



Études et Résultats

N° 704 • octobre 2009

Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale

La présente étude dresse un tableau des consultations en cabinet auprès de neuf spécialités, en examinant tant la nature et le caractère urgent ou non du recours que son contenu, les prescriptions qui en découlent et sa durée.

Les dermatologues, les gastro-entérologues, les oto-rhino-laryngologistes (ORL) et les pédiatres traitent surtout des affections récentes ou aiguës (de 40 % à 70 % des consultations) ; les cardiologues, les rhumatologues et les psychiatres rencontrent plus souvent des patients souffrant d'affections chroniques (de 36 % à 66 % des consultations) ; les gynécologues et les ophtalmologistes assurent avant tout un suivi régulier dans le cadre de leurs consultations (74 % et 57 %). Entre 30 % (cardiologie) et 83 % (pédiatrie) de ces spécialistes prescrivent des médicaments à l'issue de leurs consultations ; les gastro-entérologues prescrivent également, dans la moitié des cas, des examens complémentaires. Dans plus de la moitié des cas, les praticiens demandent à leurs patients de revenir les voir. Les cardiologues recommandent à un patient sur trois de consulter un généraliste ; les autres spécialistes étudiés orientent plus rarement vers un autre médecin et, quand ils le font, c'est le plus souvent vers un confrère d'une autre discipline. Les consultations durent en moyenne 16 minutes chez un ophtalmologiste (comme chez un médecin généraliste), 29 minutes chez un cardiologue et 32 minutes chez un psychiatre.

Enfin, à l'exception des pédiatres (34 %) et des ORL (15 %), moins de 10 % des consultations auprès des spécialistes libéraux étudiés relèvent d'une urgence. Le poids des recours urgents est mis en perspective avec les résultats des enquêtes précédentes de la DREES sur les urgences en ville et à l'hôpital.

Marie GUYON

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

1. Les spécialistes, interrogés sur la nature du recours, pouvaient qualifier celui-ci successivement de suivi régulier, d'affection récente (pour la psychiatrie, affection non chronique ou venant d'apparaître), d'affection aiguë, de prévention, d'affection chronique stable ou d'affection chronique décompensée. Un même recours pouvait avoir plusieurs de ces caractéristiques. Pour la présente étude, afin d'éviter les risques de confusion entre affections récentes et affections aiguës, ces deux items ont été agrégés.

2. Lors d'une précédente enquête menée en 2002 auprès des généralistes, la nature des recours était décomposée en contrôle ou suivi d'une affection chronique stable, déstabilisation d'une affection chronique, affection aiguë, premier diagnostic d'une affection chronique, consultation pour affection en cours d'exploration (ces trois derniers items sont classés dans le tableau 1 en affection récente ou aiguë), autres (administratif, conseil, geste de prévention, certificat).

En 2007, la DREES a mené une enquête sur les recours aux médecins libéraux de neuf spécialités : les cardiologues, les dermatologues, les gynécologues, les gastro-entérologues, les ophtalmologistes, les oto-rhino-laryngologistes (ORL), les pédiatres, les psychiatres et les rhumatologues (encadré 1). Réalisée en deux phases, l'enquête recueille à la fois le point de vue du médecin et celui de son patient et donne un éclairage sur le contenu et le contexte des consultations, ainsi que sur le parcours de soins coordonnés. En s'intéressant à une population rare-

ment interrogée à une telle échelle, elle présente surtout l'intérêt de mettre en lumière des sujets jusqu'ici peu documentés, notamment par les sources administratives, tels que le contenu et la durée des consultations, la nature de la demande – et en particulier son caractère urgent ou non – jusqu'aux suites envisagées par le médecin (encadré 2).

Certaines spécialités pratiquent davantage d'actes techniques que d'autres, à l'occasion d'une consultation en cabinet de ville. Afin d'illustrer cette diversité, les résultats suivants sont présentés pour trois spécialités, la cardiologie, la dermatologie et la gastro-entérologie.

Les dermatologues et les gastro-entérologues traitent surtout des affections récentes ou aiguës, les cardiologues pratiquent davantage des suivis réguliers

Pour les dermatologues et les gastro-entérologues, près de la moitié des recours relèvent d'une affection récente ou aiguë¹ (tableau 1). C'est le cas également des ORL (53 %) et des pédiatres (67 %).

Les cardiologues se distinguent nettement de leurs confrères : une grande partie de leurs consultations (39 %) relèvent d'un suivi régulier et plus d'une sur quatre d'une affection chronique stable ; la moitié des patients qu'ils rencontrent souffrent d'une ou plusieurs affections de longue durée (ALD). Les psychiatres et les rhumatologues rencontrent aussi une part élevée d'affections chroniques (66 % et 36 % de leurs consultations).

Quelques spécialités se caractérisent par le poids des consultations de suivi régulier : gynécologues (74 %) et ophtalmologistes (57 %).

Les généralistes déclarent le plus souvent traiter des patients souffrant d'affections chroniques stables (39 %) ou d'affections récentes ou aiguës (43 %, pas nécessairement urgentes)².

La fréquence des actes techniques est relativement homogène au sein de la plupart des spécialités étudiées

Certaines spécialités ont une dominante technique plus importante que d'autres. Mais outre cet « effet spé-

ENCADRÉ 1

L'enquête de 2007 sur le recours au spécialiste en médecine de ville

Le contexte de l'enquête

À l'instar des précédentes enquêtes de la DREES sur le milieu médical, l'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville fournit des informations sur le contenu des consultations chez un médecin et la trajectoire suivie par les patients.

