

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

### Annexes

Philippe Le Fur  
Valérie Paris  
Hervé Picard  
Dominique Polton

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

---

Biblio n° 1304 bis

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 12-261-5

# Sommaire

---



## Sommaire

<b>1. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Choix méthodologiques fondamentaux .....</b>	<b>9</b>
<b>1.2 Choix et définition des traceurs .....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 Principaux indicateurs .....</b>	<b>12</b>
<b>1.4 Population étudiée, critères d'inclusion .....</b>	<b>14</b>
<b>1.5 Organisation pratique et procédures d'enquête .....</b>	<b>17</b>
<b>2. RÉUNIONS D'EXPERTS .....</b>	<b>19</b>
<b>3. MATÉRIEL D'ENQUÊTE .....</b>	<b>65</b>
<b>3.1 Documents adressés aux différents intervenants dans le cadre du traceur endoscopie</b>	<b>67</b>
3.1.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs.....	69
3.1.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte .....	79
3.1.3 Documents destinés aux patients .....	89
<b>3.2 Documents adressés aux différents intervenants dans le cadre du traceur IRM du genou .....</b>	<b>97</b>
3.2.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs.....	99
3.2.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte .....	109
3.2.3 Documents destinés aux patients .....	119
<b>3.3 Documents adressés aux différents intervenants dans le traceur cholécystectomie...</b>	<b>127</b>
3.3.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs.....	129
3.3.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte .....	139
3.3.3 Documents destinés aux patients .....	149



# 1. Méthodologie

---



## 1. Méthodologie

---

### 1.1 Choix méthodologiques fondamentaux

#### 1.1.1 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 paraissent 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.

#### 1.1.2 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.

#### 1.1.3 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 effectué, pour recueillir quelques caractéristiques structurelles (statut, taille...).

## **1.2 Choix et définition des traceurs**

### **1.2.1 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.

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 consultations des experts figurent annexe 2 de ce 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.

### 1.2.2 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).

### 1.2.3 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.

## 1.3 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.

### 1.3.1 Description des trajectoires

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

#### 1.3.1.1 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...).

#### 1.3.1.2 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.

#### 1.3.1.3 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.

### 1.3.2 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 en annexe.

### 1.3.3 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'agit d'un élément jugé indispensable ou seulement souhaitable.

Le lecteur trouvera en 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 utilisée 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 ?

### 1.3.4 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.

## 1.4 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.

### **1.4.1 Endoscopie digestive haute**

#### **1.4.1.1 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.

#### **1.4.1.2 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.

### **1.4.2 IRM rhumatologique**

#### **1.4.2.1 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

#### **1.4.2.2 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.

#### **1.4.3 Cholécystectomie**

##### **1.4.3.1 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.

##### **1.4.3.2 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.

## **1.5 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 professionnelle 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 Laviolle, 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.

### **1.5.1 Procédure de recueil des données**

#### **1.5.1.1 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.

#### **1.5.1.2 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.

#### **1.5.1.3 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.

### **1.5.2 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.



## **2. Réunions d'experts**

---



## 2. Réunions d'experts

---

Initialement, six traceurs avaient été préselectionnés pour l'étude :

- l'endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive, chez un sujet de 15 à 80 ans,
- l'endoscopie bronchique pour hémoptysie,
- l'IRM du genou pour impotence fonctionnelle post traumatique, chez un sujet de 15 à 50 ans,
- l'IRM du système nerveux pour déficit moteur isolé d'apparition rapidement progressive chez un sujet entre 15 et 60 ans,
- la cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée, chez un sujet de plus de 15 ans et de moins de 80 ans,
- la pneumectomie ou lobectomie pour cancer du poumon.

Parmi ces traceurs, l'endoscopie bronchique et la pneumectomie ont été abandonnées d'une part parce que les effectifs de patients susceptibles d'être enquêtés dans la période fixée se sont avérés très justes, d'autre part pour des raisons financières et de faisabilité.

Par ailleurs, le traceur IRM du système nerveux s'est révélé trop peu fréquent lors de l'enquête pour être étudié.



**Réunions d'experts**  
**Groupe d'endoscopie**



## Compte-rendu de la première réunion des experts pour l'endoscopie

REUNION DU 18 NOVEMBRE 1998

Liste des participants :

CREDES :

Dr Philippe LE FUR,  
Mme Valérie PARIS,  
Dr Hervé PICARD,  
Mme Dominique POLTON.

URML IdF :

Mme Céline CAREL, chargée de mission,  
Mme Elise NGUYEN, chargée de mission,  
Dr PRUDHOMME, gastro-entérologue,  
Dr ROUSSELET, dermatologue.

EXPERTS :

Dr BOURCEREAU, pneumologue,  
Dr CHAUMUZEAU, pneumologue,  
Dr CHOCHON, gastro-entérologue,  
Pr FLORENT, gastro-entérologue, Hôpital Saint-Antoine, Paris,  
Dr PIZOLLATO, médecin généraliste, Paris XV<sup>e</sup>.

### **1. Rôle des experts : définition des traceurs et des processus de prise en charge de référence**

---

Les experts ont pour rôle de :

- ◆ Choisir et valider les traceurs ;
  - Selon des critères qualitatifs (non-ambiguïté, consensus sur l'indication, possibilité de construire des recommandations, pertinence),
  - mais aussi avec une contrainte quantitative (pouvoir recueillir un nombre suffisant de cas au cours d'une enquête d'une durée d'environ un mois) ;
- ◆ Définir les critères d'analyse de la prise en charge (ex : délais, équipement du site, etc.) et les informations à recueillir.
- ◆ Définir les prises en charges "idéales" de référence.

### **2. Début de la consultation des experts médicaux**

---

#### **CHOIX ET VALIDATION DES TRACEURS**

Les experts sont invités à renseigner un questionnaire portant sur les indications les plus souvent rencontrées dans le cadre de leur pratique de l'endoscopie (1) et les indications pour lesquelles ils prescrivent le plus souvent une endoscopie digestive haute ou une endoscopie bronchique (2).

Les résultats sont immédiatement présentés et confrontés à quelques repères statistiques tirés de la littérature, ceci afin d'apprécier la fréquence de ces traceurs. En effet, pour être retenus, les traceurs doivent pouvoir être observés en nombre suffisant.

### ENDOSCOPIE BRONCHIQUE

(1) indications les plus souvent rencontrées selon les experts pneumologues :

1. Toux « anormale » (toux chronique inexplicée)
2. Hémoptysie | Radio du thorax anormale
3. Radio. du thorax anormale | Hémoptysie

(2) Indications pour lesquelles les experts prescrivent le plus souvent une endoscopie bronchique :

1. Hémoptysie
2. Toux « anormale » (toux chronique inexplicée)
3. Radiographie du thorax anormale

Parmi les références proposées par le CREDES, et pour ce qui concerne la bronchoscopie, la référence à des travaux du Royaume-Uni est discutée du fait de la particularité de la pratique médicale dans ce pays.

L'étude française proposée doit être également considérée avec prudence : il semble qu'à cette période, l'Hôtel Dieu avait un recrutement particulier de patients, ce qui induit une surestimation de la fréquence des cas.

Sur ces bases, l'estimation très approximative retenue est une fréquence de 1 cas-traceur pour 10 bronchoscopies réalisées, au maximum.

L'hémoptysie est retenue comme traceur le plus fin<sup>1</sup> pour l'endoscopie bronchique.

Un traceur alternatif est proposé : la radiologie du thorax anormale.

### ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

Indications les plus souvent rencontrées :

1. Reflux gastro-œsophagien « qui va mal »  
Douleurs épigastriques
2. Dyspepsie
3. Hématémèse

---

<sup>1</sup> Le consensus apparaît sur la nécessité de prescrire toujours une endoscopie bronchique en cas d'hémoptysie, en revanche le réflexe est moins évident dans le cas d'une radio thorax anormale.

Le traceur retenu pour l'endoscopie digestive haute est l'hémorragie digestive haute (hématémèse et mæléna)

DEFINITION DES CRITERES D'ANALYSE ET DES INFORMATIONS A RECUEILLIR

**ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE**

- ◆ Délais (1<sup>ère</sup> consultation et acte endoscopique, apparition des symptômes, comportement du patient, 1<sup>ière</sup> consultation, arrivée du patient sur le site, prise en charge et réalisation de l'acte),
- ◆ Ce qui se passe avant la consultation,
- ◆ Prise en charge pré-structure,
- ◆ Site intégré (« quels autres plateaux techniques sur le site » ? Par exemple y a-t-il une réanimation chirurgicale),
- ◆ Permanence des soins dans le site (« un bloc opératoire ouvert 24/24h, une radio interventionnelle, y a t il une surveillance après le geste technique ? »),
- ◆ Adéquation du site aux caractéristiques du patient :
  - choc initial
  - âge
  - récurrence dans les 72 heures
  - équipement du site (matériel pour hémostase).

**ENDOSCOPIE BRONCHIQUE**

- ◆ "Un examen scanner avant ou après (dans le cas d'une radio thorax anormale) ?",
- ◆ "A-t-on une image localisatrice ?" croisé à "Le malade a-t-il arrêté de saigné dans les 24 à 48 heures ?".

## ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE

TRACEUR INITIALEMENT PRESSENTI :

### « ENDOSCOPIE POUR HÉMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE »

#### 1 - Fréquence

Le taux d'incidence des hémorragies digestives hautes est estimé dans plusieurs études. Ainsi :

- Pays-Bas, 1993 : 45 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an<sup>1</sup>  
*(grande étude prospective durant 1 an, portant sur 12 hôpitaux d'Amsterdam et sa région) ;*
- Etats-Unis, 1990 : 36 pour 100 000 personnes par an<sup>2</sup>  
*(grande étude rétrospective sur 1 ans, portant sur 139 centres de soins militaires) ;*
- Au Danemark, en 1987 : 90 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an<sup>3</sup>.

On peut en retenir un ordre de grandeur sans doute proche de 50 cas / 100 000 personnes / an.

Si l'on se base sur une population de 11 millions d'habitants en Ile-de-France, on en tire l'ordre de grandeur du nombre mensuel d'hémorragies digestives hautes dans la région : 5 500 cas par an soit 460 cas / mois. Dans la plupart des études, il apparaît que près de 80% des patients présentant une hémorragie digestive haute bénéficient d'une endoscopie.

Sur cette base, l'ordre de grandeur du nombre de cas-traceur survenant chaque mois dans l'ensemble de l'Ile-de-France est voisin de 370.

#### 2 - Absence d'ambiguïté

L'entité pathologique « hémorragie digestive haute » se décline en au moins trois tableaux cliniques : hématomèse, méléna et hémorragie occulte. L'hématomèse représente toutefois la forme la plus fréquente (environ 65% des cas)<sup>4</sup>. Si l'on choisit d'affiner le traceur en n'incluant que les hématomèses, il ne semble exister aucune ambiguïté dans la définition du tableau clinique retenu.

L'indication de l'acte endoscopique en cas d'hémorragie digestive haute paraît consensuelle dans la littérature :

- Parmi l'ensemble des indications potentielles à une gastroscopie, il s'agit de celle qui conduit le plus souvent à observer une ou des lésion(s)<sup>5</sup>.
- L'intérêt de la fibroscopie dans cette indication est bien établi, à la fois en termes diagnostiques et thérapeutiques<sup>6</sup>.
- Il ne semble pas exister de critère fiable permettant de sélectionner les patients ayant plus que d'autres besoin de bénéficier de cet acte technique<sup>7</sup>, et les auteurs s'accordent sur le fait que tout patient présentant une hématomèse devrait bénéficier d'une endoscopie rapidement.

### **3 - Prise en charge de référence**

---

Plusieurs documents de recommandation et/ou travaux en évaluation ont été publiés, notamment au Royaume-Uni :

- En ce qui concerne les endoscopies digestives hautes en général<sup>8</sup>,
- En ce qui concerne la prise en charge des hémorragies digestives hautes<sup>9</sup>.

En France, l'ANAES ne dispose toutefois pas encore d'un texte de consensus sur la question.

## **ENDOSCOPIE BRONCHIQUE**

---

TRACEUR INITIALEMENT PRESSENTI :

« **BRONCHOSCOPIE POUR HEMOPTYSIE** »

---

### **1 - Fréquence**

---

Nous ne disposons pas pour le moment dans la littérature d'estimations récente du taux d'incidence des hémoptysies<sup>10</sup>, ni en France, ni en Europe, ni aux Etats-Unis. Le Réseau National de Santé Publique ne dispose pas non plus d'un tel chiffre.

Toutefois, quelques données hélas assez anciennes, permettent une première approche de la fréquence de l'indication « hémoptysie » dans l'activité d'un centre de bronchoscopie :

- Royaume-Uni, 1989 : 22,4 % des bronchoscopies sont motivées (entre autres) par hémoptysie, ancienne ou récente<sup>11</sup>.

*(étude rétrospective réalisée entre 1985 et 1989 dans une hôpital de 400 lits).*

- France, 1985 : 10 % des bronchoscopies sont réalisées afin de faire le bilan d'une hémoptysie<sup>12</sup>.

*(étude rétrospective réalisée entre 1980 et 1985 à l'Hôtel-Dieu de Paris).*

Même en se tenant à une première approche « pessimiste », il semble légitime d'espérer que, au minimum, 1 acte bronchoscopique sur 10 soit motivé par une histoire hémoptysique plus ou moins récente.

Sur cette base, il serait nécessaire de se donner les moyens d'observer environ 5 000 actes bronchoscopiques durant la période de recueil, pour inclure 500 cas-traceur.

### **2 - Absence d'ambiguïté**

---

Le symptôme « hémoptysie » ne semble pas poser de problème particulier de définition. Il conviendrait sans doute d'inclure tous les actes réalisés pour lesquels il est fait mention d'une notion d'hémoptysie, et non les seuls actes réalisés spécifiquement pour hémoptysie isolée, ce qui permettrait d'inclure deux fois plus d'actes si l'on se base sur les études citées ci-dessus.

L'indication d'une endoscopie bronchique en cas d'hémoptysie a alimenté un important débat dans la littérature, notamment dans le cas d'une hémoptysie modérée à radiographie thoracique normale<sup>13, 14</sup>. En pratique, toutefois, les experts interrogés semblent majoritairement favorable à la réalisation d'une bronchoscopie devant toute hémoptysie quelle qu'elle soit<sup>15</sup>.

### 3 - Prise en charge de référence

---

Des recommandations existent dans la littérature, notamment anglo-saxonne:

- En ce qui concerne l'acte bronchoscopique en général<sup>16, 17</sup>,
- En ce qui concerne la prise en charge des hémoptysies massives<sup>18</sup>.

Nous n'avons en revanche pas retrouvé de recommandations spécifiques concernant la bronchoscopie pour hémoptysie.

En France, l'ANAES ne dispose pas encore d'un texte de consensus sur la question.

#### NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 (*Am J Gastroenterol* 1997 Feb;92(2):236-43, *Acute upper gastrointestinal bleeding in the Amsterdam area: incidence, diagnosis, and clinical outcome*, Vreeburg EM, Snel P, de Bruijne JW, Bartelsman JF, Rauws EA, Tytgat GN).
- 2 (*Am J Gastroenterol* 1995 Apr;90(4):568-73, *Analysis of 3,294 cases of upper gastrointestinal bleeding in military medical facilities*, Yavorski RT, Wong RK, Maydonovitch C, Battin LS, Furnia A, Amundson DE).
- 3 (*Scand J Gastroenterol* 1987 ; 22(suppl 137) :26-7, *Incidence, diagnosis and natural course of upper gastrointestinal hemorrhage*, Wara P).
- 4 (*Rev Prat (Paris)* 1998 ;48 :1497-1502, *Hémorragie digestive*, Pateron D).
- 5 (*Gastrointest Endosc* 1995 Nov;42(5):390-7, *Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: association with relevant endoscopic disease*. Adang RP, Vismans JF, Talmon JL, Hasman A, Ambergen AW, Stockbrugger RW).
- 6 (*J Clin Gastroenterol* 1992 ;14(3) :187-91, *Endoscopy in gastrointestinal bleeding : are we beginning to realize the Dream ?*, Eastwood GL).
- 7 (*Hepatogastroenterology* 1991 Jun ;38(3) :224-7, *Diagnostic emergency endoscopy in upper gastrointestinal bleeding, do we have any decision aids for patient selection ?*, Stoltzing H, Ohmann C, Krick M, Thon K).
- 8 (*BMJ* 1995 Apr 1;310(6983):853-6, *Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy*. Working Party of the Joint Committee of the Royal College of Physicians of London, Royal College of Surgeons of England, Royal College of Anaesthetists, Association of Surgeons, the British Society of Gastroenterology, and the Thoracic Society of Great Britain. Axon AT, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF).
- 9 (*Gut* 1997 Nov ;41(5) :606-11, *Influencing the practice and outcome in acute upper gastrointestinal haemorrhage*, Steering Committee of the National Audit of Acute Upper Gastrointestinal Haemorrhage, Rockall TA, Logan RF, Devlin HB, Northfield TC).
- 10 *Medline et pre-Medline*, entrée : [Hemoptysis OR Haemoptysis] AND [epidemiology OR incidence OR frequency], cinq dernières années, 141 références, aucune dont l'abstract fasse mention d'un taux d'incidence.
- 11 (*Arch Intern Med* 1991 Jan ;151(1) :171-4, *Hemoptysis, indications for bronchoscopy*, O'Neil KM, Lazarus AA).

- 12 (*Ann Med Int* 1985 ; 136(7) :555-8, *La fibroscopie doit-elle être systématique en cas d'hémoptysie ? A propos de 427 examens*, De Fenoyl O, Lebargy F, Brechot JM, Laaban JP, Rochemaure J).
- 13 (*Radiology* 1993 Dec ;189(3) :677-80, *Hemoptysis :comparative study of the rôle of CT and fiberoptic bronchoscopy*, Set PA, Flower CD, Smith IE, Chan AP, Twentyman , Shneerson JM).
- 14 (*Arch Intern Med* 1991 Jan ;151(1) :171-4, *Hemoptysis, indications for bronchoscopy*, O'Neil KM, Lazarus AA).
- 15 (*Chest* 1990 Feb ;97(2) :469-75, *Hemoptysis : clinician's perspectives*, Haponik EF, Chin R).
- 16 (*Arch Bronconeumol* 1997 Feb;33(2):92-8, *[Minimal requirements for a respiratory endoscopy unit. Area of Diagnostic and Therapeutic Techniques of the Spanish Society of Pneumology and Thoracic Surgery], [Article in Spanish]*, Canalis E, Castella J, Diaz P, Freixinet J, Rivas J, Zalacain R, Pac J).
- 17 (*Thorax* 1993 May;48(5):584, *Guidelines for care during bronchoscopy. British Thoracic Society. Harrison BD*).
- 18 (*Clin Chest Med* 1994 Mar ;15(1) :147-67, *Massive hemoptysis, assessment and management*, Cahill BC, Ingbar DH).

## Compte-rendu de la deuxième consultation des experts - Endoscopie

REUNION DU 11 DECEMBRE 1998

Participants :

EXPERTS MEDICAUX :        Dr BOURCEREAU, pneumologue  
                                      Dr CHAUMUZEAU, pneumologue  
                                      Dr CHOCHON, gastro-entérologue,  
                                      Pr FLORENT, gastro-entérologue, CHU Saint-Antoine  
                                      Dr PIZOLLATO, médecin généraliste.

UPIDF :                        Dr PRUDHOMME, Dr ROUSSELET, Mme Céline CARREL

CREDES                        Mme Valérie PARIS, Dr Philippe LE FUR, Dr Hervé PICARD, Mme Dominique POLTON

Ordre du jour :

- 1) Présentation de la synthèse établie à partir des réponses aux questionnaires envoyés aux experts, devant aboutir à une définition consensuelle du traceur, de la prise en charge de référence et des facteurs éventuels de variabilité
- 2) Consultation des experts sur les circuits de patients qu'ils reçoivent.

### TRACEUR D'ENDOSCOPIE BRONCHIQUE

#### **Définition du traceur**

Le traceur choisi a bien été défini lors de la précédente réunion. On retient donc :

#### **« Endoscopie bronchique pour hémoptysie »**

Il est toutefois précisé par les experts que toute endoscopie réalisée dans l'indication « hémoptysie » devra être incluse dans l'étude, même si lors de l'examen il s'est avéré que le saignement avait une origine sus-glottique.

#### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

Certains facteurs influencent la prise en charge, en cela qu'ils conduiront à plus ou moins de hâte pour réaliser l'acte. Ainsi, les hémoptysies de grande abondance, mettant immédiatement en jeu le pronostic vital, représentent-elles un groupe à part ; elles sont relativement rares. Par ailleurs, le fait qu'il n'existe pas d'image localisatrice à la radio de thorax ni à la TDM thoracique conduit à se hâter pour tenter de réaliser l'examen avant que l'hémoptysie ne se tarisse, afin de repérer l'origine de l'hémorragie. Enfin, l'existence de lésions pulmonaires connues ayant déjà saigné conduiront probablement à un moindre degré d'urgence diagnostique.

Par ailleurs, d'autres éléments : l'âge, l'existence d'antécédents d'insuffisance cardiaque, sont des facteurs de variabilité de la prise en charge, en raison notamment de la plus grande fragilité des patients.

L'anesthésie générale n'est en rien systématique, et dépend à la fois des habitudes du médecin et des souhaits exprimés par le patient. Lorsqu'elle est pratiquée, la prise en charge globale est modifiée.

### **Délais de prise en charge**

Les délais optimal et acceptable entre la prescription et l'exécution de l'acte varie selon l'importance de l'hémoptysie, le tarissement ou non du saignement et l'existence d'une image localisatrice.

Ainsi, si l'hémoptysie est vraiment très importante, le patient doit être pris en urgence dans un processus thérapeutique plus global, en réanimation, le délai le plus bref étant le meilleur.

Dans le cas contraire :

- ⇒ s'il existe une image localisatrice, le patient doit être examiné idéalement dans les 72 h suivant la demande d'examen, au plus dans la semaine.
- ⇒ s'il n'existe pas d'image localisatrice,
  - ◇ si le saignement persiste au moment de la demande d'examen, ou s'il est tari depuis moins de 24 heures, le patient doit être examiné idéalement dans les 24 heures, au plus dans les 72 heures.
  - ◇ si le saignement est tari depuis plus de 24 heures au moment de la demande d'examen, le patient doit être examiné idéalement dans les 72 h, au plus dans la semaine.

En effet, lorsqu'une image existe elle permettra de guider l'examen même à distance de la période de saignement. Lorsqu'il n'existe pas d'image localisatrice, il est utile d'essayer de réaliser l'examen alors que le saignement persiste, permettant ainsi de repérer directement les zones hémorragiques. Ceci rend l'acte d'autant plus urgent que le saignement est en train de se tarir, ou est très récemment tari, ce qui peut faire espérer que persistent encore quelques traces de sang visibles.

Au-delà de ces critères « techniques », la prise en compte du vécu du malade conduit à privilégier le délai le plus court possible, même si une légère attente ne conduit pas à une perte de chances pour lui.

S'il existe des antécédents de lésions ayant déjà saigné, il n'y a pas lieu a priori de faire une fibroscopie rapidement, sauf dans un but thérapeutique. Les actes réalisés pour évaluer l'évolution de lésions connues ne sont pas urgents.

### **Equipement de la salle d'endoscopie et environnement technique, personnel**

#### **Eléments jugés indispensables :**

- La salle doit être équipée d'une source d'oxygène, d'un oxymètre de pouls, d'un scope.
- L'endoscopiste doit être assisté d'une infirmière/panseuse, dont il est important d'estimer l'expérience (volume et durée d'activité).
- Un défibrillateur et un ventilateur sont indispensables à proximité de la salle. Il est souhaitable qu'ils se trouvent dans la salle même.
- Il est indispensable qu'une salle de réveil existe à proximité de la salle, avec un anesthésiste présent.
- Une source d'aspiration est indispensable, mais il est inutile de relever cette information puisque aucune endoscopie bronchique ne peut avoir lieu sans cet élément (contrainte technique).
- Il est indispensable de disposer d'adrénaline dans la salle.
- Il est indispensable que l'établissement dispose d'un service d'imagerie, et que des radiographies de thorax puissent y être réalisées.
- Il faut un service de réanimation accessible dans la ½ h mais cette information n'est pas pertinente à relever (SAMU ?).

### **Eléments jugés souhaitables :**

- Il est souhaitable que la salle soit équipée d'une deuxième source d'aspiration, distincte de celle utilisée pour l'endoscope.
- Il est souhaitable d'avoir du Mucofluid®.
- Les endoscopes vidéo/photo n'améliorent pas directement la prise en charge du malade mais augmentent le confort de l'endoscopiste et facilitent la communication avec d'autres médecins. Ils sont souhaitables.

### **Examens paracliniques**

Les examens suivants sont indispensables :

- temps de saignement,
- temps de céphaline activée,
- plaquettes
- radio du thorax.

L'existence de traitements en cours peut nécessiter d'autres examens, notamment l'INR si le patient est traité par antivitamines-K.

### **Mise en condition du patient et préparation à l'examen**

L'anesthésie est en général plutôt faite sur demande du patient, sa réalisation n'est pas un critère indispensable.

