



Er études et Résultats

N° 588 • août 2007

La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites

Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires aussi bien par des pédiatres que par des médecins généralistes. Ils constituent d'ailleurs 13% de l'ensemble des consultations et visites de ces derniers. 88% des jeunes patients qui consultent un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier.

Les consultations ont le plus souvent lieu au cabinet du médecin et sont en moyenne plus courtes que celles des adultes.

Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Un tiers des visites ne donnent lieu à aucune prescription et près de la moitié des prescriptions relèvent de seulement trois sous-classes médicamenteuses.

La prévention et le dépistage font l'objet d'une visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La prise en charge des maladies chroniques par les médecins généralistes ne représente chez l'enfant que 10 % des séances contre 27 % chez les adultes pour le suivi des affections de longue durée (ALD).

Carine FRANC, Marc LE VAILLANT, Sophia ROSMAN et Nathalie PELLETIER-FLEURY

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

AU 1^{ER} JANVIER 2004, l'INSEE recensait près de 12 millions d'enfants de moins de 16 ans, soit un cinquième de la population en France métropolitaine. Malgré leur nombre important, le recours aux soins des enfants a été peu étudié, qu'il s'agisse des motifs du recours ou des dépenses associées : aucune évaluation des dépenses destinées aux soins des enfants n'est aujourd'hui disponible. À partir des données 2002 de l'échantillon permanent des assurés sociaux ayant droit aux soins (EPAS), Denis Raynaud (2005) montre cependant que la dépense totale de soins pour un enfant de moins de 9 ans est inférieure de 60 % à la dépense moyenne de soins d'un individu (tous âges confondus). En revanche, les dépenses en omnipraticiens pour les enfants correspondent à la dépense moyenne de l'ensemble de la population. Les dépenses de soins pour enfants se concentrent essentiellement sur les soins primaires, principalement constitués des consultations ambulatoires auprès des généralistes et des pédiatres.

En France, les enfants ont un statut particulier dans le système de soins : l'enfant ou l'adolescent de moins de 16 ans est affranchi du parcours de soins. Le médecin généraliste n'est pas la seule modalité de recours pour les soins primaires : le pédiatre peut en effet assurer le rôle de médecin traitant¹. D'après une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en 2002, parmi les enfants de moins de 3 ans, 5 % ont vu seulement un pédiatre, 40 % ont vu seulement un généraliste et 55 % ont été suivis conjointement par un généraliste et un pédiatre. L'enquête menée par la DREES entre juin et décembre 2002 sur l'ensemble des consultations et visites réalisées par des médecins généralistes libéraux (encadré 1) permet d'analyser les modalités de prise en charge des enfants de moins de 16 ans. Les séances consacrées aux enfants concernent 13 % de l'ensemble des consultations ou visites et

impliquent 89 % des médecins de l'échantillon.

La prise en charge des enfants se concentre autour de quelques diagnostics généralement bénins

Les enfants sont plus souvent pris en charge par les jeunes femmes médecins (encadré 2) et dans le cadre d'un suivi régulier. Ils se déplacent plus souvent au cabinet du médecin (87 % contre 78 % des adultes).

L'activité des médecins généralistes auprès des enfants se concentre autour d'un nombre restreint de diagnostics qui concernent des pathologies *a priori* bénignes et relèvent essentiellement d'affections des voies respiratoires hautes ou d'actes de prévention. Les diagnostics les plus fréquemment observés chez l'enfant relèvent des affections aiguës et de la prévention, associées à près de 70 % des séances (tableau 1). Chez l'adulte, ces diagnostics ne représentent ensemble que 25 % des séances, davantage caractérisées par des maladies chroniques.

En moyenne, les séances concernant les patients de moins de 16 ans durent 14 minutes, soit 2 minutes de moins que pour l'ensemble de la population. Plus du tiers des séances avec des enfants ne durent pas plus de 10 minutes, 47 % entre 11 et 15 minutes et 19 % plus d'un quart d'heure (graphique 1).

Près de la moitié des prescriptions relève de trois sous-classes médicamenteuses

Près d'un tiers des consultations consacrées aux enfants ne donnent lieu à aucune prescription médicamenteuse (contre un cinquième pour l'ensemble des patients). Près de 17 % des prescriptions concerne un expectorant, 18 % des antalgiques et 13 % des traitements rhinopharyngés locaux (rhinoloc) ; ensemble, ces trois sous-classes de médicaments représentent donc près de la moitié des médicaments prescrits aux enfants. Enfin, 14 % des prescriptions sont des antibiotiques (ATB) (graphique 2).

¹ La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 instaure un parcours de soins qui passe par un médecin « traitant », chargé d'aiguiller les patients vers le ou les spécialistes dans les seuls cas où cela s'avère nécessaire.