Elle permet également de dégager des éléments d'opinion et de comportement, tant des praticiens que de leurs patients, sur le parcours de soins coordonnés. En effet, l'enquête s'est déroulée près de deux ans après la mise en œuvre de la loi de 2004 réformant l'assurance maladie et mettant en place le parcours de soins coordonnés. Avec ce dispositif, les patients âgés de 16 ans ou plus ne peuvent accéder à la plupart des médecins spécialistes et être remboursés au taux normal que sur prescription de leur médecin traitant¹.

L'enquête a été préparée en collaboration avec des représentants de la Caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS), de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), des professions médicales (Conseil national de l'ordre des médecins, sociétés savantes ou syndicats représentatifs des spécialités enquêtées : Syndicat national des spécialistes des maladies du cœur et des vaisseaux, Société française de dermatologie, Collège national des gynécologues et obstétriciens de France, Société nationale française de gastro-entérologie, Société française d'ophtalmologie, Société française d'ORL, Société française de pédiatrie, Fédération française de psychiatrie, Société française de rhumatologie). Des représentants des usagers (Union nationale des associations familiales, Collectif interassociatif sur la santé) et des directions du ministère y ont également été associés, ainsi que les représentants des syndicats de spécialistes. L'enquête a été réalisée par l'institut IPSOS Opérations. Nous remercions l'ensemble de ces partenaires pour leur collaboration.

Le dispositif de l'enquête

L'enquête s'est déroulée en deux phases en France métropolitaine : en octobre 2007 auprès de 1 840 spécialistes libéraux, puis en décembre 2007 auprès de 10 000 de leurs patients.

Les spécialités concernées sont la cardiologie, la dermatologie, la gynécologie médicale et obstétrique, la gastro-entérologie, l'ophtalmologie, l'ORL, la pédiatrie, la psychiatrie et la rhumatologie.

L'enquête concerne principalement l'aspect médical et le contexte du recours, avec deux volets d'enquête, représentatifs au niveau national uniquement.

Le volet médecin, renseigné par chaque spécialiste participant, comporte un questionnaire « activité » (volume d'activité, participation au système de permanence des soins) qui est rempli une seule fois et un questionnaire « consultation » qui est rempli pour chaque consultation sans acte technique lourd. Ce questionnaire porte sur toute consultation en ville de patients mineurs accompagnés ou majeurs non hospitalisés (ni en hospitalisation complète, ni en alternative à l'hospitalisation complète), réalisée au cours d'une demi-journée pour l'ophtalmologie et la pédiatrie ou deux demi-journées d'activité d'une semaine donnée pour les autres spécialités. Près de 25 000 questionnaires « consultation » ont ainsi été recueillis.

Le volet patient : une enquête téléphonique de 15 minutes en moyenne a été réalisée auprès d'un échantillon de patients rencontrés par les médecins lors des consultations qu'ils ont décrites dans le premier volet. Ces patients ont été interrogés un à deux mois après la séance.

1. Une étude à paraître dans les *Dossiers Solidarité Santé* explorera ce thème.

■ TABLEAU 1

La nature du recours

	Cardiologie	Dermatologie	Gastro-entérologie	ORL	Rhumatologie	Psychiatrie	Gynécologie	Ophthalmologie	Pédiatrie	Médecine générale
Suivi régulier	39	28	17	17	19	-	74	57	-	-
Affection récente ou aiguë	30	45	53	53	48	26	18	23	67	43
Prévention	11	18	16	7	6	-	15	12	35	11
Affection chronique stable	28	11	16	16	15	49	3	13	19	39
Affection chronique déstabilisée	10	4	8	10	21	17	-	4	4	5

En %

Lecture • 39 % des recours aux cardiologues de ville relèvent d'un suivi régulier (déclaration du médecin).

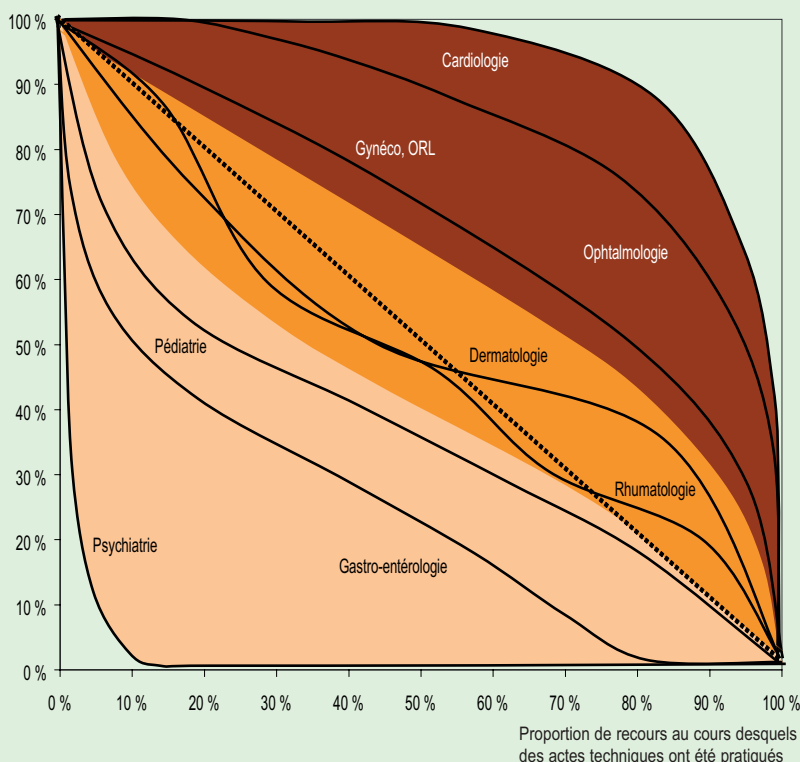
Champ • Recours aux spécialistes de ville, sans acte technique lourd. Plusieurs items pouvaient être cités, ce qui explique pourquoi la somme, pour une spécialité donnée, est supérieure à 100 %. Consultations des généralistes exerçant en cabinet, invités à se prononcer sur la nature principale du recours.