La qualité des informations fournies au patient et de l'attention qui lui est portée sont des facteurs importants pour son confort. Il est préférable de l'informer sur le déroulement de l'examen.

### **Surveillance post-acte**

Si le patient a bénéficié d'une anesthésie générale, il doit être surveillé en salle de réveil, et ne pourra quitter l'établissement qu'après avoir été examiné par le médecin anesthésiste.

### **Autres facteurs de qualité de la prise en charge**

Le temps d'attente, l'existence d'une salle d'accueil et la présence de personnel sont des items intéressants à recueillir pour juger de la qualité de la prise en charge. Il faudrait également essayer de mesurer la qualité de la relation médecin-malade (le médecin a-t-il vu le malade avant ?).

La rédaction rapide d'un compte-rendu et l'acheminement rapide d'éventuels prélèvements sont également des critères de qualité importants.

### **Les filières généralement suivies par les patients**

En général, les patients s'adressent à leur généraliste. Celui-ci les dirige vers un pneumologue qui réalisera l'examen. L'acte peut être réalisé sans que le pneumologue n'ait vu le patient au préalable en consultation, sauf si une anesthésie générale est réalisée auquel cas une consultation préalable auprès de l'anesthésiste est obligatoire. Il semble que la filière suivie soit généralement simple, sans errements ni prises de plusieurs avis médicaux.

## TRACEUR D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

### **Définition du traceur**

La définition du traceur retenu lors de la première réunion a été un peu modifiée. On retient donc comme finalement :

« **Endoscopie pour hémorragie digestive haute** », étant entendu que :

- l'hémorragie digestive haute peut être matérialisée par une hématomèse et/ou un méléna et/ou une anémie aiguë ;
- il est implicite que l'endoscopie est ici une œsogastroduodéoscopie.

### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

L'âge, la gravité de l'hémorragie, la persistance du saignement, le fait qu'il s'agisse d'une récurrence, peuvent influencer les modes de prise en charge. La gravité de l'hémorragie est mesurée par l'existence ou non d'un état de choc hémodynamique, et le taux d'hémoglobine.

L'existence d'antécédents cardio-vasculaires est également un facteur de variabilité de la prise en charge en ce sens que les patients nécessitent en pareil cas une surveillance particulièrement attentive, donc un niveau d'équipement éventuellement supérieur.

La notion de traitement par AINS ou anticoagulants modifie également la prise en charge.

### **Délais de prise en charge**

Un délai inférieur à 6 heures entre le premier contact médical du patient et la réalisation de l'acte est considéré comme acceptable. Dans les cas d'hémorragie grave, l'urgence est encore plus grande. L'idéal est que l'examen soit réalisé dans les 12 heures après les premiers signes cliniques, mais on ne peut pas prendre comme critère de qualité de la prise en charge le délai total entre apparition des symptômes et examen, dans la mesure où une partie de ce délai dépend du patient.

### **Equipement de la salle d'endoscopie et environnement technique, personnel**

#### **Eléments jugés indispensables :**

- La salle doit être équipée de matériel d'anesthésie-réanimation : scope, arrivée d'oxygène, ventilateur, chariot d'urgence, aspiration.
- La salle doit être équipée de matériel de sclérose per-endoscopique, au minimum aiguilles sur cathéter et produit sclérosant de type Aetoxysclerol®
- L'endoscopiste doit être assisté par une infirmière/panseuse.
- Un médecin anesthésiste doit être présent à proximité.
- L'établissement doit être équipé d'un service de chirurgie viscérale.
- L'établissement doit disposer d'un médecin anesthésiste-réanimateur de garde tous les jours, 24 heures sur 24.

#### **Eléments jugés souhaitables :**

- La vidéo-endoscopie fournit une meilleure qualité de l'examen et permet de garder des images. Sa manipulation rend en outre l'infirmière plus disponible pour d'autres tâches.
- La qualité du matériel d'hémostase peut être relevée, un matériel de type plasma d'argon représentant l'idéal.
- Une deuxième aspiration, distincte de celle utilisée pour l'endoscope, est souhaitable.

### **Examens paracliniques**

Les examens suivants sont indispensables :

- Numération formule sanguine avec plaquettes
- Temps de céphaline activée,
- Taux de prothrombine ;
- Détermination du groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières (médico-légal)

La mesure du temps de saignement n'est pas nécessaire.

La rapidité de la réalisation du bilan est un critère de qualité de la prise en charge.

### **Mise en condition du patient et préparation à l'examen**

Sont indispensables :

- Un abord vasculaire,
- L'obtention préalable à l'acte d'un état hémodynamique stabilisé.

L'intubation n'est nécessaire que dans certains cas assez graves, lorsque il y a risque d'inondation bronchique par l'hémorragie, notamment en cas de troubles de la conscience.

### **Surveillance post-acte**

Elle est indispensable, et il conviendra de noter dans quelles conditions elle a été effectuée (milieu de réanimation ou non, disposant ou non d'un scope, etc.).

Il conviendra de rechercher si l'hémorragie a récidivé dans les suites de l'endoscopie.

### **Autres facteurs de qualité de la prise en charge**

La qualité de la relation médecin-malade doit être prise en compte.

### **Les filières généralement suivies par les patients**

Lorsque l'hémorragie est grave, les patients appellent le 15 et le SAMU qui les dirige dans un établissement public ou privé ayant un contrat avec le SAMU. Dans les cas moins graves, ils peuvent appeler leur généraliste, qui peut alors éventuellement demander une ambulance et s'adresser à un correspondant local.

Dans les services de réanimation digestive, environ 15 % des endoscopies réalisées pour hémorragie digestive haute sont réalisées sur des patients déjà hospitalisés au moment de survenue de l'hémorragie. En fait, ce contingent d'actes dépend totalement de l'activité du site.

**Réunions d'experts**  
**Groupe d'IRM**



## Compte-rendu de la première réunion du groupe d'experts - Examen d'IRM

REUNION DU 19 NOVEMBRE 1998

Participants :

EXPERTS MEDICAUX :

Dr CHAGNON Sophie, Radiologue, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne (92)  
Dr KANAAN Yann, Neurologue, Cabinet libéral, Paris 16  
Dr LAVAYSSIERE Robert, Radiologue, CRAC, Sarcelles (95)  
Dr LE FRANCOIS Christophe, Médecin généraliste, Cabinet libéral, Chennevière/Marne (94)  
Dr NINEY Jacques, Radiologue, Cabinet libéral, Melun (77)  
Dr PARISER Philippe, Neurologue, Cabinet libéral, Paris 7  
Dr SCHERRER Antoine, Radiologue, CMC Foch, Suresnes (92)  
Dr SICHERE Patrick, Rhumatologue, Cabinet libéral, Paris 1  
Dr THEVENNIER Dominique, Neurologue, Cabinet libéral, Paris 15

URML IdF :

Dr Bruno SILBERMAN (radiologue),  
Mme Elise NGUYEN et Mme Céline CAREL, chargées de mission

CREDES :

Dr Philippe LE FUR, Mme Valérie PARIS, Dr Hervé PICARD, Mme Dominique POLTON

### ***1. Consultation générale des experts médicaux***

---

L'objectif de la réunion était double : d'abord définir deux traceurs mettant en jeu un plateau technique lourd (si possible IRM), ensuite définir les critères à prendre en compte pour qualifier la prise en charge et le circuit des patients.

On a d'abord demandé aux experts de citer les 5 indications pour lesquelles ils pratiquent (pour les radiologues) ou ils prescrivent (pour les autres spécialités) le plus souvent l'IRM ou le scanner. Les réponses obtenues, variables selon les spécialisations de médecins présents sont présentées dans les tableaux en annexe de ce compte-rendu.

### ***2. Choix des traceurs et définition des critères à prendre en compte***

---

L'idée initiale est de choisir des traceurs permettant d'étudier l'accès aux plateaux d'IRM dans une situation d'urgence d'une part et dans une situations non urgente d'autre part.

Les experts s'accordent pour dire que les situations nécessitant la réalisation d'un examen IRM dans une réelle urgence (quelques heures) sont rares, trop rares pour espérer observer un nombre de cas suffisants. L'urgence IRM sera donc définie par un délai souhaitable de 3 à 5 jours. D'autre part, les urgences ainsi définies, correspondant plus souvent à des symptômes neurologiques qu'ostéoarticulaires, les experts ont donc orienté leur choix sur des symptômes neurologiques pour l'IRM en urgence et les symptômes ostéo-articulaire pour les symptômes ne nécessitant pas un examen urgent.

Après discussion, les traceurs choisis sont :

1. Déficit moteur, isolé ou non, d'apparition rapidement progressive chez un sujet de 15 à 60 ans
2. Impotence fonctionnelle post-traumatique du genou chez un sujet de 15 à 50 ans

Le paragraphe suivant décrit plus précisément chaque traceur afin que lors de l'enquête, il n'y ait aucune ambiguïté sur les cas à inclure dans l'étude.

### **Précisions sur le traceur neurologique urgent**

« Déficit moteur, isolé ou non, d'apparition rapidement progressive chez un sujet de 15 à 60 ans »

Pour définir plus précisément les termes de la situations retenues :

- « Déficit moteur, isolé ou non », signifie qu'il doit y avoir un déficit moteur, mais que celui-ci peut-être éventuellement accompagné d'un déficit sensitif
- « d'apparition rapidement progressive » signifie une évolution rapide s'étalant sur une période de 1 à 7 jours
- On ne précise pas la topographie de l'examen (encéphale ou moëlle, central ou périphérique)

### **Précisions sur le traceur ostéoarticulaire non urgent**

« Impotence fonctionnelle post-traumatique du genou chez un sujet de 15 à 50 ans »

Pour définir plus précisément les termes de la situations retenues : le traumatisme doit dater de plus de 15 jours et de moins de 3 mois.

### **Critères à prendre en compte pour qualifier la prise en charge**

Les critères suivant sont importants à relever pour étudier la qualité de parcours de soins suivi par le patient :

- le délai entre la prescription et la réalisation de l'acte ;
- les caractéristiques de l'appareil d'IRM utilisé pour l'examen : date d'installation<sup>2</sup> et upgrading (évalué en % du prix d'achat pour une période donnée), nom exact ;
- séquence diagnostique précédant l'examen (pratique d'un scanner en particulier) ;
- spécialisation éventuelle du radiologue dans un type d'examen ;
- précisions de l'information clinique fournie lors de l'adressage ;
- information livrée au patient avant l'examen par le radiologue (question à poser au radiologue et au patient pour confronter l'information communiqué et l'information reçue) ;
- information fournie au patient après l'examen par le radiologue : examen seul ou examen et compte-rendu (ces informations sont-elles remises au patient, envoyées au prescripteur ?) ;
- attente du patient après l'examen pour obtenir le compte-rendu.

Pour aucun des deux traceurs choisis, la proximité d'autres plateaux techniques (neurochirurgie) n'est pas à prendre en compte. La probabilité d'avoir besoin de ce plateau est très faible.

---

<sup>2</sup> Les appareils d'IRM sont renouvelés tous les 7 ans en moyenne.

## IMAGERIE PAR RESONNANCE MAGNETIQUE

PREMIER TRACEUR INITIALEMENT PRESSENTI :

**« IRM POUR SCIATIQUE HYPERALGIQUE AVEC SIGNES NEUROLOGIQUES »**

### **1 - Fréquence**

La sciatique commune par hernie discale est à l'évidence une pathologie fréquente, certains auteurs estimant que plus de 5 % de la population générale présente, a présenté ou présentera une sciatique vraie<sup>1</sup>.

Toutefois, le taux d'incidence de cette pathologie est particulièrement difficile à mesurer<sup>2</sup>, et aucun chiffre n'est actuellement disponible dans la littérature scientifique<sup>3</sup>.

En nous basant sur les données de l'enquête Santé et Protection Sociale réalisée par le CREDES entre 1992 et 1996, auprès de 35 000 personnes, on estime l'incidence des nouveaux cas de sciatique à 170 000 cas par an en France. Ce chiffre correspondrait à 35 000 sciatiques par an en Ile-de-France soit environ 2 800 nouveaux cas de sciatique par mois. Dans ce travail, il s'agit toutefois de déclarations d'individus en population générale, qui peuvent confondre sciatique et lombalgies ou sciatalgies aspécifiques...

Il nous est en revanche impossible d'avancer un chiffre quant à la proportion de sciatiques hyperalgiques avec signes neurologiques. Nous ne disposons pas non plus de données quant au poids respectif des différentes indications dans la pratique de l'IRM en France<sup>4</sup>.

Il est donc très difficile d'effectuer une estimation du nombre de cas-traceurs qu'il serait possible de recueillir en un mois d'enquête.

### **2 - Absence d'ambiguïté**

La définition de la sciatique hyperalgique avec signes neurologiques pose quelques problèmes : que retient-on comme signe neurologique. Déficit moteur ? Signes d'irritation des voies pyramidales ? Paresthésies ? Il n'existe pas dans la littérature de revue de consensus définissant de manière non ambiguë les signes à retenir.

L'intérêt de l'IRM dans la sciatique par hernie discale est établi, notamment pour établir un pronostic évolutif<sup>5</sup>. L'ensemble des auteurs s'accorde sur la supériorité de l'IRM et de la TDM sur des examens plus anciens comme la myélographie<sup>6,7</sup>. En revanche, nous n'avons pas retrouvé de guide de recommandations quant au choix de l'un ou l'autre de ces deux examens d'imagerie.

## IMAGERIE PAR RESSONANCE MAGNETIQUE

SECOND TRACEUR INITIALEMENT PRESSENTI :

« IRM CEREBRALE EN CAS DE CRISE D'ÉPILEPSIE AVEC PERTE DE CONNAISSANCE »

### 1 - Fréquence

Le taux d'incidence des crises d'épilepsies varie notablement selon la définition que l'on donne aux mots « crise d'épilepsie » :

- Certaines études sont basées sur la prescription de médicaments anticonvulsivants. Par un algorithme, les auteurs essaient de sélectionner dans un second temps les patients porteurs d'une comitialité nécessitant un traitement au long cours. Ainsi déterminé, le taux d'incidence de la maladie « épilepsie » est estimé selon les auteurs à :
  - 72 nouveaux cas / 100 000 personnes / an<sup>8</sup>. (*Pays-Bas, 1997*),
  - 52 nouveaux cas / 100 000 personnes / an<sup>9</sup>. (*Italie, 1986*).
- Un important travail nord-américain, basé sur le recueil systématique des évènements cliniques de type « crise convulsive »<sup>10</sup>. Dans ce travail (Etats-Unis, 1996) les taux d'incidence sont :
  - 44 / 100 000 / an, en ce qui concerne l'épilepsie vraie (maladie),
  - 61 / 100 000 / an, en ce qui concerne la survenue d'une première crise comitiale,

Il est probable que ce qui nous intéresse ici est la fréquence des crises comitiales inaugurales, qui semblent les plus susceptibles de bénéficier d'une IRM cérébrale. On peut donc retenir un ordre de grandeur approximatif de 60 nouveaux cas par an et pour 100 000 habitants.

Si l'on se base sur une population de 11 millions d'habitants en Ile-de-France, on en tire l'ordre de grandeur du nombre mensuel de crises comitiales inaugurales dans la région : 6 600 cas par an soit 550 cas / mois.

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de données permettant d'estimer le nombre de patients qui, sur ces quelque 550, bénéficieront effectivement d'une IRM cérébrale.

### 2 - Absence d'ambiguïté

La notion de « crise d'épilepsie avec perte de connaissance » est sans doute à préciser : ne retient-on que les crises inaugurales ? Faut-il également inclure les patients épileptiques connus ?

L'IRM est plus sensible que la TDM pour dépister une éventuelle lésion épileptogène intracrânienne, notamment tumorale<sup>11</sup>. Des travaux récents tendent à montrer que cet examen devrait être réalisé chez la plupart des patients ayant présenté une crise comitiale inaugurale<sup>12</sup>.

### 3 - Prise en charge de référence

Nous n'avons pas retrouvé de recommandations spécifiques dans la littérature en ce qui concerne les examens d'imagerie en cas de crise comitiale inaugurale. Un travail toutefois suggère que tout patient présentant une crise comitiale inaugurale devrait bénéficier d'une IRM, sauf si un EEG préalable a

permis d'affirmer qu'il s'agit d'une épilepsie généralisée idiopathique ou d'un enfant porteur d'une épilepsie rolandique bénigne<sup>13</sup>.

En France, l'ANAES ne dispose pas encore d'un texte de consensus sur la question.

## NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 (*Instr Course Lect 1992;41:217-23. Lumbar disk disease: epidemiology. Frymoyer JW*).
- 2 (*Neurosurg Clin N Am 1991 Oct;2(4):713-8. Epidemiology of low back pain. Loeser JD; Volinn*).
- 3 Recherche effectuée sur MedLine et PreMedLine, articles datant de moins de 10 ans, mots-clef : [Sciatica OR Lumbar disk herniation] AND [Epidemiology OR Incidence rate OR Frequency].
- 4 A titre purement indicatif, nous avons contacté par téléphone le service de radiologie du C.H.U. Pitié-Salpêtrière du Pr Marceau. Il apparaît que dans leur activité, la sciatique hyperalgique avec signes neurologiques est une indication très rare (moins de dix cas par an semble-t-il). Cependant, le recrutement de ce centre n'est pas représentatif de la pratique générale de l'IRM en Ile-de-France.
- 5 (*Spine 1998 Jan 1 ;23(1) :67-73. Contrast-enhanced magnetic resonance imaging in conservative management of lumbar disc herniation. Komori H, Okawa A, Haro H, Muneta T, Yamamoto H, Shinomiya K*).
- 6 (*Spine 1995 Feb 15 ;20(4) :443-8. A controlled comparison of myelography, computed tomography, and magnetic resonance imaging in clinically suspected lumbar disc herniation. Albeck MJ, Hilden J, Kjaer K, Holtas S, Praestholm J, Henriksen O, Gjerris F*).
- 7 (*Spine 1996 Dec 15 ;21(24 Suppl) :19S-38S. The radiologic assessment for a lumbar disc herniation. Herzog RJ*).
- 8 (*J Clin Epidemiol 1997 Sep;50(9):1061-8. Dispensing epilepsy medication: a method of determining the frequency of symptomatic individuals with seizures. Shackleton DP; Westendorp RG; Kasteleijn-Nolst Trenite DG; de Boer A; Herings RM*).
- 9 (*Acta Neurol Scand 1992 Jan;85(1):23-31. Epilepsy in an Italian community as assessed by a survey for prescriptions of antiepileptic drugs: epidemiology and patterns of care. Giuliani G; Terziani S; Senigaglia AR; Luccioni G; Foschi N; Maffei C*).
- 10 (*Mayo Clin Proc 1996 Jun;71(6):576-86. Descriptive epidemiology of epilepsy: contributions of population-based studies from Rochester, Minnesota. Hauser WA; Annegers JF; Rocca WA*).
- 11 (*Comput Radiol 1987 Nov-Dec ; 11(5-6) : 223-7. MRI in epilepsy. Gerard G, Shabas D, Rossi D*).
- 12 (*Lancet 1998 Sep 26 ; 352(9133) : 1007-11. Epileptology of the first-seizure presentation : a clinical, electroencephalographic and magnetic resonance imaging study of 300 consecutive patients. King MA, Newton MR, Jackson GD, Fitt GJ, Mitchell LA, Silvapulle MJ, Berkovic SF*).
- 13 King MA et al, cité ci-dessus.

## Compte-rendu de la deuxième consultation des experts - IRM

REUNION DU 6 JANVIER 1999

Participants :

EXPERTS MEDICAUX :

Dr Sophie CHAGNON, Radiologue,  
Dr José CLAVERO, Médecin Généraliste,  
Dr Robert LAVAYSSIERE, Radiologue,  
Dr Philippe PARISER, Neurologue,  
Dr Antoine SCHERRER, Radiologue,  
Dr Patrick SICHERE, Rhumatologue,  
Dr Dominique THEVENNIER, Neurologue.

URML IdF :

Dr Gérard ROUSSELET, Mme Elise NGUYEN

CREDES

Dr Philippe LE FUR, Dr Hervé Picard, Mme Dominique Polton

Ordre du jour :

- 1) Présentation de la synthèse établie à partir des réponses aux questionnaires envoyés aux experts, devant aboutir à une définition consensuelle du traceur, de la prise en charge de référence et des facteurs éventuels de variabilité
- 2) Consultation des experts sur les circuits de patients qu'ils reçoivent.

### ***Traceur " urgent "***

---

#### **Définition du traceur**

On retient comme définition :

**“ IRM encéphalique et/ou médullaire  
pour déficit moteur isolé ou accompagné d'autre(s) signe(s) neurologique(s),  
d'apparition rapidement progressive (apparu en plus de 24 heures mais en moins de 7 jours)  
chez un sujet entre quinze et soixante ans ”**

#### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

Certains facteurs influencent la prise en charge, en cela qu'ils conduiront à plus ou moins de hâte pour réaliser l'acte. Ainsi :

- *la gravité du déficit*, mesurée sur un critère simple : le déficit est-il complet ou partiel, ainsi que sur l'importance du handicap lié au déficit (patient venu debout, en chaise ou en brancard),
- *la rapidité d'installation du déficit*,
- *les antécédents du patient* (existence d'un passé neurologique notamment sclérose en plaques, d'une tumeur maligne, d'antécédents vasculaires...),

- *les hypothèses diagnostiques formulées par le clinicien demandant l'acte, et les éventuelles sanctions thérapeutiques urgentes à prendre en fonction du résultat de l'examen (par exemple, corticothérapie si l'examen confirme une suspicion de névrite optique rétrobulbaire).*

### **Délais de prise en charge**

Le délai retenu comme optimal entre l'apparition des symptômes et la réalisation de l'acte est de 24 heures. Toutefois, un délai inférieur ou égal à 7 jours reste acceptable.

Ces délais sont variables selon la gravité du tableau clinique (l'existence d'une suspicion de névrite optique rétrobulbaire, de signes d'hypertension intracrânienne, un déficit très important doivent conduire à réaliser rapidement l'examen), ainsi que selon les antécédents du patient (globalement, un patient pour lequel on connaît déjà la pathologie à l'origine probable du déficit, comme la S.E.P. nécessitera en général une prise en charge moins urgente).

### **Caractéristiques de la machine**

Il n'existe pas de critère simple permettant de juger de la qualité de la machine à partir de sa marque et de son modèle. Ces éléments ne sont pas pertinents à relever.

La date d'installation de la machine ainsi que le niveau d'upgrading sont des éléments importants, une machine de moins de deux ans est optimale, de même qu'une machine de moins de cinq ans dès lors que le dernier upgrade date de moins de deux ans. Une machine de plus de cinq ans est probablement sous-optimale, mais reste acceptable si le dernier upgrade date de moins de deux ans.

Le prix du dernier upgrade n'est pas un élément à prendre en compte dans l'absolu. En revanche, il est utile de savoir qu'un upgrade coûtant moins de 5 à 10 % du prix d'achat de l'appareil n'est sans doute pas réellement efficace.

Dans le cas du traceur étudié ici, il est souhaitable que le champ de la machine soit supérieur ou égal à un Tesla.

Enfin, dans le cas où l'examen est une IRM de la moelle épinière, il est préférable que le site soit équipé d'antennes de type réseau phasé.

Les caractéristiques souhaitables pour la machine sont les mêmes, quelles que soient les caractéristiques du patient.

### **Qualification du radiologue**

Il est préférable que le médecin radiologue ait une compétence particulière en neuroradiologie. Les éléments à recueillir pour mesurer ce niveau de spécialisation sont :

- *le nombre d'actes de neuro-imagerie effectués chaque année*
- *le fait d'avoir une expérience professionnelle dans un service de neuroradiologie (durant l'internat ou après celui-ci).*

### **Acquisition des images**

Le radiologue doit impérativement être présent durant l'acquisition des images. La manipulation proprement dite doit être effectuée par un manipulateur diplômé d'état, et formé à l'IRM.

Il est important de savoir s'il y a eu ou non injection de Gadolinium, et dans la négative, pour quelle raison cela n'a pas été fait. Les experts semblent s'accorder sur le fait qu'il n'existe quasiment pas de contre indication à l'injection de gadolinium, et que la qualité de l'examen est meilleure s'il y a injection.

Il est également utile de recueillir la séquence complète de l'examen, et de demander s'il existe dans le site des protocoles écrits précisant les séquences à effectuer dans le cas du traceur qui nous intéresse ici.

### **Information fournie au radiologue**

Un résumé clinique comportant un bilan neurologique et des informations sur les antécédents et pathologies associées du patient sont des éléments indispensables. Une information sur les traitements en cours est souhaitable. L'indication d'éventuels résultats biologiques est jugée peu ou pas utile. Les éventuels résultats d'examens d'imagerie antérieurs sont indispensables.

### **Information du patient**

#### ***Avant la réalisation de l'examen***

C'est un critère de qualité. Le patient doit être informé des contre-indications à l'examen, ainsi que des modalités de déroulement de celui-ci.

#### ***Après la réalisation de l'examen***

C'est également un critère de qualité. Une information quant au résultat de l'examen doit être fournie au patient, mais non un diagnostic précis (qui doit être, lui, communiqué par le médecin prescripteur).