Un essai de typologie de la prise en charge des enfants dessine huit grands types de séances

Les caractéristiques des consultations et visites auprès des enfants décrites jusqu'ici (diagnostics, nature du recours, durée de la séance...) ne sont bien sûr pas indépendantes les unes des autres. Des méthodes d'analyse de données permettent de mettre en évidence celles qui décrivent le

mieux les différents profils de prise en charge des enfants par les généralistes (encadré 3). Nous avons ainsi distingué huit grands types de séances (tableau 2).

Les diagnostics posés par le médecin jouent un rôle déterminant dans la construction de la typologie. Pour autant, il n'existe pas un lien simple et univoque. Ainsi, le type de séances concernant les autres affections aiguës urgentes (douleurs abdominales, état

fébrile) [8] rassemble des séances faisant référence à plusieurs diagnostics. Cette relative dispersion s'explique par le rôle important joué également par d'autres variables concurrentes : la nature de l'affection (chronique ou aiguë), la durée de la consultation ou encore le nombre de diagnostics. De plus, certains diagnostics sont plus fréquemment associés entre eux (toux et rhume-rhinite ou douleur abdominale et état fébrile).

■ TABLEAU 1

Les diagnostics les plus fréquents des médecins généralistes

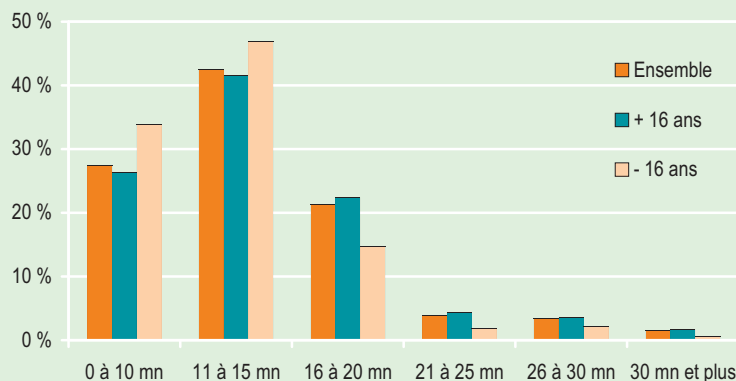
Diagnostics	Enfants (moins de 16 ans)		Adultes (16 ans et plus)	
	% de séances associées au diagnostic	% cumulé	% de séances associées au diagnostic	% cumulé
Voies respiratoires hautes				
Rhino-pharyngite	18,6	18,6	3,6	3,6
Angine	10,2	28,8	3	6,6
Bronchite aiguë / bronchiolite	7,5	36,3	2	9,5
Otite	6,8	43,1	2,6	12,1
Toux	6,7	49,8	0,6	12,7
Rhume rhinite	5,6	55,4	2,2	14,9
Prévention				
Vaccination	8,3	63,7	1,9	16,8
Examen systématique de prévention	5,3	69,0	8,7	25,5

Lecture • Le diagnostic « rhino-pharyngite » est reporté dans 18,6 % des séances concernant des patients de moins de 16 ans, celui de l'« angine » dans 10,2 % des séances. Plusieurs diagnostics ont pu être reportés lors d'une séance. Toutefois, vu le nombre moyen de diagnostics par séance (1,2), la fréquence cumulée de ces diagnostics donne une bonne idée de l'activité médicale associée.

Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002, calculs CERMES.

■ GRAPHIQUE 1

Répartition des séances selon leur durée



Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002, calculs CERMES.

■ ENCADRÉ 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 (hors MEP) représentant, après redressement à partir du Système national inter-régime (SNIR) de la CNAMTS en 2002, les 54 432 médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine hors MEP. 75 % de ces médecins sont des hommes, 17 % de l'ensemble de ces médecins ont moins de 40 ans et 38 % plus de 50 ans. 16 % exercent en Île-de-France, un médecin sur cinq exerce en zone rurale, 37 % dans une unité urbaine d'au moins 200 000 habitants ou dans l'agglomération de Paris, les autres étant répartis dans les unités urbaines de moins de 200 000 habitants. Les visites représentent 18 % de l'activité des médecins généralistes libéraux exerçant en Île-de-France, contre 23 % dans le reste de la France, ces proportions correspondant à celles fournies par le SNIR 2002 de la CNAMTS.

Protocole de l'enquête et correction des biais de collecte à l'aide des données de la CNAMTS

La collecte a été réalisée entre juin et décembre 2002 pour le compte de la DREES par BKL-Thalès auprès de son réseau, en plusieurs vagues d'enquête. 922 médecins généralistes libéraux ont accepté de répondre, soit un taux de réponse de 64 %. Équipés d'un logiciel de gestion des dossiers médicaux, les médecins n'ont eu qu'à fournir un complément d'informations pour une soixantaine de consultations consécutives au cabinet, et pour huit visites à domicile consécutives. Au cabinet, les médecins remplissaient le questionnaire directement sur leur ordinateur tandis que pour les visites, les médecins utilisaient un ordinateur portable ou un formulaire papier. Les informations sur les médicaments prescrits se sont donc avérées moins fiables pour les visites.