Sources • Enquêtes sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007) et sur les pratiques des généralistes (DREES, 2002).

■ GRAPHIQUE 1

La dispersion de la pratique des actes techniques

Proportion de médecins



- La plupart des médecins pratiquent souvent un ou plusieurs actes techniques. Inversement, peu de médecins en réalisent rarement.
- Ces médecins ont des pratiques très diversifiées : il existe un continuum dans la propension à pratiquer des actes techniques.
- La plupart des médecins pratiquent rarement des actes techniques. Inversement, peu en réalisent souvent.

Lecture • 80 % des cardiologues ont pratiqué des actes techniques au cours de plus de 90 % de leurs consultations en cabinet, le jour de l'enquête.

Champ • Recours aux spécialistes de ville, sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

cialité », on peut isoler un « effet médecin » : au sein d'une même spécialité et pour un aspect donné de la prise en charge, certains médecins se spécialisent dans certains actes. Il faut donc interpréter avec précaution les résultats en termes de moyenne.

Au sein des spécialités à forte dominante clinique ou technique, les pratiques sont très homogènes (graphique 1) : ainsi, 60% des cardiologues réalisent au moins un acte technique à chaque consultation (le plus souvent un électrocardiogramme). À l'inverse, les gastro-entérologues, tout comme les pédiatres et, surtout les psychiatres, réalisent peu d'actes techniques. Ainsi, la moitié des gastro-entérologues pratiquent un acte technique toutes les quatre consultations. À noter toutefois qu'une partie d'entre eux se spécialisent dans certains actes : 75 % des médecins ne pratiquent par exemple jamais d'endoscopies mais 10 % en pratiquent une dans une consultation sur cinq.

En revanche, pour quelques spécialités (dermatologie et rhumatologie) les pratiques sont plus variées : tous les cas de figure sont représentés, allant des médecins qui pratiquent peu d'actes techniques jusqu'à ceux qui en pratiquent beaucoup.

La prévention représente une part importante de l'activité des spécialistes étudiés

Hormis les actes techniques et l'examen clinique³, les spécialistes étudiés réalisent également des entretiens à caractère social et dispensent des conseils de prévention et d'hygiène de vie (graphique 2).

La prévention et les conseils d'hygiène de vie ou d'alimentation font partie des thèmes les plus fréquemment cités par les médecins : ils sont abordés au cours de 36 % des consultations pour les dermatologues, 43 % pour les gastro-entérologues et 53 % pour les cardiologues. Il s'agit d'une partie importante de l'activité des pédiatres qui déclarent en pratiquer au cours des trois quarts de leurs consultations. En outre, les cardiologues et les gastro-entérologues déclarent écouter, apporter une aide psychologique à leurs patients dans

3. L'examen clinique a été considéré a priori comme pratiqué de façon systématique.

plus de 20 % de leurs consultations et les dermatologues dans 15 % des cas.

Si les spécialistes enquêtés se distinguent les uns des autres par leurs pratiques au cours de la consultation, ils se différencient également par leurs comportements en termes de prescription et d'orientation à l'issue du recours.

DERMATOLOGUES ET GASTRO-ENTÉROLOGUES DÉLIVRENT UNE ORDONNANCE MÉDICAMENTEUSE À L'ISSUE DE LA MOITIÉ DES CONSULTATIONS

Moins de 30 % des consultations en cardiologie se concluent par une prescription de médicaments (graphique 3). Cette proportion se situe autour de la moitié en gastro-entérologie et dermatologie et atteint plus de 80 % en pédiatrie.

En cardiologie, moins de 15 % des recours donnent lieu à une prescription d'examen. En revanche, c'est le cas de 50 % des recours en gastro-entérologie (le plus souvent des examens endoscopiques).

C'est plus souvent en situation d'urgence que sont prescrits des examens complémentaires et, surtout, des médicaments : à autres caractéristiques comparables (encadré 2), le cardiologue a alors « plus de chances » de prescrire des médicaments (de l'ordre de 18 % de plus) et des examens (9 % de plus).

À L'ISSUE D'UNE URGENCE, LE SPÉCIALISTE ORIENTE PLUS SOUVENT VERS UN GÉNÉRALISTE

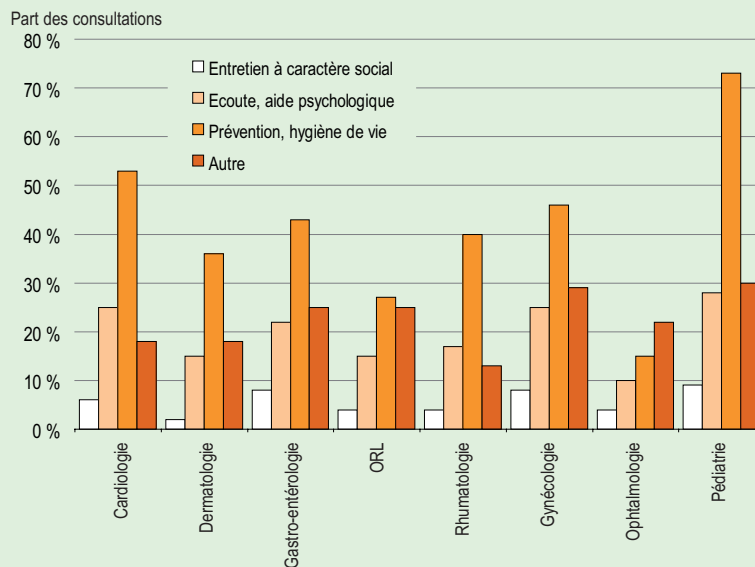
Dans plus de la moitié des cas, les spécialistes demandent à leurs patients de revenir les consulter⁴ (graphique 3). Les cardiologues recommandent à leur patient de consulter un confrère, très souvent un généraliste, à l'issue de 30 % des consultations. Ce n'est le cas que dans 15 % des consultations pour les autres disciplines, le patient étant alors orienté en premier lieu vers un autre spécialiste⁵.