Il est utile de demander au radiologue s'il a cherché à joindre par téléphone le médecin prescripteur afin de lui communiquer le résultat, et s'il y est parvenu aisément ou non.

Il serait également utile de savoir dans quels délais le patient a pu revoir le médecin prescripteur après l'examen.

### **Equipement de la salle**

Rien n'est indispensable, sauf le matériel de réanimation qui est par obligation présent à proximité de la salle (médico-légal).

### **Prise en charge préalable à l'examen**

Le fait que le patient ait bénéficié d'une consultation spécialisée avant l'examen (neurologie ou rhumatologie) est un critère de qualité, même si ce n'est pas indispensable.

La pratique d'un scanner préalablement à l'IRM est jugée peu ou pas utile ; si elle a eu lieu, il serait intéressant de savoir si c'est du fait de délais trop longs pour l'obtention d'un rendez-vous d'IRM.

La pratique d'examens biologiques ou d'autres examens est jugée peu ou pas utile, notamment les radiographies du crâne qui sont totalement injustifiées.

### **Autres éléments à prendre en compte**

Aucun autre élément n'a été mentionné.

## **1.B. Traceur “non urgent”**

---

### **Définition du traceur**

On retient comme définition :

**“ IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique chez un sujet de 15 à 50 ans, plus de 15 jours et moins de 3 mois après le traumatisme. ”**

### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

Certains facteurs influencent la prise en charge, en cela qu'ils conduiront à plus ou moins de hâte pour réaliser l'acte. Ainsi :

- *la gravité de l'impotence*, mesurée sur deux critères simples : la possibilité ou non d'un appui sur la jambe atteinte, la possibilité ou non de marcher ;
- *l'existence chez le patient, avant la constitution de l'impotence, d'une activité sportive ou professionnelle sollicitant les membres inférieurs.*

### **Délais de prise en charge**

Le délai retenu comme optimal entre l'apparition des symptômes et la réalisation de l'acte est de une semaine. Toutefois, un délai inférieur ou égal à deux semaines reste acceptable.

Une impotence sévère, et/ou entraînant une gêne professionnelle importante, doivent conduire à réaliser l'examen plus rapidement.

### **Caractéristiques de la machine**

Il n'existe pas de critère simple permettant de juger de la qualité de la machine à partir de sa marque et de son modèle. Ces éléments ne sont pas pertinents à relever.

La date d'installation de la machine ainsi que le niveau d'upgrading sont des éléments importants, une machine de moins de deux ans est optimale, de même qu'une machine de moins de cinq ans dès lors que le dernier upgrade date de moins de deux ans. Une machine de plus de cinq ans est probablement sous-optimale, mais reste acceptable si le dernier upgrade date de moins de deux ans.

Le prix du dernier upgrade n'est pas un élément à prendre en compte dans l'absolu. En revanche, il est utile de savoir qu'un upgrade coûtant moins de 5 à 10 % du prix d'achat de l'appareil n'est sans doute pas réellement efficace.

Dans le cas du traceur étudié ici, la puissance du champ est sans importance notable sur la qualité de l'examen.

Il est souhaitable que la machine soit équipée d'antennes dédiées genou.

Les caractéristiques souhaitables pour la machine sont les mêmes, quelles que soient les caractéristiques du patient.

### **Qualification du radiologue**

Il est préférable que le médecin radiologue ait une compétence particulière en imagerie du genou, ce que l'on pourra quantifier par le nombre d'examen effectuée dans l'année sur des genoux.

### **Acquisition des images**

Le radiologue doit impérativement être présent durant l'acquisition des images. La manipulation proprement dite doit être effectuée par un manipulateur diplômé d'état, et formé à l'IRM.

Il est utile de recueillir la séquence complète de l'examen, et de demander s'il existe dans le site des protocoles écrits précisant les séquences à effectuer dans le cas du traceur qui nous intéresse ici.

### **Information fournie au radiologue**

Un résumé clinique comportant un bilan osteo-articulaire est indispensable. Il est souhaitable que ce résumé comporte également des informations sur les antécédents ostéo-articulaires et les pathologies associées du patient, ainsi que sur les traitements en cours. L'indication d'éventuels résultats biologiques est jugée peu ou pas utile. Les éventuels résultats d'examens d'imagerie antérieurs sont indispensables.

### **Information du patient**

#### ***Avant la réalisation de l'examen***

C'est un critère de qualité. Le patient doit être informé des contre-indications à l'examen, ainsi que des modalités de déroulement de celui-ci.

#### ***Après la réalisation de l'examen***

C'est également un critère de qualité. Une information quant au résultat de l'examen doit être fournie au patient, mais non un diagnostic précis (qui doit être, lui, communiqué par le médecin prescripteur). Il est également important d'informer le patient quant aux suites à donner à l'examen (dans quels délais revoir le médecin prescripteur).

### **Equipement de la salle**

Rien n'est indispensable, sauf le matériel de réanimation qui est par obligation présent à proximité de la salle (médico-légal).

### **Prise en charge préalable à l'examen**

Le fait que le patient ait bénéficié d'une consultation spécialisée avant l'examen (rhumatologie, orthopédie ou médecine du sport) est un critère de qualité hautement souhaitable.

Il est strictement indispensable que le patient ait bénéficié de clichés standard du genou avant l'examen, et que ces clichés soient transmis lors de l'examen au radiologue.

La pratique d'un scanner préalablement à l'IRM est jugée peu ou pas utile de même que la pratique d'examens biologiques ou d'autres types d'examens.

### **Autres éléments à prendre en compte**

Aucun autre élément n'a été mentionné.

## ***Filières habituelles***

---

### ***Traceur “ urgent ”***

Les neurologues adressent habituellement directement le patient au radiologue, lequel est fréquemment un spécialiste en neuro-radiologie.

Le médecin généraliste adresse habituellement le patient aux urgences hospitalières, sauf s'il a un certain intérêt pour la neurologie qui le conduit à travailler fréquemment avec un correspondant neurologue.

### ***Traceur “ non urgent ”***

Les filières pressenties comme fréquentes par les experts sont les suivantes :

- 1 – Patient vu par un généraliste, qui pratique des clichés standard du genou, et au vu des résultats prend un avis spécialisé (rhumatologique, traumatologique ou de médecine du sport). C'est le spécialiste qui alors demande l'IRM, ou le généraliste sur conseil du spécialiste.
- 2 – Patient vu par un généraliste, qui l'adresse directement au spécialiste, lequel demande l'IRM.



**Réunion d'experts**  
**Groupe actes chirurgicaux**



## Compte-rendu de la première réunion du groupe d'experts - Actes chirurgicaux

REUNION DU 26 NOVEMBRE 1998

Participants :

EXPERTS MEDICAUX :

Dr ABRAMOVIICI, Médecine générale, Cabinet Médical Molière (77)  
Dr BAKDACH, Chirurgie thoracique, Centre chirurgical du Val D'Or (92)  
Dr BLOCH, Chirurgie viscérale, (92)  
Dr CLAUDE, Médecine Générale, Cabinet médical Nouvelle France (78)  
Dr LE COGUIC, Pneumologie, Hôpital Américain, (92)  
Dr PUJOL, Chirurgie viscérale, Centre Hospitalier de St Cloud (92)  
Dr RIQUET, Chirurgie thoracique, Hôpital Laennec (75)

URML IdF :

Dr ROUSSELET, Mme Elise NGUYEN

CREDES :

Mme Valérie PARIS, Dr Hervé PICARD, Mme Dominique POLTON

### ***Consultation générale des experts médicaux***

---

L'objectif de la réunion était double : d'abord définir deux traceurs mettant en jeu un plateau technique chirurgical, ensuite définir les éléments à prendre en compte pour qualifier la prise en charge des patients.

Après une présentation générale des principes de l'enquête, quelques précisions de méthode ont été apportées suite aux questions des experts :

- Premièrement, l'étude se concentre sur la variabilité des conditions d'accès à certains actes techniques, dans le cadre de pratiques médicales bien établies ; il ne s'agit pas d'étudier la variabilité de la diffusion d'une technique médicale nouvelle.
- Deuxièmement, le problème du recrutement des sites a été abordé. Il est évident que, comme dans toute enquête non obligatoire, il existe un biais du fait de recrutement des seuls participants volontaires. Toutefois, on s'assurera, grâce aux données de cadrage existantes (PMSI, enquête GAIN), que les sites retenus permettent d'observer une activité illustrative de l'activité globale.

La discussion a ensuite porté sur les deux traceurs pressentis, qui ont été retenus et dont la définition a été précisée.

### ***Choix et validation des traceurs***

---

#### **Traceur de chirurgie viscérale**

L'acte retenu est la cholécystectomie pour lithiase vésiculaire, par coelioscopie ou laparotomie. Il s'agit d'un acte fréquent, pour lequel on peut pressentir une variabilité potentielle des pratiques (notamment, coelioscopie ou non) alors même que des recommandations largement diffusées et consensuelles existent.

La discussion a porté essentiellement sur les situations cliniques à inclure ou à exclure pour que le traceur soit suffisamment homogène. Il a été décidé :

- d'inclure les lithiases symptomatiques dans un sens large, c'est à dire chez un patient
  - ayant présenté au moins une fois un épisode de douleur de colique hépatique,
  - ou présentant des épigastralgies par ailleurs inexplicées (notamment pas d'ulcère gastrique ou duodénal),
  - ou présentant des douleurs inter-scapulo-vertébrales (évoquant l'irradiation d'une douleur biliaire) par ailleurs inexplicées.
- d'inclure également les lithiases symptomatiques, bien qu'il ne s'agisse en théorie pas d'une indication opératoire,
- d'exclure les lithiases compliquées quelle que soit le type de complication (obstruction de la voie biliaire principale, pancréatite, fistule biliaire, cholécystite...), y compris les cholécystites « banales » que les experts avaient un moment envisagé d'inclure. Les « cholécystites refroidies » par antibiothérapie intempestive seront également exclues.

### **Traceur de chirurgie thoracique**

L'acte retenu est l'exérèse pulmonaire réglée (*i.e.* pneumonectomie ou lobectomie) dans le cancer du poumon. La discussion a porté là encore sur les situations cliniques à inclure ou à exclure pour que le traceur soit suffisamment homogène. Il a été décidé :

- d'inclure à la fois les interventions avec curage ganglionnaire et sans curage ganglionnaire,
- d'inclure à la fois les interventions intrapéricardiques et extrapéricardiques,
- d'exclure les interventions comportant un geste :
  - au niveau de la carène,
  - et/ou au niveau des gros vaisseaux,
  - et/ou au niveau de lésions étendues à la paroi thoracique,
- d'exclure les patients ayant bénéficié d'une radiothérapie et/ou d'une chimiothérapie préopératoire.

### **Critères retenus pour qualifier la prise en charge**

---

#### **Traceur de chirurgie viscérale**

- Délai entre la consultation médicale initiale faisant indiquer l'acte (souvent médecin généraliste), la consultation auprès du chirurgien, la consultation préanesthésique obligatoire et l'intervention. Les experts nous signalent que ces délais sont variables selon la gravité du tableau clinique.
- Examens paracliniques préalables à l'acte (hormis le bilan préanesthésique obligatoire) : selon les experts, seule une échographie abdominale et un bilan enzymatique comportant amylasémie, phosphatases alcalines et transaminases (ASAT, ALAT) est réellement indispensable,
- Type d'anesthésie proposé (AG seule ou AG complétée par une péridurale à visée analgésique postopératoire),
- Equipement du bloc opératoire : il s'agit d'un secteur opératoire de niveau C (classique), mais :
  - est-il possible de réaliser une cholangiographie peropératoire ?
  - est-il possible de réaliser une sphinctérotomie endoscopique peropératoire ?
  - L'intitulé exact de l'intervention est à relever, notamment afin de savoir si un geste sur la voie biliaire principale a été effectué ou non,
  - quelle a été la qualité de l'analgésie postopératoire ?
  - Quelle est la durée du séjour postopératoire ? Quelle est la durée de l'arrêt de travail consécutif à l'intervention ?
  - Une réhospitalisation et/ou une réintervention ont-elles été nécessaires dans les suites ?

### Traceur de chirurgie thoracique

- L'étude des délais est ici délicate. Il est proposé de prendre en compte essentiellement le délai entre le premier symptôme repéré par le patient et le premier avis chirurgical. En effet, la prise en charge de tels patients dépend de très nombreux facteurs, notamment la gravité, la nécessité de réaliser un sevrage tabagique préalable, etc.
- Les principaux éléments de variabilité à prendre en compte sont :
  - VEMS préopératoire (exprimé en pourcentage de la valeur théorique),
  - Age du patient.
- Equipement du bloc opératoire : il s'agit d'un secteur opératoire de niveau C (classique).
- Examens préopératoires (hormis le bilan anesthésique), notamment bilan d'extension du cancer :
  - de quand date la fibroscopie bronchique préopératoire ?
  - un scanner thoracique a-t-il été effectué ? si oui, quand ?
  - même question pour un scanner cérébral (à la recherche de métastases),
  - même question pour un scanner abdominal ou une échographie abdominale (toujours à la recherche de métastases),
- Le patient a-t-il bénéficié d'une évaluation par un kinésithérapeute en préopératoire ?
- Type d'anesthésie proposé (AG seule ou AG complétée par une péridurale à visée analgésique postopératoire),
- L'intubation a-t-elle été sélective ?
- Quelle a été la durée de l'intervention ? De la ventilation assistée postopératoire ? Du drainage thoracique postopératoire ? De l'hospitalisation ?
- quelle a été la qualité de l'analgésie postopératoire ?
- le patient pouvait-il bénéficier d'une kinésithérapie respiratoire 7 jours sur 7 ?
- Une réintervention, ou un re-drainage ont-ils été nécessaires ?
- Le patient a-t-il bénéficié d'une radiographie thoracique de contrôle dans les 48 heures précédant sa sortie ?

## CHIRURGIE DIGESTIVE

TRACEUR INITIALEMENT PRESENTI :

« CHOLECYSTECTOMIE »

### 1 - Fréquence

Le nombre de cholécystectomies effectuées en France en 1992 a été estimé à 92 491 actes, toutes indications et tous modes opératoires confondus (laparotomie ou laparoscopie)<sup>1</sup>.

D'après les données du PMSI, le nombre de cholécystectomies réalisées en secteur public (AP incluse) durant l'année 1996 a été de 43 212 actes (dont 43 % par voie laparoscopique)<sup>2</sup>.

Le traceur semble a priori réparti de manière équilibrée, en termes de fréquence, entre pratique publique et pratique privée. En effet, si l'on fait l'hypothèse, que le nombre total de cholécystectomies réalisées chaque année en France n'a pas varié entre 1992 et 1996, on peut alors estimer qu'approximativement 45 % des cholécystectomies sont réalisées en secteur public (i.e. comptabilisé dans le PMSI), et 55 % dans le secteur privé.

En se basant sur les données de 1992, on peut estimer la fréquence de l'acte « cholécystectomie » à 160 actes pour 100 000 personnes et par an, en France. Ce chiffre correspondrait à un **ordre de grandeur voisin de 1 500 cholécystectomies chaque mois en Île-de-France.**

### 2 - Aspects qualitatifs

A priori, seule l'indication « lithiase vésiculaire » nous intéresse ici, les cholécystectomies pour autre raison, notamment cancer de la vésicule, étant de prise en charge particulière, et beaucoup plus rares. Toutefois, il est nécessaire de préciser si l'on inclut ou non les lithiases compliquées (par processus septique et/ou obstruction biliaire) et les lithiases asymptomatiques.

Si l'on s'en tient aux lithiases vésiculaires symptomatiques non compliquées, la définition de ce qu'est une lithiase symptomatique restera à préciser. Il est possible pour cela de se baser sur la définition de la douleur biliaire que fournit la conférence européenne de consensus de 1991<sup>3</sup>.

En cas de lithiase vésiculaire symptomatique, la réalisation d'une cholécystectomie est presque unanimement considérée comme légitime<sup>4</sup>. Il semble également que la plupart des experts s'accordent à préférer la technique laparoscopique en cas de lithiase vésiculaire non compliquée, et en l'absence de contre-indications (insuffisance respiratoire, antécédents de chirurgie digestive, deuxième et/ou troisième trimestre de grossesse, insuffisance cardiaque, insuffisance hépato-cellulaire sévère, coagulopathie réfractaire principalement)<sup>5</sup>

## CHIRURGIE THORACIQUE

TRACEUR INITIALEMENT PRESENTI :

« PNEUMONECTOMIE TOTALE OU PARTIELLE »

### 1 - Fréquence

Le nombre de pneumonectomies unilatérales, partielles ou totales, effectuées en France en 1992 a été estimé à 10 583 actes, auxquels il faut ajouter 1414 pneumonectomies élargies<sup>6</sup>. Le total est de 11997 actes.

D'après les données du PMSI, le nombre de pneumonectomies partielles ou totales, incluant les tumorectomies par voie thoracotomique, réalisées en secteur public (AP incluse) durant l'année 1996 a été de 7102 actes (dont 43 % par voie laparoscopique)<sup>7</sup>.

En se basant sur les données de 1992, on peut estimer la fréquence de l'acte « pneumonectomie totale ou partielle » à 21 actes pour 100 000 personnes et par an, en France. Ce chiffre correspondrait à un **ordre de grandeur voisin de 190 actes chaque mois en Ile-de-France.**

### 2 - Aspects qualitatifs

L'indication la plus fréquente à une exérèse pulmonaire totale ou partielle est le cancer, et en premier lieu le cancer primitif bronchique non à petites cellules. Il importe de définir si dans la définition du traceur nous n'incluons que cette indication, ou si nous l'élargissons, notamment aux métastasesectomies de tumeurs primitivement extra-thoraciques.

Des recommandations existent dans la littérature, en ce qui concerne la prise en charge chirurgicale des cancers bronchiques non à petites cellules :

- bilan préthérapeutique<sup>8</sup>,
- prise en charge générale, notamment chirurgicale<sup>9</sup>.

#### NOTES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 (*Groupe d'Animation et d'Impulsion National (GAIN), L'activité chirurgicale dans les établissements de santé, Enquête 1992, Rapport CNAMTS-ENSM, Paris, 1995.*)
- 2 (*données accessibles sur internet à l'URL : <http://www.le-pmsi.fr/>*).
- 3 (*Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Conférence Européenne de Consensus. La lithiase vésiculaire : stratégie thérapeutique, Strasbourg, Parlement Européen, 19-20-21 décembre 1991. Rapport ANDEM, Paris, 1991, 16p.*)
- 4 (*Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation Médicale, Recommandations et Références Médicales, Tome I, ANDEM, Paris, 1995, janvier 8-32, 293p.*)
- 5 (*Surg Endosc 1993 ;7 :369-70, Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons, Thé rôle of laparoscopic cholecystectomy, Guidelines for clinical applications.*)

- 6 (*Groupe d'Animation et d'Impulsion National (GAIN), L'activité chirurgicale dans les établissements de santé, Enquête 1992, Rapport CNAMTS-ENSM, Paris, 1995.*)
- 7 (*données accessibles sur internet à l'URL : <http://www.le-pmsi.fr/>.*)
- 8 (*Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale, Conférence de Consensus. Bilan d'extension pré-thérapeutique du cancer bronchique non à petites cellules, Nice, Palais des Congrès de l'Acropole, 9 janvier 1992. Rapport ANDEM, Paris, 1992, 20 p.*.)
- 9 (*Pneumologie 1994 May ;48 Suppl 1 :262-9, Recommendations for diagnosis, staging and surgical therapy of bronchial carcinoma. German Society of Pneumology and German Society of Thoracic and Cardiovascular Surgery.*)

## Compte-rendu de la deuxième consultation d'experts - Actes chirurgicaux

REUNION DU 14 DECEMBRE 1998

Participants :

EXPERTS MEDICAUX :

Dr ABRAMOVICI, Médecine générale, Cabinet Médical Molière (77)  
Dr BAKDACH, Chirurgie thoracique, Centre chirurgical du Val D'Or (92)  
Dr BLOCH, Chirurgie viscérale, (92)  
Dr BRAUN, Pneumologue (91)  
Dr BUFFET, Gastro-entérologue, Hôpital Kremlin Bicêtre (94)  
Dr CLAUDE, Médecine Générale, Cabinet médical Nouvelle France (78)  
Dr LE COGUIC, Pneumologie, Hôpital Américain, (92)  
Dr LEPAGE, Pneumologue (94)  
Dr PUJOL, Chirurgie abdominale, Centre Hospitalier de St Cloud (92)  
Dr RIQUET, Chirurgie thoracique, Hôpital Laennec (75)

URML IdF :

Dr ROUSSELET, Mme Elise NGUYEN

CREDES

Mme Valérie PARIS, Dr Philippe LE FUR, Dr Hervé Picard, Mme Dominique Polton

Ordre du jour :

- 1) Présentation de la synthèse établie à partir des réponses aux questionnaires envoyés aux experts, devant aboutir à une définition consensuelle du traceur, de la prise en charge de référence et des facteurs éventuels de variabilité
- 2) Consultation des experts sur les circuits de patients qu'ils reçoivent.

### ***Traceur de chirurgie viscérale***

---

#### **Définition du traceur**

« Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée »

Pour définir plus précisément les termes de la situation retenue :

- Par « lithiase vésiculaire non compliquée » on entend toute lithiase, symptomatique (douleurs biliaires) ou non, qui n'est compliquée ni par un phénomène infectieux (cholécystite, angiocholite...) ni par un phénomène mécanique (obstruction de la voie biliaire, pancréatite, fistule...).
- La technique chirurgicale peut être indifféremment : laparotomie, mini-laparotomie ou coelioscopie.

Les experts précisent qu'il n'y a pas d'indication aux cholécystectomies sur lithiase totalement asymptomatique, mais qu'il est utile de les inclure dans le champ de l'étude en raison de la variabilité des pratiques dont elles témoignent.

### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

La fréquence et l'intensité des crises douloureuses, l'existence d'un aspect de microlithiases à l'échographie d'autre part, sont trois facteurs susceptibles de modifier la prise en charge en conduisant à hâter la réalisation de l'acte.

### **Délais de prise en charge**

Il n'y a aucun délai à respecter pour la cholécystectomie dans les indications prévues ici. Le niveau de demande du patient influera beaucoup sur la rapidité de réalisation de l'acte, de même que les facteurs de variabilité cités dans le paragraphe précédent.

### **Équipement du bloc opératoire et environnement technique, personnel**

L'existence d'un équipement permettant de réaliser une cholangiographie per-opératoire est jugée indispensable.

L'existence d'un équipement permettant de réaliser une sphinctérotomie endoscopique per-opératoire est jugée souhaitable.

La qualification du chirurgien est importante à prendre en compte, mais difficile à appréhender, notamment si la technique choisie est la coelioscopie. Il faut savoir si le médecin effectuant l'acte est bien spécialiste en *chirurgie*, générale, digestive ou viscérale (les appellations ayant varié avec le temps).

### **Geste chirurgical**

La technique coelioscopique est préférable aux autres techniques.

Il faut également relever le fait qu'un examen macroscopique de la vésicule a été ou non effectué par le chirurgien immédiatement après son ablation. L'envoi de la vésicule au laboratoire pour examen anatomo-pathologique ultérieur est indispensable.

### **Séquence diagnostique préopératoire**

Seule l'échographie abdominale est indispensable. Cet examen doit dater de moins de six mois.

Il n'est pas jugé nécessaire qu'un bilan enzymatique soit effectué préalablement à l'intervention.

L'ASP et la TDM hépato-biliaire sont pas ou peu utiles.

### **Mise en condition du patient et préparation à l'examen**

Il est important de relever si un protocole de prise en charge analgésique existe dans l'établissement (de type morphine auto-administrée, vaporisation per-opératoire d'anesthésique sur les coupoles diaphragmatiques, etc.)

### **Surveillance post-acte**

La durée du séjour post-opératoire est un bon indicateur du bon déroulement de l'opération. Elle doit être de 4-5 jours. Il y a un problème lorsqu'elle dépasse une semaine.

Il faut également relever la durée de l'arrêt de travail, l'occurrence éventuelle d'une réintervention, l'existence de complications précoces.

## **Les filières généralement suivies par les patients**

Le parcours le plus fréquemment observé est le passage direct du médecin traitant au chirurgien. Parfois, la patient voit un gastro-entérologue. Les consultations de plusieurs médecins pour avis multiples semblent rares. Enfin, les patients opérés dans cette indication sont rarement des patients hospitalisés.

## **Traceur de chirurgie thoracique**

---

### **Définition du traceur**

« Pneumonectomie ou lobectomie pour cancer pulmonaire »

Pour définir plus précisément les termes de la situation retenue :

- Pneumonectomie ou lobectomie : intra- ou extra-péricardique, avec ou sans curage ganglionnaire
- Sont exclues les interventions comportant un geste sur la carène et/ou les gros vaisseaux et/ou des lésions pariétales, ainsi que les résections-anastomoses
- Sont exclus également les patients ayant eu un traitement néo-adjuvant. (radiothérapie et/ou chimiothérapie préopératoire).