Pour pouvoir interpréter les résultats au niveau national, certains biais de collecte ont dû être corrigés. Aucune source d'informations externe ne permettant une correction adaptée à la clientèle des enfants, les redressements ont été les mêmes que ceux déjà calculés par la DREES pour l'ensemble des patients (Labarthe, 2004). À cette occasion, il avait 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 : 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 (ERASME 2002). Le seuil de 16 ans a été retenu pour analyser le recours au médecin généraliste des enfants.

Pour 255 séances, l'âge du patient n'a pas été reporté ; ces séances ont été *de facto*, exclues de la présente étude. Par ailleurs, l'analyse des caractéristiques « patients » des enfants est limitée par le mauvais report d'un certain nombre de variables, telles que la catégorie socioprofessionnelle, l'activité des parents ou la situation de famille.

Par ailleurs, les prescriptions médicamenteuses éclairent, voire explicitent, la signification des groupes : la proportion des consultations ayant donné lieu à une prescription varie beaucoup (de 41 % à 86 %), de même que le nombre moyen de prescriptions par consultation (de 0,9 à 2,8). Naturellement, le contenu des prescriptions contribue à caractériser la nature du recours des jeunes patients.

Ainsi la typologie présentée permet de mettre en évidence les différentes activités des médecins généralistes caractéristiques de la prise en charge des enfants (tableau 2). Elle identifie des groupes différenciés en fonction de l'âge du patient, de la nature d'une éventuelle couverture complémentaire ou encore du nombre de prescriptions de médicaments. En revanche, d'une façon générale, la répartition entre garçons et filles ne se différencie pas significativement d'un groupe de classes à l'autre.

Les affections des voies aériennes supérieures concernent quatre grands types de séances aux caractéristiques différenciées

Les diagnostics associés aux affections des voies aériennes supérieures se distribuent en quatre types représentant plus de 60 % des séances : les séances concernant les affections aiguës non urgentes des voies aériennes (rhino-pharyngite) [1], les affections aiguës urgentes des voies aériennes (otite, bronchite) [2], les affections aiguës urgentes des voies aériennes (angine) [3], les poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite) [4].

Si les séances de ces quatre groupes correspondent généralement bien à des affections aiguës souvent jugées non urgentes, elles présentent des caractéristiques différentes. Ainsi, les séances du groupe 4 [poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite)] sont plus fréquemment identifiées comme des maladies chroniques, tandis que celles du groupe 3 [affections aiguës urgentes des voies aériennes (angine)] sont plus souvent urgentes et donnent généralement lieu à des consultations brèves : près de la moitié d'entre elles

durent moins de 10 minutes, alors que les séances des autres groupes durent majoritairement entre 10 et 15 minutes. Enfin, ces séances sont plus souvent effectuées au domicile du patient.

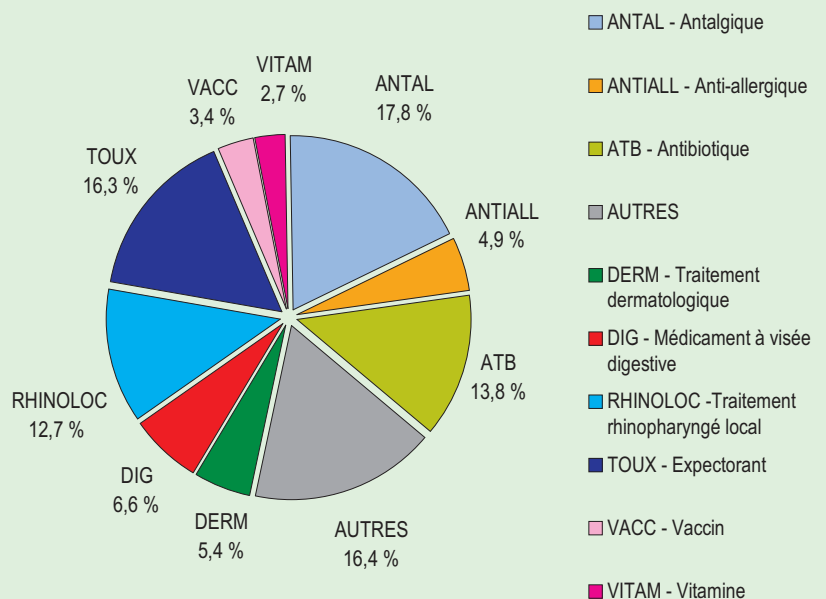
À l'issue de la séance, on observe que trois des quatre groupes correspondent à des consultations où sont fréquemment prescrits plus de trois médicaments. Ainsi, les consultations classées en 2, 3 et 4 [affections aiguës urgentes des voies aériennes (otite et bronchite d'une part, angine de l'autre), poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite)] donnent plus fréquemment lieu à une prescription supérieure à 2,6 médicaments (pour une moyenne de 2 médicaments par consultation). Le contenu même de la prescription est évidemment différent, puisque lié au diagnostic posé par le médecin : les consultations classées en 3 et 4 [affections aiguës urgentes des voies aériennes (angine), poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite)] donnent lieu à une prescription importante d'antibiotiques (près de 27 %