Chez les spécialistes étudiés, rares sont les consultations qui sont suivies d'une hospitalisation, en particulier immédiate⁶. Si 18 % des recours à un gastro-entérologue se concluent par une hospitalisation, celle-ci est prati-

4. Il était demandé dans le questionnaire « consultation » : « Demandez-vous à revoir ce patient ? Si oui, dans combien de temps ? Dans le cadre d'un suivi régulier ? Un rendez-vous a-t-il été fixé ? », etc. Les résultats développés ci-après sont valides « toutes choses égales par ailleurs ».
5. Le généraliste oriente quant à lui son patient vers un spécialiste à l'issue de 5 % de ses consultations en cabinet (DREES, 2002).
6. En médecine générale, 0,3 % des consultations en cabinet s'achèvent par une recommandation d'hospitalisation immédiate ou programmée (DREES, 2002).

GRAPHIQUE 2

L'écoute et le conseil au cours de la consultation



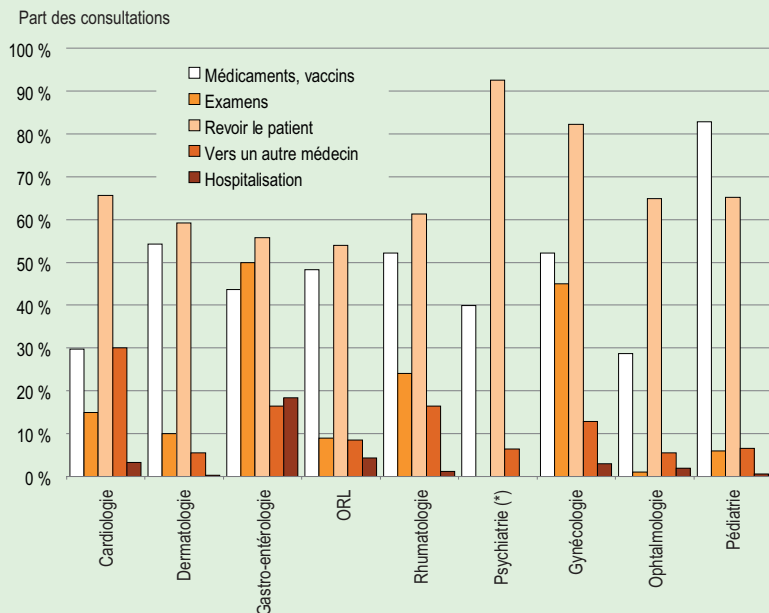
Lecture • 53 % des recours aux cardiologues de ville donnent lieu à des conseils de prévention, d'hygiène de vie ou d'alimentation (déclaration du médecin).

Champ • Recours aux spécialistes de ville, sans acte technique lourd. La question n'était pas posée aux psychiatres.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

GRAPHIQUE 3

Les prescriptions et orientations



* L'item « examens complémentaires » n'était pas proposé aux psychiatres enquêtés.

Lecture • 30 % des recours aux cardiologues de ville se concluent par une prescription de médicaments et 15 % par une prescription d'examen complémentaire (déclaration du médecin).

À l'issue de 66 % de leurs consultations, les cardiologues de ville demandent à revoir leur patient ; à l'issue de 30 % des consultations, ils recommandent à leurs patients de consulter un autre médecin.

Champ • Recours aux spécialistes de ville, sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

quement toujours programmée et résulte le plus souvent d'une prescription d'examen endoscopique justifiant l'hospitalisation.

Quand le patient est reçu en urgence, le spécialiste lui demandera moins fréquemment de revenir le voir et l'orientera davantage vers un confrère (le plus souvent un généraliste) ou vers l'hôpital.

En moyenne 16 minutes chez un ophtalmologiste, 29 minutes chez un cardiologue

Une consultation dans un cabinet d'ophtalmologiste dure⁷ aussi longtemps qu'une consultation dans un cabinet de généraliste, soit 16 minutes en moyenne. Pour toutes les autres spécialités de l'enquête, les consultations sont en moyenne plus longues (tableau 2).

En dermatologie, ORL, gynécologie et psychiatrie, la durée des consultations varie peu d'un patient à l'autre : la moitié des séances durent entre 15 et 20 minutes pour les trois premières disciplines et entre 30 et 35 minutes pour la dernière. En ophtalmologie, pédiatrie, cardiologie et gastro-entérologie, les durées de consultations sont moins concentrées : la moitié durent entre 10 et 20 minutes en ophtalmologie, entre 15 et 25 minutes en pédiatrie

et entre 20 et 30 minutes pour les deux dernières spécialités ; signaux d'ailleurs qu'en ophtalmologie, un quart des séances durent moins de 10 minutes. En rhumatologie, la durée des séances est encore plus variable : la moitié des consultations durent entre 15 et 30 minutes. À titre de comparaison, les durées des consultations chez le généraliste de ville sont très concentrées, autour d'un quart d'heure : une consultation sur deux dure entre 14 et 15 minutes. Quelle que soit la spécialité, hormis la dermatologie, les consultations chez des praticiennes sont plus longues que chez leurs homologues masculins. Les médecins plus âgés, à autres caractéristiques identiques, reçoivent plus longtemps leurs patients, dans la plupart des disciplines. Le fait d'exercer en secteur 2 va de pair avec une séance plus longue ; l'écart atteint 4 à 5 minutes de plus en cardiologie et en psychiatrie.

