



*Selon l'enquête de la Drees réalisée en 2002 auprès des médecins généralistes libéraux, les consultations et visites durent en moyenne 16 minutes.*

*Les variations de la durée des séances sont attribuables pour les deux tiers aux disparités observées au sein de la clientèle d'un même médecin et pour un tiers à la variation des pratiques d'un généraliste à l'autre. La durée de ces séances apparaît « toutes choses égales par ailleurs » plus longue lorsqu'il s'agit de patients atteints de pathologies psychologiques ou psychiatriques, de personnes souffrant d'affections de longue durée, de personnes âgées ou de nouveaux patients. Les cadres supérieurs bénéficient en moyenne de temps de consultation plus longs, sachant qu'ils s'adressent en outre souvent à des médecins pratiquant des durées de consultation plus élevées. Les séances sont au contraire en moyenne plus courtes pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, et les consultations en cabinet sont plus brèves que les visites, surtout lorsqu'elles ont lieu sans rendez-vous. Les femmes médecins gardent en moyenne leurs patients plus longtemps que les hommes. Il en est de même pour les médecins à honoraires libres ainsi que pour ceux ayant une faible activité. La densité de médecins dans la zone d'emploi ne semble en revanche pas avoir d'influence.*

## La durée des séances des médecins généralistes

L'enquête sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux conduite en 2002 par la Drees permet d'analyser les caractéristiques de 44 000 consultations réalisées en cabinet et de 6 000 visites effectuées à domicile par 922 praticiens (encadré 1). Elle a déjà permis de décrire les différents types de recours aux médecins généralistes, ainsi que les déterminants de leurs prescriptions pharmaceutiques<sup>1</sup>. L'étude présentée ici s'intéresse à la durée de la séance<sup>2</sup> et à ses variations en fonction de ses caractéristiques propres (lieu, nature et chronicité du problème médical...), de celles du patient et des spécificités du médecin (sexe, âge, mode d'exercice...)<sup>3</sup>.

1. LABARTHE G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, n° 315, juin, Drees.

AMAR E., PEREIRA C., DELBOSC A., 2005, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et Résultats*, n° 440, novembre, Drees.

2. Le terme de séance recouvre l'ensemble des consultations effectuées au cabinet du médecin et des visites faites au domicile du patient.

3. Cette étude prend comme point de départ les travaux réalisés par Carole MAUREL, Béatrice STEFANINI, Claire OBERLÉ et Guillaume GAUDRON dans le cadre d'un projet de statistique appliquée de l'Ensaë, co-encadré par P. BREUIL-GENIER, M. COLLET et G. LABARTHE.

**Pascale BREUIL-GENIER\* et Céline GOFFETTE\*\***

\* Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement  
Ministère de la santé et des solidarités - Drees

\*\* École nationale de la statistique et de l'administration Économique (Ensaë)

**Près de 70 % des séances durent entre 10 et 20 minutes**

La durée moyenne de séance évaluée par le médecin est de 16 minutes (15 minutes pour les consultations au cabinet et 18 minutes pour les visites). 39 % des séances ont une durée déclarée comprise entre 15 et 19 minutes. Seules 0,3 % des séances durent moins de 5 minutes et 4,8 % plus de 30 minutes (graphique 1).

La durée de la séance dépend étroitement de la pathologie diagnostiquée et est en moyenne plus élevée lorsqu'un problème psychologique ou psychiatrique a été détecté (18 mn, cf.

tableau 1). Elle est en revanche plus faible en cas d'infection des voies aériennes (14 mn) ou de prévention (16 mn). Elle est enfin d'environ 17 minutes pour les autres groupes de pathologies identifiées (problèmes rhumatologiques, cardio-vasculaires, gastro-entérologiques...). Si l'on s'intéresse aux séances les plus longues, ce sont 17 % des séances ayant abordé des problèmes psychologiques ou psychiatriques qui durent plus de 25 minutes, contre 4 % des séances traitant des infections des voies aériennes supérieures. À l'inverse, seules 20 % des premières durent moins d'un quart d'heure, contre 40 % des secondes.

**La durée de la séance varie à la fois en fonction du patient et des caractéristiques du médecin**

Les séances ont une variabilité importante quant à leur durée (coefficient de variation de 40 %), qui subsiste de surcroît à pathologie donnée<sup>4</sup>. Ce sont les pathologies ayant les durées moyennes de séances les plus longues (problèmes psychologiques ou psychiatriques) et celles consacrées à la prévention qui ont les durées les plus variables en termes relatifs.

Cette variabilité de la durée des séances peut s'expliquer à la fois par la dispersion des pratiques moyennes d'un généraliste à l'autre (variabilité « inter-médecins ») et par les disparités observées pour un même médecin au sein de sa clientèle (variabilité « intramédecin »). Sur l'ensemble des séances étudiées, la seconde dimension représente plus des deux tiers de la variabilité totale (encadré 2). Les caractéristiques des patients et le contexte clinique de la séance sont donc les principaux déterminants de la durée des séances. Bien que moins importantes, les variations entre médecins laissent toutefois supposer que la durée des séances dépend aussi des caractéristiques socioprofessionnelles et d'exercice de ces derniers. Pour certaines pathologies (infection des voies aériennes par exemple), la variabilité entre médecins apparaît en outre particulièrement importante (encadré 2).

