



**ETUDE DES RELATIONS
ENTRE MEDECINE LIBERALE
ET MEDECINE HOSPITALIERE**

Approche descriptive

**Union Professionnelle des Medecins Libéraux Rhône-
Alpes
(UPML-RA)
Agence Régionale de l'Hospitalisation
(ARH Rhône-Alpes)**

RAPPORT N° 246

JUILLET 1998

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU GRENOBLE, BP 217, 38043 GRENOBLE CEDEX 9
Tel : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06

**ETUDE DES RELATIONS
ENTRE MEDECINE LIBERALE
ET MEDECINE HOSPITALIERE
Approche descriptive**

**Une étude réalisée en Juin et Juillet 1998 par
le CAREPS⁽¹⁾**

Direction d'étude

Dr Jean-Pierre FERLEY

Traitement informatique

Eric DA SILVA

pour

l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes

(Président : Dr Yves GRILLET)

et

l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes

(Directeur : Mr Michel PELLISSIER)

Elaboration du questionnaire et encadrement de la démarche :

Comité de Pilotage de l'UPML

(Responsable Dr ROUEFF)

Groupe de travail SROS MEDECINE

Mr le Pr ROUSSET, Président (Hôpital Nord, St-Etienne), Mme BARGHON (CH St Laurent du Pont), Mr le Dr BERNARD (clinique du Tonkin, Villeurbanne), Mme le Dr BEZ (médecin libéral, Lyon), Mr le Dr BOCQUET (CH Bourg en Bresse), Mme CHAIZE (RIPIN, CHU Grenoble), Mr le Dr COLMANT (DDASS de la Loire), Mme DOLLET (Hôpital local St Laurent de Chamousset), Mr le Dr LAURENT (CH St Chamond), Mme LORA (CH St Joseph St Luc, Lyon), Mr le Dr MASSOT (CHU Grenoble), Mr le Pr NINET (HEH, Lyon), Mr le Pr ORGIAZZI (CHLS, Pierre Bénite), Mr le Pr PASQUIER (HEH, Lyon), Mr le Dr ROUHIER (Médecin libéral, Valence, UPML), Mr le Dr VANET (ELSM, Villefranche/Saône), Mr VIVES (CH Roanne),

et

Mme NALLET (ARH Rhône-Alpes / CRAM),

Collecte de l'information assurée par :
la cellule d'enquêtes téléphoniques du CAREPS
coordonnée par Martine CHARREL, Eric DA SILVA

Enquêteurs :

*Cécile BEDEN, Eric DA SILVA, Marguerite FAIGNIEZ, Anne KOENIG,
Isabelle RODRIGUES, Sophie THULIEZ*

Secrétariat et frappe du rapport :

Murielle FABBIAN

⁽¹⁾ CAREPS : Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 09
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06

ETUDE DES RELATIONS ENTRE MEDECINE LIBERALE ET MEDECINE HOSPITALIERE
Approche descriptive

Une étude du CAREPS

Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA

pour :

l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes (UPML-RA)

et

l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Rapport N°246 - Juillet 1998

RESUME

Dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Rhône-Alpes, l'Agence Régionale d'Hospitalisation et la Commission Médecine Interne du SROS ont souhaité engager une recherche sur les relations entre médecine de ville et médecine hospitalière dans le but d'améliorer l'accès des patients adressés par les médecins libéraux aux établissements d'hospitalisation publics ou privés. Cette démarche est conduite en coopération avec l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux (UPML) Rhône-Alpes.

Le CAREPS a été chargé de la collecte de l'information auprès des médecins libéraux et de l'analyse des données.

Cette étude cherchait en particulier à identifier les critères influençant l'orientation vers des structures d'hospitalisation publiques ou privées et, d'une manière générale, à repérer certains éléments de satisfaction et d'insatisfaction relatifs à leurs relations avec la médecine hospitalière.

L'enquête, purement descriptive, a reposé sur l'administration téléphonique d'un questionnaire d'une douzaine de minutes à un échantillon aléatoire représentatif de 800 médecins libéraux composé de deux-tiers de généralistes (538) et un tiers de spécialistes (262). Elle a été conduite par la cellule d'enquêtes téléphoniques du CAREPS entre la fin-Juin et la mi-Juillet 1998.

Le questionnaire a été bâti pour un Comité de Pilotage rassemblant des médecins libéraux et hospitaliers et des responsables de l'administration de la santé et de la Sécurité Sociale.

Le taux de réponse à l'enquête, de l'ordre de 45%, était en phase avec la plupart des enquêtes postales ou téléphoniques conduites auprès de médecins libéraux (40 à 60%) et peut même être qualifié d'honorable si l'on tient compte du fait que les délais impartis à cette étude n'ont pas permis l'envoi d'un courrier d'information initial.

L'enquête confirme que l'amélioration des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière, que nombre de médecins libéraux appellent de leurs vœux, est d'autant plus importante que les deux modes d'exercice sont bien entendu inter-dépendants. Ainsi, l'orientation du patient vers une structure de soins pour une hospitalisation (sans parler des explorations ou de la chirurgie ambulatoire) est une situation familière aux généralistes (beaucoup moins aux médecins à exercice particulier - homéopathes, acupuncteurs-) et à certains spécialistes. L'enquête montre qu'un généraliste sur cinq seulement et un spécialiste sur cinq également (parmi les spécialités retenues) adresse en moyenne plus d'un patient par semaine en hospitalisation. Il n'empêche que pour la plupart des autres cette situation reste très régulièrement rencontrée.

Par ailleurs, on a pu relever que près des trois-quarts des spécialistes libéraux interrogés exerçaient parallèlement une activité dans un établissement d'hospitalisation (un peu plus souvent dans le public que dans le privé), ce qui est également le cas pour près du quart des généralistes (beaucoup plus souvent dans le public que dans le privé -et probablement fréquemment par l'intermédiaire d'une participation au dispositif de régulation des urgences). Des liens réguliers avec l'univers hospitalier, public ou privé, existent donc pour la plupart des médecins libéraux par le biais des adressages ou des vacations. Pour les généralistes, ces liens semblent d'ailleurs plus réguliers dans les milieux non urbains où on note une plus grande fréquence de vacations dans des structures publiques.

S'agissant du type de structures vers lesquelles les patients sont orientés, on relève une distribution identique chez les généralistes et les spécialistes : 40% dans le privé et 60% dans le public (ou PPSPH). Cependant, au sein du public, les spécialistes orientent plus volontiers que les généralistes vers des CHU (reflet tout à la fois d'une plus grande concentration de spécialistes dans les agglomérations disposant d'un CHU que de la différence des tableaux cliniques pris en charge par les uns et par les autres).

Par ailleurs, la distribution des orientations entre CHU, CH et secteur privé peut varier très sensiblement d'un département à l'autre, de même qu'elle varie en fonction de la taille de l'agglomération, ce qui illustre bien la diversité des situations rencontrées (diversité de l'offre locale, qualité des relations avec les correspondants locaux...).

De fait, la qualité des relations entretenues avec le service est le premier élément intervenu lors de la dernière hospitalisation en date dans le choix de l'établissement pour les généralistes (69%) et plus encore pour les spécialistes (77%), avant même la notoriété du service, le choix du patient ou la proximité.

Un choix contraint, lié à un manque de disponibilité est également -plus rarement- un facteur à prendre en compte, en particulier dans les grandes villes.

Interrogés sur l'ensemble de leur clientèle, les médecins -généralistes et spécialistes- confirment le trio de facteurs influençant leur choix aussi bien dans le public que dans le privé : qualité du service rendu, qualité des relations, volonté du patient, auxquels peut être adjoint la rapidité d'admission.

Parmi les éléments d'insatisfaction pointés par les médecins libéraux figurent des inadéquations fréquentes entre le problème présenté par le patient et le service où il est finalement hospitalisé : 24% des généralistes et 18% des spécialistes affirment que cela s'est produit pour l'un au moins des cinq derniers patients qu'ils ont hospitalisés. Ce problème semble se poser avec plus d'acuité dans certains départements que dans d'autres et semble moins fréquent dans les grandes villes (diversité de l'offre ?).

D'autres éléments d'insatisfaction tiennent aux délais d'admission dans les établissements publics pour une hospitalisation programmée (45% des généralistes et 40% des spécialistes les estiment égaux ou supérieurs à 3 jours et cette proportion atteint 60% dans les grandes villes), au sentiment d'être insuffisamment associés à la sortie du patient, d'être trop rarement tenus informés de l'hospitalisation d'un de leurs patients s'ils n'en sont pas eux-mêmes à l'origine et aux délais dans lesquels ils sont informés de la sortie du patient (jugés trop longs par les trois-quarts des généralistes et plus de la moitié des spécialistes). Un autre élément d'insatisfaction, largement partagé, tient au sentiment que leurs patients sont souvent reconvoqués en consultation pas à juste titre (40% partagent cet avis) tandis que 17% pensent que ce sont les réhospitalisations qui ne sont pas toujours justifiées.

Par ailleurs, témoin d'un certain dysfonctionnement -qui dans certains cas peut tenir lieu de fonctionnement habituel-, on relève la grande fréquence de patients adressés aux urgences alors qu'ils ne présentent pas une urgence médicale vraie. Les généralistes estiment que 27% de leurs adressages dans des services d'urgences sont représentés par de tels patients et les spécialistes 8%. Le quart des généralistes reconnaît qu'au moins un adressage sur deux dans un service d'urgences n'est pas justifié par une situation d'urgence. Des variations sensibles sont observées en fonction du département. Les raisons avancées pour une orientation "par défaut" de tels patients vers un service d'urgences tiennent essentiellement au fonctionnement de la structure d'hospitalisation et non pas à un choix délibéré du praticien libéral puisque les principaux motifs invoqués sont l'absence de lits dans le service initialement souhaité et contacté, la complexité des démarches pour trouver un lit et le fait que ce soit -en particulier dans les petites agglomérations- le mode habituel d'admission.

Les généralistes, plus souvent encore que les spécialistes mettent en avant certains obstacles à l'hospitalisation programmée : le manque de lits disponibles (75%), le manque de temps pour la recherche d'une place adaptée (42%) et le manque de connaissance sur l'offre adaptée disponible (39%).

Une section de l'enquête était par ailleurs consacrée à la médecine interne. On peut relever que les trois-quarts des médecins, généralistes comme spécialistes, disposent dans l'établissement hospitalier le plus proche d'un service de médecine interne, tandis que 60% des généralistes et 50% des spécialistes se déclarent en relation régulière avec une telle unité. Des variations importantes sont observées en fonction du département.

Cependant, si les deux-tiers des généralistes qui ne disposent pas d'une telle ressource, considèrent cela comme un manque, seuls 17% des spécialistes placés dans cette situation sont de cet avis. Pour finir, il était demandé aux praticiens libéraux d'accorder une note aux établissements d'hospitalisation correspondant à leur appréciation du service rendu pour le public de leur zone d'exercice. On a ainsi pu noter que les généralistes, comme les spécialistes, accordaient plus souvent des notes élevées aux établissements privés qu'aux établissements publics. Par ailleurs, si la moyenne des notes accordées par les généralistes pour les établissements publics ne varie pas significativement d'un département à l'autre, ce n'est pas le cas pour les établissements privés où des variations importantes peuvent être observées.

En définitive, cette enquête transversale descriptive a permis de quantifier la fréquence des liens entre médecine libérale et médecine hospitalière, d'analyser les critères influençant les orientations des médecins libéraux et d'identifier un certain nombre d'insatisfactions et de dysfonctionnements. Elle a également permis de mesurer la grande hétérogénéité pouvant exister en fonction de la situation locale. Ce dernier point devrait -à nos yeux- inciter à une certaine prudence dans la proposition de référentiels standardisés peu à même, par définition, de prendre en compte cette hétérogénéité de situations.

Enfin, une problématique extrêmement complexe comme celle des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière mériterait certainement d'être approfondie par des approches plus qualitatives (entretiens individuels, groupes de parole...).

INTRODUCTION

Dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire Rhône-Alpes, l'Agence Régionale d'Hospitalisation et la Commission Médecine Interne du SROS, dont font partie des représentants de l'Union Professionnelle de Médecins Libéraux, ont souhaité engager une recherche sur les relations entre médecine de ville et médecine hospitalière dans le but d'améliorer l'accès des patients adressés par les médecins libéraux aux établissements d'hospitalisation publics ou privés.

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux, de par sa mission d'évaluation, s'est naturellement imposée comme la structure la plus à même de mener à bien ce travail.

L'UPML Rhône-Alpes a donc assuré la maîtrise d'ouvrage de l'opération et a retenu la candidature du CAREPS pour en assurer la mise en oeuvre.

Ce document présente les résultats de cette étude conduite sur le terrain entre le 24 Juin et le 23 Juillet 1998.

OBJECTIFS

- Identifier les principaux critères présidant au choix des généralistes et des spécialistes en matière d'hospitalisation vers des structures publiques ou privées.
- Identifier les éléments de satisfaction et d'insatisfaction.
- Analyser les modalités d'adressage aux services d'urgences.
- Analyser le recours en médecine interne et les insuffisances repérées.
- Etudier les facteurs associés aux réponses : âge du praticien, département, taille de l'agglomération, volume d'activité...

METHODE

1 - SCHEMA GENERAL

- a) Enquête transversale téléphonique de 10 à 12 minutes (questions fermées) réalisée par la cellule d'enquêtes téléphoniques du CAREPS sur un échantillon de 800 praticiens généralistes (67%) et spécialistes (33%). Seules certaines catégories de spécialistes ont été interrogées : allergologues, angiologues, cardiologues, dermatologues, endocrinologues, gastro-entérologues, néphrologues, ophtalmologistes, pédiatres, pneumologues et rhumatologues. Dans la catégorie des généralistes figuraient également des médecins à exercice particulier (homéopathes et acupuncteurs).
- b) Compte-tenu de la relative brièveté du questionnaire il était proposé à chaque médecin soit de répondre tout de suite, soit de convenir d'une plage horaire d'appel : 93 à 94% des praticiens sollicités ont opté pour cette seconde possibilité.
- c) L'envoi d'un courrier d'information signé de l'UPMLRA et de l'ARH aurait certainement facilité la tâche des enquêteurs. Toutefois, compte-tenu des délais extrêmement brefs impartis à cette mission, cela n'a pas été possible.
- d) Les interviews téléphoniques se sont déroulées sur 4 semaines (24 Juin - 23 Juillet) : près de 90% ont été réalisées avant le 14 Juillet.

2 - ECHANTILLONNAGE

Un échantillon de 538 généralistes (correspondant à deux tiers de l'échantillon global) a été tiré de manière aléatoire (sondage au 1/10ème) à partir du fichier France-Télécom (5 413 généralistes) après élimination des doubles occurrences (médecins apparaissant à deux reprises). En cas de refus ou d'absence prolongée, le médecin était remplacé par un autre praticien tiré dans une liste complémentaire.

Une stratification a été effectuée a priori sur le département (tirage au sort indépendant dans chacun des 8 départements) et sur la taille de l'agglomération (tirage indépendant dans chaque strate). Cinq strates ont été définies :

- < 5 000 habitants
- 5 - 20 000 hab.
- 20 - 50 000 hab.
- 50 - 100 000 hab.
- > 100 000 hab.