Les caractéristiques du patient influent elles aussi sur la durée de la prise en charge. Ainsi, en psychiatrie et en rhumatologie, les patients les plus jeunes sont reçus plus longtemps (jusqu'à 34 minutes en moyenne pour les moins de 33 ans consultant un psychiatre). En ORL et en dermatologie comme en médecine

générale, ce sont les plus âgés qui sont reçus le plus longtemps.

Quand le patient est issu d'un milieu social favorisé, la consultation est souvent légèrement plus longue : les cadres et les patients exerçant une profession libérale ou ceux qui ont un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au baccalauréat sont reçus en moyenne une à deux minutes de plus que les autres⁸. On peut supposer que les patients les plus diplômés ou appartenant aux catégories socioprofessionnelles les plus élevées sont plus familiers du langage médical, ce qui facilite le dialogue tant médical qu'extra-médical. À l'inverse, les personnes moins favorisées socialement passent moins de temps auprès du praticien, sauf en rhumatologie.

Logiquement, la consultation est d'autant plus longue que le médecin y a pratiqué des actes techniques ou que le patient y a évoqué ses problèmes personnels. En cas d'urgence, si les recours auprès d'un généraliste de ville durent plus longtemps, c'est l'inverse qui se produit en ophtalmologie et, surtout, en pédiatrie : pour ces spécialités, les consultations en urgence durent cinq minutes de moins en moyenne ; pour les autres, la durée du recours au cabinet est peu influencée par son caractère urgent ou non.

En confrontant les résultats de cette enquête aux autres sources disponibles et en détaillant ce qu'on entend par urgence dans chacune de ces sources, il est possible d'approcher le nombre des urgences prises en charge par les médecins, en comparant d'une part les spécialités entre elles et, d'autre part, la médecine de ville et la médecine hospitalière.

Pour la plupart des spécialités enquêtées, moins d'une consultation sur dix relève d'une urgence

Pour la plupart des spécialités enquêtées, entre 6 % et 10 % des recours sont urgents, du point de vue du praticien ou du patient. Les urgences représentent en moyenne 11 % des consultations des généralistes exerçant dans un cabinet de ville (encadré 3 A). Toutefois, la proportion de recours urgents atteint

7. Durée indiquée par le médecin.

8. Du point de vue de la profession et catégorie socioprofessionnelle, cette situation est comparable à celle que rencontrent les patients des généralistes.

ENCADRÉ 2

Méthodologie de l'étude

Dans la présente étude, chaque aspect de la séance est décrit spécialité par spécialité, en fonction des caractéristiques :

- du médecin (sexe, âge, secteur de conventionnement, zone d'exercice) ;
 - du patient (sexe, âge, souffrant d'une affection de longue durée ou non, bénéficiant de la CMU complémentaire ou non, profession actuellement exercée, niveau d'études) ;
 - de la séance (réponse à une demande urgente, patient rencontré régulièrement ou non, nombre d'actes techniques pratiqués, évocation des problèmes personnels au cours de la consultation, prescription de médicaments, d'examens, durée de la séance).
- Une modélisation logistique permet de mesurer les effets de chaque variable « toutes choses égales par ailleurs ».

Seuls certains aspects sont abordés ici. La richesse de l'enquête est telle que l'ensemble des aspects du recours peuvent être approfondis pour une spécialité donnée. À titre d'exemple, pour une discipline donnée, il est possible d'étudier la dispersion des pratiques (actes techniques pratiqués, prescriptions de médicaments ou d'examens, orientation vers un autre médecin) associées aux diagnostics. Ces pratiques peuvent être mises en regard des recommandations professionnelles élaborées notamment par la Haute autorité de santé (HAS).

34 % en pédiatrie et 15 % en ORL (graphique 4).

Globalement, un tiers des urgences sont déclarées par le médecin sans être ressenties par le patient, un tiers sont au contraire ressenties par le patient mais non confirmées médicalement et un tiers sont considérées comme telles

à la fois par le médecin et par son patient. En médecine générale, 80 % des consultations urgentes ou non programmées sont ressenties comme des urgences par le patient seulement et 20 % le sont par le généraliste et le patient⁹.

Selon la spécialité sollicitée et le mode de prise en charge, en ville ou

à l'hôpital, les patients et les médecins apprécient différemment la notion d'urgence. Qu'elle soit ou non justifiée d'un point de vue médical, l'urgence a un impact important sur l'organisation du système de soins et sa prise en charge soulève la question de la bonne articulation entre la ville et l'hôpital.