**Des séances légèrement plus longues pour les patients âgés**

L'âge du patient fait logiquement partie des caractéristiques qui influencent le plus la durée de la séance. La relation entre âge du patient et durée de la séance n'est pas monotone. En restant à un niveau descriptif, on constate ainsi que les 0-6 ans ont en moyenne des durées de consultation plus courtes (-4 %) que les 45-69 ans, tandis que

**E•1**

**Présentation des données**

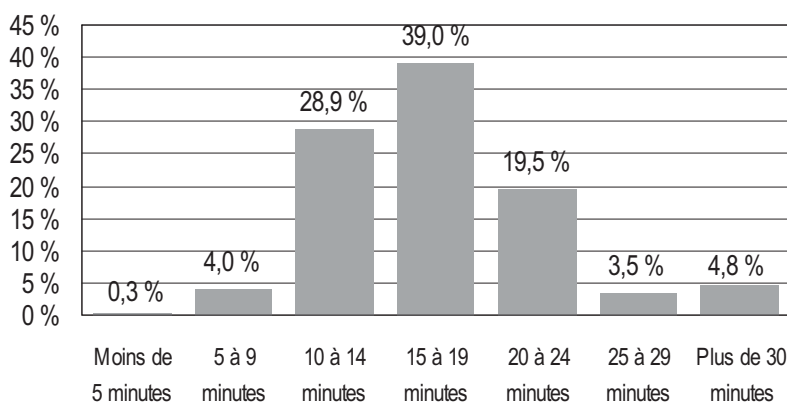
L'enquête sur la pratique des médecins généralistes a été réalisée entre juin et décembre 2002 sur demande de la Drees par BKL-THALES auprès des médecins de leur réseau. 922 médecins ont accepté de décrire une soixantaine de leurs séances (consultations et visites). Les informations recueillies portent sur le patient (âge, sexe, catégorie socioprofessionnelle, affection de longue durée...), le médecin (âge, sexe, mode d'exercice, secteur de conventionnement...), les caractéristiques de la séance (date, lieu...) et le contenu de cette dernière (diagnostic posé, prescriptions...). Pour les consultations au cabinet, le recueil d'informations sur le patient et la séance se faisait grâce à une liaison avec le logiciel de gestion des dossiers médicaux (et des prescriptions) commun à tous les médecins du réseau. Pour les visites, le recueil était en général fait via des questionnaires papiers.

Les études sur la durée des séances se heurtent au problème de la mesure de cette dernière. Ici, elle était renseignée par le médecin, sans que l'on sache avec quelle précision, ni si les éventuelles interruptions de séance ont bien été déduites de la durée totale ou si le temps d'enquête a été comptabilisé. C'est donc une estimation de la durée de séance qu'on étudie ici. Toutefois, ces éventuels biais (supposés aléatoires) ne remettent a priori pas en cause l'analyse des déterminants de cette durée.

Les données recueillies ont été redressées par la Drees de manière à être représentatives de l'activité des médecins généralistes libéraux exerçant en France métropolitaine (âge, sexe et région d'exercice des médecins, ainsi que répartition de l'activité entre consultations et visites).

2

**G •01** la distribution des séances selon leur durée



Lecture : 39 % des séances étudiées ont duré entre 15 et 19 minutes.  
Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, Drees, 2002

4. Les groupes de pathologies constituant des populations a priori moins hétérogènes (raisonner par groupes de pathologies permet en quelque sorte de contrôler les éléments observables du profil médical du patient), on s'attendait à ce que le coefficient de variation pour chaque groupe de pathologies soit inférieur au coefficient de variation observé toutes pathologies confondues.

pour les plus de 70 ans, les séances sont plus longues (+6 %) [tableau 2]. L'effet de l'âge est cependant nettement moins marqué (+1,6 % pour les 70 ans ou plus) – et il est même inversé pour les 0-6 ans (+4 %) – dès lors que l'on raisonne « toutes choses égales par ailleurs » (encadré 3) et notamment à pathologie et nombre d'affections de longue durée (ALD) donnés. En effet, les jeunes enfants consultent majoritairement pour des infections des voies aériennes, tandis que les 70 ans ou plus sont surreprésentés dans les séances motivées par des problèmes rhumatologiques. Or, le motif du recours est un déterminant essentiel de la durée de la séance : les séances consacrées aux infections des voies aériennes sont plus courtes (-1 %)⁵ que celles traitant de problèmes rhumatologiques (+5 %). En raisonnant « à pathologie égale », on neutralise l'influence de la pathologie et on observe l'effet propre de l'âge sur la durée de séance.

De même, les séances semblent plus courtes pour les hommes que pour les femmes⁶, mais cet effet est beaucoup plus faible dès lors que l'on raisonne « toutes choses égales par ailleurs ».