Une procédure identique a été mise en oeuvre pour le tirage des 262 spécialistes à partir des 2164 correspondant aux 11 spécialités retenues.

On peut ainsi s'assurer d'une parfaite représentativité de l'échantillon sur ces deux éléments (département et taille de l'agglomération).

3 - QUESTIONNAIRE

Le questionnaire a été élaboré par le Comité de Pilotage préalablement à l'intervention du CAREPS. Il comportait 67 variables et sa durée moyenne d'administration était de 10 à 12 minutes.

Les questions portaient sur :

- la localisation et l'environnement du cabinet,
- les caractéristiques du praticien,
- la taille de la clientèle,
- la fréquence d'hospitalisation vers les différents types de structures (CHU / CH / PPSPH / privées),
- les éléments ayant influencé l'orientation,
- les défauts d'orientation repérés,
- l'existence de ressource locale en médecine interne et les pathologies qui en relèvent,
- le recours aux services d'urgences et les motifs,
- les délais d'admission,
- les relations avec les services quand un patient est hospitalisé,
- la pertinence des reconvoctions,
- la satisfaction quant au service rendu.

4 - TRAITEMENT INFORMATIQUE ET ANALYSE

La saisie informatique (84 x 800 = 67 200 positions) a été réalisée en interne parallèlement à la collection d'information.

L'analyse a été réalisée avec le logiciel EPI-INFO. Elle a consisté en une description des réponses au sein des deux sous-populations (généralistes et spécialistes) et en des croisements systématiques par un certain nombre de variables : département, taille de l'agglomération (qui nous renseigne de manière indirecte sur l'offre hospitalière locale), âge du praticien, environnement, fréquence d'hospitalisation, taille de la clientèle...

En accord avec le Comité de Pilotage et compte-tenu de la faiblesse relative de l'effectif de spécialistes interrogés (262), le nombre de croisements réalisés chez ces derniers a été plus limité car cela aurait souvent conduit à travailler sur des effectifs trop faibles pour avoir une significativité statistique.

Les différences observées au sein des diverses sous-classes ont été testées par le test de χ^2 (comparaison de pourcentages), le test de Student ou l'analyse de variances (comparaisons de moyennes).

Pour une commodité de lecture nous n'avons pas fait figurer les intervalles de confiance des valeurs ponctuelles observées dans les tableaux. Il convient cependant de rappeler que chaque pourcentage décrit fluctue au sein d'un intervalle plus ou moins large selon l'effectif sur lequel il a été calculé et la "gamme" dans laquelle se situe ce pourcentage (plus l'intervalle est resserré et plus la valeur annoncée est précise).

A titre illustratif, nous présentons dans le tableau ci-dessous les intervalles de confiance correspondant à certaines situations contrastées.

**Précision des pourcentages observés
(intervalle de confiance à 95%) en fonction
de l'effectif sur lequel ils ont été calculés**

Effectif % observé	50 sujets	100 sujets	300 sujets	600 sujets
10%	[2% - 18%]	[4% - 16%]	[7% - 13%]	[8% - 12%]
25%	[13% - 37%]	[17% - 33%]	[20% - 30%]	[22% - 28%]
50%	[36% - 64%]	[40% - 60%]	[44% - 56%]	[46% - 54%]
75%	[63% - 87%]	[67% - 83%]	[70% - 80%]	[72% - 78%]
90%	[82% - 98%]	[84% - 96%]	[87% - 93%]	[88% - 92%]

PARTICIPATION DES MEDECINS ET DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

I - TAUX DE PARTICIPATION

Au total, 2 097 cabinets médicaux ont fait l'objet d'un appel. Dans la mesure où la plupart du temps, il a fallu joindre à 2 (voire 3 ou 4) reprises un cabinet avant qu'un questionnaire ne soit rempli, ce sont plus de 3 000 appels qui ont été réalisés par les 6 enquêteurs mobilisés.

Sur ces 2 097 cabinets contactés, 309 appels n'ont pas abouti à un médecin en exercice (soit absence prolongée [vacances, maladie], soit par erreur de la base de sondage [numéros non attribués, médecin retraité...]).

En fin de compte, 1 788 médecins ont effectivement été sollicités (1 197 généralistes [soit 1 sur 5 environ] et 591 spécialistes [soit 1 sur 4 environ pour les 11 spécialités retenues]).

Le taux de réponse chez les généralistes est de 44.9% et chez les spécialistes de 44.3%.

Ce taux se situe dans la moyenne des enquêtes réalisées par voie postale auprès des médecins par le CAREPS (40% à 60% après relance selon le thème et la longueur du questionnaire) mais il est inférieur à celui que nous escomptions compte-tenu du thème d'étude, de la légitimité des commanditaires et la relative brièveté du questionnaire. Il variait en fait selon l'environnement. Ainsi, chez les généralistes était-il minimum dans l'agglomération lyonnaise (35%) mais il dépassait 60% dans des départements tels que la Savoie ou la Haute-Savoie.

Deux éléments semblent avoir contribué à minorer le taux de réponse : la période ("coup de feu" avant le départ en vacances) et l'absence de courrier préalable (solution impossible à mettre en oeuvre du fait des délais impartis).

Quoi qu'il en soit, ce taux demeure honorable par rapport à la plupart des études réalisées en médecine libérale.

II - DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON

1. Distribution par département et taille d'agglomération

Les tableaux A et B objectivent l'excellente représentativité de l'échantillon interrogé sur ces deux points.

Tableau A
Répartition de l'échantillon en fonction du département

Département	GENERALISTES				SPECIALISTES			
	Base		Echantillon		Base		Echantillon	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ain	370	6.8	36	6.7	95	4.4	13	5.0
Ardèche	238	4.4	23	4.3	75	3.5	9	3.4
Drôme	402	7.4	41	7.6	185	8.5	22	8.4
Isère	1140	21.1	113	21.0	437	20.2	54	20.6
Loire	640	11.8	63	11.7	243	11.2	31	11.8
Rhône	1538	28.4	151	28.1	711	32.9	83	31.7
Savoie	442	8.2	48	8.9	172	7.9	19	7.3
Haute-Savoie	643	11.9	63	11.7	246	11.4	31	11.8
Total	5413	100	538	100	2164⁽¹⁾	100	262	100

(1) praticiens correspondant aux 11 spécialités retenues

Tableau B
Répartition des généralistes de l'échantillon
par taille de l'unité urbaine

Unité urbaine	GENERALISTES			
	Base		Echantillon	
	%		n	%
< 5 000 hab	23.6		128	23.8
5-20 000 hab	10.8		59	11.0
20-50 000 hab	10.6		58	10.8
50-100 000 hab	9.2		50	9.3
> 100 000 hab	45.8		243	45.2
Total	100		538	100

2. Distribution en fonction de l'âge, de l'environnement de l'activité

Tableau C
Répartition de l'échantillon en fonction de l'âge et du sexe

AGE	GENERALISTES			SPECIALISTES		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
< 40 ans	23.8	46.4	30.2	16.6	28.0	20.6
40-49 ans	51.7	43.1	49.3	46.2	48.4	46.9
>= 50 ans	24.5	10.5	20.5	37.3	23.7	32.4
Effectif	383	153	536	169	93	262

Nota : 2 non réponse pour le sexe

Tableau D
Répartition de l'échantillon en fonction
de l'ancienneté de la première installation

Ancienneté	GENERALISTES		SPECIALISTES	
	n	%	n	%
< 5 ans	58	10.8	30	11.5
5-9 ans	120	22.3	50	19.1
10 et +	346	64.3	175	66.8
N.S.P	14	2.6	7	2.7
Total	538	100	262	100

Tableau E
Répartition de l'échantillon en fonction
de l'environnement urbain / rural du cabinet

Environnement	Généralistes	Spécialistes
Rural	32.3	6.9
Urbain de type centre ville	34.8	58.8
Banlieues résidentielles	12.1	9.5
Autres banlieues ⁽¹⁾	12.3	9.2
Autre ⁽²⁾	8.2	15.6
N.S.P	0.4	0.0
Effectifs	538	100

(1) le plus souvent : banlieues populaires

(2) le plus souvent : milieu "rurbain" (villages devenus lointaines banlieues)

Tableau F
Répartition de l'échantillon en fonction
de la taille de la clientèle

n clients /semaine	GENERALISTES		SPECIALISTES	
	n	%	n	%
<40	28	5.2	23	8.8
40 à 80	175	32.5	118	45.0
+ de 80	314	58.4	105	40.1
N.S.P	21	3.9	16	6.1
Total	538	100	262	100

RESULTATS

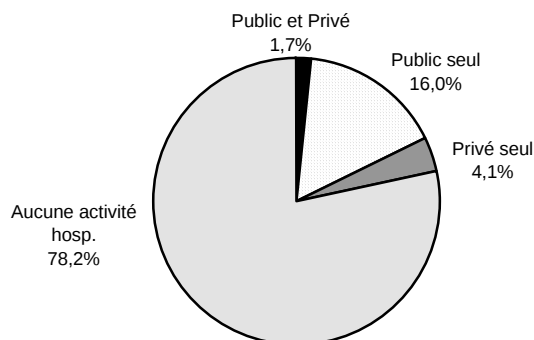
I - LIENS ENTRE MEDECINE LIBERALE ET STRUCTURES D'HOSPITALISATION

Une description succincte de ces liens peut être donnée par la fréquence des vacations exercées par des libéraux au sein de structures d'hospitalisation et la fréquence d'adressage de patients en direction de ces structures.

1. Fréquence des vacations au sein de structures d'hospitalisation

Près du quart des médecins généralistes interrogés exercent une activité régulière au sein de structures d'hospitalisation (fig. 1). L'activité au sein d'établissements privés est rare (6%) et c'est clairement l'hôpital public qui apparaît comme le lieu privilégié des généralistes pour l'exercice d'une activité parallèle à leur pratique libérale.

Figure 1
Proportion de généralistes exerçant une activité régulière dans un établissement hospitalier public ou privé



Les questions posées ne permettaient pas de définir le type de vacations exercées mais il est probable qu'un nombre important d'entre elles corresponde à la participation de médecins généralistes aux dispositifs de régulation des urgences.

Cette pratique n'est pas homogène dans les différents départements (tab. 1 : $p=10^{-3}$) : les vacations de généralistes dans des établissements publics sont rarement retrouvées dans des départements urbanisés tels que l'Isère et le Rhône. C'est par contre dans ce dernier département que l'on peut observer la plus grande proportion de généralistes effectuant des vacations dans des établissements privés (9%).

Tableau 1

Pratique de vacations par les généralistes dans des établissements d'hospitalisation en fonction du département (%)

Vacations	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
Etab. publics	19.4	30.4	31.7	13.3	27.0	8.6	25.0	17.5
Etab. privés	0.0	4.3	4.9	3.5	6.3	9.3	6.3	4.8
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63

Chez les généralistes, l'hétérogénéité des pratiques est encore plus nette en fonction de la taille de l'agglomération (tab. 2) : la pratique de vacations dans des établissements publics diffère significativement au sein des différentes classes ($p < 10^{-3}$) : elle est rare dans les grandes métropoles et surtout développée dans les petites agglomérations. Aucune relation significative n'est observée concernant les vacations de généralistes dans le secteur privé.

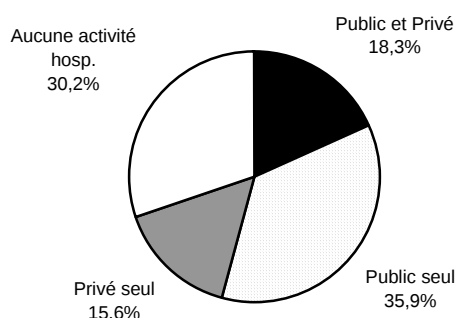
Tableau 2
Pratique de vacations par les généralistes dans des établissements d'hospitalisation en fonction de la taille de l'agglomération (%)

Vacations	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
Etab. publics	22.7	33.9	13.8	20.0	11.5
Etab. privés	7.0	3.4	0.0	8.0	6.6
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

Chez les généralistes, la pratique de vacations dans des établissements d'hospitalisation, qu'il soient publics ou privés, est par ailleurs indépendante de variables telles que l'âge, l'ancienneté de l'installation ou la taille de la clientèle.

Les médecins spécialistes exercent bien plus souvent des vacations au sein d'établissements d'hospitalisation que leurs confrères généralistes (fig. 2). C'est le cas de 70% d'entre eux : 54% exercent cette activité dans une structure publique et 34% dans une structure privée (sachant que 18% exercent des vacations simultanément dans les deux types de structures).

Figure 2
Proportion de spécialistes exerçant une activité régulière dans un établissement hospitalier public ou privé



Par ailleurs, on ne relève pas d'hétérogénéité significative en fonction du département (tab. 3) bien que des fluctuations importantes puissent être relevées au niveau des vacations dans des établissements privés (manque de puissance des tests en raison de la faiblesse des effectifs).

Tableau 3
Pratique de vacations par les spécialistes dans des établissements d'hospitalisation en fonction du département (%)

Vacations	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
Etab. publics	53.8	55.6	40.9	53.7	48.4	57.8	52.6	61.3
Etab. privés	23.1	55.6	50.0	33.3	22.6	28.9	42.1	41.9
EFFECTIFS	13	9	22	54	31	83	19	31

2. Fréquence d'adressage de patients à des structures d'hospitalisation

Pour la plupart des généralistes interrogés (80%), l'orientation d'un patient vers une structure hospitalière est une situation rencontrée à peine une fois par semaine (tab. 4).

Tableau 4
Fréquence d'adressage de patients par les généralistes à des structures d'hospitalisation

Nb d'hospit./mois	Généralistes
0 à 5	80.1
> 5	17.8
NSP	2.1
EFFECTIFS	538

Chez les spécialistes interrogés (tab. 5), la proportion est à peine plus faible (78%) mais il est vrai que cette catégorie (regroupant 11 spécialités) correspond à des pratiques extrêmement diverses et que le chiffre moyen n'a qu'une signification relative.

Tableau 5
Fréquence d'adressage de patients par les spécialistes à des structures d'hospitalisation

Nb d'hospit./mois	Spécialistes
0 à 5	77.9
> 5	21.8
NSP	0.4
EFFECTIFS	262

La proportion de généralistes "gros adresseurs", en moyenne égale à 18%, admet des variations qui demeurent non significatives ($p = 0.20$) en fonction du département : elle apparaît la plus basse dans les départements très urbanisés que sont l'Isère (12%) et le Rhône (15%) alors qu'elle atteint son maximum en Ardèche (35%).

De manière corollaire, on observe chez les généralistes une hétérogénéité ($p = 0.05$) en fonction de la taille de l'agglomération. Cependant, celle-ci n'est le

fait que d'une seule catégorie, celle des médecins exerçant dans des petites agglomérations (5 000 à 20 000 habitants) qui, deux fois plus souvent que leurs confrères du rural ou installés dans des villes plus importantes, peuvent être qualifiés de "gros adresseurs".

