (infection urinaire, problème ophtalmique, allergie, entorse...), des affections chroniques (prescriptions d'anticholestérol et triglycérides, tranquillisants) ou des recours particuliers (*administratifs, conseils, gestes de prévention ou certificats*, comme vaccins, allergies...).

En dehors de cette rubrique « autres », l'hypertension artérielle est la pathologie la plus fréquemment relevée, et concerne 17 % de l'ensemble des consultations et visites : elle est surtout citée pour les visites (21 %) et pour les patients âgés d'au moins 70 ans (34 %). Les « examens systématiques et la prévention, la surveillance des patients à risque et les examens prénuptial ou post natal », constituent ensuite, avec l'« anxiété et angoisse », les deux diagnostics les plus fréquemment signalés : 8 % de l'ensemble des séances sont concernées. Ils concernent toutefois peu les jeunes de moins de 13 ans (5 % d'examen systématique et de prévention, 1 % d'anxiété et angoisse). Surtout mentionnés dans le cas des visites (respectivement dans 11 et 12 % des cas), les examens systématiques et la prévention concernent également davantage les personnes âgées d'au moins 70 ans (14 %).

Globalement, les diagnostics liés à des affections aiguës comme les rhinopharyngites ou les rhumes sont moins souvent l'occasion de visites à domicile. Celles-ci sont au contraire plus fréquentes pour les diagnostics plutôt liés à des affections chroniques comme l'hypertension artérielle et le diabète, ou potentiellement liés à de telles affections comme

Comparaison des résultats de l'enquête avec ceux de l'observatoire de la SFMG et autres sources

Principales sources nationales disponibles fournissant des éléments d'information sur les séances

Plusieurs sources nationales permettent d'observer les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, mais l'observatoire de la SFMG est celle dont les principaux objectifs se rapprochent le plus de ceux de l'enquête de la Drees :

- un des principaux objectifs de l'observatoire BKL-Thalès est d'étudier les prescriptions pharmaceutiques des médecins généralistes. Pour cela, ses médecins recueillent en continu des données sur leurs séances ; ils peuvent en particulier coder les diagnostics qui y correspondent dans une liste (6 000 diagnostics déjà entrés au moins une fois par un confrère dans le passé) ou ajouter un nouveau diagnostic en clair s'ils le désirent.

- avec un objectif voisin de celui de l'observatoire BKL-Thalès, les médecins généralistes de l'Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) d'IMS Health recueillent en clair les diagnostics qu'ils observent. Ces derniers sont ensuite recodés dans la nomenclature de la classification internationale des maladies (CIM10). L'Irdes (anciennement Credes) s'est longtemps appuyé sur cette source pour réaliser des études sur le sujet.

- la Société française de médecine générale (SFMG) a enfin mis en place un observatoire qui permet de recueillir en continu et tout au long de l'année depuis 1994, des données sur les consultations et visites d'une centaine de médecins¹, et notamment les diagnostics observés au cours de ces séances. La SFMG a créé à cet effet un dictionnaire des résultats de consultations, constitué actuellement de 277 items, et mis à jour régulièrement selon les relevés des médecins de l'observatoire.

L'enquête de la Drees et l'observatoire de la SFMG, visant tous deux à décrire la pratique de consultation des médecins généralistes libéraux, se sont proposés de comparer les résultats obtenus grâce à ces deux sources sur les diagnostics.

Les diagnostics (ou résultats de consultation) mentionnés par les médecins

La liste des 30 diagnostics proposée aux médecins dans le questionnaire de la Drees (cf. tableau 3) correspond aux 29 résultats de consultation les plus fréquemment observés par les médecins généralistes, un trentième item « autres diagnostics » regroupe les autres. Le recueil était limité à quelques jours par médecin pour l'enquête Drees, ce qui ne constituait pas une durée suffisante pour se familiariser avec une liste proche de l'exhaustivité comme le dictionnaire des résultats de consultations utilisé par l'observatoire de la SFMG. Pour les deux sources, plusieurs diagnostics pouvaient être signalés pour une même séance. En moyenne, 1,4 diagnostic a été donné pour chaque séance dans l'enquête Drees (1,8 diagnostic par visite, et 1,3 diagnostic par consultation au cabinet), l'observatoire de la SFMG observe en moyenne 1,9 diagnostic par séance lorsque les médecins utilisent le dictionnaire à 277 items, et 1,6 diagnostic par consultation lorsqu'ils s'alignent sur la nomenclature à 30 items.

L'observation des diagnostics est fortement dépendante d'un certain nombre de critères liés à la collecte. La période de l'année et certaines caractéristiques des médecins et des patients en font partie et ont été pris en compte dans le cadre de ces travaux².

Une convergence partielle et des limites à prendre en compte

Ces travaux de rapprochement des caractéristiques de recueil (profil médecins et patients, période de recueil) des deux sources se sont avérés concluants pour six des vingt-neuf diagnostics étudiés : il s'agit de l'hypertension artérielle, du diabète et des otites, diagnostics pour lesquels la correction du profil des patients a très fortement contribué à annuler les écarts inter-sources, de la dépression pour laquelle la correction du profil des patients mais aussi de la période de recueil ont été efficaces, des vertiges pour lesquels la correction du profil des médecins a eu un effet notable, et enfin des varices, diagnostic initialement observé dans des proportions voisines et pour lequel les corrections n'ont eu que peu d'effet.

La mise en concordance des profils de médecins et de patients, associée à la coïncidence des périodes de collecte ne suffisent pas par conséquent à assurer la convergence des deux sources du point de vue de l'observation des résultats de consultation. Certains biais non liés à des grandeurs mesurables ne peuvent en effet pas être corrigés : la connaissance de l'outil de recueil par le médecin, le nombre de diagnostics proposés ou encore l'expression de sa douleur par le patient en constituent quelques exemples. La subjectivité liée à la définition de certains diagnostics peut également jouer un rôle dans ces écarts : regrouper les diagnostics (par appareil, ou selon le caractère aiguë ou chronique des affections) et se limiter à ces diagnostics agrégés dans l'étude de ces écarts inter-source pourrait être l'étape suivante de ces travaux en cours.

