

Pourquoi une telle enquête ?

Depuis de nombreuses années, la planification de l'offre de soins dans chaque région est définie dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale appelé couramment SROS.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation, créée par les ordonnances du 24 avril 1996, et son Directeur, « véritable préfet sanitaire de la Région », ont en charge l'établissement du SROS 2^{ème} génération qui couvre les années 1999-2004.

Jusqu'à un passé encore récent les médecins libéraux n'avaient jamais été associés en tant que tels à la réflexion et c'est grâce à la création des Unions Régionales des Médecins Libéraux que nous avons enfin été consultés.

Très vite il est apparu aux représentants de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France qu'il fallait opposer à une planification souvent théorique, la réalité concrète de terrain et, en particulier, comprendre le comportement de nos patients et de leurs médecins traitants dans leur choix pour accéder aux plateaux techniques.

La Section Spécialistes a donc lancé une étude **Trajectoire de soins des patients en Ile de France** depuis deux ans avec la collaboration étroite du **CREDES**, organisme reconnu pour son savoir-faire en la matière.

Véritable enquête de santé publique, cette étude « entre bien dans les missions de l'Union Régionale des Médecins Libéraux », chargée en particulier de l'évaluation des besoins :

L'accès aux plateaux techniques est et sera toujours une préoccupation majeure pour tous les spécialistes exerçant dans notre région.

Enquête d'envergure se préoccupant de l'ensemble des secteurs d'activité, elle a été faite en public comme en privé sans ostracisme en s'intéressant avant tout au comportement du patient.

Il s'agit d'une première en la matière pour les Unions Régionales et malgré les difficultés rencontrées, elle ouvre la voie, grâce à l'expérience acquise, à d'autres enquêtes de conception similaire.

Nous tenons à remercier au nom de l'ensemble de la Section Spécialistes tous ceux qui ont bien voulu ouvrir leur porte, qu'il s'agisse de structures publiques ou privées, et tous ceux qui nous ont aidés à la réalisation de ce travail, en particulier toute l'équipe du CREDES qui a bien voulu accompagner dans cette « aventure » les médecins libéraux en exercice que nous sommes.

La Section des Spécialistes

Docteur Bruno SILBERMAN
Président

Docteur Frédéric PRUDHOMME
Vice-Président

Docteur Gérard ROUSSELET
Secrétaire Général

Les remerciements du bureau de la Section des Spécialistes s'adressent en particulier :

➤ Pour l'URML Ile de France

Céline CAREL, Responsable du Service Etudes
Emmanuel DAYDOU, Ancien Responsable du Service Etudes
Raphaëlle PERRIN, Chargée de Mission
Elise NGUYEN-HUU-CHIEU, Chargée de Mission

Les membres de la Commission Filières de Soins :

*Dr Pierre CARDOSO, Dr Charles DIAMANT, Dr Alain GENET,
Dr Bernard HUYNH, Dr Jean-Claude MARQUER, Dr Alexis MARION,
Dr François NGO SACH HIEN, Dr Mauro ROMANO, Dr Jean-Luc TUAL*

➤ Pour le CREDES

Dominique POLTON, *Directrice*
Valérie PARIS, Maîtresse de recherche
Dr Philippe LE FUR, Directeur de recherche
Dr Hervé PICARD, Chargé de recherche

➤ Pour ISL et IRDIS

Bernard MANDIN, *Directeur Général Adjoint ISL*
Eric GUILLEMIN, *IRDIS*

➤ Pour les Experts en Chirurgie

Dr Francis ABRAMOVICI
Dr Hayssam BAKDACH
Dr Patrick BLOCH
Dr Yves CLAUDE
Dr Yann LE COGUIC
Dr Thierry LEPAGE
Dr Jean-Paul PUJOL
Dr Marc RIQUET

➤ Pour les Experts en Endoscopie

Dr Jacques BOURCEREAU
Dr Jean-Pierre CHAUMUZEAU
Dr Michel Philippe CHOCHON
Pr Christian FLORENT
Dr Claude PIZZOLATO

➤ Pour les Experts en IRM

Dr Sophie CHAGNON
Dr Yann KANAAN
Dr Robert LAVAYSSIERE
Dr Jacques NINEY
Dr Philippe PARISER
Dr Antoine SCHERRER
Dr Patrick SICHERE
Dr Dominique THEVENIER
Dr Christophe LE FRANCOIS

➤ Pour les représentants des Fédérations et Unions hospitalières

- AP-HP M. Antoine DURRLEMAN, *Directeur Général*
Mme Dominique LAURENT, *Directrice - Direction de la Politique Médicale*
Pr Eric LEPAGE, *Délégué Département de l'Information, de la Recherche, de l'Evaluation et de la Qualité – Direction de la Politique Médicale*
Pr Rolland PARC, *Commission Médicale d'Etablissement*

- FEHAP M. Yves GUITON, *Administrateur*
M. Pierre MONTAVILLE

- FIEHP M. Louis SERFATY, *Président*
- SRHP M. Pierre DELFORGES, *Président*
Mme Laure MERLY

- Générale de Santé Mme Florence THIRION, *Chargée de Mission auprès du Président*
M. Daniel BOUR, *Président*

- Hexagone Hospitalisation M. Patrick GIORDANI, *Directeur*

- Mutualité Française Didier BAZZOCHI, *Directeur Général Adjoint*

- UHP M. Alain COULOMB, *Délégué Général*
- URHP Mme Micheline CHASQUEZ-ROZAN, *Présidente*
Mme Carole BUSSIERE

- UHRIF M. Jean-Pierre BURNIER, *Secrétaire Général*

- URIOPSS M. Michel THIERRY, *Président*

Nos remerciements s'adressent également à tous les médecins qui ont participé à l'étude ainsi qu'à leurs patients.

Les trajectoires des patients en Île-de-France : l'accès aux plateaux techniques

Résultats

Philippe Le Fur
Valérie Paris
Hervé Picard
Dominique Polton

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Biblio n° 1304

Mai 2000

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-878 12-260-7

Avertissement

Ce travail a été financé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France, qui a travaillé en étroite collaboration avec le CREDES et a suivi toutes les étapes de l'étude au sein d'un comité de pilotage. L'URML-IDF a notamment activement participé à la réflexion sur le protocole de recherche, à la constitution des fichiers remis à la société d'enquête, à la recherche d'experts des différentes spécialités. Elle a également soutenu cette étude auprès de tous les partenaires institutionnels susceptibles de favoriser ses conditions de réalisation dans les établissements sollicités.

Ont activement collaboré à cette étude au sein de l'URML :

- ◆ Dr Bruno Silberman, Président de la Section des spécialistes ;
- ◆ Dr Frédéric Prudhomme, Vice-Président de la Section des Spécialistes ;
- ◆ Dr Gérard Rousselet, Secrétaire Général de la Section des Spécialistes ;
- ◆ Mmes Céline Carel, Elise N'Guyen et Raphaëlle Perrin, chargées de mission.

Le CREDES s'associe à l'URML-IDF pour remercier tous les médecins et les patients qui ont accepté de participer à cette enquête, et sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible, ainsi que les experts consultés, dont l'aide a été précieuse.

L'enquête a été menée sur le terrain par l'Institut de Sondage Lavielle.

Remerciements

Les auteurs remercient vivement leurs collègues du CREDES, pour leurs contributions respectives :

- ◆ Frédérique Ruchon et Catherine Ordonneau pour la constitution des fichiers et les nombreuses exploitations statistiques ;
 - ◆ Olivier Busson, en particulier pour toutes les exploitations concernant les distances et faisant appel aux données du PMSI ;
 - ◆ François Tonnellier, qui a mis à notre disposition son expérience et les programmes qu'il a constitués pour calculer les distances entre communes ;
 - ◆ Marie-Jo Sourty-Le Guellec pour son aide précieuse dans la réalisation des analyses en correspondances multiples et classifications ;
 - ◆ Annick Le Pape, pour ses conseils concernant les tests statistiques à effectuer ;
 - ◆ Corinne Mortier pour la réalisation de nombreux documents d'enquête ;
 - ◆ Franck-Séverin Clérembault pour la mise en page de ce document et des documents d'enquête, avec l'aide de Khadidja Ben Larbi et Cécilia Chopin.
-

Sommaire

Sommaire

1. CONTEXTE ET OBJECTIF DE L'ÉTUDE	15
1.1 <i>L'importance des analyses en termes de trajectoires de soins</i>	17
1.2 <i>Objectif de l'étude de l'URML d'Île-de-France</i>	17
1.3 <i>Une étude innovante à plusieurs titres</i>	18
2. MÉTHODOLOGIE	19
2.1 <i>Choix méthodologiques fondamentaux</i>	21
2.2 <i>Choix et définition des traceurs.....</i>	22
2.3 <i>Principaux indicateurs.....</i>	24
2.4 <i>Population étudiée, critères d'inclusion</i>	26
2.5 <i>Organisation pratique et procédures d'enquête.....</i>	29
3. PARTICIPATION ET REPRÉSENTATIVITÉ DES DONNÉES.....	31
3.1 <i>Un quart à un tiers des établissements ont participé à l'enquête</i>	33
3.2 <i>L'activité observée représente un quart à un tiers de l'activité francilienne</i>	36
3.3 <i>450 médecins ont participé à l'enquête</i>	40
3.4 <i>Caractéristiques des sites enquêtés</i>	40
3.5 <i>Significativité des résultats</i>	41
4. ANALYSE PAR TRACEUR : L'ENDOSCOPIE	43
4.1 <i>Les informations disponibles.....</i>	45
4.2 <i>Les caractéristiques des patients.....</i>	46
4.3 <i>Les trajectoires.....</i>	51
4.4 <i>Les délais.....</i>	57
4.5 <i>Les motifs de choix.....</i>	60
4.6 <i>Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge.....</i>	63
5. ANALYSE PAR TRACEUR : L'IRM DU GENOU	67
5.1 <i>Les informations disponibles.....</i>	69
5.2 <i>Les caractéristiques des patients.....</i>	69
5.3 <i>Les trajectoires.....</i>	71
5.4 <i>Les délais.....</i>	77
5.5 <i>Les motifs de choix.....</i>	80
5.6 <i>Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge.....</i>	81
6. ANALYSE PAR TRACEUR : LA CHOLÉCYSTECTOMIE.....	105
6.1 <i>Les informations disponibles.....</i>	107
6.2 <i>Les caractéristiques des patients.....</i>	108
6.3 <i>Les trajectoires.....</i>	110
6.4 <i>Les délais.....</i>	118
6.5 <i>Les motifs de choix.....</i>	120
6.6 <i>Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge.....</i>	123
6.7 <i>Satisfaction du patient et relation médecin-malade</i>	125

7. ANALYSE D'ENSEMBLE	145
7.1 <i>Analyse globale des motifs de choix des patients et des médecins adresseurs.....</i>	<i>147</i>
7.2 <i>Analyse globale des trajectoires des patients et de leurs déterminants</i>	<i>150</i>
8. CONCLUSION ET SYNTHÈSE.....	159
8.1 <i>L'accès géographique et l'organisation de l'offre de soins francilienne</i>	<i>161</i>
8.2 <i>Qu'est-ce qui oriente les trajectoires des patients ?</i>	<i>163</i>
8.3 <i>Les trajectoires ont-elles un impact sur la qualité des soins fournis ?.....</i>	<i>165</i>
8.4 <i>Les spécificités des secteurs public et privé en île-de-France</i>	<i>166</i>

1. Contexte et objectif de l'étude

1. Contexte et objectif de l'étude

1.1 L'importance des analyses en termes de trajectoires de soins

Dans les réflexions et les débats sur la régulation du système de santé, la dimension de l'organisation des soins prend depuis quelques années une place croissante. L'idée fait son chemin qu'au-delà des comportements individuels des patients et des professionnels de soins dans chaque contact pris isolément, c'est bien aussi en agissant sur les trajectoires suivies par les patients, sur la coordination entre les praticiens, c'est-à-dire sur l'ensemble du processus de soins, que l'on pourrait gagner à la fois en qualité et en efficacité dans le respect des bonnes pratiques.

Cette préoccupation apparaît dans l'évolution de la planification hospitalière, qui tente de plus en plus, à travers l'analyse des modes de circulation des patients et d'attraction des établissements, de déterminer des espaces ayant du sens en termes de comportements des usagers. Elle est au cœur des expérimentations de réseaux de soins qui tentent de décroquer les institutions, d'améliorer la coordination et la continuité des soins aux malades. La question de l'articulation ville-hôpital y est une question centrale.

Encore faut-il, pour avoir une réflexion pertinente sur ces questions, comprendre comment les trajectoires de malades s'organisent effectivement dans notre système de soins, très ouvert et offrant des portes d'entrée et des parcours possibles multiples.

Or précisément, cette connaissance de la manière dont les patients s'orientent, des circuits suivis, des critères de choix qui les fondent, est dans notre système de soins très lacunaire. Assez logiquement, le cloisonnement des secteurs institutionnels a produit un système d'information cloisonné à l'identique, à partir duquel on peut lire la répartition macro-économique des ressources entre les différents segments de l'offre, mais qui n'est pas orienté pour suivre le patient et comprendre la manière dont ses différents contacts avec le système de soins s'agencent pour un épisode morbide donné.

Il existe aujourd'hui quelques tentatives pour " chaîner " des informations relatives aux patients, et en déduire des pistes d'action pour faire évoluer les pratiques, les comportements et l'organisation des prises en charge, notamment dans le cadre des expériences de réseaux citées plus haut, ou des études menées sur quelques pathologies (l'asthme, le diabète...).

Mais ces approches – qui sont d'ailleurs encore balbutiantes – sont en général limitées à l'observation des séquences d'actes. L'étude lancée par l'URML d'Île-de-France va plus loin, en cherchant à comprendre les déterminants des circuits suivis par les patients.

1.2 Objectif de l'étude de l'URML d'Île-de-France

L'étude est centrée sur **l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France** : quelles trajectoires de soins suivent-ils ? Qui les adresse ? Comment choisissent-ils le médecin ou l'établissement où ils sont opérés ou examinés ? Avec quelles motivations ? Quel rôle joue la proximité géographique dans leur choix, etc.

Il s'agit donc de décrire et d'analyser **un segment court de trajectoire de soins** des patients : celui qui conduit de l'indication d'un acte médical ou chirurgical nécessitant un plateau technique à sa réalisation effective.

Le choix de ce champ d'étude apparaît tout à fait justifié en Île-de-France : même si la région est dotée globalement d'une offre de soins abondante, caractérisée par un niveau de technicité et de compétence

très élevé et par une forte présence hospitalo-universitaire, il n'est pas certain que la distribution spatiale de cette offre, la complexité des circuits et la multiplicité des entrées des patients garantissent un meilleur accès aux soins pour tous.

Les plateaux techniques considérés sont l'endoscopie, l'imagerie et la chirurgie, au travers pour chacun d'un acte particulier :

- ◆ endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive haute ;
- ◆ IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique ;
- ◆ cholécystectomie pour lithiase vésiculaire.

Ces activités sont pratiquées à la fois dans le secteur public et le secteur privé, ce qui permet d'analyser d'éventuelles différences de circuits selon le secteur, et l'accès peut être différent selon la zone géographique (avec en particulier l'opposition centre / périphérie).

Le principe " d'actes traceurs " et les critères précis qui ont présidé au choix de ces trois actes sont exposés au chapitre 2 – méthodologie.

Pour ces activités, nous avons cherché à observer, par enquête, les trajectoires suivies par les patients, leur variabilité, les facteurs explicatifs et les conséquences de ces différences, liées à l'offre ou à la demande, et analyser si elles se traduisent ou non par des inégalités d'accès aux soins (au sens de la qualité de la prise en charge, des délais, des moyens mis en œuvre).

Plus précisément, l'étude vise à répondre à trois questions :

1. **décrire les trajectoires de soins**, et leur variabilité, sous l'angle notamment :

- de l'adressage : par quel canal le patient a-t-il été orienté, où est-il allé ?
- de la distance ou du temps d'accès au lieu de soins ;
- du délai d'obtention de l'acte.

2. **analyser le pourquoi de ces trajectoires** : quels sont les choix qui les orientent ? Qui fait ces choix (patient, médecin adresseur, les deux) ? Sur quels critères ? Les trajectoires sont-elles influencées par des facteurs géographiques ou sociaux ?

3. comprendre **s'il existe des différences dans la qualité de la prise en charge**, selon la trajectoire suivie par les patients (selon la spécialité du médecin adresseur, selon la distance parcourue, etc.). Précisons que cette partie de l'étude n'a en aucun cas pour objectif de former un jugement sur la qualité des soins des structures en tant que telle, mais bien de pouvoir juger si toutes les trajectoires sont indifférentes du point de vue du service rendu, ou bien si le mode d'orientation du patient influence la qualité de ce service.

1.3 Une étude innovante à plusieurs titres

Comme on vient de le voir, l'étude menée par le CREDES à la demande de l'URML est novatrice par son contenu, car elle va au-delà du seul recueil d'une séquence d'actes pour tenter de comprendre les déterminants et l'impact de la trajectoire suivie.

Mais elle est innovante également à deux autres titres :

- ◆ par sa démarche, qui associe l'ensemble des praticiens publics et privés d'Île-de-France, tous statuts confondus, à un effort commun de recherche centré sur le patient et l'accès aux soins, et qui s'inscrit précisément dans une dynamique de décloisonnement et de coopération qui est à développer ;
- ◆ par la méthodologie retenue, qui consiste à recueillir l'information au niveau de plusieurs acteurs impliqués dans le segment de trajectoire étudié : le patient, le médecin réalisant l'acte technique et le médecin ayant prescrit la réalisation de cet acte.

2. Méthodologie

2. Méthodologie

2.1 Choix méthodologiques fondamentaux

2.1.1 Le principe d'actes « traceurs »

Les trajectoires suivies par des patients devant accéder à un plateau technique dépendent dans une large mesure de l'acte technique en lui-même, de sa complexité, de son degré d'urgence, de la gravité de la pathologie, etc.

Aussi le choix de départ a été, plutôt que d'analyser l'ensemble de l'activité d'un plateau technique, avec le risque d'une hétérogénéité des actes brouillant l'interprétation, de centrer l'observation sur un petit nombre d'actes réalisés, chacun dans une indication bien déterminée, que l'on considérera comme illustratifs des questions générales que l'on cherche à étudier. Nous appellerons « traceurs » ces couples « acte + indication ».

Pour chaque patient inclus dans l'enquête, des données cliniques complémentaires ont été recueillies, dès lors qu'elles paraissaient susceptibles *a priori* d'influencer la trajectoire (gravité, comorbidité, etc.). La méthodologie retenue pour l'identification de ces éléments sera présentée au paragraphe 2.3.

Bien que le recueil des données et une partie de l'analyse soient par construction réalisés séparément pour chaque traceur, le présent travail vise à n'être pas seulement la compilation d'autant de monographies que de traceurs étudiés. C'est pourquoi la méthodologie de recueil des données, les questionnaires et la méthode d'analyse seront aussi communs que possible à tous les traceurs.

2.1.2 Pas d'observation du « non accès »

Nous n'étudierons ici que les trajectoires de soins aboutissant effectivement à la réalisation d'un acte technique. Sont donc exclues du champ de l'étude les trajectoires « avortées », c'est-à-dire correspondant à des patients pour lesquels l'indication d'un acte technique a été posée, mais l'acte n'a pas été réalisé. Ce choix a essentiellement été dicté par une contrainte de faisabilité : la prise en compte des trajectoires « avortées » aurait impliqué la réalisation d'une étude prospective très lourde, grevée d'un nombre probablement élevé de patients perdus de vue, et nécessitant une période de suivi longue, incompatible avec les délais impartis.

Nous avons donc construit une étude transversale, avec recueil rétrospectif des données auprès de patients inclus dans l'étude au moment même où ils accèdent au plateau technique, c'est-à-dire au moment de la réalisation de l'acte.

2.1.3 Recueil conjoint auprès de plusieurs acteurs

Par construction, même si l'étude se limite à des segments de trajectoire relativement courts et précisément délimités, plusieurs acteurs interviennent dans la trajectoire du patient.

Ceci nous a conduit, pour répondre aux trois questions que l'on cherche à éclairer, à recueillir l'information au niveau de plusieurs acteurs impliqués dans le segment de trajectoire étudié :

- ◆ le patient,
- ◆ le médecin ayant réalisé l'acte technique,
- ◆ lorsqu'il existe, le médecin ayant adressé le patient à ce médecin ou à l'établissement.

Un questionnement a été également effectué au niveau du site, c'est-à-dire de l'établissement où cet acte a été réalisé, pour recueillir quelques caractéristiques structurelles (statut, taille...).

2.2 Choix et définition des traceurs

2.2.1 Méthodologie de choix

Au regard de notre problématique, les traceurs étudiés se devaient d'être illustratifs :

- ◆ d'activités mettant en jeu des plateaux techniques variés, pratiquées à la fois dans le secteur public et le secteur privé, pour lesquelles on pouvait pressentir qu'existent des différences d'accès, notamment selon la zone géographique (avec en particulier l'opposition centre/périphérie),
- ◆ d'une certaine variabilité des situations (actes urgents ou non urgents, banalisés ou plus complexes, etc.).

Par ailleurs, l'indication retenue pour chacun des traceurs devait être assez fréquente pour permettre le recueil d'un échantillon de taille suffisante, tout en restant précise, clairement définie et facilement identifiable au moment de l'inclusion des patients.

Six traceurs avaient été initialement pressentis par le groupe de travail URML-CREDES. Ils concernaient des actes d'endoscopie digestive et bronchique, d'IRM neurologique et rhumatologique, un acte de chirurgie digestive et un acte de chirurgie thoracique.

Trois groupes d'experts médico-chirurgicaux ont été constitués par l'Union Régionale des Médecins Libéraux, avec une représentation :

- ◆ des médecins du secteur public non universitaire, de l'AP-HP et du secteur libéral,
- ◆ des médecins prescripteurs aussi bien que des médecins réalisant les actes,
- ◆ des praticiens exerçant à Paris, en petite couronne et en grande couronne.

Les traceurs initialement pressentis par le groupe de travail ont été soumis aux trois groupes d'experts au cours d'une première réunion. A l'issue de celle-ci, quatre de ces traceurs ont été validés et précisés par les experts ; les deux autres traceurs ont été invalidés et remplacés par d'autres, plus pertinents à l'égard des critères définis plus haut.

Une consultation individuelle des experts par questionnaire a permis de préparer une seconde réunion, à l'issue de laquelle un consensus a pu être obtenu sur les définitions exactes de chaque traceur. Les critères cliniques d'inclusion et d'exclusion des patients découlent de ces définitions.

Les comptes-rendus de la consultation des experts figurent dans le rapport annexe.

Dans un second temps, le nombre de traceurs a été ramené à quatre pour des contraintes de coût. Parmi ces quatre actes, l'un s'est révélé trop peu fréquent pour être étudié (l'IRM du système nerveux central pour déficit moteur). Les trois actes finalement retenus sont présentés ci-après.

2.2.2 Définitions des traceurs

In fine, les trois traceurs retenus pour la présente étude sont les suivants :

- **Endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive haute chez un sujet de plus de 15 ans (et moins de 80 ans)**
 - Par « endoscopie digestive haute », on entend oesophagoscopie et/ou gastroscopie et/ou duodénoscopie, associée ou non à une endoscopie digestive basse.
 - Par « hémorragie digestive haute », on entend :
 - hémorragie certaine (hématémèse ou maelena cliniquement constatés par un médecin ou un paramédical),
 - ou hémorragie très hautement probable (hématémèse ou maelena décrits par le patient mais non constatés, ou encore anémie brutale pour laquelle le médecin évoque et recherche une hémorragie digestive haute comme première hypothèse étiologique).

- **IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique, à distance du traumatisme, chez un sujet de 15 à 50 ans**
 - Par « impotence fonctionnelle », on entend toute gêne fonctionnelle au niveau du genou, qu'il s'agisse d'une difficulté à la marche, à la station debout, avec ou sans incapacité à l'appui, avec ou sans sensation de ressaut, d'instabilité, de blocages, avec ou sans douleurs.
 - Cette impotence fonctionnelle doit s'être constituée au décours non immédiat d'un traumatisme, c'est-à-dire au moins 15 jours et au plus 3 mois après le traumatisme.

- **Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée chez un sujet de plus de 15 ans (et moins de 80 ans)**
 - Sont incluses dans la définition toutes les techniques chirurgicales de cholécystectomie, par laparotomie ou voie coelioscopique, avec ou non conversion secondaire.
 - Par « lithiase vésiculaire non compliquée », on entend toute lithiase de la vésicule biliaire,
 - symptomatique (douleurs biliaires typiques, ou douleurs atypiques imputées à la lithiase) ou asymptomatique,
 - qui n'est compliquée ni par un phénomène infectieux (cholécystite, angiocholite, péritonite biliaire) ni par un phénomène mécanique (obstruction de la voie biliaire, fistule, pancréatite).

2.2.3 Variabilité du contexte clinique

Comme cela a été signalé au paragraphe 2.1.1., il est nécessaire de connaître les caractéristiques cliniques susceptibles *a priori* d'interagir avec la trajectoire du patient. Les experts ont été consultés sur ce point, devant répondre à la question suivante : " quels sont les éléments susceptibles de modifier la prise en charge ou la trajectoire du patient, dans le cadre du traceur étudié " ?

Ainsi, pour chaque traceur, certains items ont été retenus comme pertinents à relever ; selon les cas, il peut s'agir d'indicateurs de gravité, de certains antécédents ou traitements particuliers, etc.

2.3 Principaux indicateurs

Les objectifs conduisent à s'intéresser à trois ensembles distincts de variables : celles considérées comme descriptives des trajectoires, celles utilisées pour caractériser la qualité de prise en charge, et enfin les caractéristiques des patients : médicales, socio-économiques, etc. auxquelles on peut ajouter les motifs de choix exprimés par les patients et par les adresseurs.

Toutefois, ces trois ensembles ne sont pas totalement disjoints ; ainsi, le délai écoulé entre la prescription de l'acte et sa réalisation peut être considéré tantôt comme un élément de description du segment de trajectoire étudié (il s'agit de la durée de ce segment), tantôt comme un critère de qualité (une prise en charge trop tardive étant dans certains cas sous-optimale par définition). L'analyse s'attachera naturellement à éliminer les confusions possibles à ce niveau.

2.3.1 Description des trajectoires

Pour chacun des trois axes de description d'une trajectoire définis plus haut, un certain nombre d'indicateurs ont été retenus :

2.3.1.1 La distance

- Distance séparant la commune de résidence du patient, de celle où est implanté le plateau technique effectivement utilisé par le patient ;
- Distance parcourue par le patient pour se rendre sur le plateau technique effectivement utilisé, depuis l'endroit où il se trouvait immédiatement avant (qu'il s'agisse de son lieu de travail pour un patient s'absentant une demi-journée afin de réaliser une IRM en externe, ou d'un établissement d'hospitalisation pour un patient hospitalisé préalablement à la réalisation de l'acte traceur, ou encore du domicile d'amis pour un patient hébergé ailleurs qu'à son domicile...).

La méthode de calcul des distances figure dans l'annexe technique située en fin de rapport.

2.3.1.2 Le délai

- Délai écoulé entre la date de première prescription de l'acte par un médecin et la date de réalisation effective de cet acte.

2.3.1.3 L'adressage

- Nombre et statut (public ou privé) de la (des) structure(s) intervenant dans la trajectoire du patient ;
- Modalités d'arrivée du patient dans l'établissement où l'acte a été réalisé :
 - sur rendez-vous ou en urgence, en hospitalisation ou en externe, etc. ;
 - transfert depuis une autre structure de soins ou " patient de ville " ;
 - on s'assurera par ailleurs pour chaque patient que le motif médical ayant initialement conduit le patient à se rendre dans cet établissement est bien celui retenu dans la définition du traceur.

- Existence ou non d'un médecin " adresseur " extérieur à l'établissement où l'acte a été réalisé et, le cas échéant, statut (public ou privé) de la consultation durant laquelle s'est effectué l'adressage.

2.3.2 Motifs exprimés de choix dans les trajectoires (patient et médecin adresseur)

Il s'agit ici de recueillir les raisons explicites (i.e. ouvertement exprimées) qui ont conduit le patient et/ou le médecin qui l'y a adressé, à choisir le site où a été effectué l'acte, ou le médecin qui l'a réalisé, plutôt qu'un autre site ou médecin.

Ce recueil n'est évidemment pas toujours possible ou pertinent. Ainsi, dans le cas d'un patient amené en urgence par le SAMU, l'hypothèse faite est que l'avis personnel du patient n'a pas été sollicité quant au site où l'a conduit le service d'urgence. A l'opposé, dans le cas d'un patient venu sur rendez-vous, il est possible que le patient, le médecin ayant prescrit l'acte, ou les deux, aient eu des préférences, et que celles-ci aient présidé au choix du site.

Dans ce dernier cas, trois questions sont explorées.

- Le choix porte-t-il sur l'établissement ou sur le médecin qui réalise l'acte ?
- Qui le fait ? Ce peut être :
 - **le patient seul** : il n'y a pas eu de médecin adresseur, ou bien le médecin adresseur n'a donné aucun conseil au patient quant au site sur lequel se rendre, même indirectement ;
 - **un choix partagé** : il y a eu un médecin adresseur, lequel a donné des conseils au patient quant au site sur lequel se rendre, directement (conseil quant à un site donné) ou indirectement (conseil quant à un praticien donné) ;
ET le patient a participé au choix, soit parce que le médecin adresseur lui a fait plusieurs propositions entre lesquelles le patient a choisi, soit par une discussion avec le médecin adresseur lorsque ce dernier a donné ses conseils ;
 - **le médecin adresseur seul** : il y a eu un médecin adresseur, il n'a conseillé à son patient qu'un seul site (directement ou indirectement), et ce dernier a suivi ce conseil.
- Quelles sont **les raisons du choix du patient** lorsqu'il existe : proximité du site par rapport au domicile du patient ou au lieu de travail, disponibilité pour le rendez-vous, réputation du site ou du médecin qui réalise l'acte, etc. Les patients ont été questionnés également sur le fait que le statut du site (public ou privé) intervenait dans leur choix, et sur l'image qu'ils avaient de ces deux secteurs.

Le détail des items figure dans les questionnaires joints dans le rapport annexe.

2.3.3 Évaluation de la qualité médicale de la prise en charge des patients

Les éléments sur la base desquels la prise en charge des patients sera évaluée ont été listés pour chaque traceur par un groupe d'experts médicaux du domaine, qui a eu à répondre à la question suivante : " quels sont tous les éléments importants à recueillir pour mesurer la qualité de prise en charge du patient, du seul point de vue médical et dans la situation clinique considérée " ?

Dans un second temps, les experts ont dû déterminer pour chaque traceur une prise en charge " idéale " de référence, en indiquant pour chaque élément d'évaluation précédemment défini quelle était sa valeur optimale, ou encore s'il s'agissait d'un élément jugé indispensable ou seulement souhaitable.

Le lecteur trouvera dans le rapport annexe les comptes-rendus des réunions d'experts, avec le détail des éléments retenus pour qualifier la prise en charge des patients, ainsi que les valeurs jugées optimales pour chaque élément.

On observe que, quel que soit le traceur, les éléments d'évaluation se regroupent globalement en six catégories :

Prise en charge médicale avant l'acte : il s'agit essentiellement d'examen paracliniques, dont la réalisation préalablement à l'acte traceur est jugée souhaitable ou indispensable ; il peut également s'agir de consultations spécialisées dont la réalisation avant l'acte est jugée souhaitable, etc.

Délais : il s'agit du délai entre le début des symptômes et la réalisation de l'acte, ou entre la prescription de l'acte et sa réalisation effective (c'est-à-dire, dans ce dernier cas, de la longueur chronologique du segment de trajectoire étudié).

Niveau d'équipement du plateau technique : ancienneté et niveau de maintenance des équipements, disponibilité de certains matériels, etc.

Nature et qualification des intervenants lors de l'acte : principalement, niveau de qualification universitaire et expérience professionnelle du médecin réalisant l'acte, mais également degré de qualification du personnel paramédical, etc.

Déroulement de l'acte : type de technique utilisé lorsque plusieurs sont possibles, etc.

Transmission de l'information :

De l'adresseur vers le praticien réalisant l'acte : nature et qualité des informations transmises, présence ou absence des éléments d'information, notamment cliniques, jugés nécessaires ;

Du praticien réalisant l'acte vers le patient : nature et qualité des informations fournies au patient, préalablement à l'acte et/ou au décours de celui-ci, etc. ;

Du praticien réalisant l'acte vers le médecin adresseur : dans le cas d'un examen urgent, les résultats ont-ils été communiqués par téléphone à l'adresseur ?

2.3.4 Autres caractéristiques des patients

Caractéristiques médicales : des indicateurs de gravité, ainsi que les autres éléments médicaux susceptibles d'influer sur la trajectoire (co-morbidité, traitements en cours, etc.) ont été définis par les experts. Ils varient pour chaque traceur.

Caractéristiques socio-économiques : l'âge, le sexe, la catégorie socio-professionnelle, le niveau d'études, le type de protection sociale dont ils bénéficient, le lieu de résidence.

2.4 Population étudiée, critères d'inclusion

La population cible comprend l'ensemble des personnes bénéficiant en Île-de-France d'un acte traceur donné. Il y a donc trois populations cibles bien distinctes, selon le traceur considéré.

La durée de recueil des données a été limitée à **un mois** pour des raisons de coût et d'organisation. Compte tenu de la fréquence prévisible des actes, aucun échantillonnage *a priori* n'a été réalisé pour les sites, **l'exhaustivité des établissements franciliens** pratiquant ces actes a été sollicitée pour l'enquête.

Dans l'ensemble des établissements ayant accepté de participer à l'enquête, tout patient ayant bénéficié, durant la période d'enquête, d'un acte traceur dans le contexte clinique approprié devait être sollicité par le médecin réalisant l'acte (sous réserve de la participation de ce dernier).

Les patients ont été inclus sous réserve de leur consentement écrit. Les refus de participer, ou les impossibilités (patient comateux n'étant pas en mesure de donner son consentement par exemple) ont été comptabilisés.

Les critères précis d'inclusion et d'exclusion des patients définis pour chaque traceur sont détaillés ci-dessous.

Ils peuvent sembler larges d'un point de vue strictement médical. Ainsi, pour prendre l'exemple de la cholécystectomie, aucun examen clinique ou paraclinique n'est prévu pour s'assurer que la lithiase biliaire est véritablement non compliquée (ni dosage des enzymes pancréatiques, ni mesure de la température corporelle, etc.). En effet, le contexte clinique n'a pour nous d'intérêt qu'en cela qu'il peut influencer sur la filière suivie par le patient ; or, nous faisons l'hypothèse que c'est *ce qui est connu du contexte clinique* qui a une influence possible sur les filières. Ainsi, un patient porteur d'une lithiase *considérée comme non compliquée par tous les acteurs, mais qui en fait est compliquée*, sera à notre sens traité de la même manière qu'un patient porteur d'une lithiase *réellement non compliquée*.

Par conséquent, les critères d'inclusion et d'exclusion des patients visent ici à s'assurer d'inclure dans l'étude l'ensemble des patients dont le contexte clinique *tel que connu par les médecins intervenants (que ceux-ci effectuent ou non une erreur de jugement)* correspond à celui défini par les experts.

2.4.1 Endoscopie digestive haute

2.4.1.1 Critères d'inclusion

- Patient bénéficiant d'une oesophagoscopie et/ou gastroscopie et/ou duodéoscopie, associée ou non à une endoscopie digestive basse ;
- Selon les déclarations du médecin réalisant l'endoscopie, l'indication principale de cet acte doit être une hémorragie digestive haute patente ou très fortement soupçonnée, c'est à dire :
 - une hématomérose (constatée médicalement ou décrite par le patient),
 - un maelena (constaté médicalement ou décrit par le patient),
 - une anémie de survenue brutale par spoliation sanguine pour laquelle la première hypothèse étiologique est une hémorragie digestive haute aiguë.
- Le patient doit être âgé de 15 ans au moins et de 80 ans au plus.

2.4.1.2 Critères d'exclusion

- Endoscopie réalisée dans le cadre du bilan d'une carence martiale avec ou sans anémie (recherche d'un saignement digestif occulte), en dehors de toute notion d'hémorragie brutale ;
- Refus de participer à l'étude ;
- Impossibilité de donner son consentement éclairé.

2.4.2 IRM rhumatologique

2.4.2.1 Critères d'inclusion

- Patient bénéficiant d'une IRM d'un genou ou des deux genoux ;
- Selon les déclarations du radiologue réalisant l'IRM, l'indication principale de cet acte doit être une impotence fonctionnelle post-traumatique du (ou des) genou(x) examiné(s) :
 - gêne fonctionnelle au niveau du genou : limitation de la capacité à la station debout et/ou à la marche avec ou sans incapacité à l'appui du (des) membre(s) atteint(s),
 - avec ou sans : sensation de ressaut et/ou sensation d'instabilité et/ou épisodes de blocages et/ou limitation de la mobilité active et/ou limitation de la mobilité passive de l'articulation et/ou douleurs,

troubles survenus au décours non immédiat d'un traumatisme : au moins 15 jours après le traumatisme, et au plus 3 mois après.

- Le patient doit être âgé de 15 ans au moins, et de 50 ans au plus.

2.4.2.2 Critères d'exclusion

- Troubles survenus sans notion de traumatisme, ou début des troubles plus de 3 mois après le dernier traumatisme du (des) genou(x) retrouvé dans l'histoire du patient ;
- Troubles s'étant installés immédiatement après le traumatisme, ou s'étant intégralement constitués dans les 15 premiers jours suivant le traumatisme ;
- Refus de participer à l'étude ;
- Impossibilité de donner son consentement éclairé.

2.4.3 Cholécystectomie

2.4.3.1 Critères d'inclusion

- Patient bénéficiant d'une cholécystectomie, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée ;
- Selon les déclarations du chirurgien réalisant l'intervention, l'indication principale de cet acte doit être une lithiase biliaire non compliquée, symptomatique ou non :
 - lithiase biliaire prouvée sur des examens d'imagerie, ou seulement soupçonnée sur des arguments cliniques,
 - avec ou sans notion de douleurs biliaires (typiques ou atypiques) par le passé,
 - sans complication infectieuse locale (cholécystite, angiocholite) ni étendue (péritonite biliaire, septicémie à point de départ biliaire) ,
 - sans complication mécanique (obstruction de la voie biliaire, fistule biliaire, pancréatite).
- Le patient doit être âgé de 15 ans au moins et de 80 ans au plus.

2.4.3.2 Critères d'exclusion

- Suspicion même légère, même sans preuves biologiques ou cliniques formelles, de :
 - cholécystite
 - angiocholite
 - péritonite biliaire
 - septicémie à point de départ biliaire
 - pancréatite
 - obstruction de la voie biliaire
 - fistule biliaire
 - autre complication locale, loco-régionale ou générale de la lithiase biliaire
- Refus de participer à l'étude,
- Impossibilité de donner son consentement éclairé.

2.5 Organisation pratique et procédures d'enquête

Sur la base des données du PMSI ainsi que des annuaires professionnels, une liste exhaustive des établissements franciliens dans lesquels sont réalisés des actes d'endoscopie digestive, d'IRM et de chirurgie digestive a été établie. Au sein de chacun de ces établissements, le médecin responsable de l'unité réalisant l'acte traceur considéré ou un correspondant désigné par l'Union a été sollicité par courrier pour participer à l'étude. La direction de chaque établissement a été naturellement informée de cette démarche.

La réalisation pratique de l'enquête a été confiée à l'Institut de Sondage Lavielle (ISL), spécialisé dans le domaine, qui a été recruté par appel d'offres. L'ensemble du matériel nécessaire à la mise en œuvre de l'enquête : liste des sites à contacter pour chaque traceur, protocole détaillé d'enquête, intégralité des questionnaires, courriers d'information, de relance, etc., a été fourni à cette société par le CREDES.

L'ensemble des procédures de recueil et de traitement de l'information a fait l'objet d'un accord de la CNIL.

2.5.1 Procédure de recueil des données

2.5.1.1 Recueil des données pour chaque site participant

Chaque site participant a rempli, une et une seule fois, un " questionnaire site " permettant de recueillir les informations relatives à la situation géographique du site, à son niveau d'équipement, etc., afin de pouvoir associer ces informations à celles recueillies sur le patient et sur l'acte.

2.5.1.2 Recueil des données pour chaque patient inclus dans l'étude

Pour chaque patient recruté 2 questionnaires ont normalement été remplis :

- le questionnaire acte (par le médecin ayant réalisé l'acte),
- le questionnaire patient (remis au patient ou adressé par courrier, et renvoyé par lui à la société d'enquête).

(Dans la pratique, pour un nombre limités de cas, nous ne disposons que d'un seul questionnaire – (voir les paragraphes 4.1.2, 5.1.2, 6.1.2).

2.5.1.3 Recueil des données au niveau des médecins adresseurs

Les médecins adresseurs identifiés et pour lesquels l'autorisation de les contacter a été donnée par le patient ont été enquêtés par téléphone, après avoir été informés préalablement par courrier.

2.5.2 Saisie et traitement des données

Les questionnaires ont été codifiés et saisis par la société d'enquête, opération faite pour la partie médicale sous la responsabilité d'un médecin.

Les données ont été transmises au CREDES de manière totalement anonyme.

L'exploitation a été effectuée avec les logiciels SAS, Statistica, et SPAD.

3. Participation et représentativité des données

3. Participation et représentativité des données

Par rapport au caractère novateur et ambitieux de l'enquête lancée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux, qui s'adressait à l'ensemble des établissements et des praticiens publics et privés d'Île-de-France, le taux de participation est encourageant puisque selon les actes considérés, un tiers à un quart des établissements ont répondu. Il n'est pas surprenant de constater que la mobilisation des établissements privés a été supérieure à celle des établissements publics. On peut néanmoins se féliciter de l'accueil réservé à l'enquête par ces derniers, accueil relativement favorable eu égard au caractère sensible du sujet traité.

3.1 Un quart à un tiers des établissements ont participé à l'enquête

Le nombre d'établissements concernés par les traceurs étudiés a été estimé au début de l'enquête. En 1999, on comptait 37 sites d'IRM en Île-de-France, dont 33 pratiquaient l'IRM du genou. Pour les deux autres traceurs, les établissements concernés ont été repérés grâce aux données du PMSI de 1997 : 208 sites pratiquent l'endoscopie digestive (quelle que soit l'indication) et 205 sites pratiquent la cholécystectomie.

Un premier contact a été pris par la société ISL avec l'ensemble des sites, et plus particulièrement avec un correspondant dont le nom avait été fourni par l'URML. Dans les établissements publics, ce correspondant était nécessairement un chef de service, dans les sites privés, il s'agissait de l'un des médecins exerçant sur le site. Ce premier contact avait pour but d'obtenir l'accord de ce correspondant, ou d'une personne qu'il désigne sur le site, pour participer à l'enquête. Sur l'ensemble des traceurs, 235 sites, soit 53 % d'entre eux, ont initialement donné leur accord pour participer et ont donc reçu l'ensemble des documents d'enquête.

Cependant, dans un second temps, un certain nombre de ces sites n'ont finalement pas participé pour divers motifs : lourdeur de l'enquête, mot d'ordre syndical ou opposition de principe à certaines questions concernant la satisfaction du patient. Finalement, un quart des établissements pratiquant les endoscopies ont effectivement participé à l'enquête, ainsi que 27 % des établissements pratiquant la cholécystectomie et un tiers des sites pratiquant l'IRM du genou.

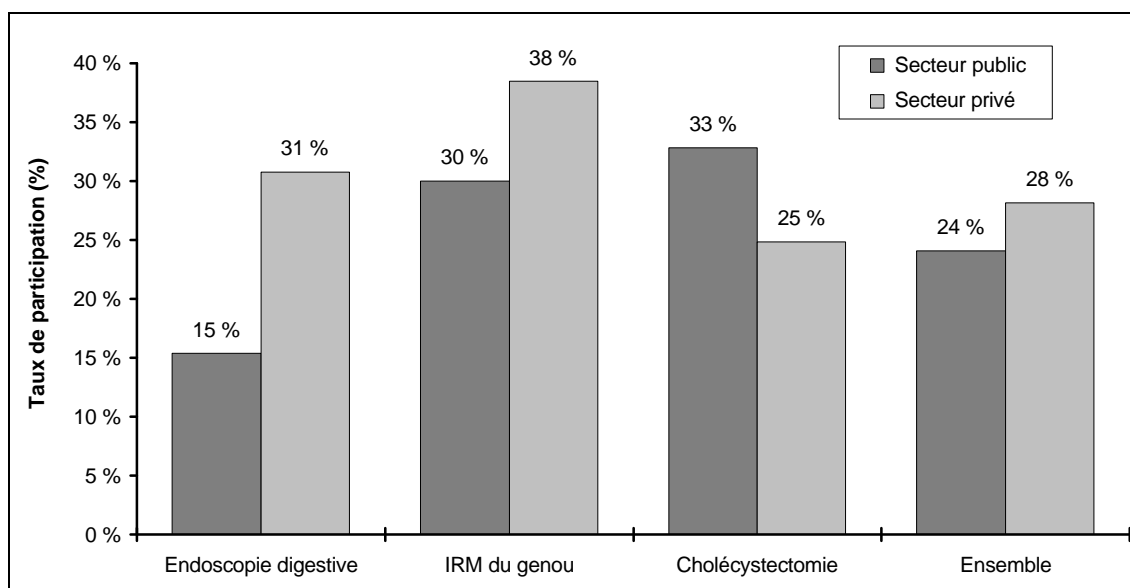
Le taux de participation des établissements est meilleur dans le secteur privé que dans le secteur public pour les traceurs d'endoscopie et d'IRM (Cf. Tableau n° 1 et Graphique n° 1). En ce qui concerne la localisation géographique, le taux de participation est meilleur en première couronne qu'à Paris et qu'en grande couronne pour l'endoscopie et la cholécystectomie (Cf. Tableau n° 2).

Tableau n° 1 :
Participation des sites à l'enquête selon le statut de l'établissement

	Secteur public	Secteur privé	ENSEMBLE
Nombre de sites concernés en Île-de-France			
Endoscopie digestive	78	130	208
IRM du genou	20	13	33
Cholécystectomie	64	141	205
Ensemble	162	284	446
Nombre de sites ayant initialement donné leur accord			
Endoscopie digestive	31	73	104
IRM du genou	8	11	19
Cholécystectomie	31	81	112
Ensemble	70	165	235
Nombre de sites ayant finalement effectivement participé			
Endoscopie digestive	12	40	52
IRM du genou	6	5	11
Cholécystectomie	21	35	56
Ensemble	39	80	119
Taux de participation effective parmi l'ensemble des sites concernés			
Endoscopie digestive	15 %	31 %	25 %
IRM du genou	30 %	38 %	33 %
Cholécystectomie	33 %	25 %	27 %
Ensemble	24 %	28 %	27 %

Source : CREDES-URML IdF1999

Graphique n° 1 :
Taux de participation des sites par traceur et par statut



Source : CREDES-URML IdF1999

Tableau n° 2 :
Taux de participation des sites selon la localisation

	Paris	Première couronne	Deuxième couronne	Total
Ensemble des établissements franciliens pratiquant les actes				
Endoscopie	23	55	130	208
Irm genou	14	13	6	33
Cholécystectomie	39	83	83	205
Établissements ayant participé				
Endoscopie	5	26	21	52
Irm genou	3	5	3	11
Cholécystectomie	10	26	20	56
Taux de participation				
Endoscopie	22 %	47 %	16 %	25 %
Irm genou	21 %	38 %	50 %	33 %
Cholécystectomie	26 %	31 %	24 %	27 %

Source : CREDES-URML IdF1999

3.2 L'activité observée représente un quart à un tiers de l'activité francilienne

Nous avons situé l'activité observée dans le total de l'activité d'Île-de-France pour les traceurs endoscopique et chirurgical, à partir des données issues du PMSI de 1997. En ce qui concerne l'IRM du genou, il n'existe aucune donnée sur l'activité totale annuelle en Île-de-France, nous sommes donc dans l'impossibilité d'évaluer la part de l'activité que nous avons pu observer.