### Les ALD et la pluralité des diagnostics donnent lieu à des séances plus longues

Dès lors que le patient présente au moins une ALD, les durées de consultation sont supérieures de 12 %, et de 24 % pour deux ALD ou plus. Toutefois, ces effets sont moins importants lorsque l'on raisonne « toutes choses égales par ailleurs » : le fait d'avoir une ALD augmente la durée de séance de 3 %, et deux ALD ou plus de 7 %. Le même constat peut être fait en

5. « Toutes choses égales par ailleurs ». En l'absence d'autres indications, les chiffres donnés sont estimés à caractéristiques patients, séances et médecins égales par ailleurs (c'est l'impact propre des différents facteurs du tableau 2).

6. L'effet « sexe du patient » s'atténue fortement et régulièrement avec l'ajout progressif des variables dans le modèle. On peut donc être tenté de faire l'hypothèse que le sexe est un facteur « résiduel », au sens où il reflète en partie l'effet des caractéristiques ne figurant pas dans le modèle (variables omises).

## E.2

### Les variations des durées de séances : effet patient ou effet médecin ?

Parmi les indicateurs de dispersion, la variance a l'avantage de permettre de faire la part entre ce qui peut être attribué à des variations de durées moyennes entre médecins (variance « intermédecins ») ou au contraire à des variations de durée au sein de la clientèle de chacun de ces médecins (variance « intramédecins »). Globalement, cette deuxième dimension explique les deux tiers de la variabilité totale. Les variances intra et variance intermédecins sont toutefois très différentes selon le groupe de pathologies considéré, tant en niveau qu'en part relative. En niveau, ce sont les consultations consacrées à de la prévention dont la durée moyenne varie le plus d'un médecin à l'autre (variance inter de 21), et celles consacrées aux problèmes cardio-vasculaires dont la durée moyenne varie le moins (variance inter de 14). En revanche, pour un médecin donné, ce sont les séances consacrées aux problèmes psychologiques ou psychiatriques dont la durée varie le plus en fonction du patient (variance intra de 38), et celles pour infection des voies aériennes supérieures dont la durée varie le moins (variance intra de 12). En termes relatifs, ce sont aussi ces deux types de pathologies pour lesquels les poids relatifs des « effets patients » sont respectivement le plus fort (65 %) et le plus faible (42 %).

#### décomposition de la variabilité totale en variabilité intermédecins et intramédecin

	Variance totale	Contribution à la variance globale			
		variance inter		variance intra	
		en valeur absolue	en %	en valeur absolue	en %
<b>Totalité des séances</b>	38,0	12,2	32	25,8	68
<b>Groupe de pathologies</b>					
Problèmes psychologiques ou psychiatriques	57,8	20,2	35	37,6	65
Symptômes et syndromes identifiables	54,4	20,7	38	33,7	62
Prévention médicale	47,4	21,3	45	26,1	55
Problèmes rhumatologiques	39,6	17,8	45	21,8	55
Autres	39,5	13,0	33	26,5	67
Problèmes gastroentérologiques	37,4	19,8	53	17,6	47
Problèmes cardio-vasculaires	35,9	13,6	38	22,3	62
Infection des voies aériennes	27,7	16,1	58	11,6	42

Lecture : Sur l'ensemble des séances étudiées, la variance totale de la durée de consultation est de 38. La variance inter-médecins représente 32 % de cette variance totale, tandis que la variance intramédecin représente 68 %. Si on ne s'intéresse qu'aux séances pendant lesquelles le médecin a diagnostiqué des problèmes psychologiques ou psychiatriques, on constate que la variance totale de la durée de séance est de 57,8. La variance intermédecins représente 35 % de cette variance totale, tandis que la variance intramédecin représente 65 %.

NB : Plusieurs pathologies peuvent être déclarées par séance. L'effet d'une pathologie doit donc être compris comme étant l'effet induit par la présence d'une pathologie donnée, sans préjuger de l'impact éventuel des autres pathologies. Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, Drees, 2002

## T.01

### durée moyenne de la séance et écart-type selon les pathologies diagnostiquées

	Moyenne	Écart-type	Coefficient de variation	Proportion de séances inférieures à 15 minutes	Proportion de séances supérieures à 25 minutes
<b>Totalité des séances</b>	15,6	6,2	40 %	33,1 %	8,3 %
<b>Groupe de pathologies</b>					
Problèmes psychologiques ou psychiatriques	18,2	7,6	42 %	20,2 %	16,8 %
Symptômes et syndromes identifiables	17,1	7,4	43 %	24,0 %	12,7 %
Problèmes rhumatologiques	17,0	6,3	37 %	23,5 %	10,9 %
Problèmes cardio-vasculaires	16,5	6,0	36 %	26,1 %	9,7 %
Problèmes gastroentérologiques	16,5	6,1	37 %	26,9 %	10,4 %
Prévention médicale	15,8	6,9	44 %	31,8 %	8,4 %
Autres	15,5	6,3	41 %	34,3 %	9,6 %
Infection des voies aériennes	14,3	5,3	37 %	40,3 %	3,5 %

Lecture : en moyenne, les séances étudiées ont duré 15,6 minutes, avec un écart-type de 6,2. L'écart-type étant un indice sensible à la valeur moyenne, un autre indice, le coefficient de variation, égal au rapport de l'écart-type sur la moyenne, est calculé. Si sa valeur est faible, cela signifie que les valeurs observées sont proches de la moyenne et qu'il y a donc peu de variabilité. À l'inverse, si sa valeur est élevée, cela signifie que la dispersion des valeurs est importante. 33,1 % des séances ont duré moins de 15 minutes, et 8,3 % ont duré plus de 25 minutes.