1. Cet effectif passera progressivement à 400 médecins d'ici un an.

2. Le profil des médecins de la SFMG (répartition par sexe, par âges, rural / communes urbaines de diverses tailles, Île-de-France / province) a d'abord été appliqué aux médecins de l'enquête Drees ; les nouvelles caractéristiques des données de l'enquête Drees (répartition temporelle, profils des patients) ont ensuite été appliquées aux données de la SFMG, pour approcher au mieux une comparaison « toutes choses égales par ailleurs ».

les examens systématiques ou de prévention, ainsi que les anxiétés et angoisses. Certains diagnostics ou motifs de recours caractérisent davantage les patientes : bien sûr la contraception (1,8 % de patientes sont concernées et 1 % de l'ensemble des patients), mais aussi par exemple les jambes lourdes ou les anxiétés et angoisses. Enfin, les diagnostics les plus fréquents pour les patients de moins de 13 ans le sont *a contrario* logiquement peu pour les patients âgés d'au moins 70 ans : c'est le cas des rhinopharyngites, angines, otites, ou vaccinations pour lesquelles les jeunes patients voient le plus souvent un médecin généraliste, alors que les patients âgés souffrent particulièrement d'hypertension artérielle, d'anxiété ou d'angoisse, ainsi que d'arthrose.

Les recours les plus fréquents concernent le contrôle et le suivi des affections chroniques

Les médecins étaient également invités à indiquer, pour chaque consultation ou visite, la nature principale du recours, à partir d'une liste déclinée en six items [dont une rubrique « autres » (*administratif, conseil, geste de prévention, certificat*)]. Un seul item devait cette fois être choisi. La nature du recours la plus fréquemment signalée (graphique 1) concerne le contrôle et le suivi des affections chroniques stables. Elle est très souvent liée à des pathologies cardiovasculaires (comme l'hypertension artérielle ou le diabète), psychiatriques (anxiété, angoisse, dépression ou insomnie) ou

rhumatologiques (arthrose, lombalgie, arthropathie ou péri-arthropathie). 42 % des consultations et visites sont consacrées à ce type de suivi.

Les affections aiguës viennent ensuite, avec 36 % des séances. Ces dernières correspondent le plus souvent à des diagnostics d'infections des voies aériennes (rhinopharyngite ou angine, bronchite, rhume, rhinite ou otite), et à des symptômes ou syndromes (tels un état fébrile, une toux, une asthénie ou fatigue, des plaintes ou douleurs non classables, des vertiges).

La troisième nature de recours, (« autres » recours) se rapporte plutôt à des consultations ou visites pour recours administratif, conseil, geste de prévention ou délivrance de certificats, et concerne une séance sur dix. La déstabilisation d'une affection chronique est également à l'origine de près d'une séance sur dix. Les autres consultations et visites (une sur vingt) relèvent, dans des proportions équivalentes, d'un premier diagnostic ou d'une affection en cours d'exploration.

27 % des séances ont lieu pour des patients avec une affection de longue durée reconnue

27 % des séances de l'enquête concernent des patients souffrant d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD), reconnues et prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Les ALD les plus fréquemment relevées par les médecins généralistes sont plus d'une fois sur cinq l'hypertension artérielle et, avec la même fréquence, le diabète insulino-dépendant. Parmi ces affections de longue durée don-

nant lieu à consultation, figurent aussi des artériopathies (plus d'un cas sur six), des tumeurs malignes ou affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique (une fois sur huit), des problèmes cardiovasculaires (cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave, valvulopathie) [une fois sur dix] ou encore des problèmes psychologiques ou psychiatriques graves – psychose, troubles graves de la personnalité, arriération (une fois sur dix).

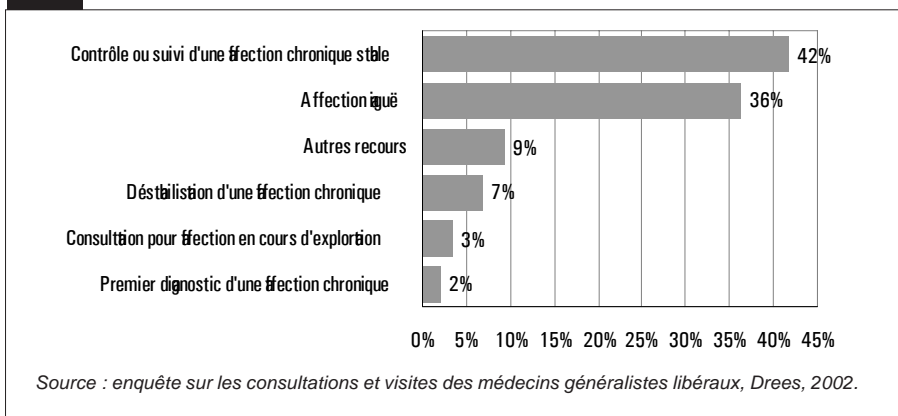
Les chances pour qu'un médecin examine un patient ayant une affection de longue durée reconnue augmentent avec l'âge du patient. Les médecins examinent également d'autant plus souvent des patients ayant une affection de longue durée reconnue qu'ils avancent dans leur carrière. Les femmes médecins, plus jeunes que leurs confrères, voient de fait des patients généralement assez jeunes et donc plus rarement atteints d'une telle affection.

La majorité des séances dure entre 10 et 20 minutes

Selon l'estimation des médecins, la majorité des consultations et visites a duré moins de 25 minutes (92 %, tableau 4) : ils ont en effet le plus souvent déclaré que la séance avait duré exactement 15 minutes (37 %), 10 minutes (23 %) ou 20 minutes (19 %). Alors que les consultations et visites de moins de cinq minutes (graphique 2) sont motivées la moitié du temps par des raisons non strictement médicales (*autres recours*), la durée des séances augmente naturellement au fur et à mesure que l'on évolue des consultations et visites pour affections aiguës (du type angine), vers les affections chroniques (par exemple l'hypertension artérielle) stables ou déstabilisées (graphique 2).