Encadré n°1

Utilisation des données du PMSI

Que peut-on observer dans le PMSI ?

A l'issue de chaque séjour ayant lieu dans un établissement de court séjour est produit un résumé de sortie standardisé (RSS) qui contient notamment des informations sur :

- les actes effectués au cours du séjour,
- les diagnostics, principaux ou non, posés pendant le séjour.

La base de données constituée et mise à notre disposition pour 1997 nous permet donc de comptabiliser les actes effectués dans chaque établissement d'Île-de-France et de repérer en particulier les séjours contenant un des diagnostics qui nous intéressent. Les actes et diagnostics que nous avons retenus pour identifier l'activité la plus proche des traceurs de l'étude sont indiqués dans les encadrés 2 et 3.

Cependant, il faut tenir compte de deux limites connues. Premièrement, même si tous les actes diagnostiqués et thérapeutiques codés dans le cadre du Catalogue des actes médicaux (CDAM) peuvent être portés sur les résumés standardisés de sorties, en fait seul un certain nombre d'entre eux, appelés « actes classants » le sont avec certitude.

D'autre part, même si un acte et un diagnostic sont portés pour un même séjour, rien ne garantit que l'acte a été effectué pour ce diagnostic puisque le recueil des informations ne prévoit pas cette précision. Ainsi, en caricaturant, il est possible qu'une endoscopie et une hémorragie digestive haute caractérisent toutes deux un séjour mais que l'endoscopie ait été pratiquée avant l'hémorragie et pour un autre motif.

Quoiqu'il en soit, les données issues du PMSI sont ce qui existe de plus précis pour le cadrage de ce que nous observons.

La qualité des données PMSI

L'année 1997 étant une année de montée en charge du PMSI, en particulier pour le secteur privé, il a été nécessaire de corriger les données initiales du PMSI par des coefficients dits « d'exhaustivité », calculés en confrontant les données du PMSI à celles de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) (Cong et al., 1999). Dans ce rapport les données d'activité issues du PMSI seront toujours présentées sous forme de fourchette entre les chiffres issus des données brutes et les chiffres issus des données redressées. Ce redressement concerne essentiellement les données des établissements privés, les données du secteur public et PSPH étant quasi exhaustives.

3.2.1 Les patients recrutés pour le traceur endoscopique représentent un quart de l'activité d'endoscopie pour hémorragie digestive haute

D'après les données PMSI, le nombre d'endoscopies associées à un diagnostic d'hémorragie digestive haute pratiquées en Île-de-France en un mois se situe dans une fourchette de 387 à 459 actes, dont environ deux tiers sont effectués dans le secteur privé (Cf. Tableau n° 3).

En recrutant 112 patients (y compris les exclus), nous observons donc environ un quart de l'activité d'Île-de-France. Les seuls patients inclus représentent entre 12 et 14 % de l'activité totale.

Paradoxalement, alors que le taux de participation des sites privés est supérieur au taux de participation des sites publics ou PSPH, la représentativité est plus élevée dans le public que dans le privé. Cela traduit un biais de sélection des établissements participant : alors que les sites publics participant sont des sites relativement importants en terme d'activité, les sites privés participant étaient certainement relativement moins importants.

Tableau n° 3
Représentativité de l'activité d'endoscopie observée

	Secteur public et PSPH	Secteur privé	Total
PMSI - Données brutes			
Nombre annuel d'endoscopies	1788	2860	4 648
Nombre mensuel d'endoscopies	149	238	387
Répartition public/privé (%)	38,5 %	61,5 %	100,0 %
PMSI - Données redressées			
Nombre annuel d'endoscopies	1788	3 718	5 506
Nombre mensuel d'endoscopies	149	310	459
Répartition public/privé (%)	32,5 %	67,5 %	100,0 %
Recueil enquête			
Nombre de patients enquêtés (y compris exclus)	72	40	112
Rapport enquêtés / actes PMSI brut	48%	17 %	29 %
Rapport enquêtés / actes PMSI redressé	48%	13 %	24 %
Nombre de patients inclus	31	24	55
Rapport inclus / actes PMSI brut	21 %	10 %	14 %
Rapport inclus / actes PMSI redressé	21 %	8 %	12 %

Source : CREDES-URML IdF 1999

Encadré n° 2

**Sélection des actes et diagnostics associés dans les données PMSI
« Endoscopie pour hémorragie digestive haute »**

Codes des actes retenus

J615	Y	Fibroscopie oesophagienne
J818	Y	Panendoscopie, oesophagoscopie comprise sans biopsie
J892	Y	Panendoscopie, oesophagoscopie comprise avec biopsie
L085	Y	Fibro-oesophagoscopie sans biopsie
L086	Y	Fibro-oesophagoscopie avec biopsie, et/ou cytologie, et/ou coloration vitale
L140	Y	Gastroscopie sans biopsie
L141	Y	Gastroscopie avec biopsie
L142	Y	Gastroscopie en urgence
L145	Y	Gastroscopie S.A.I.
L202	Y	Duodéno-scopie avec biopsie
L205	Y	Duodéno-scopie sans biopsie
L813	Y	Gastroscopie avec macrobiopsie

Codes CIM10 retenus comme diagnostics associés

I85.0	Varices oesophagiennes hémorragiques
K22.6	Syndrôme de dilacération hémorragique gastro-oesophagienne (Mallory-Weiss)
K25.0	Ulcère de l'estomac aigu avec hémorragie
k25.4	Ulcère de l'estomac chronique ou SAI avec hémorragie
k26.0	Ulcère du duodénum aigu avec hémorragie
k26.4	Ulcère du duodénum chronique ou SAI avec hémorragie
K27.0	Ulcère digestif, de siège non précisé, aigu avec hémorragie
K27.4	Ulcère digestif, de siège non précisé, chronique ou SAI avec hémorragie
K28.0	Ulcère gastro-jéjunal, aigu avec hémorragie
K28.4	Ulcère gastro-jéjunal chronique ou SAI, avec hémorragie
K29.0	Gastrite hémorragique aiguë
K92.0	Hématémèse
K92.1	Melaena
K92.2	Hémorragie gastro-intestinale, sans précision

3.2.2 Les patients recrutés représentent près de 40 % de l'activité francilienne de cholécystectomie, avec une meilleure représentation pour le secteur privé

Le nombre de cholécystectomies pratiquées en Île-de-France en un mois se situe dans une fourchette de 399 à 450 actes, qui se partagent également entre secteurs privé et public (Cf. Tableau n° 4).

Les 167 patients recrutés (y compris les patients exclus) représentent donc un peu plus d'un tiers de l'activité francilienne, et les patients finalement inclus représentent environ un tiers de cette activité.

Pour ce traceur, l'activité du secteur privé est mieux représentée que celle du secteur public (35 % contre 22%).

Tableau n° 4
Représentativité de l'activité de chirurgie observée

	Secteur public et PSPH	Secteur privé	Total
PMSI - Données brutes			
Nombre annuel de cholécystectomies	2729	2055	4784
Nombre mensuel de cholécystectomies	227	171	399
Répartition public/privé (%)	57,0 %	43,0 %	100,0 %
PMSI - Données redressées			
Nombre annuel de cholécystectomies	2729	2 672	5 401
Nombre mensuel de cholécystectomies	227	223	450
Répartition public/privé (%)	50,5 %	49,5 %	100,0 %
Recueil enquête			
<i>Nombre de patients enquêtés (y compris exclus)</i>	66	101	167
Rapport enquêtés / actes PMSI brut	29,0 %	59,0 %	41,9 %
Rapport enquêtés / actes PMSI redressé	29,0 %	45,4 %	37,1 %
<i>Nombre de patients inclus</i>	51	78	129
Rapport inclus / actes PMSI brut	22,4 %	45,5 %	32,4 %
Rapport inclus / actes PMSI redressé	22,4 %	35,0 %	28,7 %

Source : CREDES-URML IdF1999

Encadré n° 3

Sélection des actes et diagnostics associés « Cholécystectomie sans complication »

Actes classants dans le PMSI

L590	Y	Cholécystectomie
L800	Y	Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire sans manométrie
L801	Y	Cholécystectomie avec cholangiographie peropératoire avec manométrie
L830	Y	Cholécystectomie avec cholangiographie sous contrôle vidéolaparoscopique
L855	Y	Cholécystectomie après échec ou contre-indication du traitement par vidéo-endoscopie
L871	Y	Cholécystectomie sans cholangiographie sous contrôle vidéolaparoscopique

3.3 450 médecins ont participé à l'enquête.

La plupart des sites ayant participé à l'enquête ont renvoyé une « Fiche Bilan », sur laquelle figuraient le nombre de médecins participant à l'enquête et le nombre de médecins ayant inclus une partie de leurs patients. Si l'on y ajoute le nombre de médecins adresseurs ayant pu être contactés et interviewés, ce sont près de 450 médecins qui ont accepté de participer à l'enquête, même si tous n'ont pas pu inclure de patients pendant la durée d'enquête.

Il est difficile d'estimer un pourcentage de participation, car le nombre de praticiens susceptibles de pratiquer les actes choisis n'est pas disponible.

Tableau n° 5
Participation des médecins à l'enquête

	Endoscopies	Irm du genou	Cholécystectomie	Adresseurs
Médecins ayant effectivement participé	182	51	124	90
- ayant pu inclure tout ou partie de leurs patients	30 à 40	Environ 25	62	
- n'ayant vu aucun patient susceptible d'être recruté	142 à 152	Environ 26	62	

Note : un certain nombre de questions étant restées sans réponse, les chiffres ne peuvent parfois être fournis que sous la forme de fourchettes ou d'estimations.

Source : CREDES-URML IdF1999

3.4 Caractéristiques des sites enquêtés

3.4.1 Sites d'endoscopie

Sur les 52 sites d'endoscopie ayant participé à l'enquête, 49 ont rempli et renvoyé le questionnaire site et la fiche bilan. Ces fiches fournissent quelques informations sur l'accessibilité et l'importance des sites.

Le nombre de médecins endoscopistes intervenant sur les sites varie de 1 à 21 ; pour deux tiers des sites, on compte 2 à 5 endoscopistes. Les trois quarts des sites sont équipés d'endoscopes à optique classique et de vidéo-endoscopes. Le dernier quart (12 sites, dont 11 privés) ne dispose que de vidéo-endoscopes. Le nombre d'appareils par site varie de 1 à 9 pour les endoscopes classiques et 30% des sites ne disposent que d'un appareil ; le nombre de vidéo-endoscopes varie de 1 à 15 et près de 50% des sites disposent d'un ou deux appareils.

Les établissements enquêtés sont très majoritairement ouverts la nuit (41 sites sur 49), ainsi que le week-end et les jours fériés (44 sites).

L'accessibilité des sites par transports en commun est essentiellement assurée par les lignes de bus : 40 sites sont desservis par au moins une ligne de bus à moins de 300 mètres et 19 sites par deux lignes. Seulement 10 sites sont desservis par au moins une ligne de métro et 11 par au moins une ligne de RER.

3.4.2 Sites d'IRM

Sur les 11 sites ayant participé à l'enquête, 9 ont renvoyé le questionnaire site et 8 la fiche bilan.

Les appareils d'IRM ont été installés entre 1990 et 1998 et au moins 5 d'entre eux ont bénéficié d'un *upgrade*. Un seul site n'est pas équipé d'une antenne dédiée au genou, critère de qualité retenu par les experts consultés.

Parmi les autres critères mentionnés par les experts figuraient la présence de matériel de réanimation à proximité de la salle d'IRM, qui est effective pour 8 sites sur 9, et l'existence de protocoles écrits pour l'examen du genou, confirmée pour 5 sites sur 9.

Pour 4 des sites observés, une vingtaine de radiologues interviennent. Sur les autres sites, le nombre d'intervenants est très dispersé (entre 2 et 43).

La grande majorité des établissements répondant pratiquent également le doppler, l'échographie, la radiologie conventionnelle, la tomodensitométrie et l'imagerie vasculaire.

Ces sites sont plus facilement accessibles en bus (au moins une ligne à moins de 300 mètres pour 8 sites) qu'en métro ou RER (au moins une ligne pour seulement 4 sites).

Le nombre d'heures d'ouverture hebdomadaire est très dispersé et varie entre 53 et 96 heures. Un seul site est ouvert la nuit et trois sont ouverts le week-end et les jours fériés.

3.4.3 Sites de chirurgie

Sur les 56 sites ayant participé à l'enquête, 49 ont renvoyé le questionnaire site et 48 la fiche bilan.

Dans la plupart des établissements (40 sur 49), plusieurs salles peuvent être utilisées pour la cholécystectomie : dans un établissement sur deux, deux salles sont disponibles. Le nombre de lits de chirurgie varie de 25 à 400 selon les établissements mais la plupart des sites disposent de 40 à 160 lits. Le nombre moyen de lits est de 100, il est plus élevé dans le secteur public (125) que dans le secteur privé (85).

Le nombre de chirurgiens intervenant sur les sites n'a été évalué que pour le secteur public, il varie de 2 à 15, avec une moyenne de 6 chirurgiens.

Tous les sites, sauf un, sont ouverts la nuit et le week-end. La très grande majorité d'entre eux (44) sont desservis par au moins une ligne de bus dans les 300 mètres et 23 sites sont desservis par deux ou trois lignes de bus. L'accessibilité par le métro et le RER est moins généralisée (respectivement 13 et 12 sites). Enfin, 9 sites sont à proximité d'une gare SNCF.

3.5 Significativité des résultats

Les effectifs observés étant parfois limités des tests de significativité des résultats ont été réalisés. Les tests utilisés sont détaillés dans l'annexe technique figurant en fin de rapport.

4. Analyse par traceur : l'endoscopie

4. Analyse par traceur : l'endoscopie

4.1 Les informations disponibles

4.1.1 Représentativité

Globalement, ¼ des sites concernés ont participé et ¼ du volume d'activité a été capté. La participation a été meilleure dans le privé que dans le public en terme de sites (une consigne de non participation ayant notamment été lancée dans les hôpitaux généraux), mais en termes de volume d'activité la part du public est supérieure (Cf. chapitre 3).

4.1.2 Patients inclus et patients exclus

Au total 112 patients ont été recrutés : 55 ont été inclus et 57 exclus. Nous disposons donc d'informations sur 55 endoscopies réalisées pour hémorragie digestive haute.

Tableau n° 6
Nombre de patients enquêtés

Patients inclus	55
Patients exclus, dont :	57
- refus	7
- pas en mesure de donner consentement (coma...)	24
- initialement hospitalisés pour un autre motif que l'hémorragie	26
Patients recrutés	112

Source : CREDES-URML IdF1999

Pour l'exploitation, on dispose de 40 questionnaires patient, 50 questionnaires acte et 11 questionnaires adresseur, et le degré de recoupement des informations est indiqué dans le Tableau n° 7. Les questionnaires sont en général bien remplis (peu de variables non renseignées).

Tableau n° 7
Information disponible pour les actes observés

Questionnaires remplis	Nombre des observations
Q. patient + Q. acte + Q. Adresseur	7
Q. patient + Q. acte	28
Q. patient	5
Q. acte + Q Adresseur	4
Q. acte	11
Nombre d'actes inclus	55

Source : CREDES-URML IdF1999

4.1.3 Biais et limites méthodologiques

Les biais principaux ont été évoqués dans le chapitre de méthodologie. Insistons toutefois sur le biais de sélection par la gravité, qui est sans doute plus important dans l'endoscopie que dans les autres traceurs. Le fait que les patients doivent donner leur consentement conduit en effet à écarter les patients comateux. Ici, 24 sur 57 patients exclus l'ont été pour cette raison. Comme on le verra dans l'étude de l'âge des patients, les patients exclus sont significativement plus âgés que les autres, ce qui va dans le sens d'un biais de sélection par la gravité.

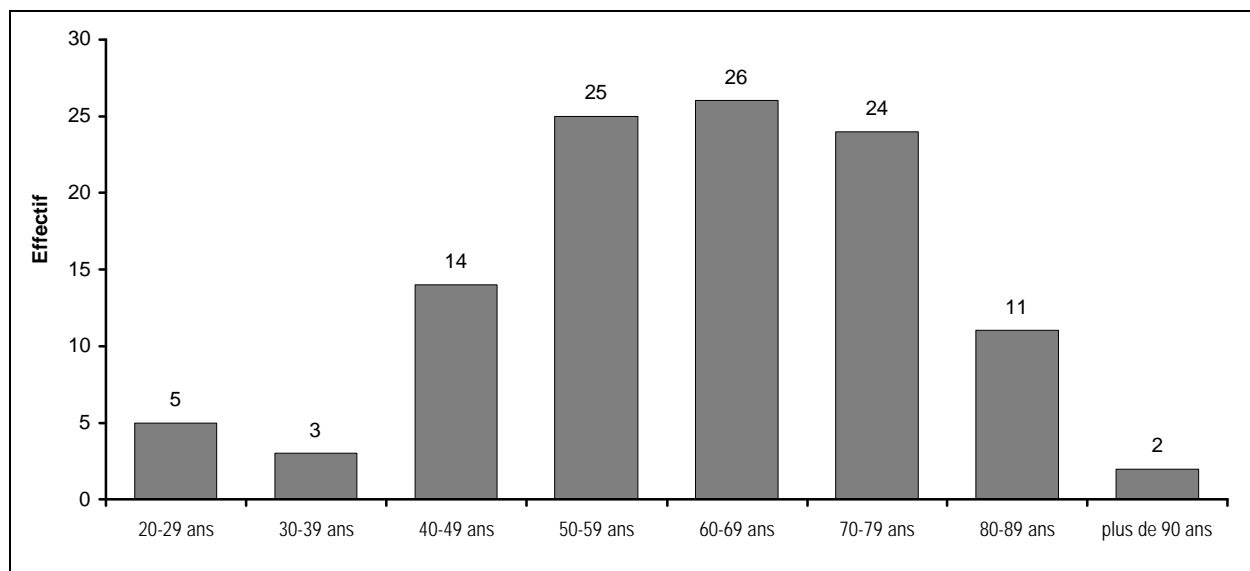
Il existe peut-être un autre biais de sélection, lié à de possibles erreurs de classement entre les patients potentiellement incluables et ceux qui ne l'étaient pas : le chiffre de 26 patients exclus car ils étaient initialement hospitalisés pour une autre raison que l'hémorragie est étonnamment élevé. Peut-être une partie de ces patients ont-ils été exclus par erreur car ils n'étaient pas initialement hospitalisés pour avoir une endoscopie, alors même que le motif d'hospitalisation était l'hémorragie digestive ?

Par ailleurs, les effectifs sont relativement peu élevés (55 patients), ce qui limite les possibilités de classification, notamment dans l'étude des itinéraires suivis dans le dispositif de soins (car un nombre élevé de classes conduit rapidement à des effectifs trop faibles dans chaque classe).

4.2 Les caractéristiques des patients

La répartition par âge des 112 patients* pris en compte figure dans le graphique ci-dessous :

Graphique n° 2
Répartition par âge des patients enquêtés

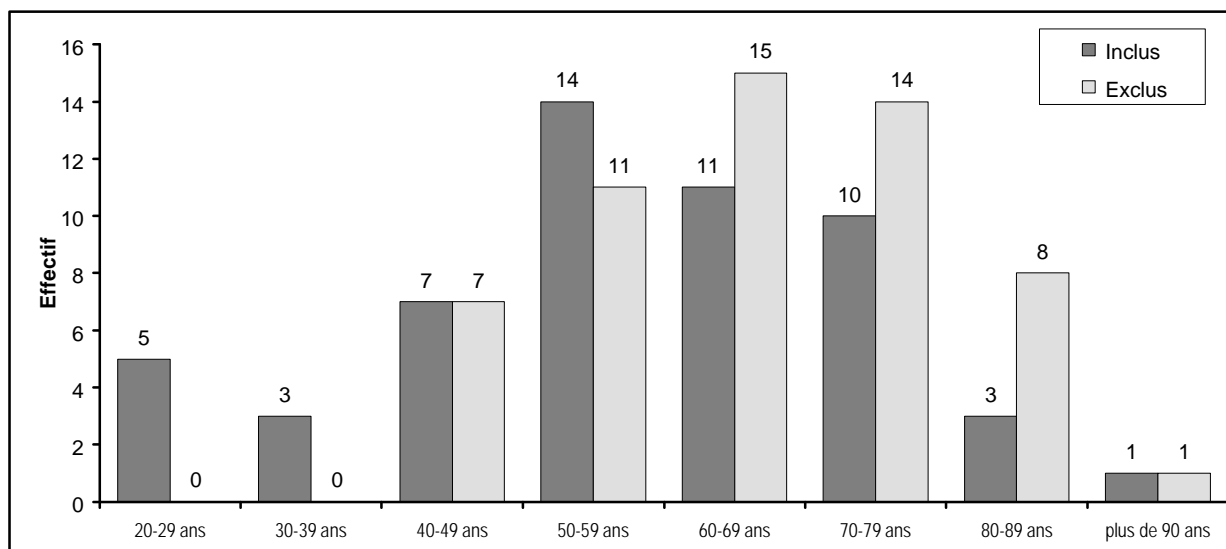


Source : CREDES-URML IdF1999

* Il a été décidé de conserver dans l'analyse les patients de plus de 80 ans.

La répartition par âge diffère significativement entre les patients inclus et les patients exclus (Graphique n° 3). L'âge moyen est de 57 ans chez les patients inclus, contre 66 ans chez les patients exclus (Student $t=2,81$, $p<0,01$). Le fait que les patients inclus soient en moyenne plus jeunes que les exclus peut correspondre à un effet du biais de sélection par la gravité évoqué plus haut. Les patients comptent 30 femmes pour 80 hommes (le sexe n'étant pas renseigné pour 2 patients), soit un sex-ratio de 2,66 hommes pour une femme.

Graphique n° 3
Répartition par âge des patients inclus et exclus



Source : CREDES-URML IdF1999

La prédominance masculine est classique en ce qui concerne les hémorragies digestives hautes. Il est plus étonnant de constater qu'elle est beaucoup plus marquée dans le sous-groupe des patients inclus (F de Fischer bilatéral, $p<0,05$), comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau n° 8
Répartition par sexe des patients inclus et exclus

	Hommes	Femmes	Ensemble	Sexe ratio (H/F)
Inclus	44	9	53	4,9
Exclus	36	21	57	1,7
Ensemble	80	30	110	2,7

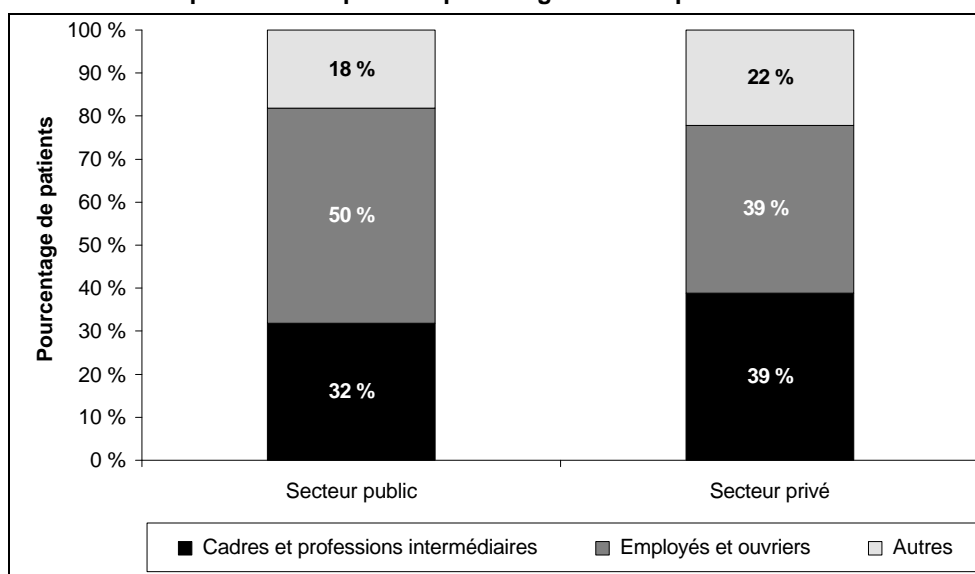
Source : CREDES-URML IdF1999

Le sex-ratio des patients pris en compte est, dans notre échantillon, strictement le même dans le secteur public et dans le secteur privé (73 % des patients sont des hommes et 27 % sont des femmes).

L'âge moyen des patients, lui non plus, n'est pas significativement différent entre les deux secteurs (t de Student bilatéral $p=0,6$).

Les différences de répartition par milieu social entre les deux secteurs semblent superposables à celles observées sur des effectifs plus élevés dans le cas de la cholécystectomie, à savoir une utilisation un peu plus élevée du secteur privé par les cadres et professions intermédiaires (néanmoins les différences ne sont pas significatives compte tenu des effectifs trop faibles).

Graphique n° 4
Répartition des patients par catégorie socio-professionnelle



Source : CREDES-URML IdF1999

Les bas niveaux d'études sont majoritairement rencontrés dans le secteur public : presque un tiers des patients du secteur public ont un niveau d'études ne dépassant pas le primaire, contre moins d'un patient sur 10 dans le secteur privé ; en revanche, la proportion de patients ayant un niveau d'études supérieur au bac est globalement similaire dans les deux secteurs, voisine de un patient sur 4. Toutefois, là encore le faible effectif doit conduire à interpréter ces résultats avec prudence.

Tous les patients sauf un sont couverts par la Sécurité Sociale. La plupart bénéficient d'une exonération du ticket modérateur, significativement plus souvent dans le public que dans le privé : 9 patients du public sur 10 sont exonérés du ticket modérateur, contre la moitié des patients du privé. Tous les patients du privé ont une couverture complémentaire maladie, alors qu'un tiers des patients du public n'en ont pas.

4.2.1 Caractéristiques cliniques

4.2.1.1 Mode de présentation de l'hémorragie digestive

Trois signes cardinaux d'une hémorragie digestive haute ont été recueillis comme modalité possible de présentation initiale de l'hémorragie. Une hématomèse était présente dans 17 cas. Un melaena était présent dans 32 cas. Une anémie aiguë était présente dans 22 cas. Dans 18 cas, au moins deux signes associés étaient présents.

Tableau n° 9
Modes de présentation de l'hémorragie digestive

Modes de présentation de l'hémorragie digestive	Effectif
Hématémèse isolée	8
Melaena isolé	15
Anémie aiguë isolée	7
Hématémèse + Melaena	3
Hématémèse + Anémie	1
Melaena + Anémie	9
Présence des trois signes	5
Total	48

Source : CREDES-URML IdF1999

On peut en fait distinguer trois modes de présentation en fonction du caractère plus ou moins bruyant du tableau symptomatique : la présentation clinique presque totalement silencieuse (ni hématurie ni melaena), la présentation peu bruyante (melaena sans hématurie) et la présentation bruyante (hématurie).

Tableau n° 10
Modes de présentation de l'hémorragie digestive

Modes de présentation de l'hémorragie digestive	Effectif
Ni hématurie ni melaena	7
Melaena sans hématurie	24
Hématurie avec ou sans melaena	17
Total	48

Source : CREDES-URML IdF1999

4.2.1.2 Facteurs de risque et de gravité

16 patients sur 49 présentaient un antécédent de maladie de l'appareil digestif supra-jéjunal. 11 sur 49 présentaient un antécédent de pathologie hépatique. 12 sur 49 présentaient un antécédent d'alcoolisme. 11 sur 49 présentaient des antécédents de maladie cardio-vasculaire.

Pour 4 patients sur 44, on avait la notion de traitement anticoagulant (AVK ou héparinique). Pour 12 patients sur 49 on avait la notion de prise d'un traitement par AINS.

Plusieurs de ces facteurs de risque ou de gravité sont associés chez un même patient dans la majorité des cas.

Tableau n° 11
Facteurs de risque ou de gravité

Nombre de facteurs de risque ou de gravité présents	Effectif
Aucun	14
1	20
2	13
3	3
Total	50

Source : CREDES-URML IdF1999

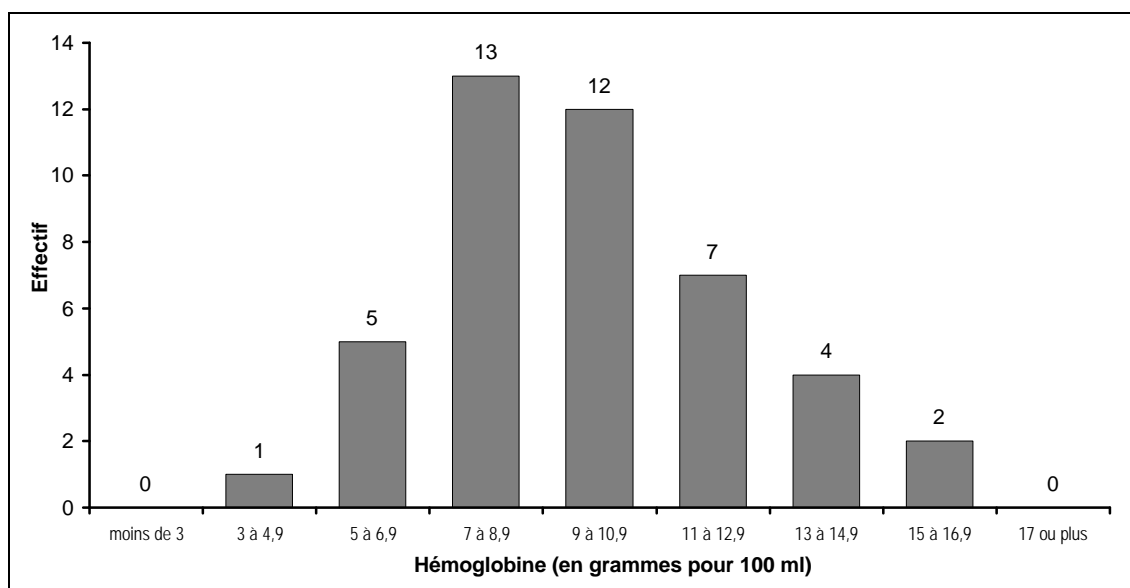
4.2.1.3 Indicateurs de gravité

Deux indicateurs spécifiques de gravité ont été recueillis : l'existence ou non d'un choc hémodynamique préalablement à l'endoscopie et le taux d'hémoglobine avant l'acte lorsqu'il est connu.

Un choc hémodynamique préalable n'est signalé que dans deux cas sur 50.

Le taux moyen d'hémoglobine préalablement à l'endoscopie est connu dans 44 cas. Il est en moyenne de 9,5 g% (écart-type : 2,6). Dans 6 cas, il est inférieur à 7 g% (graphique ci-dessous).

Graphique n° 5
Répartition des patients selon leur taux d'hémoglobine



Source : CREDES-URML IdF1999

4.2.1.4 Indicateur synthétique de “ complexité ” du cas clinique

Une consultation des experts a permis de construire à partir des informations précédentes un indicateur synthétique de la “ complexité ”, ou de la “ gravité ” du cas clinique.

Cet indicateur distingue d'une part les patients “ lourds ” (graves ou complexes) des patients “ simples ” dont la prise en charge nécessite en théorie moins de précautions.

Le patient sera considéré comme “ lourd ” s'il présente au moins l'un des critères suivants, et comme léger dans le cas contraire :

- antécédent de maladie hépatique ;
- antécédent de pathologie cardio-vasculaire ;
- notion de prise d'anticoagulants ;
- choc hémodynamique avant l'endoscopie ;
- taux d'hémoglobine inférieur ou égal à 7 g% ;
- âge supérieur à 70 ans.

La notion de récurrence de saignement n'a pas été prise en compte : seul les récurrences précoces sont un indicateur de gravité, et l'enquête ne permettait pas de les isoler des récurrences liées à une pathologie chronique comportant un risque de saignement, comme les varices œsophagiennes ou les cancers de l'œsophage.

Selon ces critères, 21 patients sont “ simples ” et 29 patients sont “ lourds ”. Les motifs conduisant à classer les patients en “ lourds ” sont donnés dans le tableau suivant :

Tableau n° 12
Indicateurs de la complexité du cas clinique

Indicateurs de la complexité du cas clinique	Effectif
Uniquement les antécédents du patient	16
Anticoagulants (quel que soit le précédent)	2
Taux d'Hb <= 7 (quels que soient les 2 précédents)	6
Choc initial (quels que soient les 3 précédents)	2
Uniquement l'âge du patient	3
Total	29

Source : CREDES-URML IdF1999

Le motif conduisant le plus fréquemment à classer un malade comme "lourd" est l'existence d'antécédents cardio-vasculaires ou de maladie hépatique.

4.3 Les trajectoires

4.3.1 Le circuit de soins suivi par le patient

Les itinéraires des patients au sein du dispositif de soins sont ici potentiellement très divers, du fait de l'hétérogénéité du traceur. Certains itinéraires peuvent en effet correspondre à la prise en charge d'un tableau dramatique de survenue très brutale (SAMU, service d'accueil des urgences, réanimation...) ; d'autres au contraire, à un tableau clinique plus insidieux et moins inquiétant (prise en charge en ambulatoire d'un patient peu inquiétant sur le plan clinique, qui présente une histoire récente de saignement de faible abondance).

Pour caractériser les itinéraires des patients, il est utile de croiser les déclarations du patient sur le fait qu'il a été ou non conduit sur le site en urgence, et l'indication fournie par le médecin endoscopiste sur la provenance du patient immédiatement avant l'acte.

4.3.1.1 D'où vient le patient

Parmi les patients enquêtés ¼ sont venus en ambulatoire, ¼ sont passés par les urgences, tandis que la moitié était déjà hospitalisée, le plus souvent dans le même établissement.

Tableau n° 13
Origine des patients

Origine des patients	Effectif
Externe	13
Urgences - Porte ¹	11
Hospitalisé sur place : médecine	10
Hospitalisé sur place : chirurgie	7
Hospitalisé sur place : réanimation	6
Transfert depuis un autre site	2
Total	49

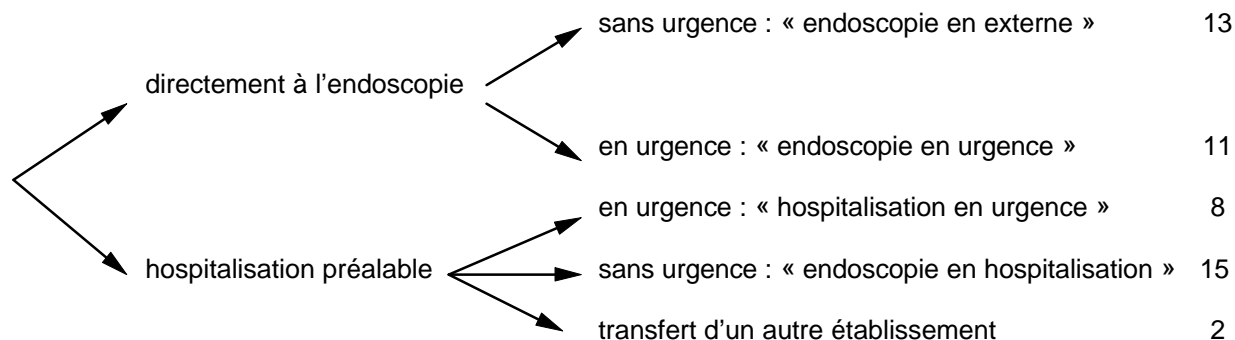
Source : CREDES-URML IdF1999

¹ Certaines réponses "venant de l'intérieur de l'établissement" ont été rattachées à cette rubrique car l'analyse de la spécialité du service a montré qu'il s'agissait de services d'urgence.

4.3.1.2 Croisement de la provenance et de l'arrivée en urgence

Dans 12 cas sur 40 le patient s'est rendu sur le site en urgence : il indique y avoir été transporté par un service d'urgences type SAMU ou pompiers, ou en tout cas " conduit en urgence ", sans avoir pour cette raison la possibilité de faire un choix quant au site où il se rendait.

Si l'on croise cette information avec la précédente, on peut dégager 5 types de trajectoires :



Comme on pouvait s'y attendre, les secours d'urgence orientent majoritairement les patients vers le secteur public.

En revanche, les trajets effectués sans cette notion d'urgence aboutissent plus fréquemment (bien que de manière moins marquée) vers des sites privés (Fischer bilatéral, $p=0.004$).

Tableau n° 14
Fréquence des trajets urgents selon le statut de l'établissement

	Notion de trajet en urgence	Pas de notion de trajet en urgence	Total
Public	11	11	22
Privé	1	17	18
Total	12	28	40

Source : CREDES-URML IdF1999

Globalement, le type d'itinéraire du patient dans le système de soins (selon la typologie proposée ci-dessus) diffère notablement entre les deux secteurs.

Tableau n° 15
Type d'itinéraire selon le statut de l'établissement

Type d'itinéraire	Public	Privé	Total
endoscopie en externe	23 %	77 %	100 %
endoscopie en urgence	73 %	27 %	100 %
hospitalisation en urgence	87 %	13 %	100 %
endoscopie en hospitalisation	47 %	53 %	100 %
transfert d'un autre établissement	100 %	0 %	100 %
Total	55 %	45 %	100 %

Source : CREDES-URML IdF1999

Nous attirons cependant l'attention sur le fait qu'il faut prendre ces pourcentages avec précaution car les effectifs sont réduits.

Le poids des situations d'urgence se retrouve dans le fait que dans plus de la moitié des cas les endoscopies sont non programmées (là encore plus fréquemment dans le public que dans le privé).

Naturellement, l'endoscopie paraît plus fréquemment programmée lorsque le patient ne s'est pas rendu sur le site en urgence : cela correspond probablement aux trajectoires de prise en charge ambulatoire des patients les moins inquiétants.

De même, les endoscopies non programmées chez des patients venus dans un contexte de grande urgence évoquent naturellement les cas les plus graves, pris en charge très rapidement.

4.3.1.3 Existence d'un médecin adresseur

Dans 25 % des cas le patient désigne comme médecin prescripteur le médecin qui a réalisé l'endoscopie.

Si l'on exclut ces cas, le prescripteur de l'endoscopie est une fois sur deux un médecin généraliste (la plupart du temps le généraliste habituel du patient), une fois sur quatre un médecin spécialiste (qui peut ou non exercer dans l'établissement) et une fois sur quatre un médecin des urgences, qui n'est pas à proprement parler un adresseur.

Ces résultats sont issus des déclarations des patients.

Il serait bien entendu plus satisfaisant, comme pour les deux autres traceurs, de se fonder plutôt sur la déclaration du médecin ayant réalisé l'acte. Malheureusement, dans le cas de l'endoscopie, compte tenu des passages intermédiaires aux urgences ou dans les services hospitaliers, la trace de l'adresseur initial est souvent perdue au niveau de l'endoscopiste. Ainsi ce dernier désigne dans la moitié des cas d'adressage un médecin de l'établissement (même dans des cas où le patient désigne, lui, un généraliste comme prescripteur).

4.3.2 Itinéraires et distances parcourues

Les patients ont été interrogés sur le lieu d'où ils étaient partis pour se rendre sur le site d'endoscopie, et ce, même dans le cas d'une hospitalisation préalable à l'acte.

Ce lieu diffère de son lieu de domicile habituel pratiquement une fois sur quatre, ce qui est loin d'être négligeable.

Il n'y a pas de différence de ce point de vue entre les secteurs public et privé.

Tableau n° 16
Lieu de départ du patient (effectifs)

Parti d'un lieu d'habitation	33
- son domicile habituel	29
- sa résidence secondaire	2
- domicile de parents - amis	2
Parti d'un lieu de soins	4
- cabinet d'un médecin	2
- établissement hospitalier	2
Parti d'un autre lieu (2 cas)	2
Total	39

Source : CREDES-URML IdF1999

Il semble que l'utilisation d'un véhicule personnel soit nettement plus fréquente chez les patients qui se rendent dans le secteur privé ; toutefois, la majorité des patients du privé sont, dans notre échantillon, domiciliés en périphérie et il est probable que ceci explique en partie cela.

Tableau n° 17
Mode de transport utilisé selon le statut de l'établissement (effectifs)

	Transport par un service d'Urgences	Transport en VSL ou ambulance privée	Transport en véhicule personnel	Transports en commun ou à pieds
Public	9	2	4	6
Privé	1	4	11	1
Total	10	6	15	7

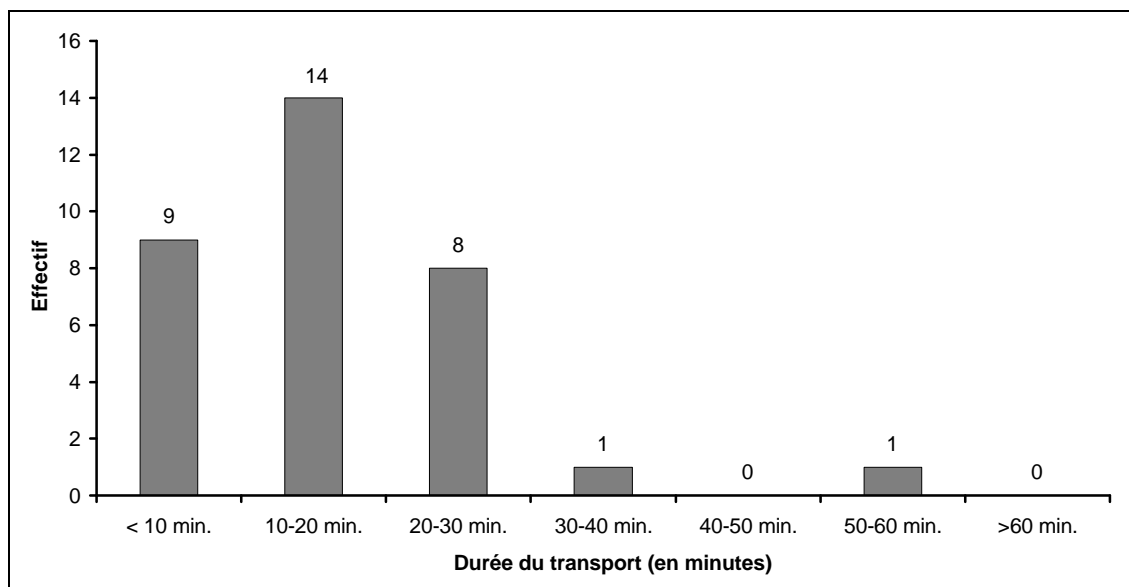
Source : CREDES-URML IdF1999

4.3.2.1 Les durées de transport sont en moyenne plus faibles lorsque le patient va dans le secteur privé.

La durée du transport est en moyenne de 20 minutes (écart-type 11 minutes). Dans tous les cas elle ne dépasse pas une heure, et reste inférieure à une demi-heure dans 31 cas sur 33 documentés.

Elle est plus faible dans le secteur privé (15 minutes) que dans le secteur public (25 minutes), la différence étant significative (t de Student, $p < 0,02$).

Graphique n° 6
Distribution des durées de transport



Source : CREDES-URML IdF1999

4.3.2.2 La plupart des patients sont pris en charge dans leur zone géographique

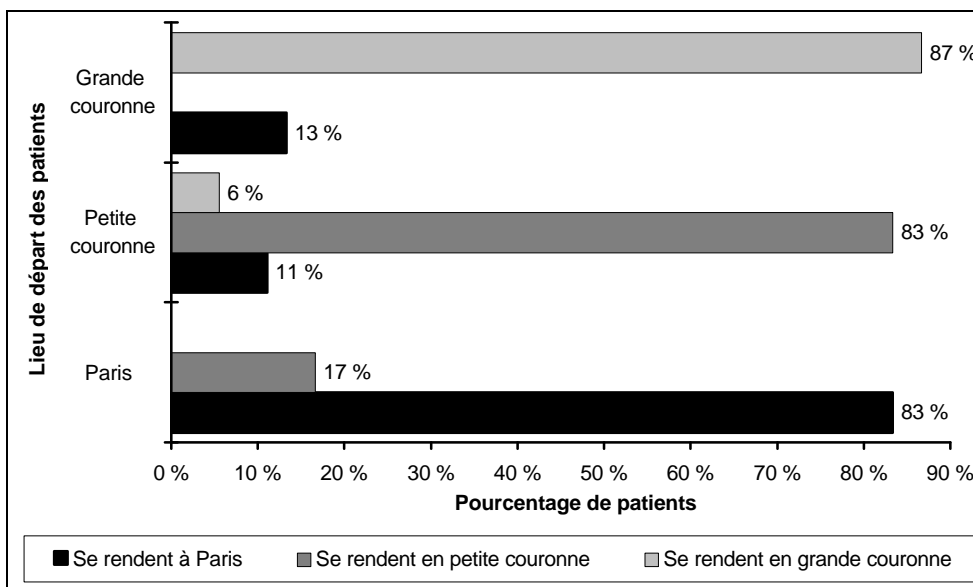
Les patients restent majoritairement dans leur zone géographique ; les rares cas où ils en sortent correspondent en majorité à des déplacements de la périphérie vers Paris

Tableau n° 18
Répartition des patients selon leur lieu de départ et le lieu de l'endoscopie (effectifs)

	Localisation du site d'endoscopie			Total
	Paris	Petite couronne	Grande couronne	
Lieu de départ du patient				
Paris	5	1	0	6
Petite couronne	2	15	1	18
Grande couronne	2	0	13	15
Province	0	0	1	1
Total	9	16	15	40

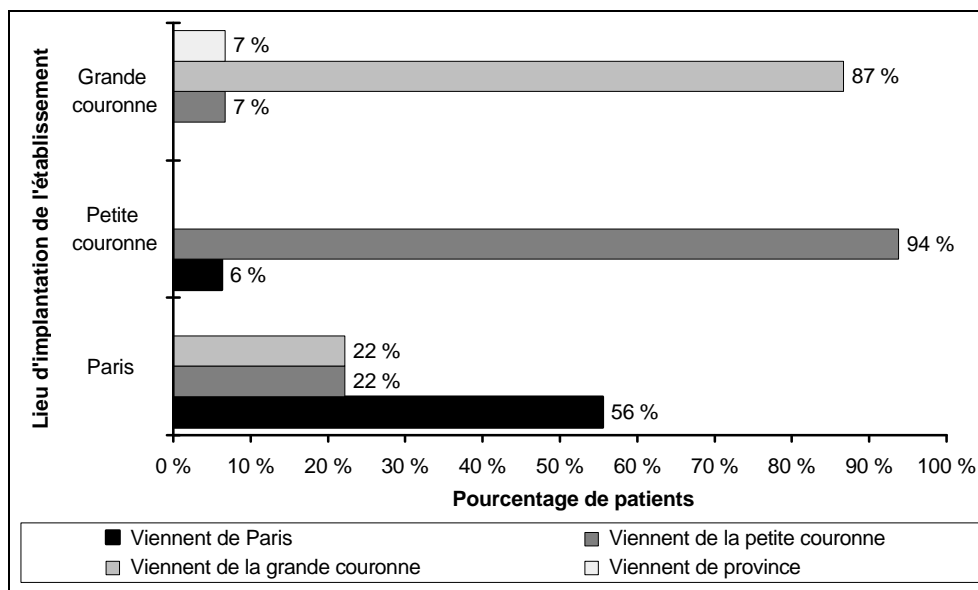
Source : CREDES-URML IdF1999

Graphique n° 7
Déplacement des patients selon leur lieu de départ



Source : CREDES-URML IdF1999

Graphique n° 8
Provenance des patients selon la localisation des établissements



Source : CREDES-URML IdF1999

Les patients soignés à Paris sont domiciliés pour la moitié à Paris, pour un quart en petite couronne et pour un quart en grande couronne : on retrouve là l'attractivité de la capitale ; en revanche, dans les établissements situés en petite ou en grande couronne, l'immense majorité des patients viennent du même secteur géographique.