### **Facteurs de variabilité de la prise en charge**

L'âge et l'état général avaient initialement été désignés par les experts comme facteurs de variabilité de la prise en charge. Il s'avère que l'âge n'intervient pas en tant que tel. En fait, si l'acte a été indiqué pour un patient de plus de 75 ans, c'est que son état physiologique le permettait. Le processus de prise en charge ne sera donc pas différencié. Il existe une étude effectuée à Marie Lanelongue sur le sujet. L'âge n'aurait en fin de compte d'importance que dans les opérations plus larges que celles envisagées ici. En fait, le seul effet de l'âge est une recherche plus active des contre-indications. En ce qui concerne l'état général du patient, la perte de poids pourrait être un indicateur intéressant mais que les experts pensent difficile à recueillir. Une mesure de l'activité du patient a été suggérée mais s'avère également difficile à appréhender. L'index de Karnofsky n'a pas été retenu comme un bon indicateur de l'état général.

La VEMS préopératoire (exprimé en pourcentage de la valeur théorique) est un facteur de variabilité très important. L'idéal serait d'avoir une mesure de la VEMS post-opératoire prévisible mais c'est impossible. On distinguera donc les patients ayant une VEMS inférieure à 50%, pour lesquels la prise en charge impose le recours à une structure plus lourde.

L'existence d'antécédents peut également modifier la prise en charge, en particulier lorsqu'il s'agit d'antécédents cardio-vasculaires ou respiratoires. La prise en charge diffère alors essentiellement au niveau des examens préalables (doppler, échographie cardiaque) et de la préparation.

### **Délais de prise en charge**

Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation du chirurgien doit être idéalement de 15 jours, il reste acceptable en-deça de 45 jours.

Les patients âgés acceptant en général une symptomatologie plus lourde, se présentent en général plus tard. On peut donc prévoir des délais plus longs pour ces derniers, de leur fait.

### **Equippedement du bloc opératoire et environnement technique, personnel**

Le bloc opératoire doit être un SOC de niveau C (qualifié pour la chirurgie, selon la classification adoptée pour l'enquête GAIN).

Légalement, l'infirmière de bloc doit être qualifiée (depuis un décret de 1994). Toutefois, des aides-soignantes assumant ces fonctions depuis de nombreuses années sont aussi compétentes. L'idéal serait de connaître le nombre d'opérations qu'elles ont effectuées mais la question est difficile à poser. On recueillera donc la durée de vie dans le poste et la qualification pour exploiter les deux informations.

La qualification de chirurgien est une obligation légale, il doit avoir obtenu une compétence en chirurgie thoracique auprès du Conseil de l'Ordre.

Dans l'établissement, il doit y avoir un réanimateur présent 24h/24h et une unité de soins intensifs, avec possibilité de ventilation. Il ne faut pas utiliser le terme « réanimation » qui suppose une accréditation. Il faut également une équipe pneumologique joignable à tout moment, disposant d'un bronchoscope.

### **Geste chirurgical**

Il est indispensable de relever le titre exact de l'intervention, éventuellement en proposant des cases à cocher pour relever toutes les informations nécessaires. Ainsi, il faut savoir s'il y a eu curage ganglionnaire, décortication, pleurolyse.

Il faut également relever la durée totale de l'intervention (pas seulement l'acte lui-même). Cette durée est en effet très variable selon l'organisation du bloc mais également selon la difficulté de l'acte lui-même : la nécessité d'une décortication ou d'une pleurolyse conduit à un allongement de la durée opératoire.

### **Séquence diagnostique préopératoire**

En ce qui concerne le bilan d'extension préopératoire, on se reportera aux résultats de la conférence de consensus ANDEM & Société de Pneumologie de Langue Française de 1992. On peut pour simplifier les recommandations, considérer que la pratique d'un scanner thoracique, cérébral et d'une échographie ou d'un scanner abdominal sont indispensables dès lors que l'on dispose en pré-opératoire d'une preuve histologique du diagnostic de cancer non-à petites cellules.

La nécessité de la scintigraphie pulmonaire est discutée selon les écoles. Si le VEMS est inférieur à 50%, elle s'impose. Pour une VEMS comprise entre 50 et 60%, elle est souhaitable mais non indispensable.

En cas d'antécédents cardiaques, la pratique d'une échographie cardiaque est indispensable. Cet examen est en fait très souvent pratiqué.

La bronchoscopie préopératoire est indispensable et doit dater de moins d'un mois.

### **Mise en condition du patient et préparation à l'examen**

Une intubation sélective est indispensable.

Un complément d'analgésie post-opératoire est souhaitable (pompe à morphine contrôlée PCA, péridurale).

### **Surveillance post-acte**

La durée de ventilation assistée est à relever.

La durée d'hospitalisation et le mode de sortie (directe ou vers un autre service de l'établissement) sont également à relever. En effet, il faut distinguer les sorties rapides vers les services de pneumologie des séjours plus long dans le service de chirurgie ou en réanimation.

La malade doit bénéficier de kinésithérapie tous les jours, au moins une fois par jour.

Enfin, il faut relever les éventuelles complications (abcès de la paroi, pneumopathie) et réinterventions. Les premières ont en effet un impact important sur la durée d'hospitalisation.

### **Autres facteurs à prendre en compte**

La préparation psychologique du patient a été mentionnée.

### **Les filières généralement suivies par les patients**

Il existe deux parcours différents.

Lorsqu'un patient est déjà hospitalisé, il est dirigé sur le service de pneumologie. Les actes effectués sur patients hospitalisés représentent environ 15% de l'ensemble des actes.

En ville, le patient passe par le généraliste, le radiologue, le pneumologue puis le chirurgien. Parfois (rarement), un cancérologue est consulté.

La consultation de plusieurs spécialistes pour avis n'est pas rare.



### **3. Matériel d'enquête**

---



### **3.1 Documents adressés aux différents intervenants dans le cadre du traceur endoscopie**

---



### **3.1.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs**

---



**PREMIER COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS « COORDINATEURS »  
POUR ANNONCER L'ENQUETE**

Paris, le 26 août 1999

Cher Confrère,

Engager une réflexion renouvelée sur l'offre de soins en Ile de France, voilà l'objectif de l'enquête à laquelle nous vous proposons de collaborer.

Quelle est la trajectoire de soins suivie par un patient francilien depuis le diagnostic d'une pathologie par le médecin traitant et la prescription d'un examen corollaire par ce même médecin ou par un spécialiste, à la réalisation de cet examen dans l'un de vos plateaux techniques ? Quels sont les modalités de leur parcours vers vos établissements de santé ?

Répondre à ces questions est essentiel pour vous permettre de mieux comprendre la géographie sanitaire francilienne, pour connaître les motivations des patients, afin de garantir à chacun des soins adaptés.

C'est dans cette perspective que l'Union Régionale des médecins libéraux a confié à ses propres services en relation avec le CREDES une étude régionale sur ce thème. Cette étude sera menée sur quelques actes significatifs de chirurgie, d'endoscopie et d'IRM.

Chaque personne qui se rend dans un établissement de santé pour des soins nécessitant un de ces actes techniques, chaque médecin qui réalise ces actes, chaque structure hospitalière qu'elle soit publique ou privée est concernée par l'enquête. Il est **indispensable** pour garantir la qualité des résultats que le maximum d'entre vous participent à ce travail.

La collecte des informations s'effectuera le mois prochain, plus précisément à partir du 21 septembre et durera un mois. En outre, une lettre vous invitant à confirmer votre participation vous sera adressée le 9 septembre. Celle-ci explicitera la mission qui sera la vôtre.

Dans l'espoir de votre contribution à cette enquête d'envergure régionale qui nous mobilise aujourd'hui, je vous prie de croire, cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Bruno SILBERMAN

Président de la Section des Spécialistes

de l'URML-idf

**LETTRE ADRESSEE AUX MEDECINS « COORDINATEURS » AVEC LES DOCUMENTS D'ENQUETE**

Cher Confrère,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête que nous lançons sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Conformément aux indications que vous avez fournies à l'enquêteur d'ISL, l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **œso-gastro-duodénoscopie pour hémorragie digestive haute**.

Vous trouverez ci-joint l'ensemble du matériel nécessaire à la bonne réalisation de cette étude sur votre site. Comme vous le savez déjà votre rôle va consister :

à remettre ce matériel à l'ensemble des médecins que vous nous avez signalés comme étant susceptibles de participer,

à nous renvoyer les dossiers d'enquête ouverts par ces médecins, en deux étapes : un premier envoi à mi-parcours, c'est-à-dire le **[date mi]** et un deuxième à la fin de la période d'enquête.

Vous aurez également à remplir deux questionnaires spécifiques très brefs, l'un en début d'enquête et l'autre à la fin.

L'ensemble de cette procédure est détaillée dans la fiche cartonnée grise ci-jointe (guide médecin coordinateur). Si vous rencontrez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Nous nous permettons d'insister sur deux points importants :

d'une part, lors de chacun des deux envois, il est fondamental que vous fassiez votre possible pour nous adresser **tous** les dossiers d'enquête qui ont été ouverts par vos confrères, que le patient ait finalement été inclus ou non ;

d'autre part, nous comptons sur vous pour respecter dans la mesure du possible les dates de chacun de ces envois, qui ont été définies avec vous.

En vous remerciant une fois de plus pour l'aide que vous nous apportez, nous formons des vœux pour que cette enquête reçoive un accueil favorable sur votre site. Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,

Dr Philippe LE FUR,

Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Directeur de recherche CREDES.

---

**LETTR E CONTENUE DANS L'ENVOI DES DOCUMENTS AUX MEDECINS « COORDINATEURS »**

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint, comme nous vous l'avons annoncé dans notre précédent courrier, les documents nécessaires à la bonne réalisation de l'enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Nous vous rappelons que l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **œso-gastro-duodénoscopie pour hémorragie digestive haute**.

Tous les détails concernant la procédure d'enquête figurent dans la fiche cartonnée ci-jointe. Toutefois, si vous rencontrez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Comptant vivement sur votre participation, indispensable pour obtenir une bonne représentation de la profession, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

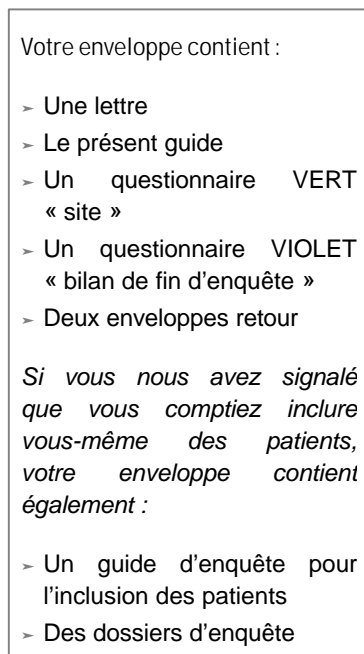
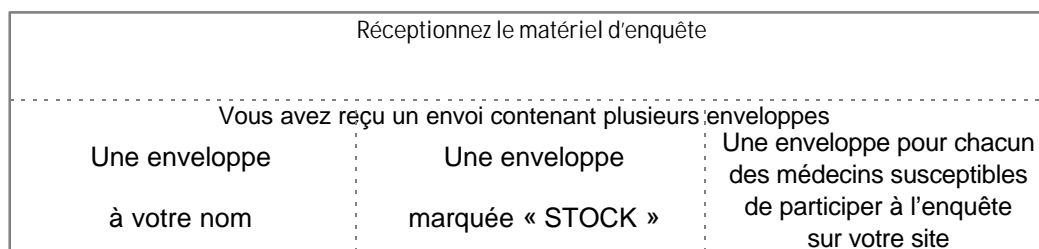
Dr Bruno SILBERMAN,

Dr Philippe LE FUR,

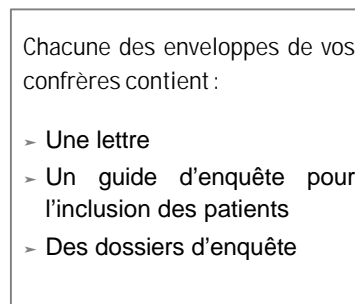
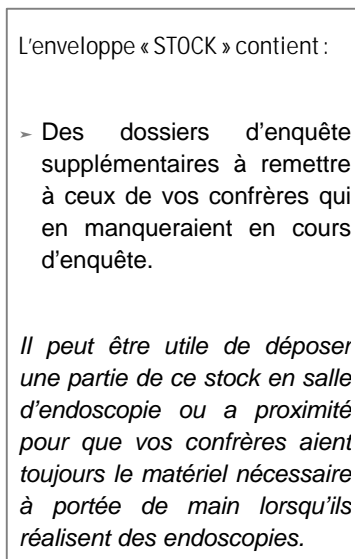
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.  
CREDES.

Directeur de recherche

## Endoscopie pour hémorragie digestive haute

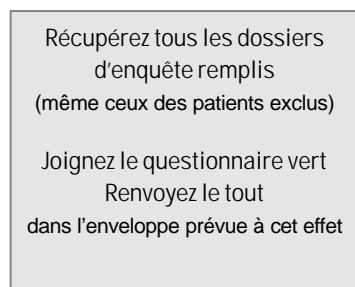


Remplissez le questionnaire vert avant le début de l'enquête



Remettez ces enveloppes à leurs destinataires avant le début de l'enquête

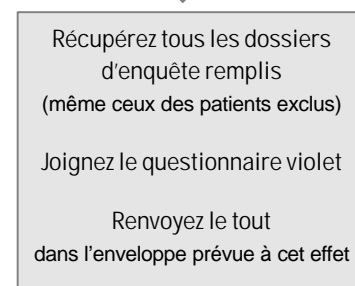
Avant le début de l'enquête



Premier envoi :  
à mi-parcours (15 jours)

Le 15<sup>e</sup> jour de l'enquête

Remplissez le questionnaire violet (bilan de fin d'enquête)



Second envoi :  
à la fin de l'enquête (1 mois)

Le 30<sup>e</sup> jour de l'enquête

*Rappelez à vos confrères que l'enquête est terminée*

## Endoscopie

| 1 | | 1 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

Ce questionnaire doit être rempli sous la responsabilité du médecin chef de service ou du médecin chargé de la coordination de l'enquête sur le site.

## LE SERVICE, L'UNITÉ OU LE CABINET D'ENDOSCOPIE

1. L'unité d'endoscopie est-elle située ?

1.  Dans un cabinet libéral « de ville »

↳ Dans ce cas, s'agit-il ?

- ↳
- 1.  D'un cabinet de gastro-entérologie
  - 2.  Autre, précisez la spécialité : \_\_\_\_\_

2.  Dans un établissement hospitalier

3.  Dans un dispensaire

4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

2. Commune d'implantation de l'unité d'endoscopie : \_\_\_\_\_

(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRÉCISEZ L'ARRONDISSEMENT)

3. Code postal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Accessibilité de l'unité d'endoscopie :

- > Nombre de lignes de bus à moins de 300 m : \_\_\_\_\_ Réservé au chiffrage
- > Nombre de lignes de métro à moins de 300 m : \_\_\_\_\_
- > Nombre de lignes de RER à moins de 300 m : \_\_\_\_\_
- > Autre, précisez : \_\_\_\_\_

5. Quelle est la durée d'ouverture hebdomadaire de l'unité ou du cabinet d'endoscopie (gardes non comprises) ?

↳ \_\_\_\_\_ heures

6. L'établissement est-il à même de réaliser des endoscopies en urgence ?

- > La nuit 1.  Oui 2.  Non
- > Le week-end et les jours fériés 1.  Oui 2.  Non

7. Combien de médecins font de l'endoscopie dans l'unité ou le cabinet (quel que soit le nombre d'heures qu'ils y passent, même une heure par mois) ? \_\_\_\_\_

8. De combien d'endoscopes disposez-vous pour effectuer des endoscopies digestives hautes ?

- > Nombre d'endoscopes à optique classique : \_\_\_\_\_
- > Nombre de vidéo-endoscopes : \_\_\_\_\_

9. Au cours de leur activité, sur le site, les endoscopistes sont-ils amenés à se déplacer hors de l'unité d'endoscopie, pour effectuer des endoscopies dans d'autres lieux ? 1.  Oui 2.  Non

➤ **Si oui, précisez le (ou les) lieu(x) habituel(s) du déplacement :**

1.  Service de réanimation de l'établissement
2.  Service de réanimation dans d'autres établissements
3.  Service d'urgence de l'établissement
4.  Service d'urgence dans d'autres établissements
5.  Service de chirurgie de l'établissement
6.  Service de chirurgie dans d'autres établissements
7.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

**Si l'unité est située dans un établissement hospitalier, veuillez répondre aux questions suivantes.**

10. L'établissement est-il ?

1.  Public
  - ↳  1.  CHU
  - 2.  CHR
  - 3.  CH
  - 4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_
2.  Privé à but non lucratif
  - ↳  1.  Participant au service public hospitalier
  - 2.  N'y participant pas
3.  Privé à but lucratif
4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

11. Quel est le statut de l'unité d'endoscopie au sein de cet établissement ?

1.  Il fait partie d'un service de gastro-entérologie ou il y est rattaché
2.  Il s'agit d'une unité isolée d'endoscopie
3.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

12. L'établissement dispose-t-il d'un service de chirurgie viscérale ou générale ? 1.  Oui 2.  Non

13. L'établissement dispose-t-il d'un service de gastro-entérologie ? 1.  Oui 2.  Non

14. L'établissement dispose-t-il d'un service de réanimation ? 1.  Oui 2.  Non

15. Disposez-vous au sein de l'établissement d'un réanimateur présent et/ou joignable 24<sup>h</sup>/24 ?  
↳ 1.  Oui 2.  Non

**Bilan de fin d'enquête**

**Endoscopie  
pour hémorragie digestive haute**

| 1 || 5 || \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

N° de dossier

1. Combien de médecins avez-vous initialement désigné comme susceptibles de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

2. Combien de médecins ont accepté de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

**Parmi ceux-ci :**

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **tous** les patients concernés durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **seulement une partie** des patients concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert **aucun dossier d'enquête** bien qu'ils aient examiné des patients potentiellement concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert **aucun dossier d'enquête** parce qu'ils n'ont reçu aucun patient concerné durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_



### **3.1.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte**

---



## LETTRE ADRESSEE AUX MEDECINS REALISANT L'ACTE

Cher Confrère,

Ainsi que vous l'avez peut-être lu dans la presse, les médecins d'Île-de-France lancent sous l'égide de l'URML (Union Régionale des médecins Libéraux) et avec l'aide du CREDES, une enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques.

Il ne s'agit pas d'une N<sup>ième</sup> enquête administrative, mais bien d'une démarche professionnelle, associant des praticiens de tous statuts dans un même effort de recherche centré sur le patient. L'objectif de ce travail, très novateur, est de mieux comprendre la manière dont les patients s'orientent dans le système de soins, à partir de l'observation de quelques actes précis qui mettent en jeu des plateaux techniques d'imagerie, d'endoscopie et de chirurgie.

La force de cette enquête repose sur sa capacité à prendre en compte l'ensemble des situations possibles, quel que soit le mode d'exercice : secteur privé ou secteur public, installation au cœur de Paris ou aux limites de la région. C'est pourquoi votre participation est particulièrement importante pour nous.

Pour votre spécialité, l'enquête concerne **tous les patients qui auront une oeso-gastro-duodéoscopie pour hémorragie digestive haute** dans votre service ou votre unité, entre le [Date\_Debut] et le [Date\_Fin]. Cette période d'observation a été fixée d'un commun accord avec le [Titre\_Correspondant] [Nom\_Correspondant], qui a aimablement accepté d'assurer la coordination de l'étude sur votre site d'exercice.

Si, comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à ce travail de recherche, votre rôle consistera à remplir un bref questionnaire pour chaque patient pour qui vous réaliserez une oeso-gastro-duodéoscopie pour hémorragie digestive haute durant la période d'observation, si bien sûr le patient donne son accord. Vous devrez également remettre au patient les documents qui lui sont destinés, et qu'il renverra ultérieurement par voie postale.

Le [Titre\_Correspondant] [Nom\_Correspondant] vous remettra avant le début de cette période le guide d'inclusion des patients et les questionnaires qui vous permettront de participer à ce travail. Le nombre de patients potentiellement concernés pour chaque praticien est réduit : la charge de travail sera donc limitée. En revanche, la participation de tous est essentielle pour que l'étude reflète fidèlement les trajectoires des patients.

Bien entendu, le traitement de cette étude sera totalement anonyme et aucune identification des patients ni des services ne sera possible. Cet anonymat est garanti par la procédure d'enquête qui a reçu l'aval de la CNIL. La plaquette ci-jointe vous présente de manière plus détaillée la méthodologie de cette enquête ; vous y trouverez également les coordonnées des membres de notre équipe qui se tiennent à votre disposition si vous désirez de plus amples renseignements.

Comptant vivement sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,

Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

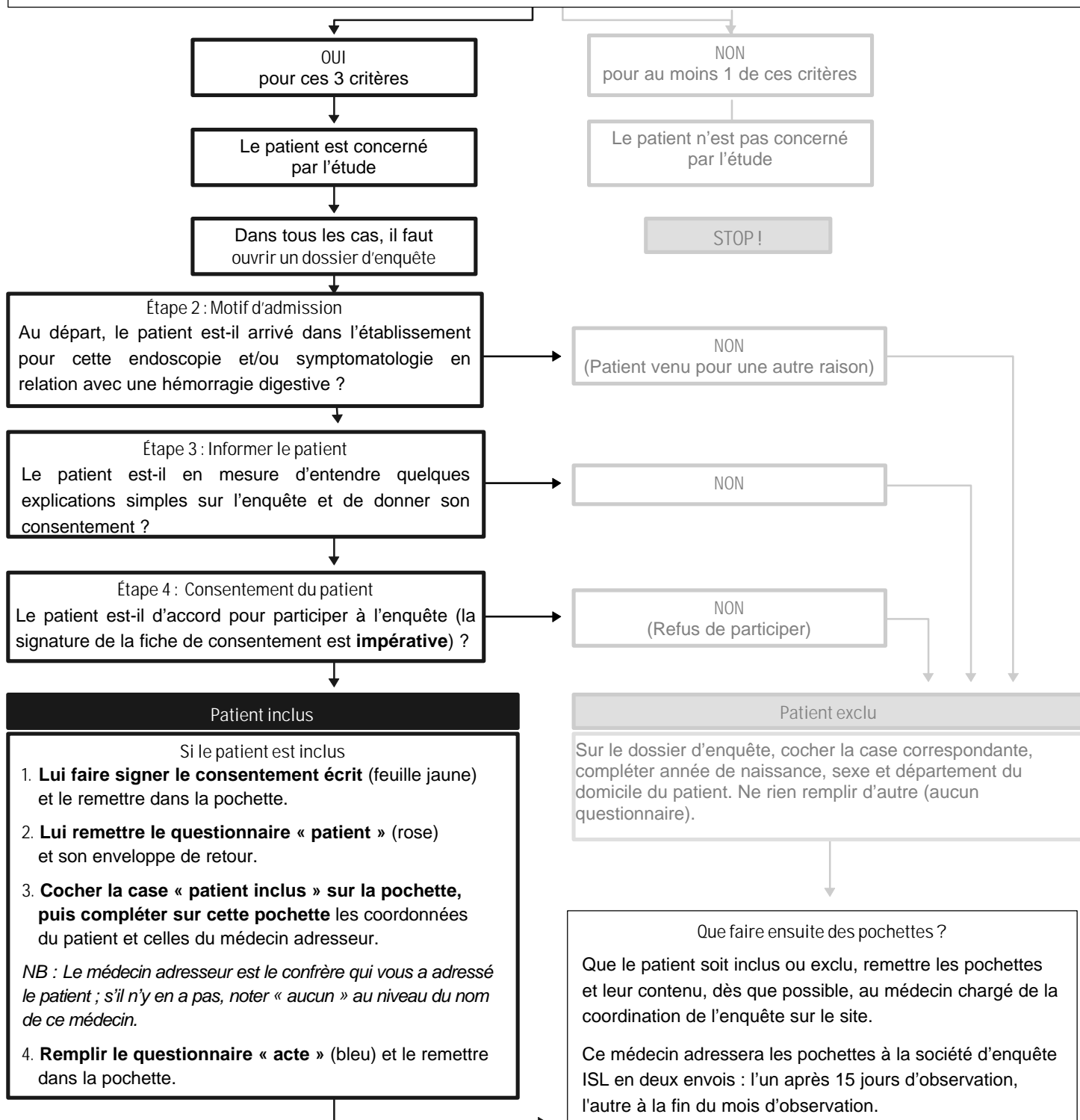
Dr Philippe LE FUR,

Directeur de recherche CREDES.

**Endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive**

Étape 1: critères médiaux de l'enquête

1. Le patient bénéficie d'une **oesophagoscopie** et/ou **gastroscopie** et/ou **duodénoscopie**, associée ou non à une endoscopie digestive basse.
2. Le patient a **plus de 15 ans**.
3. L'indication principale de cet acte est une hémorragie digestive haute patente ou très fortement soupçonnée c'est-à-dire :  
 une **hématomèse** (constatée médicalement ou décrite par le patient),  
 un **mélaena** (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.





| 1 || 6 || \_\_\_\_\_  
N° de dossier

## Fiche de consentement

Je soussigné(e) :

- > **NOM** \_\_\_\_\_
- > **Prénom** \_\_\_\_\_
- > **Né(e) le** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 19 \_\_\_\_

1. **Déclare avoir pris connaissance des modalités de l'enquête « analyse des circuits de soins suivis par les patients accédant aux plateaux techniques en Île-de-France »**, menée par l'URML d'Île-de-France et le CREDES, et dont la réalisation pratique a été confiée à la société I.S.L. ;
2. **Accepte de participer à cette enquête ;**
3. **Autorise les médecins sollicités par la société I.S.L. dans le cadre de cette enquête, à fournir des informations médicales me concernant.** J'ai noté que ces informations seront traitées à des fins uniquement statistiques, de manière anonyme.