La durée des séances varie également selon le sexe des médecins : la probabilité pour que la séance dure moins d'un quart d'heure augmente significativement si le médecin est un homme, sa durée étant plus souvent comprise entre un quart d'heure et une demi-heure si le médecin est une femme. L'âge des médecins a, en revanche, peu d'influence sur la durée de la séance. C'est plutôt plus directement l'âge des patients examinés qui joue sur la durée des consultations ou visites. Ces dernières seront en effet d'autant plus

G 01 répartition des séances selon la nature du recours



courtes que le patient aura entre 13 et 24 ans, voire moins de 13 ans. La durée de la séance est plus souvent comprise entre un quart d'heure et une demi-heure pour les patients d'au moins 45 ans. Elle est d'autant plus souvent comprise entre une demi-heure et trois quarts d'heure que les patients sont âgés, notamment de 75 ans ou plus. Mais les consultations et visites dont la durée dépasse trois quarts d'heure concernent plutôt des patients d'âge médian (25 à 69 ans), et celles qui dépassent une heure, plus par-

ticulièrement des patients âgés de 25 à 44 ans.

Un acte est effectué au cours de 6 % des séances et prescrit à l'issue de 22% d'entre elles

Au moins un acte technique a été effectué par le médecin sur le patient lors de 6 % des séances. Une fois sur deux, il s'agit d'un vaccin, une fois sur quatre d'une injection (graphique 3). Dans moins d'un cas sur dix, il peut s'agir de

la pose ou l'ablation d'un fil de suture ou d'un plâtre (moins fréquent encore), d'un électrocardiogramme (ce qui nécessite un appareil spécifique au cabinet du médecin), d'un frottis, ou d'un prélèvement (prélèvement de gorge par exemple). Les médecins effectuent d'autant plus souvent un ou plusieurs actes que le patient examiné est jeune.

Les prescriptions d'actes et les décisions d'orientation⁴ du patient par le médecin généraliste sont plus fréquentes que la réalisation directe d'un acte technique. Le médecin a en effet prescrit de tels actes ou décidé de telles orientations médicales à l'issue de 22 % des séances. Les analyses biologiques représentent plus de la moitié des actes prescrits et décisions d'orientation (graphique 4). Les consultations chez un spécialiste en constituent le quart et interviennent donc à l'issue d'environ 5 % des consultations et visites. Ce sont ensuite les soins paramédicaux (séances de kinésithérapie ou soins infirmiers par exemple) qui sont les plus fréquemment prescrits, dans environ un cas sur six, les hospitalisations, examens endoscopiques ou biopsies ayant une place très réduite. Les prescriptions d'actes techniques et les décisions d'orientation sont d'autant plus fréquentes que les patients examinés sont âgés.

Une prescription de médicaments à l'issue de près de trois séances sur quatre

Les médecins ont prescrit au moins un médicament à l'issue de 73 % des consultations ayant eu lieu à leur cabinet⁵. Le nombre de médicaments prescrits varie considérablement d'une consultation à l'autre (graphique 5), notamment en fonction de la nature du recours.

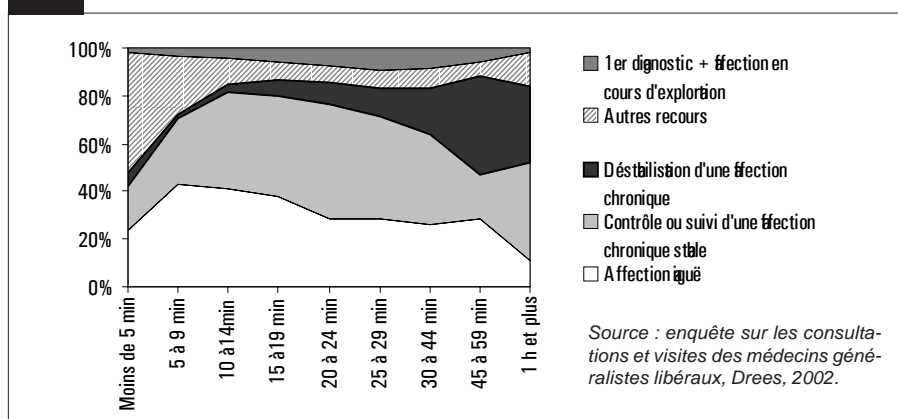
T.04 répartition de l'ensemble des consultations (au cabinet ou en visite) selon leur durée

	moins de 5 minutes	5 à 9 minutes	10 à 14 minutes	15 à 19 minutes	20 à 24 minutes	25 à 29 minutes	30 à 44 minutes	45 à 59 minutes	1 heure et plus
Tota	0,3	4,0	29,0	39,2	19,4	3,5	4,2	0,3	0,2

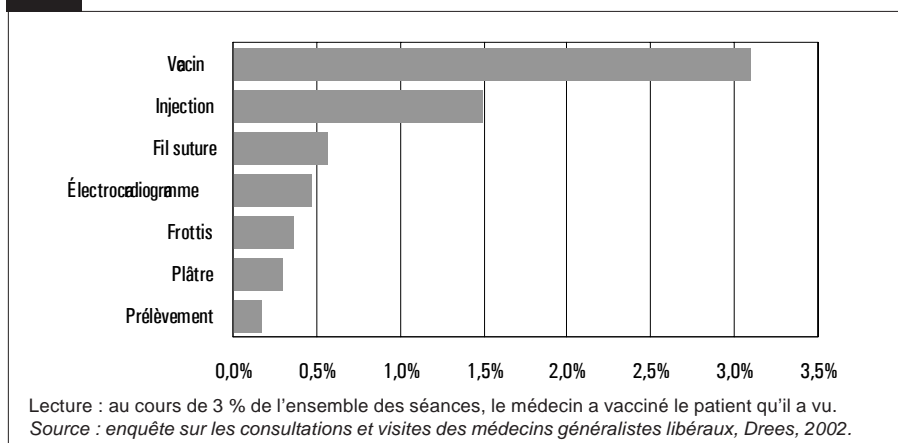
En %

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

G.02 répartition des séances selon leur durée et la nature du recours



G.03 part de l'ensemble des consultations et visites concernées par chaque type d'acte effectué



4. Les décisions d'orientation du patient comme les hospitalisations ou les consultations chez un spécialiste font partie de ce que l'on désigne ici par le terme d'« actes prescrits ».

5. Cette information n'est pas exploitable pour les visites. En effet, la plupart des médecins, non équipés d'un ordinateur portable, ne pouvaient donc pas accéder, durant les visites, à l'application informatique destinée au recueil des médicaments prescrits ; ils remplissaient un questionnaire papier et omettaient de signaler toutes les prescriptions sur les fiches papiers prévues.