des médicaments prescrits pour le groupe 3 et 21 % pour le groupe 4). Pour les groupes 2 et 7 [affections aiguës urgentes des voies aériennes (otite, bronchite), diagnostics à confirmer (réorientation, examen complémentaire)], les médicaments prescrits sont essentiellement des antalgiques, des expectorants et traitements rhinopharyngés locaux (graphique 3).

Selon les grands types de séances, les jeunes patients consultant n'ont pas non plus le même profil d'âge. Les enfants des groupes 2 et 4 [affections aiguës urgentes des voies aériennes (otite, bronchite), poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite)] sont plus jeunes que la moyenne. Enfin, leur profil en termes de nature de la couverture complémentaire est contrasté : ceux qui consultent pour des problèmes de toux, rhume, rhinite sont plus souvent couverts par la couverture maladie universelle complémentaire que les autres (19 % contre 15 % en général et seulement 7 % pour les enfants consultant pour une otite ou une bronchite).

GRAPHIQUE 2

Part de chaque sous-classe de médicaments dans la « prescription » des médecins généralistes à destination des enfants



Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002, calculs CERMEs.

Moins d'une séance sur dix est consacrée au traitement des allergies

Le groupe 5 [maladies chroniques (dermatose)] qui rassemble 7 % des séances consacrées aux enfants, est

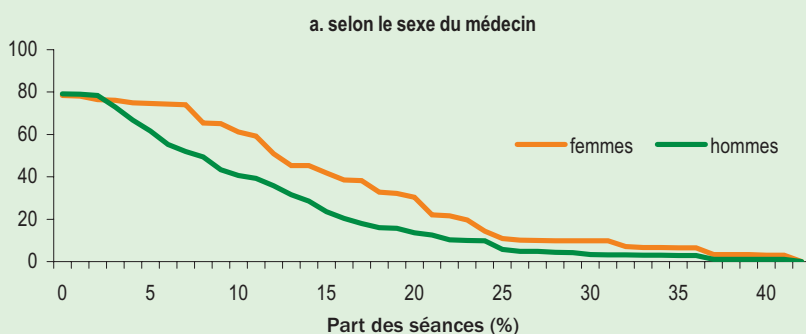
d'avantage caractérisé par la nature de l'affection (chronique) que par le diagnostic en soi. En effet, bien que la moitié des séances soient associées à un problème dermatologique, près de 35 % des diagnostics ont été codés

dans « autres diagnostics ». Pour autant, les médicaments les plus prescrits restent des traitements anti-allergiques (graphique 3). Cela indique que ces séances, rarement jugées comme urgentes et très souvent associées à

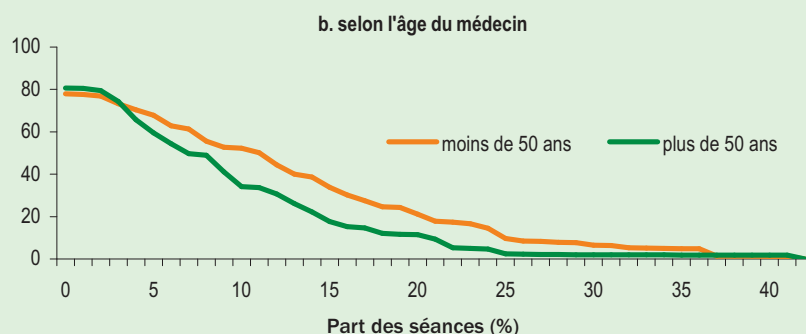
ENCADRÉ 2

Les enfants sont plus souvent pris en charge par les jeunes femmes médecins

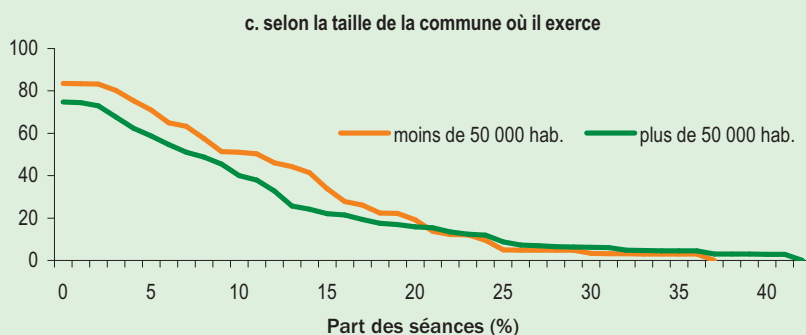
% cumulé des médecins en fonction de la part des séances qu'ils consacrent aux jeunes de moins de 16 ans



Lecture • 61,2 % des femmes consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants alors que les hommes ne sont que 40,7 %.