Source : Enquête sur la pratique des médecins généralistes, Drees, 2002

ce qui concerne le nombre de diagnostics détectés (diminution des coefficients de 13 % à 2 % dans le cas de deux diagnostics, et de 25 % à 2 % dans le cas de trois diagnostics ou plus). Enfin, un diagnostic probable ou en attente est caractérisé par une durée de séance plus longue qu'un diagnostic certain.

La durée de la séance est par ailleurs plus faible pendant le quatrième trimestre que pendant le troisième trimestre (l'enquête n'ayant pas eu lieu aux autres trimestres). Il existerait donc un « effet saison ». En hiver, les épidémies étant plus fréquentes, on peut supposer que les files d'attente s'allongent et que les durées de séances diminuent en conséquence pour absorber le flux supplémentaire de patients, ou bien que la succession de cas « très semblables » permette au médecin d'aller plus vite (virus déjà identifié localement).

### Les cadres bénéficient d'un temps de consultation plus élevé

Les cadres et les professions libérales ont des durées de séances significativement supérieures à celles des employés, de 5 % en moyenne « toutes choses égales par ailleurs » (et notamment à médecin donné). Les patients appartenant aux catégories socioprofessionnelles élevées ont à cet égard probablement moins de distance avec le langage médical, et le dialogue aussi bien médical qu'extra-médical peut être facilité. Par ailleurs, comme cela a déjà été noté par certaines études (encadré 4), les médecins qui ont une forte proportion de cadres supérieurs dans leur clientèle pratiquent des durées de consultation plus longues pour l'ensemble de leurs patients, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit d'un effet de sélection lié au médecin (les cadres supérieurs privilégieraient les médecins qui pratiquent des séances longues, particulièrement enclins à expliquer pourquoi ils prescrivent tel acte ou médicament) ou d'une adaptation par les médecins de leur pratique à leur clientèle (les médecins allongeraient la durée des séances de toute leur clientèle pour répondre à l'attente d'une partie de cette dernière). Les cadres se différencient d'ailleurs encore plus des

## T • 02 les déterminants de la durée des séances

	Statistiques descriptives		Impact propre des différents facteurs (modèle économétrique)	
	Durée moyenne observée (en minutes)	Écart brut à la situation de référence	Écart " toutes choses égales par ailleurs " à la situation de référence	
<b>VARIABLES PATIENTS</b>				
<b>Âge du patient</b>				
0 à 6 ans	15,2	-4,2 %	4,2 %	***
7 à 14 ans	13,5	-14,9 %	-5,4 %	***
15 à 24 ans	13,9	-12,5 %	-4,1 %	***
25 à 44 ans	15,0	-5,2 %	-2,5 %	***
45 à 69 ans	15,8	Réf.	Réf.	
70 à 94 ans	16,8	6,1 %	1,6 %	***
<b>Sexe du patient</b>				
Femme	15,9	Réf.	Réf.	
Homme	15,3	-3,5 %	-1,7 %	***
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>				
Agriculteurs	16,5	7,5 %	1,7 %	**
Artisans et commerçants	16,3	6,2 %	1,6 %	**
Cadres et professions libérales	17,0	10,6 %	5,1 %	***
Professions intermédiaires	15,5	1,0 %	1,6 %	***
Employés	15,4	Réf.	Réf.	
Ouvriers	15,2	-1,1 %	1,4 %	**
Aucune	15,1	-2,0 %	0,7 %	ns
<b>Couverture complémentaire</b>				
CMU complémentaire	14,6	-6,7 %	-6,0 %	***
Couverture complémentaire (hors CMUC)	15,7	Réf.	Réf.	
Pas de couverture complémentaire	15,1	-3,5 %	-1,1 %	ns
<b>Nombre d'affections de longue durée</b>				
Pas d'ALD	15,1	Réf.	Réf.	
Une ALD	16,8	11,6 %	3,0 %	***
Deux ALD ou plus	18,7	23,9 %	7,2 %	***
<b>Patient</b>				
Nouveau	15,9	1,1 %	6,6 %	***
Occasionnel	15,0	-4,8 %	-0,4 %	ns
Régulier	15,7	Réf.	Réf.	
<b>VARIABLES SÉANCE</b>				
<b>Séance sur RDV</b>				
Non	15,1	Réf.	Réf.	
Oui	16,3	8,0 %	9,0 %	***
<b>Lieu de la séance</b>				
Domicile du patient (visite)	18,1	Réf.	Réf.	
Cabinet du médecin (consultation)	14,9	-17,6 %	-8,7 %	***
<b>Nature du recours</b>				
Contrôle ou suivi d'une affection chronique stable	15,8	Réf.	Réf.	
Déstabilisation d'une affection chronique	19,3	22,2 %	9,0 %	***
Premier diagnostic d'une affection chronique	17,3	9,2 %	10,3 %	***
Affection aiguë	14,8	-6,6 %	1,4 %	**
Consultation pour affection en cours d'exploration	16,8	5,9 %	2,7 %	***
Autres	14,1	-11,1 %	-9,6 %	***
<b>Nombre de diagnostics</b>				
Un diagnostic	14,9	Réf.	Réf.	
Deux diagnostics	16,9	13,1 %	1,8 %	**
Trois diagnostics ou plus	18,7	25,2 %	2,1 %	*
<b>Degré de certitude du diagnostic</b>				
Certain	15,5	Réf.	Réf.	
Probable	16,6	6,6 %	2,8 %	***
En attente	15,3	-1,6 %	1,2 %	ns