Les consultations pour contrôle ou suivi d'une affection chronique stable donnent beaucoup plus souvent lieu à la prescription d'au moins cinq ou six médicaments – c'est le motif de 69 % des consultations donnant lieu à la prescription d'au moins cinq médicaments et de 77 % de celles où au moins six médicaments sont prescrits – contre 42 % de l'ensemble des séances. À l'autre extrême, 14 % des consultations où un seul médicament est prescrit sont motivées par un « autre » type de recours (*administratif, conseil, geste de prévention, certificat*), alors que ce type de recours rassemble seulement 9 % de l'ensemble des consultations.

Les consultations pour affection aiguë donnent, quant à elles, souvent lieu à la prescription de deux à quatre médicaments : elles représentent 50 % des consultations aboutissant à ce type de prescriptions, contre 36 % de l'ensemble des consultations.

Ces premiers résultats, tirés de l'enquête de la Drees sur les consultations et visites des généralistes, donnent une vision globale sur leur contenu. Ultérieurement, des études plus fines, « toutes choses égales par ailleurs », pourront analyser plus avant les relations entre les prescriptions de médicaments et la durée des séances, ainsi que les caractéristiques des acteurs de ces consultations et visites (médecins et patients examinés).

Un essai de typologie des séances : huit grands types de recours aux médecins généralistes

Les caractéristiques des consultations et visites décrites jusqu'ici (diagnostics, nature du recours, caractéristiques des patients...) ne sont bien sûr pas indépendantes les unes des autres. Des méthodes d'analyse de données permettent de mettre en évidence les caractéristiques décrivant le mieux les consultations et visites des généralistes (âge des patients, nature du recours ou encore diagnostics et motifs de recours observés). L'analyse en composantes multiples (encadré 3) a, avant tout, mis en évidence une opposition entre les séances

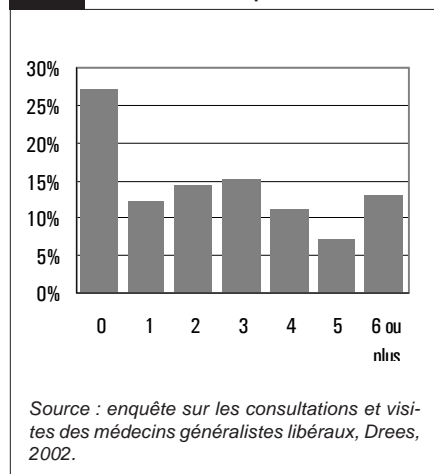
réalisées avec des patients jeunes, vus occasionnellement par le médecin pour une affection aiguë et celles réalisées avec des patients âgés d'au moins 70 ans, ayant une ou plusieurs affections de longue durée reconnues, et vus par le médecin pour le contrôle ou le suivi d'une affection chronique. Ces méthodes ont ensuite permis, au travers d'une typologie, d'illustrer plus précisément la manière dont ces caractéristiques peuvent se combiner (encadré 3). La typologie présentée ici distingue ainsi huit grands types de séances (tableau 5), essentiellement fondés sur les âges des patients et les natures de recours. La plupart de ces grands groupes apparaissent assez stables à travers les résultats de l'enquête et se retrouvent pour partie dans la typologie réalisée par la Société française de médecine générale⁶ (encadré 3).

L'âge du patient (des jeunes enfants aux septuagénaires) et la nature du recours (affections aiguës, en cours d'exploration, chroniques), apparaissent donc comme très discriminants pour caractériser le contenu des consultations et visites effectuées par les généralistes. Ainsi les séances pour infection des voies aériennes et les consultations de prévention sont surtout le fait d'enfants et de jeunes de moins de 25 ans. Les adultes vus en consultation sont plus concernés par diverses affections aiguës. Entre 45 et 69 ans dominent les problèmes rhumatologiques et les affections en cours d'exploration. Après 70 ans, les patients consultent surtout pour le suivi d'affections chroniques, et les médecins les visitent aussi pour de multiples pathologies.

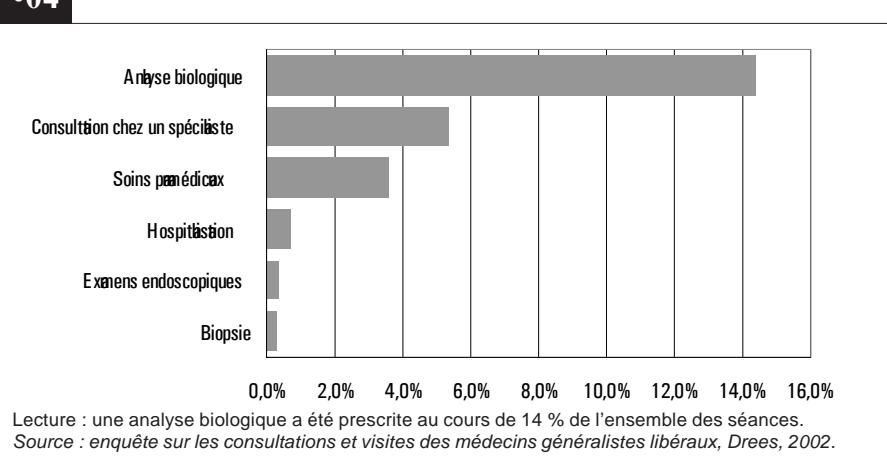
Les séances pour des affections aiguës, pour l'essentiel des infections des voies aériennes (19 % des séances de généralistes)

Lors de 64 % des consultations et visites de ce groupe, le patient est venu pour une affection aiguë. Trois fois sur quatre (soit cinq fois plus qu'en moyenne), le médecin a diagnostiqué une infection des voies aériennes (par ordre décroissant de fréquence : rhinopharyngite, angine, bronchite, rhume ou rhinite et otite). Ces patients présentent également deux fois plus souvent que la moyenne des symptômes ou syndromes comme un état fébrile ou de la toux. Pour plus de 99 % d'entre eux, le médecin n'a, en revanche, signalé aucun problème cardiovasculaire, rhumatologique, psychiatrique, ou diagnostic lié à la prévention.