Tableau 6
Proportion de généralistes adressant souvent des patients
(plus de 5 par mois) vers des structures d'hospitalisation
en fonction de la taille de l'agglomération

Taille aggro.	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
% médecins adressant + de 5 patients / mois	15.6	33.9	19.0	16.0	15.2
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

En fait, plus qu'avec la taille de l'agglomération, le fait d'adresser souvent des patients vers une structure d'hospitalisation est lié -bien entendu- au volume de la clientèle (24% des généralistes qui voient plus de 80 patients par semaine peuvent être considérés comme de "gros adresseurs" alors que seuls 8% des généralistes ayant un volume d'activité inférieur sont dans ce cas ; $p < 10^{-4}$).

On relève également que le fait d'exercer des vacations dans une structure d'hospitalisation n'est pas étranger au fait d'adresser plus souvent des patients (tab. 7 : $p = 0.01$). Encore convient-il d'être prudent dans l'interprétation de ce résultat dans la mesure où des "facteurs de confusion" peuvent exister (par exemple liaison possible entre le fait d'exercer des vacations et la taille de la clientèle).

Tableau 7
Proportion de généralistes adressant souvent des patients
(plus de 5 par mois) vers des structures d'hospitalisation
selon qu'ils exercent ou non des vacations dans un établissement

Vacations	OUI	NON
% médecins adressant + de 5 patients / mois	25.6	15.7
EFFECTIFS	117	421

Enfin, la fréquence d'adressage apparaît indépendante de l'âge du praticien (< 40 ans / 40-49 ans / 50 ans et plus). Par contre, les "gros adresseurs" sont relativement rares chez les praticiens installés depuis moins de 5 ans (10%) ; après 5 ans, quelle que soit l'ancienneté (5 à 10 ans ou plus de 10 ans), ils restent en proportion constante (18 à 20% des généralistes). L'hétérogénéité décrite en fonction de l'ancienneté de l'installation est cependant non significative ($p = 0.10$).

Chez les spécialistes, il n'est pas retrouvé d'hétérogénéité significative en fonction du département, de l'âge du praticien, de l'ancienneté de l'installation et de la taille de la clientèle. Par contre, là encore, une différence très nette est relevée entre ceux qui exercent des vacations dans une structure d'hospitalisation (27% de "gros adresseurs") et ceux qui n'en exercent pas (9% ; $p < 10^{-3}$).

II - ORIENTATIONS RELEVÉES EN CAS D'HOSPITALISATION

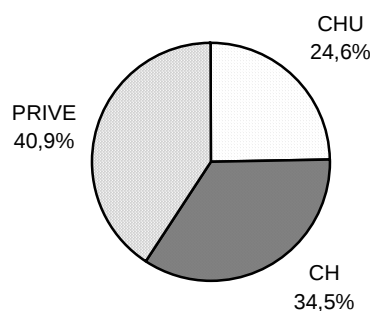
1. Estimation pour l'ensemble des patients de la clientèle

Il était demandé aux praticiens interrogés d'indiquer la part approximative que représentaient dans leur pratique les orientations vers un CHU, un CH (ou établissement privé participant au service public hospitalier -PPSPH-) ou vers un établissement privé.

Chez les **généralistes**, on relève que la première place est occupée par les orientations vers le secteur privé (41%).

Les centres hospitaliers "généraux" représentent le tiers des orientations (34%) et les CHU le quart.

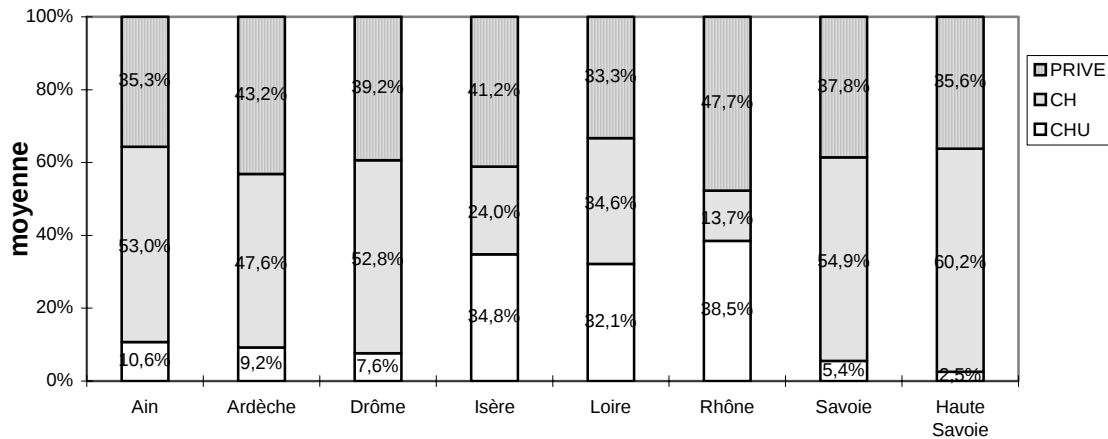
Figure 3
Orientation des patients par les généralistes



Cependant, cette distribution varie considérablement en fonction de l'offre locale (fig. 4) : les départements disposant d'un CHU en particulier (Rhône, Isère, Loire) sont les témoins d'orientations vers cette structure représentant plus du tiers de l'ensemble des orientations là où cette part n'excède pas dans les autres départements 2 à 11%. C'est donc le rôle d'hôpital de proximité que peut représenter le CHU pour la population locale qui est ainsi mis en avant. A contrario, dans ces départements dotés d'un CHU, les orientations vers des CH (ou des établissements PPSPH) est sensiblement plus faible.

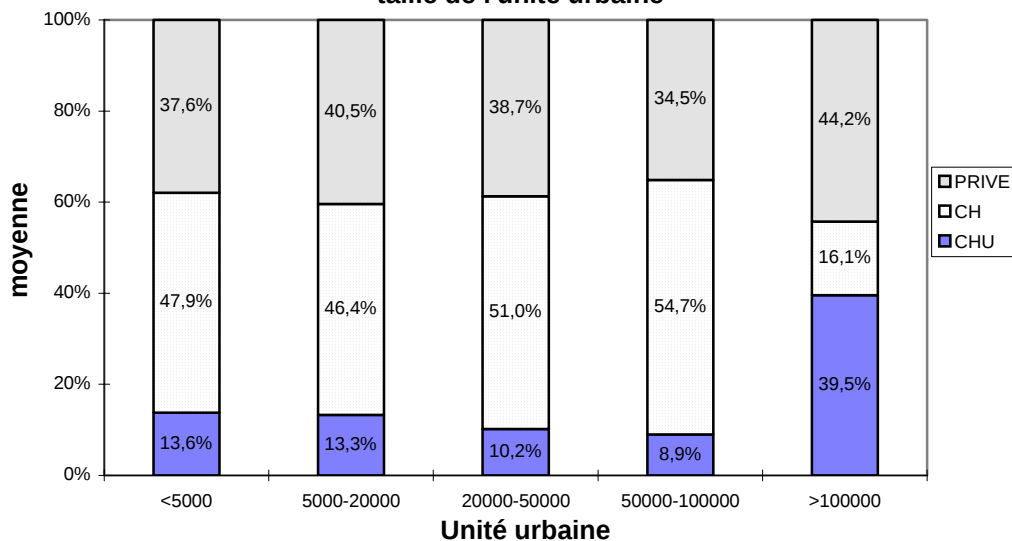
Les orientations vers des établissements privés fluctuent elles aussi significativement selon le département : elles dépassent 40% dans les deux départements les plus urbanisés (Rhône et Isère) mais également en Ardèche.

Figure 4
Orientation des patients par les généralistes
en fonction du département d'exercice



En fait, les orientations vers les structures d'hospitalisation se distinguent seulement dans les grosses agglomérations (plus de 100 000 habitants) où la place du CHU et du secteur privé est très forte. En dehors de ces 5 agglomérations, la part relative des différentes orientations ne diffère pas significativement (fig. 5).

Figure 5
Orientation des patients par les généralistes en fonction de la
taille de l'unité urbaine



Le rôle du type d'habitat (centre ville / banlieues résidentielles / banlieues populaires) a été étudié en ne considérant que les agglomérations de plus de 50 000 habitants.

Tableau 8
Pourcentage moyen [et IC 95%] des orientations des patients
par les généralistes en fonction du type d'habitat
(agglomérations de plus de 50 000 habitants)

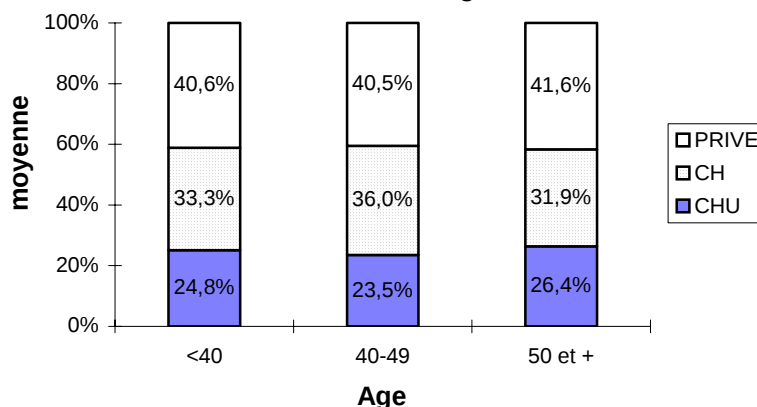
Orientations vers :	Structures publiques	Structures privées
Centre ville (n=151)	56.7 [+/- 3.8]	42.6 [+/- 3.8]
Banlieues résidentielles (n=54)	52.1 [+/- 6.1]	47.2 [+/- 6.2]
Banlieues populaires (n=58)	62.2 [+/- 5.9]	37.8 [+/- 5.9]
Hétérogénéité	p=0.07	p=0.10

On relève une hétérogénéité proche de la signification statistique quant aux orientations en fonction du type d'habitat et on note une prédominance des orientations vers des structures publiques dans les banlieues populaires et vers des structures privées dans les banlieues résidentielles. Les centre villes occupent une position intermédiaire.

Par ailleurs, on notera que le fait de faire des vacations dans un établissement privé ne semble pas conduire à une orientation préférentielle vers des structures d'hospitalisations privées (45% contre 40% ; p=0.28), de même, les généralistes assurant des vacations dans un établissement public ne semblent pas orienter plus volontiers que les autres (62% contre 58%, NS) vers le public.

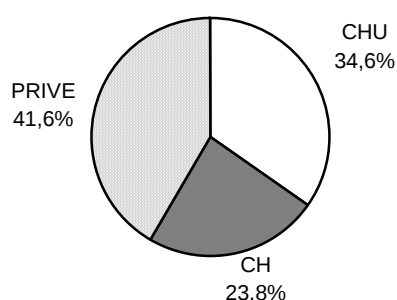
Enfin, des éléments tels que l'âge ou la taille de la clientèle n'influent pas significativement sur les orientations indiquées.

Figure 6
Orientation des patients par les généralistes en
fonction de l'âge



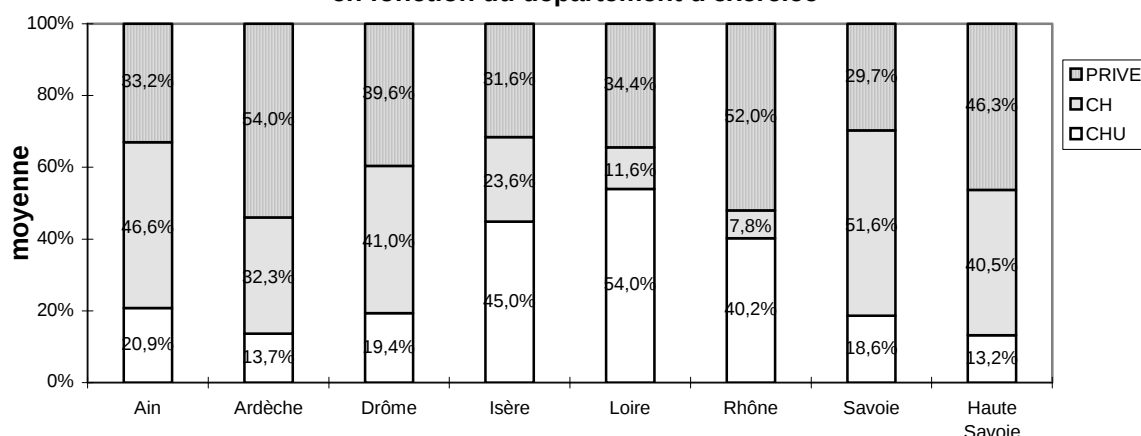
Les réponses des spécialistes (fig. 7) font apparaître, par rapport aux généralistes, une part des orientations vers le privé identique (42% contre 41%), par contre, les spécialistes orientent plus volontiers que leurs confrères généralistes vers des CHU (35% contre 25%) et, a contrario, moins vers des CH (24% contre 34%). Le type de pathologies soignées par les spécialistes, mais également la localisation des cabinets (forte concentration dans les 3 agglomérations possédant un CHU) en sont très certainement à l'origine.

Figure 7
Orientation des patients par les spécialistes



L'hétérogénéité des orientations selon le département est manifeste (fig. 8). On relève la place importante du CHU dans les 3 départements qui en disposent et la forte place du secteur privé dans le Rhône, l'Ardèche et la Haute-Savoie.

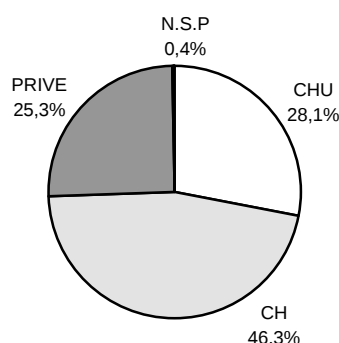
Figure 8
Orientation des patients par les spécialistes
en fonction du département d'exercice



2. Pour le dernier patient hospitalisé

Les orientations précédemment analysées (fig. 3) portaient sur une estimation approximative établie par les médecins pour l'ensemble de leurs patients. Une donnée plus objective est fournie par les orientations réellement décidées pour le *dernier patient* hospitalisé (fig. 9).

Figure 9
Orientation du dernier malade hospitalisé par les
généralistes



Chez les **généralistes**, par rapport aux données estimées sur l'ensemble des patients, on doit noter une plus faible part des orientations vers le privé (25% contre 41%) et, à l'opposé, une plus forte part des orientations vers des CH ou établissements PPSPH (46% contre 34%).

L'étude en fonction du département (tab. 9) confirme les conclusions précédemment énoncées, à savoir l'importance des orientations vers le CHU dans les départements qui disposent de cet équipement (40 à 44% contre 2 à 19% dans les autres départements).

Tableau 9
Orientation du dernier patient hospitalisé par les généralistes
en fonction du département

Orientation	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute Savoie
CHU	19.4	0.0	7.3	40.7	41.3	43.7	2.1	3.2
CH	66.7	82.6	73.2	29.2	44.4	17.9	79.2	79.4
PRIVE	13.9	17.4	19.5	28.3	14.3	38.4	18.8	17.5
Effectifs	36	23	41	113	63	151	48	63

L'analyse de l'orientation par les généralistes du dernier patient confirme par ailleurs la place prédominante prise par le CHU et le secteur privé dans les métropoles de plus de 100 000 habitants (tab. 10 : les orientations vers le privé y sont 1.5 fois plus fréquentes qu'ailleurs). De plus, bien que les différences observées dans les plus petites agglomérations ne soient pas significatives, il n'est pas surprenant de constater que c'est dans les agglomérations de taille moyenne (50 - 100 000 habitants) que les orientations vers le CH sont les plus nombreuses et celles vers le CHU les moins fréquentes. On peut estimer que les établissements hospitaliers publics de ces villes moyennes disposent d'un plateau technique et de compétences permettant dans certains cas d'éviter l'orientation vers le CHU.

