

**ETUDE DE FAISABILITE
D'UNE RECHERCHE EN
MEDECINE LIBERALE SUR LES
RECOURS AUX SOINS ET LES
REPONSES APPORTEES**



UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
RHONE-ALPES

RAPPORT N°335

MARS 2002

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9

Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

ETUDE DE FAISABILITE D'UNE RECHERCHE EN MEDECINE LIBERALE SUR LES RECOURS AUX SOINS ET LES REponses APORTEES

**Une étude conduite d'avril 2001
à mars 2002 par le CAREPS
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA***

Pour

**l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (UPML Rhône-Alpes)
et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes (URCAM)**

Démarche encadrée par :
Drs Françoise CANARD (URCAM) et Dominique ROUHIER (UPML)

En collaboration avec :
*Dr AURELLE (ELSM-Lyon), Dr BANVILLET (ERSM Rhône-Alpes),
Dr BRULE (UPML), Dr DASSE (URCAM Rhône-Alpes)*

Frappe du rapport :
Murielle FABBIAN

Nous tenons à exprimer nos remerciements aux 25 médecins libéraux qui ont bien voulu participer à cette enquête de faisabilité.

**ETUDE DE FAISABILITE D'UNE RECHERCHE EN MEDECINE LIBERALE SUR LES RECOURS
AUX SOINS ET LES REPONSES APPORTEES**

**Une étude conduite par
le CAREPS
Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
*Dr Jean-Pierre FERLEY, Eric DA SILVA***

Pour

**l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (UPML Rhône-Alpes)
et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes (URCAM)**

Rapport N° 335 - Mars 2002

RESUME

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (UPML R-A) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont engagé une réflexion sur la mise en œuvre d'une vaste étude régionale destinée à mieux connaître l'activité des médecins libéraux : motifs de consultation, diagnostics, actes réalisés, orientation, etc.

Une telle étude serait conduite sur plusieurs centaines de médecins et porterait sur plusieurs milliers de cas. Elle pose le problème majeur de la codification des motifs de consultation et des diagnostics.

Une enquête de faisabilité a été conduite par le CAREPS auprès de 25 médecins volontaires (8 généralistes et 17 spécialistes appartenant à 8 spécialités). L'objectif de cette approche était de tester le questionnaire et la méthode générale, d'estimer le taux de participation par spécialité, de tester l'acceptabilité d'un codage effectué directement par les médecins libéraux et d'en vérifier la qualité, de mesurer le niveau d'indemnisation adéquat pour la participation.

Au total, 200 médecins ont été tirés au sort. Le taux de participation a été de 16% chez les généralistes et 11% chez les spécialistes.

Le questionnaire testé (1 page) permettait d'appréhender les caractéristiques du patient, le bassin de recrutement du médecin, le degré d'urgence ressenti, les motifs de consultation et les diagnostics portés, le contenu de la consultation et les orientations en amont et en aval.

L'exploitation a porté sur 805 cas (41 notifiés en moyenne par les généralistes et 28 par les spécialistes). Les résultats, bien que non extrapolables en raison de la totale absence de représentativité de l'échantillon de médecins constitué, n'en donnent pas moins un aperçu de l'intérêt que pourrait représenter une telle approche, conduite sur un large échantillon représentatif de praticiens rhônalpins.

L'enquête de faisabilité a surtout permis de mesurer la qualité des informations recueillies et les difficultés rencontrées par les médecins, en particulier pour la codification des plaintes et des diagnostics.

Elle a apporté des éléments objectifs pour étayer la réflexion sur la généralisation de l'approche à un plus large échantillon.

CAREPS

Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire
CHU Grenoble - BP 217 - 38043 GRENOBLE CEDEX 9
Tél. : 04 76 51 10 56 Fax : 04 76 51 03 06 e-mail : contact@careps.org

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 1
OBJECTIFS	p. 3
METHODE	p. 5
RESULTATS	p. 8
A - ANALYSE DE LA PARTICIPATION	p. 9
I - TAUX D'ADHESION EN FONCTION DE LA SPECIALITE	p. 9
II - CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS	p. 10
III - ACTIVITE DES PARTICIPANTS	p. 11
IV - JUGEMENT SUR L'ACCEPTABILITE DE L'ETUDE	p. 13
B - ANALYSE DES RESULTATS	p. 15
I - LIEU DE CONSULTATION	p. 15
II - CARACTERISTIQUES DES PATIENTS	p. 17
III - ORIGINE DU PATIENT	p. 19
IV - MOTIF DE CONSULTATION ET DIAGNOSTIC PORTE	p. 20
V - CONTENU DE LA CONSULTATION	p. 26
CONCLUSIONS	p. 30
ANNEXES	p. 33

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes (UPML R-A) et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) ont engagé une réflexion sur la mise en œuvre d'une vaste étude régionale destinée à mieux connaître l'activité des médecins libéraux : motifs de consultation, diagnostics, actes réalisés, orientation, etc.