Conformément à la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant. Ce droit pourra être exercé auprès de la société ISL, durant la période où ces informations seront gardées sous forme nominative.  
I.S.L. : 6 rue du 4 Septembre - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

Fait à : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 1999

Signature :

## Endoscopie pour hémorragie digestive haute

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE MEDECIN AYANT REALISE L'ENDOSCOPIE DIGESTIVE HAUTE, LORSQUE LE PATIENT A DONNE SON ACCORD POUR PARTICIPER A L'ETUDE.

1. Date (jour/mois) de remplissage du questionnaire : |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| 1999
2. Date(jour/mois) et heure de début de l'endoscopie : |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| 1999 à |\_\_| |\_\_| heure(s)
3. À quelles date (jour/mois) et heure avez-vous vu le patient pour la première fois pour cet épisode clinique ?  
 ↳ |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| 1999 à |\_\_| |\_\_| heure(s)

## L'ORIGINE DU PATIENT

4. Le patient vous a-t-il été adressé par un confrère ? 1.  Oui 2.  Non  
 ↳ **Si oui**, veuillez vérifier que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de ce confrère « adresseur » ont bien été notés sur la pochette, dans la case prévue à cet effet. **Si non**, ceci signifie que le patient vous a consulté(e) directement. Veuillez noter « aucun » au niveau du nom du médecin « adresseur » figurant sur la pochette.

5. Si ce patient vous a été adressé par un confrère :

➤ Quelle était exactement la demande initiale de ce médecin ?

1.  Demande explicite de réalisation d'endoscopie  
 2.  Demande d'avis sur l'opportunité de réaliser cet acte

➤ Quelle est sa spécialité ?

1.  Médecin généraliste  
 2.  Spécialiste, précisez sa spécialité : |\_\_\_\_\_|

➤ Dans quel cadre ce confrère a-t-il vu le patient, le jour où il vous l'a adressé ?

1.  Dans un cabinet libéral « de ville »  
 2.  Dans un établissement privé (clinique ou hôpital privé, y compris PSPH)  
 3.  Dans un établissement public (AP-HP ou autre)  
 4.  Au domicile du patient  
 5.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|  
 6.  Ne sait pas

6. Où avez-vous réalisé l'endoscopie ?

1.  Dans l'unité ou le service d'endoscopie  
 2.  Au lit du malade, précisez dans quel service : |\_\_\_\_\_|

7. À son arrivée sur les lieux où vous avez effectué l'endoscopie, d'où venait le patient ?

1.  Ce patient venait directement de l'extérieur sans être passé par les urgences de l'établissement  
 2.  Ce patient venait de l'extérieur mais était passé aux urgences de l'établissement, sans y être hospitalisé  
 3.  Ce patient était hospitalisé dans l'établissement

↳ Précisez la spécialité du service : |\_\_\_\_\_|

4.  Ce patient était hospitalisé dans un autre établissement d'où il a été transféré. Précisez :

↳ Le nom de l'établissement : |\_\_\_\_\_|

↳ La spécialité du service : |\_\_\_\_\_|

↳ La commune où se trouve cet établissement : |\_\_\_\_\_|

↳ Le code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRECISEZ L'ARRONDISSEMENT)

5.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|

|\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
 Réservé au chiffremer

La participation à cette enquête n'a pas de caractère obligatoire. Les informations que vous voudrez bien nous fournir sont recueillies par la société I.S.L. pour le compte de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France et du CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé). La loi n° 78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut-être exercé auprès de I.S.L. - 6 rue du 4 Septembre - 92130 Issy-les-Moulineaux, durant la période où les données existent sous forme nominative.

8. Comment le patient est-il arrivé sur les lieux où vous avez réalisé l'endoscopie ?

1.  Le patient a été transporté par un service d'urgence (SMUR, SAMU, pompiers...)  
 2.  Le patient est venu en ambulance traditionnelle ou en véhicule sanitaire léger  
 3.  Le patient est venu par ses propres moyens  
 4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

9. L'endoscopie de ce patient était-elle programmée ?

1.  Oui 2.  Non

### LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU PATIENT

10. Le patient présente-t-il un ou plusieurs des antécédents suivants ?

- > Pathologie de l'œsophage, de l'estomac ou du duodénum 1.  Oui 2.  Non  
 > **Si oui**, précisez en clair le nom de cette(ces) affection(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- > Hépatopathie 1.  Oui 2.  Non  
 > **Si oui**, précisez en clair le nom de cette(ces) affection(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- > Pathologie cardio-vasculaire 1.  Oui 2.  Non  
 > **Si oui**, précisez en clair le nom de cette(ces) affection(s) : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- > Alcoolisme 1.  Oui 2.  Non

11. Le patient suivait-il avant l'endoscopie digestive haute, l'un ou plusieurs des traitements suivants ?

- > A.I.N.S. 1.  Oui 2.  Non  
 > Traitement anticoagulant 1.  Oui 2.  Non

12. Par quel(s) signe(s) se traduisaient les saignements du patient ?

- > Une hématurie 1.  Oui 2.  Non  
 > Un melæna 1.  Oui 2.  Non  
 > Une anémie aiguë 1.  Oui 2.  Non  
 > Autre, précisez : \_\_\_\_\_

13. Pouvez-vous dater le début de cette symptomatologie par rapport à l'heure de réalisation de l'endoscopie ?

1.  Moins de 6 heures avant le début de l'endoscopie  
 2.  Entre 6 et 12 heures  
 3.  Entre 12 et 24 heures  
 4.  Plus de 24 heures

→ **Dans ce cas**, Précisez le nombre de jours séparant le début des signes de cette endoscopie : \_\_\_\_\_ jours

14. Le patient a-t-il présenté un état de choc hémodynamique avant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

15. Disposiez-vous du taux d'hémoglobine juste avant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

- > **Si oui**, quel était ce taux ? (en grammes pour 100 ml) \_\_\_\_\_

16. S'agissait-il d'une récurrence de saignement ? 1.  Oui 2.  Non

- > **Si oui**, quelle pathologie était à l'origine du saignement précédent ? \_\_\_\_\_

## LES EXAMENS PREALABLES A L'ENDOSCOPIE

17. Avant de pratiquer l'endoscopie, disposiez-vous du résultat de chacun des examens suivants ? (cochez la case correspondante)

- > NFS 1.  Oui 2.  Non
- > Plaquettes 1.  Oui 2.  Non
- > TCA (TCK) 1.  Oui 2.  Non
- > TP 1.  Oui 2.  Non
- > Groupe sanguin et RAI 1.  Oui 2.  Non

## LE DEROULEMENT DE L'ENDOSCOPIE

18. Avant l'endoscopie, avez-vous personnellement :

- > Informé le patient des risques liés à cet examen ? 1.  Oui 2.  Non
- > Expliqué au patient le déroulement de l'examen ? 1.  Oui 2.  Non

19. L'état hémodynamique du patient était-il stabilisé avant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

20. L'endoscopie a-t-elle été réalisée :

- > Sous anesthésie générale ? 1.  Oui 2.  Non
- > Sous neuroleptanalgésie ? 1.  Oui 2.  Non

21. Le patient était-il intubé durant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

22. Le saignement persistait-il de manière extériorisée lors de l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

23. Le patient avait-il un abord vasculaire périphérique durant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

24. Le patient avait-il un abord vasculaire central durant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

25. Aviez-vous à portée de main, dans la salle où vous avez effectué l'endoscopie :

- > Du matériel de sclérose per-endoscopique (au minimum, aiguilles sur cathéter et produit sclérosant) ? 1.  Oui 2.  Non
- > Une deuxième source d'aspiration distincte de celle utilisée pour l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non
- > Du matériel de réanimation (au minimum, ventilateur, scope et chariot d'urgence) ? 1.  Oui 2.  Non

26. Pour cette endoscopie, avez-vous utilisé un vidéo-endoscope ? 1.  Oui 2.  Non

27. Un médecin anesthésiste était-il présent durant l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

28. Étiez-vous assisté(e) par un(e) soignant(e) pour la réalisation de l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

- > **Si oui**, s'agissait-il d'un(e) infirmier(e) D.E. ? 1.  Oui 2.  Non

29. L'examen a-t-il permis de localiser la zone de saignement ? 1.  Oui 2.  Non

30. L'examen a-t-il permis d'évoquer une étiologie à l'origine de ce saignement ? 1.  Oui 2.  Non

31. Au cours de l'endoscopie, un acte technique à visée d'hémostase a-t-il été réalisé ? 1.  Oui 2.  Non

- > **Si oui**, l'hémostase a-t-elle été obtenue grâce à cet acte ? 1.  Oui 2.  Non

32. Avez-vous d'autres observations à effectuer sur le déroulement de cette endoscopie digestive haute ?

---

## LES SUITES DE L'ENDOSCOPIE

33. A la suite de l'endoscopie, où le patient a-t-il été orienté ?

1.  En service de soins intensifs ou de réanimation
2.  En salle de réveil
3.  Dans un autre service, précisez la spécialité : |\_\_\_\_\_|
4.  À son domicile
5.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|

34. A la suite de l'endoscopie :

- Avez-vous informé le patient des résultats de cet examen ? 1.  Oui 2.  Non
- Avez-vous évoqué avec lui une ou plusieurs possibilités diagnostiques ? 1.  Oui 2.  Non
- Avez-vous informé le patient des modalités thérapeutiques envisageables ? 1.  Oui 2.  Non

## VOS PROPRES CARACTERISTIQUES

Nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes sur chaque questionnaire que vous remplirez : cette redondance, qui nous évite de recueillir votre nom, est une garantie supplémentaire d'anonymat.

35. Êtes-vous ? 1.  Un homme 2.  Une femme

36. Quelle est votre année de naissance ? 19 |\_\_|

37. Quel est ou quels sont votre (vos) mode(s) d'exercice ?

1.  Exercice libéral
  - 1.  En cabinet de ville, sans associé
  - 2.  En cabinet de ville, en association avec d'autres praticiens
  - 3.  En clinique
  - 4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|

2.  Exercice salarié

- 1.  Dans un établissement public
  - 1.  Praticien hospitalier
  - 2.  C.C.A.
  - 3.  Attaché ou vacataire
  - 4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|
- 2.  Dans un établissement privé (dispensaire, maison de retraite, etc.)

38. Si vous exercez en secteur libéral, à quel secteur conventionnel appartenez-vous ?

1.  Secteur I
2.  Secteur II
3.  Conventionné avec droit à dépassement permanent
4.  Hors convention

### **3.1.3 Documents destinés aux patients**

---



## LETTRE DESTINEE AUX PATIENTS

Paris, le 21 septembre 1999

Madame, Monsieur,

L'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de France (URML) et le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) réalisent actuellement un travail de recherche sur l'accès aux soins en région parisienne. Pour cel, une vaste enquête est en cours, dont l'organisation a été confiée à l'Institut de Sondage Lavalie (I.S.L.), sous la responsabilité de nos deux organismes et sous le contrôle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous vous sollicitons pour participer à cette enquête, parce que vous venez de bénéficier d'une endoscopie, qui est l'un des actes auxquels nous nous intéressons particulièrement. En acceptant de remplir nos questionnaires, vous nous permettez d'une part, de comprendre les raisons qui vous ont conduit(e) à choisir l'établissement où s'est déroulé cet examen, et d'autre part, de savoir si vous êtes satisfait(e) de la manière dont vous avez été pris(e) en charge (délais, accueil...).

Trois étapes

- 1) Le médecin qui a réalisé votre endoscopie remplira un questionnaire concernant le déroulement de votre examen ;
- 2) il vous remettra un questionnaire, que nous vous demandons de remplir dans les prochains jours et de le renvoyer à la société I.S.L., à l'aide de l'enveloppe T prévue à cet effet ;
- 3) S'il y a lieu, la société I.S.L. contactera dans quelques temps par téléphone le médecin qui vous a conseillé de faire cette endoscopie, afin de lui demander les raisons qui l'ont conduit à vous donner ce conseil.

### SECRET MÉDICAL ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements que nous recueillons pour cette étude, auprès de vous ou de votre médecin, seront traités uniquement à des fins statistiques et de manière strictement anonyme. Les informations nominatives (telle que vos noms et adresses), dont nous avons besoin pour conduire l'enquête, ne seront connus que par la société I.S.L., qui s'est engagée à les détruire immédiatement après l'enquête et à ne pas les communiquer à d'autres personnes. *La loi de n°7817 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit peut être exercé pendant le délai où ces informations seront gardées sous forme nominative par la société d'enquête I.S.L.*

Votre participation à cette recherche est extrêmement précieuse . En nous aidant à mieux comprendre :

- comment vous avez accédé à cet examen ;
- quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer sur votre parcours ;

vous apporterez une contribution décisive à l'amélioration de l'accès aux soins dans votre région.

Si comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à l'enquête, votre accord écrit est indispensable. C'est pourquoi, nous vous demandons de remplir la fiche de consentement qui accompagne cette lettre et de la remettre au médecin avant de quitter l'établissement.

Comptant sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur l'expression de notre considération distinguée.

Dr Bruno SILBERMAN  
Président de la Section des spécialistes  
URML Ile-de France

Dr Philippe Le Fur  
Directeur de recherche au CREDES







LE DEROULEMENT DE VOTRE ENDOSCOPIE

20. Avant le début de votre endoscopie :

- > Le médecin qui a réalisé l'examen vous a-t-il expliqué son déroulement ? 1.  Oui 2.  Non  
**Si oui**, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ? 1.  Oui 2.  Non

21. Après votre endoscopie :

- > Le médecin qui l'a réalisée vous a-t-il donné des informations sur son résultat ? 1.  Oui 2.  Non  
**Si oui**, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ? 1.  Oui 2.  Non

22. Qu'avez-vous pensé de l'accueil que vous ont réservé le personnel administratif, le personnel soignant et le médecin qui a réalisé votre endoscopie ?

1.  Très satisfaisant 2.  Satisfaisant 3.  Peu satisfaisant 4.  Médiocre

23. Avez-vous eu l'impression que le médecin qui a réalisé l'endoscopie et ses assistants faisaient le maximum pour soulager votre douleur ou diminuer votre inconfort pendant l'examen ? 1.  Oui 2.  Non

24. Si vous deviez à nouveau subir un examen, reviendriez-vous dans cet établissement ? 1.  Oui 2.  Non

25. Recommanderiez-vous cet établissement à un ami ? 1.  Oui 2.  Non

26. Avez-vous d'autres observations quant au déroulement de cette endoscopie ?

| \_\_\_\_\_  
| \_\_\_\_\_

LES SUITES DE VOTRE ENDOSCOPIE

27. Le médecin qui a réalisé l'endoscopie vous a-t-il prescrit après celle-ci :

- > Des examens (prise de sang, radios, ...) ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, lesquels ? | \_\_\_\_\_

- > Un traitement médicamenteux ? 1.  Oui 2.  Non

- > Un arrêt de travail ? 1.  Oui 2.  Non

- > Une hospitalisation immédiate ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, dans quel établissement et dans quelle spécialité ? | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_

- > Une hospitalisation quelques jours plus tard ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, dans quel établissement et dans quelle spécialité ? | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_

- > Autre chose ? Précisez : | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_

28. Ce médecin vous a-t-il demandé :

1. De revenir le voir ? 1.  Oui 2.  Non

2. De revoir le médecin qui vous avait prescrit l'endoscopie ? 1.  Oui 2.  Non

3. De voir un autre médecin ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, Précisez sa spécialité : | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_

## VOS CARACTERISTIQUES SOCIALES

L'état de santé et le recours aux soins pouvant être liés à certaines caractéristiques sociales, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions qui suivent.

29. Vous êtes :

1.  Actif(ve)
2.  Chômeur(euse)
3.  Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
4.  Femme au foyer
5.  Etudiant(e), élève, militaire du contingent
6.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

30. Si vous travaillez ou si vous avez déjà travaillé, pouvez-vous nous dire précisément :

> Quelle est votre profession ou la dernière profession que vous avez exercée ? |\_\_\_\_\_

> Êtes-vous ou étiez-vous ?  
1.  Salarié(e)  
2.  Non salarié(e)

> Êtes-vous ou étiez-vous ?  
1.  Cadre  
2.  Non cadre

31. Si vous n'avez jamais travaillé, pouvez-vous dire :

> Si vous avez un(e) conjoint(e), quelle est sa profession ?

↳ |\_\_\_\_\_

> Si vous êtes élève ou étudiant(e), quelle est la profession de vos parents ?

↳ |\_\_\_\_\_

32. Quel est votre niveau d'études ?

1.  Jamais scolarisé(e)
2.  Primaire, CEP
3.  Premier cycle : 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, ou CAP, BEP
4.  Second cycle : 2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale, bac, bac technique
5.  Etudes supérieures au bac
6.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

33. Bénéficiez-vous de la Sécurité sociale ? 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

34. Êtes-vous habituellement pris(e) en charge à 100 % pour tout ou partie des soins par la Sécurité sociale ?

↳ 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

> Si oui, précisez pourquoi :

1.  Maladie de longue durée (ALD), précisez laquelle : |\_\_\_\_\_

2.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

35. Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale Gratuite (AMG) ou d'une carte Paris santé ?

↳ 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

## **3.2 Documents adressés aux différents intervenants dans le cadre du traceur IRM du genou**

---



### **3.2.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs**

---



**PREMIER COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS « COORDINATEURS »  
POUR ANNONCER L'ENQUETE**

Paris, le 26 août 1999

Cher Confrère,

Engager une réflexion renouvelée sur l'offre de soins en Ile de France, voilà l'objectif de l'enquête à laquelle nous vous proposons de collaborer.

Quelle est la trajectoire de soins suivie par un patient francilien depuis le diagnostic d'une pathologie par le médecin traitant et la prescription d'un examen corollaire par ce même médecin ou par un spécialiste, à la réalisation de cet examen dans l'un de vos plateaux techniques ? Quels sont les modalités de leur parcours vers vos établissements de santé ?

Répondre à ces questions est essentiel pour vous permettre de mieux comprendre la géographie sanitaire francilienne, pour connaître les motivations des patients, afin de garantir à chacun des soins adaptés.

C'est dans cette perspective que l'Union Régionale des médecins libéraux a confié à ses propres services en relation avec le CREDES une étude régionale sur ce thème. Cette étude sera menée sur quelques actes significatifs de chirurgie, d'endoscopie et d'IRM.

Chaque personne qui se rend dans un établissement de santé pour des soins nécessitant un de ces actes techniques, chaque médecin qui réalise ces actes, chaque structure hospitalière qu'elle soit publique ou privée est concernée par l'enquête. Il est **indispensable** pour garantir la qualité des résultats que le maximum d'entre vous participent à ce travail.

La collecte des informations s'effectuera le mois prochain, plus précisément à partir du 21 septembre et durera un mois. En outre, une lettre vous invitant à confirmer votre participation vous sera adressée le 9 septembre. Celle-ci explicitera la mission qui sera la vôtre.

Dans l'espoir de votre contribution à cette enquête d'envergure régionale qui nous mobilise aujourd'hui, je vous prie de croire, cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Bruno SILBERMAN  
Président de la Section des Spécialistes  
de l'URML-idf

**LETTRÉ ADRESSÉE AUX MÉDECINS « COORDINATEURS » AVEC LES DOCUMENTS D'ENQUÊTE**

Cher Confrère,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête que nous lançons sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Conformément aux indications que vous avez fournies à l'enquêteur d'ISL, l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique**.

Vous trouverez ci-joint l'ensemble du matériel nécessaire à la bonne réalisation de cette étude sur votre site. Comme vous le savez déjà votre rôle va consister :

à remettre ce matériel à l'ensemble des médecins que vous nous avez signalés comme étant susceptibles de participer,

à nous renvoyer les dossiers d'enquête ouverts par ces médecins, en deux étapes : un premier envoi à mi-parcours, c'est-à-dire le **[date mi]** et un deuxième à la fin de la période d'enquête.

Vous aurez également à remplir deux questionnaires spécifiques très brefs, l'un en début d'enquête et l'autre à la fin.

L'ensemble de cette procédure est détaillée dans la fiche cartonnée grise ci-jointe (guide médecin coordinateur). Si vous rencontrez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Nous nous permettons d'insister sur deux points importants :

d'une part, lors de chacun des deux envois, il est fondamental que vous fassiez votre possible pour nous adresser **tous** les dossiers d'enquête qui ont été ouverts par vos confrères, que le patient ait finalement été inclus ou non ;

d'autre part, nous comptons sur vous pour respecter dans la mesure du possible les dates de chacun de ces envois, qui ont été définies avec vous.

En vous remerciant une fois de plus pour l'aide que vous nous apportez, nous formons des vœux pour que cette enquête reçoive un accueil favorable sur votre site. Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

**LETTRE CONTENUE DANS L'ENVOI DES DOCUMENTS AUX MEDECINS « COORDINATEURS »**

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint, comme nous vous l'avons annoncé dans notre précédent courrier, les documents nécessaires à la bonne réalisation de l'enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Nous vous rappelons que l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique**.

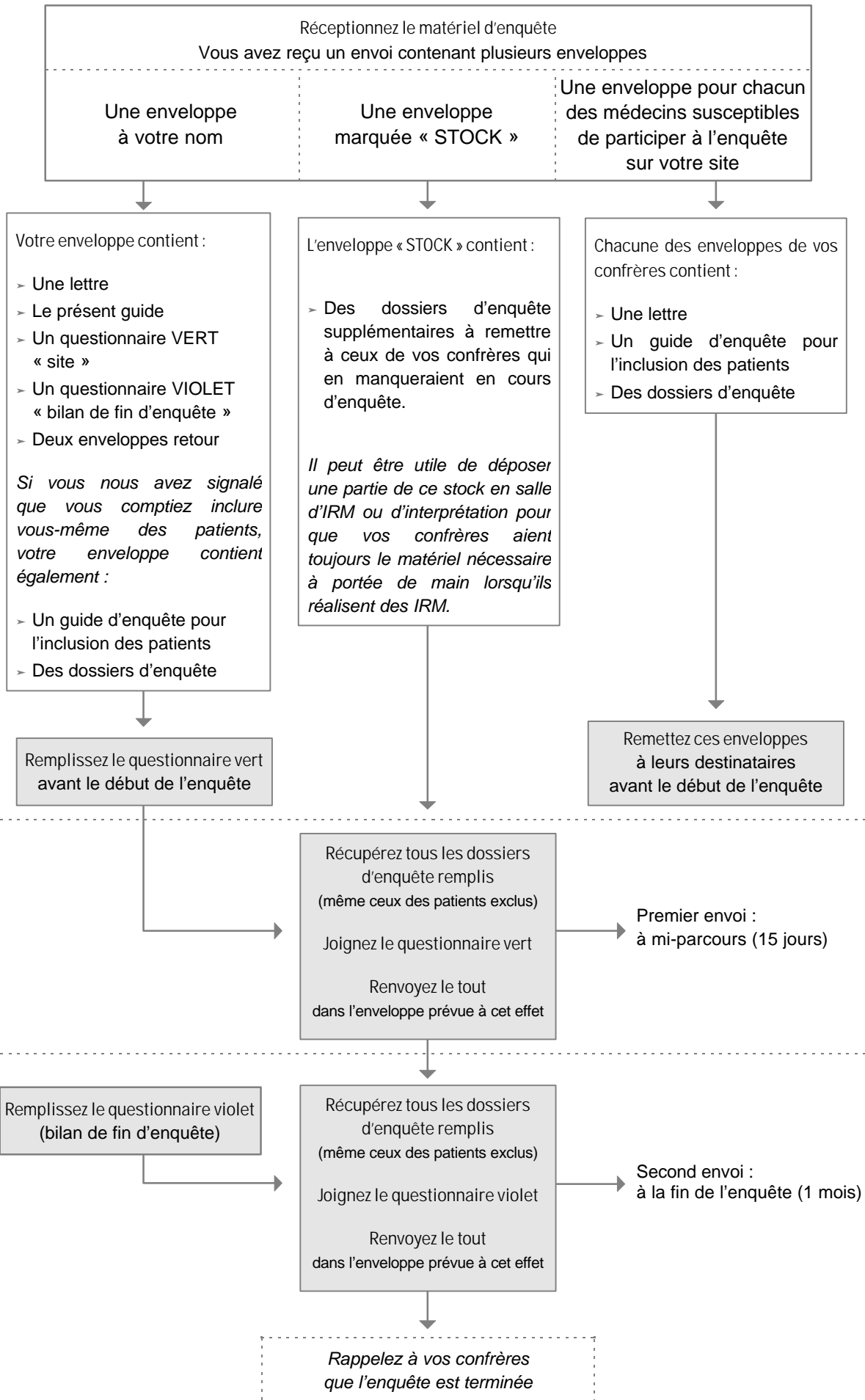
Tous les détails concernant la procédure d'enquête figurent dans la fiche cartonnée ci-jointe. Toutefois, si vous rencontriez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Comptant vivement sur votre participation, indispensable pour obtenir une bonne représentation de la profession, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

Guide destiné au médecin coordinateur  
IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique



Avant le début de l'enquête

Le 15<sup>e</sup> jour de l'enquête

Le 30<sup>e</sup> jour de l'enquête

| 3 | | 1 | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

## IRM du genou

Ce questionnaire doit être rempli, sous la responsabilité du médecin chef de service ou du médecin chargé de la coordination de l'enquête sur le site.