Tableau 10
Orientation du dernier patient hospitalisé par les généralistes
en fonction de la taille de l'agglomération

Orientation	<5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	>100 000 h.
CHU	15.6	13.6	10.3	8.0	46.5
CH	62.5	66.1	67.2	74.0	22.2
PRIVE	21.9	18.6	22.4	18.0	30.9
N.S.P	0.0	1.7	0.0	0.0	0.4
Effectif	128	59	58	50	243

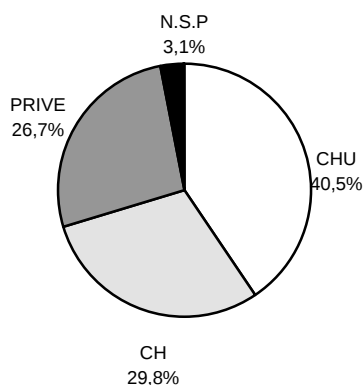
On remarquera enfin que l'âge du généraliste (tab. 11), la taille de sa clientèle ou l'ancienneté de l'installation n'influent pas sur l'orientation prise pour le dernier patient hospitalisé.

Tableau 11
Orientation du dernier patient hospitalisé par les généralistes
en fonction de l'âge (%)

Orientation	GENERALISTES		
	<40 ans	40-49 ans	50 ans et +
CHU	29.3	26.9	29.1
CH	46.3	47.7	42.7
PRIVE	23.8	25.4	27.3
N.S.P	0.6	0.0	0.9
Effectif	164	264	536

Chez les **spécialistes libéraux**, les données fournies pour le dernier patient (fig. 11) diffèrent également quelque peu de l'estimation que ces mêmes praticiens faisaient pour l'ensemble de leur clientèle (fig. 7). La place du secteur privé apparaît, lorsque l'on considère le dernier patient hospitalisé, sensiblement plus faible (27% contre 42%) au bénéfice tout à la fois des CHU (40% contre 35%) et des CH (30% contre 24%).

Figure 11
Orientation du dernier malade hospitalisé par les spécialistes

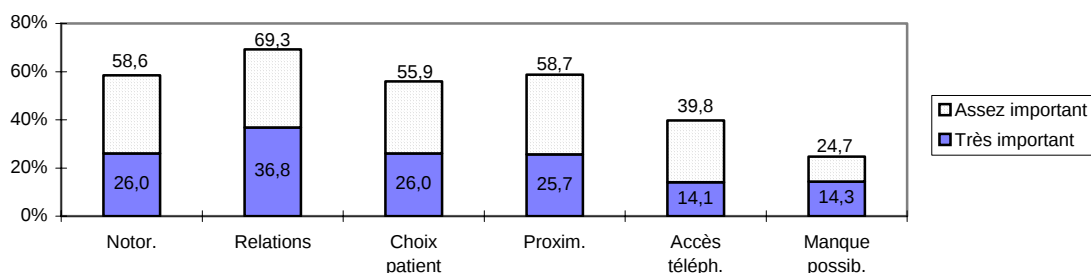


III - ELEMENTS INTERVENANT DANS LE CHOIX DE L'ETABLISSEMENT D'HOSPITALISATION

1. Pour le dernier patient hospitalisé

Parmi les six éléments testés pour les médecins généralistes (fig. 12), celui qui apparaît le plus important est la **qualité des relations** entretenues par le praticien avec le service (jugée importante par 69% des généralistes interrogés et très importante par 37% d'entre eux). Viennent ensuite, quasiment à égalité, la **notoriété du service**, le **choix du patient** ou de sa famille et la **proximité géographique**. La **facilité d'accès téléphonique** est un élément moins souvent cité. Enfin, un élément de choix par défaut, lié au **manque de possibilité d'accueil ailleurs**, est mis en avant par le quart des praticiens.

Figure 12
Eléments ayant présidé au choix de l'orientation
par les médecins généralistes pour le dernier patient hospitalisé (%)



Ces éléments peuvent varier en fonction de l'environnement du cabinet, étudié de manière indirecte par le biais de la taille de l'agglomération (tab. 12).

Tableau 12
Eléments ayant présidé au choix de l'orientation
par les médecins généralistes pour le dernier patient hospitalisé
en fonction de la taille de l'agglomération (%)

Elément jugé important	<5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	>100 000 h.
Notoriété service	60.1	52.6	55.2	62.0	59.3
Qualité relations	75.8	67.8	67.3	84.0	63.8
Choix du patient	61.7	61.0	62.0	62.0	48.3
Proximité	70.3	64.4	67.3	56.0	49.8
Facilité accès téléph.	41.5	32.2	39.7	40.0	40.7
Manque possibilités accueil	25.7	22.1	17.2	12.0	29.2
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

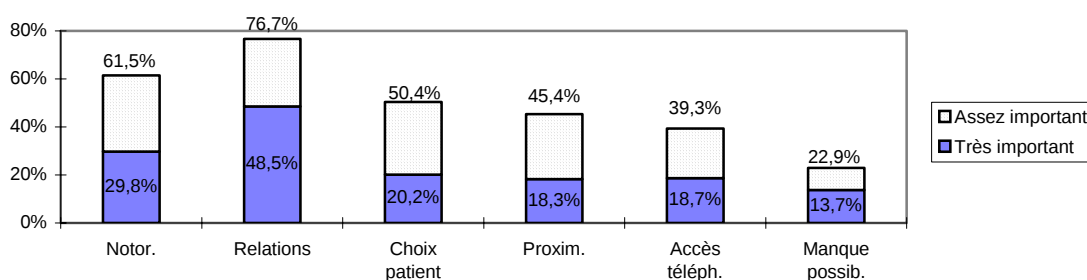
On remarque en particulier que le choix du patient et la proximité géographique priment moins dans les grandes villes qu'ailleurs et qu'un choix par défaut (manque de possibilités d'accueil) est surtout mis en avant dans les grandes villes d'une part, en milieu rural d'autre part.

Cependant, quelle que soit la taille de l'agglomération, la qualité des relations avec le service reste l'élément prépondérant, à égalité en milieu rural et dans les petites villes avec la proximité géographique.

On note par ailleurs que l'âge du praticien n'influe pas significativement sur les réponses.

Pour les spécialistes libéraux interrogés, la qualité des relations avec le service apparaît encore plus déterminante (fig. 13) et se distingue de tous les autres éléments (mise en avant par 77% d'entre eux, elle est jugée très importante par 48%).

Figure 13
Eléments ayant présidé au choix de l'orientation
par les médecins spécialistes pour le dernier patient hospitalisé (%)



Les autres éléments sont cités dans des proportions très proches de celles des généralistes, hormis peut-être la proximité, moins souvent mise en avant par les spécialistes.

2. Pour l'ensemble de la clientèle

Les données suivantes se rapportent aux éléments qui, **en général**, influencent le choix du médecin libéral d'orienter vers un établissement public ou privé (tab. 13).

Tableau 13
Eléments influençant le choix des médecins libéraux pour l'orientation
vers un établissement public ou privé (%)

Choix de l'orientation influencé par :	Généralistes (N=538)		Spécialistes (N=262)	
	Orientation vers étab. public	Orientation vers étab. privé	Orientation vers étab. public	Orientation vers étab. privé
Mutualisation patient dont très influencé	32.6 13.6	50.6 29.6	22.5 7.6	30.9 16.0
Volonté patient dont très influencé	88.7 55.4	90.9 63.4	77.1 50.4	70.2 51.9
Qualité service rendu dont très influencé	92.7 61.7	91.8 63.2	91.2 72.9	77.5 66.8
Rapidité admission dont très influencé	78.7 51.7	84.4 55.0	74.8 49.2	68.7 49.6
Proximité dont très influencé	69.0 33.1	67.9 38.3	52.7 28.6	55.7 34.0
Qualité des relations	84.3	88.3	82.8	74.4

dont très influencé	52.0	60.6	61.8	63.4
Autres éléments	21.6	16.2	23.3	14.5
dont très influencé	11.7	7.6	9.2	6.9

Les éléments les plus souvent mis en avant par les **généralistes** sont la qualité du service rendu, la volonté du patient et la qualité des relations. La rapidité de l'admission joue également un rôle important, plus que la proximité ou le fait que le patient ait ou non une mutuelle.

Les **spécialistes libéraux** placent eux aussi la qualité du service rendu et la qualité des relations au premier rang des éléments influençant leur choix. Ils accordent par contre une moindre importance que leurs confrères généralistes à la mutualisation du patient, à la proximité géographique et - peut-être parce qu'il y a moins de choix dans leur spécialité- à la volonté du patient. On remarquera enfin que la qualité du service rendu est moins souvent mise en avant pour une orientation vers un établissement privé.

Les fluctuations des critères influençant le choix relevées chez les généralistes en fonction de la taille de l'agglomération (tab. 14) sont modestes et non significatives, hormis l'intérêt porté à la mutualisation du patient (moindre dans les agglomérations de 20 à 50 000 habitants) et la proximité d'un établissement public (moins souvent mise en avant dans les grandes villes).

Tableau 14
Eléments influençant le choix des généralistes pour l'orientation
vers un établissement public ou privé en fonction de la taille
de l'agglomération (%)

Eléments influençant le choix d'orientation	< 5 000 h.		5-20 000 h.		20-50 000 h.		50-100 000 h.		> 100 000 h.	
	public	privé	public	privé	public	privé	public	privé	public	privé
Mutualisation patient	28.9	47.7	37.3	50.8	20.7	29.3	40.0	58.0	34.5	55.6
Volonté patient	88.3	92.2	89.8	88.1	89.6	91.4	90.0	98.0	88.1	89.3
Qualité du service	92.2	92.9	86.4	86.4	96.5	93.1	96.0	94.0	93.0	91.8
Rapidité d'admission	75.7	84.3	72.9	76.3	81.1	86.2	82.0	78.0	80.2	87.2
Proximité	70.3	68.0	71.2	59.3	86.2	84.5	72.0	68.0	63.0	65.8
Qualité des relations	84.4	89.1	81.3	83.0	84.5	87.9	90.0	88.0	83.9	89.3
Autres éléments	20.3	14.1	10.2	11.9	17.3	12.0	24.0	16.0	24.6	19.3
EFFECTIFS	128		59		58		50		243	

IV- INADEQUATIONS RELEVÉES AU NIVEAU DE L'ORIENTATION FINALE DU PATIENT

Il était demandé aux praticiens interrogés d'indiquer s'ils avaient relevé, pour l'un au moins des 5 derniers patients hospitalisés, une inadéquation entre le problème présenté et le service où le patient avait été hospitalisé.

On relève que 23.6% des **médecins généralistes** et 18.3% des **spécialistes** déclarent avoir fait ce constat pour l'un au moins des 5 derniers patients hospitalisés.

La proportion de généralistes placés dans cette situation évolue significativement en fonction du département (tab. 15 : $p=0.01$) et de la taille de l'unité urbaine (tab. 16 : $p=0.08$).

Tableau 15
Proportion de médecins indiquant une inadéquation
entre le problème présenté et le service d'hospitalisation
pour l'un au moins des 5 derniers patients hospitalisés
en fonction du département (%)

Département	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
% M.G. déclarant une inadéquation	27.8	21.7	34.1	24.8	15.9	15.2	29.2	36.5
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63
% spéc. déclarant une inadéquation	15.4	33.3	27.3	25.9	25.8	7.2	26.3	12.9
EFFECTIFS	13	9	22	54	31	83	19	31

C'est dans le Rhône et la Loire que ce type de problèmes sont le moins souvent déclarés par les généralistes, tandis qu'ils semblent plus fréquents en Haute-Savoie et dans la Drôme. Les réponses des spécialistes confirment la faiblesse de telles situations dans le Rhône.

Tableau 16
Proportion de généralistes indiquant une inadéquation
entre le problème présenté et le service d'hospitalisation
pour l'un au moins des 5 derniers patients hospitalisés
en fonction de la taille de l'agglomération (%)

Département	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
% M.G. déclarant une inadéquation	28.1	27.1	22.4	34.0	18.5
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

Une hétérogénéité à la limite de la signification se fait jour en fonction de la taille de l'agglomération avec, semble-t-il, plus de problèmes dans les villes moyennes (50-100 000 habitants) et beaucoup moins dans les grandes villes.

On doit par ailleurs signaler que cet élément n'est significativement associé à aucun des facteurs testés chez les généralistes (âge, taille de la clientèle, ancienneté de l'installation, pratique de vacations). Par contre, chez les spécialistes, les plus nombreux à évoquer de telles inadéquations sont ceux qui exercent des vacations dans un établissement privé (29% contre 14% chez ceux qui n'en exercent pas ; $p=0.02$).

V - RELATIONS AVEC LA MEDECINE INTERNE HOSPITALIERE

1. Relations avec un service de médecine interne

Signalons que les questions portant sur la médecine interne ont en général posé problème aux spécialistes qui se sentaient peu concernés par cette section du questionnaire.

On relève (tab. 17) que les trois-quarts des médecins, généralistes comme spécialistes, disposent dans l'établissement hospitalier le plus proche d'un service de médecine interne (à noter que 9% des spécialistes et 2% des généralistes n'ont pas su répondre à cette question). Par ailleurs, 60% des généralistes et 47% des spécialistes se déclarent en relation régulière avec une telle unité.

Tableau 17
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche

Médecine interne	Généralistes	Spécialistes
Relation régulière avec un service	59.9	46.6
Disposent d'une telle ressource	76.8	79.8
EFFECTIFS	538	262

Ces chiffres fluctuent en fonction du département d'exercice (tab. 18).

Tableau 18
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction du département

Médecine interne	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
<u>Généralistes</u>								
relations régulières	55.6	78.3	63.4	38.9	79.4	62.3	54.2	69.8
disposent d'une telle ressource	75.0	82.6	68.3	74.3	90.5	73.5	81.3	76.2
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63
<u>Spécialistes</u>								
relations régulières	61.5	77.8	40.9	25.9	51.6	45.8	52.6	64.5
disposent d'une telle ressource	61.5	55.6	86.4	74.1	77.4	88.0	73.7	83.9
EFFECTIFS	13	9	22	54	31	83	19	31

La proportion de **généralistes** disposant d'un service de médecine interne dans l'établissement d'hospitalisation le plus proche évolue de manière non significative ($p=0.15$) d'un département à un autre, variant de 68% à 90%.

Par contre, la proportion de **généralistes** se déclarant en relation régulière avec un service de médecine interne admet des variations importantes ($p<10^{-5}$) et varie de 39% (Isère) à 78-79% (Ardèche et Loire).

Les variations relevées chez les **spécialistes**, bien qu'importantes, sont difficilement interprétables en raison de la faiblesse des effectifs.