• • •

• • •	Durée moyenne observée (en minutes)	Écart brut à la situation de référence	Écart " toutes choses égales par ailleurs " à la situation de référence	
<b>Actes réalisés ou prescrits</b>				
Électrocardiogramme	21,1	35,5 %	19,6 %	***
Vaccin	15,6	0,1 %	0,9 %	ns
Autre(s) acte(s) qu'électrocardiogramme ou vaccin	19,0	22,7 %	7,8 %	***
Analyses biologiques	17,7	16,0 %	6,4 %	***
Consultation spécialiste	18,3	18,2 %	8,2 %	***
Soins paramédicaux	18,8	21,6 %	6,7 %	***
Hospitalisation	24,0	54,4 %	28,6 %	***
<b>Présence d'une autre personne ?</b>				
Non	15,3	Réf.	Réf.	
Oui	16,1	5,0 %	2,5 %	***
<b>A beaucoup parlé de ses problèmes personnels ?</b>				
Non	14,6	Réf.	Réf.	
Oui	17,9	22,5 %	13,4 %	***
<b>Période d'enquête</b>				
Juillet-août-septembre	15,5	Réf.	Réf.	
Octobre-novembre-décembre	14,7	-3,9 %	-4,7 %	***
<b>Pathologie diagnostiquée</b>				
Infection des voies aériennes	14,3	-9,6 %	-0,9 %	*
Problèmes cardio-vasculaires	16,5	8,1 %	2,6 %	***
Problèmes gastroentérologiques	16,5	6,0 %	0,0 %	ns
Problèmes psychologiques ou psychiatriques	18,2	19,7 %	8,2 %	***
Problèmes rhumatologiques	17,0	10,2 %	5,0 %	***
Prévention	15,8	1,3 %	3,6 %	***
Symptômes ou syndromes	17,1	11,4 %	3,4 %	***
Autres diagnostics	15,5	-0,8 %	0,9 %	**
<b>VARIABLES MÉDECIN</b>				
<b>Sexe et âge du médecin</b>				
Homme de moins de 45 ans	15,0	-2,1 %	-2,7 %	ns
Femme de moins de 45 ans	15,7	2,3 %	0,6 %	ns
Homme de 45 à moins de 55 ans	15,3	Réf.	Réf.	
Femme de 45 à moins de 55 ans	17,7	15,8 %	7,6 %	***
Homme de 55 ans ou plus	15,9	3,9 %	0,1 %	ns
Femme de 55 ans ou plus	19,1	24,7 %	13,8 %	**
<b>Secteur conventionnel</b>				
Non renseigné	15,3	-1,9 %	-3,3 %	**
Secteur 1	15,6	Réf.	Réf.	
Secteur 2	18,3	17,3 %	4,0 %	*
Non conventionné	16,9	8,3 %	0,0 %	ns
<b>Nombre de consultations par an</b>				
Moins de 3 000 consultations	16,1	7,7 %	8,1 %	***
De 3 000 à 4 000 consultations	15,5	3,6 %	4,5 %	**
De 4 000 à 5 000 consultations	16,0	6,5 %	3,8 %	**
Plus de 5 000 consultations	15,0	Réf.	Réf.	
<b>VARIABLES INTRODUITES EN MOYENNE (Mundlak) :</b>				
<b>effet structure de la clientèle</b>				
Proportion de 0- 6 ans			42,3 %	***
Proportion de cadres			16,2 %	**
Proportion d'ouvriers			-16,3 %	**
Proportions de recours pour déstabilisation d'une affection chronique			37,0 %	***
Proportion de personnes accompagnées			-17,0 %	***
Proportion de personnes ayant beaucoup parlé de leurs problèmes personnels			20 %	***

Réf. : situation de référence.

ns : non significatif ; \* significatif au seuil de 10 % ; \*\* significatif au seuil de 5 % ; \*\*\* significatif au seuil de 1 %.