## LE SITE D'IRM

1. Le site d'IRM est :

1.  Un cabinet libéral de ville
2.  Un cabinet libéral attenant à une structure hospitalière
3.  Un service situé dans un établissement hospitalier

→ Si vous avez coché l'une de ces deux cases, précisez si la structure hospitalière est un établissement :

1.  Public :
- > 1.  CHU
  - > 2.  CHR
  - > 3.  CH
  - > 4.  Autre, précisez : | \_\_\_\_\_ |
2.  Privé à but non lucratif :
- > 1.  Participant au service public hospitalier
  - > 2.  N'y participant pas
3.  Privé à but lucratif
4.  Autre, précisez : > | \_\_\_\_\_ |

2. Le site a-t-il passé une convention d'utilisation entre le public et le privé ? 1.  Oui 2.  Non

3. Le site est-il un G.I.E. public-privé ? 1.  Oui 2.  Non

4. Commune d'implantation du site : | \_\_\_\_\_ |  
(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRÉCISEZ L'ARRONDISSEMENT)

5. Code postal : | \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ |  
Réservé au chiffrement

6. Accessibilité du site :

- > Nombre de lignes de bus à moins de 300 m | \_\_\_\_ |
- > Nombre de lignes de métro à moins de 300 m | \_\_\_\_ |
- > Nombre de lignes de RER à moins de 300 m | \_\_\_\_ |
- > Autre, précisez : | \_\_\_\_\_ |

7. Quelle est la durée d'ouverture hebdomadaire du site d'IRM (gardes non comprises) ? | \_\_\_\_\_ | heures

8. Le site participe-t-il :

- > A des gardes de nuit ? 1.  Oui 2.  Non
- > A des gardes de week-end ou de jours fériés ? 1.  Oui 2.  Non

9. Combien de radiologues utilisent l'IRM (quel que soit le nombre d'heures qu'ils y passent, même une heure par mois) ?

|\_|\_|

10. Pratique-t-on également dans ce site :

- > Des examens tomodensitométriques ? 1.  Oui 2.  Non
- > Des examens de radiologie conventionnelle ? 1.  Oui 2.  Non
- > Des examens d'échographie ? 1.  Oui 2.  Non
- > Des examens d'écho-doppler ? 1.  Oui 2.  Non
- > Des examens d'imagerie vasculaire numérisée ? 1.  Oui 2.  Non

> D'autres examens spécialisés d'imagerie médicale, précisez : |\_\_\_\_\_

|\_\_\_\_\_

11. Le site ou l'établissement qui abrite l'IRM dispose-t-il de matériel de réanimation à proximité de la salle d'IRM ?

↳ 1.  Oui 2.  Non

12. Existe-t-il dans le site des protocoles écrits décrivant les séquences à effectuer pour une IRM en cas d'impotence fonctionnelle post-traumatique du genou

1.  Oui 2.  Non 3.  Sans objet

### L'APPAREIL D'IRM

13. Quelle est l'année d'installation de l'appareil d'IRM ? 19 |\_|\_|

14. Quelle est l'intensité du champ magnétique de l'appareil ? (en Teslas) |\_\_\_\_\_|

15. L'appareil a-t-il bénéficié d'un upgrade ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui :**

> Quelle est l'année du dernier upgrade de l'appareil ? 19 |\_|\_|

> Quelle est la valeur de cet upgrade ? (en pourcentage de la valeur du prix d'achat de l'appareil)

↳ |\_\_\_\_\_| %

16. L'appareil d'IRM est-il équipé d'antennes dédiées au genou ? 1.  Oui 2.  Non

## Bilan de fin d'enquête

IRM du genou  
pour impotence fonctionnelle post-traumatique

| 3 || 5 || \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |

N° de dossier

1. Combien de médecins avez-vous initialement désigné comme susceptibles de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

2. Combien de médecins ont accepté de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

**Parmi ceux-ci :**

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **tous** les patients concernés durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **seulement une partie** des patients concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert **aucun dossier d'enquête** bien qu'ils aient examiné des patients potentiellement concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert aucun dossier d'enquête parce qu'ils n'ont reçu aucun patient concerné durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_



### **3.2.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte**

---



## LETTRE ADRESSEE AUX MEDECINS REALISANT L'ACTE

Cher Confrère,

Ainsi que vous l'avez peut-être lu dans la presse, les médecins d'Île-de-France lancent sous l'égide de l'URML (Union Régionale des médecins Libéraux) et avec l'aide du CREDES, une enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques.

Il ne s'agit pas d'une N<sup>ième</sup> enquête administrative, mais bien d'une démarche professionnelle, associant des praticiens de tous statuts dans un même effort de recherche centré sur le patient. L'objectif de ce travail, très novateur, est de mieux comprendre la manière dont les patients s'orientent dans le système de soins, à partir de l'observation de quelques actes précis qui mettent en jeu des plateaux techniques d'imagerie, d'endoscopie et de chirurgie.

La force de cette enquête repose sur sa capacité à prendre en compte l'ensemble des situations possibles, quel que soit le mode d'exercice : secteur privé ou secteur public, installation au cœur de Paris ou aux limites de la région. C'est pourquoi votre participation est particulièrement importante pour nous.

Pour votre spécialité, l'enquête concerne **tous les patients qui auront une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique** dans votre service ou votre unité, entre le **[Date\_Debut]** et le **[Date\_Fin]**. Cette période d'observation a été fixée d'un commun accord avec le **[Titre\_Correspondant]** **[Nom\_Correspondant]**, qui a aimablement accepté d'assurer la coordination de l'étude sur votre site d'exercice.

Si, comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à ce travail de recherche, votre rôle consistera à remplir un bref questionnaire pour chaque patient pour qui vous réaliserez une IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique durant la période d'observation, si bien sûr le patient donne son accord. Vous devrez également remettre au patient les documents qui lui sont destinés, et qu'il renverra ultérieurement par voie postale.

Le **[Titre\_Correspondant]** **[Nom\_Correspondant]** vous remettra avant le début de cette période le guide d'inclusion des patients et les questionnaires qui vous permettront de participer à ce travail. Le nombre de patients potentiellement concernés pour chaque praticien est réduit : la charge de travail sera donc limitée. En revanche, la participation de tous est essentielle pour que l'étude reflète fidèlement les trajectoires des patients.

Bien entendu, le traitement de cette étude sera totalement anonyme et aucune identification des patients ni des services ne sera possible. Cet anonymat est garanti par la procédure d'enquête qui a reçu l'aval de la CNIL. La plaquette ci-jointe vous présente de manière plus détaillée la méthodologie de cette enquête ; vous y trouverez également les coordonnées des membres de notre équipe qui se tiennent à votre disposition si vous désirez de plus amples renseignements.

Comptant vivement sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

## IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique

### Étape 1 : critères médicaux de l'enquête

1. Le patient bénéficie d'une **IRM du genou** ou des deux genoux.
2. Le patient a **plus de 15 ans et moins de 50 ans**.
3. L'indication principale de cet acte est 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) membres(s) atteints(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 et/ou douleurs,
4. Les troubles doivent être survenus au décours d'un **traumatisme datant de moins de 3 mois et de plus de 15 jours**, à la date de réalisation de l'IRM.

OUI  
pour ces 4 critères

Le patient est concerné  
par l'étude

Dans tous les cas, il faut  
ouvrir un dossier d'enquête

NON  
pour au moins 1 de ces critères

Le patient n'est pas concerné  
par l'étude

STOP !

Étape 2 : Motif d'admission  
Au départ, le patient est-il arrivé dans l'établissement  
pour cette IRM du ou des genoux ?

Oui

Étape 3 : Informer le patient  
Le patient est-il en mesure d'entendre quelques  
explications simples sur l'enquête et de donner son  
consentement ?

Oui

Étape 4 : Consentement du patient  
Le patient est-il d'accord pour participer à l'enquête (la  
signature de la fiche de consentement est **impérative**) ?

Oui

Patient inclus

Si le patient est inclus

1. **Lui faire signer le consentement écrit** (feuille jaune) et le remettre dans la pochette.
2. **Lui remettre le questionnaire « patient »** (rose) et son enveloppe de retour.
3. **Cocher la case « patient inclus » sur la pochette, puis compléter sur cette pochette** les coordonnées du patient et celles du médecin adresseur.  
**NB** : Le médecin adresseur est le confrère qui vous a adressé le patient ; s'il n'y en a pas, noter « aucun » au niveau du nom de ce médecin.
4. **Remplir le questionnaire « acte »** (bleu) et le remettre dans la pochette.

NON  
(Patient venu pour une autre raison)

NON  
(Patient comateux par exemple)

NON  
(Refus de participer)

Patient exclus

Sur le dossier d'enquête, cocher la case correspondante, compléter année de naissance, sexe et département du domicile du patient. Ne rien remplir d'autre (aucun questionnaire).

Que faire ensuite des pochettes ?

Que le patient soit inclus ou exclus, remettre les pochettes et leur contenu dès que possible au médecin chargé de la coordination de l'enquête, sur le site.  
Ce médecin adressera les pochettes à la société d'enquête ISL en deux envois : l'un après 15 jours d'observation, l'autre à la fin du mois d'observation.

Devant de la pochette contenant les documents d'enquête

Enquête sur l'accès aux plateaux techniques des patients franciliens

UP Île-de-France + + + CREDES

IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique

Date d'ouverture du dossier (jour/mois) : |\_\_|/|\_\_|/1999 N° DE DOSSIER : |3| |0| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Cocher obligatoirement une et une seule des quatre cases ci-dessous

Patient venu dans l'établissement pour cette IRM et ayant donné son consentement écrit pour participer à l'étude. <input type="checkbox"/>	Patient refusant de participer à l'étude. <input type="checkbox"/>	Patient n'étant pas en mesure de donner son consentement (coma, ...). <input type="checkbox"/>	Patient initialement venu dans l'établissement pour une <u>autre raison</u> que cette IRM. <input type="checkbox"/>
<b>PATIENT INCLUS</b>	<b>PATIENT EXCLU</b>		

Année de naissance du patient : 19 |\_\_| |\_\_|  
 Sexe du patient :  Masculin  Féminin  
 Département de domicile du patient : |\_\_\_\_\_|

Ne recueillir aucune autre information et remettre ce dossier au médecin chargé de la coordination de l'étude sur votre site, qui le renverra à la société d'enquête I.S.L.

**COORDONNÉES DU PATIENT :**

Nom du patient : |\_\_\_\_\_| Prénom : |\_\_\_\_\_|  
 Date de naissance : |\_\_|/|\_\_| 19 |\_\_| |\_\_| Sexe :  Masculin  Féminin  
**Adresse complète du domicile du patient** (sauf pour les patients vivant à l'étranger pour lesquels, il suffit de noter le pays de résidence) :  
 Numéro : |\_\_| |\_\_| |\_\_| Rue (ou avenue, lieudit, etc.) : |\_\_\_\_\_|  
 Code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| Commune : |\_\_\_\_\_|  
 N° de téléphone : |\_\_\_\_\_| Pays de résidence : |\_\_\_\_\_|

**COORDONNÉES DU MEDECIN ADRESSEUR :**

Nom du médecin adresseur : |\_\_\_\_\_| Prénom : |\_\_\_\_\_|  
**Adresse complète du médecin adresseur** (sauf pour les médecins exerçant à l'étranger pour lesquels, il suffit de noter le pays de résidence) :  
 Numéro : |\_\_| |\_\_| |\_\_| Rue (ou avenue, lieudit, etc.) : |\_\_\_\_\_|  
 Code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| Commune : |\_\_\_\_\_|  
 N° de téléphone : |\_\_\_\_\_| Pays de résidence : |\_\_\_\_\_|

1. Remettre dans cette pochette la fiche de consentement (jaune) signée par le patient.
2. Remplir le questionnaire « acte » (bleu) puis le remettre dans cette pochette.
3. Si possible, donner au patient le questionnaire « patient » (rose) et l'enveloppe T ; si cela s'avère impossible, laisser le questionnaire « patient » et l'enveloppe T dans cette pochette.
4. Si le patient est étranger et ne parle pas suffisamment le français, remplir le questionnaire « acte » (bleu) mais ne pas lui remettre le questionnaire « patient » (rose). Dans ce cas, mettre un croix dans la case de droite. Case à cocher :

Les données nominatives figurant sur cette pochette seront utilisées exclusivement par la société d'enquête, pour joindre le médecin adresseur et éventuellement le patient. Elles seront détruites immédiatement à l'issue de l'enquête.

\_\_|6|

N° de dossier

|\_\_\_\_\_|

## Fiche de consentement

Je soussigné(e)

> **NOM**

> **Prénom**

>       |\_|\_|  |\_|\_|  |\_|\_|

**Déclare avoir pris connaissance des modalités de l'enquête « analyse des circuits de soins suivis Île-de-France »** l'URML d'Île-de-France et le C \_\_\_\_\_, et dont la réalisation pratique a été confiée à la société I.S.L. ;

**Accepte de participer à cette enquête ;**

**Autorise les médecins sollicités par la société I.S.L. dans le cadre de cette enquête, à fournir des informations médicales me concernant** uniquement statistiques, de manière anonyme.

Conformément à la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je de la société ISL, durant la période où ces informations seront gardées sous forme nominative. I.S.L. : 6 rue du

Fait à : |\_\_\_\_\_|

|\_|\_|  |\_|\_|

Signature :



6. *d'IRM, d'où venait le patient*

Ce patient était hospitalisé dans l'établissement

↳ Précisez la spécialité du service : |\_\_\_\_\_|

3.  Ce patient était hospitalisé dans un autre établissement d'où il a été transféré. Précisez :

↳ Le nom de l'établissement :

|\_\_\_\_\_|

↳ La spécialité du service :

|\_\_\_\_\_|

↳ La commune où se trouve cet établissement :

|\_\_\_\_\_|

(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRÉCISEZ L'ARRONDISSEMENT)

↳ Code postal : |\_\_\_\_\_|

4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|  
Réservé au chiffrement

7. Comment le patient est-il arrivé à l'IRM ?

1.  Le patient a été transporté par un service d'urgence (SMUR, SAMU, pompiers...)

2.  Le patient est venu en ambulance traditionnelle ou en véhicule sanitaire léger

3.  Le patient est venu par ses propres moyens

4.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_|

8. L'IRM de ce patient était-elle programmée ?

1.  Oui 2.  Non

## LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU PATIENT

9. Le patient a-t-il eu une intervention chirurgicale sur le genou atteint ? 1.  Oui 2.  Non

> Si oui, précisez en clair le nom de cette intervention : |\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

10. Le patient est-il capable de prendre appui sur la jambe atteinte ? 1.  Oui 2.  Non

11. Peut-il marcher ? 1.  Oui 2.  Non

12. Avant la constitution de l'impotence, le patient avait-il une activité sportive

de haut niveau sollicitant les membres inférieurs ?

1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

13. L'impotence fonctionnelle constitue-t-elle, selon vous, pour l'activité professionnelle de ce patient :

1.  Une gêne minime

2.  Une gêne importante

3.  Une impossibilité de travailler

4.  Sans objet : le patient n'a pas d'activité professionnelle

## LES EXAMENS ET CONSULTATIONS PREALABLES A L'IRM

14. Avant l'IRM, vous avait-on fourni les informations suivantes ? (cochez les cases correspondantes)

- > Bilan clinique ostéoarticulaire 1.  Oui 2.  Non
- > Antécédents du patient 1.  Oui 2.  Non
- > Hypothèses diagnostiques 1.  Oui 2.  Non
- > Traitements en cours 1.  Oui 2.  Non
- > Résultats de clichés standards du genou, effectués dans le cadre du problème actuel 1.  Oui 2.  Non
- > Résultats de clichés standards du genou, effectués antérieurement au problème actuel 1.  Oui 2.  Non
- > Résultats d'arthrographie, réalisée dans le cadre du problème actuel 1.  Oui 2.  Non

15. Avant que vous ne pratiquiez l'IRM, le patient a-t-il bénéficié de consultations auprès de médecins des spécialités suivantes ?

- > Rhumatologue 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas
- > Orthopédiste 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas
- > Médecin du sport 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

## LE DEROULEMENT DE L'IRM

16. Avant l'IRM, avez-vous personnellement expliqué au patient le déroulement de l'examen ?

↳ 1.  Oui 2.  Non

17. Quelles séquences ont été réalisées au cours de l'acte ? | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_ |

18. Avez-vous d'autres observations à effectuer sur le déroulement de cette IRM ? | \_\_\_\_\_

| \_\_\_\_\_ |

## LES SUITES DE L'IRM

19. À la suite de l'IRM, le patient est-il rentré à son domicile ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, lui avez-vous demandé :

> De revoir le médecin qui vous l'avait adressé ? 1.  Oui 2.  Non

> De consulter un spécialiste ? 1.  Oui 2.  Non

↳ **Dans ce cas**, précisez sa spécialité : | \_\_\_\_\_ |

> Autre : 1.  Oui 2.  Non

↳ Précisez : | \_\_\_\_\_ |

> **Si non, où le patient a-t-il été hospitalisé à la suite de l'IRM ?**

1.  Retour dans le service ou l'unité d'hospitalisation (pour les patients déjà hospitalisés)
2.  Admission ou transfert en rhumatologie
3.  Admission ou transfert en orthopédie
4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

20. A la suite de l'IRM :

- > Avez-vous informé le patient des résultats de l'examen ? 1.  Oui 2.  Non
- > Avez-vous évoqué avec lui une ou plusieurs possibilités diagnostiques ? 1.  Oui 2.  Non
- > Avez-vous informé le patient des modalités thérapeutiques envisageables ? 1.  Oui 2.  Non

21. Le résultat de l'IRM était-il ?

1.  Certainement pathologique
2.  Probablement pathologique
3.  Probablement normal
4.  Certainement normal

## VOS PROPRES CARACTERISTIQUES

Nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes sur chaque questionnaire que vous remplirez : cette redondance, qui nous évite de recueillir votre nom, est une garantie supplémentaire d'anonymat.

22. Êtes-vous ? 1.  Un homme 2.  Une femme

23. Quelle est votre année de naissance ? 19 \_\_\_\_

24. Quel est ou quels sont votre (vos) mode(s) d'exercice ?

1.  Exercice libéral
- 1.  En cabinet de ville, sans associé
  - 2.  En cabinet de ville, en association avec d'autres praticiens
  - 3.  En clinique
  - 4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

2.  Exercice salarié

- 1.  Dans un établissement public
  - 1.  Praticien hospitalier
  - 2.  C.C.A.
  - 3.  Attaché ou vacataire
  - 4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
- 2.  Dans un établissement privé (dispensaire, maison de retraite, etc.)

25. Si vous exercez en secteur libéral, à quel secteur conventionnel appartenez-vous ?

1.  Secteur I
2.  Secteur II
3.  Conventionné avec droit à dépassement permanent
4.  Hors convention

### **3.2.3 Documents destinés aux patients**

---



## LETTRÉ DESTINÉE AUX PATIENTS

Paris, le 21 septembre 1999

Madame, Monsieur,

L'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de France (URML) et le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) réalisent actuellement un travail de recherche sur l'accès aux soins en région parisienne. Pour cela, une vaste enquête est en cours, dont l'organisation a été confiée à l'Institut de Sondage Laviaille (I.S.L.), sous la responsabilité de nos deux organismes et sous le contrôle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous vous sollicitons pour participer à cette enquête, parce que vous venez de bénéficier d'une IRM, qui est l'un des actes auxquels nous nous intéressons particulièrement. En acceptant de remplir nos questionnaires, vous nous permettez d'une part, de comprendre les raisons qui vous ont conduit(e) à choisir l'établissement où s'est déroulé cet examen, et d'autre part, de savoir si vous êtes satisfait(e) de la manière dont vous avez été pris(e) en charge (délais, accueil...).

Trois étapes

- 1) Le médecin qui a réalisé votre IRM remplira un questionnaire concernant le déroulement de votre examen ;
- 2) il vous remettra un questionnaire, que nous vous demandons de remplir dans les prochains jours et de le renvoyer à la société I.S.L., à l'aide de l'enveloppe T prévue à cet effet ;
- 3) S'il y a lieu, la société I.S.L. contactera dans quelques temps par téléphone le médecin qui vous a conseillé de faire cet IRM, afin de lui demander les raisons qui l'ont conduit à vous donner ce conseil.

### SECRET MÉDICAL ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements que nous recueillons pour cette étude, auprès de vous ou de votre médecin, seront traités uniquement à des fins statistiques et de manière strictement anonyme. Les informations nominatives (telle que vos noms et adresses), dont nous avons besoin pour conduire l'enquête, ne seront connus que par la société I.S.L., qui s'est engagée à les détruire immédiatement après l'enquête et à ne pas les communiquer à d'autres personnes. *La loi de n°7817 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit peut être exercé pendant le délai où ces informations seront gardées sous forme nominative par la société d'enquête I.S.L.*

Votre participation à cette recherche est extrêmement précieuse . En nous aidant à mieux comprendre :

- comment vous avez accédé à cet examen ;
- quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer sur votre parcours ;

vous apporterez une contribution décisive à l'amélioration de l'accès aux soins dans votre région.

Si comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à l'enquête, votre accord écrit est indispensable. C'est pourquoi, nous vous demandons de remplir la fiche de consentement qui accompagne cette lettre et de la remettre au médecin avant de quitter l'établissement.

Comptant sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur l'expression de notre considération distinguée.

Dr Bruno SILBERMAN  
Président de la Section des spécialistes  
URML Ile-de France

Dr Philippe Le Fur  
Directeur de recherche au CREDES



## IRM du genou

Vous venez de bénéficier d'une IRM. Notre enquête a pour but d'observer dans quelles conditions vous avez eu accès à cet examen et si vous êtes satisfait(e) de la manière dont vous avez été pris(e) en charge par les différents médecins que vous avez rencontrés .

**Si, pour une raison ou pour une autre, la personne qui a bénéficié de cet examen n'est pas en mesure de répondre au questionnaire, nous demandons à une personne de son entourage de bien vouloir l'aider à le remplir.**

1. Date de remplissage du questionnaire : |\_\_| |\_\_| / |\_\_| |\_\_| 1999

2. Année de naissance : 19 |\_\_| |\_\_| jour mois

3. Sexe : 1.  Masculin 2.  Féminin

4. Commune de résidence : \_\_\_\_\_  
(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRECISEZ L'ARRONDISSEMENT)

5. Code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

Réservé au chiffrage  
|\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

### LE DEPLACEMENT POUR REJOINDRE L'ÉTABLISSEMENT OU VOUS AVEZ PASSÉ L'IRM

6. D'où êtes-vous parti(e) pour rejoindre l'établissement où vous avez passé l'IRM ?

1.  De mon domicile
2.  De mon lieu de travail
3.  Du domicile d'amis ou de membres de ma famille
4.  D'un autre établissement où j'étais hospitalisé(e)
5.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

7. Indiquez la commune et le code postal du lieu de votre départ :

> Nom de la commune : \_\_\_\_\_ Code postal : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|  
(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRECISEZ L'ARRONDISSEMENT)

Réservé au chiffrage  
|\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

8. Quel mode de transport avez-vous utilisé pour vous rendre sur les lieux de l'examen ?

1.  Véhicule d'un service d'urgence (SAMU, SMUR, pompiers...)
2.  Ambulance traditionnelle ou véhicule sanitaire léger
3.  Véhicule personnel
4.  Taxi
5.  Transport en commun
6.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

9. Quelle a été approximativement la durée du transport (en minutes) ? \_\_\_\_\_ minutes

### LES EVENEMENTS QUI VOUS ONT CONDUIT(E) A FAIRE UNE IRM

10. Vous avez eu votre IRM du genou à la suite d'un accident. Pouvez-vous indiquer à quelle date vous avez eu cet accident ? \_\_\_\_\_

(Donnez une date aussi précise que possible, par exemple : « 5 juillet 1999 » ou si vous ne vous souvenez pas précisément, « première semaine de juillet 99 », ou encore « début juillet 99 »)

11. Aviez-vous, avant l'accident, une activité sportive de haut niveau sollicitant vos jambes ? 1.  Oui 2.  Non

La participation à cette enquête n'a pas de caractère obligatoire. Les informations que vous voudrez bien nous fournir sont recueillies par la société I.S.L. pour le compte de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France et du CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé). La loi n° 78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut-être exercé auprès de I.S.L. - 6 rue du 4 Septembre - 92130 Issy-les-Moulineaux, durant la période où les données existent sous forme nominative.