Par ailleurs, on ne relève chez les **généralistes** aucune hétérogénéité significative des réponses en fonction de la taille de l'agglomération (tab. 19).

Tableau 19
Proportion de généralistes se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction de la taille de l'agglomération

Médecine interne	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
Relations régulières	59.4	57.6	60.3	72.0	58.0
Disposent d'une telle ressource	72.7	78.0	70.7	82.0	79.0
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

On note encore que l'âge est significativement associé au fait d'entretenir des relations régulières avec un service de médecine interne. Le constat d'une progression de telles relations avec l'avance en âge du praticien se vérifie cependant seulement chez les généralistes (tab. 20 : $p=0.01$). Le fait de disposer d'une telle ressource dans l'offre hospitalière de proximité n'est par contre pas associé à l'âge du praticien.

Tableau 20
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction de l'âge (%)

Médecine interne	< 40 ans	40-49 ans	50 ans et +
<u>Généralistes</u>			
relations régulières	50.6	61.4	70.0
disposent d'une telle ressource	72.0	76.9	83.6
EFFECTIFS	164	264	110
<u>Spécialistes</u>			
relations régulières	38.9	48.0	49.4
disposent d'une telle ressource	77.8	82.1	77.6
EFFECTIFS	54	123	85

On note encore que les médecins exerçant des vacations dans le public ou le privé sont plus souvent que les autres en relation avec un service de médecine interne (tab. 21 : $p=0.01$ pour les généralistes et $p=0.04$ pour les spécialistes).

Tableau 21
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction de la pratique de vacations

Médecine interne	vacations OUI	vacations NON
<u>Généralistes</u>		
relations régulières	70.1	57.0
disposent d'une telle ressource	78.6	76.2
EFFECTIFS	117	421
<u>Spécialistes</u>		
relations régulières	50.8	36.7
disposent d'une telle ressource	80.9	77.2
EFFECTIFS	183	79

Par ailleurs, une évolution en fonction de l'ancienneté (corollaire de celle relevée en fonction de l'âge) est également notée : les médecins installés depuis plus longtemps sont plus nombreux que les autres à entretenir des relations régulières avec un service de médecine interne (tab. 22). Ceci est vérifié pour les généralistes ($p=10^{-3}$) mais pas de manière significative pour les spécialistes ($p=0.13$). On remarque encore que les généralistes installés depuis plus longtemps sont plus nombreux à déclarer trouver dans leur environnement local des ressources en matière de médecine interne ($p=0.03$). Une telle hétérogénéité n'est pas relevée chez les spécialistes.

Tableau 22
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction de l'ancienneté de l'installation (%)

Médecine interne	< 5 ans	5-10 ans	> 10 ans
<u>Généralistes</u>			
relations régulières	43.1	55.0	65.0
disposent d'une telle ressource	66.7	75.0	79.5
EFFECTIFS	72	120	346
<u>Spécialistes</u>			
relations régulières	35.1	44.0	49.7
disposent d'une telle ressource	70.3	80.0	81.7
EFFECTIFS	37	50	175

Enfin, une relation significative est également notée entre la taille de clientèle et le fait d'entretenir des relations régulières avec un service de médecine interne (tab. 23). Chez les généralistes, la fréquence de telles relations augmente avec la taille de la clientèle ($p=10^{-4}$), ce qui constitue un corollaire probable aux relations avec l'âge et l'ancienneté déjà signalées. Chez les spécialistes par contre, une relation inverse est observée ($p=0.01$), ce qui est probablement à mettre en relation avec le type de spécialités (on peut considérer que certaines spécialités, correspondant à un rythme de consultation plus lent, sont plus souvent en relation avec des services de médecine interne).

Tableau 23
Proportion de médecins se déclarant en relation régulière avec
un service de médecine interne et disposant d'une telle
ressource dans l'établissement hospitalier le plus proche
en fonction de la taille de la clientèle (%)

Médecine interne	< 40/sem.	40-80/sem.	> 80/sem.
<u>Généralistes</u>			
relations régulières	39.3	52.0	67.8
disposent d'une telle ressource	78.6	73.7	78.3
EFFECTIFS	28	175	314
<u>Spécialistes</u>			
relations régulières	69.6	51.7	38.1
disposent d'une telle ressource	91.3	75.4	85.7
EFFECTIFS	23	118	105

Aucune relation significative n'est révélée entre la taille de la clientèle et le fait de disposer d'une ressource en médecine interne dans l'environnement local.

2. Besoins en matière de médecine interne

Rappelons que seule une minorité de médecins (21% des généralistes et 11% des spécialistes) déclare ne pas disposer d'un service de médecine interne dans l'établissement hospitalier le plus proche, sans hétérogénéité significative en fonction du département et de la taille de l'agglomération.

Si près des deux tiers des généralistes ainsi "démunis" déclarent que l'absence de cette ressource constitue un manque, seul un spécialiste sur six placé dans cette situation partage cet avis.

Tableau 24
Besoins exprimés en matière de service de médecine interne
chez les praticiens ne disposant pas d'une telle offre
dans l'établissement hospitalier le plus proche (%)

Un service de médecine interne...	Généralistes	Spécialistes
manque beaucoup	40.4	6.9
manque assez	20.2	10.3
Total manque	60.6	17.2
EFFECTIFS	114	29

Bien que les différences relevées ne sont pas significatives, les généralistes ne disposant pas d'une offre de médecine interne et déplorant de fait sont plutôt retrouvés en milieu rural et chez les plus de 50 ans.

3. Indications considérées comme relevant d'un service de médecine interne

Il était demandé aux médecins interrogés de définir si, de leur point de vue, six tableaux cliniques qui leur étaient proposés relevaient d'un service de médecine interne.

Tableau 25
Indications considérées comme relevant
d'un service de médecine interne (%)

Indications	Généralistes (N=538)			Spécialistes (N=262)		
	OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
Polypathologies	89.2	7.2	3.5	58.8	8.0	33.2
Problèmes psychosomatiques	40.1	55.4	4.5	27.5	39.3	33.2
Diagnostics hésitants	90.3	7.8	1.9	55.0	10.3	34.7
Maladies dites de système	90.1	7.2	2.6	60.7	6.5	32.8
Maladies rares	84.8	11.0	4.3	55.7	10.3	34.0
Problèmes de médecine générale	50.6	40.3	9.1	34.7	29.8	35.5

Généralistes comme spécialistes s'accordent à considérer très majoritairement que les polypathologies, les diagnostics hésitants, les

maladies dites de système et les maladies rares sont effectivement de bonnes indications pour une hospitalisation en service de médecine interne. Ils apparaissent beaucoup plus réservés pour les problèmes psycho-somatiques et les problèmes de médecine générale (ce dernier concept n'ayant pas toujours été compris comme en témoigne le taux de non-réponse observé chez les généralistes). Par ailleurs, on notera que les définitions proposées ont posé de sérieux problèmes aux spécialistes qui, une fois sur trois, n'ont pas su que répondre.

Les deux indications pour lesquelles les avis sont partagées (problèmes psycho-somatiques et problèmes de médecine générale) sont les seules à connaître certaines fluctuations des réponses en fonction du département et de la taille de l'agglomération.

VI - DIFFICULTES RENCONTREES AU MOMENT DE L'ADMISSION ET RECOURS "PALLIATIF" AUX SERVICES D'URGENCES

On sait que sont adressés aux services d'urgences un certain nombre de patients ne relevant pas d'urgences médicales vraies. Ce fait a plusieurs origines qu'il était intéressant d'étudier. On doit signaler que dans ce paragraphe consacré aux urgences, de nombreux spécialistes ont éprouvé des difficultés à répondre car leur pratique les placent rarement en situation de devoir hospitaliser en urgence un patient.

1. Recours "palliatif" aux services d'urgences et motifs de cette orientation

Il était demandé aux médecins interrogés d'estimer très approximativement, parmi les patients adressés par eux dans un service d'urgences, la proportion de ceux qui ne présentaient pas en réalité d'urgence médicale vraie.

Tableau 26
Proportion d'adressage vers les services d'urgences de patients ne présentant pas une urgence médicale vraie

% patients orientés vers urgences sans pb d'urgence	Généralistes N=524 non-réponses = 2.6% %	Spécialistes N=248 non-réponse = 5.3% %
0%	15.1	68.5
1-10%	29.6	15.8
11-20%	13.9	5.2
21-30%	10.5	1.6
31-50%	15.6	4.4
51-75%	7.1	2.4
76-100%	8.2	2.0
% moyen	26.6	7.6
[I.C - 95%]	[24.3 - 28.9]	[5.3 - 9.9]

On voit que les **généralistes** sont souvent placés dans cette situation puisqu'en moyenne 27% de leurs patients adressés aux urgences ne relèvent pas d'urgence médicale vraie. Seuls 15% d'entre eux ne

rencontrent jamais cette situation. A l'opposé, 11% indiquent que c'est le cas d'un patient sur deux adressé aux urgences et pour 15% la proportion est encore plus grande.

Par contre, seuls 31% des **spécialistes** interrogés sont confrontés à ce cas de figure et, une fois sur deux, ces patients représentent moins de 10% des adressages aux urgences. De fait, le pourcentage moyen relevé chez les spécialistes n'est que de 8%.

Tous les départements sont concernés par ce phénomène comme en témoigne les proportions correspondant à plus de 10% des adressages (tab. 27). Par contre, il ressort de l'analyse des fortes proportions d'adressage (tab. 27 ; $\geq 50\%$: $p < 0.05$) et de l'analyse des proportions moyennes d'adressage (fig. 14 : $p = 0.19$) que l'Ardèche et, à un degré moindre, la Haute-Savoie sont particulièrement concernées. A l'opposé, les départements disposant de CHU, et tout spécialement l'Isère et le Rhône, sont relativement épargnés.

Figure 14
Proportion moyenne d'adressages par les généralistes vers des services d'urgence de patients ne présentant pas une urgence médicale vraie en fonction du département d'exercice

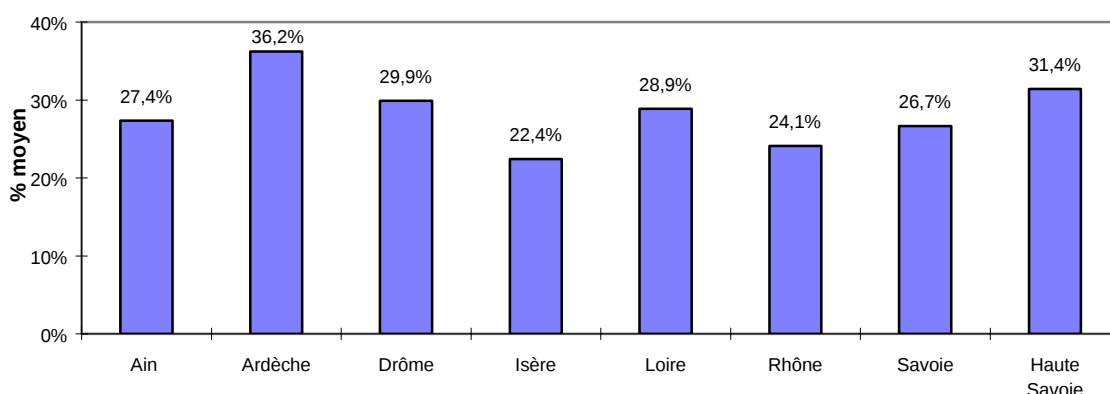


Tableau 27
Proportion de généralistes indiquant qu'une certaine proportion de leurs adressages aux urgences se rapportent à des patients ne présentant pas d'urgence médicale vraie en fonction du département

Absence d'urgence médicale vraie	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
> 10% des adressages	55.6	65.2	57.5	55.0	66.1	51.7	54.5	49.2
$\geq 50\%$ des adressages	30.6	47.8	30.0	19.3	22.6	28.8	27.3	39.3
EFFECTIFS	36	23	40	109	62	149	44	61

A titre purement indicatif en raison de la faiblesse des effectifs, sont donnés les pourcentages relevés chez les spécialistes.

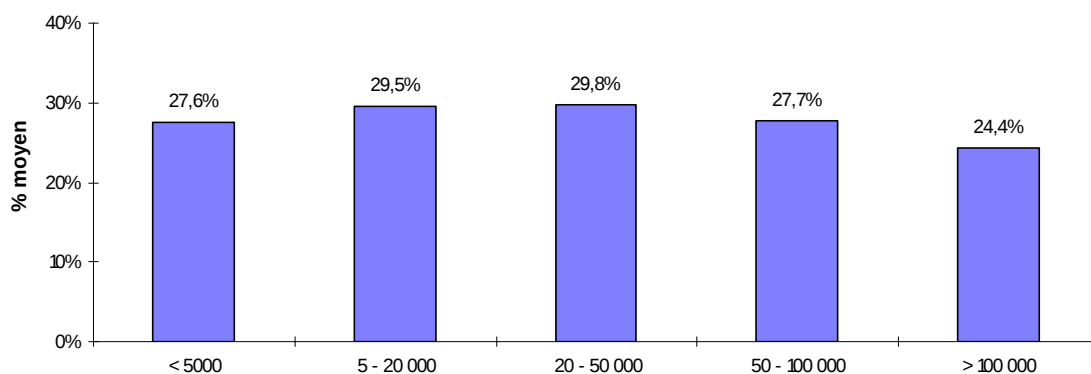
Tableau 28
Proportion de spécialistes indiquant qu'une certaine proportion

**de leurs adressages aux urgences se rapportent à des patients
ne présentant pas d'urgence médicale vraie
en fonction du département**

Absence d'urgence médicale vraie	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
> 10% des adressages	36.4	12.5	27.2	17.8	10.0	13.4	15.8	9.7
EFFECTIFS	11	8	22	45	30	82	19	31

Ce phénomène semble par ailleurs indépendant de la taille de l'agglomération (fig. 15 : Kruskal-Wallis $p=0.98$).

Figure 15
**Proportion moyenne d'adressages par les généralistes vers des
services d'urgence de patients ne présentant pas une urgence
médicale vraie en fonction de la taille de l'unité urbaine**



Enfin, aucune liaison significative n'a été relevée, chez les généralistes comme chez les spécialistes, avec l'âge du praticien, l'ancienneté de l'installation, la taille de la clientèle ou le type d'habitat (centre ville / banlieues populaires / banlieues résidentielles).

Les raisons avancées pour une orientation "par défaut" de tels patients vers un service d'urgence tiennent essentiellement au mode de fonctionnement de la structure d'hospitalisation et non pas à un choix délibéré du praticien libéral (fig. 16 et 17) puisqu'arrivent largement en tête des réponses :

- l'absence de lits dans le service initialement souhaité et contacté,
- la complexité des démarches pour trouver un lit,
- le fait que ce soit le mode habituel d'admission de l'établissement.