G.05 répartition de l'ensemble des consultations selon le nombre de médicaments prescrits



G.04 répartition de l'ensemble des consultations et visites concernées par chaque type d'acte prescrit ou décision d'orientation



6. « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », *La revue du praticien – médecine générale*, Tome 18, n° 656/657, 7 juin 2004.

Plus de la moitié des patients de ce groupe a moins de 25 ans, et plus d'un sur trois est âgé de moins de 13 ans (soit trois fois plus souvent que la moyenne). Plus de la moitié des patients de ce groupe ont été accompagnés à la consultation ou à la visite (52 % contre 34 % de l'ensemble des patients) et leurs problèmes personnels n'ont par ailleurs pas été abordés avec le médecin (89 % d'entre eux contre en moyenne 71 %).

Les séances de prévention, au cabinet du médecin (5 % des séances de généralistes)

La prévention concerne 87 % des consultations et visites de cette classe, que ce soit sous la forme d'une vaccination (dans presque la moitié des cas), d'un « examen systématique ou de prévention » (conseils d'éducation et d'hygiène, de surveillance d'un patient à risque ou d'un examen pré-nuptial ou post-natal)

– plus d'une fois sur trois –, ou de contraception (incluant la prescription des pilules du lendemain, la prise en charge d'une contraception et tout ce qui se rapporte à la pose d'un stérilet et son suivi) une fois sur huit.

Les médecins ont effectué au moins un acte lors de la moitié des séances de ce groupe contre seulement 6 % pour l'ensemble : le plus souvent un vaccin, parfois également un frottis ou une injection.

T 05 caractéristiques des 8 séances types et de l'ensemble des séances (dernière colonne)

	Affections aiguës infections des voies aériennes	Prévention, au cabinet du médecin, actes effectués	Diverses affections aiguës ou délivrance de certificats	Problèmes psychologiques ou psychiatriques	Affection en cours d'exploration avec prescription d'actes	Problèmes rhumatologiques	Contrôle ou suivi des affections chroniques stables	Déplacement du médecin pour le suivi de patient avec de multiples pathologies	Ensemble des consultations des médecins généralistes libéraux	En %
Répartition des séances	19	5	23	10	6	9	21	7	100	
Nature du recours										
Contrôle ou suivi d'une affection chronique stable	38	12	29	50	9	26	91	75	42	
Déstabilisation d'une affection chronique	7	1	5	24	1	11	5	11	8	
Premier diagnostic d'une affection	0	0	0	1	5	18	0	0	2	
Affection aiguë	64	5	48	19	21	42	3	11	31	
Affection en cours d'exploration	0	0	0	1	61	1	0	1	4	
Autres	23	82	17	4	2	3	0	1	13	
Diagnostics (regroupés)										
Infection des voies aériennes	77	2	0	5	4	2	2	11	16	
Problèmes cardiovasculaires	1	4	1	10	15	10	74	74	26	
Problèmes gastroentérologiques	6	2	5	2	10	1	2	15	5	
Problèmes psychologiques ou psychiatriques	1	2	1	83	6	2	2	44	13	
Problèmes rhumatologiques	0	1	0	1	10	85	4	34	12	
Prévention	1	87	1	4	7	2	19	21	12	
Symptômes syndromes	26	2	1	13	36	4	6	39	13	
Autres (dont dermatoses)	3	17	94	12	44	8	11	38	33	
Âge du patient										
0 à 12 ans	36	30	11	1	7	1	0	2	11	
13 à 24 ans	16	19	13	3	6	5	0	2	8	
25 à 44 ans	25	21	31	38	26	26	2	6	21	
45 à 69 ans	14	19	27	41	41	45	44	28	32	
70 ans ou plus	8	12	19	17	20	23	53	63	28	
Connaissance du patient										
Patient nouveau ou vu occasionnellement	37	30	31	22	36	31	5	9	24	
Patient suivi régulièrement par le médecin	63	70	69	78	64	68	95	91	76	
Lieu de la consultation										
Consultation au cabinet	82	91	83	76	79	81	75	52	78	
Visite (à domicile, en foyer...)	18	9	17	24	21	19	25	48	22	

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

Dans un tiers des cas, les patients sont de nouveau de jeunes enfants de moins de 13 ans (trois fois plus qu'en moyenne), et dans 19 % des cas ils ont entre 13 et 24 ans (plus de deux fois plus qu'en moyenne). Les patients sont de ce fait également plus souvent accompagnés que la moyenne (53 % contre 34 % en moyenne). La grande majorité de ces

séances ont lieu au cabinet du médecin. Aucun médicament n'est prescrit dans plus de la moitié des cas (53 % contre 27 % pour l'ensemble) ; de même, le médecin effectue plutôt rarement à cette occasion une prescription d'actes complémentaires ou une décision d'orientation (12 % contre 23 % pour l'ensemble).

Les séances pour diverses affections aiguës ou « autres recours »
(23 % des séances de généralistes)

Dans plus de 95% des consultations et visites de cette classe, un seul diagnostic a été signalé mais donnant souvent peu d'informations : le diagnostic « autres » a en effet été choisi seul presque neuf fois