Lecture • 34,2 % des médecins de plus de 50 ans consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants contre 52,2 % chez les médecins plus jeunes.



Lecture • 51 % des médecins exerçant dans des agglomérations de moins de 50 000 habitants consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants, contre 40 % dans les zones de plus de 50 000 habitants.

* La part d'activité consacrée aux enfants est définie par la proportion de séances relatives aux enfants.

** Le seuil de 10 % correspond à la valeur médiane pour les médecins de l'échantillon.

Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002, calculs CERMES.

Parmi l'ensemble des médecins généralistes enquêtés, 89 % ont reçu au moins un enfant. Les médecins femmes dispensent une part plus importante de leur activité à la prise en charge des enfants que leurs homologues masculins : 61 % d'entre elles accordent plus de 10 % de leur activité aux enfants contre 41 % des hommes (graphique a). Elles sont même 30 % à réaliser plus d'une séance sur cinq avec un enfant contre moins de 14 % des hommes. Les plus jeunes médecins semblent davantage engagés dans la prise en charge des enfants (graphique b) : 52 % des médecins de moins de 50 ans consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants, contre 34 % chez les plus de 50 ans ; 10 % des moins de 50 ans réalisent une séance sur quatre avec un enfant, contre 2 % des plus de 50 ans. Le lieu d'exercice semble aussi avoir une influence puisque la moitié des médecins exerçant dans des agglomérations de moins de 50 000 habitants consacrent plus de 10 % de leur activité aux enfants, contre 40 % dans les communes plus peuplées (graphique c). Ceci peut s'expliquer partiellement par un plus grand partage de la prise en charge des enfants entre pédiatres et médecins généralistes dans les grandes villes, les pédiatres étant plus rarement implantés dans les zones rurales ou les petites agglomérations : au 1^{er} janvier 2003, on y comptait moins de 4 pédiatres pour 100 000 habitants, contre plus de 17 dans les villes de plus de 50 000 habitants. Toutefois, quelle que soit la taille de l'agglomération, un noyau dur d'environ 15 % des médecins consacre plus du cinquième de son activité aux enfants.