9. Les urgences déclarées par le seul médecin sont pratiquement inexistantes en médecine générale (Labarthe, 2004).

TABLEAU 2
Durée des consultations, en minutes

	Cardiologie	Dermatologie	Gastro-entérologie	ORL	Rhumatologie	Psychiatrie	Gynécologie	Ophthalmologie	Pédiatrie	Généraliste											
Ensemble	29	19	24	19	24	32	20	16	21	16											
1 ^{er} quartile	20	15	20	15	15	30	15	10	15	14											
Médiane	30	15	20	15	20	30	20	15	20	15											
3 ^e quartile	30	20	30	20	30	35	20	20	25	15											
3 ^e quartile / 1 ^{er} quartile	1,5	1,3	1,5	1,3	2,0	1,2	1,3	2,0	1,7	1,1											
Caractéristiques du médecin																					
Âge	Moins de 53 ans	28	**	19	***	23	***	18	***	25		32	***	19	***	15	**	22	*	16	
	54 ans ou plus	30	Ref	18	Ref	24	Ref	20	Ref	23	Ref	32	Ref	20	Ref	16	Ref	21	Ref	16	Ref
Sexe	Homme	28	Ref	19	Ref	23	Ref	18	Ref	23	Ref	31	Ref	19	Ref	15	Ref	21	Ref	15	Ref
	Femme	30	***	18	***	25	***	22	***	26	***	34	*	20	***	16	***	22	***	17	***
Secteur de conventionnement	Secteur 1	28	Ref	18	Ref	23	Ref	20	Ref	24	Ref	31	Ref	18	Ref	15	Ref	21	Ref	16	Ref
	Secteur 2	33	***	19	***	25	***	19	***	25	***	36	***	21	***	16	***	23	***	18	***
	Non réponse																			15	***
Caractéristiques du patient																					
Âge	moins de 33 ans	29		18	**	25		18	***	26	***	34	***	19		15	*	23		14	***
	34 à 50 ans	28		19		23	**	20	**	24	**	32		20		15		20		15	***
	51 à 55 ans	29	***	19		23	***	19	***	24	**	31		19	**	16	***	20		16	
	56 ans ou plus	29	Ref	19	Ref	24	Ref	20	Ref	24	Ref	31	Ref	20	Ref	17	Ref	22	Ref	17	Ref
Sexe	Homme	29	Ref	18	Ref	23	Ref	18	Ref	23	Ref	32	Ref			16	Ref	22	Ref	15	Ref
	Femme	29	*	19		24		20	***	24	***	32				16		21		16	***
1 ou + ALD	Non	29	Ref	19	Ref	23	Ref	19	Ref	24	Ref	33	Ref	20	Ref	15	Ref	21	Ref	15	Ref
	Oui	29		18	***	24	**	20		25	**	29		19		17	***	30		17	***
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	Non	29	Ref	19	Ref	24	Ref	19	Ref	24	Ref	32	Ref	20	Ref	16	Ref	21	Ref	16	Ref
	Oui	29		15	***	22		19	*	25		29		17	***	15	**	21		14	***
PCS	Cadre	30	***	19		25	*	21	**	26		34	***	21		15		23		17	***
	Profession	28		20	***	25		19		24		32		19		16		22		16	***
	Employé, ouvrier	29		19		23		17	**	24		31		19		14		20	**	15	***
	Non occupé	29	Ref	18	Ref	23	Ref	19	Ref	24	Ref	32	Ref	20	Ref	16	Ref	21	Ref	15	Ref
Niveau d'études	CEP ou moins	28	Ref	18	Ref	23	Ref	20	Ref	23	Ref	27	Ref	18	Ref	16	Ref	20	Ref		
	BEPC, CAP, BEP	28		18	***	23		18		24		30	***	18		15	**	22			
	Bac ou plus	28		19	***	24		19	***	25		33	***	20	***	15		22			
Caractéristiques de la séance																					
A évoqué ses problèmes personnels	Non	28	Ref	18	Ref	23	Ref	19	Ref	23	Ref			19	Ref	15	Ref	21	Ref	15	Ref
	Oui	30	***	21	***	25	***	22	***	26	***			21	***	18	*	25	***	18	***
Nombre d'actes techniques pratiqués pendant la séance	Aucun	25	Ref	17	Ref	23	Ref	17	Ref	24	Ref	32	Ref	19	Ref	15	Ref	21	Ref	15	Ref
	1 acte	27	*	20	***	25	***	19	***	23	***	34	*	19	***	14		23	**	17	***
	2 actes ou plus	32	***	21	***	37	***	21	***	27	***	33		21	***	16	*	26	***	19	***
Urgence	Non	29	Ref	19	Ref	23	Ref	19	Ref	24	Ref	32	Ref	20	Ref	16	Ref	23	Ref	16	
	Oui	30		18		24		18		25		36	**	19		15	***	18	***	17	

Le tableau ci-dessus associe fréquences et degré de significativité de l'effet propre de chaque facteur (c'est-à-dire sa marge d'erreur) : à autres caractéristiques comparables, c'est-à-dire toutes choses égales par ailleurs, l'effet propre du facteur considéré sur la durée de la consultation est d'autant plus significatif que le nombre d'étoiles figurant dans le tableau est élevé ; Ref indique la modalité utilisée comme référence dans le modèle logistique. Ne sont figurés ici que les facteurs significatifs pour la plupart des spécialités.

Lecture • Un recours au cardiologue de ville dure, en moyenne selon le praticien, 29 minutes. Un quart des recours auprès du cardiologue dure moins de 20 minutes. Les consultations des cardiologues exerçant en secteur 2 durent en moyenne 33 minutes, contre 28 minutes lorsqu'ils sont en secteur 1. L'effet propre du secteur de conventionnement sur la durée des recours en cardiologie est significatif, la marge d'erreur qui lui est associée est inférieure à 1 %.

Champ • Recours aux spécialistes de ville, sans acte technique lourd.

Sources • Enquêtes sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007), sur les pratiques des généralistes (DREES, 2002) et sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale (DREES, 2004).

Selon les médecins exerçant dans les services d'accueil des urgences, un quart des patients se rendent à l'hôpital sur le conseil d'un médecin (y compris par le centre 15), 60 % s'y rendent de leur propre chef, les autres y sont transportés en ambulance, par les pompiers ou le service médical d'urgence et de réanimation (SMUR). Au total, 23 % des passages

aux urgences donnent lieu à une hospitalisation.