Figure 16
Éléments ayant présidé au choix de l'orientation vers les urgences par les médecins généralistes de patients ne présentant pas d'urgence médicale vraie

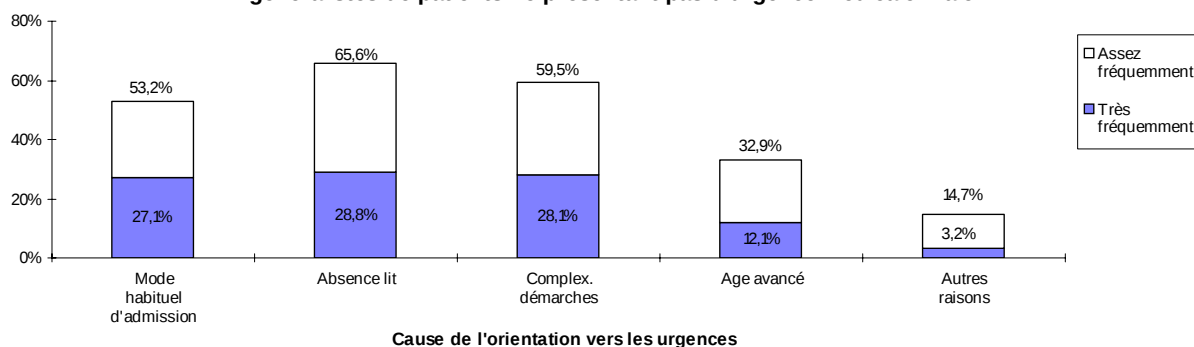
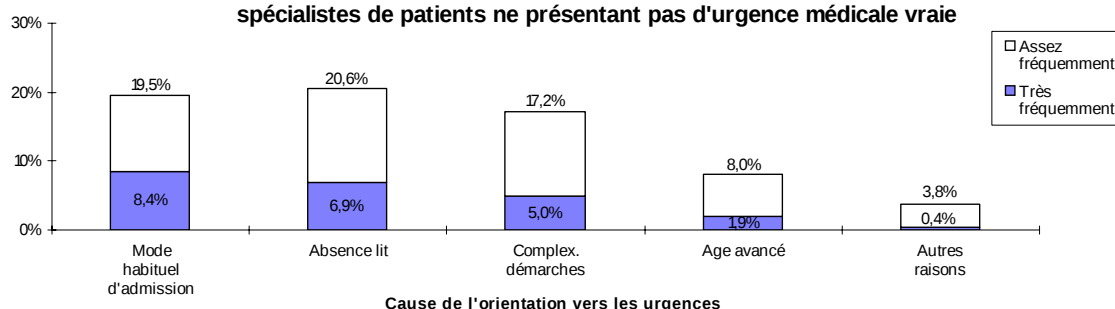


Figure 17
Éléments ayant présidé au choix de l'orientation vers les urgences par les médecins spécialistes de patients ne présentant pas d'urgence médicale vraie



Certaines évolutions se font jour dans les réponses des généralistes en fonction du département. Les seules qui atteignent une significativité statistique sont la complexité des démarches pour trouver un lit ($p < 10^{-5}$), plus souvent mise en avant dans le Rhône et l'Isère et, au contraire, rarement évoquées en Ardèche ainsi que l'âge avancé du patient ($p = 10^{-6}$) qui semble intervenir plus fréquemment dans le Rhône qu'ailleurs pour expliquer une hospitalisation par le biais d'un service d'urgences.

Tableau 29
Éléments intervenant pour expliquer l'orientation par les généralistes de patients vers les services d'urgences sans qu'il ait urgence médicale vraie en fonction du département

Élément intervenant fréquemment	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
Mode habituel d'admission	61.1	47.8	56.1	54.9	53.9	43.7	62.5	60.3
Absence de lits	55.5	60.9	46.4	67.2	68.3	71.5	66.7	65.1
Complexité des démarches	41.6	34.8	41.5	65.5	49.2	71.6	56.3	63.4
Age avancé du patient	22.2	26.1	26.8	20.3	35.0	51.0	31.3	23.8
Autres raisons	13.9	8.7	17.1	15.1	14.3	17.8	8.4	12.7
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63

Les mêmes éléments sont par ailleurs significativement associés (respectivement $p < 10^{-5}$ et $p < 0.01$) à la taille de l'agglomération.

On relève en effet que la complexité pour trouver un lit est surtout mise en avant dans les grandes villes, de même que l'âge avancé du patient (moyennes et grandes villes).

Tableau 30
Éléments intervenant pour expliquer l'orientation par les généralistes de patients vers les services d'urgences sans qu'il ait urgence médicale vraie en fonction de la taille de l'agglomération

Élément intervenant fréquemment	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
Mode habituel d'admission	60.9	50.8	60.4	52.0	48.1
Absence de lits	62.5	57.6	58.6	64.0	71.2
Complexité des démarches	55.5	40.6	46.5	58.0	69.6
Age avancé du patient	26.6	27.2	18.9	44.0	38.7
Autres raisons	14.9	10.2	5.2	18.0	17.3
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

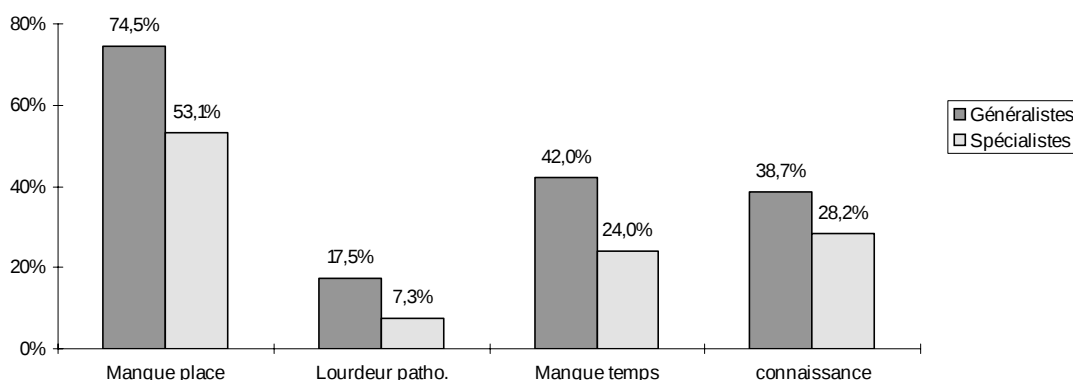
Par ailleurs, la complexité pour trouver un lit est également plus souvent évoquée par les généralistes ayant une activité importante. Les autres facteurs testés ne sont pas associés à ces éléments.

2. Obstacles à l'hospitalisation programmée

Il était demandé aux médecins interrogés de définir les deux obstacles les plus fréquents à l'hospitalisation programmée parmi quatre éléments proposés.

Le facteur qui prédomine largement, chez les généralistes mais aussi les spécialistes, est le manque de place (fig. 18), pointé par les trois-quarts des généralistes et la moitié des spécialistes. Loin derrière, et quasiment à égalité, sont cités le manque de temps pour la recherche d'une place adaptée et le manque de connaissance sur l'offre adaptée disponible. Enfin, la lourdeur de la pathologie présentée par le patient est rarement citée, en particulier par les spécialistes.

Figure 18
Obstacles les plus fréquents à l'hospitalisation programmée



Certaines réponses sont diversement citées par les généralistes selon les départements (tab. 31). C'est le cas du manque de place ($p=0.02$), plus rarement mis en avant dans l'Ain, la Haute-Savoie et l'Isère. C'est encore le cas de la lourdeur de la pathologie ($p=0.02$), surtout pointée par les généralistes de la Loire et du Rhône ainsi que du manque de temps pour la

recherche d'une place adaptée ($p < 10^{-4}$) qui constitue un obstacle fréquent pour les généralistes de l'Isère, du Rhône, voire de la Haute-Savoie.

Tableau 31
Obstacles à l'hospitalisation programmée les plus fréquemment cités par les médecins généralistes en fonction du département(%)

Obstacles	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
Manque de place	58.3	78.3	82.9	69.9	85.7	78.1	75.0	65.1
Lourdeur pathologie	19.4	17.4	14.6	12.4	23.8	25.2	10.4	7.9
Manque de temps	30.6	30.4	29.3	60.2	30.2	47.7	22.9	41.3
Manque de connaissance sur l'offre	50.0	43.5	46.3	43.4	38.1	33.8	27.1	38.1
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63

On notera que pour les spécialistes, seules les réponses concernant le manque de temps pour la recherche d'une place adaptée diffèrent significativement au sein des département ($p=0.05$), cet élément étant plus souvent mis en avant dans la Loire, l'Ardèche et l'Ain.

La taille de l'agglomération ne semble pas influencer significativement sur les réponses, hormis le fait que les généralistes des grandes ville sont les plus nombreux à évoquer le manque de temps (53% ; $p < 10^{-4}$).

Par ailleurs, le manque de place est plus souvent évoqué par les spécialistes les plus jeunes (67% ; $p=0.02$) et par ceux qui effectuent des vacations dans des structures d'hospitalisation (57% ; $p=0.06$). Enfin, notons que le manque de connaissance sur l'offre adaptée disponible est plus souvent pointée par les généralistes ayant une faible activité (moins de 40 actes par semaine : 50% ; $p < 10^{-2}$).

3. Délais d'admission

Le délai moyen séparant, en dehors d'une situation d'urgence, la demande et l'admission réelle apparaît, aux généralistes comme aux spécialistes, plus court dans le privé que dans le public (fig. 19 et 20).

Figure 19
Estimation, hors urgence, du délai entre la demande et l'admission réelle des patients dans un établissement par les généralistes

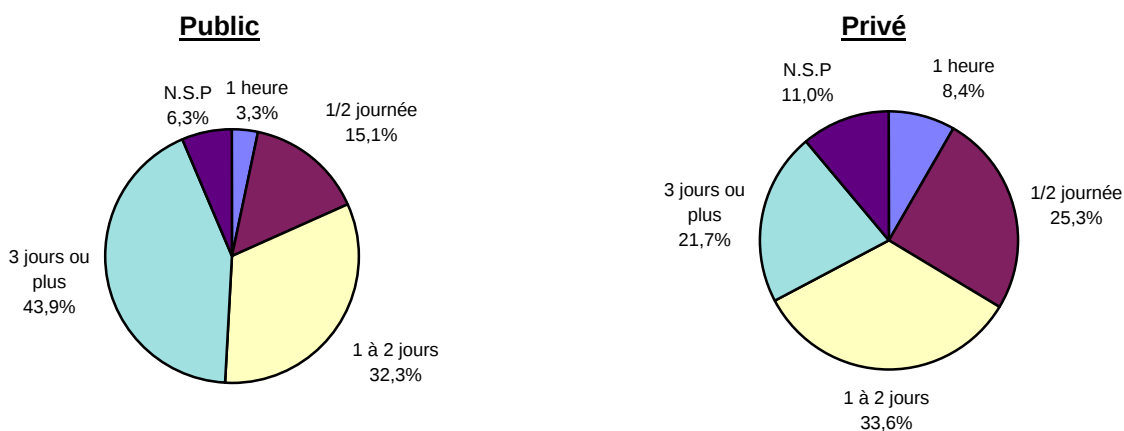
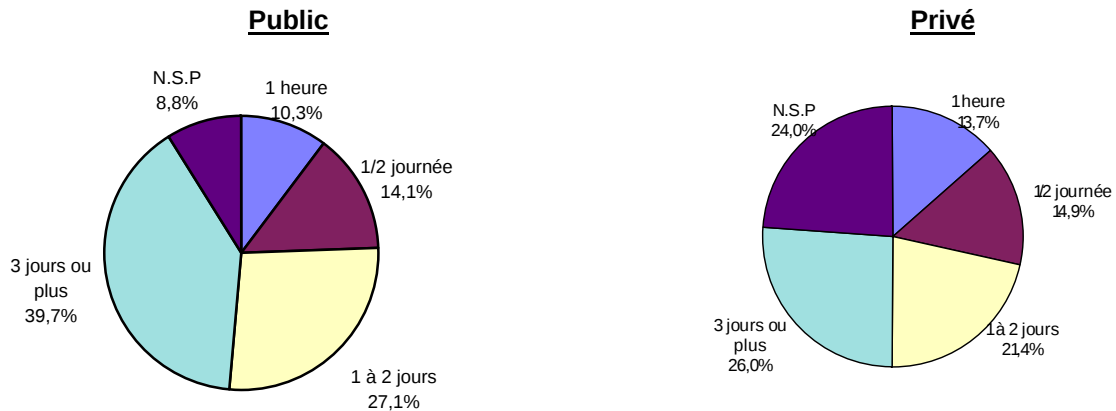


Figure 20
Estimation, hors urgence, du délai entre la demande et l'admission réelle
des patients dans un établissement par les spécialistes



Si l'on ne considère que la proportion de médecins indiquant un délai moyen d'admission -hors urgence- au moins égal à 3 jours, on relève une hétérogénéité significative et marquée en fonction du département aussi bien chez les généralistes que chez les spécialistes (malgré la faiblesse des effectifs dans ce dernier cas).

Tableau 32
Proportion de médecins indiquant un délai moyen d'admission
(hors situation d'urgence) égal à 3 jours ou plus
en fonction du département

% délai ≥ 3 J.	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
<u>Généralistes</u>								
dans le public	38.9	39.1	24.4	38.9	36.5	71.5	12.5	27.0
dans le privé	8.3	8.7	9.8	30.1	9.5	35.1	12.5	14.3
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63
<u>Spécialistes</u>								
dans le public	30.8	33.3	36.4	35.2	77.4	44.6	15.8	19.4
dans le privé	15.4	22.2	18.2	16.7	67.7	22.9	10.5	29.0
EFFECTIFS	19	9	22	54	31	83	19	31

On remarque la forte proportion de longs délais d'admission pour les **généralistes** du Rhône, aussi bien dans le privé que dans le public, et la forte proportion de **spécialistes** de la Loire faisant le même constat.

A un degré moindre, les spécialistes du Rhône sont affectés par de longs délais d'admission dans le public et ceux de la Haute-Savoie dans le privé.

Par ailleurs, si l'on considère les réponses des généralistes, on observe que le problème des longs délais d'admission (aussi bien dans le public que dans le privé) se pose surtout pour les médecins des grands centres urbains (tab. 33).

Tableau 33

**Proportion de généralistes indiquant un délai moyen d'admission
(hors situation d'urgence) égal à 3 jours ou plus
en fonction de la taille de l'agglomération**

% délai $\geq$ 3 j.	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
Dans le public	32.8	35.6	29.3	14.0	59.3
Dans le privé	17.2	13.6	6.9	10.0	32.1
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

VII - RELATIONS AVEC LE SERVICE D'HOSPITALISATION

1. Au moment de l'admission et pendant le séjour

On note dans ce chapitre une très grande concordance des réponses des généralistes et des spécialistes (fig. 21 et 22). Les uns comme les autres estiment dans les mêmes proportions que la plupart du temps ou, en tout cas, assez souvent :

- ils peuvent obtenir facilement les informations souhaitées (85%),
- ils sont informés de l'hospitalisation d'un patient qu'ils n'ont pas eux-mêmes adressés (seule la moitié d'entre eux partagent cet avis),
- ils ont l'habitude de téléphoner ou de rencontrer leurs confrères en charge du patient (85%),
- ils se sentent associés à la sortie du patient (seuls 45% environ partagent cet avis),
- il est souhaitable qu'une consultation préalable soit effectuée auprès d'un médecin du service avant une hospitalisation programmée (45% environ).