TABLEAU 2

Descriptif des groupes de séances

Type de séances (poids des séances du groupe en %)	Commentaires les % entre parenthèses font référence à l'échantillon total des enfants	Variables actives			Variables illustratives		
		Diagnostic(s) principal (aux)	Nature de la pathologie	Urgence	Enfants ayant plus de 6 ans	Bénéfi- ciaires de la CMUC*	Plus de 3 médica- ments
1- Affections aiguës non urgentes des voies aériennes (rhino-pharyngite...) (28,1 %)	Dans 82,5 % des séances, l'affection est qualifiée d'aiguë et dans 80 % la séance est jugée non urgente. Dans un cas sur deux, le diagnostic posé est une rhino-pharyngite et près des trois quarts des séances comportant ce diagnostic figurent dans cette classe. Elles sont généralement de courte durée puisque seules 7,6 % d'entre elles dépassent 15 minutes.	Rhino-pharyngite (48,9 %) Autre (50,1 %)	Aiguë (82,5 %)	Oui (3,9 %)	46,7 %	15,8 %	41,2 %
2- Affections aiguës urgentes des voies aériennes (otite, bronchite...) (11,9 %)	La quasi-totalité des séances (98 %) concernent ici une affection aiguë assez fréquemment urgente (30 % des séances contre 10 %). 90 % des diagnostics « d'otite » et 65 % des cas de « bronchite » sont associés aux séances de cette classe.	Otite (51,9 %) Bronchite (41,0 %)	Aiguë (97,9 %)	Oui (27,9 %)	31,6 %	6,7 %	59,1 %
3- Affections aiguës urgentes des voies aériennes (angine) (10,2 %)	99 % des séances se concluent par un diagnostic unique, angine dans 87 % des cas. Près de 9 cas « d'angine » sur 10 sont ainsi recensés dans cette classe qui comporte une part importante de visites (25 % contre 13 % en général chez les enfants). Les séances sont souvent très courtes puisqu'elles durent moins de 10 minutes dans près d'un cas sur deux.	Angine (87,3 %)	Aiguë (93,9 %)	Oui (18,5 %)	55,5 %	14,3 %	62,2 %
4- Poly-pathologies aiguës non urgentes des voies aériennes (toux, rhume, rhinite...) (10,2 %)	Dans près d'un cas sur deux (46 %) le diagnostic est multiple. Les affections diagnostiquées concernent les voies aériennes supérieures : rhume, rhinite (53 % des séances) et toux (59 %). Dans 12,5 % des cas, la pathologie est identifiée comme chronique (contre 6 % en général) mais ne revêt que dans un cas sur douze un caractère urgent (contre 10 %).	Toux (59,1 %) Rhume-rhinite (53,1 %)	Aiguë (83,0 %)	Oui (9,6 %)	33,3 %	19,1 %	53,8 %
5- Maladies chroniques (dermatose...) (7,3 %)	Près de 50 % des séances de cette classe comportent un diagnostic « dermatose » ; cette classe rassemble au total 88,2 % de l'ensemble des séances portant ce diagnostic. Le traitement d'une pathologie chronique est mentionné dans 54,3 % des séances (contre 6,2 % en général).	Dermatose (49,9 %)	Chronique (54,3 %)	Oui (0,8 %)	50,2 %	25,0 %	37,0 %
6- Prévention et dépistage (13,2 %)	Près de 90 % des séances sont consacrées à la prévention et au dépistage : 32 % mentionnent le diagnostic « examen systématique et de dépistage », 59 % celui de « vaccination ». Naturellement ces séances ne concernent jamais des pathologies chroniques et n'ont que très exceptionnellement un caractère urgent.	Vaccination (58,8 %) Examen systématique et prévention (31,8 %)	Autre (97,9 %)	Oui (1 %)	46,4 %	13,9 %	13,0 %
7- Diagnostics à confirmer (réorientation, examen complémentaire) (9,9 %)	Deux fois sur trois, le diagnostic concerne une affection peu fréquente en médecine générale. La séance est souvent longue : dans 58 % des cas plus de 15 minutes. L'évocation de problèmes personnels est très fréquemment reportée (52,5 % contre 8 % en général) et la séance se conclut souvent par la réorientation de l'enfant vers un autre praticien (36 % des cas contre 5 % en général).	Autre (66,7 %)	Autre (39,3 %)	Oui (9,9 %)	44,3 %	14,5 %	31,9 %
8- Autres affections aiguës urgentes (douleur abdominale, état fébrile) (9,2 %)	Dans 35 % des cas (contre 14 %) un diagnostic multiple conclut la séance. Les diagnostics de douleur abdominale et d'état fébrile qui apparaissent dans respectivement 42 % et 64,7 % des séances sont fréquemment associés. Ces diagnostics sont relativement souvent considérés par le médecin comme étant « à confirmer » (16 % des séances).	État fébrile (64,7 %) Douleur abdominale (42,0 %)	Aiguë (95,8 %)	Oui (15,8 %)	37,6 %	14,0 %	42,7 %
Ensemble			Aiguë (70,6 %) Autre (23,0 %) Chronique (6,2 %)	Oui (9,8 %)	44,0 %	15,4 %	36,8 %

(*) Couverture maladie universelle complémentaire.

Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002, calculs CERMES.

une affection chronique (dermatose), concernent probablement des cas d'asthme et d'allergies. Ces jeunes patients sont suivis régulièrement par le médecin généraliste (près de 97 % contre 88 % en moyenne). Les enfants vus au cours de ces séances sont issus de familles plutôt défavorisées : une sur quatre bénéficie de la couverture maladie universelle complémentaire (contre 15 % en moyenne) et plus d'une sur dix ne possède pas d'assurance maladie complémentaire (contre 8 %). Cela confirme les résultats de précédentes études qui soulignaient la survenue plus fréquente de ces pathologies dans les familles défavorisées et montraient leur moindre recours aux spécialistes et notamment au dermatologue (Dumesnil et Lefur, 2003).

Une activité de prévention très homogène mais qui ne représente qu'une séance sur huit

Le groupe 6 [prévention et dépistage] réunit, à travers les diagnostics de « vaccination » et d'« examen systématique de prévention » qui lui sont associés, les activités de prévention de routine des médecins généralistes. Elles correspondent à près de 13 % des séances. Ces séances, quasiment toujours non urgentes et réalisées au cabinet, sont particulièrement courtes puisque 41 % d'entre elles durent moins de 10 minutes. De façon attendue, les prescriptions médicamenteuses sont beaucoup moins fréquentes et moins nombreuses que dans tous les autres groupes : près de 60 % de séances ne donnent lieu à

aucune prescription et seulement 13 % sont associées à une prescription d'au moins trois médicaments différents. Ces séances se caractérisent par la réalisation d'un acte technique dans près de 60 % des cas.