21. Avez-vous choisi le radiologue qui a réalisé votre IRM ?

1.  **Oui - Dans ce cas, pourquoi avez-vous choisi ce radiologue précisément ?**

1.  Parce que le médecin qui m'a prescrit l'IRM m'a conseillé ce radiologue en particulier  
2.  Parce que le radiologue qui a réalisé l'IRM m'avait déjà examiné(e)  
3.  Parce qu'il m'a été conseillé par des membres de ma famille ou des amis  
4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

2.  **Non - Dans ce cas, pourquoi êtes-vous allé(e) dans cet établissement ?**

1.  Parce que j'y ai été conduit(e) par un service d'urgence (SAMU, SMUR, pompiers...)  
2.  Parce que le médecin qui m'a prescrit l'IRM m'a conseillé cet établissement  
3.  Parce qu'il a une bonne réputation ou qu'il m'a été conseillé par mon entourage  
4.  Parce que cet établissement est proche ou facile d'accès  
5.  Parce que j'ai pu obtenir un rendez-vous rapidement  
6.  Parce que j'y ai déjà été soigné ou que j'y suis suivi(e)  
7.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

22. Si vous avez plus ou moins participé au choix de l'établissement où vous avez eu votre IRM,

votre choix a-t-il été influencé par le statut public ou privé de cet établissement ?

1.  Oui 2.  Non

➤ **Si oui, quelle(s) a (ont) été votre (vos) principale(s) motivation(s) pour choisir l'un plutôt que l'autre ?**

1.  La qualité des soins  
2.  La rapidité des rendez-vous  
3.  L'accueil et le confort  
4.  Des raisons financières  
5.  La personnalisation de la relation médecin/malade  
6.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## LE DEROULEMENT DE VOTRE IRM

23. Avant votre IRM :

➤ Une personne du service d'IRM vous a-t-elle expliqué le déroulement de l'examen ? 1.  Oui 2.  Non  
**Si oui, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'elle disait ?** 1.  Oui 2.  Non

24. Après votre IRM :

➤ Le radiologue vous a-t-il donné des informations sur son résultat ? 1.  Oui 2.  Non  
**Si oui, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ?** 1.  Oui 2.  Non

25. Qu'avez-vous pensé de l'accueil que vous ont réservé le personnel administratif, le personnel soignant et le radiologue ? (cochez la case correspondante)

1.  Très satisfaisant 2.  Satisfaisant 3.  Peu satisfaisant 4.  Médiocre

26. Avez-vous eu l'impression que le radiologue qui a réalisé l'IRM et ses assistants faisaient le maximum pour soulager votre douleur ou diminuer votre inconfort pendant l'examen ?

1.  Oui 2.  Non

27. Si vous deviez à nouveau subir un examen, reviendriez-vous dans cet établissement ?

1.  Oui 2.  Non

28. Recommanderiez-vous cet établissement à un ami ?

1.  Oui 2.  Non

29. Avez-vous d'autres observations quant au déroulement de cette IRM ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LES SUITES DE VOTRE IRM

30. Après avoir réalisé l'IRM, le radiologue vous a-t-il prescrit :

- > D'autres examens d'imagerie (radio, scanner...) ? 1.  Oui 2.  Non

> Si oui, lesquels ? |\_\_\_\_\_

> Autre chose ? Précisez : |\_\_\_\_\_

31. Le radiologue vous a-t-il demandé :

- > De revoir le médecin qui vous avait prescrit l'IRM ? 1.  Oui 2.  Non

- > De voir un autre médecin ? 1.  Oui 2.  Non

> Si oui, précisez sa spécialité : |\_\_\_\_\_

VOS CARACTERISTIQUES SOCIALES

L'état de santé et le recours aux soins pouvant être liés à certaines caractéristiques sociales, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions qui suivent.

32. Vous êtes :

1.  Actif(ve)

4.  Femme au foyer

2.  Chômeur(euse)

5.  Etudiant(e), élève, militaire du contingent

3.  Retraité(e) ou retiré(e) des affaires

6.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

33. Si vous travaillez ou si vous avez déjà travaillé, pouvez-vous nous dire précisément :

> Quelle est votre profession ou la dernière profession que vous avez exercée ? |\_\_\_\_\_

> Êtes-vous ou étiez-vous ? 1.  Salarié(e) 2.  Non salarié(e)

> Êtes-vous ou étiez-vous ? 1.  Cadre 2.  Non cadre

34. Si vous n'avez jamais travaillé, pouvez-vous dire :

> Si vous avez un(e) conjoint(e), quelle est sa profession ?

> |\_\_\_\_\_

> Si vous êtes élève ou étudiant(e), quelle est la profession de vos parents ?

> |\_\_\_\_\_

35. Quel est votre niveau d'études ?

1.  Jamais scolarisé(e)

4.  Second cycle : 2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale, bac, bac technique

2.  Primaire, CEP

5.  Etudes supérieures au bac

3.  Premier cycle : 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, ou CAP, BEP

6.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

36. Bénéficiez-vous de la Sécurité sociale ?

1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

37. Êtes-vous pris(e) habituellement en charge à 100 % pour tout ou partie des soins par la Sécurité sociale ?

- ➔ 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

> Si oui, précisez pourquoi :

1.  Maladie de longue durée (ALD), précisez laquelle : |\_\_\_\_\_

2.  Accident du travail

3.  Autre, précisez : |\_\_\_\_\_

38. Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale Gratuite (AMG) ou d'une carte Paris santé ?

- ➔ 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

39. Disposez-vous d'une couverture complémentaire maladie (mutuelle, prévoyance ou assurance santé) ?

- ➔ 1.  Oui 2.  Non 3.  Ne sait pas

### **3.3 Documents adressés aux différents intervenants dans le traceur cholécystectomie**

---



### **3.3.1 Documents destinés aux médecins coordinateurs**

---



**PREMIER COURRIER ADRESSE AUX MEDECINS « COORDINATEURS »  
POUR ANNONCER L'ENQUETE**

Paris, le 26 août 1999

Cher Confrère,

Engager une réflexion renouvelée sur l'offre de soins en Ile de France, voilà l'objectif de l'enquête à laquelle nous vous proposons de collaborer.

Quelle est la trajectoire de soins suivie par un patient francilien depuis le diagnostic d'une pathologie par le médecin traitant et la prescription d'un examen corollaire par ce même médecin ou par un spécialiste, à la réalisation de cet examen dans l'un de vos plateaux techniques ? Quels sont les modalités de leur parcours vers vos établissements de santé ?

Répondre à ces questions est essentiel pour vous permettre de mieux comprendre la géographie sanitaire francilienne, pour connaître les motivations des patients, afin de garantir à chacun des soins adaptés.

C'est dans cette perspective que l'Union Régionale des médecins libéraux a confié à ses propres services en relation avec le CREDES une étude régionale sur ce thème. Cette étude sera menée sur quelques actes significatifs de chirurgie, d'endoscopie et d'IRM.

Chaque personne qui se rend dans un établissement de santé pour des soins nécessitant un de ces actes techniques, chaque médecin qui réalise ces actes, chaque structure hospitalière qu'elle soit publique ou privée est concernée par l'enquête. Il est **indispensable** pour garantir la qualité des résultats que le maximum d'entre vous participent à ce travail.

La collecte des informations s'effectuera le mois prochain, plus précisément à partir du 21 septembre et durera un mois. En outre, une lettre vous invitant à confirmer votre participation vous sera adressée le 9 septembre. Celle-ci explicitera la mission qui sera la vôtre.

Dans l'espoir de votre contribution à cette enquête d'envergure régionale qui nous mobilise aujourd'hui, je vous prie de croire, cher Confrère, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Docteur Bruno SILBERMAN  
Président de la Section des Spécialistes  
de l'URML-idf

**LETTRE ADRESSEE AUX CHIRURGIENS « COORDINATEURS »  
AVEC LES DOCUMENTS D'ENQUETE**

Cher Confrère,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'enquête que nous lançons sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Conformément aux indications que vous avez fournies à l'enquêteur d'ISL, l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **cholécystectomie pour lithiase biliaire non compliquée**.

Vous trouverez ci-joint l'ensemble du matériel nécessaire à la bonne réalisation de cette étude sur votre site. Comme vous le savez déjà votre rôle va consister :

à remettre ce matériel à l'ensemble des médecins que vous nous avez signalés comme étant susceptibles de participer,

à nous renvoyer les dossiers d'enquête ouverts par ces médecins, en deux étapes : un premier envoi à mi-parcours, c'est-à-dire le **[date mi]** et un deuxième à la fin de la période d'enquête.

Vous aurez également à remplir deux questionnaires spécifiques très brefs, l'un en début d'enquête et l'autre à la fin.

L'ensemble de cette procédure est détaillée dans la fiche cartonnée grise ci-jointe (guide médecin coordinateur). Si vous rencontrez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Nous nous permettons d'insister sur deux points importants :

d'une part, lors de chacun des deux envois, il est fondamental que vous fassiez votre possible pour nous adresser **tous** les dossiers d'enquête qui ont été ouverts par vos confrères, que le patient ait finalement été inclus ou non ;

d'autre part, nous comptons sur vous pour respecter dans la mesure du possible les dates de chacun de ces envois, qui ont été définies avec vous.

En vous remerciant une fois de plus pour l'aide que vous nous apportez, nous formons des vœux pour que cette enquête reçoive un accueil favorable sur votre site. Nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

**LETTRE CONTENUE DANS L'ENVOI DES DOCUMENTS AUX MEDECINS « COORDINATEURS »**

Cher Confrère,

Vous trouverez ci-joint, comme nous vous l'avons annoncé dans notre précédent courrier, les documents nécessaires à la bonne réalisation de l'enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques en Île-de-France.

Nous vous rappelons que l'enquête aura lieu dans votre service ou unité du **[date début]** au **[date fin]** et concernera tous les patients ayant une **cholécystectomie pour lithiase biliaire non compliquée**.

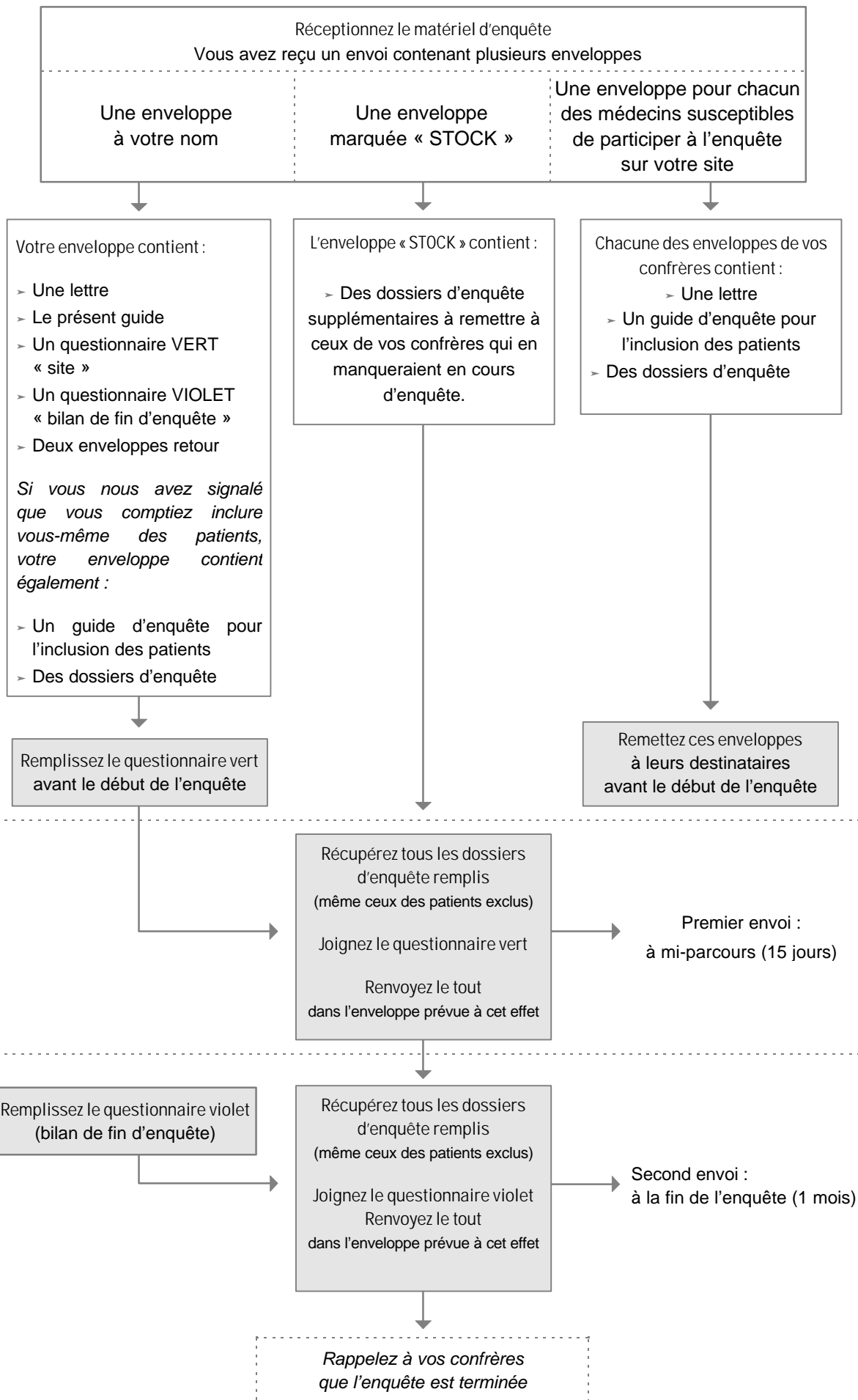
Tous les détails concernant la procédure d'enquête figurent dans la fiche cartonnée ci-jointe. Toutefois, si vous rencontriez un problème quelconque, nos services sont tout naturellement à votre entière disposition.

Comptant vivement sur votre participation, indispensable pour obtenir une bonne représentation de la profession, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments les plus confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

Guide destiné au médecin coordinateur  
**Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée**



Avant le début de l'enquête

Le 15<sup>e</sup> jour de l'enquête

Le 30<sup>e</sup> jour de l'enquête



Les questions qui suivent concernent uniquement les établissements publics ou PSPH.

8. *Votre service est-il spécialisé uniquement en chirurgie viscérale ?* 1.  Oui 2.  Non

9. *S'agit-il d'un service de chirurgie générale ?* 1.  Oui 2.  Non

10. *Quel est le nombre de lits dans le service ?* |\_\_|

11. *Personnel travaillant dans le service (précisez le nombre) :*

	Effectifs d'intervenants réels	Nombre d'équivalents temps plein
> Chirurgiens (internes non compris)	_____	_____
> Internes	_____	_____
> Infirmier(e)s	_____	_____
> Aides soignant(e)s	_____	_____

12. *Y a-t-il dans l'établissement plusieurs salles d'opération où se pratiquent des cholécystectomies ?*

→ 1.  Oui 2.  Non  
> **Si oui, combien ?** |\_\_|

**Bilan de fin d'enquête**

**Cholécystectomie  
pour lithiase vésiculaire non compliquée**

| 4 || 5 || \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
N° de dossier

1. Combien de médecins avez-vous initialement désigné comme susceptibles de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

2. Combien de médecins ont accepté de participer à l'enquête ? \_\_\_\_\_

**Parmi ceux-ci :**

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **tous** les patients concernés durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_

> Combien ont ouvert un dossier d'enquête pour **seulement une partie** des patients concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert **aucun dossier d'enquête** bien qu'ils aient opéré des patients potentiellement concernés ? \_\_\_\_\_

> Combien n'ont ouvert **aucun dossier d'enquête** parce qu'ils n'ont reçu aucun patient concerné durant le mois d'observation ? \_\_\_\_\_



### **3.3.2 Documents destinés aux médecins réalisant l'acte**

---



## LETTRÉ ADRESSÉE AUX CHIRURGIENS RÉALISANT L'INTERVENTION

Cher Confrère,

Ainsi que vous l'avez peut-être lu dans la presse, les médecins d'Île-de-France lancent sous l'égide de l'URML (Union Régionale des médecins Libéraux) et avec l'aide du CREDES, une enquête sur l'accès des patients aux plateaux techniques.

Il ne s'agit pas d'une N<sup>ième</sup> enquête administrative, mais bien d'une démarche professionnelle, associant des praticiens de tous statuts dans un même effort de recherche centré sur le patient. L'objectif de ce travail, très novateur, est de mieux comprendre la manière dont les patients s'orientent dans le système de soins, à partir de l'observation de quelques actes précis qui mettent en jeu des plateaux techniques d'imagerie, d'endoscopie et de chirurgie.

La force de cette enquête repose sur sa capacité à prendre en compte l'ensemble des situations possibles, quel que soit le mode d'exercice : secteur privé ou secteur public, installation au cœur de Paris ou aux limites de la région. C'est pourquoi votre participation est particulièrement importante pour nous.

Pour votre spécialité, l'enquête concerne **tous les patients qui auront une cholécystectomie pour lithiase biliaire non compliquée** dans votre service ou votre unité, entre le **[Date\_Debut]** et le **[Date\_Fin]**. Cette période d'observation a été fixée d'un commun accord avec le **[Titre\_Correspondant]** **[Nom\_Correspondant]**, qui a aimablement accepté d'assurer la coordination de l'étude sur votre site d'exercice.

Si, comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à ce travail de recherche, votre rôle consistera à remplir un bref questionnaire pour chaque patient pour qui vous réaliserez une cholécystectomie pour lithiase biliaire non compliquée durant la période d'observation, si bien sûr le patient donne son accord. Vous devrez également remettre au patient les documents qui lui sont destinés, et qu'il renverra ultérieurement par voie postale.

Le **[Titre\_Correspondant]** **[Nom\_Correspondant]** vous remettra avant le début de cette période le guide d'inclusion des patients et les questionnaires qui vous permettront de participer à ce travail. Le nombre de patients potentiellement concernés pour chaque praticien est réduit : la charge de travail sera donc limitée. En revanche, la participation de tous est essentielle pour que l'étude reflète fidèlement les trajectoires des patients.

Bien entendu, le traitement de cette étude sera totalement anonyme et aucune identification des patients ni des services ne sera possible. Cet anonymat est garanti par la procédure d'enquête qui a reçu l'aval de la CNIL. La plaquette ci-jointe vous présente de manière plus détaillée la méthodologie de cette enquête ; vous y trouverez également les coordonnées des membres de notre équipe qui se tiennent à votre disposition si vous désirez de plus amples renseignements.

Comptant vivement sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Cher Confrère, l'expression de nos sentiments confraternels.

Dr Bruno SILBERMAN,  
Président de la section des Spécialistes URML - IDF.

Dr Philippe LE FUR,  
Directeur de recherche CREDES.

# Guide d'enquête destiné aux médecins réalisant l'acte Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée

Seuls les patients opérés sur le site où vous avez réceptionné les dossiers sont à inclure dans l'enquête.

## Étape 1 : critères médicaux de l'enquête

1. Le patient bénéficie d'une **cholécystectomie pour lithiase vésiculaire** (quelle que soit la technique chirurgicale utilisée).
2. Le patient a **plus de 15 ans**.
3. Le patient ne présente **aucune complication de la lithiase** (ni cholécystite, ni angiocholite, ni obstruction de la voie biliaire, ni pancréatite, ni aucune autre complication locale, régionale ou générale, avérée ou simplement suspectée).

OUI  
pour ces 3 critères

Le patient est concerné  
par l'étude

Dans tous les cas, il faut  
ouvrir un dossier d'enquête

NON  
pour au moins 1 de ces critères

Le patient n'est pas concerné  
par l'étude

STOP !

Étape 2 : Motif d'admission  
Au départ, le patient est-il arrivé dans l'établissement pour  
cette cholécystectomie et/ou cette lithiase biliaire ?

NON  
(Patient venu pour une autre raison)

Oui

Étape 3 : Informer le patient  
Le patient est-il en mesure d'entendre quelques  
explications simples sur l'enquête et de donner son  
consentement ?

NON

Oui

Étape 4 : Consentement du patient  
Le patient est-il d'accord pour participer à l'enquête (la  
signature de la fiche de consentement est **impérative**) ?

NON  
(Refus de participer)

Oui

### Patient inclus

- Si le patient est inclus
1. **Lui faire signer le consentement écrit** (feuille jaune) et le remettre dans la pochette.
  2. **Lui remettre le questionnaire « patient »** (rose) et son enveloppe de retour.
  3. **Cocher la case « patient inclus » sur la pochette, puis compléter sur cette pochette** les coordonnées du patient et celles du médecin adresseur.

*NB : Le médecin adresseur est le confrère qui vous a adressé le patient ; s'il n'y en a pas, noter « aucun » au niveau du nom de ce médecin.*

4. **Remplir le questionnaire « acte »** (bleu) et le remettre dans la pochette.

### Patient exclu

Sur le dossier d'enquête, cocher la case correspondante, compléter année de naissance, sexe et département du domicile du patient. Ne rien remplir d'autre (aucun questionnaire).

### Que faire ensuite des pochettes ?

Que le patient soit inclus ou exclu, remettre les pochettes et leur contenu, dès que possible, au médecin chargé de la coordination de l'enquête sur le site.

Ce médecin adressera les pochettes à la société d'enquête ISL en deux envois : l'un après 15 jours d'observation, l'autre à la fin du mois d'observation.

## Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée

Date d'ouverture du dossier (jour/mois) : |\_\_|/|\_\_|/1999 N° DE DOSSIER : |4| |0| |\_\_\_\_\_| |\_\_\_\_\_|

Cocher obligatoirement une et une seule des quatre cases ci-dessous

Patient venu dans l'établissement pour la cholécystectomie et ayant donné son consentement écrit pour participer à l'étude. <input type="checkbox"/>	Patient refusant de participer à l'étude. <input type="checkbox"/>	Patient n'étant pas en mesure de donner son consentement. <input type="checkbox"/>	Patient initialement venu dans l'établissement pour une autre raison que la cholécystectomie. <input type="checkbox"/>
<b>PATIENT INCLUS</b>	PATIENT EXCLU		

Année de naissance du patient : 19 |\_\_| |\_\_|  
Sexe du patient :  Masculin  Féminin  
Département de domicile du patient : |\_\_\_\_\_|

Ne recueillir aucune autre information et remettre ce dossier au médecin chargé de la coordination de l'étude sur votre site, qui le renverra à la société d'enquête I.S.L.

### COORDONNEES DU PATIENT :

Nom du patient : |\_\_\_\_\_| Prénom : |\_\_\_\_\_|  
Date de naissance : |\_\_|/|\_\_| 19 |\_\_| |\_\_| Sexe :  Masculin  Féminin

**Adresse complète du domicile du patient** (sauf pour les patients vivant à l'étranger pour lesquels il suffit de noter le pays de résidence) :

Numéro : |\_\_\_\_\_| Rue (ou avenue, lieu-dit, etc.) : |\_\_\_\_\_|  
Code postal : |\_\_\_\_\_| Commune : |\_\_\_\_\_|  
N° de téléphone : |\_\_\_\_\_| Pays de résidence : |\_\_\_\_\_|

### COORDONNEES DU MEDECIN ADRESSEUR :

Nom du médecin adresseur : |\_\_\_\_\_| Prénom : |\_\_\_\_\_|

**Adresse complète du médecin adresseur** (sauf pour les médecins exerçant à l'étranger pour lesquels il suffit de noter le pays de résidence) :

Numéro : |\_\_\_\_\_| Rue (ou avenue, lieu-dit, etc.) : |\_\_\_\_\_|  
Code postal : |\_\_\_\_\_| Commune : |\_\_\_\_\_|  
N° de téléphone : |\_\_\_\_\_| Pays de résidence : |\_\_\_\_\_|

1. Remettre dans cette pochette la fiche de consentement (jaune) signée par le patient.
2. Remplir le questionnaire « acte » (bleu) puis le remettre dans cette pochette.
3. Si possible, donner au patient le questionnaire « patient » (rose) et l'enveloppe retour ; si cela s'avère impossible, laisser le questionnaire « patient » et l'enveloppe retour dans cette pochette.
4. Si le patient est étranger et ne parle pas suffisamment le français, remplir le questionnaire « acte » (bleu) mais ne pas lui remettre le questionnaire « patient » (rose). Dans ce cas, mettre une croix dans la case ci-contre.

Les données nominatives figurant sur cette pochette seront utilisées exclusivement par la société d'enquête, pour joindre le médecin adresseur et éventuellement le patient. Elles seront détruites immédiatement à l'issue de l'enquête.

| 4 | | 6 | | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ |  
N° de dossier

## Fiche de consentement

Je soussigné(e) :

- > **NOM**            | \_\_\_\_\_ |
- > **Prénom**        | \_\_\_\_\_ |
- > **Né(e) le**        |\_\_|\_| / |\_\_|\_| / 19 |\_\_|\_|

1. **Déclare avoir pris connaissance des modalités de l'enquête « analyse des circuits de soins suivis par les patients accédant aux plateaux techniques en Île-de-France »**, menée par l'URML d'Île-de-France et le CREDES, et dont la réalisation pratique a été confiée à la société I.S.L. ;
2. **Accepte de participer à cette enquête ;**
3. **Autorise les médecins sollicités par la société I.S.L. dans le cadre de cette enquête, à fournir des informations médicales me concernant.** J'ai noté que ces informations seront traitées à des fins uniquement statistiques, de manière anonyme.