E•3

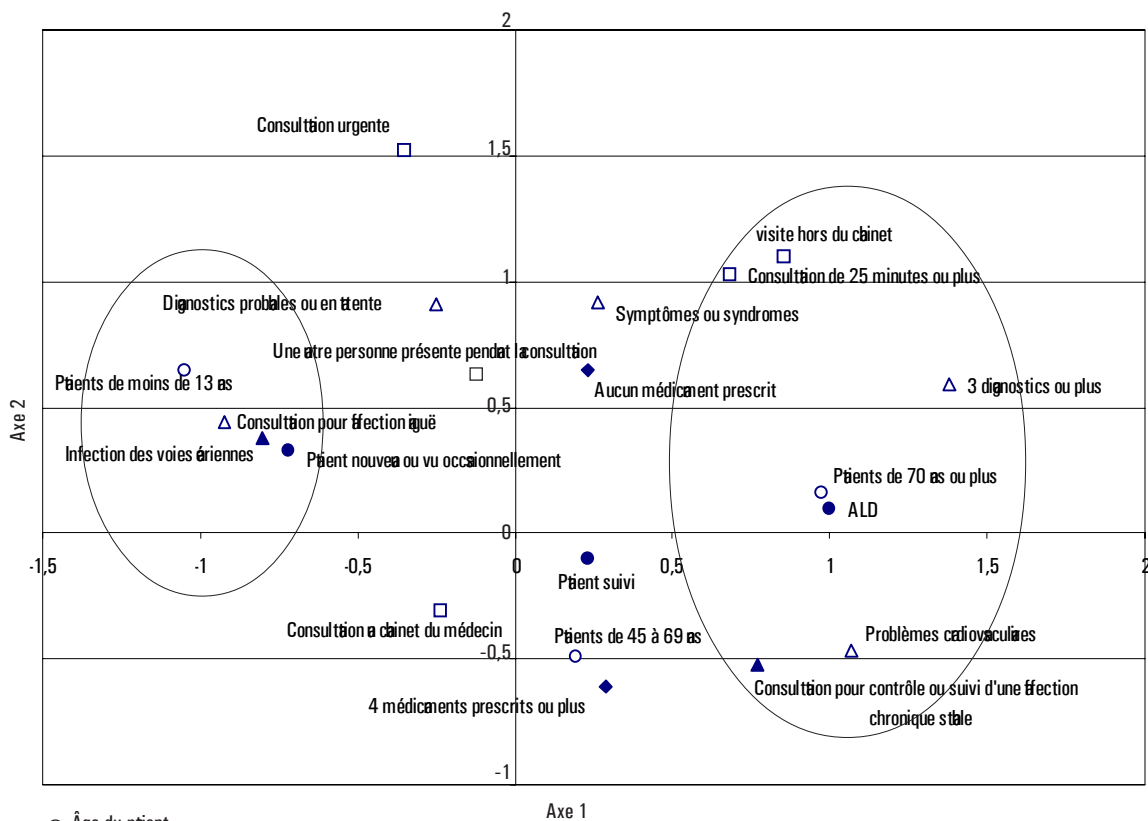
Méthodologie de la typologie des séances

La typologie présentée dans cette étude a été obtenue en deux temps : une analyse des correspondances multiples (ACM), et notamment les premiers axes de cette analyse (graphique ci-dessous), ont d'abord permis de mettre en évidence les principaux critères selon lesquels s'opposent les séances des médecins généralistes libéraux.

En complément de l'ACM, une classification ascendante hiérarchique (CAH)¹ a ensuite permis de dégager des « séances types » pour ces médecins : cette typologie est l'une des typologies possibles. Ce n'est évidemment pas la seule ; elle résulte d'un compromis entre la volonté de restituer la diversité qui caractérise les consultations et visites des médecins généralistes, sans trop entrer dans les aspects techniques qui auraient permis d'isoler de nouveaux sous-groupes de séances. Cette typologie ne constitue donc pas non plus un découpage strict de l'activité ou du temps de travail des médecins généralistes : la répartition des consultations et des visites entre les classes de cette typologie est donnée ici à titre indicatif (cf. tableau 5) et ne serait pas rigoureusement la même dans le cadre d'une autre typologie. Elle donne en revanche une bonne idée de la diversité de l'activité des médecins généralistes, même si elle ne permet pas d'aborder toutes les spécificités qui en font la richesse et aussi la difficulté.

La plus part des groupes qui se dégagent se retrouvent également pour partie dans la typologie réalisée par la Société française de médecine générale. Les séances pour affections aiguës des jeunes patients, pour contrôle ou suivi d'affection chronique stable des patients âgés, pour prévention, pour de multiples pathologies des personnes âgées ou pour une affection en cours d'exploration avec prescription d'actes ou décisions d'orientation ressortent ainsi communément des deux typologies.

axes 1 (horizontal) et 2 (vertical) de l'ACM réalisée sur les données de l'enquête



- Âge du patient
- Caractéristiques du patient
- Circonstances de la séance
- ▲ Nature du recours
- △ Diagnostics
- ◆ Prescriptions

1. CAH sur les coordonnées des observations (consultations) sur les 13 premiers axes de l'ACM, rassemblant plus de 50% de l'inertie totale.

Source : enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, Drees, 2002.

sur dix. À part les dermatoses, qui concernent 8 % des consultations et visites de cette classe (3 % pour l'ensemble), les autres des 28 diagnostics proposés au médecin ne sont quasiment jamais mentionnés dans ce groupe (moins de 2 % chacun). La nature du recours et les médicaments prescrits permettent en revanche de mieux cerner les séances de ce groupe.

Le recours pour affection aiguë concerne ainsi la moitié des séances : affections aiguës diverses (infections urinaires, problèmes ophtalmiques, allergies...), trop peu fréquentes – mais non exceptionnelles – pour figurer parmi la liste de diagnostics proposés aux médecins. Les « autres » recours (*recours administratif, conseil, geste de prévention, certificat*) ont également été plus fréquemment choisis par le médecin pour caractériser les consultations et visites de ce groupe (17 % des séances, soit deux fois plus souvent qu'en moyenne) ; aucun médicament n'a été prescrit pour 64 % de ces consultations. Le reste des consultations et visites de ce groupe concerne des affections chroniques stables ou déstabilisées ; en outre, aucun acte n'a été effectué.

Les séances sont assez courtes : 36 % des consultations et visites de ce groupe durent moins de dix minutes, contre 27 % pour l'ensemble. Les patients examinés sont plutôt jeunes : un tiers ont entre 25 et 44 ans, 13 % ont entre 13 et 24 ans.

Les séances pour problèmes psychologiques ou psychiatriques (10 % des séances de généralistes)

Le médecin a diagnostiqué des problèmes psychologiques ou psychiatriques dans 83 % des consultations et visites de ce groupe : ces problèmes peuvent être de l'anxiété ou de l'angoisse (une fois sur deux), une dépression ou un syndrome dépressif (un tiers des cas) ou encore des insomnies (une fois sur dix). Un quart des séances a été motivé par la déstabilisation d'une affection chronique (trois fois plus que la moyenne) : 11 % des patients de ce groupe (3 % de l'ensemble) sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie au titre d'une affection de longue durée de la catégorie des « psychoses, troubles graves de la personnalité ou arriérations mentales ».

Les trois quarts de ces patients ont beaucoup parlé de leurs problèmes personnels au médecin (30 % en moyenne). Les séances ont d'ailleurs été plutôt longues : une sur cinq a duré plus de 25 minutes (8 % en moyenne). Il s'agit dans presque deux tiers des cas (64 %) de femmes et une fois sur deux de patients âgés de 45 à 69 ans.