Une telle étude serait conduite sur plusieurs centaines de médecins et porterait sur plusieurs milliers de cas. Elle pose le problème majeur de la codification des motifs de consultation et des diagnostics.

En effet, selon qu'il sera demandé aux médecins libéraux de coder eux-mêmes leurs dossiers ou que ce codage sera fait par des "médecins codificateurs", les implications budgétaires seront différentes. D'un autre côté, si le codage est fait par les médecins, un instrument opérationnel doit pouvoir leur être fourni et il convient de s'assurer au préalable de l'acceptabilité d'un tel codage par des médecins libéraux.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

- Tester le questionnaire et la méthode générale.
- Estimer le taux de participation.
- Tester l'acceptabilité d'un codage effectué directement par les médecins libéraux.
- Vérifier le bien-fondé du niveau de rémunération proposé au médecin.
- Vérifier la qualité du codage effectué par les libéraux (double codification).

METHODE

METHODE

1- SCHEMA GENERAL

- Enquête de faisabilité sur un échantillon restreint de généralistes et de spécialistes.
- Codage assuré par les médecins eux-mêmes et "contre-codage" par le CAREPS.
- Enquête durant 2 journées sur tous les consultants.
- Indemnisation : 600 F

2 - DETAIL DE LA METHODE

- L'enquête a été réalisée auprès de 25 médecins (18 avaient été initialement prévus) :
 - 8 généralistes (au lieu de 10 initialement prévus),
 - 17 spécialistes (au lieu de 8).
- La sélection des médecins sollicités a été assurée par choix raisonné de manière à obtenir une diversité en matière de :
 - taille de commune,
 - département,
 - spécialité.
- Au total, 200 médecins tirés au sort (49 généralistes et 151 spécialistes appartenant à 9 spécialités) ont été sollicités par vagues successives pour obtenir les 18 volontaires initialement prévus. Chacun de ces médecins a reçu une lettre d'information de l'UPML, un exemplaire du questionnaire, un coupon-réponse et une enveloppe T.
- Le taux de participation a été de 16% chez les généralistes (8 sur 49) et de 11% chez les spécialistes (17 sur 151), avec de grandes variations selon les spécialités (de 2% à 50%). Aucun chirurgien viscéral ne s'étant porté volontaire, cette spécialité a été abandonnée et l'enquête a finalement porté sur 8 spécialités représentées chacune par 1 à 4 médecins. En fait, le nombre de volontaires a été plus élevé (12 généralistes et 18 spécialistes) mais, d'une part 2 généralistes n'ont finalement pas été inclus, le nombre initialement prévu ayant été atteint et, d'autre part, 2 généralistes et 1 spécialiste n'ont pas renvoyé le cahier de notification ("défection" secondaire).
- Les médecins volontaires ont reçu un cahier de notification (50 feuilles pour les généralistes, 35 pour les spécialistes), une enveloppe retour et un exemplaire de la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP) dans une forme simplifiée, accompagné d'une notice d'utilisation.