Les enfants concernés par cette activité de prévention sont en proportion plus âgés (46 % ont plus de 6 ans contre 44 % en moyenne), même si l'âge moyen de ces enfants est inférieur à la moyenne (6,2 ans contre 6,6). Cela confirme une forte proportion de très jeunes enfants parmi les moins de 6 ans : près d'un enfant sur 2 (44 %) vu pour une consultation de prévention est âgé de moins de 4 ans.

Les enfants examinés au cours de ces séances sont plus souvent couverts par une assurance maladie complémentaire acquise à titre privé (hors CMU), 81 % contre 75 % pour l'ensemble, ce qui confirme les conclusions de Dumesnil et Lefur (2003) selon lesquelles les enfants issus de familles défavorisées consultent significativement moins pour des motifs de prévention.

Une séance sur cinq concerne des troubles demandant approfondissement pour poser un diagnostic définitif

Les groupes 7 [diagnostics à confirmer (réorientation, examen complémentaire)] et 8 [autres affections aiguës urgentes : douleur abdominale et état fébrile] semblent moins homogènes du point de vue des diagnostics. En effet, les diagnostics ou associations de pathologies qui leur sont associés sont très diversifiés. Les séances se caractérisent par l'incertitude du diagnostic et la nécessité d'approfondir les examens pour se prononcer de manière claire. En effet, le diagnostic est jugé comme devant faire l'objet d'une confirmation dans 15 % des séances du groupe 7 [diagnostics à confirmer (réorientation, examen complémentaire)] et 16 % de celles du groupe 8 [autres affections aiguës urgentes : douleur abdominale et état fébrile] (contre 9 % en moyenne). Par ailleurs, ces séances semblent concerner une proportion importante de nouveaux patients (respectivement 20 % et 21 % contre 12 % en moyenne).

ENCADRÉ 3

Méthodologie de construction de la typologie des séances

La construction de la typologie des séances repose sur la réalisation préalable d'une analyse des correspondances multiples (ACM) permettant de synthétiser les principales relations entre les variables décrivant les activités réalisées au cours des séances. Les variables actives retenues sont de deux types :

- les diagnostics qui représentent chacun au moins 3 % de l'ensemble des séances suivies par les patients de moins de 16 ans¹ ;
- les descripteurs du contexte dans lequel se déroule la séance : nombre de diagnostics, nature de la pathologie, consultation urgente, durée de la séance, patient nouveau, patient faisant état de ses problèmes personnels et les actions réalisées par le médecin (acte technique, orientation du patient vers un autre praticien).

Afin de cerner au plus près le contenu propre à chaque séance, ni les caractéristiques du patient (âge, sexe), ni le volume des prescriptions médicamenteuses du médecin ne rentrent dans la liste des variables actives de l'ACM. Ces variables constituent l'ensemble des variables illustratives.

Cette analyse met en évidence deux axes prédominants qui résument près de 30 % de l'information totale : le premier oppose les séances comportant un motif de recours de prévention (vaccination ou examen systématique) aux séances généralement de courte durée et comportant des diagnostics relatifs aux affections aiguës ; le deuxième opère une séparation entre les séances comportant un seul diagnostic et celles associant au moins deux diagnostics.

La typologie des séances réalisée ensuite sur la base de cette analyse (classification ascendante hiérarchique) permet de partitionner les séances en huit sous-ensembles homogènes et de caractériser la diversité de l'activité de prise en charge des enfants en médecine générale. La typologie obtenue permet ainsi de décrire au plus près le contenu des séances. Elle peut être reliée de façon étroite au travail initial réalisé sur la population générale (Labarthe, 2004). Parmi les 8 groupes établis par cette première typologie, deux concernent principalement les enfants de moins de 16 ans : le premier, centré sur les séances pour des affections aiguës, porte plus spécifiquement sur des infections des voies aériennes et le second sur les consultations de prévention. La typologie des séances suivies par les enfants de moins de 16 ans permet de caractériser spécifiquement la contribution de cette population à la constitution de ces deux sous-ensembles.

1. Dans une ACM, l'inertie portée par une modalité est d'autant plus forte que la modalité représentée est rare. Les diagnostics les moins fréquents ont ainsi été exclus de l'analyse afin de ne pas donner une importance excessive à des affections finalement peu caractéristiques de l'activité des médecins généralistes.