La confrontation de trois enquêtes de la DREES (encadré 3 B) a permis d'évaluer le nombre d'urgences dans les différentes spécialités considérées, en ville comme à l'hôpital. Certes, les recours urgents n'étant pas de même nature en ville et à l'hôpital, ils ne sont pas nécessairement

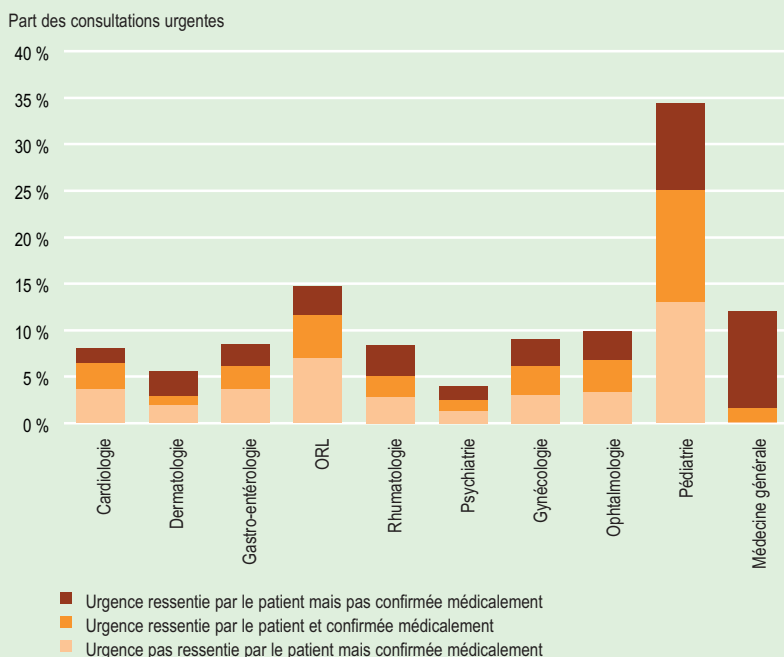
comparables : en cas d'urgence « grave » engageant le pronostic vital du patient ou nécessitant la mobilisation rapide d'un plateau technique, c'est vers l'hôpital que sont dirigés les patients, éventuellement après avoir été examinés par un médecin de ville. Par ailleurs, des disparités régionales existent mais elles ne sont pas analysées ici. Le caractère urgent ou non du recours modifie sensiblement le comportement du praticien (en termes de prescriptions par exemple). Mais faute de connaître précisément la nature de l'urgence prise en charge, de pouvoir déterminer un degré « objectif » de gravité, on caractérise dans cette étude les urgences comme des « consultations à part » et on s'intéresse ici essentiellement au volume qu'elles représentent et à leur impact potentiel sur l'organisation de la prise en charge.

En 2007, ce sont les médecins généralistes qui auraient reçu le plus de patients en urgence, que la nature urgente du recours soit seulement ressentie par le patient ou confirmée par le médecin. Ainsi, les cardiologues ont pris en charge 1,3 million de cas urgents en ville, tandis que, selon les taux de recours urgents issus des enquêtes de 2004 et 2002, les généralistes auraient traité 1,5 million d'urgences cardiovasculaires à leur cabinet et les urgences hospitalières 725 000. Les urgences gastro-entérologiques seraient respectivement quatre fois et trois fois plus nombreuses à être prises en charge par un généraliste libéral (1,8 million) et les services d'accueil des urgences (1,3 million) que par les spécialistes libéraux (450 000).

Les dermatologues et les généralistes ont pris en charge un nombre équivalent d'urgences relevant de la dermatologie (autour de 700 000), ces dernières étant plus rares à l'hôpital (215 000). Les lésions inflammatoires, infectieuses ou virales ont représenté deux tiers des demandes de prise en charge en urgence par les dermatologues. ■

GRAPHIQUE 4

La fréquence des recours urgents aux spécialistes exerçant dans un cabinet de ville



Lecture • 8 % des recours aux cardiologues de ville correspondent à des urgences, dont la moitié sont considérées comme des urgences médicales par le cardiologue mais pas ressenties par le patient (déclaration du médecin).

Champ • Recours aux spécialistes de ville sans acte technique lourd et recours aux généralistes de ville.

Sources • Enquêtes sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007), sur les recours urgents ou non programmés aux généralistes de ville (DREES, 2004).

En savoir plus

Labarthe G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie », *Études et résultats*, DREES, n° 315.

Amar E., Perrera C., 2005, « La prescription des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et résultats*, DREES, n° 440.

Breuil-Genier P., Goffette C., 2006, « La durée des séances des médecins généralistes », *Études et résultats*, DREES, n° 481.

Guyon M., Labarthe G., 2006, « Les recours urgents ou non programmés en médecine générale. Premiers résultats », *Études et résultats*, DREES, n° 471.

Urgences en ville, urgences à l'hôpital : méthodologie

A • Les définitions de l'urgence

Trois enquêtes de la DREES, reposant sur les déclarations des médecins, fournissent une image de l'accueil des urgences, tant à l'hôpital (Enquête sur les usagers des urgences, DREES, 2002) qu'en ville (Enquêtes sur les recours urgents ou non programmés à la médecine générale de ville, DREES, 2004, et sur les recours au spécialiste de ville, DREES, 2007).

Par définition, à l'hôpital tout passage au service d'accueil des urgences est considéré comme une urgence.