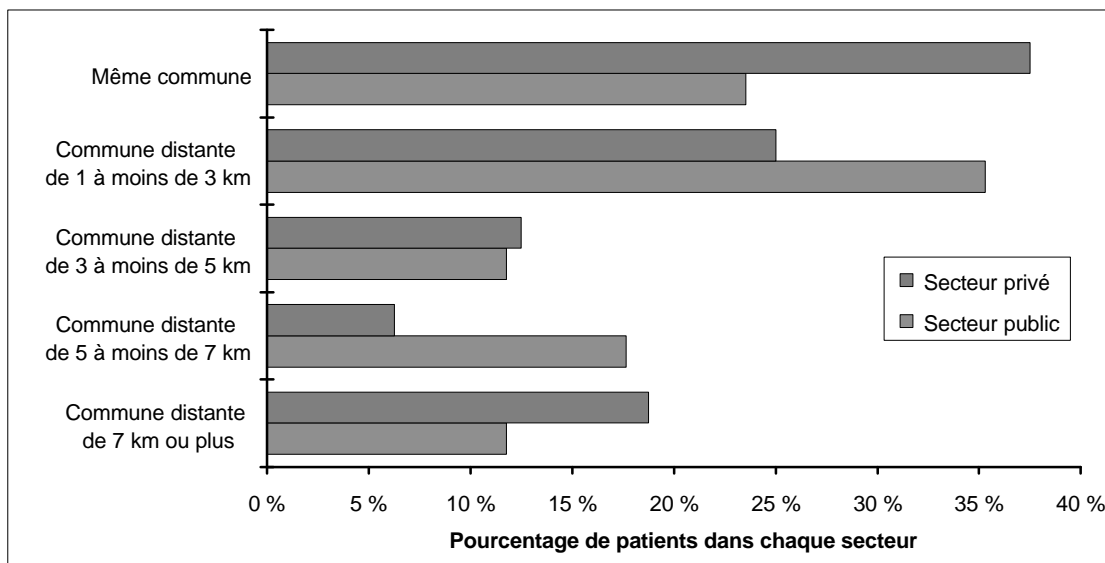
4.3.2.3 La distance moyenne au plateau technique est faible

La distance moyenne séparant à vol d'oiseau la commune d'où est parti le patient, de la commune où se trouve le site d'endoscopie sur lequel il a été pris en charge est de 5,0 km².

Cette distance semble en moyenne un peu plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé (6,6 km contre 2,5 km) mais les effectifs sont ici trop réduits pour qu'une telle différence soit significative statistiquement. Toutefois, cela semble bien correspondre au fait que la moitié des patients du privé sont pris en charge dans l'établissement le plus proche de leur lieu de départ, contre seulement un patient sur quatre dans le public.

² A été exclu le patient dont le lieu de départ se situait à plus de 50 km du lieu de prise en charge. En effet, cette longue distance venait perturber considérablement les valeurs habituellement observées.

Graphique n° 9
Répartition des patients de chaque secteur en fonction de la distance
séparant leur lieu de départ de l'établissement

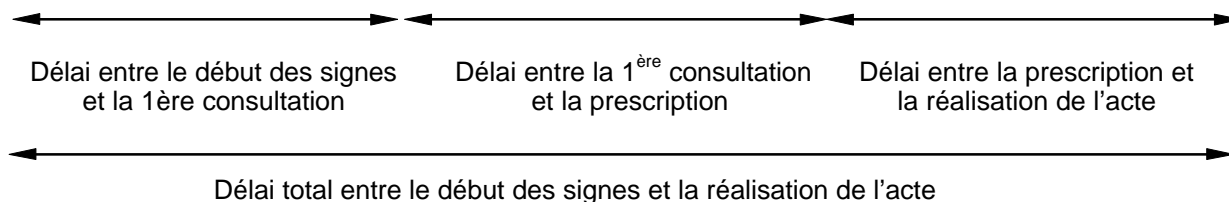


Remarque : le calcul de la distance lieu de départ - plateau technique apparaît ici plus pertinent que celui de la distance lieu de domicile - plateau technique dans la mesure où presque un patient sur 4 n'est pas parti de son domicile (contrairement à ce qui se passe pour d'autres traceurs).

Source : CREDES-URML IdF1999

4.4 Les délais

Rappelons que l'enquête nous permet en principe d'analyser plusieurs délais :



Le délai qui nous intéresse ici en premier lieu est celui séparant la prescription de la réalisation de l'endoscopie : il s'agit de la durée du segment de trajectoire étudié.

Un deuxième délai intéressant est celui qui sépare l'entrée dans le système de soins (première consultation) de la prescription. Il peut traduire, s'il est trop long, un manque de réactivité des prescripteurs.

Enfin, on peut s'intéresser au délai global séparant le début des signes de la réalisation de l'acte. Il n'est pas possible de mesurer exactement ce délai, mais on peut en avoir une indication approximative par le biais du médecin endoscopiste.

4.4.1 Le délai entre prescription et réalisation de l'acte est supérieur à la journée dans 30 % des cas

Le délai d'accès au plateau technique d'endoscopie dans le cadre d'une pathologie urgente comme l'hémorragie digestive haute est donc relativement bref : dans presque trois quart des cas, l'acte est réalisé le jour de la prescription ou le lendemain au plus tard ; neuf fois sur dix il est réalisé dans les trois jours.

Si l'on s'intéresse à ce délai, exprimé en heures lorsqu'il est inférieur à une journée (on se base ici sur les déclarations du patient), il apparaît que *l'endoscopie est réalisée moins de 6 heures après la prescription dans 1 cas sur 4.*

Tableau n° 19
Délai écoulé entre la prescription et la réalisation de l'acte

Délai prescription-réalisation	Effectif	Pourcentage
Au plus 1 jour	28	70 %
<i>Inférieur à 6 heures</i>	10	
<i>De 6 à 12 heures</i>	0	
<i>De 12 à 24 heures</i>	16	
<i>Dans la journée SAI</i>	2	
De 2 à 3 jours	8	20 %
De 4 à 5 jours	0	0 %
De 6 à 9 jours	2	5 %
De 10 à 15 jours	2	5 %
Plus de 15 jours	0	0 %
Total	40	100 %

Source : CREDES-URML IdF1999

4.4.2 Le délai de prescription est le plus souvent nul

Sur 38 patients, 29 se sont vu prescrire l'endoscopie le jour de la première consultation.

Pour les 9 autres patients pour lesquels nous disposons d'informations :

- dans trois cas le délai n'est pas précisé ;
- dans trois cas, la prescription a lieu dans les 3 jours suivant le premier recours ;
- dans deux cas, ce délai est de l'ordre de deux semaines ;
- dans un cas, il est de 3 ans : le patient a certainement mal compris la question, et évoqué dans sa réponse un autre épisode d'hémorragie digestive.

L'existence de ce dernier patient doit d'ailleurs conduire à s'interroger sur les deux patients pour lesquels le délai de prescription est de deux semaines : s'agit-il bien du même épisode hémorragique, ou de deux épisodes distincts séparés de deux semaines ?

Au total, si l'on exclut les non réponses et les réponses douteuses, dans 90 % des cas la prescription est immédiate.

4.4.3 Le délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation de l'endoscopie

Le délai global séparant le début des symptômes du moment de la réalisation de l'acte a été recueilli auprès du médecin endoscopiste. Il s'agit donc d'un délai estimé, reposant sur l'interrogatoire du patient réalisé le jour de l'examen.

Au total, l'endoscopie est réalisée dans la journée suivant le début des signes pour 4 patients sur 10, et dans les 6 heures dans moins de 1 cas sur 10 (alors que ce délai a été indiqué comme souhaitable par les experts).

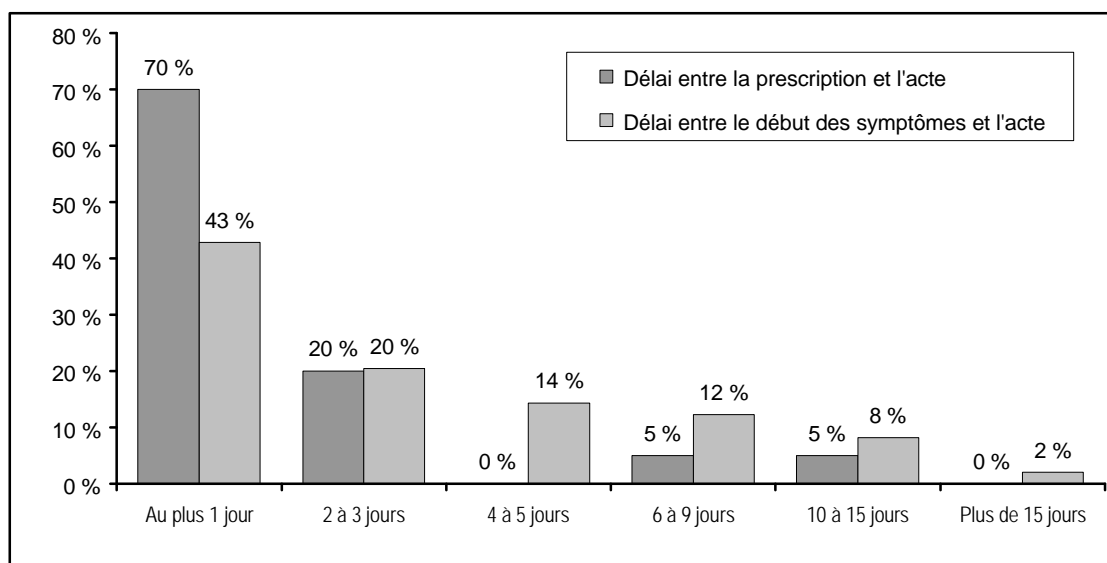
Tableau n° 20
Délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation de l'acte selon l'endoscopiste

Délai 1 ^{er} sympt-réalisation	Effectif	Pourcentage
Au plus 1 jour	21	43 %
<i>Inférieur à 6 heures</i>	3	
<i>De 6 à 12 heures</i>	2	
<i>De 12 à 24 heures</i>	15	
<i>Dans la journée SAI</i>	1	
2 à 3 jours	10	20 %
De 4 à 5 jours	7	14 %
De 6 à 9 jours	6	12 %
De 10 à 15 jours	4	8 %
Plus de 15 jours	1	2 %
Total	49	100 %

Source : CREDES-URML IdF1999

La répartition comparée de ces deux délais (exprimés en pourcentage de l'ensemble, car ils sont calculés sur des effectifs différents) est particulièrement intéressante à observer.

Graphique n° 10
Répartition des patients selon le délai séparant l'apparition des symptômes de la réalisation de l'acte, et selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'acte



Source : CREDES-URML IdF1999

Pour des raisons d'imprécision sur les réponses et du fait des faibles effectifs, il n'a malheureusement pas été possible de reconstruire le délai imputable au patient lui-même, c'est-à-dire celui séparant le début des signes de la première consultation. Toutefois, il est intéressant de remarquer que lorsque le tableau clinique initial est bruyant (présence d'une hématurie), le délai global est au plus d'une journée 9 fois sur 10, alors qu'il n'est bref que dans un cas sur deux lorsque le tableau clinique est moins bruyant (Fischer bilatéral $p < 0,005$).

4.5 Les motifs de choix

Dans 11 cas sur 39 documentés, le patient a été transporté en urgence et il considère ne pas avoir eu la possibilité de choisir, ni le site sur lequel il était conduit ni *a fortiori* le médecin endoscopiste qui l'a finalement pris en charge.

Tableau n° 21
Objet du choix du patient

Objet du choix	Effectif
N'a pas choisi (transport en urgence)	11
A choisi	28
<i>dont : n'a choisi que l'établissement</i>	19
<i>n'a choisi que l'endoscopiste</i>	7
<i>a choisi les deux</i>	2
Total	39

Source : CREDES-URML IdF1999

Lorsque le patient a eu la possibilité de choisir, **son choix a porté le plus souvent sur l'établissement de soins vers lequel il s'est dirigé que sur la personne du médecin endoscopiste.**

L'ensemble des motifs de choix exprimés (les consignes de remplissage du questionnaires ne limitant pas les réponses, il y a plus d'un motif de choix en moyenne par patient) se répartit comme suit :

Tableau n° 22
Motifs de choix exprimés par le patient

Motifs de choix	Effectif
Établissement déjà fréquenté	9
Possibilité d'obtenir un RDV rapide	2
Établissement proche	8
Établissement de bonne réputation	1
Établissement conseillé par le prescripteur	6
Médecin conseillé par l'entourage	0
Patient déjà soigné par le médecin	5
Médecin conseillé par le prescripteur	4
Total	35

Source : CREDES-URML IdF1999

On peut pour simplifier regrouper ces motifs en quelques grands critères de choix :

- “ effet fidélisation ” (établissement déjà fréquenté et/ou déjà soigné par l’endoscopiste) ;
- “ effet réputation ” (établissement de bonne réputation et/ou endoscopiste conseillé par l’entourage) ;
- “ effet prescripteur ” (établissement et/ou endoscopiste conseillé par le prescripteur) ;
- “ effet proximité-rapidité ” (établissement proche et/ou possibilité d’obtenir un rendez-vous rapidement).

Tableau n° 23
Regroupement des motifs de choix

Regroupement des motifs de choix	Effectif
Effet fidélisation	14
Effet prescripteur	10
Effet proximité-rapidité	10
Effet réputation	1
Total	35

Source : CREDES-URML IdF1999

Dans la majorité des cas (22 patients sur 27), un seul de ces quatre effets est à l’œuvre chez un même patient. Si l’on isole les 5 cas où plus d’un effet est à l’œuvre, on observe que les deux effets majoritaires, capables d’emporter à eux seuls la décision du patient, semble être l’effet fidélisation et l’effet prescripteur.

Tableau n° 24
Associations des motifs de choix

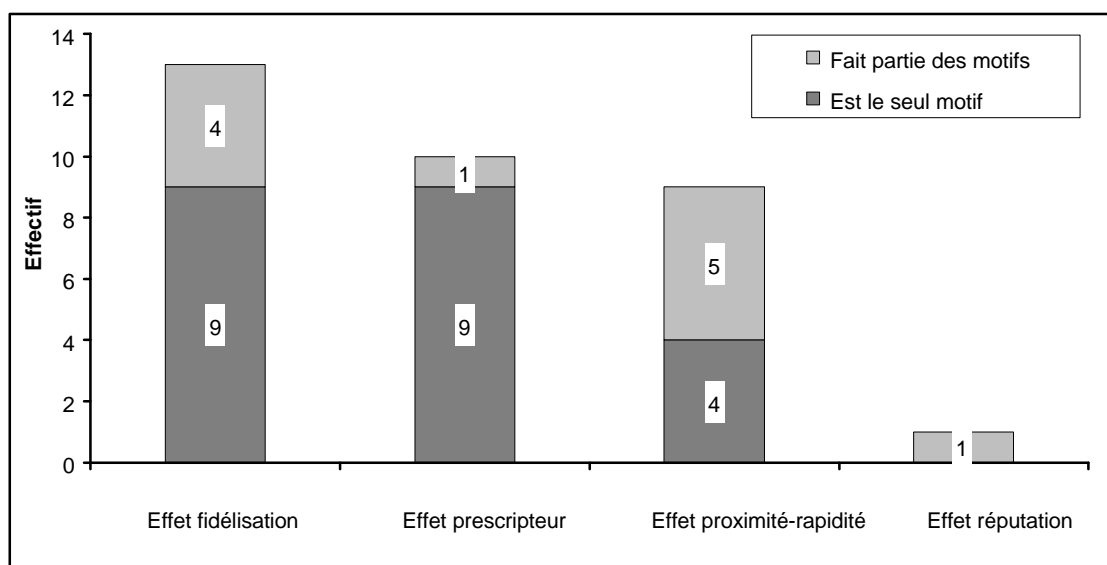
Associations des motifs de choix	Effectif
Effet fidélisation seulement	9
Effet prescripteur seulement	9
Effet proximité-rapidité seulement	4
Effet réputation seulement	0
Effet fidélisation + proximité-rapidité	3
Effet fidélisation + proximité-rapidité + réputation	1
Effet prescripteur + proximité-rapidité	1
Total	27

Source : CREDES-URML IdF1999

Il serait naturellement abusif de tirer des conclusions fortes sur la base d’effectifs aussi réduits. On peut néanmoins risquer les hypothèses suivantes :

- les patients semblent choisir un site essentiellement soit parce qu’ils sont fidélisés (au site ou à l’endoscopiste), soit sur la base des conseils du médecin adresseur ;
- la proximité et/ou la rapidité du rendez-vous semble un facteur important mais plutôt complémentaire aux précédents, avec lesquels il s’associe volontiers.

Graphique n° 11
Associations des motifs de choix



Source : CREDES-URML IdF1999

Le choix du médecin est plus fréquent dans le secteur privé

Le choix du médecin endoscopiste est plus fréquent chez les patients du secteur privé (un patient sur trois) que chez les patients du public (un sur cinq).

Tableau n° 25
Objet du choix selon le statut de l'établissement

	Personne de l'endoscopiste	Établissement	Les deux	Aucun (conduit par service d'urgences)
Public	2	9	0	10
Privé	5	10	2	1

Source : CREDES-URML IdF1999

L'absence de choix liée au transport par un service d'urgences pré-hospitalières semble surtout le fait du public.

Le conseil du médecin adresseur est un élément déterminant beaucoup plus fréquent dans le secteur privé que dans le secteur public.

Il n'existe pas de différence significative entre le public et le privé en ce qui concerne l'effet proximité et l'effet fidélisation ; l'effet réputation n'apparaît qu'une fois, ce qui rend impossible la comparaison.

En revanche, il existe une différence significative en ce qui concerne l'effet prescripteur (Fischer bilatéral, $p=0,002$) : cet effet est présent pour la moitié des patients du privé, et pour moins de un patient du public sur dix.

Tableau n° 26
Fréquence des motifs de choix selon le statut de l'établissement

Fréquence des motifs de choix		
Effet fidélisation	Oui	Non
Public	8	14
Privé	5	13
Effet proximité	Oui	Non
Public	5	17
Privé	4	14
Effet prescripteur	Oui	Non
Public	1	21
Privé	9	9

Source : CREDES-URML IdF1999

4.6 Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge

Un premier élément de qualité pour cet acte est le délai de réalisation ; mais le respect de critères de qualité médicale et la satisfaction du patient sont également des dimensions à prendre en compte.

Sans prétendre mettre en œuvre une quelconque démarche d'évaluation, qui sortirait totalement du cadre de la présente étude, nous souhaitons illustrer ces divers aspects de l'adéquation des trajectoires, et tenter de les mettre en relation les uns avec les autres.

4.6.1 Adéquation médicale

Des experts ont été consultés afin de fournir une liste de critères jugés strictement indispensables pour que la trajectoire puisse être considérée comme adéquate du point de vue médical. L'objectif étant de définir un socle minimal consensuel, n'ont été retenus que les critères jugés strictement indispensables par l'ensemble des trois experts consultés.

Ces critères sont les suivants :

- Dans tous les cas, il est indispensable :
 - de disposer du résultat d'une NFS avant l'endoscopie ;
 - que le patient soit hémodynamiquement stable avant l'endoscopie ;
 - que le patient ait un abord vasculaire (central ou périphérique) durant l'endoscopie ;
 - que l'endoscopiste ait à portée de main du matériel de sclérose per-endoscopique durant l'acte ;
 - que l'endoscopiste soit assisté par un(e) soignant(e) ;
 - que le patient soit informé, après l'endoscopie, des résultats de celle-ci.
- Lorsque le cas clinique est " lourd " (voir 4.2.1.4), il est en outre indispensable :
 - que le patient soit maintenu dans l'établissement après l'endoscopie ;
 - que l'établissement dispose d'un service de réanimation ou d'un anesthésiste-réanimateur joignable 24h/24.

On considèrera qu'une trajectoire est sous-optimale du point de vue médical si au moins un critère indispensable est explicitement manquant (on accorde le bénéfice du doute en cas de non réponse).

36 trajectoires sont médicalement optimales, et 14 sont sous-optimales. Ces dernières se répartissent de manière tout à fait homogène entre cas cliniques " lourds " (7) et " simples " (7).

Tableau n° 27
Adéquation médicale de la trajectoire et lourdeur clinique du patient (effectifs)

Adéquation médicale de la trajectoire	Malade Lourd	Malade Simple	Total
Médicalement optimale	22	14	36
Médicalement sous-optimale	7	7	14
Total	29	21	50

Source : CREDES-URML IdF1999

On pourrait croire en lisant ce tableau que la trajectoire est un peu plus fréquemment optimale du point de vue médical chez les patients lourds. En fait, le test de Fischer ne met pas en évidence de différence significative ($p=0,53$), mais il faut garder à l'esprit que les effectifs sont très faibles, et que par conséquent il est très possible qu'une différence existe, pas assez flagrante pour être mise en évidence ici.

4.6.2 Adéquation des délais

Définir un délai optimal de prise en charge est un exercice délicat, qui comporte une inévitable part d'arbitraire. Dans le cas de l'endoscopie pour hémorragie digestive haute, nous considérerons sur la base de l'avis des experts que si plus d'une journée s'écoule entre la date de prescription et la date de réalisation de l'endoscopie, la trajectoire est sous-optimale du point de vue des délais.

Avec cette définition, 28 trajectoires sur 40 sont optimales du point de vue des délais, et 12 sont sous-optimales.

Là encore, on ne met pas en évidence de différence significative entre malades lourds et simples en ce qui concerne l'adéquation des délais ($p=0,74$), avec des effectifs trop réduits pour considérer cette absence de différence comme établie.

Tableau n° 28
Adéquation du délai et lourdeur clinique du patient (effectifs)

Adéquation du délai	Malade Lourd	Malade Simple	Total
Délai optimal	13	11	24
Délai sous-optimal	7	4	11
Total	20	15	35

Source : CREDES-URML IdF1999

4.6.3 Adéquation des délais et adéquation médicale

Il existe une association tout à fait significative entre l'adéquation médicale de la trajectoire et l'adéquation du délai, (test de Fischer unilatéral : $p=0,045$).

Tableau n° 29
Adéquation des délais et adéquation médicale (effectifs)

Adéquation des délais	Délai optimal	Délai sous-optimal	Total
Trajectoire médicalement optimale	21	6	27
Trajectoire médicalement sous optimale	3	5	8
Total	24	11	35

Source : CREDES-URML IdF1999

Sur 35 patients, 21 ont suivi une trajectoire qui les ont conduit à être pris en charge dans des conditions optimales, tant du point de vue du délai que des critères médicaux (de l'ordre de 6 patients sur 10).

14 patients en revanche ont suivi une trajectoire aboutissant à une prise en charge sous-optimale à l'un ou l'autre point de vue, le délai de prise en charge étant supérieur à une journée dans 11 cas sur les 14.

4.6.4 Adéquation globale et parcours

On ne retrouve pas de différence entre la moyenne des distances absolues ou relatives, selon que la trajectoire a été globalement optimale ou sous-optimale du point de vue du délai et des critères médicaux.

Compte tenu des effectifs réduits, il est impossible de conclure : peut-être n'existe-t-il aucune différence, ou peut-être n'est elle pas assez massive pour que nous puissions la mettre en évidence.

	Délai et prise en charge médicale optimaux	Délai et/ou prise en charge médicale sous optimaux	Total
Secteur public	11	8	19
Secteur privé	10	6	16
Total	21	14	35

Source : CREDES-URML IdF1999

De même, on ne retrouve aucune différence dans l'adéquation globale des trajectoires entre les deux secteurs (Fischer bilatéral, $p=1.00$). La prise en charge, à la fois en termes de délais et d'adéquation médicale, semble donc aussi fréquemment optimale dans le privé que dans le public.

4.6.5 Satisfaction du patient et relation médecin-malade

La satisfaction des patients est globalement très bonne. 24 patients se déclarent “ très satisfaits ” de l'accueil qui leur a été fait par le personnel d'endoscopie, 13 patients se déclarent “ satisfaits ” et un seul “ peu satisfait ”, deux non réponses.

37 patients ont eu l'impression que l'endoscopiste et le personnel avaient fait le maximum pour soulager leur douleur ou leur inconfort pendant l'endoscopie, contre deux qui n'ont pas eu cette impression, et une non réponse.

Le patient juge également globalement satisfaisante l'information qu'il a reçue.

90 % disent avoir reçu des explications quant au *déroulement* de l'endoscopie, et avoir bien compris ces explications. La même proportion déclare avoir eu des explications quant aux *résultats* de l'endoscopie, avec un résultat un peu moins bon pour la compréhension.

Enfin 90 % des patients qui s'expriment sur les délais (mais 11 patients ne savent pas ou ne répondent pas) le jugent satisfaisant.

5. Analyse par traceur : l'IRM du genou

5. Analyse par traceur : l'IRM du genou

5.1 Les informations disponibles

Les tableaux correspondant à ce chapitre se trouvent à la fin de celui-ci.

5.1.1 Représentativité

Globalement, un tiers des sites concernés ont participé et le taux de participation est un peu meilleur dans le privé (Cf. chapitre 3).

5.1.2 Patients inclus et patients exclus

Pour ce traceur, 101 patient ont été recrutés et un seul a refusé de participer, nous disposons donc d'informations sur 100 lrm du genou : 77 questionnaires patient, 90 questionnaires acte et 34 questionnaires adresseur, avec le degré de recoupement des informations indiqué dans le Tableau n° 30.

Tableau n° 30
Information disponible pour les actes observés

Questionnaires remplis	Nombre des observations
Q. patient + Q. acte + Q. Adresseur	23
Q. patient + Q. acte	44
Q. patient	10
Q. acte + Q Adresseur	11
Q. acte	12
Nombre d'actes inclus	100

Source : CREDES-URML IdF1999

5.2 Les caractéristiques des patients

Les personnes bénéficiant d'une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique sont dans 2/3 des cas des hommes. Cette prédominance masculine se retrouve dans le secteur privé comme public.

Cette population est jeune, 33 ans en moyenne, pour les hommes comme pour les femmes.

Moins du tiers de ces personnes ont 40 ans ou plus, 22 % ont entre 30 et 40 ans et 45 % moins de 30 ans. Étant donné leur jeune âge, la plupart de ces patients sont actifs, 84 %, ou étudiants, 12 % ; 4 % sont chômeurs (Cf. Tableau 31 et 32).

Presque la moitié des patients appartiennent à un milieu social de type cadre ou profession intermédiaire. Les employés sont en nombre relativement important, 30 %, mais les ouvriers sont nettement sous représentés, 18 %. Les autres professions sont peu rencontrées³ (Cf. Tableau 33).

³ En 1999, la structure par PCS des actifs occupés était la suivante : Cadres et professions intermédiaire, 35 %, employés, 29 % et ouvriers 26 %. Référence biblio: Enquête emploi de 1999, INSEE RESULTATS

Bien entendu, le niveau d'étude des patients, qui recouvre en partie leur milieu social, est relativement élevé. 47% d'entre eux ont fait des études supérieures au bac et 25 % ont un niveau équivalent au 2^e cycle des études secondaires. Ces proportions sont peu différentes dans le secteur public et privé.

On notera qu'un nombre important de ces patients, 19 %, déclarent être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale, ce qui est largement supérieur à ce que l'on peut observer habituellement dans une population aussi jeune. En effet, selon l'enquête du CREDES « SPS 1998 » 6,7 % des 16-39 ans et 13,6 % des 40-64 ans étaient pris en charge à 100 % quel qu'en soit le motif⁴. En fait, il s'agit dans pratiquement la moitié des cas d'une prise en charge dans le cadre des accidents du travail.

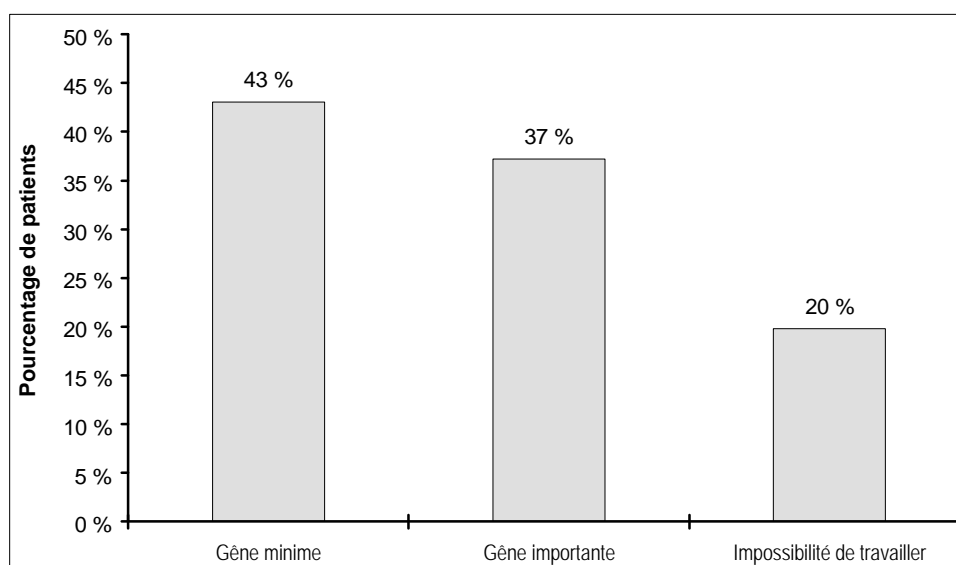
Enfin, 83 % d'entre eux déclarent disposer d'une couverture complémentaire maladie, chiffre voisin de celui observé en population générale chez les adultes de moins de 60 ans (Cf. Tableau 34).

5.2.1 Caractéristiques cliniques

Plus de la moitié des patients sont très gênés dans leur activité professionnelle

Bien que plus de 95 % des patients puissent marcher, l'impotence fonctionnelle du genou d'un patient sur cinq est telle qu'il ne peut plus pratiquer leur activité professionnelle. Par ailleurs, selon les radiologues, plus du tiers des patients éprouvent une gêne importante qui retentit sur leur activité professionnelle (Cf. Tableau 35 et Graphique 12).

Graphique n° 12
Retentissement de l'impotence fonctionnelle sur l'activité professionnelle des patients actifs



Source : CREDES-URML IdF1999

Il est à noter que le tiers de ces patients pratique une activité sportive de haut niveau.

⁴ BOCOGNANO A., DUMESNIL S., FRÉROT L., LE FUR Ph., SERMET C., *Santé, Soins et Protection sociale en 1998*. Rapport CREDES n° 1282, décembre 1999.

5.3 Les trajectoires

5.3.1 Le circuit de soins suivi par le patient

5.3.1.1 D'où vient le patient ?

Les itinéraires des patients bénéficiant d'une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique sont très stéréotypés. Tous les patients sont des patients « de ville » et ils sont tous adressés au radiologue qui pratique l'IRM par un autre praticien.

5.3.1.2 Existence d'un médecin adresseur

Presque une fois sur deux, le médecin de premier recours est un généraliste

A la suite de l'accident responsable de cette impotence fonctionnelle, la plupart des patients consultent très rapidement puisque 46 % d'entre eux voient un médecin le jour même de l'accident (Cf. Tableau 36).

Le plus souvent le premier médecin contacté est un généraliste, 45 % des cas, et il s'agit dans 2/3 de ces cas du médecin traitant du patient.

Dans plus de 14 % des cas le premier contact du patient avec un médecin a lieu dans un service d'urgence d'un établissement hospitalier, et dans 9 % des cas il s'agit d'un contact avec un médecin vu dans un contexte d'urgence (pompiers, médecins du SAMU ou urgentiste (sans précision de lieu)). Dans 14 % des cas, le premier médecin contacté est un orthopédiste. Les premiers recours sont rarement effectués auprès des rhumatologues, des médecins du sport ou des rééducateurs fonctionnels, 10 % des cas.

Pour les patients qui auront à un moment ou à un autre une IRM du genou, la prescription de cet examen est assez rarement réalisée lors de cette première consultation, moins d'une fois sur cinq. Par contre, également une fois sur cinq, c'est à l'occasion d'une autre consultation avec le premier médecin contacté que le patient se voit prescrire l'IRM. Au total donc, le premier médecin contacté par le patient qui aura une IRM du genou est à un moment ou un autre à l'origine de presque 40 % des prescriptions.

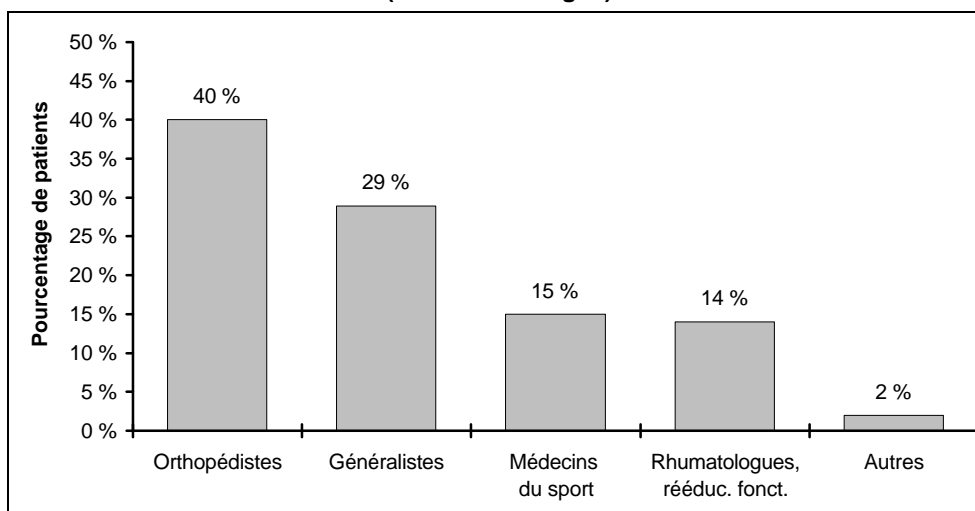
Quatre prescriptions sur dix sont réalisées par un orthopédiste

Selon les patients, 40 % des IRM sont prescrites par des orthopédistes, 25 % par des généralistes, le plus souvent le médecin traitant, 14 % par un médecin du sport, et 11 % par des rhumatologues ou rééducateurs fonctionnels. Le reste des prescriptions est effectué par d'autres types de spécialistes⁵ (Cf. Tableau n° 36).

Selon les radiologues 40 % des prescriptions sont réalisées par un orthopédiste, 29 % par un généraliste, 15 % par un médecin du sport et 13 % par un rhumatologue ou un rééducateur fonctionnel. Au total, le poids des généralistes dans la prescription de ce type d'examen équivaut, selon les radiologues ayant réalisé l'IRM, à celui des médecins du sport, rhumatologues et rééducateurs fonctionnels réunis (Cf. Tableau 37 et Graphique 13).

⁵ A noter que 4 patients déclarent des prescriptions réalisées par des spécialistes du genou sans que l'on sache quelle est la spécialité de ces praticiens.

Graphique n° 13
Pourcentage de patients bénéficiant d'une IRM du genou, selon la spécialité du prescripteur
(source radiologue)



Source : CREDES-URML IdF1999

94 % des prescriptions réalisées pour des patients examinés dans le cadre libéral proviennent de médecins exerçant dans le cadre libéral. Lorsque l'examen se déroule dans le cadre public, cette proportion reste importante 67 % (Cf. Tableau 38).

Dans presque les trois quart des cas, le rendez-vous d'IRM est pris directement par le patient lui même, mais dans 25 % des cas il est pris par le médecin adresseur ou par son secrétariat.

Entre le moment où il y a eu prescription de l'IRM et le jour de sa réalisation, 50 % des patients déclarent avoir passé une radio du genou. Durant cette même période, plus du quart des patients disent avoir consulté un orthopédiste, le quart d'entre eux ont consulté un médecin du sport et 12 % un rhumatologue (Cf. Tableau 39).

Selon les radiologues, et quel que soit le moment où les patients ont consulté, lorsqu'ils passent leur IRM du genou, 81 % des patients ont été examinés par au moins un médecin des spécialités suivantes, orthopédie, médecine du sport ou rhumatologie. Plus de la moitié d'entre eux auraient été vus, au moins par un orthopédiste, le tiers par un médecin du sport et 10 % par un rhumatologue (Cf. Tableau 40).

5.3.2 Itinéraires et distances parcourues

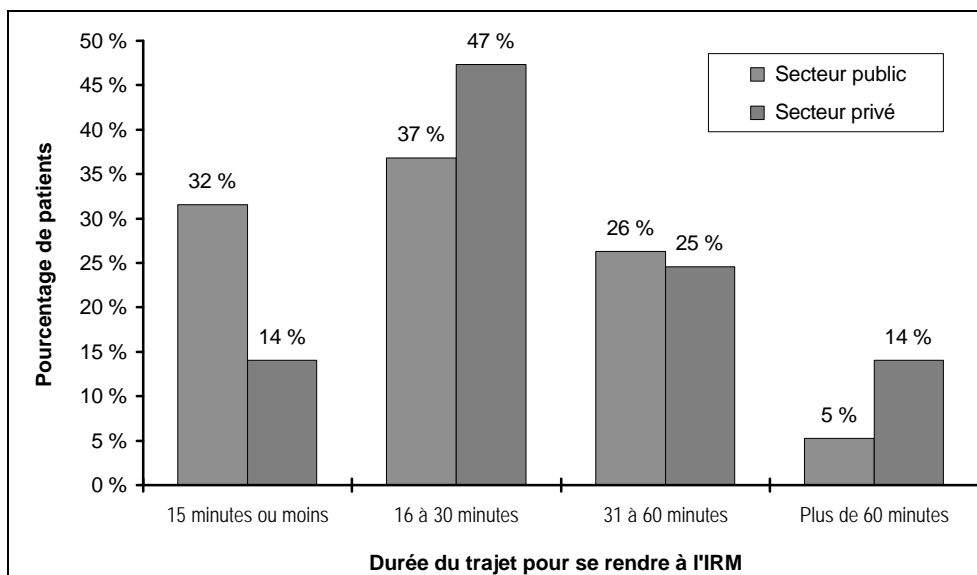
Dans notre échantillon, aucun des patients examinés n'est hospitalisé au moment où il passe l'IRM.

Si 84 % des patients déclarent être partis de leur domicile pour se rendre à l'IRM, 13 % sont partis de leur lieu de travail et 3 % du domicile d'amis. Pour se rendre à leur examen, plus des deux tiers des patient utilisent leur véhicule personnel et 27 % les transports en commun. Les déplacements en taxi ou en véhicule sanitaire sont extrêmement rares et concernent 1 personne dans chaque cas (Cf. Tableaux 41 et 42).

En moyenne, les patients mettent 38 minutes pour se rendre sur le site où il vont passer leur IRM, 29 minutes pour les patients se rendant sur un site public et 41 minutes pour les patients se rendant sur un site privé, la différence étant significative au seuil de 10 %. Cette différence semble logique du fait de l'offre notablement plus importante d'IRM dans le secteur public que dans le secteur privé.

Pour se rendre à l'IRM, 18% des patients mettent 15 minutes ou moins et 45 % de 16 à 30 minutes. Le quart des patients met entre une demi-heure et une heure et 12 % mettent plus d'une heure avec un maximum de deux heures (Cf. Tableau 43 et Graphique 14).

Graphique n° 14
Répartition des patients selon leur temps de trajet pour se rendre à l'IRM



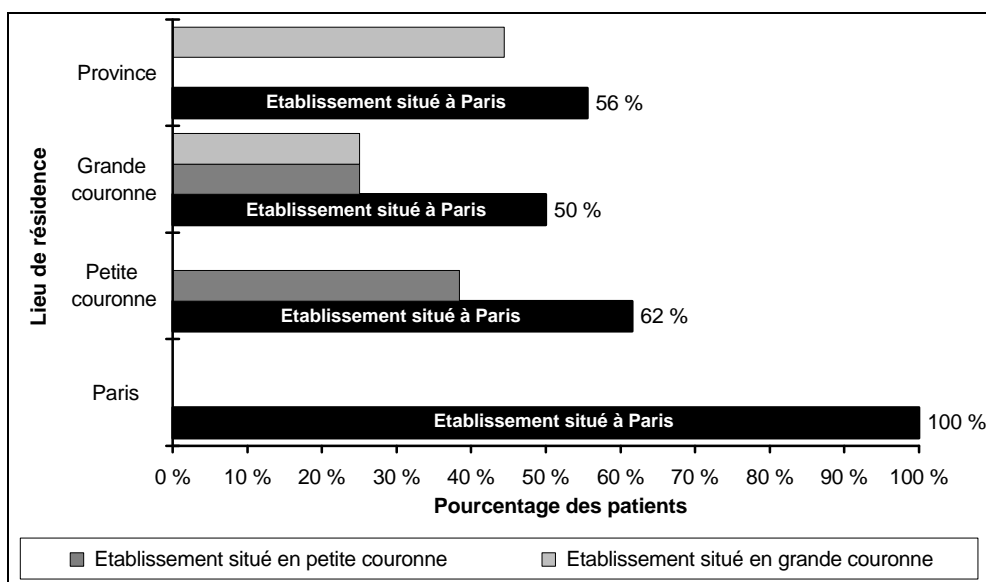
Source : CREDES-URML IdF1999

Pour passer leur IRM, de nombreux patients se rendent sur Paris

Étant donné le nombre limité de sites observés (11), les données recueillies reflètent les déplacements des seuls enquêtés et ne peuvent donc pas être extrapolées à l'ensemble de l'Île-de-France.

Un très grand nombre de nos enquêtés se rendent à Paris pour passer leur IRM, qu'il s'agisse de patients domiciliés en petite ou en grande couronne⁶ (Cf. Tableau 44, Tableau 45 et Graphique 15).

Graphique n° 15
Déplacement des patients vers le site d'IRM, selon leur lieu de résidence



Source : CREDES-URML IdF1999

⁶ En Île-de-France, on distingue traditionnellement 3 zones géographiques : Paris intra- muros, la petite couronne regroupant les départements 92, 93 et 94 (la proche banlieue) et la grande couronne regroupant les départements du 77, 78, 91 et 95.

La clientèle des centres d'IRM parisiens vient de toute la région, et même d'au-delà

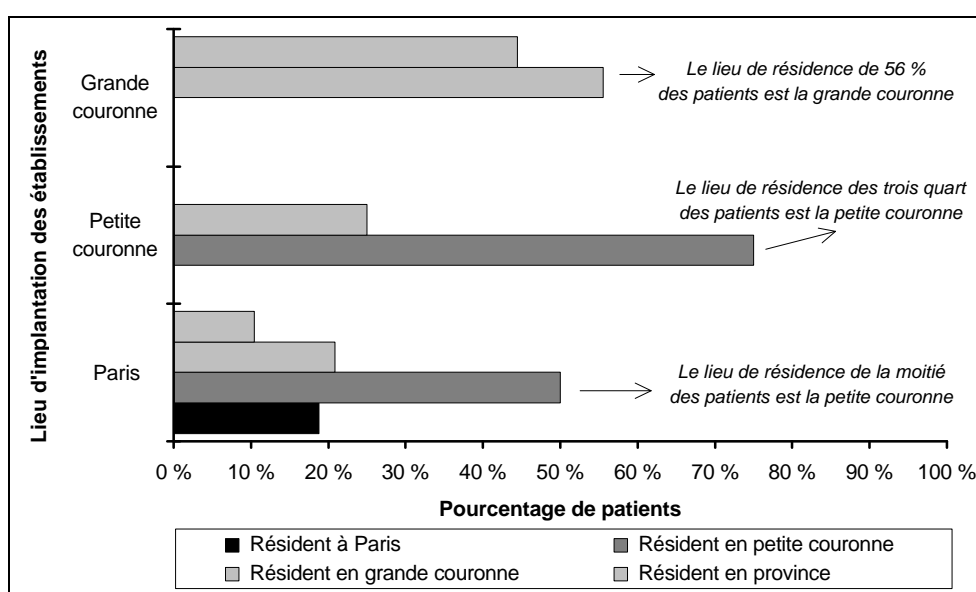
A l'opposé de la présentation précédente, l'observation de la provenance des patients dans les sites enquêtés peut permettre d'appréhender la composition des clientèle des sites d'IRM d'Île-de-France (sous réserve que les sites enquêtés ne soient pas trop particuliers par rapport à l'activité de la région).

On constate ainsi que dans les sites parisiens, la moitié des patients examinés sont domiciliés en petite couronne, et que les habitants de Paris représentent moins de 1 patient sur 5 (Cf. Tableau 45 et Graphique 16).

Dans les sites situés en petite couronne, les trois quart du recrutement concerne des habitants de cette zone géographique, les autres venant de la grande couronne.

Enfin, en grande couronne les patients viennent soit de la grande couronne soit de proche province.

Graphique n° 16
Origine géographique des patients, selon le lieu d'implantation des établissements enquêtés



Source : CREDES-URML IdF1999

Les distances parcourues

On peut appréhender les déplacements de différentes manières ; nous en utiliserons deux.

⇒ La première consiste à calculer des distances moyennes. Au vu des informations disponibles dans l'enquête on peut en calculer deux :

- la distance séparant la commune de résidence du patient, de la commune d'implantation de l'IRM,
- la distance séparant la commune du lieu de départ du patient, de la commune d'implantation de l'IRM.

Étant donné que 84 % des patients déclarent partir de leur domicile pour se rendre au site d'implantation de l'IRM, nous développerons davantage l'étude de cette distance.

Si l'analyse de la distance est une manière intéressante d'étudier les déplacements, c'est également une approche délicate, dans la mesure où un seul individu venant de loin peut perturber la moyenne d'un groupe d'individus au comportement pourtant homogène, surtout si les effectifs observés sont réduits.

⇒ La seconde méthode, dont les résultats sont beaucoup plus stables, consiste à se demander si les personnes observées se sont rendues à l'IRM la plus proche de leur domicile ou de leur lieu de départ, ou si elles se sont déplacées vers une IRM plus éloignée.

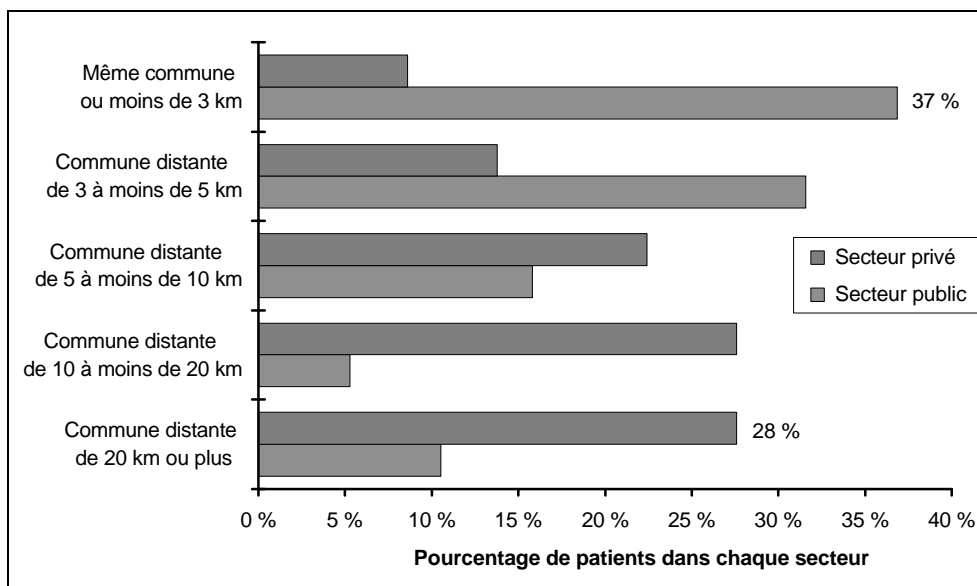
Pour se rendre à l'IRM depuis leur domicile les patients ayant répondu à l'enquête parcourent en moyenne 11,1 km⁷, soit la même distance moyenne que celle observée depuis leur lieu de départ, 10,9 km.

Pour les patients ayant répondu à l'enquête, la distance moyenne observée pour se rendre sur un site d'IRM diffère significativement entre les secteurs public et privé. Pour se rendre depuis leur domicile dans un établissement privé, les patients parcourent en moyenne 12,9 km soit une distance deux fois plus longue que pour se rendre à une IRM du secteur public, 6,3 km (Cf. Tableau 46). Ceci peut s'expliquer par deux phénomènes :

- une offre beaucoup plus importante d'IRM dans le secteur public que dans le secteur privé,
- un comportement des patients tel que les deux tiers de ceux qui se rendent dans le secteur public, choisissent de se rendre au plus proche de leur domicile, alors que cette proportion n'est que de 16 % des patients qui se font examiner dans le secteur privé (Cf. Tableau 47).