Toutefois, là encore ces deux groupes se distinguent par le contenu des séances. Dans plus de la moitié des séances (53 %) du groupe 7 [diagnostics à confirmer (réorientation, examen complémentaire)], le patient a parlé de ses problèmes personnels (contre seulement 8 % pour la totalité des séances) ; les séances sont ainsi

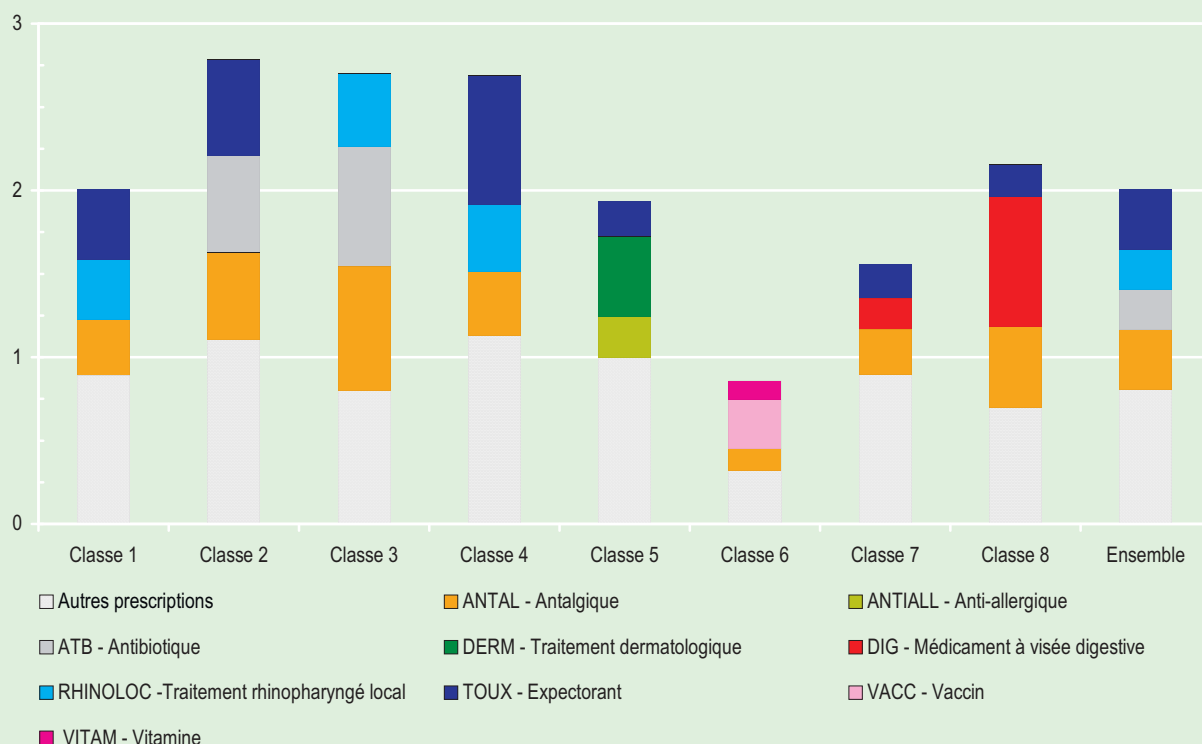
relativement longues (58 % d'entre elles ont duré plus de 15 minutes) et la prescription médicamenteuse est significativement plus faible que la prescription moyenne par consultation (1,6 contre 2). En revanche, la prescription d'un recours à un autre professionnel de santé est très nettement supérieure à la moyenne (36 %

contre 5 % sur la totalité des séances).

Les séances du groupe 8 [autres affections aiguës urgentes : douleur abdominale et état fébrile] sont davantage déclarées comme urgentes et font donc souvent l'objet d'une visite (1 séance sur 4 contre un peu plus de 1 sur 8 pour l'ensemble des séances d'enfants).

GRAPHIQUE 3

Nombre et types de médicaments prescrits par consultation de chacun des groupes de séances



Lecture • Pour chacune des classes de séances, les 3 groupes de médicaments les plus fréquemment prescrits à l'issue des consultations sont reportés. Par rapport à l'ensemble des consultations enfant : 30 % des séances sont composées d'au moins 1 antalgique (ANTAL), 27,8 % d'un médicament pour la toux (TOUX), etc.

Une consultation de la classe 1 donne lieu à une prescription moyenne de 1,9 médicament et se compose principalement de traitements dermatologiques, de traitements anti-allergiques et d'expectorants.

Sources • Enquête sur les consultations et visites des médecins généralistes libéraux, DREES, 2002 ; calculs CERMES.

Pour en savoir plus

- Boisguérin B., 2003, « Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2002 », *Études et Résultats*, n° 239, mai, DREES.
- CNAMTS, 2002, « La consommation de soins des enfants de moins de 3 ans en France », *Point de conjoncture*, n° 7, novembre.
- Dumesnil S., Lefur P., 2003, « État de santé des enfants pauvres et recours aux soins en ambulatoire », in « Les enfants pauvres en France », Colloque co-organisé par le CERC, le CGP, la CNAF et la DREES, Paris.
- Franc C., Le Vaillant M., Rosman S., Pelletier-Fleury N., 2007, « La prise en charge des enfants en médecine générale », *Document de travail*, à paraître, DREES.
- Labarthe G., 2004, « Les consultations et visites de médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, n° 315, juin, DREES.
- Raynaud D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, n° 378, février, DREES.