En ville, la définition de la *consultation urgente* est comparable dans les enquêtes en médecine générale et en médecine spécialiste :

Médecine spécialiste de ville	Médecine générale de ville
La consultation est-elle une urgence ? Si OUI, s'agit-il : <ul style="list-style-type: none"> • d'une urgence médicale ou chirurgicale (b) <ul style="list-style-type: none"> - confirmée du point de vue du spécialiste ? - découverte au cours de la séance ? • d'une urgence ressentie par le patient ? 	Est incluse dans l'enquête toute consultation (a) qui : <ul style="list-style-type: none"> • est une urgence médicale <ul style="list-style-type: none"> - confirmée du point de vue professionnel - découverte au cours de la séance • a lieu en dehors des heures d'ouverture du cabinet (c) • a lieu pendant les heures d'ouverture du cabinet et pour laquelle le patient a signalé qu'il avait besoin de voir un médecin dans la journée

a - L'enquête sur les recours urgents ou non programmés en médecine générale de ville couvrait tant les consultations urgentes que les visites au domicile des patients. Par souci de comparabilité avec l'activité des spécialistes, la présente étude est restreinte aux seules consultations des médecins généralistes.

b - Aux psychiatres, on demandait également s'il s'agissait d'une urgence psychiatrique avérée ou du diagnostic d'une pathologie psychiatrique demandant un traitement immédiat.

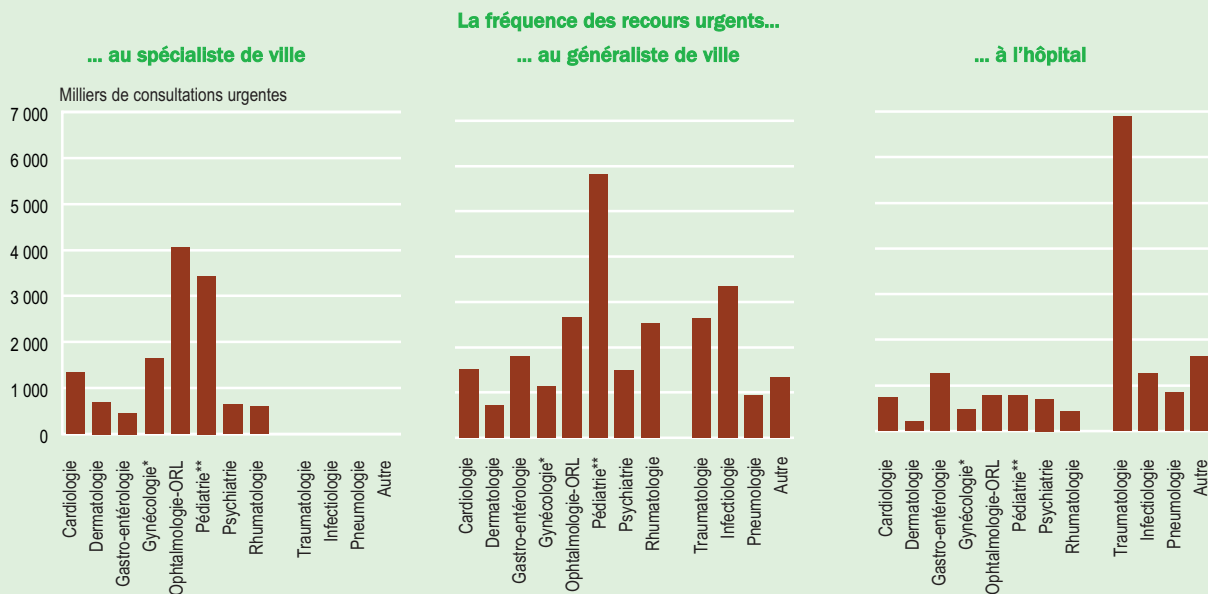
c - Théoriquement, l'enquête sur le recours au spécialiste prenait en compte les recours en dehors des horaires d'ouverture du cabinet mais, pratiquement, aucun n'a été collecté.

B • Le nombre d'urgences prises en charge en ville et à l'hôpital en 2007 : méthode

Les deux enquêtes qui portent spécifiquement sur les urgences indiquent la répartition en grands domaines des troubles sur lesquels portent les urgences. La troisième permet de déterminer, pour chaque spécialité enquêtée, la part des recours qui relève d'une urgence.

Par ailleurs, l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES fournit annuellement le nombre de passages dans les services d'accueil des urgences. Les données de la CNAMTS nous indiquent, pour une année donnée, le nombre de consultations réalisées dans les cabinets de ville, tant en médecine générale qu'en médecine spécialiste.

En appliquant la part des urgences dans chaque spécialité aux volumes en 2007, on obtient une approximation du nombre de recours annuels urgents par spécialité en 2007 à l'hôpital, en médecine générale de ville (sachant que, globalement, l'enquête sur les recours urgents ou non programmés estimait en 2004 que 11 % de l'ensemble des recours au cabinet du généraliste de ville relèvent d'une urgence) et en médecine de ville spécialiste (graphique ci-après).



(*) Figurent ici les urgences liées à la gynécologie médicale et à la gynécologie obstétrique. Les troubles obstétricaux ne figuraient pas dans l'enquête Usagers des urgences.

(**) En médecine générale, l'enquête sur les recours urgents ou non programmés ne proposait pas d'item « pédiatrie » : dans le graphique ci-dessus, les recours auprès des généralistes des moins de 16 ans en gastro-entérologie, infectiologie, ORL et pneumologie ont été agrégés en un seul item « pédiatrie ».

Lecture • En 2007, 1,3 million d'urgences cardiovasculaires ont été prises en charge par un cardiologue exerçant en cabinet de ville ; les généralistes libéraux en prennent en charge 1,5 million à leur cabinet et les urgences hospitalières 725 000.

Champ • Recours urgents en 2007 aux spécialistes de ville, aux généralistes de ville, à l'hôpital.

Sources • SNIR-AM (CNAMTS), enquête SAE (DREES, 2007), enquêtes sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007), sur les recours urgents ou non programmés aux généralistes de ville (DREES, 2004), sur les usagers des urgences (DREES, 2002).