Dans les sites d'IRM publics, les deux tiers des patients sont domiciliés, soit dans la même commune que le lieu d'implantation de l'IRM, soit dans une commune distante de moins de 5 km. A l'inverse, dans les sites du secteur privé, cette proportion n'est que de 22 % alors que plus du quart des patients effectue des trajets supérieurs à 20km (Cf. Tableau 48 et Graphique 17).

Graphique n° 17
Répartition des patients dans les sites d'IRM publics ou privés,
selon la distance séparant leur commune de résidence de la commune du site d'IRM



Source : CREDES-URML IdF1999

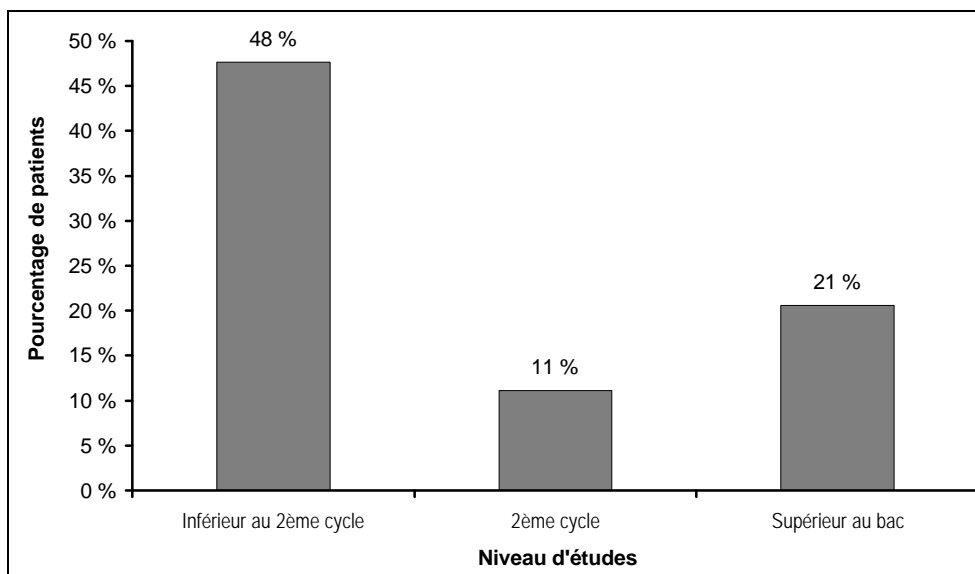
Les distances parcourues par les hommes sont pratiquement semblables à celles des femmes, 11,8 et 10,1 km. Les distances les plus courtes sont relevées pour les patients de 30 à 40 ans, 8,7 km, alors que les patients plus jeunes parcourent en moyenne 11,1 km, et les patients plus âgés, presque 13 km. Les employés sont les personnes qui parcourent le moins de kilomètre, 8,6 km, alors que les patients issus d'un

⁷ On été exclues dans le calcul des moyennes, les 7 personnes dont le lieu de résidence ou de départ se situait à plus de 50 km du lieu de leur hospitalisation. En effet, ces longues distances venaient perturber considérablement les valeurs habituellement observées.

milieu de cadres ou de personnes exerçant une profession intermédiaire en parcourant 11,7 km et les ouvriers 15,7 km.

Si la distance moyenne parcourue ne semble pas liée au niveau d'étude, le fait de se rendre au site d'IRM le plus proche de son domicile, est par contre lié de manière significative au niveau d'étude des patients. En effet, si presque la moitié des personnes dont le niveau d'étude est inférieur au 2^{ème} cycle des études secondaires se rendent sur le site le plus proche pour passer leur IRM, ce comportement ne concerne que 1 patient sur 5 ayant effectué des études supérieures au bac (Cf. Graphique 18).

Graphique n° 18
Pourcentage de patients passant leur IRM dans le site équipé le plus proche, selon leur niveau d'étude



Source : CREDES-URML IdF1999

Les distances parcourues varient également de manière significative avec la zone géographique dans laquelle sont domiciliés les patients. Ainsi, les personnes enquêtées dont le lieu de résidence se situe à Paris parcourent en moyenne 2,6 km, celles habitant en petite couronne, 7,3 km et celles résidant en grande couronne effectuent 19,1 km. Les personnes venant de province parcourent quant à elles 72 km en moyenne⁸.

Lorsque le médecin prescripteur (ou son secrétariat) a lui-même pris le rendez-vous d'IRM, on constate de manière significative que ces patients parcourent en moyenne presque trois fois moins de kilomètres que lorsque le patient a lui-même pris son rendez-vous.

Il est à noter que tous les patients du secteur public qui ont pris eux-mêmes leur rendez-vous (11 patients) ont pris ce rendez-vous dans l'établissement le plus proche de leur domicile, ce qui est seulement le cas de seulement 14 % des patients du secteur privé, la différence étant significative. Enfin, parmi les personnes ayant plutôt choisi l'établissement dans lequel ils ont passé leur IRM que le radiologue qui a réalisé l'IRM, peu de personnes se rendent dans le site équipé le plus proche. Ce comportement s'observe quel que soit le motif invoqué, à l'exception du choix réalisé en raison de la proximité ou de la facilité d'accès de l'établissement.

⁸ Calcul effectué sans filtre sur les distances.

5.4 Les délais

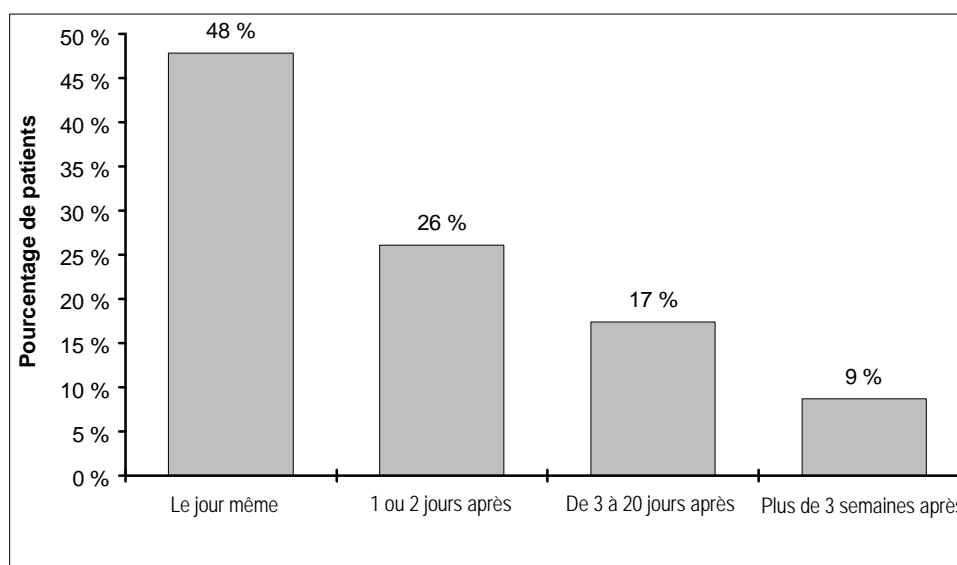
Rappelons que l'enquête nous permet en principe d'analyser plusieurs délais :

En fonction des questions posées au patient dans l'enquête, on peut distinguer différents délais :

- le délai entre l'accident du genou et la première consultation d'un médecin ;
- le délai entre la date de prise de rendez-vous et la réalisation de l'IRM elle-même, que l'on appellera le délai d'attente de l'IRM ;
- le délai s'étant écoulé entre la première consultation et la réalisation de l'IRM, que l'on appellera délai global ;
- la perception par le patient lui-même de la longueur excessive ou non du délai séparant la prise de rendez-vous de l'IRM elle-même.

Après l'accident, les patients consultent en général très rapidement un médecin, puisque les trois quart d'entre eux ont vu un médecin dans les deux jours qui suivent (Cf. Tableau 49 et Graphique 19).

Graphique n° 19
Pourcentage de patients, selon le délai séparant l'accident du genou de la première consultation avec un médecin



Source : CREDES-URML IdF1999

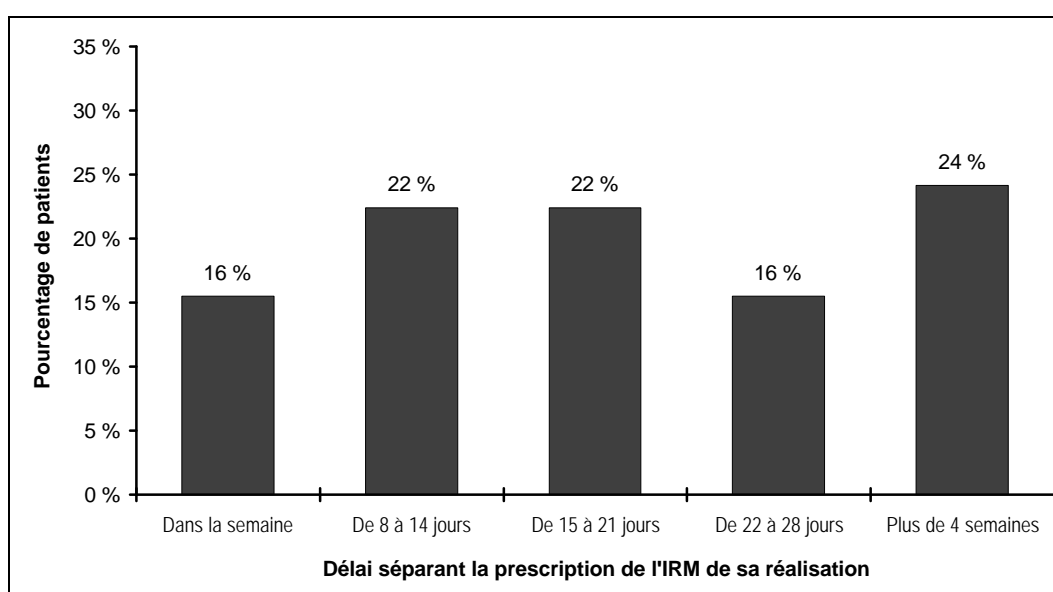
Le délai le plus intéressant dans cette étude est celui qui sépare la prescription de la réalisation de l'acte.

Le délai entre prescription et réalisation de l'IRM est un peu plus long dans le secteur public que dans le privé

Au cours de l'enquête le délai d'attente moyen entre la prescription et la réalisation de l'IRM est de 19 jours. Ce délai est significativement différent entre les secteurs public et privé, respectivement 25 jours et 18 jours.

Si un peu plus du tiers des patients bénéficient de leur IRM dans les 2 semaines suivant la prise du rendez-vous, un quart d'entre eux doit attendre au moins un mois pour passer cet examen. (Cf. Tableau 50 et Graphique 20).

Graphique n° 20
Répartition des patients passant une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique, selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM

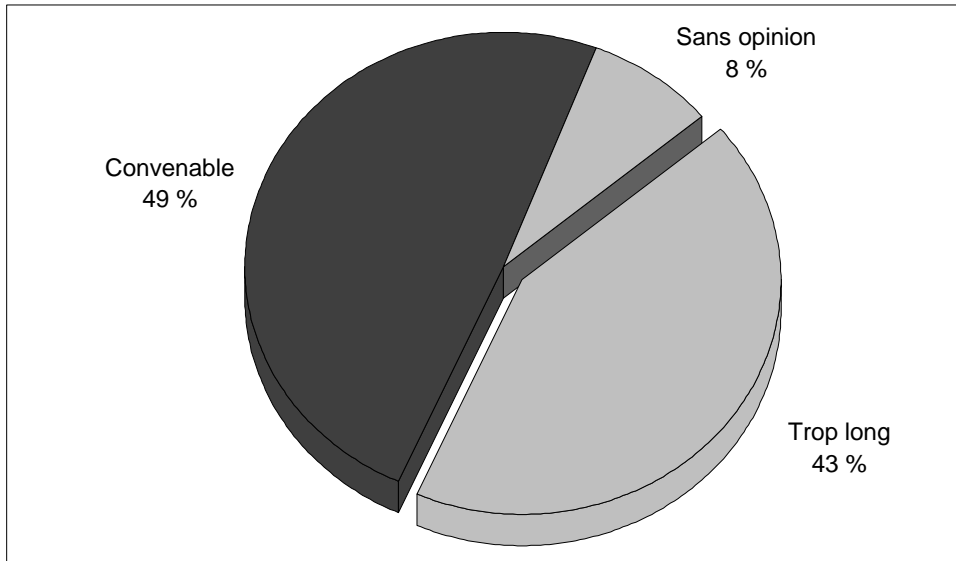


Source : CREDES-URML IdF1999

Les patients considèrent que les délais sont trop longs

En tout état de cause, 43 % des patients estiment que ce délai d'attente est trop long. Lorsque les patients estiment qu'ils ont attendu trop longtemps entre le moment de la prescription et la réalisation de l'IRM, les délais sont en moyenne de 23 jours. A l'inverse, lorsqu'ils estiment que ce délai a été convenable, ils ont attendu en moyenne un peu moins de 15 jours ; cette différence est significative au seuil de 10 % (Cf. Tableau 51, 52 et Graphique 21).

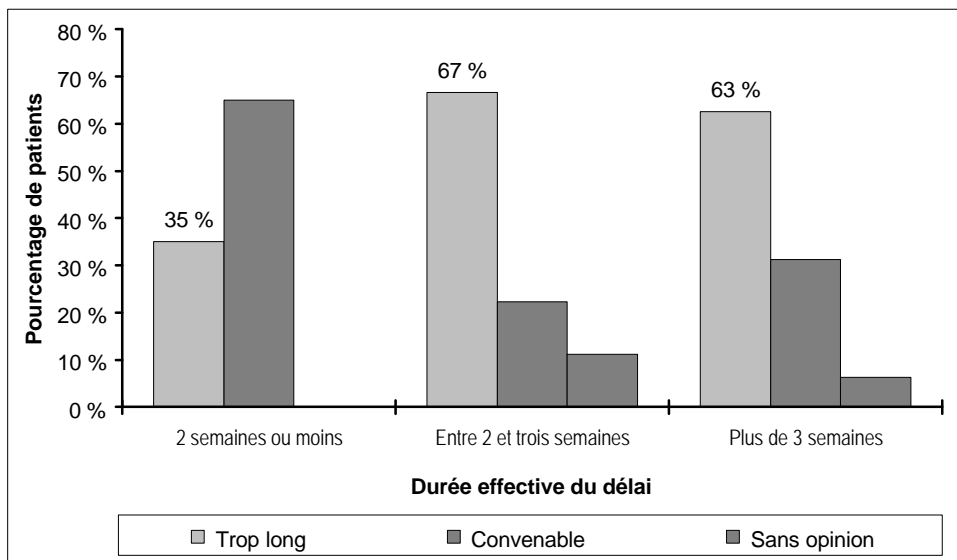
Graphique n° 21
Opinion des enquêtés sur le délai d'attente séparant la prescription de la réalisation de l'IRM



Source : CREDES-URML IdF1999

Ils sont significativement plus nombreux dans le secteur privé à trouver les délais trop long, 51 %, bien qu'objectivement le délai mesuré soit plus court, 18 jours au lieu de 25 jours dans le secteur public (Cf. Tableau 52). Bien que les effectifs soient faibles, il est probable que ceci s'explique par une plus grande exigence des patients examinés dans le secteur privé, puisque plus du tiers des patients ayant passé leur IRM au cours des deux premières semaines suivant la prescription se plaignent de la durée excessive de leur attente. Lorsque les patients estiment que le délai d'attente est d'une durée convenable, ce dernier est en moyenne de 13 jours dans le secteur privé et de 20 jours dans le secteur public (Cf. Graphique 22).

Graphique n° 22
Opinion des patients passant leur IRM dans le secteur privé, selon la durée effective du délai séparant la prescription de la réalisation de l'acte



Source : CREDES-URML IdF1999

Quelles que soient les variables analysées, les différences de délais entre prescription et réalisation ne sont jamais significatives

Que le rendez-vous d'IRM soit pris par le médecin prescripteur (ou son secrétariat) ou directement par le patient, les délais d'attente sont peu différents (Cf. Tableau 52).

Ces délais ne sont pas liés au milieu social des patients puisque, dans l'étude, les personnes issues d'un milieu ouvrier obtiennent leur rendez vous en 15 jours, les cadres et les personnes exerçant une profession intermédiaire l'obtiennent en 18 jours, et les employés en 22 jours.

De même, ce temps d'attente n'est lié ni à l'âge ni au sexe des patients.

De manière un peu paradoxale, le niveau de gêne susceptible de retentir sur l'activité professionnelle des patients, n'influence pas les délais d'attente. En effet, les patients les moins gênés obtiennent leur IRM en 17 jours en moyenne, alors que ceux qui présentent une gêne importante, voir une gêne telle qu'il ne peuvent travailler, obtiennent leur IRM en respectivement 19 et 21 jours.

Le fait de pratiquer une activité sportive de haut niveau tend à réduire les délais d'attente : 15 jours au lieu de 22 jours, cependant cette différence n'est pas significative.

Que les patients habitent Paris, la petite ou la grande couronne voire la province, les délais d'attente pour obtenir une IRM du genou ne sont pas significativement différents.

Enfin, les patients qui déclarent avoir choisi le site pour des raisons de rapidité des rendez-vous obtiennent leur IRM, en moyenne au bout de 16 jours, alors que ceux qui déclarent avoir choisi l'établissement sur les conseils du prescripteur ou parce qu'ils y ont déjà été soignés attendent, respectivement 21 et 23 jours, toutefois cette différence n'est pas significative.

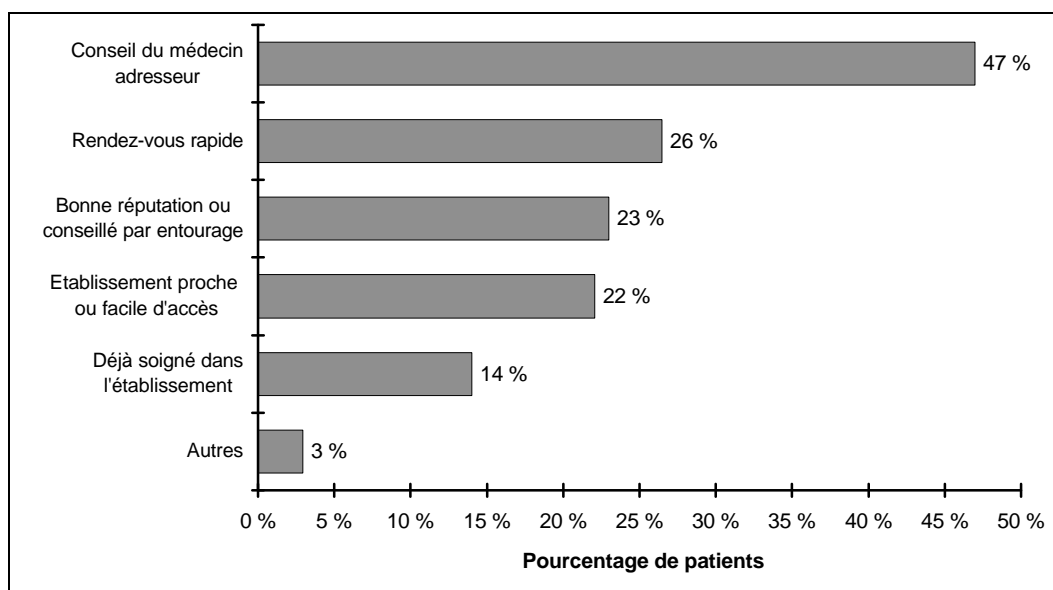
5.5 Les motifs de choix

88 % des patients passant une IRM du genou, dans le cadre d'une impotence fonctionnelle post-traumatique, déclarent choisir uniquement le lieu dans lequel ils vont passer cette IRM, et non le radiologue qui la réalisera, 9 % des cas. Enfin, 3 % d'entre eux choisissent à la fois le radiologue et le site.

Lorsqu'ils choisissent le radiologue, environ les deux tiers des patients suivent en fait le conseil du médecin adresseur.

Lorsqu'ils choisissent le site, les patients déclarent en moyenne 1,4 raison ayant motivé leur choix. Le choix de la moitié d'entre eux est influencé par le médecin adresseur qui leur conseille ce site en particulier. Trois autres facteurs influencent de manière importante le choix des patients : la sensation qu'ils obtiennent un rendez vous rapide, 26 % des patients, la bonne réputation de l'établissement ou le fait qu'il leur a été conseillé par leur entourage, 24 % d'entre eux, et la proximité ou la facilité d'accès du site, 22 %. Enfin, avoir déjà été soigné dans cet établissement influence tout de même 15 % des patients (Cf. Tableau 53 et Graphique 23).

Graphique n° 23
Pourcentage de patients ayant cité chaque motif de choix du site



Source : CREDES-URML IdF1999

Moins du quart des patients déclarent avoir été influencés par le statut public ou privé de l'établissement. Les raisons les plus souvent avancées pour expliquer l'influence du statut sont la qualité des soins et la rapidité des rendez-vous, suivies de la personnalisation de la relation médecin malade et de l'accueil ou du confort (Cf. Tableau 54).

5.6 Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge

5.6.1 Déroulement de l'examen

Avant l'examen, les radiologues disposent pour plus de 60 % des patients d'un examen radiologique standard des genoux, réalisé dans le cadre du problème clinique actuel. Pour plus de deux tiers des patients, les médecins prescripteurs adressent au radiologue un bilan ostéo-articulaire du patient.

Très peu de patients ont eu une arthrographie avant l'IRM, moins de 6 % d'entre eux. On observe donc, chez les patients pouvant bénéficier d'un examen IRM, la quasi disparition de ce type d'examen au profit de l'IRM. Dans ce cas clinique, il n'y a pas duplication des examens mais substitution.

5.6.2 Adéquation médicale

Selon les experts consultés, et compte tenu des informations susceptibles d'être relevées par une enquête du type de celle réalisée, seuls deux critères sont jugés indispensables :

- le médecin adresseur doit transmettre au radiologue un bilan clinique ostéo-articulaire,
- le radiologue doit disposer de clichés standards des genoux réalisés dans le cadre du problème clinique actuel.

La présence de ces deux critères étant jugée indispensable, on peut donc considérer que les trajectoires suivies par les patients pour lesquels le radiologue ne dispose pas de ces deux examens ne sont pas des trajectoires optimales.

Les autres critères sont considérés comme souhaitables et contribuent donc à améliorer les prises en charge des patients. Il s'agit des critères suivants :

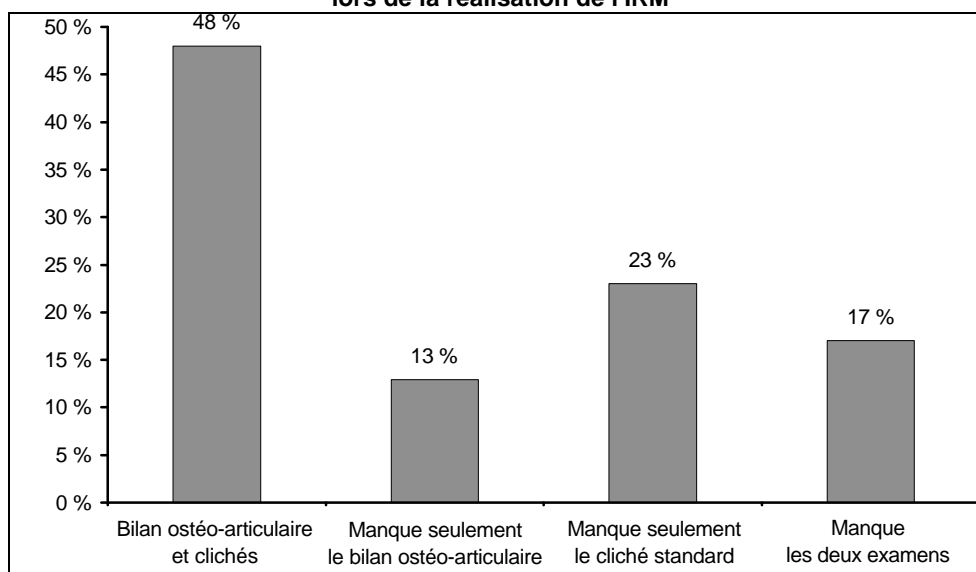
- consultation avant l'IRM d'un rhumatologue, ou d'un orthopédiste ou d'un médecin du sport ;
- transmission au radiologue par le médecin prescripteur des antécédents du patient ;
- transmission au radiologue par le médecin prescripteur des traitements en cours ;
- information des patients sur le résultat de l'examen (mais pas sur le diagnostic).

Globalement, les médecins prescripteurs adressent aux radiologues un bilan ostéo-articulaire pour 70 % des patients bénéficiant d'une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique. Par ailleurs, 61 % des patients fournissent aux radiologues des clichés standards du genou réalisés pour le problème actuel. Au total, les radiologues lors de l'IRM disposent simultanément des deux examens pour la moitié de leurs patients.

On peut donc dire que la moitié des patients arrivent chez le radiologue de manière parfaitement adéquate d'après les critères des experts consultés. Notons que les radiologues ne disposent d'aucun de ces deux examens pour seulement 16 % des patients.

Bien entendu, le comportement des prescripteurs diffère significativement selon leur spécialité. Les radiologues disposent des deux examens pour plus de 80 % des patients adressés par les rhumatologues et les rééducateurs fonctionnels. Cette proportion est de plus de 50 % pour les patients adressés par les médecins du sport et les orthopédistes et de 24 % pour ceux adressés par les généralistes. Il est à noter que ces derniers adressent aux radiologues l'un ou l'autre de ces examens pour 44 % des patients (Cf. Tableau 56 et Graphique 24).

Graphique n° 24
Présence ou absence du bilan ostéo-articulaire et/ou des clichés standards des genoux lors de la réalisation de l'IRM



Source : CREDES-URML IdF1999

Concernant les autres critères non indispensables mais souhaitables pour améliorer la prise en charge des patients :

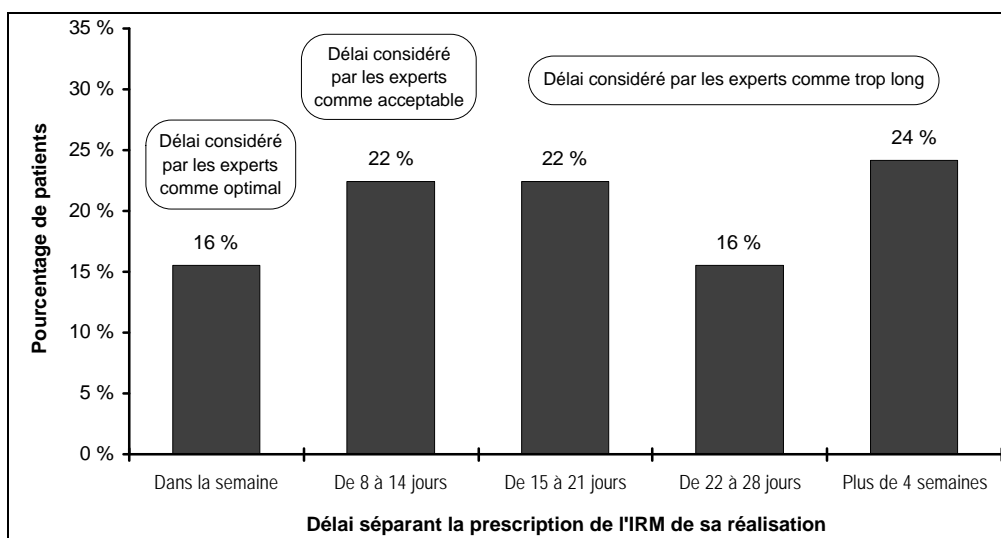
- plus de 80 % des patients ont, selon le radiologue, consulté avant l'examen IRM au moins un médecin des spécialités suivantes : orthopédie, rhumatologie ou médecine du sport ;
- le médecin adresseur a noté les antécédents du patient pour plus du tiers d'entre eux ;
- il a noté les traitements en cours de 14 % des patients ;
- par contre, les radiologues disent avoir informé 97 % des patients des résultats de l'examen IRM, mais dans le même temps ils disent avoir évoqué avec presque 80 % d'entre eux les hypothèses diagnostiques, attitude qui semblait plutôt être déconseillée par les experts consultés. Ceux-ci pensaient que ces explications devaient être données au patient par le médecin adresseur et non par le radiologue (Cf. Tableau 57).

5.6.3 Adéquation des délais

Selon les experts consultés préalablement à l'enquête, le délai entre la prise de rendez-vous et la réalisation de l'IRM ne devrait pas excéder une semaine dans le cas d'une impotence fonctionnelle post-traumatique. Toutefois, ils considèrent qu'un délai d'une à deux semaines est acceptable. Au-delà de deux semaines ils estiment ces délais d'attente trop longs.

L'analyse de la distribution des délais d'attente recueillis montre que, selon l'opinion des experts consultés, 62 % des délais d'attente pour une IRM du genou réalisée pour impotence fonctionnelle post traumatique seraient trop longs. Même si l'on laissait une semaine de battement supplémentaire, il n'en reste pas moins que selon les informations recueillies, 40 % des IRM du genou seraient réalisées après un délai d'attente de plus de trois semaines suivant la prescription (Cf. Tableau 50 et Graphique 25).

Graphique n° 25
Répartition des patients passant une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique, selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM



Source : CREDES-URML IdF1999

Par ailleurs, les experts considèrent qu'une impotence sévère et/ou une gêne professionnelle importante devrait conduire à réaliser l'examen plus rapidement, tout comme d'ailleurs l'existence d'une activité sportive de haut niveau, sollicitant les membres inférieurs. Les résultats de l'enquête ne mettent pas en évidence de relation entre ces états et la réduction des délais d'attente.

5.6.4 Satisfaction du patient et relation médecin-malade

Pratiquement tous les patients sont satisfaits

97 % des patients sont satisfaits ou très satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé par le personnel administratif, le personnel soignant et le radiologue. Une personne estime que l'accueil a été peu satisfaisant et une qu'il a été médiocre (Cf. Tableau 59).

Cette satisfaction se traduit clairement par le fait que 97 % des patients reviendraient dans l'établissement s'ils avaient à subir un nouvel examen, et que 97 % se disent prêts à recommander l'établissement à un ami.

Au cours de l'examen, plus de 90 % des patients pensent que le radiologue et son équipe ont fait le maximum pour soulager leurs éventuelles douleurs et diminuer leur inconfort.

On constate donc, quel que soit le mode d'adressage ou le motif de choix des patients, une très grande satisfaction de leur part quant au déroulement de leur examen d'IRM.

Les radiologues informent presque toujours les patients du résultat de l'IRM, mais moins souvent du déroulement de l'examen

Plus du quart des patients déclarent de pas avoir été informés de la manière dont allait se dérouler l'examen. Par contre, lorsque l'information a été donnée, elle l'a été de manière claire et compréhensible pour le patient.

Contrairement à ce que l'on observe pour les explications préalables à l'examen, plus de 94 % des patients disent avoir été informés du résultat de l'examen par le radiologue lui-même, et là encore la presque totalité d'entre eux pensent avoir bien compris les explications fournies (Cf. Tableau 58).

Selon les radiologues, 72 % des IRM du genou réalisées pour impotence fonctionnelle post-traumatique se révèlent être certainement pathologiques et 3 % certainement normales. Par ailleurs, 16 % des IRM sont probablement pathologiques et 8 % probablement normales (Cf. Tableau 60).

Tableau n° 31
Répartition par âge et sexe de l'ensemble des patients inclus, selon le statut du site d'IRM

	Secteur public			Secteur privé			Ensemble des sites		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Classes d'âge	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Moins de 30 ans	5	1	6	27	13	40	32	14	46
30 à 40 ans	5	3	8	11	4	15	16	7	23
40 ans et plus	7	3	10	13	8	21	20	11	31
Ensemble	17	7	24	51	25	76	68	32	100
Classes d'âge	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Moins de 30 ans	21 %	4 %	25 %	36 %	17 %	53 %	32 %	14 %	46 %
30 à 40 ans	21 %	13 %	33 %	14 %	5 %	20 %	16 %	7 %	23 %
40 ans et plus	29 %	13 %	42 %	17 %	11 %	28 %	20 %	11 %	31 %
Ensemble	71 %	29 %	100 %	67 %	33 %	100 %	68 %	32 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 32
Répartition par âge et sexe des patients ayant renvoyé un questionnaire patient, selon le statut du site d'IRM (questionnaire patient)

	Secteur public			Secteur privé			Ensemble des sites		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Classes d'âge	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Moins de 30 ans	5	1	6	18	11	29	23	12	35
30 à 40 ans	4	2	6	7	4	11	11	6	17
40 ans et plus	4	3	7	10	8	18	14	11	25
Ensemble	13	6	19	35	23	58	48	29	77
Classes d'âge	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Moins de 30 ans	26 %	5 %	32 %	31 %	19 %	50 %	30 %	16 %	45 %
30 à 40 ans	21 %	11 %	32 %	12 %	7 %	19 %	14 %	8 %	22 %
40 ans et plus	21 %	16 %	37 %	17 %	14 %	31 %	18 %	14 %	32 %
Ensemble	68 %	32 %	100 %	60 %	40 %	100 %	62 %	38 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 33
Occupation, milieu social et niveau d'études des patients selon le statut du site d'IRM
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Occupation principale des patients						
Actif occupé	16	84 %	49	84 %	65	84 %
Chômeur	2	11 %	1	2 %	3	4 %
Etudiant	1	5 %	8	14 %	9	12 %
Ensemble	19	100 %	58	100 %	77	100 %
Milieu social des patients						
Cadres et professions intermédiaires	7	37 %	30	52 %	37	48 %
Employés	8	42 %	15	26 %	23	30 %
Ouvriers	1	5 %	13	22 %	14	18 %
Autres	3	16 %	0	0 %	3	4 %
Ensemble	19	100 %	58	100 %	77	100 %
Niveau d'étude						
Jamais scolarisé	0	0 %	1	2 %	1	1 %
Primaire, CEP	1	6 %	2	4 %	3	4 %
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	4	25 %	13	23 %	17	23 %
2ième cycle (2de à Terminale, Bac)	2	13 %	16	28 %	18	25 %
Supérieur au bac	9	56 %	25	44 %	34	47 %
Ensemble	16	100 %	57	100 %	73	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 34
Couverture sociale des patients selon le statut du site d'IRM
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Prise en charge à 100 % pour tout ou partie des soins						
Oui	4	21 %	11	19 %	15	19 %
Non	12	63 %	41	71 %	53	69 %
Ne sait pas, non réponse	3	16 %	6	10 %	9	12 %
Ensemble	19	100 %	58	100 %	77	100 %
Présence d'une couverture complémentaire						
Oui	15	79 %	49	84 %	64	83 %
Non	2	11 %	8	14 %	10	13 %
Ne sait pas, non réponse	2	11 %	1	2 %	3	4 %
Ensemble	19	100 %	58	100 %	77	100 %

Note : 7 patients sont exonérés du ticket modérateur pour accident du travail

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 35
Répartition des patients selon le niveau de l'impotence fonctionnelle
et son retentissement sur leur activité professionnelle
(questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Patients capables de prendre appui sur la jambe atteinte		
Oui	84	93 %
Non	6	7 %
Patients capables de marcher		
Oui	86	96 %
Non	4	4 %
Retentissement sur l'activité professionnelle		
Gêne minime	37	41 %
Gêne importante	32	36 %
Impossibilité de travailler	17	19 %
Sans objet (pas de profession)	4	4 %
Patients ayant une activité sportive de haut niveau		
Oui	28	31 %
Non	60	67 %
Non réponse	2	2 %
Ensemble	90	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 36
Conditions de la prescription de l'IRM, de la prise de rendez-vous et spécialité du prescripteur,
selon le patient
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Délai entre accident et première consultation		
Le jour même	34	46 %
Quelques jours après	30	41 %
Plus tardivement	10	14 %
Ensemble	74	100 %
Date de prescription de l'IRM		
Lors de la première consultation suivant l'accident	14	19 %
Lors d'une consultation ultérieure	59	81 %
Ensemble	73	100 %
Médecin prescripteur de l'IRM		
Médecin consulté la première fois	30	41 %
Autre médecin	46	63 %
Ensemble	76	100 %
Spécialité du médecin prescripteur		
Généraliste habituel	16	22 %
Autre généraliste	2	3 %
Médecin du sport	10	14 %
Orthopédiste	29	40 %
Rhumatologue	6	8 %
Rééducateur-réadaptateur fonctionnel	2	3 %
Autre (urgence, spécialiste du genou, médecin du travail, spécialiste non précisé)	8	11 %
Ensemble	73	100 %
Conditions de la prise de rendez-vous		
Par le patient ou son entourage	55	75 %
Par le médecin prescripteur ou son secrétariat	21	27 %
Autre	1	1 %
Ensemble	77	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 37
Spécialité du prescripteur de l'IRM, selon le radiologue
(questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Généraliste	26	29 %
Spécialiste	63	71 %
<i>dont : Médecin du sport</i>	13	15 %
<i>Orthopédiste</i>	36	40 %
<i>Rhumatologue ou rééducateur- réadaptateur fonctionnel</i>	12	13 %
Ensemble	89	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 38
Cadre de la prescription de l'IRM
(questionnaire acte)

	Site IRM public		Site IRM privé		Ensemble des sites	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Cadre de la prescription						
Cabinet de ville	9	43 %	30	44 %	39	44 %
Etablissement privé	5	24 %	33	49 %	38	43 %
Etablissement public	6	29 %	4	6 %	10	11 %
Centre de santé	1	5 %	1	1 %	2	2 %
Ensemble	21	100 %	68	100 %	89	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 39
Examens et consultations ayant eu lieu entre prescription et réalisation de l'IRM
(questionnaire patient)

	Examens...				Consultation d'un...					
	arthrographie		radiographie		rhumatologue		orthopédiste		médecin du sport	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Oui	4	5 %	40	52 %	9	12 %	21	27 %	19	25 %
Non	63	82 %	31	40 %	56	73 %	45	58 %	47	61 %
NR, NSP	10	13 %	6	8 %	12	16 %	11	14 %	11	14 %
Ensemble	77	100 %	77	100 %	77	100 %	77	100 %	77	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 40
Consultations de spécialistes avant l'IRM
(questionnaire acte)

	Consultation d'un...					
	rhumatologue		orthopédiste		médecin du sport	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Oui	9	10 %	46	51 %	25	28 %
Non	57	63 %	33	37 %	49	54 %
NR, NSP	24	27 %	11	12 %	16	18 %
Ensemble	90	100 %	90	100 %	90	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 41
Lieu de départ du patient pour se rendre sur le site d'IRM
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Lieu de départ		
Domicile du patient	65	84 %
Lieu de travail	10	13 %
Domicile d'amis ou famille	2	3 %
Ensemble	77	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 42
Mode de transport utilisé
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Mode de transport		
Ambulance ou vsl	1	1 %
Véhicule personnel	53	69 %
Transports en commun	21	27 %
Véhicule personnel + transports en commun	1	1 %
Taxi+transports en commun+marche	1	1 %
Ensemble	77	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 43
Répartition des patients
selon la durée du trajet pour se rendre de leur domicile au site d'IRM, selon le statut du site
(questionnaire patient)

	Site IRM public		Site IRM privé		Ensemble sites	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Répartition des patients selon la durée du trajet						
Moins de 15 mn	6	32 %	8	14 %	14	18 %
16 à 30 mn	7	37 %	27	47 %	34	45 %
31 à 60 mn	5	26 %	14	25 %	19	25 %
Plus de 60 mn	1	5 %	8	14 %	9	12 %
Ensemble	19	100 %	57	100 %	76	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 44
Déplacements des patients vers les sites d'IRM et recrutement des sites :
ensemble des patients inclus
(questionnaire patient + enveloppe)

	Etablissement situé...			Ensemble
	à Paris	en petite couronne	en grande couronne	
Répartition des patients selon leur lieu de résidence (effectif)				
Paris	11	1	0	12
Petite couronne	30	17	0	47
Grande couronne	12	6	5	23
Province	13	1	4	18
Ensemble	66	25	9	100
Déplacements des patients vers les sites d'IRM (pourcentages en ligne)				
Paris	92 %	8 %	0 %	100 %
Petite couronne	64 %	36 %	0 %	100 %
Grande couronne	52 %	26 %	22 %	100 %
Province	72 %	6 %	22 %	100 %
Ensemble	66 %	25 %	9 %	100 %
Recrutement des sites d'IRM (pourcentages en colonne)				
Paris	17 %	4 %	0 %	12 %
Petite couronne	45 %	68 %	0 %	47 %
Grande couronne	18 %	24 %	56 %	23 %
Province	20 %	4 %	44 %	18 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 45
Déplacements des patients vers les sites d'IRM et recrutement des sites :
patients ayant renvoyé un questionnaire
(questionnaire patient)

	Etablissement situé...			Ensemble
	à Paris	en petite couronne	en grande couronne	
Répartition des patients selon leur lieu de résidence (effectif)				
Paris	9	0	0	9
Petite couronne	24	15	0	39
Grande couronne	10	5	5	20
Province	5	0	4	9
Ensemble	48	20	9	77
Déplacements des patients vers les sites d'IRM (pourcentages en ligne)				
Paris	100 %	0 %	0 %	100 %
Petite couronne	62 %	38 %	0 %	100 %
Grande couronne	50 %	25 %	25 %	100 %
Province	56 %	0 %	44 %	100 %
Ensemble	62 %	26 %	12 %	100 %
Recrutement des sites d'IRM (pourcentages en colonne)				
Paris	19 %	0 %	0 %	12 %
Petite couronne	50 %	75 %	0 %	51 %
Grande couronne	21 %	25 %	56 %	26 %
Province	10 %	0 %	44 %	12 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 46
Distances moyennes parcourues par les patients selon le statut du site
et selon les caractéristiques des patients ou de leur parcours
(les distances supérieures à 50 km ont été exclues pour le calcul des moyennes [7 personnes])
(questionnaire patient)

	Effectif observé	Distance moyenne en kilomètres
Distance résidence-site	77	11,1
Distance lieu départ-site	77	10,9
Distance résidence-site		
Statut du site		
Site public	19	6,3
Site privé	51	12,9
Sexe du patient		
Homme	42	11,8
Femme	28	10,1
Age du patient		
Moins de 30 ans	30	11,1
30 à 40 ans	17	8,7
Plus de 40 ans	23	12,9
Lieu de résidence du patient		
Réside Paris	9	2,6
Petite couronne	39	7,3
Grande couronne	18	19,1
Province*	4	31,8
Occupation principale du patient		
Actifs occupés	59	11,8
Chômeurs	3	4,7
Etudiants	8	8,8
Catégorie sociale du patient		
Cadres et prof. intermédiaires	32	11,7
Employés	22	8,6
Ouvriers	13	15,7
Autres	3	3,5
Niveau d'études du patient		
Jamais scolarisé	1	4,9
Primaire, CEP	3	17,6
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	16	12,4
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	14	12,3
Supérieur au bac	32	10,5
Prise de rendez-vous pour l'IRM		
RV pris par le patient	51	13,3
RV pris par le prescripteur	19	5,2
Pratique d'une activité sportive par le patient		
Pratiquant sport haut niveau	23	13,3
Pas de sport	46	9,9

*Si l'on ne filtre pas, la distance moyenne est de 72,3 km

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 47
Proportion de patients se rendant sur le site le plus proche de leur domicile,
selon le statut du site, les caractéristiques des patients ou de leur parcours
(questionnaire patient)

	Site le plus proche		Autre site		Ensemble
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Ensemble patients	22	29 %	55	71 %	77
Statut du site					
Site public	13	68 %	6	32 %	19
Site privé	9	16 %	49	84 %	58
Sexe du patient					
Homme	14	29 %	34	71 %	48
Femme	8	28 %	21	72 %	29
Age du patient					
Moins de 30 ans	9	26 %	26	74 %	35
30 à 40 ans	4	24 %	13	76 %	17
Plus de 40 ans	9	36 %	16	64 %	25
Lieu de résidence du patient					
Réside Paris	1	11 %	8	89 %	9
Petite couronne	11	27 %	30	73 %	41
Grande couronne	8	44 %	10	56 %	18
Province	2	22 %	7	78 %	9
Catégorie sociale du patient					
Cadres et prof. intermédiaires	5	14 %	32	86 %	37
Employés	11	48 %	12	52 %	23
Ouvriers	4	29 %	10	71 %	14
Autres	2	67 %	1	33 %	3
Niveau d'études du patient					
Jamais scolarisé	1	100 %	0	0 %	1
Primaire, CEP	2	67 %	1	33 %	3
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	7	41 %	10	59 %	17
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	2	11 %	16	89 %	18
Supérieur au bac	7	21 %	27	79 %	34
Prise de rendez-vous pour l'IRM					
Rv pris par le patient	17	31 %	38	69 %	55
Rv pris par prescripteur	5	24 %	16	76 %	21
Pratique d'une activité sportive par le patient					
Pratiquant sport haut niveau	4	14 %	24	86 %	28
Pas de sport	18	38 %	30	63 %	48

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 48
Distribution des patients selon la distance séparant la commune de résidence de la commune d'implantation
du site, en fonction du statut du site
(questionnaire patient)

	Sites publics		Sites privés		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Distance parcourue						
Moins de 3 km	7	37 %	5	9 %	12	16 %
De 3 à 5 km	6	32 %	8	14 %	14	18 %
De 5 à 10 km	3	16 %	13	22 %	16	21 %
De 10 à 15 km	0	0 %	13	22 %	13	17 %
De 15 à 20 km	1	5 %	3	5 %	4	5 %
De 20 à 25 km	1	5 %	3	5 %	4	5 %
Plus de 25 km	1	5 %	13	22 %	14	18 %
Ensemble	19	100 %	58	100 %	77	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 49
Distribution des patients selon le délai séparant l'accident de la première consultation
et l'accident de la prescription de l'IRM
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Délai entre accident et première consultation		
Le jour même	33	48 %
1 ou 2 jours après	18	26 %
3 à 20 jours après	12	17 %
Plus de 20 jours	6	9 %
Ensemble	69	100 %
Délai entre accident et prescription de l'IRM		
Le jour même	15	24 %
1 ou 2 jours après	3	5 %
3 à 20 jours après	16	25 %
Plus de 20 jours	29	46 %
Ensemble	63	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 50
Distribution des patients selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM,
en fonction du statut du site
(questionnaire patient)

	Sites publics		Sites privés		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Délai entre la prescription et la réalisation de l'IRM						
Dans la semaine	1	8 %	8	17 %	9	16 %
De 8 à 14 jours	1	8 %	12	26 %	13	22 %
Entre 15 et 21 jours	3	25 %	10	22 %	13	22 %
Entre 22 et 28 jours	2	17 %	7	15 %	9	16 %
Plus d'un mois	5	42 %	9	20 %	14	24 %
Ensemble	12	100 %	46	100 %	58	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 51
Répartition des patients en fonction de leur opinion sur la longueur des délais d'attente, selon le délai objectif
séparant la prescription de la réalisation de l'IRM
(questionnaire patient)