Lecture : un patient ayant entre 0 et 6 ans a une durée de consultation moyenne de 15,2 minutes (soit 15 minutes et 10 secondes environ), ce qui équivaut à une durée moyenne inférieure de 4,2 % à celle d'un patient âgé de 45 à 69 ans. « Toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire à autres caractéristiques du patient, caractéristiques de la séance (et notamment pathologie) et du médecin données, la durée de séance moyenne d'un enfant de 0 à 6 ans est supérieure de 4,2 % à celle d'un patient âgé de 45 à 69 ans. En ce qui concerne la structure de la clientèle du médecin, les coefficients peuvent s'interpréter comme suit : la présence de 10 % d'enfants âgés de 0 à 6 ans dans la clientèle d'un médecin augmente la durée moyenne de séance de 4,2 % (10 % \* 42 %).

Source : Enquête sur les pratiques des médecins généralistes, Drees, 2002

autres catégories socioprofessionnelles (CSP) pour les consultations traitant de problèmes psychologiques ou psychiatriques avec des durées de séances beaucoup plus longues (+14 %<sup>7</sup>).

*A contrario*, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ont « toutes choses égales par ailleurs » des durées de séances inférieures de 6 % à celles des autres assurés complémentaires, et également inférieures à celles des non-assurés complémentaires<sup>8</sup>.

### Les nouveaux patients et les patients accompagnés sont reçus plus longtemps

Le degré de familiarité du patient avec le médecin influe sur la durée de la séance : un nouveau patient reste plus longtemps (+6,6 % toutes choses égales par ailleurs) qu'un patient connu du médecin, que celui-ci consulte de façon occasionnelle ou régulière ; ceci peut s'expliquer par le fait que recevoir un nouveau patient nécessite de constituer un dossier, de l'interroger sur son état de santé et sur d'éventuelles affections chroniques.

Le fait que le patient soit accompagné allonge « toutes choses égales par ailleurs » de 2,5 % la durée de la séance. Cela concerne majoritairement les enfants et les personnes âgées.

Dans les cas où le médecin a noté que le patient parlait beaucoup de ses problèmes personnels, la durée de séance augmente de 13 %.

7. Le modèle final a été estimé sur chaque groupe de pathologie, afin de déterminer si les variables avaient des influences différentes selon le motif de recours aux soins.

8. Mais contrairement à ce qui a été observé pour la CSP, les médecins ayant une forte proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire dans leur clientèle ne se distinguent pas des autres par leurs pratiques (à caractéristiques du patient et de la séance identiques).

## E•3

### Les déterminants de la durée de la consultation : méthodologie de l'analyse économétrique

Les données de l'enquête sont organisées selon une structure emboîtée à deux niveaux : chaque médecin (niveau 2, repéré par l'indice  $i$ ) suit plusieurs patients (niveau 1, repéré par l'indice  $j$ ). Ce type de données permet d'estimer l'effet des caractéristiques – observables ou non – des médecins sur la durée des séances. Par « effet médecin » inobservable, on entend par exemple un mode de pratique propre à chaque médecin, impliquant des durées de séances plus ou moins longues. L'équation estimée est alors :

$$\left\{ \begin{array}{l} \ln \text{duree}_{ij} = \underbrace{\sum_{k=1}^K b_k x_{ijk}}_{\text{variables explicatives relatives au patient et à la séance}} + \underbrace{\sum_{n=1}^N \theta_n z_{in}}_{\text{variables explicatives relatives au médecin}} + u_{ij} \\ u_{ij} = \alpha_i + \varepsilon_{ij} \end{array} \right.$$

La modélisation des caractéristiques médecins inobservables, sous la forme d'un effet aléatoire médecin  $\alpha_i$ , impose de supposer que le terme résiduel  $u_{ij}$  n'est pas corrélé aux variables explicatives du modèle. Il s'agit d'une hypothèse forte, notamment si certaines catégories de patients (par exemple les cadres supérieurs) sont susceptibles de privilégier les médecins pratiquant les séances les plus longues ( $\alpha_i$  élevés) : dans ce cas, on pourrait en déduire à tort que les médecins consacrent en général plus de temps à leurs patients cadres supérieurs, alors qu'en réalité la durée plus importante de consultation des cadres supérieurs viendrait du fait qu'ils voient des médecins différents des autres. L'introduction parmi les variables explicatives des moyennes des caractéristiques des patients ou des séances<sup>1</sup> en plus des variables constantes par médecin (les  $z_{in}$ ) permet de s'affranchir de ce problème (approche de Mundlak), et le modèle ainsi spécifié peut ensuite être estimé par la méthode des moindres carrés quasi généralisés.

1. Celles pour lesquelles la corrélation ci-dessus est significative.

Enfin, les actes réalisés ou prescrits au cours de la séance allongent la durée de séance<sup>9</sup>. La réorientation vers un spécialiste (+8 %) et l'hospitalisation (+29 %) peuvent en effet être le signe de cas plus complexes, demandant une attention accrue de la part du médecin. De plus, adresser le patient à un spécialiste ou l'hospitaliser suppose de prendre du temps pour indiquer les coordonnées du confrère, voire écrire une lettre de recommandation.

### Les visites durent plus longtemps que les consultations au cabinet, surtout sans rendez-vous

Les séances au cabinet du médecin sont plus courtes (-9 % toutes choses égales par ailleurs) que les visites au domicile du patient. Peut-être le médecin a-t-il besoin de plus de temps en visite pour se préparer et installer son matériel ? Les patients vus en visite ont également un profil particulier : on peut supposer que ce sont des personnes moins mobiles, souvent avec de fortes incapacités qui rallongeraient le temps de consultation.