- Les participants avaient pour consigne de remplir un dossier pour chacune des personnes vues en consultation ou en visite pendant 2 jours consécutifs.
- Le nombre de cas attendus était de 608 sur la base d'une moyenne de 20 par jour pour les généralistes et de 13 par jour pour les spécialistes (on verra que les estimations moyennes étaient très proches de la réalité : respectivement 20.5 et 14. L'augmentation du nombre de spécialistes associés à l'étude a conduit à une augmentation du nombre de cas notifiés (805).
- Le questionnaire a été bâti à partir d'une première mouture élaborée par le Comité de Pilotage. Il était extrêmement succinct afin de ne pas limiter le taux de participation (1 page) et comprenait 31 variables.
- Les médecins devaient noter en clair les motifs de consultation et les diagnostics et les coder selon les codes de la CISP.
- Le recueil des cas s'est échelonné du 30 avril au 29 mai 2001 pour les généralistes et du 8 octobre au 18 décembre 2001 pour les spécialistes. L'analyse a cependant été retardée par la réception tardive des dossiers de quelques médecins.
- A partir des données en clair, une "contre-codification" a été effectuée par le CAREPS.
- Une fiche d'évaluation a permis aux participants d'exprimer les difficultés rencontrées et les propositions d'amélioration/simplification.
- Les questionnaires ont été saisis sur support informatique (EPI-INFO/SPSS-PC) et analysés.

3 - ANALYSE ET EXTRAPOLATION DES RESULTATS

- Il convient de limiter les ambitions d'une analyse portant sur 25 médecins et de ne pas perdre de vue l'objectif de cette approche, à savoir **l'étude de la faisabilité** d'une telle enquête en médecine libérale. Il serait en effet dangereux de prétendre réaliser une étude sur les pratiques médicales à partir de quelques médecins non représentatifs de l'ensemble de la profession ; on a vu en particulier que les 8 spécialités étaient représentées par un nombre extrêmement faible de médecins (de 1 à 4 selon le cas).
- L'analyse réalisée lors de la phase de pré-enquête a donc été limitée, conformément aux objectifs et a reposé sur une description de toutes les variables au sein des 2 sous ensembles (généralistes/spécialistes, avec le détail par spécialité). On a par ailleurs pu tester la faisabilité d'une analyse du bassin de recrutement des médecins à partir du code postal du cabinet et du domicile des patients.
- Enfin, un calcul de concordance entre les codes CISP du médecin et ceux du CAREPS a été réalisé.

RESULTATS

A - ANALYSE DE LA PARTICIPATION

I - TAUX D'ADHESION EN FONCTION DE LA SPECIALITE

La meilleure adhésion à cette étude de faisabilité est retrouvée chez les gastro-entérologues avec 50% de participation (on notera que le promoteur de l'étude exerçait lui-même cette spécialité). Des taux honorables sont observés chez les gynécologues (33%) et les pédiatres (25%) et, à un niveau moindre (15 à 17%), chez les généralistes, les cardiologues, les ORL. Enfin, les taux les plus bas sont relevés chez les psychiatres (10%) et surtout les dermatologues et les ophtalmologistes (2 à 3%). Par ailleurs, la catégorie des chirurgiens viscéraux a été abandonnée (aucun retour chez les 3 seuls praticiens de cette spécialité identifiés dans le fichier de l'URCAM).

Tableau A
Taux d'adhésion à l'enquête de faisabilité

SPECIALITE	sollicités	volontaires		cahiers retournés	
		N	%	N	%
Généralistes	49	12	24.5	8	16.3
Cardiologues	27	4	14.8	4	14.8
Dermatologues	27	2	7.4	1	3.7
Gastro-entérologues	6	3	50.0	3	50.0
Gynécologues	6	2	33.3	2	33.3
Ophtalmologistes	42	1	2.4	1	2.4
ORL	12	2	16.7	2	16.7
Pédiatres	8	2	25.0	2	25.0
Psychiatres	20	2	10.0	2	10.0
Chir. viscéraux	3	0	0.0	0	0.0

L'extrapolation de ces chiffres permet d'appréhender le nombre de médecins qu'il conviendrait de solliciter pour conduire une étude sur un plus large échantillon. L'enquête de faisabilité a finalement porté sur 25 médecins (au lieu des 18 prévus) ayant rempli au total 805 dossiers.

Tableau B
Médecins participants et cas collectés

Spécialité	Participants	N cas	Moyenne	Moyenne/jour
Généralistes	8	328	41.0	20.5
Spécialistes	17	477	28.1	14.0

Chez les spécialistes, le nombre moyen de cas collectés durant les 2 journées varie de 19 (gastro-entérologues et ORL) à 48 (dermatologues).