	Opinion du patient sur le délai d'attente							
	Trop long		Convenable		Sans opinion		Total	
	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)
Sites d'IRM publics								
Moins de 15 jours	0	0 %	2	100 %	0	0 %	2	100 %
Entre 15 et 21 jours	0	0 %	3	100 %	0	0 %	3	100 %
Plus de 3 semaines	2	29 %	3	43 %	2	29 %	7	100 %
Ensemble	2	17 %	8	67 %	2	17 %	12	100 %
Sites d'IRM privés								
Moins de 15 jours	7	35 %	13	65 %	0	0 %	20	100 %
Entre 15 et 21 jours	6	67 %	2	22 %	1	11 %	9	100 %
Plus de 3 semaines	10	63 %	5	31 %	1	6 %	16	100 %
Ensemble	23	51 %	20	44 %	2	4 %	45	100 %
Ensemble des sites								
Moins de 15 jours	7	32 %	15	68 %	0	0 %	22	100 %
Entre 15 et 21 jours	6	50 %	5	42 %	1	8 %	12	100 %
Plus de 3 semaines	12	52 %	8	35 %	3	13 %	23	100 %
Ensemble	25	44 %	28	49 %	4	7 %	57	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 52
Délai moyen entre la prescription de l'IRM et sa réalisation, selon le statut du site,
certaines caractéristiques des patients ou de leur parcours
(Les calculs de moyenne ont été effectués sur des délais inférieurs à 100 jours [2 personnes exclues])
(questionnaire patient)

	Effectif observé	Délai moyen
Ensemble des patients	56	19,2
Statut du site		
Public	11	25,4
Privé	45	17,7
Sexe du patient		
Homme	33	20,5
Femme	23	17,4
Âge du patient		
Moins de 30 ans	30	20,4
30 à 40 ans	11	20,7
Plus de 40 ans	15	15,7
Lieu de résidence du patient		
Réside Paris	7	16,3
Petite couronne	33	21,5
Grande couronne	11	17,7
Province	5	11,2
Occupation principale du patient		
Actifs occupés	46	18,6
Chômeurs	1	40,0
Etudiants	9	20,1
Milieu social du patient		
Cadres et prof. intermédiaires	32	18,5
Employés	14	21,7
Ouvriers	9	15,4
Autres	1	83,0
Niveau d'études du patient		
Jamais scolarisé	0	-
Primaire, CEP	0	-
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	13	18,8
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	15	17,1
Supérieur au bac	26	20,7
Conditions de la prise de rendez-vous		
RV pris par le patient	41	20,0
RV pris par le prescripteur	14	17,6
Pratique sportive du patient		
Pratiquant sport haut niveau	22	15,3
Pas de sport	33	22,4
Motif de choix du site		
Possibilité d'avoir un rdv rapidement	14	16,7
Conseil du prescripteur	25	20,8
Etablissement déjà fréquenté	8	23,4
Etablissement de bonne réputation	15	13,2
Proximité ou facilité d'accès	9	15,9
Perception du délai par le patient		
Trop long	25	22,6
Convenable	26	14,5
Sans opinion	4	28,3
Retentissement de l'impotence sur l'activité professionnelle		
Gêne minime	25	17,2
Gêne importante	18	19,1
Impossibilité de travailler	10	20,8

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 53
Orientations du choix des patients et motifs de choix
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Orientation du choix		
Choix du radiologue uniquement	7	9 %
Choix de l'établissement uniquement	68	88 %
Choix mixte	2	3 %
Ensemble	77	100 %

	Effectif	Pourcentage de motifs	Pourcentage de patients
Motifs du choix du radiologue ou de l'établissement			
Radiologue conseillé par le prescripteur	5	5 %	6 %
Radiologue ayant déjà examiné le patient	1	1 %	1 %
Radiologue conseillé par l'entourage	2	2 %	3 %
Somme des motifs liés au radiologue	8	8 %	-
Etablissement conseillé par le prescripteur	33	32 %	43 %
Etablissement de bonne réputation, ou conseillé par entourage	16	16 %	21 %
Etablissement proche et/ou facile d'accès	15	15 %	19 %
Possibilité d'obtenir un rendez-vous rapide	18	18 %	23 %
Etablissement déjà fréquenté par le patient	10	10 %	13 %
Autres motifs	2	2 %	3 %
Somme des motifs liés à l'établissement	94	92 %	-
Somme des motifs	102	100 %	-

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 54
Influence du statut de l'établissement dans le choix des patients et raisons invoquées
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
Influence du statut de l'établissement sur le choix de l'établissement						
	Effectif	Pourcentage patients	Effectif	Pourcentage patients	Effectif	Pourcentage patients
Oui	2	14 %	12	24 %	14	22 %
Non	12	86 %	39	76 %	51	78 %
Ensemble	14	100 %	51	100 %	65	100 %
Raisons pour lesquelles les patients ont été influencés*						
	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients
Qualité des soins	1	-	6	50 %	7	50 %
Rapidité des rendez-vous	0	-	5	42 %	5	36 %
Accueil et confort	1	-	2	17 %	3	21 %
Personnalisation de la relation médecin-malade	1	-	2	17 %	3	21 %
Raisons financières	0	-	1	8 %	1	7 %
Autres	1	-	1	8 %	2	14 %
Nombre de patients influencés par le statut du site	2	-	12	-	14	-

* Plusieurs motifs peuvent être invoqués par un même patient

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 55
Rôle de l'adresseur dans la trajectoire du patient
(questionnaire adresseur)

	Effectif	Pourcentage
Nombre d'interviews adresseur réalisées	34	-
Cadre de la consultation d'adressage		
Etablissement privé	10	30 %
Etablissement public	3	9 %
Cabinet de ville	19	58 %
Visite à Domicile	1	3 %
Ensemble	33	100 %

	Oui		Non		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Relations entre l'adresseur et le patient						
Patient déjà vu avant cette consultation	18	55 %	15	45 %	33	100 %
Médecin traitant habituel	12	67 %	6	33 %	18	100 %
Patient venu de sa propre initiative	20	95 %	1	5 %	21	100 %
Patient envoyé par un confrère	1	5 %	20	95 %	21	100 %
Rôle de l'adresseur dans le choix du patient						
Intervention dans le choix du patient	19	58 %	14	42 %	33	100 %
Désignation d'un radiologue	6	32 %	13	68 %	19	100 %
<i>dont correspondant habituel</i>	5	26 %	-	-	-	-
Etablissement dans lequel l'adresseur a travaillé	5	26 %	14	74 %	19	100 %
Etablissement dans lequel l'adresseur travaille actuellement	6	32 %	13	68 %	19	100 %
Habitude d'y adresser des patients	17	89 %	2	11 %	19	100 %
Prise de rendez-vous par l'adresseur ou son secrétariat	5	26 %	14	74 %	19	100 %
Contact personnel entre adresseur et radiologue	2	11 %	17	89 %	19	100 %
Remise au patient d'une lettre de l'adresseur	26	79 %	7	21 %	33	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 56
Fréquence des critères de qualité considérés comme indispensables par les experts, selon la spécialité de l'adresseur
(questionnaire acte)

	Généralistes		Médecins du sport		Orthopédistes		Rhumatologues ou RRF		Autres		Ensemble des prescripteurs	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Présence d'un bilan ostéo-articulaire												
Oui	11	44 %	9	69 %	28	80 %	12	100 %	2	67 %	62	70 %
Non	14	56 %	4	31 %	7	20 %	0	0 %	1	33 %	26	30 %
Ensemble	25	100 %	13	100 %	35	100 %	12	100 %	3	100 %	88	100 %
Présence de clichés standards du genou réalisés dans le cadre du problème actuel												
Oui	13	50 %	10	77 %	21	58 %	10	83 %	1	33 %	55	61 %
Non	13	50 %	3	23 %	15	42 %	2	17 %	2	67 %	35	39 %
Ensemble	26	100 %	13	100 %	36	100 %	12	100 %	3	100 %	90	100 %
Vérification des critères d'adéquation médicale												
Bilan ostéo-articulaire et clichés standards présents	6	24 %	7	54 %	18	51 %	10	83 %	1	33 %	42	48 %
Manque seulement le bilan ostéo-articulaire	6	24 %	3	23 %	2	6 %	0	0 %	0	0 %	11	13 %
Manquent seulement les clichés standards	5	20 %	2	15 %	10	29 %	2	17 %	1	33 %	20	23 %
Manquent les deux examens	8	32 %	1	8 %	5	14 %	0	0 %	1	33 %	15	17 %
Ensemble	25	100 %	13	100 %	35	100 %	12	100 %	3	100 %	88	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 57
Fréquence des critères de qualité jugés souhaitables par les experts
 (questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Information transmise aux radiologues		
Antécédents du patient		
Oui	31	35 %
Non	58	65 %
Ensemble	89	100 %
Hypothèses diagnostiques		
Oui	74	83 %
Non	15	17 %
Ensemble	89	100 %
Traitements en cours		
Oui	12	14 %
Non	74	86 %
Ensemble	86	100 %
Consultations de spécialistes préalables*		
Rhumatologue	9	10 %
Orthopédiste	46	51 %
Médecin du sport	25	28 %
Ensemble	90	-

*Un même patient peut avoir consulté plusieurs spécialistes

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 58
Information du patient, selon le patient et selon le radiologue
(questionnaire patient et questionnaire acte)

	Sites publics		Sites privés		Ensemble	
	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage	Effectifs	Pourcentage
Information reçue par le patient, selon le patient						
Le déroulement de l'examen a été expliqué au patient par une personne du service d'IRM						
Oui	16	89 %	40	69 %	56	74 %
Non	2	11 %	18	31 %	20	26 %
Effectif répondants	18	100 %	58	100 %	76	100 %
Le patient a compris les explications						
Oui	15	94 %	38	95 %	53	95 %
Non	1	6 %	2	5 %	3	5 %
Effectif répondants	16	100 %	40	100 %	56	100 %
Le patient a reçu une information sur le résultat par le radiologue						
Oui	16	89 %	54	96 %	70	95 %
Non	2	11 %	2	4 %	4	5 %
Effectif répondants	18	100 %	56	100 %	74	100 %
Le patient a compris cette information						
Oui	15	94 %	53	96 %	68	96 %
Non	1	6 %	2	4 %	3	4 %
Effectif répondants	16	100 %	55	100 %	71	100 %
Information donnée au patient, selon le médecin						
Le radiologue a expliqué lui-même le déroulement de l'IRM au patient						
Oui	12	60 %	15	22 %	27	30 %
Non	8	40 %	54	78 %	62	70 %
Effectif répondants	20	100 %	69	100 %	89	100 %
Le radiologue a informé le patient des résultats						
Oui	19	90 %	68	99 %	87	97 %
Non	2	10 %	1	1 %	3	3 %
Effectif répondants	21	100 %	69	100 %	90	100 %
Le radiologue a évoqué des possibilités de diagnostics						
Oui	11	65 %	60	88 %	71	84 %
Non	6	35 %	8	12 %	14	16 %
Effectif répondants	17	100 %	68	100 %	85	100 %
Le radiologue a informé des modalités thérapeutiques						
Oui	6	35 %	43	63 %	49	58 %
Non	11	65 %	25	37 %	36	42 %
Effectif répondants	17	100 %	68	100 %	85	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 59
Satisfaction des patients
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Questionnaires patients renvoyés avec les questionnaires acte par le service de l'IRM	12	16 %
Nombre de questionnaires patients	77	100 %
Accueil du personnel administratif et de l'équipe médicale		
Très satisfaisant	36	47 %
Satisfaisant	38	50 %
Peu satisfaisant	1	1 %
Médiocre	1	1 %
Effectif répondants	76	100 %
Impression que l'équipe médicale a fait le maximum pour soulager la douleur ou diminuer l'inconfort		
Oui	66	90 %
Non	7	10 %
Effectif répondants	73	100 %
Le patient reviendrait-il dans l'établissement en cas de besoin		
Oui	73	97 %
Non	2	3 %
Effectif répondants	75	100 %
Recommanderait-il l'établissement à un ami		
Oui	74	97 %
Non	2	3 %
Effectif répondants	76	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 60
Résultat de l'IRM et retour d'information à l'adreur
(questionnaire acte et questionnaire adreur)

	Effectif	Pourcentage
Résultat de l'IRM		
Certainement pathologique	63	72 %
Probablement pathologique	14	16 %
Probablement normal	7	8 %
Certainement normal	3	3 %
Total répondants	87	100 %
L'adreur a revu le patient depuis l'IRM		
Oui	26	79 %
Non	7	21 %
Ensemble	33	100 %
L'adreur a eu le compte-rendu d'IRM		
Oui	29	88 %
Non	4	12 %
Ensemble	33	100 %
L'adreur a eu les clichés d'IRM		
Oui	25	76 %
Non	8	24 %
Ensemble	33	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

6. Analyse par traceur : la cholécystectomie

6. Analyse par traceur : la cholécystectomie

6.1 Les informations disponibles

Les tableaux correspondant à ce chapitre se trouvent à la fin de celui-ci.

6.1.1 Représentativité

Globalement, un quart des sites concernés ont participé et près de 40 % du volume d'activité a été capté. La participation a été meilleure dans le public que dans le privé en terme de sites, mais en termes de volume d'activité, le secteur privé est mieux représenté (Cf. Chapitre 3).

6.1.2 Patients inclus et patients exclus

Sur les 167 patients recrutés pour l'enquête, 38 ont été exclus, parce qu'ils ont refusé de participer (17), qu'ils n'étaient pas en mesure de donner leur consentement (19) ou qu'ils étaient déjà hospitalisés dans l'établissement pour un autre motif.

Tableau n° 61
Nombre de patients enquêtés

Patients inclus	129
Patients exclus, dont :	38
- refus	17
- pas en mesure de donner consentement	19
- hospitalisés pour autre motif	2
Patients enquêtés	167

Source : CREDES-URML IdF1999

Finalement, 129 actes ont fait l'objet d'un recueil auprès du patient (110 questionnaires), du médecin ayant réalisé l'acte (123 questionnaires) ou/et du médecin adresseur (49 questionnaires), avec le degré de recoupement des informations indiqué dans le tableau suivant.

Tableau n° 62
Information disponible pour les actes observés

Questionnaires remplis	Nombre des observations
Q. patient + Q. acte + Q. Adresseur	45
Q. patient + Q. acte	58
Q. patient	7
Q. acte + Q Adresseur	3
Q. acte	16
Nombre d'actes inclus	129

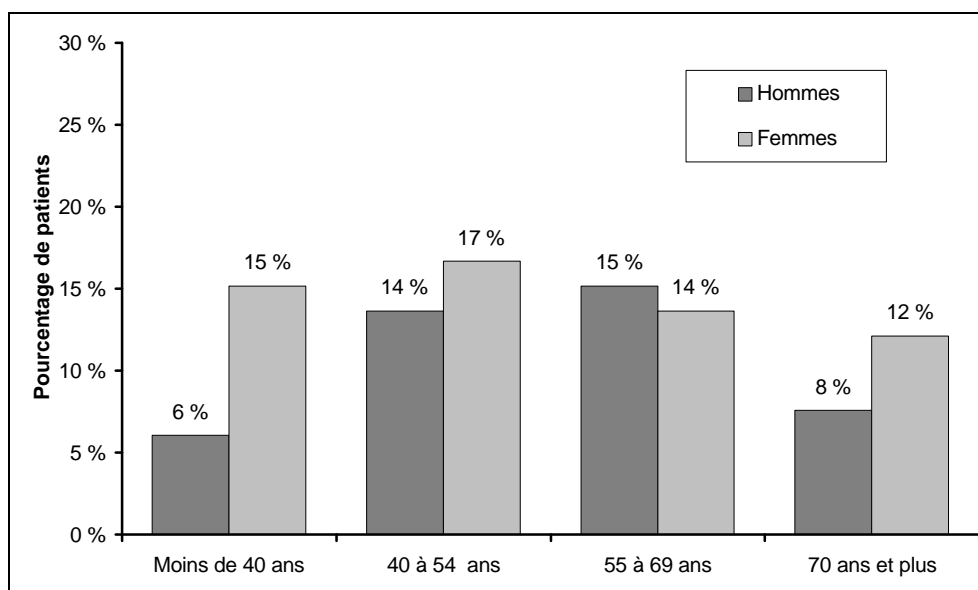
Source : CREDES-URML IdF1999

6.2 Les caractéristiques des patients

Les deux tiers des patients ayant subi une cholécystectomie au cours de la période d'enquête sont des femmes. De manière très surprenante, la proportion de femmes diffère significativement entre le secteur public et privé. Elle est de 58 % dans le secteur privé et de 80 % dans le secteur public. Cette sur-représentation féminine dans le secteur public s'observe à tous les âges, sauf pour les personnes les plus âgées (Tableaux 63 et 64 et Graphiques 26 et 27).

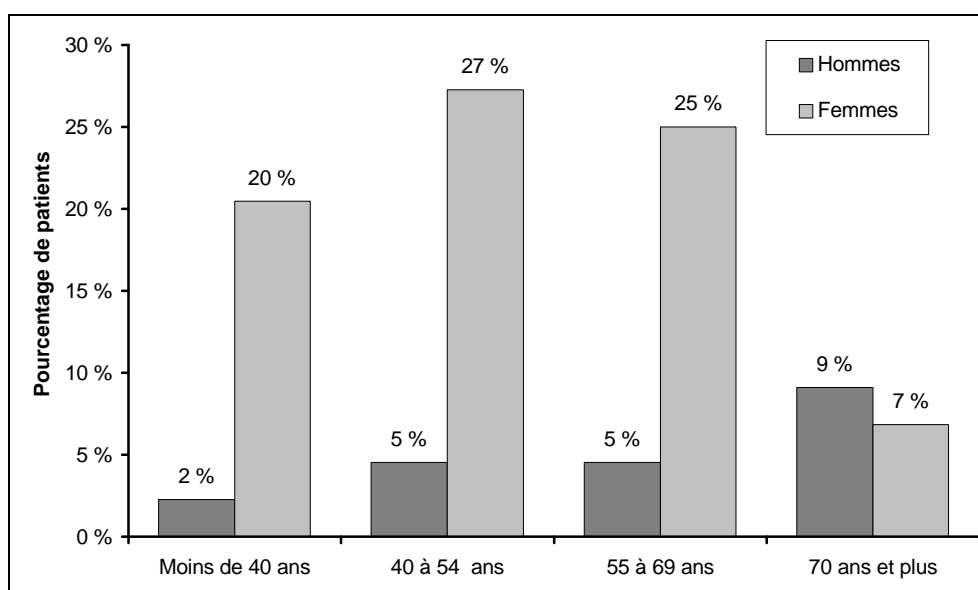
Une analyse sur la base du PMSI 97, pour les patients hospitalisés pour cholécystectomie, ne retrouve pas cette différence observée dans l'enquête entre le secteur public et privé.

Graphique n° 26
Répartition des patients selon l'âge et le sexe dans le secteur privé



Source : CREDES-URML IdF1999

Graphique n° 27
Répartition des patients selon l'âge et le sexe dans le secteur public ou PSPH



Source : CREDES-URML IdF1999

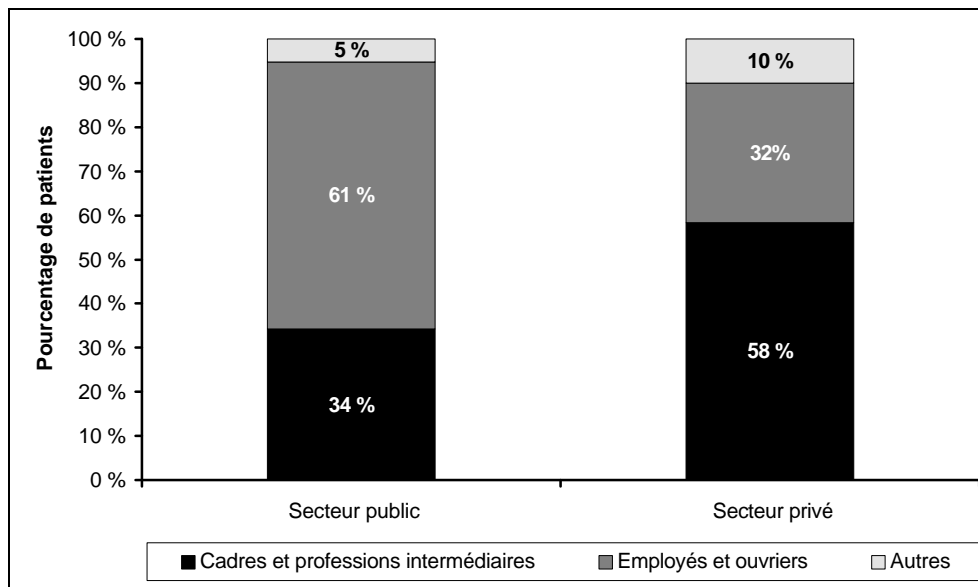
Si en moyenne les patients sont âgés de 53 ans, 57 ans pour les hommes et 51 ans pour les femmes, on constate une proportion non négligeable de personnes relativement jeunes, puisque près de 22 % des patients ont moins de 40 ans. On notera que globalement les structures par âge des patients sont pratiquement équivalentes dans le secteur public et privé : 21 à 23 % de personnes de moins de 40 ans, 32 à 30 % de 40 à 54 ans, 30 à 29 % de 55 à 69 ans et 16 à 20 % de patients plus âgés.

46 % des patients sont des actifs travaillant et 7 % des chômeurs. Les retraités représentent 36 % des opérés, les femmes au foyer 8 % et l'on observe 2 étudiants.

Parmi les répondants, les personnes issues de milieux de cadres et de professions intermédiaires sont fortement représentées, presque la moitié des opérés. 28 % des patients sont des employés et 15 % des ouvriers.

La proportion d'ouvriers et d'employés est significativement différente entre le secteur public et privé. (Cf. Tableau 65 et Graphique 28). Elle est presque deux fois plus élevée dans le secteur public, 61 %, que dans le secteur privé, 32 %. Chez les femmes les structures sociales sont presque similaires entre les secteurs. Par contre chez les hommes, les différences sont considérables, puisque les personnes issues des milieux d'employés et d'ouvriers représentent à peine 15 % des hommes du secteur privé, mais plus des trois quarts de ceux du secteur public (9 hommes).

Graphique n° 28
Répartition des patients par milieu social dans le secteur public ou PSPH et le secteur privé



Source : CREDES-URML IdF1999

Bien entendu, le niveau d'études des patients, qui recouvre en partie leur milieu social, est notablement plus élevé dans le secteur privé, mais cette différence n'est pas significative.

19 % des patients déclarent être pris en charge à 100 %, dont presque les deux tiers le sont dans le cadre d'une affection de longue durée. Enfin 89 % d'entre eux bénéficient d'une couverture complémentaire maladie (Cf. Tableau 66).

6.2.1 Caractéristiques cliniques

Pratiquement la moitié des patients ont des microlithiases

La plupart des patients ayant subi une cholécystectomie, 89 %, ont eu, dans un passé plus ou moins récent, au moins un épisode de colique hépatique typique. Les autres présentent rarement des épigastralgies inexplicables, 3 %, des douleurs inter-scapulo-vertébrales, 1 %, voire d'autres symptômes. Moins de 2 % des interventions ont eu lieu pour des patients ayant une lithiase totalement asymptomatique.

Il est à noter que selon le chirurgien, pratiquement la moitié des patients présentaient des microlithiases à l'échographie réalisée antérieurement à l'intervention chirurgicale. Cette proportion se retrouve aussi bien chez les patients ayant présenté des crises typiques de coliques hépatiques que chez ceux ayant des douleurs atypiques (Cf. Tableau 67).

Le quart des patients ont un état clinique susceptible de compliquer leur prise en charge

Selon les chirurgiens, le quart des patients présentent une pathologie associée risquant de compliquer la prise en charge anesthésique et/ou chirurgicale.

Il s'agit essentiellement de maladies cardiovasculaires, 40 % des motifs cités (dont la moitié sont des hypertensions artérielles), de troubles endocriniens, 16 % (essentiellement des obésités), d'affections gastro-intestinales et d'insuffisance respiratoire, chacune 10 %, et enfin de tumeurs malignes, 8 % des affections citées. Bien entendu, le taux de patients avec complications augmente avec l'âge.

6.3 Les trajectoires

6.3.1 Les circuits de soins suivis par les patients

6.3.1.1 Les itinéraires des patients subissant une cholécystectomie sont assez stéréotypés

La quasi totalité des patients, 94 %, vient directement de l'extérieur de l'établissement hospitalier, ce sont des patients dit « de ville ». 5 % (6 patients) sont hospitalisés dans l'établissement pour un motif en relation avec la nécessité d'une cholécystectomie et 1 patient a été transféré d'un autre établissement (Cf. Tableau 69).

6.3.1.2 La plupart des patients sont adressés par un généraliste

Selon les chirurgiens interrogés, 87 % des patients (82 % dans le public, peu différent de 90 % dans le privé) qui ont eu une cholécystectomie au cours de la période d'enquête leur ont été adressés par un autre praticien et 13 % les ont consultés directement. Ce sont les généralistes qui leur adressent le plus souvent les patients, 73 % des cas d'adressage ; viennent ensuite les gastro-entérologues, 19 %, et les autres spécialistes, 8 %. L'accès direct au chirurgien, dans le cadre de ce type d'intervention est donc limité, de l'ordre de 13 %.

On notera que, dans notre échantillon, la proportion de patients adressés au chirurgien par un gastro-entérologue est deux fois plus élevée dans le secteur privé, 23 %, que dans le secteur public ou PSPH, 12 %, cette différence étant significative.

Les patients ont le plus souvent consulté ces médecins adresseurs dans le cadre d'un cabinet de ville, 80 % ; 11 % ont été vu dans un établissement hospitalier public et 5 % dans un établissement hospitalier privé.

Lorsqu'il y a adressage, la quasi totalité des patients opérés dans le secteur privé est adressée au chirurgien par un médecin exerçant dans le secteur privé. Dans le secteur public, moins de 30 % des patients opérés sont adressés au chirurgien par un médecin du secteur public, ce qui signifie que le recrutement des services de chirurgie publics, pour ce type d'intervention, provient essentiellement d'adresseurs du secteur privé.

Les informations relevées auprès des patients confirment celles relevées auprès des chirurgiens puisque 70 % des patients adressés au chirurgien déclarent l'avoir été par un généraliste et 16 % par un gastro-entérologue. Il est intéressant de noter que 87 % des adressages effectués par des généralistes sont le fait du généraliste habituel des patients (Cf. Tableau 68).

Au total, quelle que soit la personne interrogée, les généralistes sont les praticiens qui font le plus souvent les demandes de cholécystectomies, alors que celles faites par les gastro-entérologues représentent seulement, selon l'origine de l'information, de 16 % à 19 % de la totalité de ces demandes.

62 % des patients adressés aux chirurgiens et qui ensuite seront opérés le sont pour une demande explicite d'intervention et 38 % pour une demande d'avis sur l'opportunité d'un tel acte. Les demandes d'avis sont deux fois plus fréquentes dans le secteur public que le secteur privé, 58 % vs 25 %, et cette différence est significative. Très logiquement les généralistes demandent plus souvent l'avis du chirurgien, pour 42 % des patients qu'ils adressent, alors que ceci ne concerne que 16 % des patients adressés par les gastro-entérologues (Cf. Tableau 69).

6.3.1.3 Peu de patients prennent un deuxième avis médical avant de se faire opérer

Seuls 15 à 16 % des patients ont pris un second avis médical, entre la date où un praticien leur a conseillé de consulter le chirurgien et la date de l'intervention.

La moitié de ces personnes ont pris l'avis d'un seul médecin, 44 % l'avis de deux autres médecins et une personne a consulté 3 médecins différents.

6.3.2 Itinéraires et distances parcourues

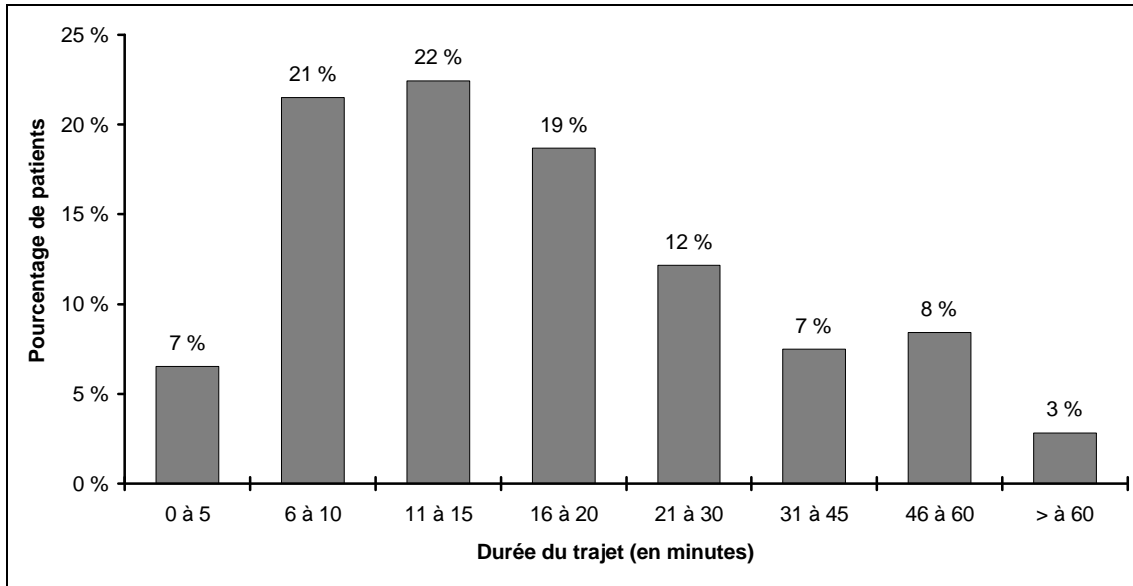
6.3.2.1 La plupart des patients partent de leur domicile et utilisent leur véhicule personnel

Pour se rendre dans l'établissement hospitalier où ils vont être opérés, 92 % des patients partent de leur domicile, 4 % du domicile d'amis et 2 % de leur lieu de travail. Il n'y a pour ce type d'intervention pratiquement aucun transfert interhospitalier (Cf. Tableau 70).

Plus des trois quart des patients déclarent utiliser comme moyen de transport leur véhicule personnel, 13 % les transports en commun et 3 % viennent à pied. L'utilisation du taxi ne concerne que 4 % des patients et les transports sanitaires moins de 4 % d'entre eux. Les données relevées auprès des chirurgiens recouvrent celles déclarées par les patients (Cf. Tableau 71).

La durée du transport est très courte, moins de 25 minutes en moyenne. Le mode et la médiane de la durée de trajet sont à 15 minutes. On peut donc d'ores et déjà considérer que pour ce type d'intervention, les patients se rendent dans un établissement hospitalier proche de leur lieu de résidence (Cf. Tableau 72 et Graphique 29).

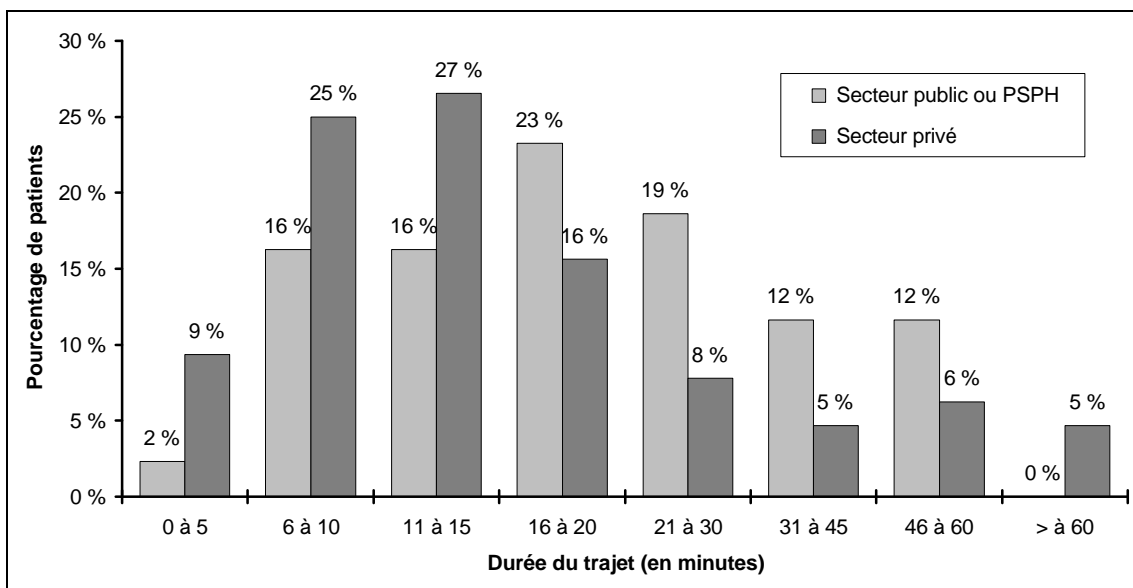
Graphique n° 29
Distribution des patients selon le temps de trajet mis pour se rendre dans l'établissement hospitalier où aura lieu la cholécystectomie



Source : CREDES-URML IdF1999

Même si en moyenne le temps de trajet est similaire pour accéder aux établissements des secteurs public et privé, 25 minutes, on constate une différence significative des distributions. Ainsi, dans le secteur privé 61 % des patients mettent moins de 16 minutes pour se rendre dans l'établissement où ils vont être opérés, alors que cette proportion représente à peine plus du tiers des patients se rendant dans un établissement du secteur public. Dans le secteur privé, le mode et la médiane de la distribution du temps de trajet se situe à 15 minutes ; elle est à 20 minutes pour le secteur public (Cf. Tableau 72 et Graphique 30).

Graphique n° 30
Distribution des patients selon le temps de trajet déclaré par les patients en fonction du statut de l'établissement d'hospitalisation

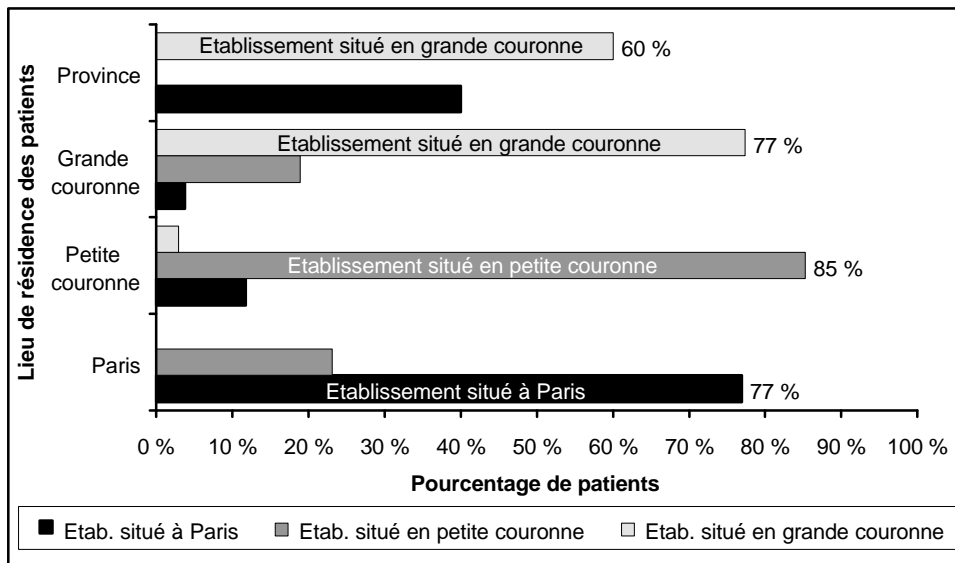


Source : CREDES-URML IdF1999

La plupart des patients se font opérer dans leur zone géographique

La plupart des habitants de Paris se font hospitaliser pour cholécystectomie dans un établissement situé à Paris même. Toutefois, quelques rares patients se rendent dans un établissement situé en petite couronne⁹. Concernant les habitants des autres zones géographiques, les quelques déplacements observés se font pratiquement tous de manière centripète : de la petite couronne vers Paris et de la grande couronne vers la petite couronne mais rarement vers Paris. Les quelques habitants de la province (6 personnes), (le plus souvent de département limitrophes) se rendent, soit dans des établissements situés en grande couronne, soit à Paris (Cf. Tableau 73 et Graphique 31).

Graphique n° 31
Le lieu d'hospitalisation selon le lieu de résidence des patients

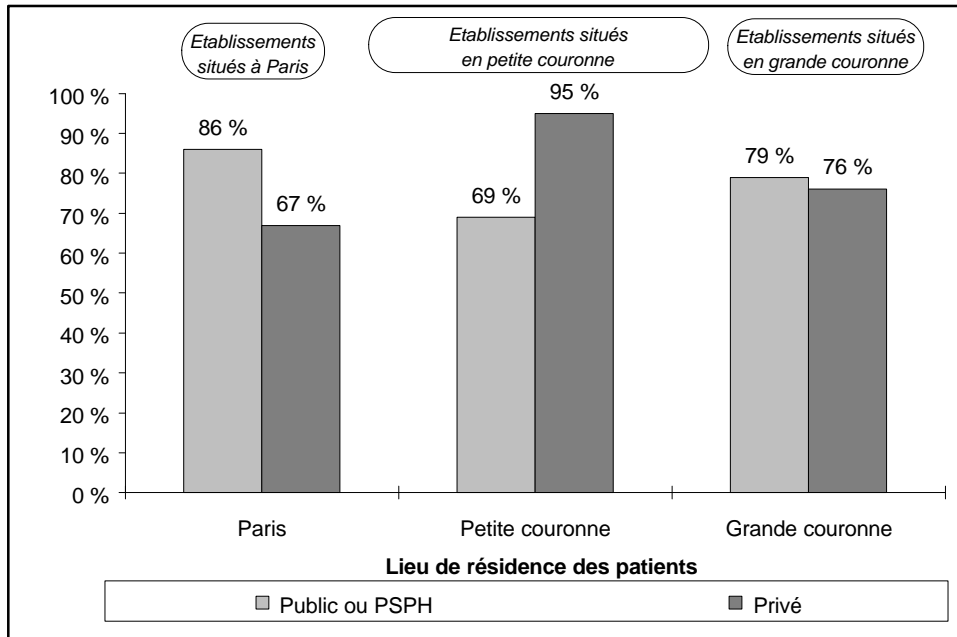


Source : CREDES-URML IdF1999

Le comportement des enquêtés est, quel que soit le statut de l'établissement choisi, relativement proche : la plupart des habitants d'une aire géographique choisissent un établissement situé dans la même aire géographique (Cf. Graphique 32).

⁹ En Île de France, on distingue traditionnellement 3 zones géographiques : Paris intra-muros, la petite couronne regroupant les départements 92, 93 et 94 (la proche banlieue) et la grande couronne regroupant les départements du 77, 78, 91 et 95.

Graphique n° 32
Pourcentage de patients habitant une aire géographique et choisissant de se faire opérer dans la même aire géographique, selon le statut de l'établissement d'hospitalisation

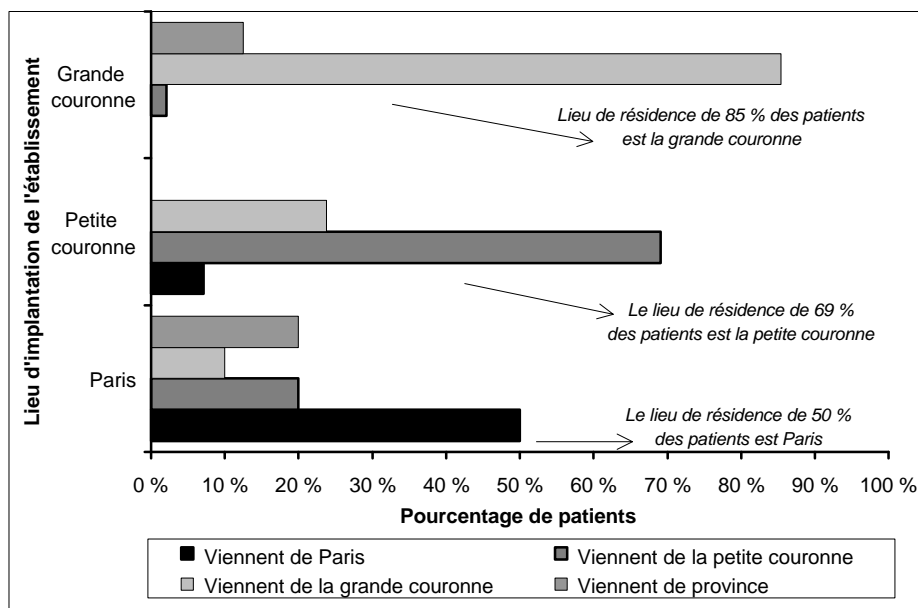


Source : CREDES-URML IdF1999

Les sites parisiens attirent les habitants de toute la région parisienne

Autrement présenté on peut dire, pour les établissements ayant participé à l'enquête, que seule la moitié des patients hospitalisés pour cholécystectomie dans un établissement parisien habitent à Paris. Dans les établissements de la petite couronne, la proportion d'habitants de la même aire géographique est de 69 % et dans la grande couronne de 85 % (Cf. Tableau 74 et Graphique 33).

Graphique n° 33
Origine géographique des patients, selon le lieu d'implantation des établissements d'hospitalisation



Source : CREDES-URML IdF1999

6.3.3 Distances parcourues

On peut appréhender les déplacements de différentes manières ; nous en utiliserons deux.

⇒ La première méthode consiste à calculer des distances moyennes. Au vu des informations disponibles dans l'enquête on peut en calculer deux :

- la distance séparant la commune de résidence du patient de la commune d'implantation de l'établissement hospitalier,
- la distance séparant la commune lieu de départ du patient de la commune d'implantation de l'établissement hospitalier.

Étant donné que 92 % des patients déclarent partir de leur domicile pour se rendre dans l'établissement hospitalier où ils vont être opérés, ces deux distances sont en fait peu différentes. Afin de simplifier la présentation, nous ne présenterons donc que les résultats concernant les distances calculées à partir du lieu de résidence.

Si l'analyse de la distance moyenne est une manière intéressante d'étudier les déplacements, c'est également une approche délicate, dans la mesure où un seul individu venant de loin peut perturber la moyenne d'un groupe d'individus au comportement pourtant homogène, surtout si les effectifs observés sont réduits.

⇒ La seconde méthode, dont les résultats sont beaucoup plus stables, consiste à se demander si les personnes observées se sont rendues à l'endroit le plus proche de leur domicile où si elles se sont déplacées dans un endroit plus éloigné.

Pour ce qui concerne ce traceur, nous avons recensé dans le PMSI tous les établissements hospitaliers susceptibles de réaliser des cholécystectomies. Nous avons ensuite recherché les établissements les plus proches du domicile des patients qui ont répondu à l'enquête. Enfin, nous avons comparé l'implantation de l'établissement où ils s'étaient rendus à l'implantation de l'établissement le plus proche où ils auraient pu se rendre.

Distance et établissement le plus proche sont deux informations complémentaires qui parfois apparaissent contradictoires. Ainsi n'est il pas rare d'observer une longue distance, alors que le patient se rend dans l'établissement le plus proche de son domicile, et à l'inverse une courte distance, alors que le patient ne se rend pas dans l'établissement le plus proche. Cette contradiction apparente traduit simplement une différence d'offre de soins.

La distance moyenne séparant le lieu de résidence du patient de l'établissement où il se fait opérer est de 7,4 km¹⁰ (cf. Tableau 75), ce qui n'est pas très éloigné, et pourtant seuls 40 % des patients se font opérer de la vésicule dans l'établissement le plus proche de leur domicile.

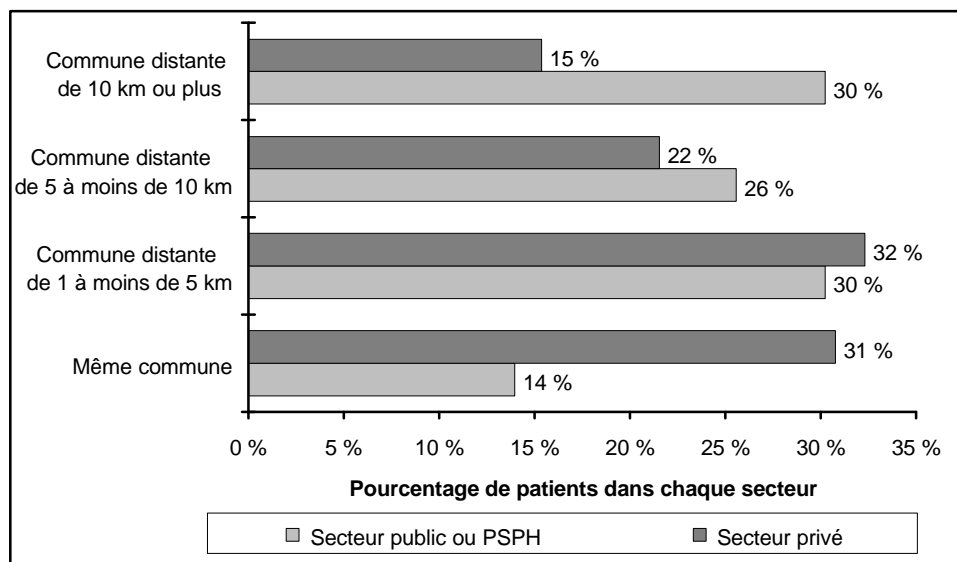
Lorsque l'établissement d'hospitalisation est un établissement privé, les patients parcourent en moyenne 6,3 km, et lorsqu'il s'agit d'un établissement public, 9,2 km (différence significative). Ceci peut s'expliquer par deux phénomènes :

- une offre plus importante d'établissements chirurgicaux dans le secteur privé que dans le secteur public,
- un comportement des patients se traduisant par le fait que presque la moitié des patients du privé se font opérer dans l'établissement le plus proche, alors que cette proportion n'est que de 30 % pour les patients opérés dans le secteur public (différence significative au seuil de 10 %). Par ailleurs, 30 % des patients hospitalisés dans le secteur privé le sont dans un établissement situé dans la même

¹⁰ On été exclues dans le calcul de la moyenne, les 4 personnes dont le lieu de résidence se situait à plus de 60 km du lieu de leur hospitalisation. En effet, ces longues distances venaient perturber considérablement les valeurs habituellement observées.

commune que leur lieu d'habitation. Cette proportion est moitié moindre quant il s'agit de patients du secteur public. A l'opposé, seuls 15 % des hospitalisés dans le secteur privé le sont dans une commune située à plus de 10 km de leur domicile, alors que cette proportion double pour les patients hospitalisés dans le secteur public (Cf. Tableau 77 et Graphique 34).

Graphique n° 34
Répartition des patients hospitalisés dans le secteur privé et dans le secteur public,
en fonction de la distance séparant leur commune de résidence
de la commune de l'établissement hospitalier



Source : CREDES-URML IdF1999

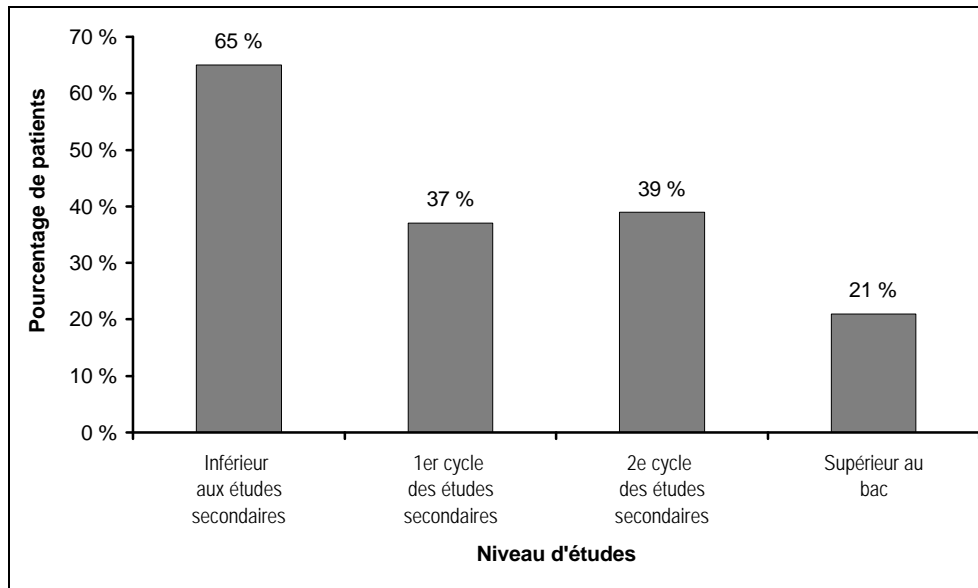
Les distances les plus courtes entre domicile et lieu d'hospitalisation sont relevées pour les patients les plus jeunes, 4,5 km. Les patients de 40 à 54 ans parcourent quant à eux 7,8 km et pourtant ce sont eux qui se font hospitaliser le plus souvent au plus proche de leur domicile. Les patients plus âgés parcourent en moyenne 6,5 km, et toutefois ils sont proportionnellement les plus nombreux à se rendre dans les établissements les plus proches de leur lieu d'habitation. Ces écarts de comportement en fonction de l'âge ne sont toutefois pas significatifs.