Les séances pour des affections en cours d'exploration, donnant lieu à une prescription d'actes (6 % des séances de généralistes)

61 % des consultations et visites de cette classe sont liées à une affection en cours d'exploration, motif de recours à l'inverse peu fréquent pour l'ensemble des séances. Pour les patients de ce groupe, des symptômes ou syndromes sont signalés plus d'une fois sur trois : asthénie ou fatigue, vertiges, plaintes ou douleurs non classables, états fébriles ou toux (des plus fréquents aux moins souvent rencontrés). Des problèmes gastro-intestinaux sont également signalés plus souvent que la moyenne, essentiellement des douleurs abdominales pour une consultation ou visite sur dix.

Les diagnostics concernant les patients de ce groupe sont considérés comme des diagnostics certains par les médecins dans 43 % des cas, soit deux fois moins souvent qu'en moyenne ; ils sont au contraire souvent probables et surtout en attente. Plus de la moitié de ces séances donnent lieu à la prescription d'actes ou à une décision d'orientation (deux fois plus qu'en moyenne) qui pourront aider à préciser la nature de l'affection du patient, comme des analyses biologiques dans un tiers des cas, des consultations chez un médecin spécialiste une fois sur cinq ou, plus rarement, des examens endoscopiques.

Les consultations et visites de ce groupe ont au contraire moins souvent qu'en moyenne donné lieu à la prescription d'un médicament (54 %, contre 73 % en moyenne). Une fois sur trois, les séances durent entre un quart d'heure et moins de 25 minutes (1,5 fois plus souvent que la moyenne). Les consultations et visites de cette classe sont plutôt le fait de patients âgés de 45 à 69 ans, et concernent rarement des patients avec une affection de longue durée reconnue (15 % contre 27 % pour l'ensemble).

Les séances pour des problèmes rhumatologiques (9 % des séances de généralistes)

Au cours de 85 % des consultations et visites de ce groupe, le médecin a diagnostiqué des problèmes rhumatologiques : lombalgie, arthropathie ou péri-arthropathie ou arthrose (par ordre décroissant de fréquence). Les autres diagnostics possibles ont été, au contraire, peu signalés par le médecin. Ces séances sont très fréquemment caractérisées par un diagnostic unique (88 % contre 73 % pour l'ensemble). Elles donnent sept fois plus souvent que la moyenne lieu à un premier diagnostic, même si ce cas de figure reste très minoritaire (18 % des cas). Les patients de ce groupe sont en outre plutôt moins souvent suivis régulièrement (68 %) par le médecin que la moyenne (76 %).

L'âge des patients se situe plutôt entre 45 et 69 ans (presque la moitié des patients), ou entre 25 et 44 ans (un quart d'entre eux).

Les séances pour contrôle et suivi d'une affection chronique stable (21 % des séances de généralistes)

Le contrôle ou le suivi d'une affection chronique stable a motivé plus de 91 % des consultations et visites de cette classe. L'affection chronique suivie est dans la moitié des cas l'hypertension artérielle (quasiment trois fois plus qu'en moyenne), le diabète plus d'une fois sur dix (trois fois plus qu'en moyenne) et l'hyperlipidémie également une fois sur dix (deux fois plus qu'en moyenne). Une affection de longue durée reconnue est déclarée dans 53 % des cas (27 % de l'ensemble des patients) : diabète et hypertension artérielle, mais aussi artériopathie ou cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave, valvulopathie grave.

98 % des diagnostics signalés pendant ces séances sont certains (90 % pour l'ensemble), et il s'agit trois fois sur quatre de problèmes cardiovasculaires. 95 % des patients sont régulièrement suivis par le médecin qu'ils ont vus lors de la consultation ou de la visite (76 % pour l'ensemble) ; plus de la moitié d'entre eux ont au moins 70 ans (contre 28 % dans la population totale).

Les visites et consultations pour le suivi de patients âgés ayant de multiples pathologies (7 % des séances de généralistes)

Pour la quasi-totalité des consultations et visites de cette classe, au moins trois diagnostics ont été mentionnés par le médecin (99 % contre 10 % en moyenne). À l'exception des infections des voies aériennes, l'ensemble des pathologies habituellement diagnostiquées en médecine générale sont dans ce groupe systématiquement plus fréquentes que la moyenne : il s'agit notamment des problèmes cardiovasculaires, psychologiques ou psychiatriques, rhumatologiques, gastro-intestinaux ou des symptômes ou syndromes (trois fois plus présents qu'en moyenne). Mais ces séances peuvent également recouvrir des diagnostics liés à la prévention (deux fois plus qu'en moyenne).

Les patients sont très souvent âgés d'au moins 70 ans. Ils sont presque toujours suivis régulièrement par leur médecin (91 %). La moitié d'entre eux a une affection de longue durée reconnue (deux fois plus qu'en moyenne) : artériopathie une fois sur quatre, hypertension artérielle une fois sur trois, tumeur maligne une fois sur six ou diabète une fois sur dix. Dans la moitié des cas, ils ont beaucoup parlé de leurs problèmes personnels au médecin lors de la séance (29 % pour l'ensemble). Dans la moitié des cas également, ces séances ont eu lieu en dehors du cabinet du médecin (deux fois plus qu'en moyenne). Elles durent souvent entre un quart d'heure et moins de 25 minutes (33 %, 22 % pour l'ensemble), voire 25 minutes ou plus dans 18 % des cas (8% pour l'ensemble). Le nombre de médicaments prescrits est souvent plus

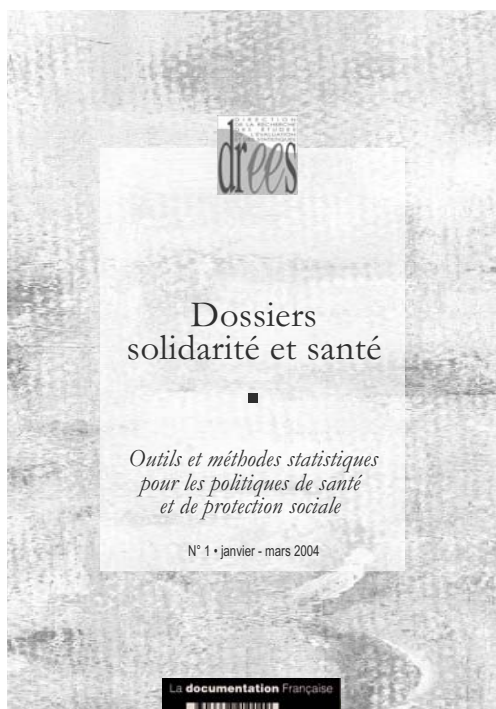
élevé qu'en moyenne, et une séance sur trois a par ailleurs fait l'objet d'une prescription d'actes ou d'une décision d'orientation (23 % pour l'ensemble).