Qu'il s'agisse de consultations ou de visites, les séances sur rendez-vous sont par ailleurs plus longues de 9 %, peut-être simplement parce que le médecin a pu bloquer un créneau pour chacune d'elle dans son agenda, ce qui n'est pas le cas pour les séances programmées à la dernière minute, ou les séances sans rendez-vous, tributaires de files d'attente qui peuvent amener à réduire le temps consacré à chacun.

### Les femmes médecins et les praticiens en secteur 2 pratiquent des consultations plus longues

Certaines caractéristiques des médecins apparaissent également liées à la durée des séances qu'ils pratiquent. Les femmes médecins gardent ainsi leurs patients plus longtemps que les hommes, et les gardent de surcroît d'autant plus longtemps qu'elles appartiennent à des générations anciennes. Le secteur conventionnel joue également un rôle significatif. Ainsi, les médecins du secteur à honoraires libres (secteur 2) pratiquent

## 6

## E•4

### Les résultats obtenus et ceux d'autres études françaises ou étrangères

Certains des résultats exposés ici se retrouvent dans d'autres études françaises ou étrangères, et semblent donc être des tendances assez clairement marquées.

Du point de vue des caractéristiques du médecin, il a été noté à plusieurs reprises à l'étranger que les femmes et les médecins plus âgés ont des durées de séance plus longues (Deveugele, 2002 ; Britt, 2005), et que la charge de travail du praticien influence négativement la durée de séance (Deveugele, 2002).

Concernant les caractéristiques du patient, le sexe et l'âge sont les déterminants le plus souvent évoqués en France comme à l'étranger (Gallais, 2001 ; Deveugele, 2002 ; Britt, 2005 ; Verger, 2006). La plupart des études relèvent aussi un lien entre statut social élevé (mesuré par le niveau d'éducation ou la catégorie socioprofessionnelle) et durée de séance longue (Britt, 2005 ; Verger, 2006). Par ailleurs, recevoir un nouveau patient implique une séance plus longue, et le nombre d'ALD influence positivement la durée (Britt, 2005), tout comme la planification des séances par prise de rendez-vous (Gallais, 2001).

Au niveau des caractéristiques des séances, le recours pour problèmes psychologiques est un facteur reconnu d'allongement de la durée de séance (Gallais, 2001 ; Deveugele, 2002 ; Britt, 2005).

Enfin, l'existence d'un phénomène de sélection – les cadres s'adresseraient à des médecins ayant des durées de séance plus longues en moyenne – a été observée dans une étude portant sur les recours pour troubles dépressifs (Verger, 2006).

9. On aurait pu considérer que la durée de séance et les actes réalisés ou prescrits résultaient d'une décision conjointe du médecin, avec de possibles arbitrages (ou substitutions) entre ces différentes dimensions. Cela aurait nécessité une autre approche méthodologique (cf. encadré 5). Ici, on considère plutôt que la durée de la séance est la résultante de l'ensemble des choix opérés par le médecin (de toute façon, la suppression des variables sur les actes prescrits ou réalisés du modèle ne modifie pas les autres résultats).

« toutes choses égales par ailleurs » des séances plus longues (+ 4 %). Et moins le médecin effectue de consultations et de visites dans l'année, plus la durée moyenne de celles-ci a tendance à s'allonger.

La structure de la clientèle du médecin peut aussi influencer fortement sa pratique en ce domaine : toutes choses égales par ailleurs<sup>10</sup>, les médecins qui voient beaucoup de très jeunes enfants, de cadres, et de patients consultant pour déstabilisation d'une affection chronique ont tendance à avoir des durées de consultation plus longues pour l'ensemble de leurs patients, à l'inverse de ceux qui ont au sein de leur clientèle une forte proportion d'ouvriers et de personnes accompagnées. En revanche, la densité de médecins dans la zone d'emploi n'a pas d'effet significatif sur la durée de consultation. Enfin, il semble plutôt exister une liaison positive entre la durée des séances pratiquées et le volume des prescriptions auxquelles elles donnent lieu, faisant apparaître, comme dans d'autres études, une complémentarité plutôt qu'une substitution entre-temps de consultation et nombre de médicaments prescrits (encadré 5).