Figure 21
Relations avec les structures d'hospitalisation pendant le séjour
d'un patient. Médecins généralistes (N=538)

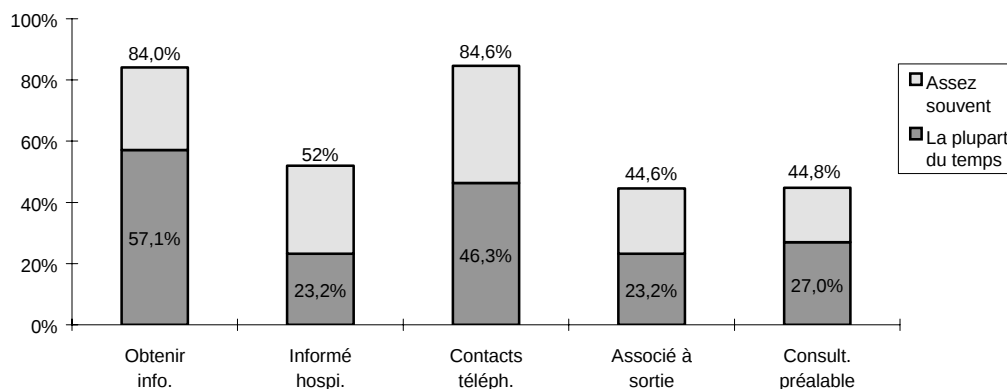
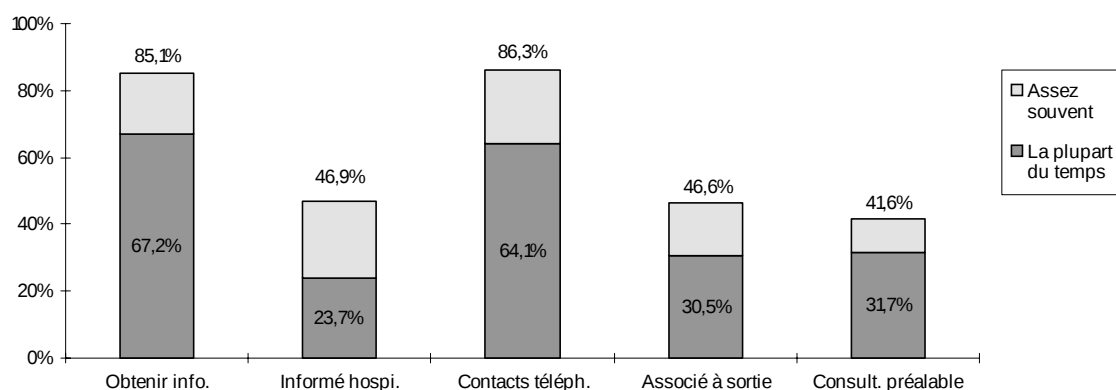


Figure 22
Relations avec les structures d'hospitalisation pendant le séjour d'un patient. Médecins spécialistes (N=262)



Les évolutions des réponses des généralistes en fonction du département et de la taille de l'agglomération sont données dans les tableaux 34 et 35.

Tableau 34
Relations entretenues par les généralistes avec les services d'hospitalisation en fonction du département (%)

La plupart du temps ou assez souvent...	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
obtiennent facilement informations	80.6	95.6	90.2	75.3	85.7	86.8	83.3	85.7
sont informés de l'hospit. d'un patient non adressé par eux	75.0	56.5	51.2	38.9	50.8	51.0	58.3	60.3
ont l'habitude de téléph. confrères	75.0	91.3	92.7	85.8	82.5	81.5	91.7	84.1
se sentent associés à la sortie du patient	52.8	52.1	41.5	31.8	42.9	47.7	62.6	42.8
pensent qu'une consult. préalable est souhaitable	30.6	52.2	31.7	39.8	47.6	48.4	43.7	57.1
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63

Tableau 35
Relations entretenues par les généralistes
avec les services d'hospitalisation
en fonction de la taille de l'agglomération

La plupart du temps ou assez souvent...	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
obtiennent facilement informations	84.3	84.7	86.2	86.0	82.7
sont informés de l'hospit. d'un patient non adressé par eux	52.3	64.4	58.6	60.0	45.6
ont l'habitude de téléph. confrères	86.7	91.5	82.8	84.0	82.3
se sentent associés à la sortie du patient	46.9	54.2	46.6	54.0	38.7
pensent qu'une consult. préalable est souhaitable	43.0	54.2	41.4	48.0	43.6
EFFECTIFS	128	59	58	50	243

2. Jugement porté sur les délais dans lesquels le médecin libéral est informé de la sortie du patient

Il s'agit là d'un élément d'insatisfaction : les trois-quarts des généralistes et plus de la moitié des spécialistes les trouvent trop longs (près d'une fois sur deux ils les trouvent beaucoup trop longs).

Tableau 36
Jugement porté sur les délais dans lesquels
le médecin libéral est informé de la sortie du patient

Jugement sur délais	Généralistes	Spécialistes
Adéquats	23.4	39.7
Un peu trop longs	39.8	29.8
Beaucoup trop longs	32.9	26.7
Total trop longs	72.7	56.5
NSP	3.9	3.8
EFFECTIFS	538	262

Ce jugement fluctue en fonction du département (tab. 37) ; il n'est par contre pas significativement associé à la taille de l'agglomération.

Tableau 37
Jugement porté sur les délais dans lesquels le médecin libéral
est informé de la sortie du patient en fonction du département

Délais beaucoup trop longs	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
Généralistes (%)	27.8	13.0	17.1	43.4	30.2	31.1	33.3	41.3
EFFECTIFS	36	23	41	113	63	151	48	63
Spécialistes (%)	23.1	11.1	18.2	40.7	35.5	27.7	15.8	9.7
EFFECTIFS	13	9	22	54	31	83	19	31

3. Jugement porté sur la pertinence des reconvoctions et des réhospitalisations

On remarque que 41% des généralistes estiment que leurs patients hospitalisés ne sont pas toujours reconvoqués en consultation à juste titre et 17% pensent qu'il en est de même pour les réhospitalisations. Les chiffres relevés chez les spécialistes sont identiques (41% et 18%).

Tableau 38
Jugement porté par les médecins libéraux sur la pertinence des reconvoctions
et des réhospitalisations de leurs patients (%)

Jugement	Généralistes	Spécialistes
<u>reconvocation en consultation :</u>		
pas toujours à juste titre	30.7	24.0
la plupart du temps pas justifiée	10.4	17.2
Total pas à juste titre	41.1	41.2
<u>convocation pour réhospitalisation :</u>		
pas toujours à juste titre	12.1	10.7
la plupart du temps pas justifiée	4.6	7.3
Total pas à juste titre	16.7	18.0
EFFECTIFS	538	262

On doit signaler qu'un certain nombre de médecins ne se sont pas prononcés sur ces deux questions, en particulier s'agissant des réhospitalisations. Les taux de non-réponse sont de 3% et 8% chez les généralistes et 6% et 15% chez les spécialistes.

Des évolutions significatives (ou proches du seuil de signification) sont relevées en fonction du département (tab. 39) quant au jugement porté par les généralistes sur les reconvoctions en consultation ($p < 0.01$) ou les réhospitalisations ($p = 0.10$) ainsi que par les spécialistes sur les reconvoctions en consultation ($p = 0.10$). Ce n'est pas le cas pour le jugement des spécialistes sur les réhospitalisations. Par ailleurs, la taille de l'agglomération n'est pas significativement associée aux réponses rapportées.

Tableau 39
Jugement porté par les médecins libéraux sur la pertinence des reconvoctions

et des réhospitalisations de leurs patients en fonction du département

Reconvocations pas à juste titre	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
<u>en consultation</u>								
Généralistes	41.6	39.1	43.9	38.1	47.6	51.0	35.5	19.1
Spécialistes	69.3	44.4	45.4	35.2	41.9	47.0	15.8	35.5
<u>en réhospitalisation</u>								
Généralistes	16.7	26.1	14.7	10.6	20.7	21.9	6.3	17.4
Spécialistes	23.1	33.0	18.1	13.0	25.8	19.2	10.5	12.9

Nota : rappelons que selon les départements, les effectifs des spécialistes varient de 9 à 83. Ainsi l'Ardèche n'est-elle représentée que par 9 spécialistes

VIII - APPRECIATION GLOBALE PORTEE SUR LES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION

Il était demandé aux praticiens interrogés d'attribuer une note de 1 à 5 correspondant à leur appréciation du service rendu pour le public de leur zone d'exercice par les établissements d'hospitalisation, en distinguant les établissements publics, les structures privées participant au service public hospitalier (PPSPH) et les établissements privés.

On doit remarquer que de nombreux médecins n'ont pas su ou pas pu (absence d'établissements de ce type) répondre à ces questions.

Ainsi, le taux de non réponse atteint-il :

- pour les généralistes : 14% pour les établissements publics, 25% pour les PPSPH et 5% pour les structures privées,
- pour les spécialistes : respectivement 14%, 68% et 20%.

Les notes moyennes accordées pour les trois types de structures (Tab. 40) sont relativement proches chez les généralistes et chez les spécialistes et se situent aux environs de 3.5 à 4 (pour un maximum de 5).

Figure 23
Note moyenne attribuée par les médecins aux différentes structures d'hospitalisation pour le service rendu au public de leur secteur d'exercice

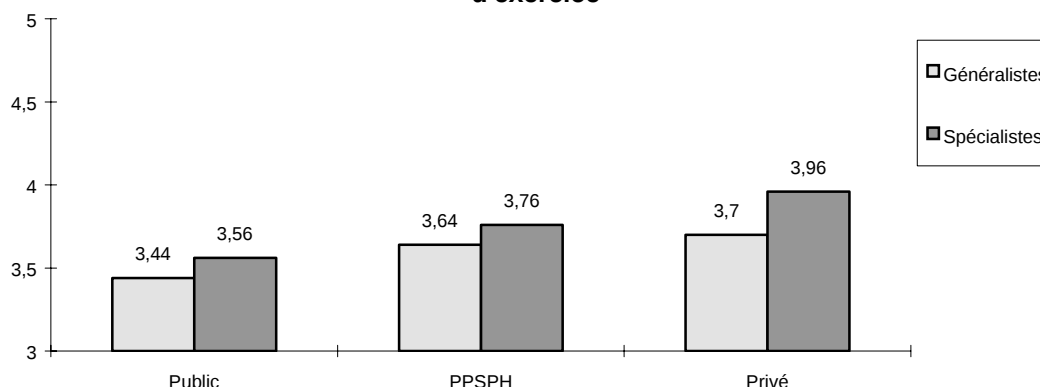


Tableau 40
Distribution des notes attribuées par les médecins libéraux pour le service rendu au public de leur zone par les établissements d'hospitalisation

Note (sur 5)		Généralistes			Spécialistes		
		Et. publics	PPSPH	Et. privés	Et. publics	PPSPH	Et. privés
<3	%	12.6	6.0	5.5	11.6	6.0	2.9
[3-4[	%	39.0	34.1	29.6	32.4	25.0	18.6
≥4	%	48.4	59.9	64.9	56.0	69.0	78.5
Moyenne		3.44	3.64	3.70	3.56	3.76	3.96
IC 95%		[3.36-3.52]	[3.57-3.71]	[3.64-3.76]	[3.45-3.67]	[3.59-3.93]	[3.86-4.06]
EFFECTIFS		462	401	510	225	84	210

La proportion de médecins accordant une “bonne note” (≥ 4) est significativement supérieure pour les établissements privés que pour les établissements publics et les établissements PPSPH (a contrario, très rares sont les médecins qui notent mal les établissements privés ; ceci étant vrai aussi bien pour les généralistes que pour les spécialistes).

Par ailleurs, les établissements privés sont significativement mieux notés par les spécialistes que par les généralistes ($p < 10^{-4}$), ceci est également vérifié pour les établissements publics ($p = 0.08$) alors que la différence observée pour les établissements PPSPH n'est pas significative.

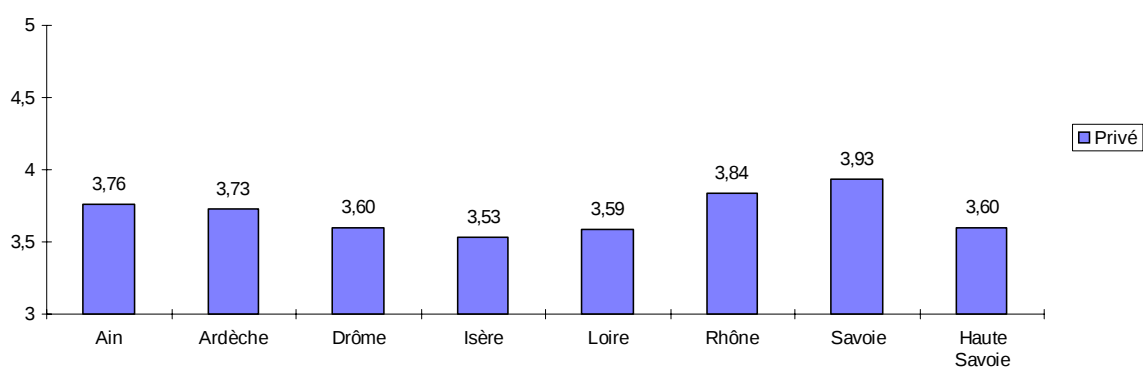
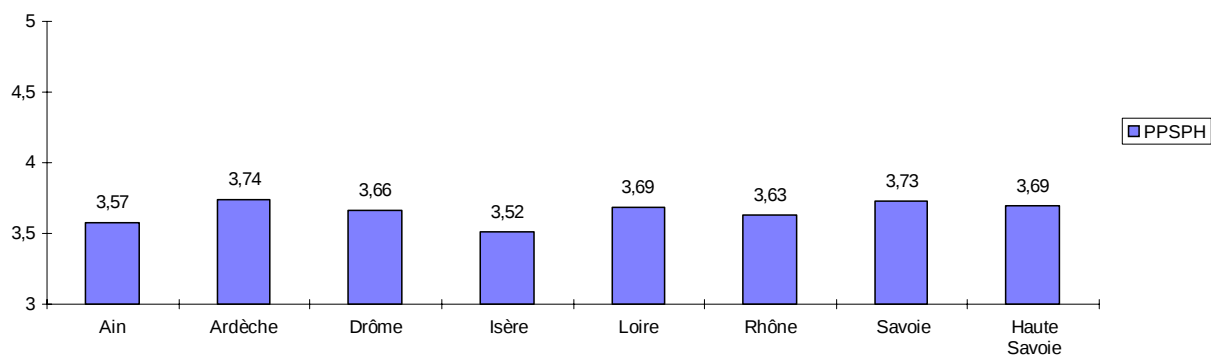
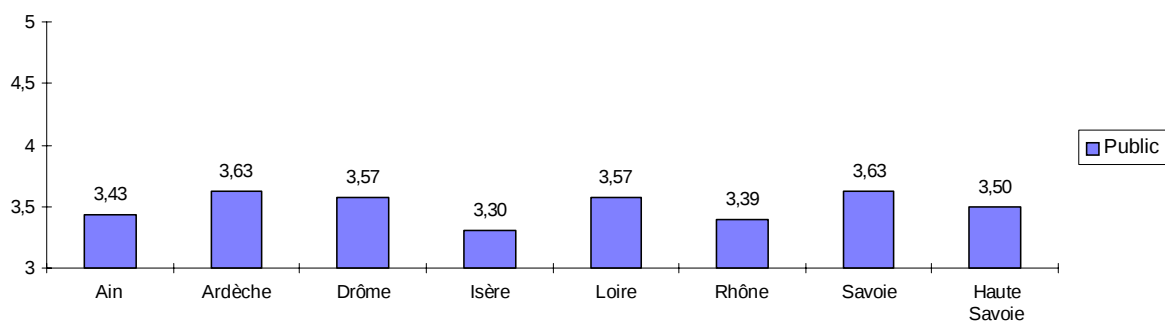
La distribution des notes par départements est donnée dans le tableau 41 et la figure 24.