L'âge du patient, la chronicité et la nature du problème médical pour lequel le médecin est consulté permettent ainsi, quasiment à eux seuls, de donner un aperçu, en huit séances types, du quotidien des médecins généralistes. En revanche, l'influence des caractéristiques propres aux médecins telles leur sexe, leur âge ou encore leur répartition géographique par unité urbaine (rurale, petites unités urbaines et autres) semble être assez limitée. Cette typologie privilégie toutefois une vision d'ensemble, qui ne peut recouvrir l'ensemble des cas particuliers rencontrés par les médecins généralistes, et méritera sans doute d'être approfondie. ●

Pour en savoir plus...

- Olivier KANDEL, Didier DUHOT, Gérard VERY, Jean François LEMASSON, Philippe BOISNAULT, « Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? », La revue du praticien - médecine générale, Tome 18, n° 656/657, 7 juin 2004, la Société française de médecins générale.
- Roland CASH, Francis FAGNANI, Xavier COLIN, Philippe LE JEUNNE, Marc PECHEVIS, Olivier ROLLOT, « Les dépenses de prévention en médecine générale : une évaluation réalisée à partir d'une base de données de médecins généralistes », Journal d'Économie médicale 2003, Vol.21, n° 6, 377-389, octobre 2003.
- Philippe LE FUR, Valérie PARIS, Céline PEREIRA, Thomas RENAUD, Catherine SERMET, « Les dépenses de préventions dans les comptes nationaux de la santé, une approche exploratoire », Études et Résultats, n° 247, (publication conjointe Drees - Credes) juillet 2003.
- Didier DUHOT, Luc MARTINEZ, Pierre FERRU, Olivier KANDEL, Bernard GAVID, « Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale », La revue du praticien - médecine générale, tome 16, n° 562, février 2002.
- Julien MOUSQUES, Thomas RENAUD, Catherine SERMET, La variabilité des pratiques médicales en médecine générale : le cas des hyperlipidémies, Série analyses, Credes, 2001.
- Laurence FREROT, Philippe LE FUR, Annick LE PAPE, Catherine SERMET, « L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique », Série résultats, n°22, Credes, septembre 1999.
- Fabienne AGUZZOLI, Philippe LE FUR, Catherine SERMET, Clientèle et motifs de recours en médecine libérale - France 1992, Credes, 1994.
- Site de la Société française de médecine générale - informations sur leur dictionnaire de consultations, sur l'observatoire de la médecine générale (rubrique Étude & Recherche > Publications > Autres publications) et diverses études réalisées par des médecins de la SFMG - <http://www.sfm.org>

à paraître en juin



Dossiers Solidarité et Santé
N° 1 janvier - mars 2004

Outils et méthodes statistiques pour les politiques de santé et de protection sociale

Prix : 10,80 € (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé
sont diffusés par la Documentation Française
29, quai Voltaire 75344 - Paris cedex 07

Renseignements,
commande et abonnement annuel au :
01 40 15 72 00

Commande en ligne : www.ladocfrancaise.gouv.fr

12

Derniers numéros parus :

• **Les revenus sociaux en 2002**

N° 4, octobre-décembre 2003

• **La microsimulation des politiques
de transferts sociaux et fiscaux à la Drees :
objectifs, outils et principales études
et évaluations**

N° 3, juillet-septembre 2003

• **Des comptes de la santé par pathologie :
un prototype pour l'année 1998**

N° 2, avril-juin 2003

• **Les personnes âgées entre
aide à domicile et établissement**

N° 1, janvier-mars 2003

au sommaire de ce numéro

Peut-on estimer les dépenses sociales liées à la perte d'autonomie ?

Julien BECHTEL et Laurent CAUSSAT - Drees

Les auteurs soulèvent la question de l'évaluation du coût global des dépenses publiques qui permettent de compenser les pertes de revenus et de bien-être encourues par les personnes dont l'autonomie se trouve limitée. Ils soulignent les difficultés techniques liées à la complexité de l'appréhension et de la mesure des programmes mis en oeuvre.

Peut-on quantifier les besoins de santé ?

Chantal CASES et Dominique BAUBEAU - Drees

D'après quelles normes est-il possible de quantifier les besoins de santé ? Définis en termes de santé publique comme un état de santé constaté et un état de santé souhaité par la collectivité, les « besoins de santé » ne peuvent effectivement être quantifiés uniquement à partir de données techniques ou scientifiques...

Une typologie des établissements de soins publics et PSPH en fonction de leur activité et de leur environnement

Didier BALSAN - Drees

Cet article présente une description de l'activité des hôpitaux publics en dépassant la typologie habituelle reposant exclusivement sur des critères de catégorie juridique et de taille. Il se propose dans ce sens de regrouper les établissements sur la base d'indicateurs d'activités de soins.

Quelles problématiques et quels indicateurs pour construire l'évaluation de la tarification à l'activité ?

Frédéric BOUSQUET - Drees

Analyser les enjeux et méthodes de l'évaluation de la tarification à la pathologie, choisir des outils et moyens à mobiliser pour parvenir à évaluer les politiques publiques, tels sont les principaux objectifs de l'auteur de cet article.

La trajectoire des personnes ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique et se trouvant fin 1998 dans un établissement avec hébergement

François CHAPIREAU - Drees

Réalisée à partir de l'enquête HID (Insee 1998-1999), cette étude analyse les parcours des 34 000 personnes, en majorité de jeunes adultes, qui étaient hospitalisées en établissement spécialisé de soins psychiatriques à la fin de l'année 1998.