Les comportements des hommes et des femmes sont peu différents ; si les femmes parcourent un peu plus de kilomètres en moyenne ceci s'explique aisément par le fait qu'elles sont notablement plus nombreuses à être hospitalisées dans le secteur public, dont l'offre en site de chirurgie est moins importante que dans le secteur privé.

Par rapport aux autres milieux sociaux, les patients vivant dans un milieu de cadres ou de personnes exerçant une profession intermédiaire parcourent un peu plus de distance et se rendent un peu moins souvent dans les établissements les plus proches de leur domicile, mais ces différences ne sont cependant pas significatives.

Lorsque l'on étudie les déplacements en fonction du niveau d'étude on constate que les patients ayant un niveau d'étude inférieur au second cycle parcourent 5 km, alors que les autres en parcourent 8,6 km ; toutefois ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs. Par contre, le fait d'être hospitalisé dans l'établissement le plus proche de son domicile est significativement lié au niveau d'étude des patients. Ainsi, alors que pratiquement les deux tiers des patients dont le niveau d'études est inférieur au secondaire sont hospitalisés dans l'établissement le plus proche de leur domicile, cette proportion n'est plus que de un patient sur cinq parmi ceux qui ont effectué des études supérieures au bac (Cf. Tableau 76 et Graphique 35).

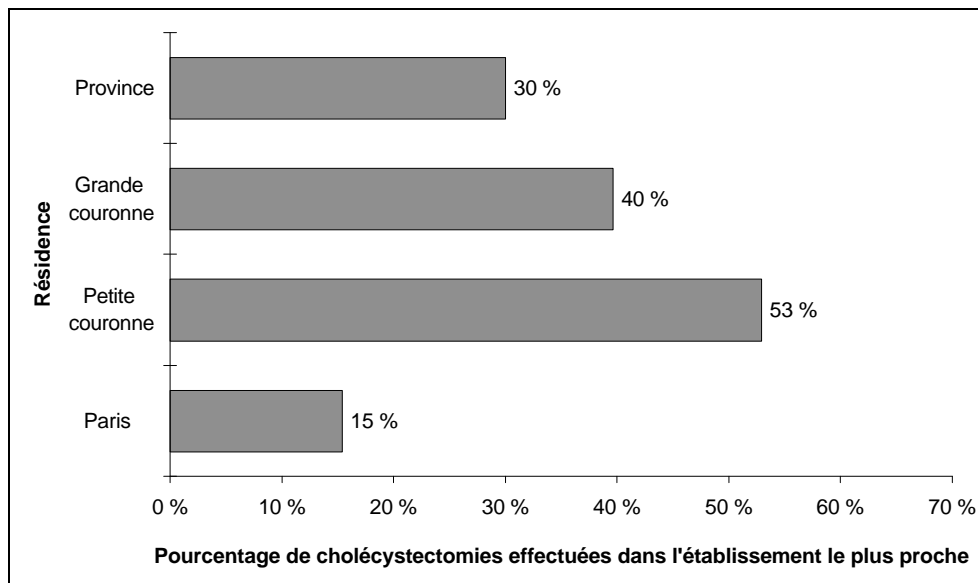
Graphique n° 35
Pourcentage de patients hospitalisés dans l'établissement le plus proche de leur domicile, selon leur niveau d'études



Source : CREDES-URML IdF1999

Les comportements et les distances parcourues varient également de manière tout à fait significative avec la zone géographique dans laquelle sont domiciliés les patients. Ainsi, les personnes dont le lieu de résidence se situe à Paris ou en petite couronne, parcourent en moyenne 2,6 à 2,7 km, alors que celle résidant en grande couronne effectuent plus de 8 km et celles venant de la proche province, 38,2 km. Ce sont les patients résidant en petite couronne qui vont le plus souvent au plus près, 53 % d'entre eux, et les habitants de Paris qui vont le moins souvent au plus près (Cf. Graphique 36).

Graphique n° 36
Pourcentage de cholécystectomies réalisées dans l'établissement hospitalier le plus proche du domicile du patient, selon le lieu de résidence des patients



Source : CREDES-URML IdF1999

Lorsque le patient choisit (ou a été orienté vers) un établissement donné, il s'agit assez rarement (27 % des cas) de l'établissement le plus proche de son domicile.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, lorsque le patient consulte un chirurgien parce que celui-ci l'a déjà soigné, il parcourt peu de distance, 1,6 km et il se fait opérer dans trois-quarts des cas dans un établissement proche de son domicile (*le nombre d'observation étant limité, 9, ce résultat est à interpréter avec prudence*).

6.4 Les délais

En fonction des questions posées dans l'enquête on peut distinguer différents délais.

1. Selon les informations relevées au niveau des patients :

- le délai entre la consultation au cours de laquelle un médecin a conseillé au patient de consulter un chirurgien et la consultation proprement dite, que l'on appellera le délai d'attente de la consultation chirurgicale,
- le délai entre la consultation au cours de laquelle le chirurgien a fixé le rendez-vous pour l'intervention et l'intervention elle-même, que l'on appellera délai d'attente de l'intervention (Cf. Tableau 78),
- le délai s'étant écoulé entre la première consultation où a été évoqué la nécessité de voir un chirurgien et la cholécystectomie, que l'on appellera délai global,
- la perception par le patient lui-même de la longueur excessive ou non du délai séparant la prise de rendez-vous pour l'intervention de l'intervention elle-même (Cf. Tableau 79).

2. Selon les informations recueillies auprès du chirurgien, le délai séparant l'apparition des symptômes de la cholécystectomie.

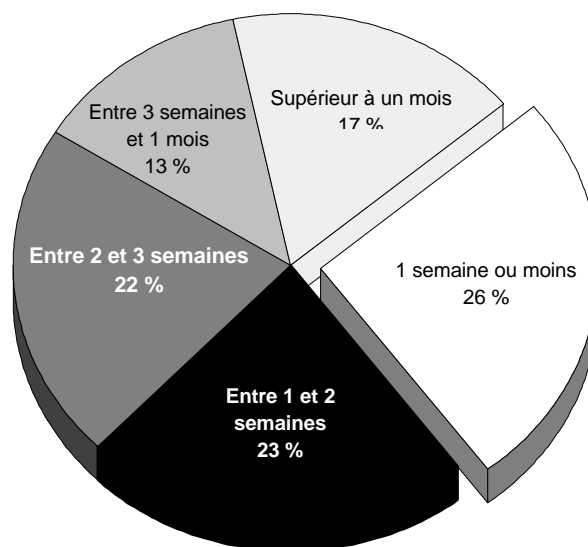
Le délai d'attente de la consultation chirurgicale est en moyenne de 17 jours

Durant ce délai d'attente, 15 % des patients ont pris l'avis d'au moins un autre médecin, plus du quart des patients hommes et moins de 9 % des femmes. Si ce comportement semble plus répandu dans les milieux de cadres et de personnes exerçant une profession intermédiaire, 19 % d'entre eux, que dans les autres milieux sociaux, 12 %, cette différence de comportement n'est cependant pas significative.

La moitié des patients sont opérés dans les deux semaines suivant la prise du rendez-vous opératoire

Le délai compris entre la consultation où le chirurgien a fixé la date de l'intervention et l'intervention elle-même est également en moyenne de 17 jours ; la médiane se situe à 15 jours. Ce délai est pratiquement semblable dans le secteur public, 19 jours que dans le secteur privé 15 jours (Cf. Tableau 80 et Graphique 37).

Graphique n° 37
Répartition des patients,
selon le délai séparant la consultation au cours de laquelle le chirurgien
à donné rendez-vous pour l'intervention, de l'intervention elle même

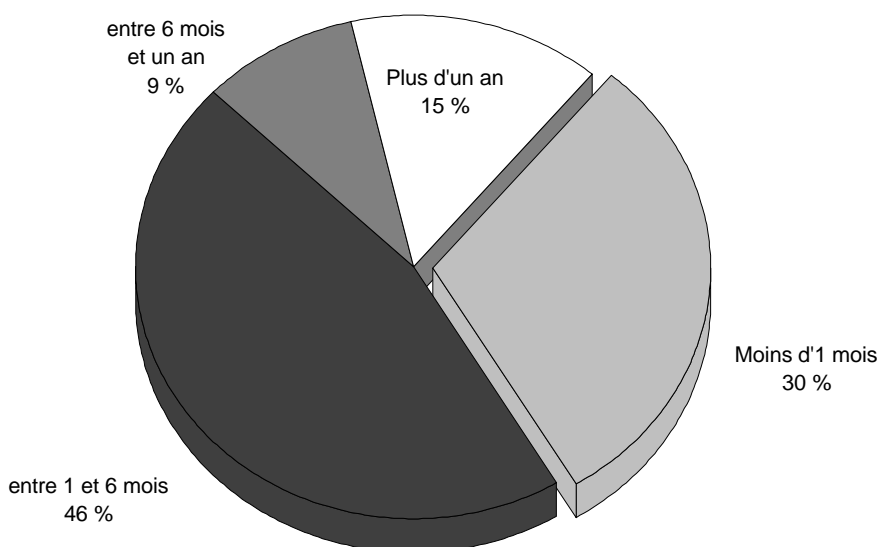


Source : CREDES-URML IdF1999

L'intervention chirurgicale suit de près les premiers symptômes

Presque le tiers des patients ayant eu à subir au moins une crise de colique hépatique (et qui se font opérer) se sont fait opérer dans le mois suivant le premier épisode douloureux et 46 % ont attendu entre 1 et 6 mois. Au total, plus des trois quart des patients ayant eu à supporter au moins une crise de colique hépatique se font opérer dans les 6 mois suivant leur première crise douloureuse. Ceci signifie également que 25 % d'entre eux attendent plus de 6 mois (9 % entre 6 et 12 mois et 14 % plus d'un an) (Cf. Graphique 38).

Graphique n° 38
Répartition des patients ayant eu au moins une crise de colique hépatique typique, selon le temps
séparant la première crise de l'intervention chirurgicale



Source : CREDES-URML IdF1999

Très peu de patients estiment que les délais d'attente sont trop longs

88 % des patients estiment que le délai séparant le jour où le chirurgien leur a donné le rendez-vous pour l'opération et le jour de l'intervention est d'une durée convenable ; 6 % d'entre eux n'ont pas d'opinion, mais 6 % se plaignent d'avoir trop attendu. Objectivement, ces quelques patients qui se plaignent d'avoir trop attendu ont des délais significativement plus longs que ceux qui estiment que le délai a été convenable, respectivement, 29 jours et 16 jours.

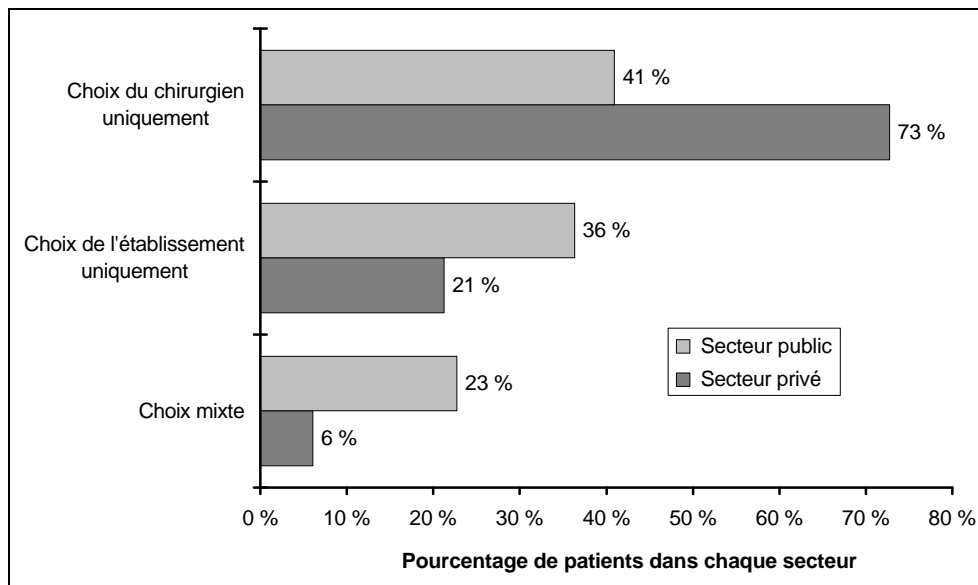
6.5 Les motifs de choix

Les patients choisissent avant tout le chirurgien qui les opère

60 % des patients opérés d'une cholécystectomie déclarent avoir choisi uniquement le chirurgien qui les a opérés, et non pas l'établissement dans lequel ils se sont rendus, le quart d'entre eux déclarent avoir uniquement choisi l'établissement et 13 % ont choisi à la fois le chirurgien et l'établissement. Ces proportions diffèrent significativement entre le secteur public et privé. En effet, dans le secteur privé, presque les trois quart des patients disent avoir choisi uniquement le chirurgien et 6 % à la fois le chirurgien et l'établissement. Dans le secteur public, 41 % des patients déclarent avoir choisi seulement le chirurgien et 23 % à la fois le chirurgien et l'établissement.

Dans notre échantillon, les patients du secteur privé déclarent presque deux fois moins souvent que ceux du secteur public (21 % et 36 %) choisir uniquement l'établissement dans lequel ils vont être opérés. Leurs choix s'appuient donc d'avantage sur le chirurgien que sur l'établissement proprement dit (Cf. Tableau 81 et Graphique 39).

Graphique n° 39
Répartition des patients du secteur public et privé
selon les orientations de leur choix fondé sur le chirurgien ou l'établissement

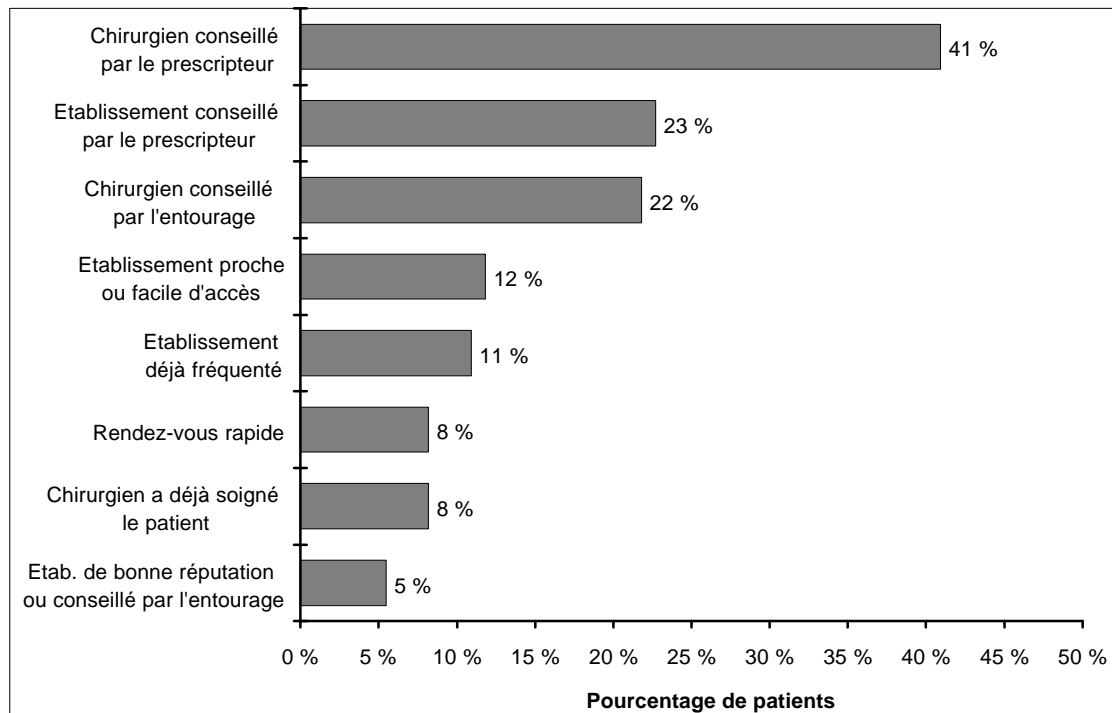


Source : CREDES-URML IdF1999

La moitié des patients les plus jeunes, moins de 40 ans, déclarent choisir uniquement l'établissement dans lequel ils vont être opérés alors que cette proportion est de 24 % pour les personnes de 40 à 54 ans et de seulement 16 % pour les patients de 55 ans et plus. Ces différences sont significatives au seuil de 10 %. Il n'y a par contre pas de d'écart entre les orientations des choix faits par les hommes et les femmes.

En moyenne les patients notent 1,3 motif les ayant conduit à choisir le chirurgien qui va les opérer et/ou l'établissement hospitalier dans lequel ils vont être opérés (Cf. Tableau 81 et Graphique 40).

Graphique n° 40
Pourcentage de patients, selon le ou les motifs de choix du lieu de l'intervention



Source : CREDES-URML IdF1999

Les conseils du médecin prescripteur sont le motif de choix prépondérant

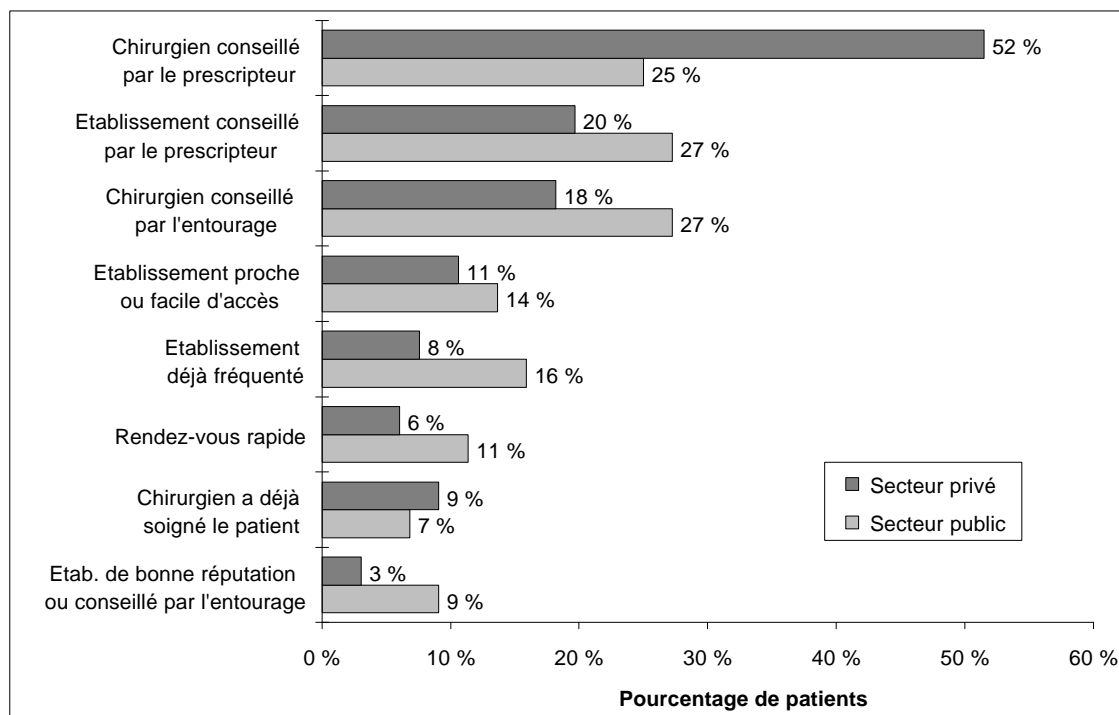
Les motifs qui poussent les patients à choisir plutôt le chirurgien ou le site dans lequel ils vont être opérés sont fortement influencés par le médecin adresseur. En effet, ceux-ci conseillent à 40 % de leurs patients de se faire opérer par un chirurgien nommément désigné, et à plus de 20 % d'entre eux de se faire opérer dans un établissement déterminé.

Autre facteur important pour 22 % des patients, l'avis positif de leur entourage sur le chirurgien. On situe ici l'importance du degré de satisfaction des patients qui se sont fait opérer et qui peuvent donc influencer le choix d'une partie des patients qui vont se faire opérer. Ce degré de satisfaction intervient également pour 8 % des patients déjà soignés par le chirurgien et pour 11 % d'entre eux qui ont déjà fréquenté l'établissement. Les autres motifs de choix sont moins fréquemment cités. La proximité ou l'accessibilité de l'établissement influence tout de même 12 % des patients. Rappelons que la durée du trajet est inférieure ou égale à 15 minutes pour la moitié des patients, ce qui traduit, de fait, une proximité des établissements hospitaliers du domicile (ou du lieu de départ) des patients. Certains d'entre eux n'ont peut être pas cité ce motif, car ils sont domiciliés dans une zone géographique comportant une importante offre de soins, et que donc ce problème ne se pose pas. Enfin, citons la possibilité d'un rendez-vous rapide qui influence 8 % des patients et la bonne réputation de l'établissement ou le conseil de l'établissement par l'entourage 6 %.

Les motifs de choix diffèrent de manière significative en fonction du statut de l'établissement d'hospitalisation. En effet, plus de la moitié des patients hospitalisés dans le secteur privé disent avoir choisi le chirurgien qui les a opérés, notamment parce que le médecin qu'ils avaient consulté leur avait conseillé ce chirurgien en particulier. Cette proportion ne concerne que le quart des patients du secteur public.

Du fait de la prépondérance de ce motif de choix chez les patients du secteur privé, les autres motifs de choix sont plus fréquemment cités par les patients du secteur public, mais les différences ne sont pas significatives (Cf. Graphique 41).

Graphique n° 41
Pourcentage de patients, selon les motifs les ayant influencés dans leur choix,
pour les patients du secteur public et ceux du secteur privé



Source : CREDES-URML IdF1999

Une petite majorité des patients accordent de l'importance au statut de l'établissement

Afin de percevoir l'influence éventuelle du statut de l'établissement dans le processus de décision, nous avons demandé aux patients qui pensaient être plus ou moins intervenus dans le choix de l'établissement, si ce statut public ou privé avait influencé leur choix, et si oui pour quelle(s) raison(s) parmi cinq qui leur étaient proposées.

57 % des patients disent avoir été influencés dans leur choix par le statut de l'établissement, 47 % des patients ayant opté pour le secteur privé et 70 % de ceux ayant choisi le public.

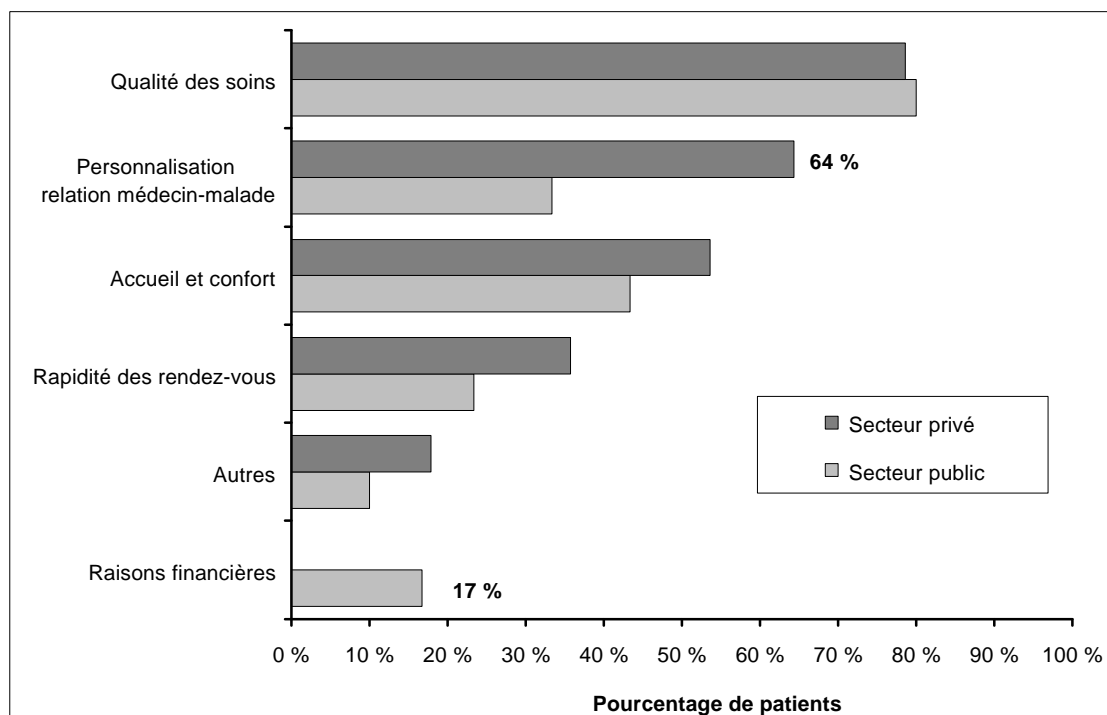
Parmi les raisons qui les ont poussés à choisir plutôt un établissement de statut public ou privé, arrive très largement en tête la qualité des soins, citée dans le privé comme dans le public par 80 % des personnes (Cf. Tableau 82).

Parmi les cinq motifs proposés, les réponses à deux d'entre eux distinguent très nettement le comportement des patients ayant choisi le public ou le privé.

La personnalisation de la relation médecin malade est deux fois plus souvent citée par les patients du privé ayant peu ou prou participé au choix de l'établissement où ils se sont fait hospitaliser, 64 % pour le privé, vs 33 % pour le public. Par contre, les raisons financières motivent le choix de 17 % des patients du secteur public (5 personnes), alors qu'aucune personne du secteur privé ne cite cet item pour motiver le choix de ce secteur.

Concernant les deux autres propositions citées, et toujours pour les personnes qui déclarent être intervenues dans le choix de leur établissement d'hospitalisation, les différences de réponse entre secteur privé et public sont moindres, voire non significatives. La qualité de l'accueil et du confort est citée par 54 % des personnes du privé, mais aussi, et de manière peut être moins classique, par 43 % des personnes du public. Quant à la rapidité des prises de rendez vous, elle est citée par environ le tiers des patients du privé, mais aussi par le quart de ceux du public (Cf. Graphique 42).

Graphique n° 42
Pourcentage de patients déclarant être plus ou moins intervenus dans le choix de l'établissement et avoir été influencés par le statut public ou privé, selon les raisons qui les ont influencés



Source : CREDES-URML IdF1999

6.6 Impact des trajectoires sur les conditions de prise en charge

6.6.1 Déroulement de l'hospitalisation et adéquation médicale de la prise en charge

Pratiquement tous les patients disposent d'une échographie abdominale récente

Avant l'intervention, les chirurgiens disposent pour pratiquement tous leurs patients d'une échographie abdominale datant de moins de 6 mois (sauf pour 2 patients) et d'un bilan enzymatique hépatique (96 % des patients) (Cf. Tableau 84).

D'autres examens sont moins demandés, tels les bilans enzymatiques pancréatiques, qui concernent 69 % des patients et la radiographie de l'abdomen sans préparation, le tiers d'entre eux.

Enfin, d'autres actes sont rarement demandés tels l'écho-endoscopie pancréato-biliaire qui n'est effectuée que pour 13 % des patients et la tomodensitométrie hépato-biliaire pour 8 % d'entre eux.

Pas de cholangiographie per-opérateur systématique

88 % des cholécystectomies observées ont été réalisées sous coelioscopie uniquement, 4 % sous coelioscopie avec conversion secondaire en laparotomie, et 8 % par laparotomie ou mini-laparotomie (Cf. Tableau 85).

Presque toutes les cholécystectomies ont été réalisées dans une salle d'opération équipée du matériel permettant de réaliser éventuellement une cholangiographie per-opérateur. Toutefois, 3 interventions sur les 123 prises en compte dans l'enquête se sont déroulées dans une salle non équipée de ce matériel.

Disposer du matériel ne signifie pas qu'il soit forcément utilisé ; en effet, une cholangiographie per-opérateur a été pratiquée uniquement lors de 45 % des interventions. Cet examen est significativement plus fréquent lorsque le patient présente des microlithiases à l'échographie abdominale pré-opérateur, 58 %, que lorsqu'il n'en présente pas, 37 %.

Quant à l'âge du patient, il n'intervient pas de manière significative dans la décision de pratiquer ou non une cholangiographie per-opérateur.

A l'inverse de ce que l'on observe pour le matériel de cholangiographie per-opérateur, la plupart des cholécystectomies se déroulent dans des salles ne disposant pas de matériel permettant de réaliser une sphinctérotomie endoscopique per-opérateur. En effet, seules 8 % des cholécystectomies sont effectuées dans des salles d'opération équipées de ce matériel.

En fin d'intervention, 20 % des patients ont bénéficié d'un geste à visée d'analgésie post-opérateur, tel par exemple qu'une vaporisation d'anesthésique sur les coupes diaphragmatiques. Par contre, dans les heures suivant l'intervention pratiquement tous les patients (97 %) ont bénéficié d'un protocole à visée d'analgésie post-opérateur, dans leur service d'hospitalisation. Ce service est dans presque tous les cas un service de chirurgie, mais 2 % des patients (3 personnes) sont transférés à l'issue de l'intervention dans un service de réanimation ou de soins intensifs.

Quoiqu'il en soit, tous les patients du secteur public comme privé estiment que les chirurgiens et leurs assistants ont fait le maximum pour soulager leur douleur et diminuer leur inconfort au cours de l'intervention.

Selon les experts consultés, et compte tenu des informations susceptibles d'être relevés par une telle enquête, seuls trois critères sont jugés indispensables pour considérer qu'une cholécystectomie a été réalisée dans un environnement médical optimal :

- * la présence dans la salle d'opération d'un équipement permettant de réaliser une cholangiographie per-opérateur,
- * l'envoi de la vésicule au laboratoire pour examen anatomo-pathologique,
- * une échographie abdominale datant de moins de 6 mois.

La présence de ces trois critères étant jugés indispensables, on peut donc considérer que les trajectoires suivies par les patients, pour lesquels ces trois critères ne sont pas respectés ne sont pas des trajectoires optimales.

Selon ces critères la quasi totalité des trajectoires, sauf cinq, peuvent être considérées comme optimales. En effet, toutes les vésicules ont été transmises au laboratoire, tous les patients sauf deux ont une échographie abdominale datant de moins de 6 mois et toutes les cholécystectomies sauf trois ont été réalisées dans une salle comportant le matériel nécessaire à une cholangiographie per-opérateur.

La présence d'autres critères, bien que n'étant pas jugée indispensable par les experts, est considérée comme souhaitable. Deux avis ont été émis :

- * les experts considèrent qu'il n'y a pas lieu d'intervenir sur une lithiase asymptomatique ;
- * ils estiment souhaitable la présence dans la salle d'opération d'un équipement permettant de réaliser une sphinctérotomie endoscopique per-opératoire.

Concernant la présence d'une symptomatologie clinique, seules deux cholécystectomies ont été réalisées pour lithiase asymptomatique. Par contre, plus de 90 % des cholécystectomies observées ont été effectuées dans une salle ne disposant pas du matériel pour sphinctérotomie endoscopique per-opératoire.

Au total, on peut donc considérer que plus de 96 % des cholécystectomies sont réalisées de manière optimale au plan médical. Par contre, il est encore possible d'améliorer la prise en charge des patients en équipant les salles du matériel permettant une sphinctérotomie endoscopique per-opératoire.

6.6.2 Adéquation des délais

Les experts n'ont pas retenu de délais à respecter pour réaliser une cholécystectomie, dans le cadre d'une lithiase vésiculaire non compliquée. Toutefois, ils considèrent que la présence de microlithiases devrait raccourcir les délais d'intervention.

Dans l'enquête, lorsque le patient présente des micro-lithiases à l'échographie abdominale, le chirurgien fixe l'intervention à peine plus rapidement que lorsqu'il n'en présente pas, respectivement 15 jours et 19 jours ; ce qui n'est pas significative.

Enfin, puisque les experts n'ont pas fixé de délai à respecter, le point de vue des patients quant à leur perception de l'attente semble donc le seul critère à prendre en compte. Dans ce cadre, seuls 6 % des patients se plaignent de la longueur du délai séparant la prise de rendez vous pour l'intervention de l'intervention elle même ; 88 % trouvent ce délai convenable et 6 % n'ont pas d'opinion.

6.7 Satisfaction du patient et relation médecin-malade

Les chirurgiens informent toujours leurs patients et de manière très claire

Pratiquement tous les patients du public comme du privé disent avoir eu des explications de la part du chirurgien à la fois sur la manière dont allait se dérouler la cholécystectomie, et sur le résultat de cette intervention. Ces explications ont été transmises clairement, puisque la quasi-totalité des patients pensent les avoir bien comprises. (Cf. Tableau 86).

A l'inverse, tous les patients n'ont-ils pas été informés des risques encourus lors de cette cholécystectomie, puisque 17 % d'entre eux déclarent ne pas avoir eu cette information. Ils sont 22 % dans le secteur privé et 10 % dans le public.

Aucun patient mécontent de son hospitalisation

73 % des patients sont très satisfaits de l'accueil qui leur a été réservé par le personnel administratif, le personnel soignant et le chirurgien et 27 % sont satisfaits. Aucun d'entre eux n'a trouvé cet accueil peu satisfaisant ou médiocre.

Cette satisfaction se traduit clairement par le fait que 98 % des patients reviendraient dans l'établissement s'ils devaient être à nouveau opérés et que ces 98 % se disent prêts à recommander l'établissement à un ami.

On constate donc, quel que soit le mode d'adressage ou le motif de choix des patients, une très grande satisfaction de leur part quant au déroulement de leur séjour hospitalier.

Tableau n° 63
Répartition par âge et sexe de l'ensemble des patients inclus, selon le statut de l'établissement

	Secteur public			Secteur privé			Ensemble des établissements		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Classes d'âge	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Moins de 40 ans	1	12	13	6	12	18	7	24	31
40 à 54 ans	2	14	16	10	15	25	12	29	41
55 à 69 ans	2	11	13	11	10	21	13	21	34
70 ans et plus	4	5	9	5	9	14	9	14	23
Ensemble	9	42	51	32	46	78	41	88	129
Classes d'âge	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Moins de 40 ans	2 %	24 %	25 %	8 %	15 %	23 %	5 %	19 %	24 %
40 à 54 ans	4 %	27 %	31 %	13 %	19 %	32 %	9 %	22 %	32 %
55 à 69 ans	4 %	22 %	25 %	14 %	13 %	27 %	10 %	16 %	26 %
70 ans et plus	8 %	10 %	18 %	6 %	12 %	18 %	7 %	11 %	18 %
Ensemble	18 %	82 %	100 %	41 %	59 %	100 %	32 %	68 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 64
Répartition par âge et sexe des patients ayant renvoyé un questionnaire patient, selon le statut de l'établissement (questionnaire patient)

	Secteur public			Secteur privé			Ensemble des sites		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Classes d'âge	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif	Effectif
Moins de 40 ans	1	9	10	4	10	14	5	19	24
40 à 54 ans	2	12	14	9	11	20	11	23	34
55 à 69 ans	2	11	13	10	9	19	12	20	32
70 ans et plus	4	3	7	5	8	13	9	11	20
Ensemble	9	35	44	28	38	66	37	73	110
Classes d'âge	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Moins de 40 ans	2 %	20 %	23 %	6 %	15 %	21 %	5 %	17 %	22 %
40 à 54 ans	5 %	27 %	32 %	14 %	17 %	30 %	10 %	21 %	31 %
55 à 69 ans	5 %	25 %	30 %	15 %	14 %	29 %	11 %	18 %	29 %
70 ans et plus	9 %	7 %	16 %	8 %	12 %	20 %	8 %	10 %	18 %
Ensemble	20 %	80 %	100 %	42 %	58 %	100 %	34 %	66 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 65
Occupation, milieu social et niveau d'étude des patients, selon le statut de l'établissement
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Occupation principale des patients						
Actif occupé	21	48 %	30	45 %	51	46 %
Chômeur	4	9 %	4	6 %	8	7 %
Retraité, retiré des affaires	15	34 %	25	38 %	40	36 %
Femme au foyer	2	5 %	7	11 %	9	8 %
Etudiant	2	5 %	0	0 %	2	2 %
Ensemble	44	100 %	66	100 %	110	100 %
Milieu social des patients						
Cadres et professions intermédiaires	13	34 %	35	58 %	48	49 %
Employés	14	37 %	13	22 %	27	28 %
Ouvriers	9	24 %	6	10 %	15	15 %
Autres	2	5 %	6	10 %	8	8 %
Ensemble	38	100 %	60	100 %	98	100 %
Niveau d'étude						
Non scolarisé, primaire, CEP	12	32 %	14	23 %	26	26 %
1er cycle des études secondaires	12	32 %	15	24 %	27	27 %
2ème cycle	7	18 %	16	26 %	23	23 %
Supérieur au bac	7	18 %	17	27 %	24	24 %
Ensemble	38	100 %	62	100 %	100	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 66
Couverture sociale des patients, selon le statut de l'établissement
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Prise en charge à 100 % pour tout ou partie des soins						
Oui	10	23 %	11	17 %	21	19 %
Non	29	66 %	49	74 %	78	71 %
Ne sait pas, non réponse	5	11 %	6	9 %	11	10 %
Ensemble	44	100 %	66	100 %	110	100 %
Présence d'une couverture complémentaire						
Oui	38	86 %	60	91 %	98	89 %
Non	3	7 %	6	9 %	9	8 %
Ne sait pas, non réponse	3	7 %	0	0 %	3	3 %
Ensemble	44	100 %	66	100 %	110	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 67
Signes cliniques caractérisant la lithiase vésiculaire
(questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Au moins une crise de colique hépatique		
Oui	110	89 %
Non	13	11 %
<i>Douleur inter-scapulo-vertébrale</i>	1	1 %
<i>Epigastralgie</i>	3	2 %
<i>Autres symptômes</i>	3	2 %
<i>Intervention pour lithiase asymptomatique</i>	2	2 %
Ensemble	123	100 %
Délai séparant le début des crises par rapport à l'intervention		
Moins d'un mois	33	30 %
Entre 1 et 6 mois	50	46 %
Entre 6 et 12 mois	10	9 %
Plus d'un an	16	15 %
Ensemble	109	100 %
Présence de microlithiases à l'échographie		
Oui	56	48 %
Non	60	52 %
Ensemble	116	100 %
Complications susceptibles de modifier la prise en charge anesthésique		
Oui	30	25 %
Non	92	75 %
Ensemble	122	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 68
Etapas du parcours médical et spécialité du médecin adresseur
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Spécialité du médecin adresseur, selon le patient		
Généraliste habituel	59	61 %
Autre généraliste	9	9 %
Gastro-entérologue	16	16 %
Autre spécialiste	13	13 %
Ensemble	97	100 %
Délai entre conseil de l'adreur et prise de rendez-vous avec le chirurgien		
Une semaine au plus	48	49 %
1 à 3 semaines	23	24 %
Plus de 3 semaine et moins de 2 mois	14	14 %
Plus de 2 mois mais moins de 6 mois	7	7 %
Plus de 6 mois	5	5 %
Ensemble	97	100 %
Délai entre prise de rendez-vous et intervention		
Une semaine au plus	24	26 %
1 à 2 semaines	21	23 %
2 à 3 semaines	20	22 %
3 à 4 semaines	12	13 %
Plus d'un mois	16	17 %
Ensemble	10	26 %
Le patient a pris l'avis d'autres médecins		
Oui	7	18 %
Non	8	21 %
Ensemble	107	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 69
Spécialité du médecin adresseur, cadre de la consultation d'adressage
(questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Provenance du patient		
Patient de ville, venant de l'extérieur	115	94 %
Patient hospitalisé dans l'établissement	6	5 %
Patient hospitalisé dans un autre établissement	1	1 %
Ensemble	122	100 %
Patient adressé par un confrère		
Oui	107	87 %
Non	16	13 %
Ensemble	123	100 %
Nature de la demande du confrère		
Demande explicite d'intervention	64	62 %
Demande d'avis sur l'opportunité de réaliser l'interven	40	38 %
Ensemble	104	100 %
Spécialité du confrère ayant adressé le patient		
Généraliste	77	73 %
Gastro-entérologue	20	19 %
Autre spécialiste	9	8 %
Ensemble	106	100 %
Cadre de la consultation d'adressage		
Cabinet libéral de ville	86	81 %
Etablissement privé	5	5 %
Etablissement public	12	11 %
Autre	3	3 %
Ensemble	106	100 %
Intervention programmée		
Oui	100	91 %
Non	10	9 %
Ensemble	110	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 70
Lieu de départ du patient pour se rendre dans l'établissement où il a été opéré
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Lieu de départ du patient		
Domicile	101	92 %
Lieu de travail	2	2 %
Domicile d'amis ou famille	4	4 %
Autre établissement hospitalier	1	1 %
Autres	2	2 %
Ensemble	110	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 71
Mode de transport utilisé
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Mode de transport		
Véhicule d'un service d'urgence	1	1 %
Ambulance ou VSL	3	3 %
Véhicule personnel	85	77 %
Taxi	4	4 %
Transports en commun	13	12 %
A pied	3	3 %
Taxi+transports en commun	1	1 %
Ensemble	110	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 72
Répartition des patients
selon la durée du trajet pour se rendre de leur domicile à l'établissement hospitalier :
(questionnaire patient)

	Etablissement public		Etablissement privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Répartition des patients selon la durée du trajet						
5 minutes ou moins	1	2 %	6	9 %	7	7 %
6 à 10 minutes	7	16 %	16	25 %	23	21 %
11 à 15 minutes	7	16 %	17	27 %	24	22 %
16 à 20 minutes	10	23 %	10	16 %	20	19 %
21 à 30 minutes	8	19 %	5	8 %	13	12 %
31 à 45 minutes	5	12 %	3	5 %	8	7 %
46 à 60 minutes	5	12 %	4	6 %	9	8 %
Plus de 60 minutes	0	0 %	3	5 %	3	3 %
Ensemble	43	100 %	64	100 %	107	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 73
Déplacements des patients vers les établissements et recrutement des établissements :
ensemble des patients inclus
(questionnaire patient + enveloppe)

	Etablissement situé...			Ensemble
	à Paris	en petite couronne	en grande couronne	
Déplacement des patients vers les établissements hospitaliers (pourcentages en ligne)				
Paris	13	3	0	16
Petite couronne	4	33	1	38
Grande couronne	5	13	46	64
Province	4	0	7	11
Ensemble	26	49	54	129
Déplacement des patients vers les établissements hospitaliers (pourcentages en ligne)				
Paris	81 %	19 %	0 %	100 %
Petite couronne	11 %	87 %	3 %	100 %
Grande couronne	8 %	20 %	72 %	100 %
Province	36 %	0 %	64 %	100 %
Ensemble	20 %	38 %	42 %	100 %
Recrutement des établissements hospitaliers (pourcentages en colonne)				
Paris	50 %	6 %	0 %	12 %
Petite couronne	15 %	67 %	2 %	29 %
Grande couronne	19 %	27 %	85 %	50 %
Province	15 %	0 %	13 %	9 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 74
Déplacements des patients vers les établissements et recrutement des établissements :
patients ayant renvoyé un questionnaire
(questionnaire patient)

	Etablissement situé...			Ensemble
	à Paris	en petite couronne	en grande couronne	
Répartition des patients selon leur lieu de résidence (effectif)				
Paris	10	3	0	13
Petite couronne	4	29	1	34
Grande couronne	2	10	41	53
Province	4	0	6	10
Ensemble	20	42	48	110
Déplacement des patients vers les établissements hospitaliers (pourcentages en ligne)				
Paris	77 %	23 %	0 %	100 %
Petite couronne	12 %	85 %	3 %	100 %
Grande couronne	4 %	19 %	77 %	100 %
Province	40 %	0 %	60 %	100 %
Ensemble	18 %	38 %	44 %	100 %
Recrutement des établissements (pourcentages en colonne)				
Paris	50 %	7 %	0 %	12 %
Petite couronne	20 %	69 %	2 %	31 %
Grande couronne	10 %	24 %	85 %	48 %
Province	20 %	0 %	13 %	9 %
Ensemble	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 75
Distances moyennes parcourues par les patients selon le statut de l'établissement et selon les
caractéristiques des patients ou de leur parcours
(les distances supérieures à 60 km sont exclues pour le calcul des moyennes)
(questionnaire patient)

	Effectif observé	Distance moyenne en kilomètres
Distance résidence-site	106	7,4
Distance lieu départ-site	109	7,7
Distance résidence-site		
Statut du site		
Site public	43	9,2
Site privé	63	6,3
Sexe du patient		
Homme	34	8,1
Femme	72	7,1
Age du patient		
Moins de 40 ans	24	4,5
40 à 54 ans	32	9,4
55 à 69 ans	30	8,3
70 ans et plus	20	6,5
Lieu de résidence du patient		
Réside Paris	13	2,7
Petite couronne	34	2,6
Grande couronne	53	8,1
Province	6	38,2
Occupation principale du patient		
Actif occupé	49	8,6
Chômeur (euse)	8	3,1
Retraité (e), retiré(e) des affaires	38	7,6
Femme au foyer	9	3,8
Etudiant	2	9,5
Milieu social du patient		
Cadres et prof. intermédiaires	47	8,9
Employés	27	5,6
Ouvriers	14	5,2
Autres	8	7,8
Niveau d'études du patient		
Jamais scolarisé	4	1,9
Primaire, CEP	21	5,2
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	27	5,2
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	23	11,5
Supérieur au bac	23	9,8
Spécialité de l'adresseur		
Généraliste	66	6,0
Gastro-entérologue	16	4,7
Autre spécialiste	13	19,7

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 76
Proportion de patients se rendant sur le site le plus proche de leur domicile, selon le statut de l'établissement, les caractéristiques des patients ou de leur parcours (questionnaire patient)

	Site le plus proche		Autre site		Ensemble
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif
Ensemble patients	44	40 %	66	60 %	110
Statut du site					
Site public	13	30 %	31	70 %	44
Site privé	31	47 %	35	53 %	66
Sexe du patient					
Homme	13	35 %	24	65 %	37
Femme	31	42 %	42	58 %	73
Age du patient					
Moins de 40 ans	9	38 %	15	63 %	24
40 à 54 ans	9	26 %	25	74 %	34
55 à 69 ans	17	53 %	15	47 %	32
70 ans et plus	9	45 %	11	55 %	20
Lieu de résidence du patient					
Réside Paris	2	15 %	11	85 %	13
Petite couronne	18	53 %	16	47 %	34
Grande couronne	21	40 %	32	60 %	53
Province	3	30 %	7	70 %	10
Occupation principale du patient					
Actif occupé	17	33 %	34	67 %	51
Chômeur(euse)	2	25 %	6	75 %	8
Retraité(e), retiré(e) des affaires	20	50 %	20	50 %	40
Femme au foyer	5	56 %	4	44 %	9
Etudiant	0	0 %	2	100 %	2
Milieu social du patient					
Cadres et prof. intermédiaires	15	33 %	31	67 %	46
Employés	13	48 %	14	52 %	27
Ouvriers	6	50 %	6	50 %	12
Autres et inconnus	10	40 %	15	60 %	25
Niveau d'études du patient					
Jamais scolarisé, primaire, CEP	17	65 %	9	35 %	26
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	10	37 %	17	63 %	27
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	9	39 %	14	61 %	23
Supérieur au bac	5	21 %	19	79 %	24
Spécialité du prescripteur					
Généraliste habituel	32	54 %	27	46 %	59
Autre généraliste	1	11 %	8	89 %	9
Gastro-entérologue	4	25 %	12	75 %	16
Autre spécialiste	2	15 %	11	85 %	13

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 77
Distribution des patients selon la distance séparant la commune de résidence de la commune d'implantation du site en fonction du statut de l'établissement (questionnaire patient)