Des fluctuations significatives sont relevées quant aux notes accordées par les généralistes et les spécialistes pour les établissements privés et par les spécialistes seuls pour les établissements publics.

Tableau 41
Proportion de médecins attribuant une note inférieure ou égale à 3 en fonction du département

Note ≤ 3	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Hte-Savoie
<u>Généralistes</u>								
Et. publics	54.3	43.8	42.9	60.2	39.3	50.0	43.4	52.2
PPSPH	44.4	30.4	40.0	41.5	36.2	38.3	35.8	34.6
Et. privés	37.2	31.8	35.0	45.1	39.0	24.7	22.2	40.4
<u>Spécialistes</u>								
Et. publics	66.7	71.4	56.3	39.7	45.2	44.8	22.2	20.9
PPSPH	50.0	42.9	46.7	0.0	18.2	25.0	25.0	44.4
Et. privés	40.0	44.4	41.2	23.5	25.9	6.9	23.1	18.5

Figure 24
Note moyenne attribuée par les généralistes aux différentes structures
d'hospitalisation pour le service rendu au public de leur secteur d'exercice
en fonction du département

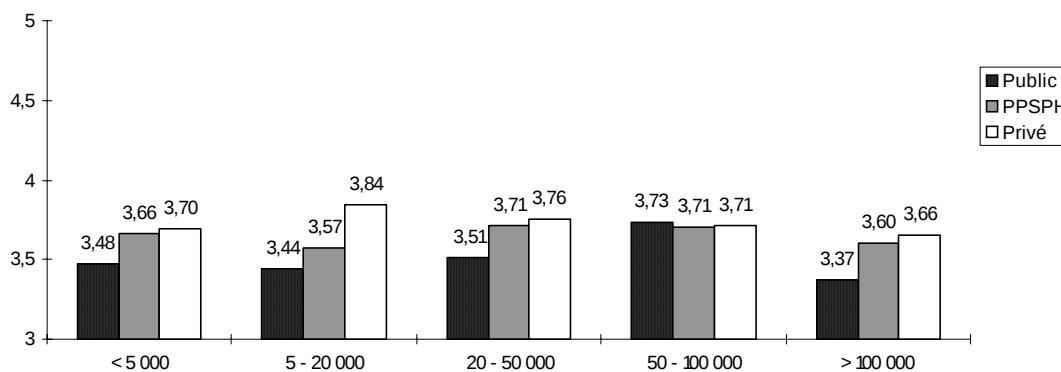


Enfin, le tableau 42 et la figure 25 offrent la distribution des notes attribuées par les généralistes en fonction de la taille de l'agglomération. Aucune hétérogénéité significative n'est relevée.

Tableau 42
Proportion de généralistes attribuant une note inférieure ou égale à 3 en fonction de la taille de l'agglomération

Note $\leq$ 3	< 5 000 h.	5-20 000 h.	20-50 000 h.	50-100 000 h.	> 100 000 h.
Et. publics	49.5	51.1	45.2	35.1	53.7
PPSPH	35.8	43.2	35.7	37.6	38.8
Et. privés	33.6	26.4	27.3	36.7	36.7

Figure 25
Note moyenne attribuée par les généralistes aux différentes structures d'hospitalisation pour le service rendu au public de leur secteur d'exercice en fonction de la taille de l'unité urbaine



CONCLUSIONS

Cette étude, commanditée par l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes et l'Agence Régionale d'Hospitalisation cherchait à décrire les relations entre médecine libérale et médecine hospitalière.

Elle cherchait en particulier à identifier les critères influençant l'orientation vers des structures d'hospitalisation publiques ou privées et, d'une manière générale, à repérer certains éléments de satisfaction et d'insatisfaction relatifs à leurs relations avec la médecine hospitalière.

Cette étude, purement descriptive, a reposé sur l'administration d'un questionnaire d'une douzaine de minutes à un échantillon aléatoire de 800 médecins libéraux composé de deux-tiers de généralistes et un tiers de spécialistes.

Le questionnaire a été bâti pour un Comité de Pilotage rassemblant des médecins libéraux et hospitaliers et des responsables de l'administration de la santé et de la Sécurité Sociale.

Le taux de réponse à l'enquête, de l'ordre de 45%, était en phase avec la plupart des enquêtes postales ou téléphoniques conduites auprès de médecins libéraux (40 à 60%) et peut même être qualifié d'honorable si l'on tient compte du fait que les délais impartis à cette étude n'ont pas permis l'envoi d'un courrier d'information initial.

Cependant, nous escomptions un taux supérieur compte-tenu de la légitimité des deux commanditaires et du thème d'étude. Il est vrai que l'enquête est intervenue à un moment d'intense activité (fin Juin - tout début Juillet) liée à un habituel "coup de feu" avant la période de vacances. Ainsi avons-nous pu observer que le taux de réponse s'est sensiblement amélioré à partir de la mi-Juillet. De plus, les délais extrêmement "serrés" pour la réalisation de l'étude ont également contribué à abaisser un peu le taux de réponse dans la mesure où certains médecins qui proposaient des rendez-vous trop tardifs ont dû être remplacés. Enfin, certains secrétariats ont effectué un barrage très efficace.

Le taux de réponse, sensiblement identique chez les généralistes et les spécialistes, admettait certaines variations (plus bas dans les grandes villes -en particulier Lyon- et plus élevé dans les secteurs peu urbanisés). La durée annoncée du questionnaire (10-12 minutes) constituait également un frein et représente à notre avis une limite supérieure pour une enquête téléphonique en médecine libérale. Il est certain que l'adhésion aurait été meilleure si l'on avait pu annoncer une durée de l'ordre de 5 à 6 minutes.

Quoi qu'il en soit, le fait que 50% des médecins sollicités n'aient pas répondu ne semble pas constituer un facteur de biais dans la mesure où à aucun moment nous n'avons noté que des refus pouvaient être motivés par le thème de l'étude ou par la nature des organismes commanditaires.

Sur un autre aspect, on doit signaler que de nombreux spécialistes ne se sont pas "retrouvés" dans certaines sections du questionnaire. C'est en particulier le cas pour

les questions relatives à la médecine interne et aux urgences (on doit à ce propos rappeler que, en accord avec le Comité de pilotage, seules 11 spécialités ont été retenues, de sorte que les résultats doivent être extrapolés avec prudence à l'ensemble des spécialistes libéraux).

Plusieurs médecins ont émis des avis positifs sur la tenue d'une telle enquête tout en étant plutôt sceptiques quant aux évolutions concrètes possibles. Un autre signe d'intérêt réside dans le fait que de nombreux praticiens se sont sentis "frustrés" de devoir fournir des réponses tranchées n'admettant pas de modulation alors que leurs pratiques et leurs opinions peuvent énormément varier au cas par cas (en fonction du tableau clinique, des caractéristiques du patient, du correspondant hospitalier, de la structure considérée...). Certains ont donc éprouvé de réelles difficultés à se couler dans le moule de réponses standards (propres à une enquête par questionnaire) si éloigné de leur pratique habituelle faite d'une multiplicité de colloques singuliers. Une problématique extrêmement complexe comme celle des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière mériterait donc certainement d'être approfondie par des approches plus qualitatives (entretiens individuels, groupes de parole...).

L'amélioration de ces relations, que nombre de médecins libéraux appellent de leurs vœux, est d'autant plus importante que la médecine libérale et la médecine hospitalière sont bien entendu inter-dépendantes. L'orientation du patient vers une structure de soins pour une hospitalisation (sans parler des explorations ou de la chirurgie ambulatoire) est une situation familière aux généralistes (beaucoup moins aux médecins à exercice particulier -homéopathes, acupuncteurs-) et à certains spécialistes. L'enquête montre qu'un généraliste sur cinq seulement et un spécialiste sur cinq également (parmi les spécialités retenues) adresse en moyenne plus d'un patient par semaine en hospitalisation. Il n'empêche que pour la plupart des autres cette situation reste très régulièrement rencontrée.

Par ailleurs, on a pu relever que près des trois-quarts des spécialistes libéraux interrogés exerçaient parallèlement une activité dans un établissement d'hospitalisation (un peu plus souvent dans le public que dans le privé), ce qui est également le cas pour près du quart des généralistes (beaucoup plus souvent dans le public que dans le privé -et probablement fréquemment par l'intermédiaire d'une participation au dispositif de régulation des urgences). Des liens réguliers avec l'univers hospitalier, public ou privé, existent donc pour la plupart des médecins libéraux par le biais des adressages ou des vacations. Pour les généralistes, ces liens semblent d'ailleurs plus réguliers dans les milieux non urbains où on note une plus grande fréquence de vacations dans des structures publiques.

S'agissant du type de structures vers lesquelles les patients sont orientés, on relève une distribution identique chez les généralistes et les spécialistes : 40% dans le privé et 60% dans le public (ou PPSPH). Cependant, au sein du public, les spécialistes orientent plus volontiers que les généralistes vers des CHU (reflet tout à la fois d'une plus grande concentration de spécialistes dans les agglomérations disposant d'un CHU que de la différence des tableaux cliniques pris en charge par les uns et par les autres).

Par ailleurs, la distribution des orientations entre CHU, CH et secteur privé peut varier très sensiblement d'un département à l'autre, de même qu'elle varie en fonction de la taille de l'agglomération, ce qui illustre bien la diversité des situations

rencontrées (diversité de l'offre locale, qualité des relations avec les correspondants locaux...).

De fait, la qualité des relations entretenues avec le service est le premier élément intervenu lors de la dernière hospitalisation en date dans le choix de l'établissement pour les généralistes (69%) et plus encore pour les spécialistes (77%), avant même la notoriété du service, le choix du patient ou la proximité.

Un choix contraint, lié à un manque de disponibilité est également -plus rarement- un facteur à prendre en compte, en particulier dans les grandes villes.

Interrogés sur l'ensemble de leur clientèle, les médecins -généralistes et spécialistes- confirment le trio de facteurs influençant leur choix aussi bien dans le public que dans le privé : qualité du service rendu, qualité des relations, volonté du patient, auxquels peut être adjoind la rapidité d'admission.

Parmi les éléments d'insatisfaction pointés par les médecins libéraux figurent des inadéquations fréquentes entre le problème présenté par le patient et le service où il est finalement hospitalisé : 24% des généralistes et 18% des spécialistes affirment que cela s'est produit pour l'un au moins des cinq derniers patients qu'ils ont hospitalisés. Ce problème semble se poser avec plus d'acuité dans certains départements que dans d'autres et semble moins fréquent dans les grandes villes (diversité de l'offre ?).

D'autres éléments d'insatisfaction tiennent aux délais d'admission dans les établissements publics pour une hospitalisation programmée (45% des généralistes et 40% des spécialistes les estiment égaux ou supérieurs à 3 jours et cette proportion atteint 60% dans les grandes villes), au sentiment d'être insuffisamment associés à la sortie du patient, d'être trop rarement tenus informés de l'hospitalisation d'un de leurs patients s'ils n'en sont pas eux-mêmes à l'origine et aux délais dans lesquels ils sont informés de la sortie du patient (jugés trop longs par les trois-quarts des généralistes et plus de la moitié des spécialistes). Un autre élément d'insatisfaction, largement partagé, tient au sentiment que leurs patients sont souvent reconvoqués en consultation pas à juste titre (40% partagent cet avis) tandis que 17% pensent que ce sont les réhospitalisations qui ne sont pas toujours justifiées.

Par ailleurs, témoin d'un certain dysfonctionnement -qui dans certains cas peut tenir lieu de fonctionnement habituel-, on relève la grande fréquence de patients adressés aux urgences alors qu'ils ne présentent pas une urgence médicale vraie. Les généralistes estiment que 27% de leurs adressages dans des services d'urgences sont représentés par de tels patient et les spécialistes 8%. Le quart des généralistes reconnaît qu'au moins un adressage sur deux dans un service d'urgences n'est pas justifié par une situation d'urgence. Des variations sensibles sont observées en fonction du département. Les raisons avancées pour une orientation "par défaut" de tels patient vers un service d'urgences tiennent essentiellement au fonctionnement de la structure d'hospitalisation et non pas à un choix délibéré du praticien libéral puisque les principaux motifs invoqués sont l'absence de lits dans le service initialement souhaité et contacté, la complexité des démarches pour trouver un lit et le fait que ce soit -en particulier dans les petites agglomérations- le mode habituel d'admission.

Les généralistes, plus souvent encore que les spécialistes mettent en avant certains obstacles à l'hospitalisation programmée : le manque de lits disponibles (75%), le

manque de temps pour la recherche d'une place adaptée (42%) et le manque de connaissance sur l'offre adaptée disponible (39%).

Une section de l'enquête était par ailleurs consacrée à la médecine interne. On peut relever que les trois-quarts des médecins, généralistes comme spécialistes, disposent dans l'établissement hospitalier le plus proche d'un service de médecine interne, tandis que 60% des généralistes et 50% des spécialistes se déclarent en relation régulière avec une telle unité. Des variations importantes sont observées en fonction du département.

Cependant, si les deux-tiers des généralistes qui ne disposent pas d'une telle ressource, considèrent cela comme un manque, seuls 17% des spécialistes placés dans cette situation sont de cet avis.

Pour finir, il était demandé aux praticiens libéraux d'accorder une note aux établissements d'hospitalisation correspondant à leur appréciation du service rendu pour le public de leur zone d'exercice. On a ainsi pu noter que les généralistes, comme les spécialistes, accordaient plus souvent des notes élevées aux établissements privés qu'aux établissements publics. Par ailleurs, si la moyenne des notes accordées par les généralistes pour les établissements publics ne varie pas significativement d'un département à l'autre, ce n'est pas le cas pour les établissements privés où des variations importantes peuvent être observées.

En définitive, cette enquête transversale descriptive a permis de quantifier la fréquence des liens entre médecine libérale et médecine hospitalière, d'analyser les critères influençant les orientations des médecins libéraux et d'identifier un certain nombre d'insatisfactions et de dysfonctionnements. Elle a également permis de mesurer la grande hétérogénéité pouvant exister en fonction de la situation locale. Ce dernier point devrait -à nos yeux- inciter à une certaine prudence dans la proposition de référentiels standardisés peu à même, par définition, de prendre en compte cette hétérogénéité de situations.

Enfin, une problématique extrêmement complexe comme celle des relations entre médecine libérale et médecine hospitalière mériterait certainement d'être approfondie par des approches plus qualitatives (entretiens individuels, groupes de parole...).