Conformément à la loi n°7817 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant. Ce droit pourra être exercé auprès de la société ISL, durant la période où ces informations seront gardées sous forme nominative. I.S.L. : 6 rue du 4 Septembre - 92130 ISSY-LES-MOULINEAUX

Fait à : | \_\_\_\_\_ |

Date : |\_\_|\_| / |\_\_|\_| 1999

Signature :

## Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée

QUESTIONNAIRE A REMPLIR PAR LE CHIRURGIEN AYANT REALISE LA CHOLECYSTECTOMIE, LORSQUE LE PATIENT A DONNE SON ACCORD POUR PARTICIPER A L'ETUDE.

1. Date (jour/mois) de remplissage du questionnaire : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 1999
2. Date (jour/mois) de la cholécystectomie : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 1999
3. À quelle date (jour/mois) avez-vous vu le patient pour la première fois dans le cadre de cette intervention ?  
↳ \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 1999

### L'ORIGINE DU PATIENT

4. Le patient vous a-t-il été adressé par un confrère ? 1.  Oui 2.  Non

↳ **Si oui**, veuillez vérifier que le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de ce confrère « adresseur » ont bien été notés sur la pochette, dans la case prévue à cet effet. **Si non**, ceci signifie que le patient vous a consulté(e) directement. Veuillez noter « aucun » au niveau du nom du médecin « adresseur » figurant sur la pochette.

5. Si ce patient vous a été adressé par un confrère :

➤ Quelle était exactement la demande initiale de ce médecin ?

1.  Demande explicite de cholécystectomie
2.  Demande d'avis sur l'opportunité de réaliser cet acte

➤ Quelle est sa spécialité ?

1.  Médecin généraliste
2.  Spécialiste, précisez sa spécialité : \_\_\_\_\_

➤ Dans quel cadre ce confrère a-t-il vu le patient, le jour où il vous l'a adressé ?

1.  Dans un cabinet libéral « de ville »
2.  Dans un établissement privé (clinique ou hôpital privé, y compris PSPH)
3.  Dans un établissement public (AP-HP ou autre)
4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
5.  Ne sait pas

6. À son arrivée dans le service de chirurgie, d'où venait le patient ?

1.  Il s'agissait d'un patient de « ville » venant directement de l'extérieur
2.  Ce patient était hospitalisé dans l'établissement

↳ Précisez la spécialité du service : \_\_\_\_\_

3.  Ce patient était hospitalisé dans un autre établissement d'où il a été transféré. Précisez :

↳ Le nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

↳ La spécialité du service : \_\_\_\_\_

↳ La commune où se trouve cet établissement : \_\_\_\_\_

(INDIQUEZ LE NOM COMPLET, POUR PARIS PRECISEZ L'ARRONDISSEMENT)

↳ Le code postal : \_\_\_\_\_

4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Réservé au chiffrage

La participation à cette enquête n'a pas de caractère obligatoire. Les informations que vous voudrez bien nous fournir sont recueillies par la société I.S.L. pour le compte de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France et du CREDES (Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé). La loi n° 78 - 17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut-être exercé auprès de I.S.L. - 6 rue du 4 Septembre - 92130 Issy-les-Moulineaux, durant la période où les données existent sous forme nominative.

7. Comment le patient est-il arrivé dans le service de chirurgie ?

1.  Le patient a été transporté par un service d'urgence (SMUR, SAMU, pompiers...)
2.  Le patient est venu en ambulance traditionnelle ou en véhicule sanitaire léger
3.  Le patient est venu par ses propres moyens
4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

8. La cholécystectomie de ce patient était-elle programmée ?

1.  Oui 2.  Non

## LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES DU PATIENT

9. Le patient présente-t-il une pathologie susceptible de compliquer la prise en charge anesthésique ou chirurgicale (insuffisance respiratoire ou cardiaque sévère, insuffisance rénale sévère, etc.) ?

- 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, précisez en clair le nom de cette (ces) affection(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Le patient a-t-il présenté au moins une fois par le passé, des crises douloureuses typiques de colique hépatique ?

1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, de quand date le début de cette symptomatologie vésiculaire par rapport à la date de l'intervention ?

1.  Moins d'un mois
2.  Entre 1 et 6 mois
3.  Entre 6 et 12 mois
4.  Plus d'un an

> **Si non**, quelle symptomatologie rattachez-vous à l'existence de la lithiase chez ce patient ?

1.  Aucune (intervention pour lithiase asymptomatique)
2.  Douleurs inter-scapulo-vertébrales
3.  Epigastralgies inexplicables
4.  Autres symptômes, précisez : \_\_\_\_\_

→ Pouvez-vous dater approximativement le début de cette symptomatologie ?

1.  Moins d'un an
2.  Plus d'un an

11. Avez-vous la notion de l'existence de microlithiases à l'échographie chez le patient ?

1.  Oui 2.  Non

## LES EXAMENS ET CONSULTATIONS PREALABLES A LA CHOLECYSTECTOMIE

12. Avant de pratiquer la cholécystectomie, disposiez-vous du résultat des examens suivants ? (cochez la case correspondante)

- > Echographie abdominale datant de moins de 6 mois 1.  Oui 2.  Non
- > Echographie abdominale datant de plus de 6 mois 1.  Oui 2.  Non
- > Radiographie d'abdomen sans préparation 1.  Oui 2.  Non
- > TDM hépato-biliaire 1.  Oui 2.  Non
- > Bilan enzymatique hépatique (transaminases et/ou phosphatases et/ou Gamma-GT) 1.  Oui 2.  Non
- > Bilan enzymatique pancréatique (amylase et/ou lipase) 1.  Oui 2.  Non
- > Echo-endoscopie pancréato-biliaire 1.  Oui 2.  Non

## LE DEROULEMENT DE LA CHOLECYSTECTOMIE

13. Voie d'abord chirurgicale :

- 1.  Laparotomie/mini-laparotomie
- 2.  Cœlioscopie
- 3.  Cœlioscopie avec nécessité d'une conversion secondaire en laparotomie

14. La vésicule a-t-elle été envoyée pour examen au laboratoire d'anatomo-pathologie ? 1.  Oui 2.  Non

15. Avez-vous réalisé une cholangiographie per-opératoire ? 1.  Oui 2.  Non

- > **Si non**, disposiez-vous dans la salle où vous avez opéré le patient du matériel nécessaire pour éventuellement réaliser cette cholangiographie per-opératoire ? 1.  Oui 2.  Non

16. Disposiez-vous dans la salle où vous avez opéré le patient, du matériel nécessaire pour réaliser une sphinctérotomie endoscopique per-opératoire ? 1.  Oui 2.  Non

17. A la fin de l'intervention, avez-vous effectué un geste à visée d'analgésie post-opératoire (vaporisation d'anesthésique sur les coupes diaphragmatiques) ? 1.  Oui 2.  Non

18. Avez-vous d'autres observations à effectuer sur le déroulement de cette cholécystectomie ?

---

---

---

LES SUITES DE LA CHOLECYSTECTOMIE

19. A la suite de l'intervention, en sortant de la salle de réveil, où le patient a-t-il été orienté ?

1.  En chirurgie
2.  En soins intensifs ou en réanimation
3.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

20. Dans les heures suivant l'intervention, le patient a-t-il bénéficié d'un protocole à visée d'analgésie post-opératoire ?

1.  Oui 2.  Non

VOS PROPRES CARACTERISTIQUES

Nous vous serions reconnaissants de répondre aux questions suivantes sur chaque questionnaire que vous remplirez : cette redondance, qui nous évite de recueillir votre nom, est une garantie supplémentaire d'anonymat.

21. Êtes-vous ? 1.  Un homme 2.  Une femme

22. Quelle est votre année de naissance ? 19 \_\_\_\_

23. Quel est ou quels sont votre (vos) mode(s) d'exercice ?

1.  Exercice libéral
- 1.  En cabinet de ville, sans associé
  - 2.  En cabinet de ville, en association avec d'autres praticiens
  - 3.  En clinique
  - 4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

2.  Exercice salarié
- 1.  Dans un établissement public
    - 1.  Praticien hospitalier
    - 2.  C.C.A.
    - 3.  Attaché ou vacataire
    - 4.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_
  - 2.  Dans un établissement privé

24. Si vous exercez en secteur libéral, à quel secteur conventionnel appartenez-vous ?

1.  Secteur I
2.  Secteur II
3.  Conventionné avec droit à dépassement permanent
4.  Hors convention

### **3.3.3 Documents destinés aux patients**

---



## LETTRE DESTINEE AUX PATIENTS

Paris, le 21 septembre 1999

Madame, Monsieur,

L'Union Régionale des médecins libéraux d'Ile-de France (URML) et le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) réalisent actuellement un travail de recherche sur l'accès aux soins en région parisienne. Pour cela, une vaste enquête est en cours, dont l'organisation a été confiée à l'Institut de Sondage Laval (I.S.L.), sous la responsabilité de nos deux organismes et sous le contrôle de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Nous vous sollicitons pour participer à cette enquête, parce que vous venez de subir une opération de la vésicule qui est l'un des actes auxquels nous nous intéressons particulièrement. En acceptant de remplir nos questionnaires, vous nous permettez d'une part, de comprendre les raisons qui vous ont conduit (e) à choisir l'établissement où s'est déroulée cette opération, et d'autre part, de savoir si vous êtes satisfait (e) de la manière dont vous avez été pris (e) en charge (délais, accueil...).

Trois étapes

- 1) Le chirurgien qui a réalisé votre opération de la vésicule remplira un questionnaire concernant le déroulement de votre opération ;
- 2) il vous remettra un questionnaire, que nous vous demandons de remplir dans les prochains jours et de le renvoyer à la société I.S.L., à l'aide de l'enveloppe T prévue à cet effet ;
- 3) S'il y a lieu, la société I.S.L. contactera dans quelques temps par téléphone le médecin qui vous a conseillé de faire cette opération, afin de lui demander les raisons qui l'ont conduit à vous donner ce conseil.

### SECRET MÉDICAL ET CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements que nous recueillons pour cette étude, auprès de vous ou de votre médecin, seront traités uniquement à des fins statistiques et de manière strictement anonyme. Les informations nominatives (telle que vos noms et adresses), dont nous avons besoin pour conduire l'enquête, ne seront connus que par la société I.S.L., qui s'est engagée à les détruire immédiatement après l'enquête et à ne pas les communiquer à d'autres personnes. *La loi de n°7817 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous garantit un droit d'accès et de rectification des données vous concernant. Ce droit peut être exercé pendant le délai où ces informations seront gardées sous forme nominative par la société d'enquête I.S.L.*

Votre participation à cette recherche est extrêmement précieuse . En nous aidant à mieux comprendre :

- comment vous avez accédé à cette opération ;
- quelles sont les difficultés que vous avez pu rencontrer sur votre parcours ;

vous apporterez une contribution décisive à l'amélioration de l'accès aux soins dans votre région.

Si comme nous l'espérons, vous acceptez de participer à l'enquête, votre accord écrit est indispensable. C'est pourquoi, nous vous demandons de remplir la fiche de consentement qui accompagne cette lettre et de la remettre au médecin avant de quitter l'établissement.

Comptant sur votre participation, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur l'expression de notre considération distinguée.

Dr Bruno SILBERMAN  
Président de la Section des spécialistes  
URML Ile-de France

Dr Philippe Le Fur  
Directeur de recherche au CREDES





## LES EVENEMENTS QUI VOUS ONT CONDUIT(E) A VOUS FAIRE OPERER

10. Quel est le médecin qui vous a dit de consulter le chirurgien pour l'opération que vous venez d'avoir ?

1.  Mon généraliste habituel      3.  Un spécialiste, précisez sa spécialité : \_\_\_\_\_  
 2.  Un autre généraliste      4.  Personne, j'ai consulté directement le chirurgien qui m'a opéré(e)

11. A quelle date a eu lieu cette consultation où l'on vous a conseillé de voir le chirurgien qui vous a opéré(e) (pour les personnes qui ont consulté directement le chirurgien, à quelle date a eu lieu cette consultation) ?

→ \_\_\_\_\_  
 (Donnez une date aussi précise que possible, par exemple : « 5 juillet 1999 » ou si vous ne vous souvenez pas précisément, « première semaine de juillet 99 », ou encore « début juillet 99 »)

12. Entre la date ci-dessus – c'est-à-dire la date à laquelle le médecin vous a conseillé de consulter le chirurgien – et la date d'opération, avez-vous pris l'avis d'autres médecins sur cette opération ?

1.  Oui    2.  Non

> Si oui, combien de médecins différents avez-vous consulté ? \_\_\_\_\_

13. Quelle est la date de la consultation au cours de laquelle le chirurgien vous a donné votre rendez-vous pour l'opération ?

\_\_\_\_\_ (Donnez une date aussi précise que possible, par exemple : « 21 septembre 1999 » ou si vous ne vous souvenez pas précisément, « troisième semaine de septembre 99 » ou encore « mi septembre 99 »)

14. Estimez-vous que le délai entre le moment où le chirurgien vous a donné le rendez-vous pour l'opération et le jour de l'opération a été :

1.  Trop long      2.  D'une durée convenable      3.  Sans opinion

**Si oui :** Vous a-t-on proposé un rendez-vous à une date antérieure,

↳ mais que vous avez dû refuser pour des raisons personnelles ?      1.  Oui    2.  Non

15. Avez-vous choisi le chirurgien qui vous a opéré(e) ?

1.  **Oui - Dans ce cas, pourquoi avez-vous choisi ce chirurgien précisément ?**

- ↳  Parce que le médecin qui m'a dit de consulter m'a conseillé ce chirurgien en particulier  
 Parce que le chirurgien qui m'a opéré(e) de la vésicule m'avait déjà soigné(e)  
 Parce qu'il m'a été conseillé par des membres de ma famille ou des amis  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

2.  **Non - Dans ce cas, pourquoi êtes-vous allé(e) dans cet établissement ?**

- ↳  Parce que j'y ai été conduit(e) par un service d'urgence (SAMU, SMUR, pompiers...)  
 Parce que le médecin qui m'a dit de consulter un chirurgien m'a conseillé cet établissement  
 Parce qu'il a une bonne réputation ou qu'il m'a été conseillé par mon entourage  
 Parce que cet établissement est proche ou facile d'accès  
 Parce que j'ai pu y obtenir un rendez-vous rapidement  
 Parce que j'y ai déjà été soigné(e) ou que j'y suis suivi(e)  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

16. Si vous avez plus ou moins participé au choix de l'établissement où vous avez eu votre opération, votre choix a-t-il été influencé par le statut public ou privé de cet établissement ?

1.  Oui    2.  Non

> Si oui, quelle(s) a (ont) été votre (vos) principale(s) motivation(s) pour choisir l'un plutôt que l'autre ?

1.  La qualité des soins      4.  Des raisons financières  
 2.  La rapidité des rendez-vous      5.  La personnalisation de la relation médecin/malade  
 3.  L'accueil et le confort      6.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## LE DEROULEMENT DE VOTRE OPERATION

17. Avant votre opération :

> Le chirurgien qui vous a opéré(e) vous a-t-il expliqué le déroulement de l'opération ? 1.  Oui 2.  Non

**Si oui**, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ? 1.  Oui 2.  Non

> Le chirurgien ou l'anesthésiste vous a-t-il informé des risques de cette opération ? 1.  Oui 2.  Non

**Si oui**, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ? 1.  Oui 2.  Non

18. Après votre opération :

> Le chirurgien vous a-t-il donné des informations sur le résultat de l'opération ? 1.  Oui 2.  Non

**Si oui**, avez-vous eu la sensation de bien comprendre ce qu'il disait ? 1.  Oui 2.  Non

19. Qu'avez-vous pensé de l'accueil que vous ont réservé le personnel administratif, le personnel soignant et le chirurgien qui vous a opéré(e) ?

1.  Très satisfaisant

2.  Satisfaisant

3.  Peu satisfaisant

4.  Médiocre

20. Avez-vous eu l'impression que le chirurgien et ses assistants faisaient le maximum pour soulager votre douleur ou diminuer votre inconfort pendant et après l'opération ? 1.  Oui 2.  Non

21. Si vous deviez à nouveau être opéré(e), reviendriez-vous dans cet établissement ? 1.  Oui 2.  Non

22. Recommanderiez-vous cet établissement à un ami ? 1.  Oui 2.  Non

23. Avez-vous d'autres observations quant au déroulement de votre opération de la vésicule ?

---



---

## LES SUITES DE VOTRE OPERATION

24. À votre sortie de l'hôpital ou de la clinique, le chirurgien vous a-t-il prescrit :

> Des examens (radios, prise de sang, analyse d'urine...) ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, lesquels ? | \_\_\_\_\_

> Un traitement médicamenteux ? 1.  Oui 2.  Non

> Un arrêt de travail ? 1.  Oui 2.  Non

> Autre chose ? Précisez : | \_\_\_\_\_

25. Le chirurgien vous a-t-il demandé :

1. De revenir le voir ? 1.  Oui 2.  Non

2. De revoir le médecin qui vous avait conseillé l'opération ? 1.  Oui 2.  Non

3. De voir un autre médecin ? 1.  Oui 2.  Non

> **Si oui**, Précisez sa spécialité : | \_\_\_\_\_

## VOS CARACTERISTIQUES SOCIALES

L'état de santé et le recours aux soins pouvant être liés à certaines caractéristiques sociales, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir répondre aux questions qui suivent.

26. Vous êtes :

1.  Actif(ve)
2.  Chômeur(euse)
3.  Retraité(e) ou retiré(e) des affaires
4.  Femme au foyer
5.  Etudiant(e), élève, militaire du contingent
6.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

27. Si vous travaillez ou si vous avez déjà travaillé, pouvez-vous nous dire précisément :

- > Quelle est votre profession ou la dernière profession que vous avez exercée ? \_\_\_\_\_
- > Êtes-vous ou étiez-vous ?
  1.  Salarié(e)
  2.  Non salarié(e)
- > Êtes-vous ou étiez-vous ?
  1.  Cadre
  2.  Non cadre

28. Si vous n'avez jamais travaillé, pouvez-vous dire :

- > Si vous avez un(e) conjoint(e), quelle est sa profession ?  
↳ \_\_\_\_\_
- > Si vous êtes élève ou étudiant(e), quelle est la profession de vos parents ?  
↳ \_\_\_\_\_

29. Quel est votre niveau d'études ?

1.  Jamais scolarisé(e)
2.  Primaire, CEP
3.  Premier cycle : 6<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, ou CAP, BEP
4.  Second cycle : 2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup>, terminale, bac, bac technique
5.  Etudes supérieures au bac
6.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

30. Bénéficiez-vous de la Sécurité sociale ?

1.  Oui
2.  Non
3.  Ne sait pas

31. Êtes-vous habituellement pris(e) en charge à 100 % pour tout ou partie des soins par la Sécurité sociale ?

- ↳
  1.  Oui
  2.  Non
  3.  Ne sait pas

> Si oui, précisez pourquoi :

1.  Maladie de longue durée (ALD), précisez laquelle : \_\_\_\_\_
2.  Autre, précisez : \_\_\_\_\_

32. Bénéficiez-vous de l'Aide Médicale Gratuite (AMG) ou d'une carte Paris santé ?

- ↳
  1.  Oui
  2.  Non
  3.  Ne sait pas

## Questionnaire téléphonique Adresseur

Vérification des coordonnées du médecin :

Date de rdv :      1.  jour  
                         2.  mois  
                         3.  année

Heure de rdv :      1.  heure  
                         2.  minute  
                         3.  seconde

Numéro de dossier :

Civilité + nom du patient + prénom :

Prénom du patient :

Nom du médecin adresseur :

Prénom du médecin adresseur :

Adresse du médecin adresseur :

Code postal + ville :

Téléphone du médecin adresseur :

Date de l'acte :

Nom du site réalisant l'acte :

Type d'acte :       une endoscopie digestive  
                          une irm du système nerveux  
                          une irm du genou  
                          une cholécystectomie

Bonjour, je suis.....de l'Institut ISL. Vous avez dû recevoir un courrier annonçant mon appel : nous travaillons pour l'URML et le CREDES, qui réalisent une enquête sur l'accès aux plateaux techniques en Ile-de-France, à laquelle l'un de vos patients a accepté de participer. C'est à ce sujet que je me permets de vous contacter :

- interview
- sans réponse
- occupé
- rendez-vous
- faux numéro avant recherche
- refus
- n'a pas reçu la lettre
- autre
- faux numéro après recherche

Raison du refus ou autre :

L'un de vos patient ..... a donc bénéficié d'..... qui a été réalisé le ..... à .....

Notre enquête a pour objet d'étudier les modalités d'adressage des patients vers les plateaux ..... En acceptant de participer à notre enquête, ..... nous a donné son accord pour que nous prenions contact avec vous, afin de vous demander quelques renseignements complémentaires, notamment en ce qui concerne la manière dont s'est déroulé le choix de l'établissement où il/elle a subi .....

..... nous a indiqué que c'est vous qui lui avez prescrit ou au moins recommandé .....

1.  Oui                      2.  Non                      3.  Refus

Quelle est, même approximativement, la date de consultation au cours de laquelle vous avez prescrit ou conseillé cette ..... à votre patient ?

1.  Jour                      2.  Mois                      3.  Année

Cette consultation a-t-elle eu lieu :

1.  dans le cadre hospitalier en consultation privée  
 2.  dans le cadre hospitalier en consultation publique  
 3.  dans votre cabinet de ville  
 4.  dans un autre endroit

2. Autre lieu de consultation :

Avez-vous déjà soigné ..... avant cette consultation ? 1.  oui                      2.  non

Etes-vous son médecin traitant ?                      1.  oui                      2.  non

Le patient est-il venu vous consulter de lui-même ?                      1.  oui                      2.  non

Le patient vous a-t-il été adressé par un confrère ?                      1  oui                      2.  non.

Quelle est sa spécialité ? .....

..... a donc bénéficié de ..... à .....

Etes-vous intervenu dans le choix de cet établissement ou dans le choix du médecin qui à réalisé..... ?

- 1  oui                      2.  non.

Si non :

Vous avez laissé ..... choisir lui/elle même le lieu de ..... ainsi que le médecin qui l'a réalisé, sans lui donner de conseil particulier en la matière ?                      1  oui                      2.  non.

Le médecin a conseillé :

- 1  le médecin acte  
 2  le lieu de l'acte  
 3  rien

Avez-vous adressé votre patient à un ..... nommé désigné ?

1  oui      2.  non.

Si non :

Dans ce cas, si je comprend bien, vous avez conseillé au patient de se rendre à ..... sans lui donner le nom d'un médecin en particulier ?

1  oui      2.  non.

Le médecin a conseillé :

- 1  le médecin acte  
2.  le lieu de l'acte  
3.  rien

Est-il votre correspondant habituel pour .....

1  oui      2.  non.

Avez-vous été l'élève de ..... durant vos études médicales, internat ou externat :

1  oui      2.  non.

Avez-vous travaillé par le passé dans l'établissement :

1  oui      2.  non.

Y travaillez-vous actuellement ?

1  oui      2.  non.

Avez-vous l'habitude d'y adresser des patients ?

1  oui      2.  non.

Pour quelles raisons avez-vous adressé ce patient à cet établissement ou à ce médecin en particulier ?

Avez-vous personnellement contacté votre correspondant dans l'établissement avant d'y adresser ..... :

1  oui      2.  non.

Avez-vous remis à ..... une lettre de votre main, destiné au médecin qui allait réaliser .....

1  oui      2.  non.

S'agissait-il :

- 1  d'une demande d' .....  
2.  d'une demande d'avis sur l'opportunité de réaliser cet acte

..... a eu lieu le ..... Depuis cette date avez-vous revu ..... en consultation ?

1  oui      2.  non.

Avez-vous eu en main le compte rendu :

1  oui      2.  non.

Ce compte-rendu vous a-t-il :

1.  été amené par le patient  
2.  vous est parvenu par la poste  
3.  autre

Pour le traceur IRM :

Avez-vous eu en main les clichés d'IRM ?

1  oui      2.  non.

Les clichés vous ont été amenés par le patient  
vous sont parvenus par la poste  
autre(préciser)

Je vous remercie pour toutes ces précisions, Docteur, pour conclure je vais vous poser quelques questions sur vos caractéristiques personnelles :

1.  homme
2.  femme

Quelle est votre année de naissance ?

Quel est ou quels sont votre (vos) modes(s) d'exercice ?

- 1  exercice libéral
- 2  exercice salarié
- 3  refus

Dans le cadre de votre activité libérale, exercez-vous :

1.  en cabinet de ville sans associé
2.  en cabinet de ville en association ou avec d'autres praticiens
3.  en clinique
4.  autre (préciser)

Dans le cadre de votre exercice salarié, exercez-vous dans un établissement :

1.  public
2.  privé

Si vous exercez en secteur libéral, à quel secteur conventionnel appartenez-vous ?

- 1  secteur 1
- 2  secteur 2
- 3  conventionné avec droit à dépassement permanent
- 4  hors convention

Merci de votre participation.

Achévé d'imprimer le 26 Mai 2000  
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart  
75009 PARIS  
Dépôt légal : Mai 2000