	Etablissements publics		Etablissements privés		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Distance séparant la commune de résidence du patient de celle de l'établissement hospitalier						
Même commune	6	14 %	20	31 %	26	24 %
Commune distante de 1 à moins de 5 km	13	30 %	21	32 %	34	31 %
Commune distante de 5 à moins de 10 km	11	26 %	14	22 %	25	23 %
Commune distante de 10 km ou plus	13	30 %	10	15 %	23	21 %
Ensemble	43	100 %	65	100 %	108	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 78
Distribution des patients selon le délai séparant la consultation du chirurgien de l'opération, en fonction du statut de l'établissement (questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Délai entre la prescription et la réalisation de la cholécystectomie						
1 semaine ou moins	8	21 %	16	30 %	24	26 %
Entre 1 et 2 semaine	10	26 %	11	20 %	21	23 %
Entre 2 et 3 semaines	6	15 %	14	26 %	20	22 %
Entre 3 semaines et 1 mois	7	18 %	5	9 %	12	13 %
Supérieur à un mois	8	21 %	8	15 %	16	17 %
Ensemble	39	100 %	54	100 %	93	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 79
Répartition des patients en fonction de leur opinion sur la longueur des délais, selon le délai objectif (questionnaire patient)

	Opinion du patient sur le délai d'attente							
	Trop long		Convenable		Sans opinion		Total	
	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)	Effectif	Pourcentage (en ligne)
Délai d'attente								
1 semaine ou moins	0	0 %	24	100 %	0	0 %	24	100 %
Entre 1 et 2 semaine	0	0 %	21	100 %	0	0 %	21	100 %
Entre 2 et 3 semaines	0	0 %	19	95 %	1	5 %	20	100 %
Entre 3 semaines et 1 mois	1	8 %	9	75 %	2	17 %	12	100 %
Supérieur à un mois	2	13 %	13	81 %	1	6 %	16	100 %
Ensemble	3	3 %	86	92 %	4	4 %	93	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 80
Délai moyen entre la consultation du chirurgien et l'opération, selon le statut de l'établissement,
certaines caractéristiques des patients ou de leur parcours
(les calculs de moyenne ont été effectués sur des durées inférieures à 100 jours [1 personne exclue])
(questionnaire patient)

	Effectif observé	Délai moyen
Ensemble des patients	92	16,8
Statut du site		
Public	39	19,2
Privé	53	15,2
Sexe du patient		
Homme	34	16,5
Femme	58	17,1
Âge du patient		
Moins de 40 ans	20	15,9
40 à 54 ans	26	20,3
55 à 69 ans	29	15,0
Plus de 70 ans	17	15,9
Lieu de résidence du patient		
Réside Paris	11	20,4
Petite couronne	29	15,9
Grande couronne	45	16,0
Province	7	20,7
Occupation principale du patient		
Actifs occupés	41	16,7
Chômeurs	7	23,6
Retraités, retirés des affaires	35	16,2
Femmes au foyer	7	12,4
Etudiants	2	23,0
Milieu social du patient		
Cadres et professions intermédiaires	43	16,6
Employés	22	19,5
Ouvriers	14	16,2
Autres	7	12,3
Niveau d'études du patient		
Jamais scolarisé	3	16,3
Primaire, CEP	21	13,8
1er cycle (6e à 3e, CAP, BEP)	25	17,9
2e cycle (2de à Terminale, Bac)	19	17,6
Supérieur au bac	19	19,1
Motif de choix du site		
Possibilité d'avoir un rdv rapidement	8	11,6
Conseil du prescripteur	23	18,6
Etablissement déjà fréquenté	10	9,3
Etablissement de bonne réputation	5	19,2
Proximité ou facilité d'accès	10	14,2

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 81
Orientations du choix des patients et motifs de choix, selon le statut de l'établissement
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients
Orientations fondant le choix des patients						
Choix du chirurgien uniquement	18	41 %	48	73 %	66	60 %
Choix de l'établissement uniquement	16	36 %	14	21 %	30	27 %
Choix mixte	10	23 %	4	6 %	14	13 %
Ensemble	44	100 %	66	100 %	110	100 %

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients
Motif du choix de l'établissement ou du chirurgien*						
Chirurgien conseillé par l'entourage	12	27 %	12	18 %	24	22 %
Chirurgien conseillé par le prescripteur	11	25 %	34	52 %	45	41 %
Chirurgien a déjà soigné le patient	3	7 %	6	9 %	9	8 %
Etablissement conseillé par le prescripteur	12	27 %	13	20 %	25	23 %
Etablissement déjà fréquenté	7	16 %	5	8 %	12	11 %
Etablissement proche ou facile d'accès	6	14 %	7	11 %	13	12 %
Rendez-vous rapide	5	11 %	4	6 %	9	8 %
Etablissement de bonne réputation ou conseillé par l'entourage	4	9 %	2	3 %	6	5 %

*Plusieurs motifs peuvent être cités par un même patient

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 82
Influence du statut de l'établissement dans le choix des patients et raisons invoquées
(questionnaire patient)

	Secteur public		Secteur privé		Ensemble	
Influence du statut de l'établissement sur le choix de l'établissement						
	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients
Oui	30	70 %	28	47 %	58	57 %
Non	13	30 %	31	53 %	44	43 %
Ensemble	43	100 %	59	100 %	102	100 %
Pourcentage de personnes selon les raisons du choix*						
	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients	Effectif	Pourcentage de patients
Qualité des soins	24	80 %	22	79 %	46	79 %
Rapidité des rendez vous	7	23 %	10	36 %	17	29 %
Accueil et confort	13	43 %	15	54 %	28	48 %
Raisons financières	5	17 %	0	0 %	5	9 %
Personnalisation relation médecin-malade	10	33 %	18	64 %	28	48 %
Autres	3	10 %	5	18 %	8	14 %
Ensemble des personnes influencées par le statut de l'établissement	30	-	28	-	58	-

* Plusieurs motifs peuvent être invoqués par un même patient

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 83
Rôle de l'adresseur dans la trajectoire du patient
(questionnaire adresseur)

	Effectif	Pourcentage
Nombre d'interviews adresseur réalisées	49	-
Cadre de la consultation d'adressage		
Etablissement privé	5	10 %
Etablissement public	2	4 %
Cabinet de ville	34	69 %
Visite à Domicile	8	16 %
Ensemble	49	100 %

	Oui		Non		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Relation entre l'adresseur et le patient						
Patient déjà vu avant cette consultation	43	88 %	6	12 %	49	100 %
Médecin traitant habituel	38	88 %	5	12 %	43	100 %
Patient venu de sa propre initiative	6	55 %	5	45 %	11	100 %
Patient envoyé par un confrère	4	36 %	7	64 %	11	100 %
Rôle de l'adresseur dans le choix du patient						
Intervention dans le choix du patient	44	90 %	5	10%	49	100%
Désignation d'un chirurgien	41	93 %	3	7 %	44	100 %
<i>dont correspondant habituel</i>	40	-	-	-	-	-
Etablissement dans lequel l'adresseur a travaillé	14	32 %	30	68 %	44	100 %
Etablissement dans lequel l'adresseur travaille actuellement	14	32 %	30	68 %	44	100 %
Habitude d'y adresser des patients	44	100 %	0	0 %	44	100 %
Prise de rendez-vous par l'adresseur ou son secrétariat	14	32 %	30	68 %	44	100 %
Contact personnel entre adresseur et chirurgien	18	41 %	26	59 %	44	100 %
Remise au patient d'une lettre de l'adresseur	44	90 %	5	10 %	49	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 84
Examens préalables dont les résultats ont été fournis au chirurgien
(questionnaire acte)

	Oui		Non		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
Echographie abdominale datant de moins de 6 mois	120	98 %	2	2 %	122	100 %
Echographie abdominale datant de plus de 6 mois	14	15 %	78	85 %	92	100 %
Radiographie d'abdomen sans préparation	36	35 %	68	65 %	104	100 %
TDM hépato-biliaire	8	8 %	92	92 %	100	100 %
Bilan enzymatique hépatique	114	96 %	5	4%	119	100%
Bilan enzymatique pancréatique	74	69 %	33	31 %	107	100 %
Echo-endoscopie pancréato-biliaire	14	13 %	92	87 %	106	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 85
Déroulement de l'intervention
(questionnaire acte)

	Effectif	Pourcentage
Voie d'abord chirurgicale		
Laparotomie/mini-laparotomie	10	8 %
Coelioscopie	108	88 %
Coelioscopie + laparotomie	5	4 %
Ensemble	123	100 %
Envoi de la vésicule au laboratoire pour analyse		
Oui	123	100 %
Non	0	0 %
Ensemble	123	100 %
Réalisation d'une cholangiographie per-opératoire		
Oui	55	45 %
Non	67	55 %
Ensemble	122	100 %
Réalisation d'un geste à visée d'analgésie post-opératoire au cours de l'intervention		
Oui	25	21 %
Non	96	79 %
Ensemble	121	100 %
Disponibilité dans la salle d'opération :		
<i>- du matériel nécessaire à la réalisation d'une cholangiographie per-opératoire*</i>		
Oui	64	96 %
Non	3	4 %
Ensemble	67	100 %
<i>- du matériel nécessaire à la réalisation d'une sphinctérotomie per-opératoire</i>		
Oui	10	8 %
Non	113	92 %
Ensemble	123	100 %
Le patient a bénéficié d'un protocole à visée d'analgésie post-opératoire dans les heures suivant l'intervention		
Oui	114	97 %
Non	4	3 %
Ensemble	118	100 %

* Question posée uniquement si le chirurgien n'a pas pratiqué de cholangiographie

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 86
Information reçue par le patient et satisfaction du patient
(questionnaire patient)

	Effectif	Pourcentage
Questionnaires patients renvoyés avec le questionnaire acte par le service de chirurgie	37	34 %
Nombre de questionnaires patients	110	100 %
Le déroulement de l'examen a été expliqué au patient		
Oui	107	98 %
Non	2	2 %
Ensemble	109	100 %
Le patient a compris les explications		
Oui	101	99 %
Non	1	1 %
Ensemble	102	100 %
Le patient a reçu une information sur les risques de l'opération		
Oui	88	83 %
Non	18	17 %
Ensemble	106	100 %
Le patient a compris cette information		
Oui	84	100 %
Non	0	0 %
Ensemble	84	100 %
Le patient a reçu une information après l'opération		
Oui	100	98 %
Non	2	2 %
Ensemble	102	100 %
Le patient a compris cette information		
Oui	94	99 %
Non	1	1 %
Ensemble	95	100 %
Accueil du personnel administratif et de l'équipe médicale		
Très satisfaisant	80	73 %
Satisfaisant	29	27 %
Peu satisfaisant	0	0 %
Médiocre	0	0 %
Ensemble	109	100 %
Impression que l'équipe médicale a fait le maximum pour soulager douleur		
Oui	105	100 %
Non	0	0 %
Ensemble	105	100 %
Le patient reviendrait-il dans l'établissement en cas de besoin		
Oui	103	100 %
Non	2	2 %
Ensemble	105	102 %
Recommanderait-il l'établissement à un ami		
Oui	102	98 %
Non	2	2 %
Ensemble	104	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 87
Retour d'information à l'adreur
(questionnaire adreur)

	Oui		Non		Ensemble	
	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage	Effectif	Pourcentage
L'adreur a revu le patient depuis l'opération	35	71 %	14	29 %	49	100 %
L'adreur a eu le compte-rendu de l'opération	46	94 %	3	6 %	49	100 %

Source : CREDES-URML IDF 1999

7. Analyse d'ensemble

7. Analyse d'ensemble

Cette dernière partie présente deux analyses « globales », dans le sens où elles sont toutes deux conduites « tous traceurs confondus ». Cette démarche, qui prend en compte un plus grand nombre d'observations, permet d'une part d'étudier les motifs de choix des médecins adresseurs qui ont été interrogés, et d'autre part de présenter de manière synthétique les différents types de trajectoires et leurs déterminants.

7.1 Analyse globale des motifs de choix des patients et des médecins adresseurs

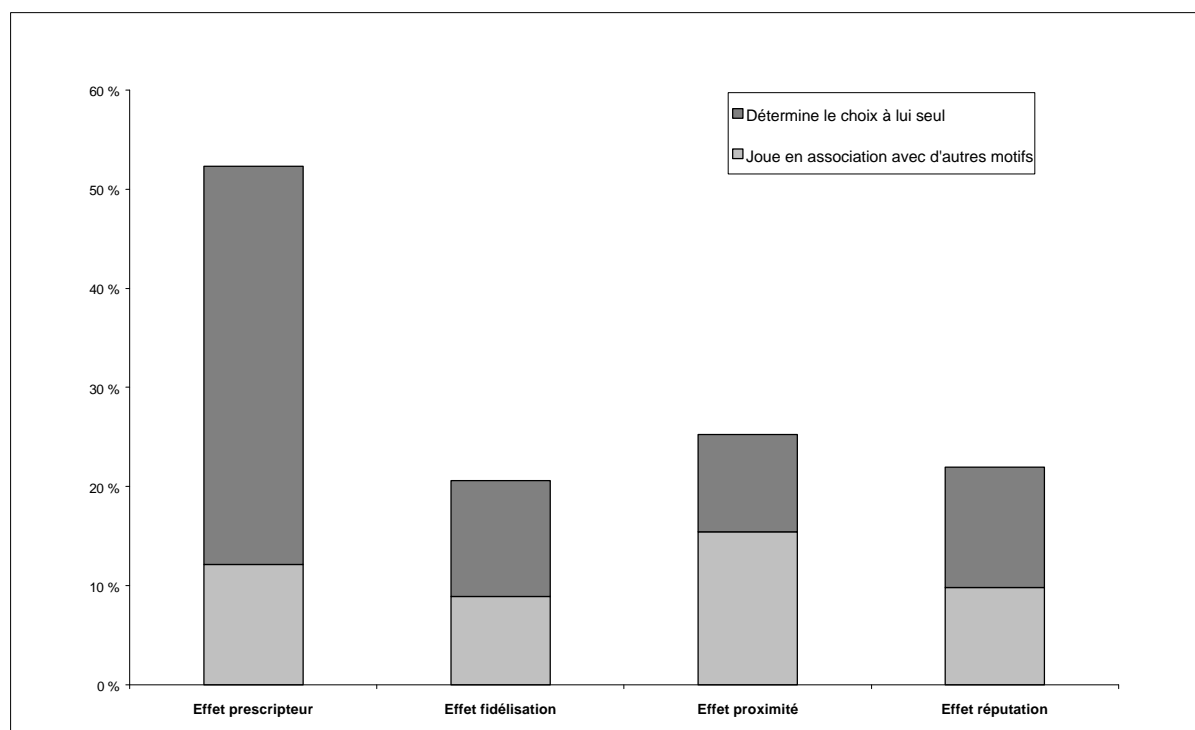
L'analyse par traceur a déjà permis de mettre en évidence l'importance du médecin adresseur dans les motifs de choix des patients, l'analyse des conseils prodigués par ce dernier est donc de toute première importance.

7.1.1 Selon les patients, le conseil de l'adresseur détermine leur choix presque une fois sur deux

Selon les patients, tous traceurs confondus, l'avis du prescripteur est pris en compte dans 52 % des cas et il détermine à lui seul le choix du patient dans 40 % des cas.

Proximité, fidélisation et réputation semblent comparables par ailleurs les uns aux autres en termes d'importance, à ce détail près qu'il semble que la proximité soit le seul motif de choix qui intervienne plus souvent en association avec d'autres motifs (6 cas sur 10) que seul.

Graphique n° 43
Fréquence respective des motifs déterminant le choix des patients



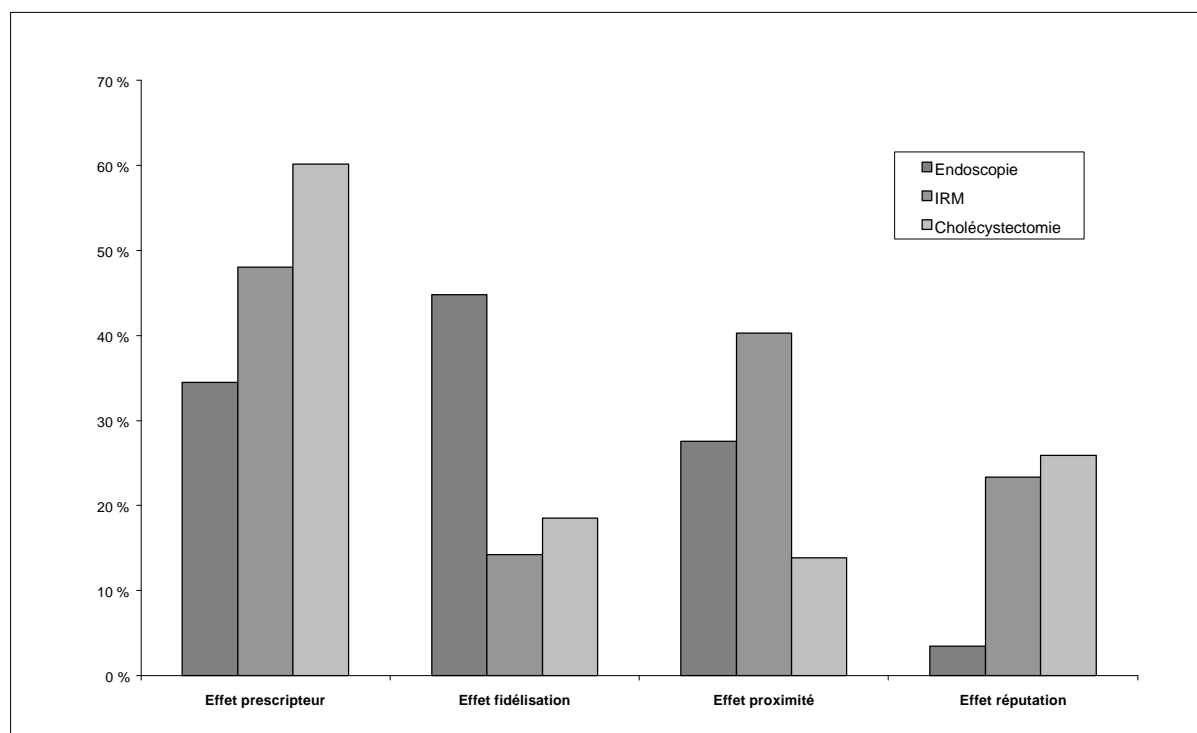
Source : CREDES-URML IDF 1999

Tableau n° 88
Fréquence des motifs déterminant le choix des patients

	Effet prescripteur	Effet fidélisation	Effet proximité	Effet réputation
Détermine le choix à lui seul	40%	12%	10%	12%
Joue en association avec d'autres motifs	12%	9%	15%	10%
Total des cas où l'effet joue	52%	21%	25%	22%

En fait, les motifs de choix diffèrent significativement ($p < 0,05$, Chi2) d'un traceur à l'autre. Le graphique ci-dessous en donne une vision d'ensemble

Graphique n° 44
Fréquence des différents motifs de choix déclarés par les patients selon les traceurs



Source : CREDES-URML IDF 1999

On notera :

- I. que l'importance de l'effet adresseur, observé sur chacun des différents traceurs, ne se dément pas ;
- II. que l'effet fidélisation joue en fait essentiellement dans le cas de l'endoscopie, ce que l'on peut expliquer par la pathologie en cause (fréquence probable des patients porteurs de varices oesophagiennes et régulièrement suivis par un gastro-entérologue) ;
- III. que l'effet proximité-rapidité joue surtout dans le cas de l'IRM du genou, ce que l'on pourrait expliquer en partie par une offre plus limitée et des déplacements déjà relativement longs, même quand on se rend sur le site le plus proche.

Au total, le détail des motifs de choix varie d'un traceur à l'autre, mais dans tous les cas où un choix opère effectivement (ce qui n'est au fond pas vraiment le cas lorsqu'un patient est pris en charge par son gastro-entérologue habituel pour une endoscopie), c'est le conseil du médecin adresseur qui reste le plus souvent le motif déterminant.

7.1.2 Le médecin adresseur dirige le plus souvent vers son correspondant habituel

Tous traceurs confondus, 89 médecins ayant adressé des patients ont pu être interrogés à propos de 94 trajectoires.

Deux types de questions ont été posés à l'adresseur concernant son rôle dans l'orientation du patient :

- un premier ensemble de questions fermées en oui / non visait à recueillir des données objectives sur l'intervention des adresseurs dans le choix des patients, c'est ce que nous développerons dans ce paragraphe,
- une question ouverte cherchait à recueillir les raisons expliquant l'intervention des adresseurs ; son analyse fait l'objet du paragraphe 7.1.3.

Les médecins interrogés pensent être intervenus dans l'orientation de 90 % des patients qui les ont consultés pour lithiase vésiculaire ou pour hémorragie digestive haute. Cette proportion est nettement plus faible pour les patients auxquels ils ont prescrit une IRM du genou, 58 % (Cf. Tableaux 55 et n° 83).

Lorsque les médecins interviennent dans le choix des patients, ils désignent nommément le praticien à contacter pour 90 % des patients passant une endoscopie ou subissant une cholécystectomie. Cette attitude ne concerne qu'un quart des patients passant une IRM. Le médecin nommément désigné est presque toujours leur correspondant habituel.

Dans un tiers à un quart des cas, le médecin adresseur conseille au patient de consulter dans un établissement où lui-même travaille.

Si, pour l'IRM, il y a rarement contact entre l'adresseur et le radiologue, 11% des patients, ce comportement est relativement fréquent lorsque l'adresseur dirige son patient vers un chirurgien pour une cholécystectomie, 41 % des cas.

7.1.3 Réputation médicale et fidélisation déterminent les choix des adresseurs six fois sur dix.

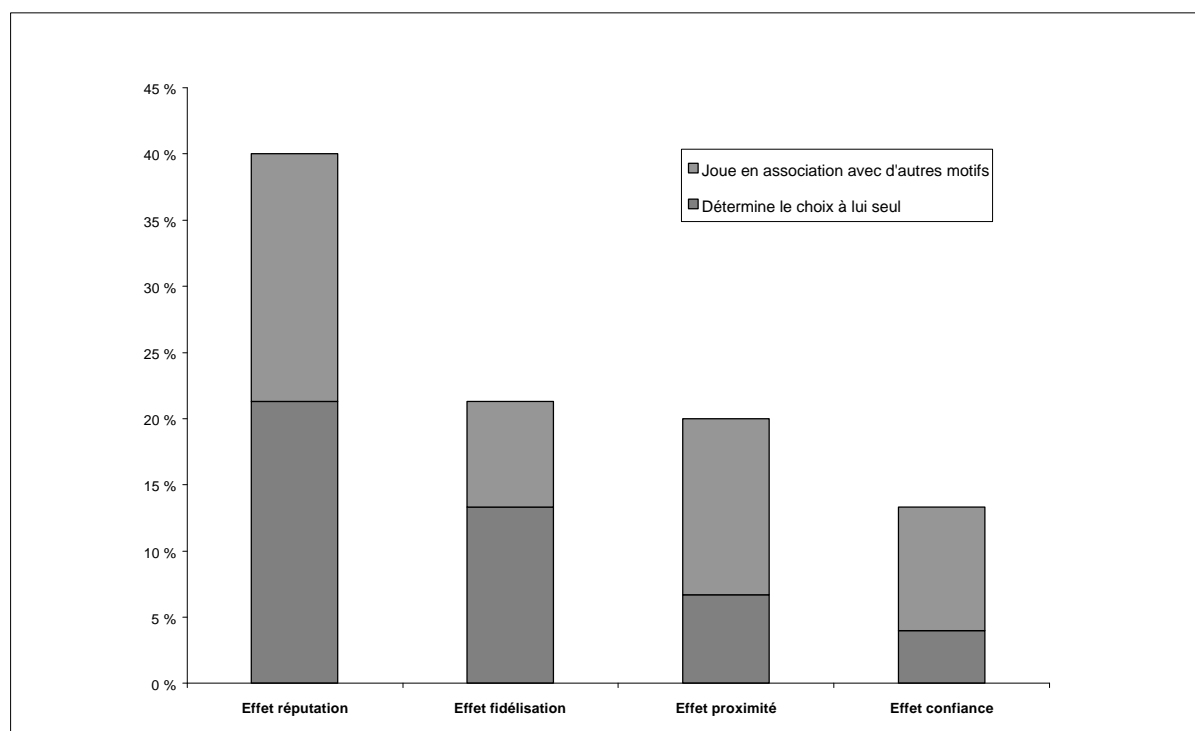
Le graphique ci-dessous donne la répartition des motifs ayant déterminé le choix des adresseurs de conseiller tel ou tel site (ou praticien) à leur patient.

La « fidélisation » de l'adresseur, c'est à dire le fait d'orienter le patient vers un correspondant habituel n'est pas le motif le plus fréquemment évoqué, en tout cas explicitement, par les adresseurs. Deux fois plus souvent, c'est la qualité de la prise en charge médicale, la bonne réputation des confrères à qui il confie le malade, la réputation de qualité du plateau technique, en bref l'effet réputation qui est à l'œuvre.

Le mot « confiance » revenait tellement fréquemment dans les déclarations des adresseurs que nous en avons fait un effet à lui seul, qui apparaît un élément déterminant une fois sur dix.

Comme pour la proximité, la confiance est un peu plus souvent un effet associé à d'autres que le seul déterminant du choix de l'adresseur

Graphique n° 45
Motif de choix des adresseurs



Source : CREDES-URML IDF 1999

Effet fidélisation et effet réputation sont presque toujours mutuellement exclusifs (ils sont présents conjointement dans 5% des cas seulement).

7.2 Analyse globale des trajectoires des patients et de leurs déterminants

Afin de synthétiser une partie des résultats présentés dans les parties précédentes, une analyse des correspondances multiples et une classification hiérarchique ont été réalisées, à partir d'informations sur les trois traceurs étudiés. L'objectif de ce type d'analyse était de répondre à plusieurs questions :

- Existe-t-il différents types de trajectoires bien distincts et si oui, quelles sont leurs caractéristiques essentielles ?
- Les traceurs et l'offre de soins qui est associée à chacun d'eux conditionnent-ils les parcours des patients ?
- Les motifs de choix exprimés par les patients influent-ils concrètement leurs parcours ?
- Les caractéristiques socio-démographiques des patients sont-ils des déterminants importants des trajectoires ?

Encadré : Méthodes

1) **L'analyse des correspondances multiples** a été conduite sur les 227 patients qui ont renvoyé un questionnaire et pour lesquels on disposait donc d'informations suffisantes.

Les variables retenues pour caractériser les parcours des patients sont :

- la distance parcourue entre le lieu de départ et le lieu d'implantation de l'établissement, regroupée en 4 modalités (même commune, distance inférieure à 5 km, distance comprise entre 5 et 10 km, distance supérieure à 10 km) ;
- la localisation de l'établissement, selon 3 modalités (Paris, Petite couronne, Grande Couronne) ;
- la variable dichotomique indiquant si le patient s'est rendu dans l'établissement le plus proche de son lieu de départ ;
- le statut de l'établissement (public/privé)
- le délai entre prescription et réalisation de l'examen (pour endoscopie et IRM) ou entre consultation du chirurgien et opération (pour la cholécystectomie), regroupé en 3 modalités (1 jour, 2 à 15 jours, plus de 15 jours).

L'objectif de l'analyse étant de discriminer si possible les parcours des patients et de les expliquer par différents facteurs, ce sont ces variables qui sont utilisées pour construire les plans factoriels (variables actives). Les autres groupes de variables (variables illustratives) sont ensuite ajoutés sur les différents plans factoriels où leurs coordonnées indiquent leur degré de proximité avec le premier groupe de variables.

Deux autres variables caractérisant les trajectoires sont utilisées :

- le mode de transport utilisé (service d'urgence, ambulance ou vsl, véhicule personnel, transports en commun, autres) ;
- le lieu de départ (parti du domicile, parti d'un lieu de soins et parti d'un autre lieu privé).

Cependant, les effectifs de leurs différentes modalités étant trop déséquilibrés, elles ne sont pas retenues comme variables actives pour la construction du plan factoriel.

Les variables socio-économiques retenues sont :

- l'âge en 4 modalités (moins de 30 ans, 30 à 45 ans, 45 à 60 ans, 60 ans et plus) ;
- le lieu de résidence du patient en 4 modalités, (Paris, petite couronne, grande couronne, province) ;
- le lieu de départ du patient en 4 modalités (Paris, petite couronne, grande couronne, province) ;
- le niveau d'étude en quatre modalités (Niveau primaire ou inférieur, 1^{er} cycle, deuxième cycle, supérieur au bac) ;
- le milieu social (Cadres et professions intermédiaires, employés, ouvriers, autres).

Le sexe du patient et son niveau de couverture sociale (exonération du ticket modérateur et existence d'une assurance complémentaire), introduits dans des analyses préliminaires, se sont révélés non significatifs et ne sont donc pas retenus dans l'analyse présentée.

Les variables concernant les motifs de choix sont :

- l'objet du choix du patient en 4 modalités (choix du médecin, choix de l'établissement, choix mixte, pas de choix car transporté par service d'urgence) ;
- le conseil du prescripteur, en 4 modalités (conseil concernant le médecin, concernant l'établissement, concernant les deux, pas de conseil) ;
- la réputation ou les conseils de l'entourage (portant sur le médecin, l'établissement, les deux, pas de conseil) ;
- l'expérience du patient (médecin connu, établissement déjà fréquenté, les deux à la fois, aucun des deux) ;

.../...

- la facilité ou la rapidité d'accès à l'établissement en 4 modalités (proche ou facile d'accès, possibilité d'avoir un rendez-vous rapide ; les deux ; aucun des deux) ;
- une variable dichotomique indiquant si le statut de l'établissement était important pour le patient.

Enfin, les variables suivantes ont été également retenues :

- la variable « traceur » pour vérifier l'hypothèse formulée *a priori* que les parcours sont différents selon les traceurs ;
- la distance à l'établissement le plus proche du lieu de départ en 4 modalités (même commune, distance inférieure à 5 km, distance comprise entre 5 et 10 km, distance supérieure à 10 km). A travers cette variable, « Dist min », on cherche à voir l'influence de l'offre de soins sur les parcours des patients ;
- la variable dichotomique indiquant si la trajectoire s'est révélée adéquate (selon les critères définis par les experts) ;
- la perception du patient concernant le délai d'attente, en trois modalités (trop long, convenable, sans opinion).

2) **Une classification hiérarchique** a été réalisée à la suite de l'analyse en correspondances multiples. Celle-ci permet de rassembler au sein de classes « de proximité » les individus dont les caractéristiques sont les plus voisines. La partition du nuage de points qui nous paraît la plus intéressante est une partition en 6 classes. L'analyse des modalités les plus caractéristiques de ces 6 classes permet de les décrire.

☞ *Seuls les résultats les plus importants sont évoqués. Sur les graphiques qui suivent, les modalités actives (à la base de la construction du plan factoriel), sont marquées par le symbole « + ». Seules les modalités illustratives significatives sont représentées, décrites en italique.*

7.2.1 Les déterminants des trajectoires

Les éléments qui se dégagent de ces analyses de données sont récapitulés ci-dessous. Ils confirment pour une part des résultats des analyses par traceur, et ils les enrichissent par l'approche transversale aux différents traceurs.

La distance parcourue et le fait de se rendre ou non dans l'établissement le plus proche sont les éléments les plus discriminants des différentes trajectoires.

Le long du premier axe factoriel, qui explique 19,2% de l'inertie du nuage, s'opposent :

- les trajectoires caractérisées par un déplacement au sein de la commune, conduisant à l'établissement le plus proche du lieu de départ,
- et les trajets de plus de 10 km, menant vers un établissement parisien qui n'est, en général, pas le plus proche du lieu de départ du patient.

Le deuxième axe factoriel, qui explique 12,8% d'inertie, oppose les parcours des patients selon le statut de l'établissement fréquenté. Aux parcours menant vers des établissements publics, associés à des délais d'attente très courts (inférieurs à un jour) et une distance inférieure à 5 km, s'opposent les parcours de plus de 10 km menant vers des établissements privés.

Le troisième axe factoriel explique 12% de l'inertie et oppose nettement les trajectoires aboutissant aux établissements de la grande couronne à celles qui conduisent vers les établissements parisiens ou de petite couronne. Les premières correspondent à des distances de 5 à 10 km.

Une offre rare n'incite pas automatiquement à se rendre dans l'établissement le plus proche

Lorsque la distance au site le plus proche est élevée, les patients choisissent plus souvent de se rendre dans un établissement qui n'est pas l'établissement le plus proche (Cf. Plan 1, 2).

Les trajectoires d'endoscopie et d'IRM se différencient nettement

Les patients passant une IRM se rendent plutôt vers les sites parisiens, éloignés de leur lieu de départ, alors que pour l'endoscopie, les trajets sont plus courts (bien qu'ils dépassent le cadre de l'arrondissement ou de la commune) et aboutissent vers les établissements du public, dans un délai bref. (Cf. plan 1,2).

Les établissements de petite et grande couronne recrutent les patients de leur zone, alors que les établissements parisiens drainent également des habitants de la Province, qui parcourent donc de longues distances. On peut noter au passage que les habitants de la grande couronne parisienne doivent souvent parcourir 5 à 10 km, même pour atteindre l'établissement le plus proche (Plans 1,2 et 1,3).

Lorsque le patient choisit plutôt le médecin que l'établissement, les trajets sont plus courts

En effet, les motifs de choix concernant le médecin s'opposent à ceux qui concernent l'établissement le long du premier axe factoriel. Ainsi, lorsque le patient a choisi le médecin, ou éventuellement médecin et établissement, la distance parcourue est moins longue, le patient se rend plutôt dans le site le plus proche. Ceci est vrai en particulier lorsque le médecin l'a déjà soigné (médecin connu).

Au contraire, lorsque le patient a choisi l'établissement, en particulier pour avoir un rendez-vous rapide, la distance parcourue est plus longue.

Le motif de proximité de l'établissement est souvent évoqué dans le cas des trajectoires menant à des établissements publics dans un délai très court, même si nombre d'entre elles sont associées aux transports par les urgences, que nous avons considérés comme un motif de choix particulier.

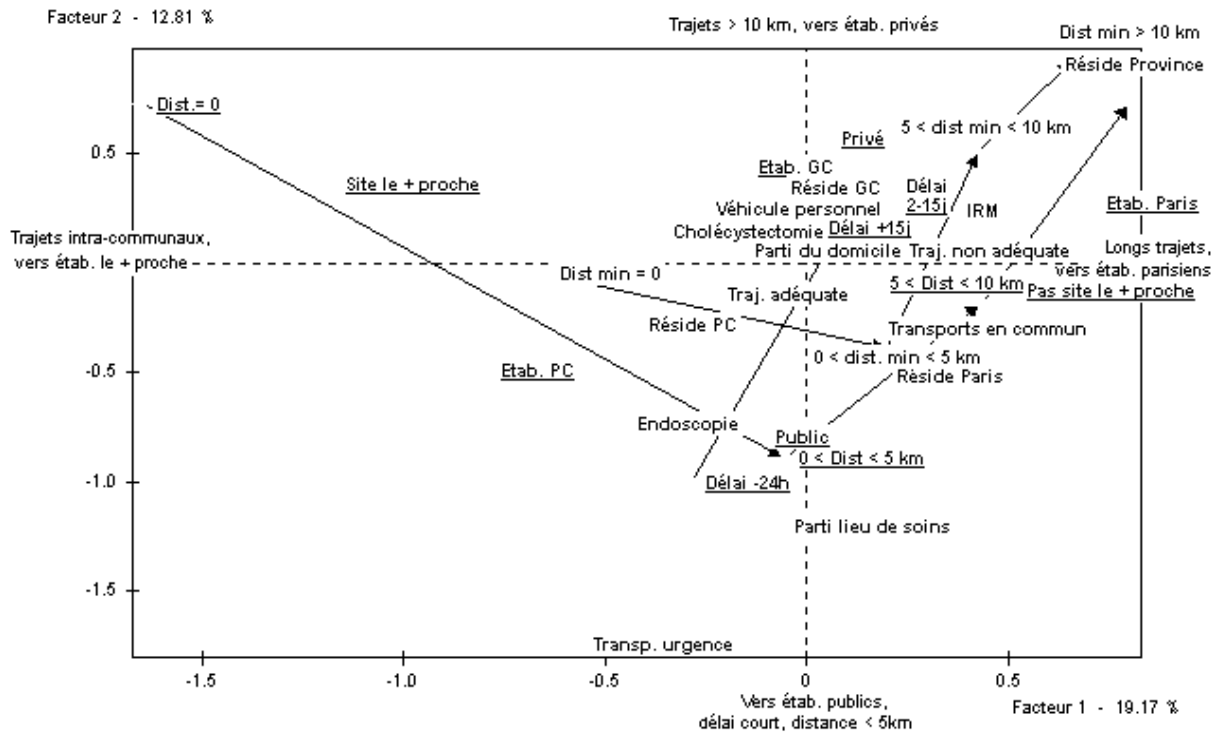
Les patients à niveau d'études élevés ou de milieu social favorisé ne se rendent pas dans l'établissement le plus proche de leur domicile.

Les patients de niveau d'études et niveau social plutôt élevés effectuent les trajets les plus longs, vers les établissements qui ne sont pas les plus proches, alors que les patients de niveau scolaire primaire ou inférieur se rendent dans les établissements les plus proches de leur lieu de départ. Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène déjà décrit (Lucas et Tonnellier, 1995).

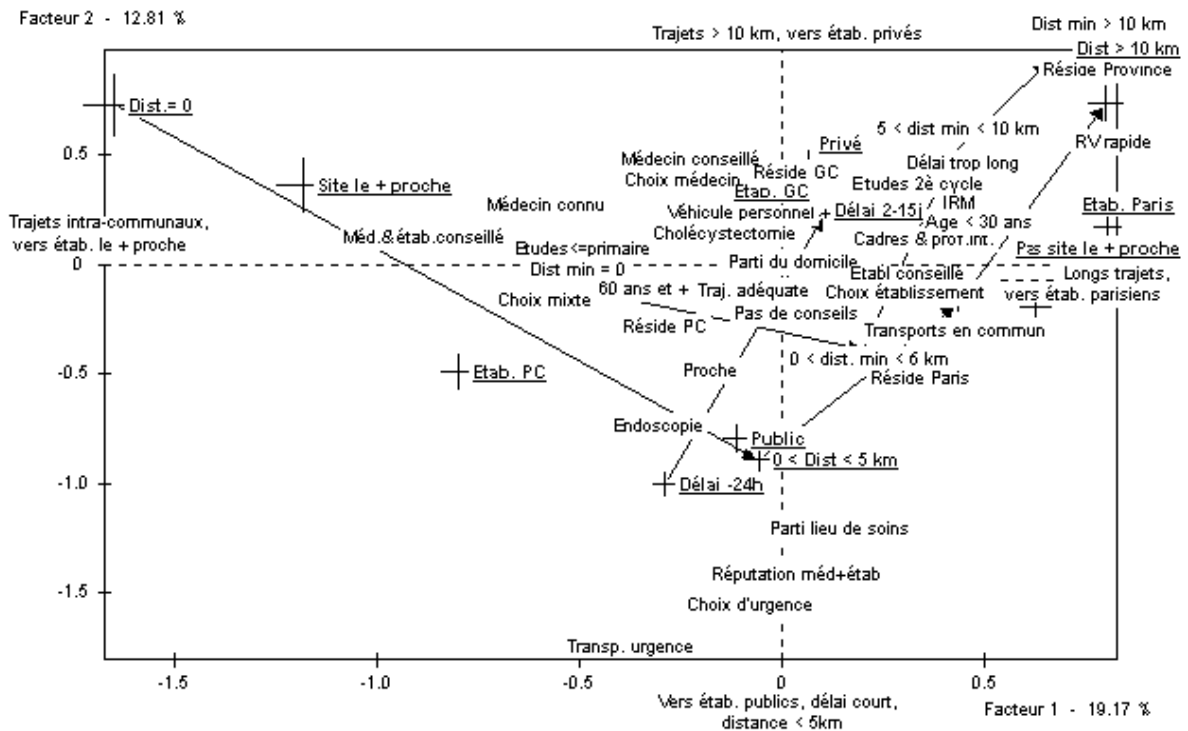
Il faut toutefois noter un effet âge, très parallèle à ce niveau d'études, et probablement assez corrélé : les patients très jeunes parcourent de longues distances, alors que les patients âgés de plus de 60 ans se rendent vers le site le plus proche et parcourent de faibles distances. Il est également possible d'y déceler un effet des différents traceurs et de l'offre qui leur est associée.

Cependant, comme l'impact du niveau d'étude, de la catégorie sociale et de l'âge ont été observés, dans l'étude précédemment citée, sur un grand nombre de patients fréquentant des services hospitaliers de disciplines différentes, on peut retenir l'idée d'une plus grande mobilité des patients jeunes, instruits et de niveau social élevé.

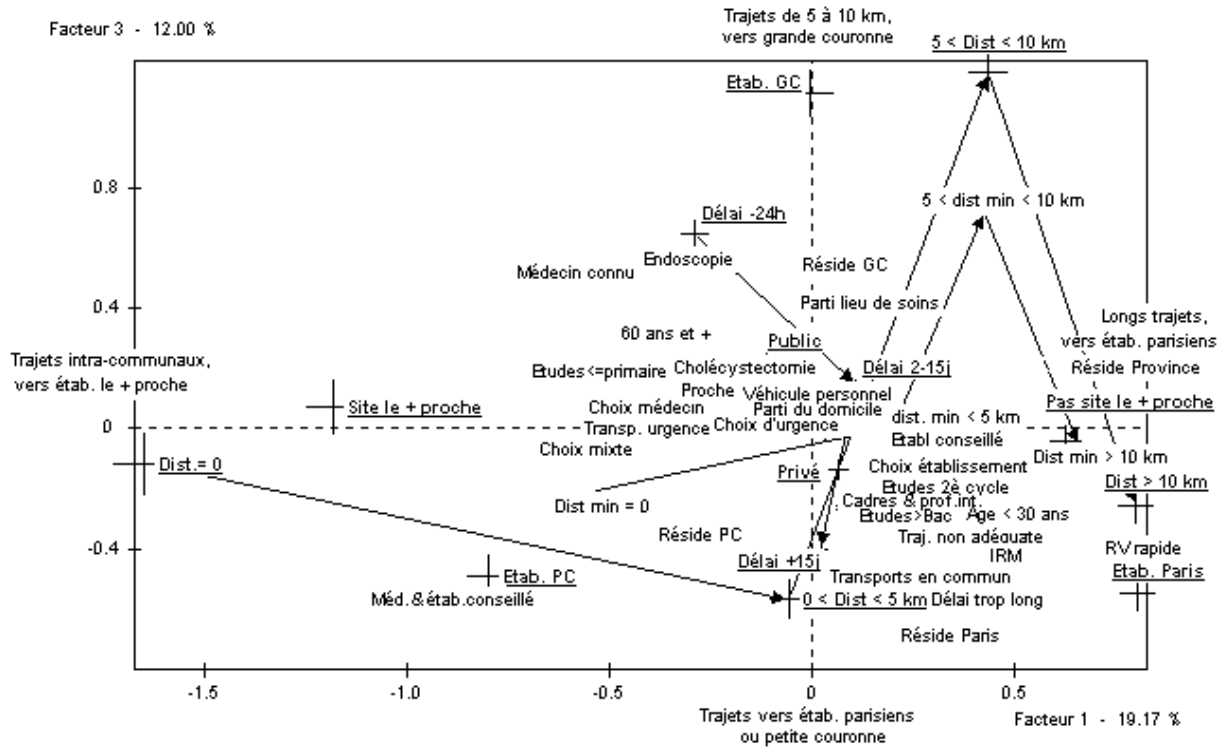
Graphique n° 46
Projection des variables d'offre et des traceurs sur le plan factoriel (1,2)



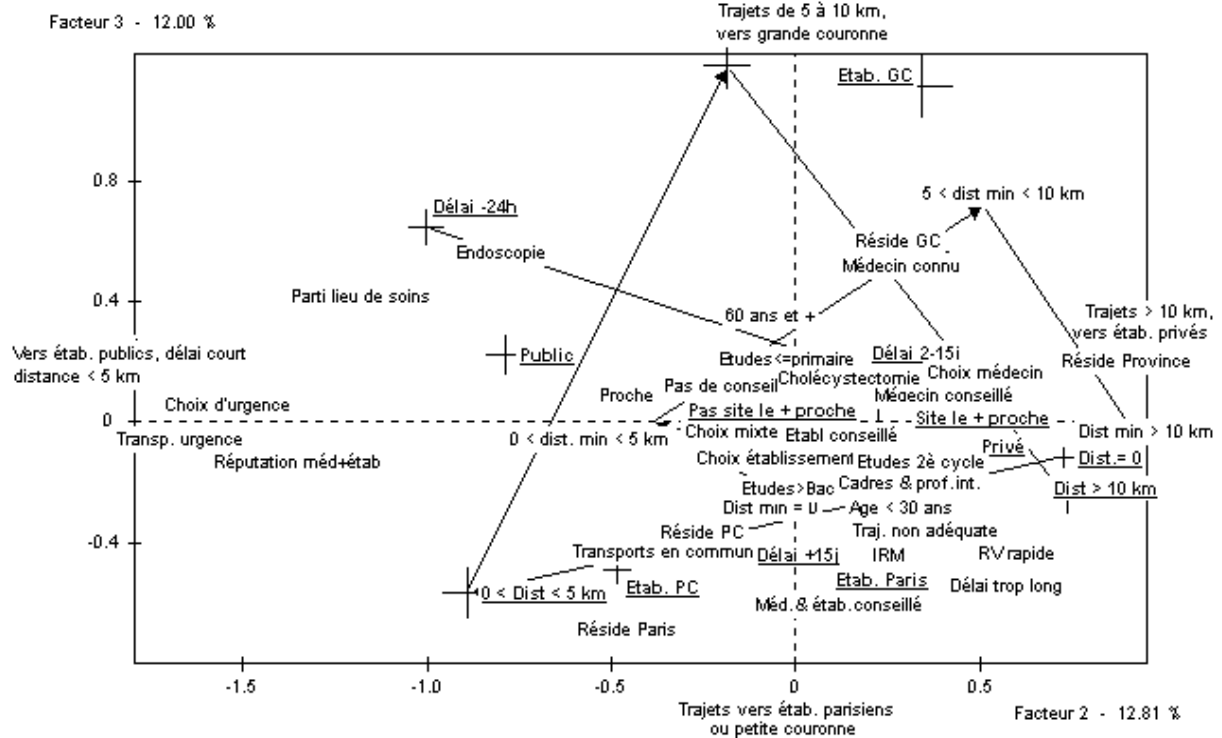
Graphique n° 47
Projection des motifs de choix et des caractéristiques socio-économiques sur le plan factoriel (1,2)



Graphique n° 48
Plan factoriel (1,3)



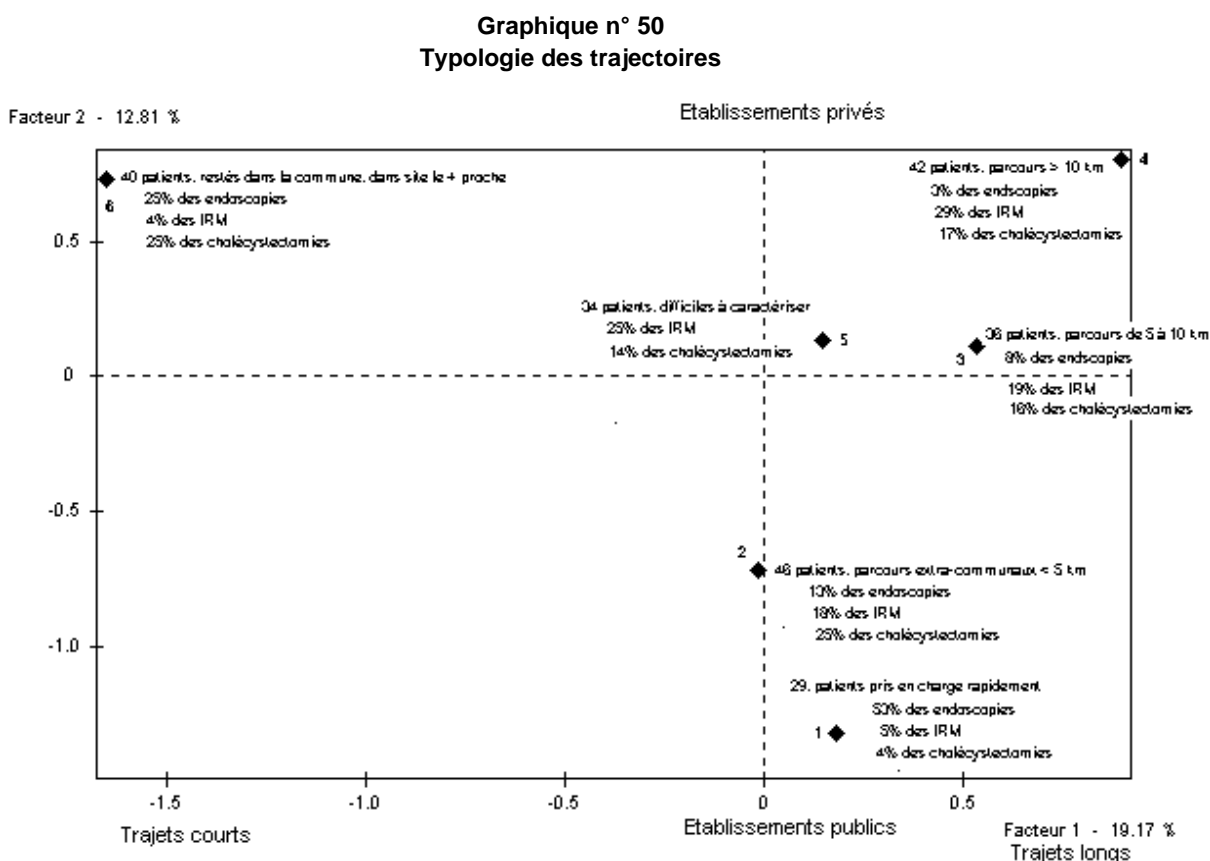
Graphique n° 49
Projection des motifs de choix et des caractéristiques socio-économiques sur le plan factoriel (1,3)



7.2.2 Peut-on dégager une typologie des trajectoires ?

L'objectif de cette analyse est de regrouper les trajectoires en fonction de leurs caractéristiques (distances, proximité du site, délais, statut de l'établissement) pour tenter de dégager des profils types et les facteurs qui les caractérisent.