Cette analyse montre donc qu'il existe une forte variabilité des durées de séances, explicable en partie par les caractéristiques du patient et par son profil médical. Ainsi les jeunes enfants et les personnes âgées, les cadres, les personnes atteintes d'une ALD, les patients consultant pour le premier diagnostic ou la déstabilisation d'une affection chronique, ainsi que les personnes ayant recours au médecin pour des problèmes psychologiques ou psychiatriques et évoquant beaucoup leurs problèmes personnels ont des durées de séance plus longues. Les caractéristiques des patients et des séances expliquent au total un cinquième de la variation des durées de séances observées chez un même médecin<sup>11</sup>. Quant aux caractéristiques du médecin fournies par l'enquête, elles expliquent approximativement 15 % de la variabilité de la durée des consultations et visites observée entre les différents praticiens. ●

## E•5

## Durée de la séance et volume de prescriptions : quel lien ?

*On peut se demander si le médecin réalise un arbitrage – au sens économique du terme – entre durée de séance et volume de prescription. En effet, selon Lancry et Paris (1997), « Le médecin pourrait raccourcir la durée de la séance en substituant de la prescription pharmaceutique au temps de la séance. [...] Ce comportement pourrait traduire à la fois une attitude de " compensation " du médecin par rapport à son patient, et aussi un phénomène d'aversion au risque qui conduirait à recourir plus systématiquement à la prescription dans le cas d'un diagnostic établi trop rapidement. »*

*Une analyse a donc été menée afin de déterminer si la durée de la consultation<sup>1</sup> et le nombre de médicaments prescrits résultaient d'une décision conjointe du médecin. Ces deux dimensions ont fait l'objet d'une estimation simultanée, aboutissant à un coefficient de corrélation partiel (corrélation corrigée de l'influence des variables introduites dans le modèle) égal à 0,10 (respectivement 0,11) dans le cas de l'estimation de la probabilité que la consultation dure plus de 15 minutes (respectivement plus de 20 mn) et qu'au moins un médicament soit prescrit (respectivement quatre médicaments ou plus)<sup>2</sup>. Il y aurait donc une (faible) corrélation positive entre la durée de consultation et le volume de prescription, ce qui suggère l'existence non pas d'une substitution mais d'une complémentarité : c'est lorsque les séances sont les plus longues que le médecin prescrit aussi le plus.*

*Deux interprétations sont possibles : soit les consultations donnant lieu à prescriptions de médicaments correspondent à des cas plus complexes – sans que les variables introduites parviennent totalement à en rendre compte – et demandent donc plus de temps (c'est probablement le cas pour les séances avec beaucoup de médicaments, pour lesquelles la corrélation est la plus forte) ; soit la prescription de médicaments, au lieu de permettre de réduire la durée de la consultation (par exemple en signifiant au patient que celle-ci est finie), la rallonge, notamment en raison de l'existence de temps « incompressibles » (rédaction de l'ordonnance, explications à fournir sur la nature de la prescription, la posologie...).*

1. On se restreint désormais aux consultations, car le nombre de médicaments est moins bien renseigné dans le cas des visites.

2. Des probits bivariés ont été utilisés. Les variables explicatives introduites dans les deux équations de ces modèles sont celles du tableau 2, et leur effet sur la durée est cohérent avec celui décrit dans ce tableau. Une méthode d'estimation linéaire (donc moins adaptée à la variable discrète « nombre de médicaments »), mais tenant compte des effets aléatoires médecins, aboutit aussi à une corrélation faible et positive (0,09).

## Pour en savoir plus

AMAR E., PEREIRA C., DELBOSC A., 2005, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », *Études et Résultats*, n° 440, novembre, Drees.

BRITT H. C., VALENTI L., MILLER G. C., 2005, « Determinants of consultation length in Australian general practice », *MJA (The Medical Journal of Australia)*.

DEVEUGELE M., DERESE A., VAN DEN BRINK-MUINEN A., BENSING J., DE MAESENEER J., 2002, « Consultation length in general practice : cross sectional study in six European countries », *BMJ (British Medical Journal)*.

GALLAIS J-L., 2001, « Illustration de quelques déterminants de la durée de consultation en médecine générale en France », *Journée de Communication SFMG, Paris*.

LABARTHE G., 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie », *Études et Résultats*, n° 315, juin, Drees.

LANCRY P-J., PARIS V., 1997, « Âge, temps et normes : une analyse de la prescription pharmaceutique », *Économie et Prévision*, n° 129-130.

VERGER P., 2006, « Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs (ATD) dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA », *Rapport réalisé dans le cadre du programme « Santé mentale » et du programme CNRS-Inserm-MiRe « Sciences biomédicales, santé, société »*.

10. Et notamment à caractéristiques du patient données.

11. Ce calcul a été effectué en mesurant la modification de la variance de l'effet résiduel  $u_{ij}$  (qui représente la variabilité au sein de la clientèle d'un médecin donné) après introduction des caractéristiques patients et séances dans un modèle initialement sans variables explicatives (mais avec un effet aléatoire médecin).

Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement  
Ministère de la Santé et des Solidarités  
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24



- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

**consultable sur Internet**

*abonnement gratuit à souscrire auprès de la Drees*

*télécopie : 01 40 56 80 38*

*[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)*

- des revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

*revue thématique*

*dernier numéro paru :*

« Solidarités familiales »

n° 4, octobre - décembre 2005

### **Dossiers Solidarité et Santé**

*revue thématique*

*derniers numéros parus :*

« Les revenus sociaux en 2004 »

n° 4, octobre - décembre 2005

- des ouvrages annuels :

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

#### **Comptes nationaux de la santé**

#### **Comptes de la protection sociale**

- et aussi...

### **Statiss, les régions françaises**

*Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS*

**consultable sur Internet :**

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)