5 classes de trajectoires ont pu être caractérisées¹¹. Elles sont positionnées sur le graphique ci-dessous.



3 classes apparaissent notamment très typées :

Classe 1 : 29 patients, pris en charge très rapidement

La première classe se caractérise par une prise en charge très rapide : tous les patients de ce groupe ont été pris en charge en 1 jour au plus. Trois-quarts d'entre eux ont passé une endoscopie (la moitié des endoscopies est d'ailleurs dans cette classe). Deux tiers de ces patients ont été transportés par un service d'urgence et deux tiers également n'ont pas exprimé de réels motifs de choix puisqu'ils ont déclaré avoir été conduits dans l'établissement par un service d'urgence.

On peut noter au passage que 16% seulement se sont rendus dans le site le plus proche de leur lieu de départ. Plus de 80 % de ces patients résident en banlieue parisienne (41 % en petite couronne et 41 % en grande couronne). C'est la seule classe dans laquelle la fréquentation d'établissements publics est majoritaire (59 %). Enfin 45 % des patients ont plus de 60 ans .

¹¹ En fait six, mais la sixième classe est mentionnée pour mémoire, elle se caractérise par de nombreuses non réponses et ne peut être véritablement considérée comme significative.

En dehors de cette première classe, dont la caractéristique la plus importante est le délai très court de prise en charge, les classes de patients se constituent en fonction des distances parcourues.

On peut notamment observer une opposition entre la classe 4 et la classe 6 :

Classe 4 : 42 patients, ayant effectué de longues distances pour se rendre dans un établissement parisien

Tous les patients de cette classe ont effectué une distance de plus de 10 km et pour 43 % d'entre eux, la distance minimale à parcourir pour atteindre le site le plus proche était supérieure à 10 km. 60 % des patients de ce groupe se sont rendus dans un établissement parisien et 29 % sont partis de la province. Plus de la moitié d'entre eux (58 %) ont attendu plus de 15 jours pour être pris en charge, examiné ou opéré. Ce sont des patients plutôt jeunes (40% ont moins de 30 ans). La moitié des patients de cette classe ont passé une IRM et 44 % se sont fait opérer de la vésicule.

Classe 6 : 40 patients, restés dans leur commune pour se rendre au site le plus proche

Tous les patients de cette classe sont restés dans la commune ou l'arrondissement de leur lieu de départ et sont allés dans le site le plus proche de ce lieu. Ces patients résident majoritairement en petite couronne (63%) ou en grande couronne (25 %) et 48 % d'entre eux ont 60 ans ou plus. 58 % de ces patients ont choisi le médecin plutôt que l'établissement et 38 % se sont fiés aux conseils du prescripteur de l'acte. Près de 70 % des patients de cette classe ont subi une cholécystectomie et 25 % ont passé une endoscopie. 70 % des patients se sont rendus dans des établissements privés.

Ces deux classes opposent bien un comportement de « consommateur éclairé » (classe 4) à un modèle plus traditionnel de la relation malade - système de soins (classe 6), qui est lié à l'âge et au niveau socio-économique.

Les classes 2 et 3 sont intermédiaires, et ne permettent pas de dégager des profils clairement lisibles. Leurs caractéristiques sont décrites ci-dessous.

Classe 2 : 46 patients ayant effectué des parcours extra-communaux, de moins de 5 km

L'ensemble des patients de cette classe a effectué un parcours compris entre 0 et 5 km. Pour 56 % d'entre eux, la distance à l'établissement le plus proche était d'ailleurs comprise entre 0 et 5 km. Près de 60 % de ces patients ont subi une cholécystectomie et 30% ont passé une IRM.

Classe 3 : 36 patients, ayant parcouru 5 à 10 km

Tous les patients de cette classe ont effectué un trajet compris entre 5 et 10 km. Pour 30 % d'entre eux, c'était la distance minimale à parcourir pour atteindre l'établissement le plus proche de leur lieu de départ. Presque tous les patients de cette classe résident en banlieue parisienne (42 % en petite couronne et 50 % en grande couronne). 69 % des patients se sont rendus dans des établissements privés. La moitié des patients de ce groupe ont subi une cholécystectomie et 42 % ont passé une IRM.

Au total, l'élément le plus frappant de cette classification est que le traceur ne conditionne pas complètement les trajectoires suivies. L'endoscopie, qui est pourtant le traceur donnant lieu aux trajectoires les plus uniformes, se répartit essentiellement entre 2 classes ayant des comportements diamétralement opposés (classes 1 et 6).

Les patients ayant été opérés de la vésicule biliaire sont quasiment équirépartis dans 5 groupes (classes 2 à 6) ayant des trajectoires bien différentes. Ce sont les patients bénéficiant d'une IRM qui ont les trajectoires les plus voisines puisqu'ils sont essentiellement répartis dans les classes 2 à 5 qui correspondent toutes à des trajets plutôt longs, ne conduisant pas au site le plus proche.

8. Conclusion et synthèse

8. Conclusion et synthèse

L'objectif de cette étude était d'explorer, grâce à une méthodologie originale, une question mal connue, et pourtant essentielle pour une réflexion en termes de planification de l'offre de soins : **l'orientation des patients dans le système de soins et les trajectoires suivies**. Comment varient ces trajectoires (adressage, distance, délai) ? Quels sont les choix – du patient ou du médecin – qui les orientent, sur quels critères ? Ont-elles un impact sur la qualité de la prise en charge ?

Les données rassemblées sur les trois traceurs sont riches d'enseignements. Elles permettent de dégager un ensemble d'observations et de conclusions, et des pistes de réflexion lorsque les résultats sont moins nettement significatifs compte tenu des effectifs observés.

Par ailleurs, en sus des résultats immédiats, et compte tenu du caractère expérimental de cette étude, on peut tirer des leçons de cette première réalisation pour développer ultérieurement des approches de ce type.

8.1 L'accès géographique et l'organisation de l'offre de soins francilienne

La question de l'accès des patients aux plateaux techniques en fonction de leur lieu de résidence - avec notamment l'opposition entre Paris intra-muros et la grande couronne - est une des questions que soulève la distribution actuelle de l'offre de soins dans la région, globalement abondante mais très inégalement répartie, comme le souligne le SROS (Schémas Régionaux d'organisation sanitaire).

L'observation des déplacements des patients et la compréhension des facteurs qui les influencent - disponibilité de l'offre, déplacement de commodité ou comportement volontaire de consommateur éclairé - sont des éléments importants pour éclairer les décisions dans ce domaine.

Quels éléments tirons-nous de l'observation des déplacements des patients pour les trois traceurs étudiés ?

8.1.1 Le déplacement standard : départ du domicile et utilisation d'un véhicule personnel

L'importance des déplacements domicile-travail dans la région et l'existence d'un réseau de transports en commun très développé pourraient faire penser que les déplacements des patients présentent des configurations variables en termes de lieu de départ et de mode de transport utilisé.

En fait, en dehors des urgences, **les parcours des patients sont très stéréotypés** ; dans la très grande majorité des cas (85 à 90 %) ils partent de leur domicile et utilisent la plupart du temps leur véhicule personnel.

8.1.2 La majorité des patients ne se rend pas au plus proche

Un constat intéressant est que globalement, les deux tiers des patients ne se rendent pas sur le site le plus proche de leur lieu de départ.

Ce comportement est lié **au niveau socio-économique et plus encore au niveau d'études**. Ainsi, la moitié des patients ayant un niveau d'études inférieur au 2ème cycle se rendent dans l'établissement le plus proche, alors qu'ils ne sont plus que de 25 % parmi les autres patients. Il semble également **plus fréquent chez les jeunes**.

Ce résultat recoupe celui d'études antérieures plus globales sur le recours à l'hospitalisation, qui montrent que la distance parcourue en milieu urbain varie de manière très sensible selon le niveau

d'instruction ou la catégorie sociale. On peut voir là l'illustration d'une pratique de choix du consommateur de soins, plus largement répandue parmi les jeunes et les cadres que chez les personnes plus âgées ou de milieu social modeste

Il faut souligner que cette mobilité " choisie " **n'est pas l'apanage des habitants de Paris intra-muros**, qui ont à leur disposition une offre très dense : les habitants de la petite ou de la grande couronne parcourent eux aussi des distances supérieures à celles qui leur seraient imposées par l'éloignement de l'offre.

Il est intéressant de noter que ce comportement de non recours au plateau technique le plus proche est valable pour les trois traceurs étudiés. De manière plus surprenante, **il est même plus accentué dans le cas où l'offre est la plus rare**, c'est-à-dire pour l'IRM – alors qu'on aurait pu penser que les patients se rendraient plus volontiers au site le plus proche pour minimiser des déplacements déjà importants. Il semblerait au contraire que quitte à se déplacer, l'ajout d'une distance supplémentaire soit mis en balance avec d'autres critères. Et en l'occurrence, pour l'IRM, ce comportement semble résulter d'un arbitrage distance - délai, car l'importance de la distance parcourue est associée au critère de rapidité du rendez-vous.

En première approche, on pourrait donc dire que les distances parcourues ne résultent pas seulement de la plus ou moins grande disponibilité de l'offre, mais aussi de la volonté des patients eux-mêmes de se déplacer pour aller vers l'établissement de leur choix. Ceci pourrait dès lors amener à relativiser une approche de la planification fondée sur des densités d'équipement par zone de résidence.

8.1.3 Des distances et des temps d'accès variables selon les actes

Les distances parcourues et les temps d'accès sont fonction de deux effets conjugués :

- un effet de disponibilité de l'offre, qui peut être plus ou moins largement diffusée et donc plus ou moins proche ;
- un effet de comportement du patient (choix du site le plus proche ou non), dont nous venons de voir qu'il a tendance à accroître la distance réelle parcourue par rapport à la distance minimale liée à l'offre.

Quels sont donc au total les distances et les temps d'accès aux différents équipements ?

Même si les patients ne vont pas au plus proche, les distances parcourues restent faibles, du moins pour l'endoscopie (5 km en moyenne) et la chirurgie digestive (7,4 km). Ceci s'explique par la densité de l'offre francilienne, qui permet une proximité des équipements : en grande couronne, la distance à l'établissement le plus proche est de 4 km en moyenne pour la chirurgie (moins de 1 km en petite couronne et il existe à Paris au moins un établissement chirurgical dans chaque arrondissement). De fait, 3% des patients ont plus d'une heure de trajet et 82% moins d'une demi-heure.

On peut noter également que pour une offre de soins très bien diffusée comme les services de chirurgie digestive ou générale, les patients restent essentiellement, du moins pour une intervention courante comme l'ablation de la vésicule, dans leur zone de résidence. Ainsi 77% des patients habitant en grande couronne se font opérer en grande couronne, 19% vont en petite couronne et seulement 4% se déplacent vers les établissements parisiens. L'effet " attraction des centres parisiens " ne joue donc que peu dans ce cas.

Les distances sont plus importantes pour l'IRM : 11 km en moyenne, 19 en grande couronne, ce qui reflète le nombre plus limité de sites et leur concentration au centre. On observe d'ailleurs dans ce cas beaucoup plus de mouvements de patients vers Paris intra-muros. Néanmoins, le temps d'accès reste inférieur à une heure pour 88% des patients.

Il serait intéressant de comparer ces temps de déplacements avec d'autres, liés à d'autres activités et motifs (déplacements domicile-travail, recours à des services non sanitaires...).

8.1.4 Les déplacements des patients, résultat de l'offre ou de la demande ?

Dans quelle mesure les déplacements des patients sont-ils la traduction de leur choix et donc le reflet de la demande ? Dans quelle mesure sont-ils contraints par l'offre existante ?

Dans le cas de la **cholécystectomie**, on a l'exemple d'un acte chirurgical banalisé et largement diffusé (200 sites en Île-de-France). On peut considérer pour cet acte qu'il n'y a pas de frein lié à la disponibilité de l'offre, et que le comportement des patients tel que nous l'observons reflète leur souhait : ils veulent choisir (l'établissement n'est pas forcément le plus proche), mais ils veulent rester dans leur zone de résidence.

La réponse est plus complexe en ce qui concerne l'IRM, car on est à l'évidence dans une situation de **plus grande tension de l'offre par rapport à la demande**.

En témoignent les délais de rendez-vous, qui sont supérieurs dans 60 % des cas au délai de 2 semaines considéré par les experts comme acceptable. Même si l'on considérait un délai maximum de 3 semaines, 40% des patients seraient encore hors délais, et ce malgré un retentissement important sur l'activité professionnelle pour 37 % des enquêtés, voire une impossibilité de travailler pour 20 % d'entre eux.

Au passage, on peut remarquer que lorsqu'un patient a la possibilité d'accéder à l'IRM, il y a pratiquement substitution des arthrographies par cet examen. Dans ce cas de figure précis, l'argument de la redondance avec les examens anciens, souvent avancé pour justifier le contingentement des nouvelles technologies, ne semble donc pas justifié.

Si l'on considère l'IRM du genou comme un acte aussi courant que l'ablation de la vésicule, on pourrait imaginer qu'il y ait une demande des patients pour une plus grande proximité (donc une meilleure répartition des équipements entre Paris, petite couronne et grande couronne). Actuellement les trois quarts des patients habitant en grande couronne se déplacent vers la petite couronne ou Paris, ils seraient peut-être moins nombreux si les équipements étaient mieux répartis.

Mais il n'est pas évident que les deux actes puissent être assimilés en termes de degré de banalisation. L'IRM du genou peut être considéré, tant par les patients que par les prescripteurs, comme un acte de plus grande technicité, et dès lors l'effet réputation jouerait plus, ce qui pourrait expliquer des déplacements plus importants vers des centres plus spécialisés.

Il est donc difficile de faire ici la part des deux effets - contraintes liées à l'offre et choix volontaire du patient.

8.1.5 Les établissements parisiens recrutent leur clientèle dans toute la région

Bien que les migrations entre zones soient plus ou moins importantes selon les traceurs, au total la clientèle des sites parisiens comporte de nombreux patients venant de banlieue voire de province. Ainsi, moins de 20 % des patients ayant une IRM du genou sur un site parisien sont domiciliés à Paris intra-muros ; cette proportion est de 50 % des patients subissant une cholécystectomie dans un service de chirurgie parisien, et de 56 % des patients ayant une endoscopies pour hémorragie digestive haute.

8.2 Qu'est-ce qui oriente les trajectoires des patients ?

8.2.1 Le rôle de l'adresseur - souvent le généraliste habituel - reste prédominant

Que le patient choisisse le médecin ou l'établissement, son choix est dans plus de la moitié des cas influencé par les conseils du médecin prescripteur, qui de ce fait occupe une place centrale dans le circuit de soins des patients. L'avis du prescripteur détermine à lui seul le choix du patient dans 40 % des cas.

Ce médecin prescripteur est très souvent un généraliste - pour la moitié des endoscopies pour hémorragie digestive haute et plus de 70 % des adressages vers le chirurgien. Par contre, les généralistes interviennent moins souvent dans les demandes d'IRM, dans 29 % des cas, et ce sont les orthopédistes qui sont le plus souvent à l'origine de ces demandes, dans 40 % des cas.

Les prescripteurs, du moins pour l'IRM et la cholécystectomie, sont le plus souvent des médecins libéraux. Si la quasi totalité des patients adressés dans le secteur privé l'ont été par un praticien libéral, cette proportion représente également plus de 70 % des patients du secteur public. On peut donc dire, pour ces deux actes, que la grande majorité du recrutement du secteur public a pour origine des praticiens du secteur privé.

Par ailleurs cette étude, pour l'endoscopie, confirme que les secours d'urgence dirigent essentiellement les patients vers des établissements publics (9 fois sur 10).

8.2.2 Le choix de l'établissement ou du médecin ?

Pour les deux actes diagnostiques étudiés (endoscopie et IRM), les patients choisissent beaucoup plus souvent l'établissement que le médecin qui va réaliser l'examen. A l'opposé, le choix du chirurgien prédomine chez les patients qui se font opérer de la vésicule.

Il est clair que dans le cas des actes d'investigations, c'est la qualité collective qui est en jeu, la qualité du plateau technique, et pas seulement la qualité du praticien individuel.

En revanche, lorsque l'on touche à l'intimité du corps, la confiance est donnée à un homme, le chirurgien, plus souvent qu'à une organisation et à un plateau technique (alors que ce second élément est aussi, on le sait, une composante de la qualité).

Quel que soit le traceur, lorsque l'acte est effectué dans le secteur privé, les patients choisissent davantage le médecin que l'établissement, à l'inverse de ce qui s'observe dans le public.

8.2.3 Les patients ont-ils des comportements de consommateurs éclairés ?

Au total, peut-on lire dans les modes d'accès aux plateaux techniques une tendance au développement d'un comportement plus consumériste des patients (recherche d'information, analyse comparative, choix éclairé) ?

Le modèle dominant semble pour le moment rester celui de la délégation de responsabilité au médecin traitant, si l'on en juge par l'importance de l'avis du prescripteur sur le choix.

Dans le même registre, on peut noter que la demande d'un deuxième avis avant intervention chirurgicale reste faible : seulement 16 % des patients prennent un deuxième avis médical.

Néanmoins, l'analyse des trajectoires suivies en fonction des caractéristiques des patients dessine bien deux classes opposées :

- l'une plus souvent composée de cadres, de jeunes, qui n'hésitent pas à parcourir des distances élevées, à arbitrer entre distance et rapidité de rendez-vous ; ce sont ceux qui ont tendance à trouver les délais trop longs, qui choisissent plutôt l'établissement (donc font plus confiance à l'organisation et au plateau technique), qui utilisent moins souvent les conseils de leur médecin ;
- l'autre où sont plus représentées les personnes âgées, les milieux modestes, qui vont plus souvent dans le site le plus proche, suivent plus fréquemment le conseil de leur médecin, s'inscrivent ainsi dans un modèle plus traditionnel de la relation malade - système de soins.

Le mouvement des idées et des comportements se fera sans nul doute en faveur du premier au détriment du second, comme le montrent d'autres tendances (telles que la demande d'information du patient, la décision médicale partagée...).

8.3 Les trajectoires ont-elles un impact sur la qualité des soins fournis ?

Les dimensions de la qualité des soins sont multiples. Cette étude n'était pas centrée sur cette question, mais avait simplement pour objectif de relever, pour les mettre en regard des trajectoires suivies par les patients, quelques éléments :

- de satisfaction ;
- de qualité des prises en charge, selon quelques critères simples choisis par les groupes d'experts ;
- de délai de prise en charge.

Quel que soit le traceur étudié et **le statut public ou privé du site d'intervention, la quasi totalité des patients sont satisfaits ou très satisfaits** de la manière dont l'acte s'est déroulé.

Les patients estiment avoir été correctement informés du résultat de l'acte ou de l'intervention, ainsi que de son déroulement pour l'endoscopie digestive haute et la cholécystectomie. En revanche, ¼ des patients ont exprimé un manque d'information concernant le déroulement de l'acte d'IRM, et donc dans ce domaine précis des progrès pourraient être faits.

Au regard des **critères de prise en charge définis par le groupe d'experts comme indispensables au plan médical** :

- la quasi totalité des patients ayant subi une cholécystectomie ont été parfaitement pris en charge médicalement ;
- il en est de même pour pratiquement les trois quarts des patients ayant eu une endoscopie digestive haute, dans un contexte hémorragique ;
- par contre, seule la moitié des patients passant une IRM du genou s'est présentée au radiologue munie des deux examens considérés comme indispensables : le bilan clinique ostéo-articulaire et la radiographie standard des genoux.

En terme de **délai**, les deux tiers des patients présentant une hémorragie digestive haute ont bénéficié d'une endoscopie dans la journée suivant la prescription de celle-ci, le tiers restant ayant dû attendre plus de 24 heures, ce qui est considéré comme sous-optimal par les experts consultés.

Nous avons déjà indiqué précédemment que le délai jugé maximal pour une IRM du genou (deux semaines) est également dépassé dans 60% des cas ; si l'on porte ce délai à 3 semaines ce sont encore 4 patients sur 10 qui ont attendu trop longtemps.

On peut donc considérer que les conditions de réalisation des examens (endoscopie ou IRM du genou) pourraient être améliorées, tant du point de vue des délais et des conditions de prise en charge que des examens préalables.

Au-delà de ce constat brut, l'objectif de ce questionnaire était de comprendre s'il y avait **une relation entre cette " qualité de prise en charge " et les trajectoires suivies par les patients** (la distance parcourue est-elle associée à une meilleure prise en charge ? Le mode d'adressage, le statut de l'établissement, ont-ils une influence ? etc.).

Pour la cholécystectomie, la question se révèle sans objet puisque les conditions de réalisation sont jugées satisfaisantes pour tous les patients. De la même manière, en ce qui concerne la satisfaction des patients, là encore le caractère massif des réponses positives rend la question non pertinente pour l'ensemble des traceurs.

La question pourrait être pertinente pour la prise en charge de l'endoscopie, puisque si l'on combine les critères médicaux et de délais, plus d'1/3 des trajectoires apparaissent sous-optimales. Néanmoins les effectifs sont trop faibles pour que les différences soient significatives.

Pour l'IRM, les critères d'adéquation médicale renvoient plutôt à la qualité de la prise en charge d'amont (résultats d'examens fournis au radiologue). Reste donc la question des **délais de rendez-vous**, qui ne sont effectivement **pas indépendants de la trajectoire suivie** :

- les délais de RV sont significativement plus courts dans le secteur privé que dans le secteur public (18 versus 25 jours) ;
- des distances plus longues sont corrélées à des délais plus courts (arbitrage déplacement - rapidité du rendez-vous déjà évoqué plus haut).

8.4 Les spécificités des secteurs public et privé en île-de-France

Quelques éléments ont déjà été mentionnés :

- l'orientation par les secours d'urgence vers le secteur public ;
- les délais de rendez-vous plus courts dans le secteur privé que dans le secteur public pour l'IRM ;
- le fait que le statut n'influence pas significativement en revanche la satisfaction des patients et la qualité de la prise en charge.

Le statut (public ou privé) de l'établissement a-t-il une importance dans le choix du patient ? Oui pour 22 % des patients dans le cas de l'IRM, nettement plus souvent (plus de la moitié) pour la chirurgie de la vésicule : 47 % de ceux qui choisissent un établissement privé et 70 % de ceux qui choisissent le secteur public.

Les personnes issues des milieux de cadres ou de professions intermédiaires ont plus souvent tendance se faire hospitaliser dans un établissement hospitalier privé, du moins dans le cadre des cholécystectomies.

Au passage, on peut noter que la distribution par milieu social diffère selon les traceurs, notamment l'IRM du genou est beaucoup plus diffusée parmi les cadres et professions intermédiaires que dans les autres milieux.

Il est intéressant de noter que parmi les personnes pour lesquelles le statut de l'établissement intervient dans le choix, le critère majeur évoqué pour choisir l'un ou l'autre secteur est finalement le même : **la qualité des soins.**

Les autres motivations diffèrent selon les secteurs et sont plus conformes aux images respectives des deux secteurs : ainsi, dans le cadre de la cholécystectomie la relation médecin malade est deux fois plus souvent citée lorsque les patients se font hospitaliser dans un établissement privé, alors que les raisons financières sont évoquées pour justifier le choix de 17 % des patients hospitalisés dans le public, mais ne sont jamais citées par les personnes opérées dans le secteur privé.

Annexe technique

Annexe technique

1.1 Calcul des distances

Plusieurs distances sont calculées dans ce rapport :

- la distance entre le lieu de résidence et le lieu d'implantation du site ;
- la distance entre le lieu de départ du patient et le lieu d'implantation du site ;
- la distance entre le lieu de résidence du patient et le site le plus proche ;
- la distance entre le lieu de départ du patient et le site le plus proche.

Toutes ces distances sont évaluées selon une méthode déjà utilisée en géographie de la santé (voir par exemple Lucas & Tonnellier, 1995) et qui consiste à utiliser les distances à vol d'oiseau entre communes, et plus exactement entre coordonnées des mairies de différentes communes. Par convention, dans ce calcul, deux points appartenant à une même commune sont donc éloignés d'une distance égale à 0. En ce qui concerne Paris, chaque arrondissement est considéré comme une commune.

La distance à l'établissement le plus proche (du lieu de départ ou du lieu de résidence) a été évaluée en repérant les établissements pratiquant les actes traceurs dans les données du PMSI (pour plus de détails sur cette méthode, voir le chapitre 3 sur la représentativité des données.)

1.2 Significativité des résultats

Les effectifs recueillis étant relativement faibles, des tests de significativité des résultats ont été effectués, à l'aide des logiciels SAS ou Statistica.

1.2.1. Pour les croisements de deux caractères qualitatifs X et Y, l'hypothèse d'indépendance des distributions a été testée à l'aide du Chi-deux (χ^2) ou à l'aide du test Fisher-Exact bilatéral selon les cas.

Test du χ^2

Ce test s'applique sur un tableau croisé X×Y, lorsque tous les effectifs des cases de ce tableau sont égaux ou supérieurs à 5. Le test du Chi-Deux a été utilisé et on donne la probabilité p de se tromper en rejetant l'hypothèse H_0 d'indépendance des deux caractères étudiés. Lorsque p est faible, c'est à dire inférieur à 5% ou 10% selon le niveau de risque que l'on se fixe, on accepte l'hypothèse d'une liaison entre les deux variables.

Le test « exact » de Fisher

Lorsque l'effectif d'au moins une case du tableau étudié est inférieur à 5, le test « exact » de Fisher est utilisé. Celui-ci donne la probabilité d'observer un tableau croisé qui donne au moins autant de preuve d'association que celui qu'on observe en supposant que l'hypothèse H_0 (indépendance des caractères) est vraie. Il est fondé sur le calcul des probabilités exactes, sous l'hypothèse d'indépendance des deux variables, d'obtenir un tableau de contingence dont les marges sont fixées a priori.

SAS propose 3 tests dans le cas d'un tableau à 2 x 2 dimensions :

Le *left-tailed test* teste H_0 contre l'hypothèse alternative d'une dépendance négative entre deux variables ;

Le *right-tailed test* teste H_0 contre l'hypothèse alternative d'une dépendance positive entre deux variables ;

Le *two-tailed test* teste H_0 contre l'hypothèse d'une dépendance entre les deux variables.

Interprétation : les résultats des trois tests sont donnés sous forme de probabilité et on accepte l'hypothèse alternative correspondant à la plus petite probabilité, à condition que celle-ci soit inférieure au seuil de significativité choisi.

Dans le cas de tableau à $p \times q$ dimensions où $p > 2$ ou/et $q > 2$, seul le dernier test est proposé, car l'hypothèse alternative ne peut plus être formulée en termes de dépendance linéaire.

Interprétation : seul le résultat du test bilatéral est donné, on accepte l'hypothèse alternative de liaison entre les deux variables si la probabilité est inférieure au seuil de significativité choisi.

1.2.2. Pour les comparaisons de moyennes d'un caractère quantitatif (Y) dans plusieurs populations, les tests paramétriques applicables aux petits échantillons (Student) étant basés sur l'hypothèse de normalité des distributions des variables étudiées, un premier test a consisté à vérifier cette hypothèse de normalité. Les tests effectués nous ayant conduit à rejeter cette hypothèse de normalité, il a été nécessaire de recourir à des tests non paramétriques.

Le test de Kruskal et Wallis s'est révélé le plus adapté. Ce test consiste à « définir une règle de décision concernant la validité de l'hypothèse relative à l'identité des distributions d'un caractère mesurable dans k populations » (Cf. CERESTA, 1986, page 130,131).

Toutefois, ce test n'étant pas directement disponible dans SAS, nous avons eu recours à une méthode donnant un résultat approchant (et plus précis d'après le Guide d'utilisation de SAS). Cette méthode consiste à réaliser une analyse de la variance du rang de la variable continue à expliquer (Y) sur le facteur (X) dont on souhaite tester l'effet, par la procédure glm (modèle linéaire généralisé) d'analyse de variance.

On lit alors le résultat du test de significativité du modèle (qui équivaut au test de l'effet du facteur X, dans nos modèles à un seul facteur). SAS donne la probabilité de se tromper en acceptant l'hypothèse H_0 de nullité de l'effet du facteur X sur le rang de Y.

Si cette probabilité est faible (inférieure à 5% ou 10% selon le seuil choisi), on rejette l'hypothèse H_0 et on accepte donc l'hypothèse d'un effet du facteur X sur le rang de Y.

Attention, ce résultat ne permet pas de conclure qu'il y a une différence de moyennes, il permet seulement de dire que les rangs de la variable Y sont distribués de manière différente dans les sous-échantillons déterminés par le facteur X.

Bibliographie

Bibliographie

Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Île-de-France, Schéma régional d'organisation sanitaire de l'Île-de-France 1999-2004 : arrêté du 23 juillet 1999, Paris : ARHIF, 1999.

BOCOGNANO A., DUMESNIL S., FREROT L., GRANDFILS N., LE FUR P., SERMET C., Santé, soins et protection sociale. France 1998 , Paris : CREDES, 1999/12.

CERESTA. Paris. FRA, Aide-mémoire pratique des techniques statistiques pour ingénieurs et techniciens supérieurs, Paris : CERESTA, 1986.

CONG H.Q., BOURDILLON F., NADAL J.M., JOUBERT M., MOUQUET M.C., MASSON E., Les actes chirurgicaux liés au cancer du sein en 1997 à travers le PMSI, « Etudes et Résultats (DREES) », n° 18, 1999/06.

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, Enquête sur l'emploi de janvier 1999 : résultats détaillés , « Insee Résultats : Emploi- revenus », n° 153-154, 1999/07.

LUCAS V., TONNELIER F., Distances réelles d'accès et attraction : Actes du IV-ième colloque de géographie et socio-économie de la santé, Paris : CREDES, 1995.

SCHWARTZ D., LAZAR Ph., PAPOZ L., Statistique médicale et biologique, Paris : Flammarion, 1994

VOLLE M., Analyse des données (3^{ième} édition), Paris : Economica, 1985.

Liste des tableaux et des graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Participation des sites à l'enquête selon le statut de l'établissement.....	34
Tableau n° 2	
Taux de participation des sites selon la localisation.....	35
Tableau n° 3	
Représentativité de l'activité d'endoscopie observée.....	37
Tableau n° 4	
Représentativité de l'activité de chirurgie observée.....	39
Tableau n° 5	
Participation des médecins à l'enquête	40
Tableau n° 6	
Nombre de patients enquêtés.....	45
Tableau n° 7	
Information disponible pour les actes observés	45
Tableau n° 8	
Répartition par sexe des patients inclus et exclus.....	47
Tableau n° 9	
Modes de présentation de l'hémorragie digestive	48
Tableau n° 10	
Modes de présentation de l'hémorragie digestive	49
Tableau n° 11	
Facteurs de risque ou de gravité	49
Tableau n° 12	
Indicateurs de la complexité du cas clinique.....	51
Tableau n° 13	
Origine des patients	51
Tableau n° 14	
Fréquence des trajets urgents selon le statut de l'établissement.....	52
Tableau n° 15	
Type d'itinéraire selon le statut de l'établissement.....	52
Tableau n° 16	
Lieu de départ du patient (effectifs)	53
Tableau n° 17	
Mode de transport utilisé selon le statut de l'établissement (effectifs).....	54
Tableau n° 18	
Répartition des patients selon leur lieu de départ et le lieu de l'endoscopie (effectifs)	55
Tableau n° 19	
Délai écoulé entre la prescription et la réalisation de l'acte.....	58

Tableau n° 20	
Délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation de l'acte selon l'endoscopiste	59
Tableau n° 21	
Objet du choix du patient	60
Tableau n° 22	
Motifs de choix exprimés par le patient	60
Tableau n° 23	
Regroupement des motifs de choix	61
Tableau n° 24	
Associations des motifs de choix.....	61
Tableau n° 25	
Objet du choix selon le statut de l'établissement	62
Tableau n° 26	
Fréquence des motifs de choix selon le statut de l'établissement	63
Tableau n° 27	
Adéquation médicale de la trajectoire et lourdeur clinique du patient (effectifs)	64
Tableau n° 28	
Adéquation du délai et lourdeur clinique du patient (effectifs).....	64
Tableau n° 29	
Adéquation des délais et adéquation médicale (effectifs)	65
Tableau n° 30	
Information disponible pour les actes observés	69
Tableau n° 31	
Répartition par âge et sexe de l'ensemble des patients inclus, selon le statut du site d'IRM	85
Tableau n° 32	
Répartition par âge et sexe des patients ayant renvoyé un questionnaire patient, selon le statut du site d'IRM (questionnaire patient).....	85
Tableau n° 33	
Occupation, milieu social et niveau d'études des patients selon le statut du site d'IRM (questionnaire patient).....	86
Tableau n° 34	
Couverture sociale des patients selon le statut du site d'IRM (questionnaire patient).....	86
Tableau n° 35	
Répartition des patients selon le niveau de l'impotence fonctionnelle et son retentissement sur leur activité professionnelle (questionnaire acte)	87
Tableau n° 36	
Conditions de la prescription de l'IRM, de la prise de rendez-vous et spécialité du prescripteur, selon le patient (questionnaire patient)	88
Tableau n° 37	
Spécialité du prescripteur de l'IRM, selon le radiologue (questionnaire acte)	89

Tableau n° 38	
Cadre de la prescription de l'IRM (questionnaire acte).....	89
Tableau n° 39	
Examens et consultations ayant eu lieu entre prescription et réalisation de l'IRM (questionnaire patient).....	89
Tableau n° 40	
Consultations de spécialistes avant l'IRM (questionnaire acte)	90
Tableau n° 41	
Lieu de départ du patient pour se rendre sur le site d'IRM (questionnaire patient)	90
Tableau n° 42	
Mode de transport utilisé (questionnaire patient)	90
Tableau n° 43	
Répartition des patients selon la durée du trajet pour se rendre de leur domicile au site d'IRM, selon le statut du site (questionnaire patient).....	90
Tableau n° 44	
Déplacements des patients vers les sites d'IRM et recrutement des sites : ensemble des patients inclus (questionnaire patient + enveloppe)	91
Tableau n° 45	
Déplacements des patients vers les sites d'IRM et recrutement des sites : patients ayant renvoyé un questionnaire (questionnaire patient).....	91
Tableau n° 46	
Distances moyennes parcourues par les patients selon le statut du site et selon les caractéristiques des patients ou de leur parcours (questionnaire patient)	92
Tableau n° 47	
Proportion de patients se rendant sur le site le plus proche de leur domicile, selon le statut du site, les caractéristiques des patients ou de leur parcours (questionnaire patient)	93
Tableau n° 48	
Distribution des patients selon la distance séparant la commune de résidence de la commune d'implantation du site, en fonction du statut du site (questionnaire patient).....	94
Tableau n° 49	
Distribution des patients selon le délai séparant l'accident de la première consultation et l'accident de la prescription de l'IRM (questionnaire patient).....	94
Tableau n° 50	
Distribution des patients selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM, en fonction du statut du site (questionnaire patient).....	95
Tableau n° 51	
Répartition des patients en fonction de leur opinion sur la longueur des délais d'attente, selon le délai objectif séparant la prescription de la réalisation de l'IRM (questionnaire patient)	95
Tableau n° 52	
Délai moyen entre la prescription de l'IRM et sa réalisation, selon le statut du site, certaines caractéristiques des patients ou de leur parcours	96
Tableau n° 53	
Orientations du choix des patients et motifs de choix (questionnaire patient)	97

Tableau n° 54	
Influence du statut de l'établissement dans le choix des patients et raisons invoquées (questionnaire patient).....	98
Tableau n° 55	
Rôle de l'adresseur dans la trajectoire du patient (questionnaire adresseur)	99
Tableau n° 56	
Fréquence des critères de qualité considérés comme indispensables par les experts, selon la spécialité de l'adresseur (questionnaire acte)	100
Tableau n° 57	
Fréquence des critères de qualité jugés souhaitables par les experts (questionnaire acte)	101
Tableau n° 58	
Information du patient, selon le patient et selon le radiologue (questionnaire patient et questionnaire acte)	102
Tableau n° 59	
Satisfaction des patients (questionnaire patient).....	103
Tableau n° 60	
Résultat de l'IRM et retour d'information à l'adresseur (questionnaire acte et questionnaire adresseur).....	103
Tableau n° 61	
Nombre de patients enquêtés.....	107
Tableau n° 62	
Information disponible pour les actes observés	107
Tableau n° 63	
Répartition par âge et sexe de l'ensemble des patients inclus, selon le statut de l'établissement.....	126
Tableau n° 64	
Répartition par âge et sexe des patients ayant renvoyé un questionnaire patient, selon le statut de l'établissement (questionnaire patient)	126
Tableau n° 65	
Occupation, milieu social et niveau d'étude des patients, selon le statut de l'établissement (questionnaire patient).....	127
Tableau n° 66	
Couverture sociale des patients, selon le statut de l'établissement (questionnaire patient)	127
Tableau n° 67	
Signes cliniques caractérisant la lithiase vésiculaire (questionnaire acte).....	128
Tableau n° 68	
Etapes du parcours médical et spécialité du médecin adresseur (questionnaire patient).....	129
Tableau n° 69	
Spécialité du médecin adresseur, cadre de la consultation d'adressage (questionnaire acte)	130
Tableau n° 70	
Lieu de départ du patient pour se rendre dans l'établissement où il a été opéré (questionnaire patient).....	131

Tableau n° 71	
Mode de transport utilisé (questionnaire patient)	131
Tableau n° 72	
Répartition des patients selon la durée du trajet pour se rendre de leur domicile à l'établissement hospitalier : (questionnaire patient).....	131
Tableau n° 73	
Déplacements des patients vers les établissements et recrutement des établissements : ensemble des patients inclus (questionnaire patient + enveloppe).....	132
Tableau n° 74	
Déplacements des patients vers les établissements et recrutement des établissements : patients ayant renvoyé un questionnaire (questionnaire patient).....	133
Tableau n° 75	
Distances moyennes parcourues par les patients selon le statut de l'établissement et selon les caractéristiques des patients ou de leur parcours (questionnaire patient).....	134
Tableau n° 76	
Proportion de patients se rendant sur le site le plus proche de leur domicile, selon le statut de l'établissement, les caractéristiques des patients ou de leur parcours (questionnaire patient)	135
Tableau n° 77	
Distribution des patients selon la distance séparant la commune de résidence de la commune d'implantation du site en fonction du statut de l'établissement (questionnaire patient)	136
Tableau n° 78	
Distribution des patients selon le délai séparant la consultation du chirurgien de l'opération, en fonction du statut de l'établissement (questionnaire patient)	136
Tableau n° 79	
Répartition des patients en fonction de leur opinion sur la longueur des délais, selon le délai objectif (questionnaire patient).....	136
Tableau n° 80	
Délai moyen entre la consultation du chirurgien et l'opération, selon le statut de l'établissement, certaines caractéristiques des patients ou de leur parcours (<i>les calculs de moyenne ont été effectués sur des durées inférieures à 100 jours [1 personne exclue]</i>) (questionnaire patient).....	137
Tableau n° 81	
Orientations du choix des patients et motifs de choix, selon le statut de l'établissement (questionnaire patient).....	138
Tableau n° 82	
Influence du statut de l'établissement dans le choix des patients et raisons invoquées (questionnaire patient).....	139
Tableau n° 83	
Rôle de l'adresseur dans la trajectoire du patient_(questionnaire adresseur).....	140
Tableau n° 84	
Examens préalables dont les résultats ont été fournis au chirurgien (questionnaire acte)	141
Tableau n° 85	
Déroulement de l'intervention (questionnaire acte).....	141

Tableau n° 86	
Information reçue par le patient et satisfaction du patient (questionnaire patient)	142

Tableau n° 87	
Retour d'information à l'adresseur (questionnaire adresseur)	143

Tableau n° 88	
Fréquence des motifs déterminant le choix des patients	148

Liste des graphiques

Graphique n° 1	
Taux de participation des sites par traceur et par statut	35

Graphique n° 2	
Répartition par âge des patients enquêtés	46

Graphique n° 3	
Répartition par âge des patients inclus et exclus	47

Graphique n° 4	
Répartition des patients par catégorie socio-professionnelle	48

Graphique n° 5	
Répartition des patients selon leur taux d'hémoglobine	50

Graphique n° 6	
Distribution des durées de transport	54

Graphique n° 7	
Déplacement des patients selon leur lieu de départ	55

Graphique n° 8	
Provenance des patients selon la localisation des établissements	56

Graphique n° 9	
Répartition des patients de chaque secteur en fonction de la distance séparant leur lieu de départ de l'établissement	57

Graphique n° 10	
Répartition des patients selon le délai séparant l'apparition des symptômes de la réalisation de l'acte, et selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'acte	59

Graphique n° 11	
Associations des motifs de choix	62

Graphique n° 12	
Retentissement de l'impotence fonctionnelle sur l'activité professionnelle des patients actifs	70

Graphique n° 13	
Pourcentage de patients bénéficiant d'une IRM du genou, selon la spécialité du prescripteur (source radiologue)	72

Graphique n° 14	
Répartition des patients selon leur temps de trajet pour se rendre à l'IRM.....	73
Graphique n° 15	
Déplacement des patients vers le site d'IRM, selon leur lieu de résidence.....	73
Graphique n° 16	
Origine géographique des patients, selon le lieu d'implantation des établissements enquêtés	74
Graphique n° 17	
Répartition des patients dans les sites d'IRM publics ou privés, selon la distance séparant leur commune de résidence de la commune du site d'IRM.....	75
Graphique n° 18	
Pourcentage de patients passant leur IRM dans le site équipé le plus proche, selon leur niveau d'étude.....	76
Graphique n° 19	
Pourcentage de patients, selon le délai séparant l'accident du genou de la première consultation avec un médecin.....	77
Graphique n° 20	
Répartition des patients passant une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique, selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM	78
Graphique n° 21	
Opinion des enquêtés sur le délai d'attente séparant la prescription de la réalisation de l'IRM.....	79
Graphique n° 22	
Opinion des patients passant leur IRM dans le secteur privé, selon la durée effective du délai séparant la prescription de la réalisation de l'acte.....	79
Graphique n° 23	
Pourcentage de patients ayant cité chaque motif de choix <u>du site</u>	81
Graphique n° 24	
Présence ou absence du bilan ostéo-articulaire et/ou des clichés standards des genoux lors de la réalisation de l'IRM	82
Graphique n° 25	
Répartition des patients passant une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique, selon le délai séparant la prescription de la réalisation de l'IRM	83
Graphique n° 26	
Répartition des patients selon l'âge et le sexe dans le secteur privé.....	108
Graphique n° 27	
Répartition des patients selon l'âge et le sexe dans le secteur public ou PSPH	108
Graphique n° 28	
Répartition des patients par milieu social dans le secteur public ou PSPH et le secteur privé.....	109
Graphique n° 29	
Distribution des patients selon le temps de trajet mis pour se rendre dans l'établissement hospitalier où aura lieu la cholécystectomie	112

Graphique n° 30

Distribution des patients selon le temps de trajet déclaré par les patients en fonction du statut de l'établissement d'hospitalisation.....112

Graphique n° 31

Le lieu d'hospitalisation selon le lieu de résidence des patients113

Graphique n° 32

Pourcentage de patients habitant une aire géographique et choisissant de se faire opérer dans la même aire géographique, selon le statut de l'établissement d'hospitalisation114

Graphique n° 33

Origine géographique des patients, selon le lieu d'implantation des établissements d'hospitalisation114

Graphique n° 34

Répartition des patients hospitalisés dans le secteur privé et dans le secteur public, en fonction de la distance séparant leur commune de résidence de la commune de l'établissement hospitalier116

Graphique n° 35

Pourcentage de patients hospitalisés dans l'établissement le plus proche de leur domicile, selon leur niveau d'études.....117

Graphique n° 36

Pourcentage de cholécystectomies réalisées dans l'établissement hospitalier le plus proche du domicile du patient, selon le lieu de résidence des patients.....117

Graphique n° 37

Répartition des patients, selon le délai séparant la consultation au cours de laquelle le chirurgien à donné rendez-vous pour l'intervention, de l'intervention elle même119

Graphique n° 38

Répartition des patients ayant eu au moins une crise de colique hépatique typique, selon le temps séparant la première crise de l'intervention chirurgicale119

Graphique n° 39

Répartition des patients du secteur public et privé selon les orientations de leur choix fondé sur le chirurgien ou l'établissement120

Graphique n° 40

Pourcentage de patients, selon le ou les motifs de choix du lieu de l'intervention.....121

Graphique n° 41

Pourcentage de patients, selon les motifs les ayant influencés dans leur choix, pour les patients du secteur public et ceux du secteur privé.....122

Graphique n° 42

Pourcentage de patients déclarant être plus ou moins intervenus dans le choix de l'établissement et avoir été influencés par le statut public ou privé, selon les raisons qui les ont influencés.....123

Graphique n° 43

Fréquence respective des motifs déterminant le choix des patients147

Graphique n° 44

Fréquence des différents motifs de choix déclarés par les patients selon les traceurs148

Graphique n° 45

Motif de choix des adresseurs150

Graphique n° 46	
Projection des variables d'offre et des traceurs sur le plan factoriel (1,2).....	154
Graphique n° 47	
Projection des motifs de choix et des caractéristiques socio-économiques sur le plan factoriel (1,2).....	154
Graphique n° 48	
Plan factoriel (1,3).....	155
Graphique n° 49	
Projection des motifs de choix et des caractéristiques socio-économiques sur le plan factoriel (1,3).....	155
Graphique n° 50	
Typologie des trajectoires	156

Achévé d'imprimer le 26 mai 2000
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Mai 2000