Tableau C
Nombre de dossiers renseignés durant les 2 jours
en fonction de la spécialité

	Nombre de médecins	Nombre de dossiers	Moyenne par médecin
<i>Généralistes</i>	8	328	41.0
Cardiologues	4	88	22.0
Dermatologues	1	48	48.0
Gastro-entérologues	3	57	19.0
Gynécologues	2	75	37.5
Ophtalmologistes	1	38	38.0
ORL	2	38	19.0
Pédiatres	2	78	39.0
Psychiatres	2	55	27.5
<i>Total spécialistes</i>	17	477	28.1
Total général	25	805	32.2

II - CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS

On remarquera qu'à l'exception de la Drôme, tous les départements sont représentés par au moins 1 praticien.

Tableau D
Commune d'exercice des médecins

	CPCOMMUNE
Généralistes	74000 ANNECY
	42000 ST ETIENNE
	01400 CHATILLON/CHALARONNE
	73590 FLUMET
	38100 GRENOBLE
	69780 ST PIERRE DE CHANDIEU
	38550 PEAGE DE ROUSSILLON
	42400 SAINT CHAMOND
Spécialistes	73000 CHAMBERY
	38000 GRENOBLE
	69540 IRIGNY
	42700 FIRMINY
	07300 TOURNON SUR RHONE
	42100 ST ETIENNE
	38800 LE PONT DE CLAIX
	69006 LYON
	74700 SALLANCHES
	07200 AUBENAS
	69100 VILLEURBANNE
	69002 LYON
	38130 ECHIROLLES
	69100 VILLEURBANNE
	38000 GRENOBLE
	38090 VILLEFONTAINE
	74300 CLUSES

Le tiers des généralistes et la moitié des spécialistes participants ont moins de 45 ans, tandis que 7 généralistes sur 8 et la moitié des spécialistes sont des hommes.

Tableau E
Répartition par âge des médecins participant à l'enquête

Âge du médecin		Spécialité	
		Généralistes	Spécialistes
Moins de 45 ans	n	3	9
	%	37,5%	52,9%
45 ans et +	n	5	8
	%	62,5%	47,1%
Effectifs		8	17
Moyenne		47,4	44,8

Tableau F
Répartition par sexe des médecins participant à l'enquête

Sexe du médecin		Spécialité		Total
		Généralistes	Spécialistes	
Masculin	n	7	9	16
	%	87,5%	52,9%	64,0%
Féminin	n	1	8	9
	%	12,5%	47,1%	36,0%
Total	n	8	17	25
	%	100,0%	100,0%	100,0%

III - ACTIVITE DES PARTICIPANTS

1 - Actes réalisés

Le nombre total de patients vus en consultation ou en visite durant les 2 jours d'enquête est légèrement plus élevé que le nombre de cas déclarés (en moyenne 2 consultations [1 par jour] n'ont pas donné lieu à notification, aussi bien chez les généralistes que chez les spécialistes).

Ainsi, parmi les répondants, l'activité moyenne quotidienne est de 21.5 consultations ou visites chez les généralistes et 15 chez les spécialistes. Les maxima quotidiens observés sont respectivement 35 et 24.

Tableau G
Nombre total de patients vus en consultation ou en visite (avec ou sans fiche) durant les 2 jours de notification

Nombre total de patients vus	Spécialité		Total
	Généralistes	Spécialistes	
<i>Moyenne</i>	43	30	34
Minimum	32	12	12
Maximum	70	48	70
Effectifs	8	17	25

2 - Fonctionnement des cabinets

Les résultats observés sur les 8 cabinets de généralistes ayant participé à cette pré-enquête font apparaître 3 demi-journées où plusieurs cabinets sont fermés : le mercredi après-midi (3 cabinets sur 8 sont ouverts), le jeudi matin (5 sur 8 sont ouverts) et le samedi après-midi (1 seul sur 8 est ouvert).

Tableau H

Nombre de cabinets de généralistes ouverts en fonction du jour de la semaine (n=8)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	7	8	7	5	8	7
Après midi	8	7	3	7	7	1

S'agissant des spécialistes, les demi-journées de fermeture apparaissent beaucoup plus variables. On remarquera que les matinées du mardi, mercredi, jeudi et samedi, 40% à 50% des cabinets de l'échantillon sont fermés. Le samedi après-midi, aucun des 17 cabinets de spécialistes n'était ouvert.

Tableau I

Proportion de cabinets de spécialistes ouverts en fonction du jour de la semaine (n=17) -%

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Matin	70.6	58.8	58.8	52.9	82.4	47.1
Après midi	88.2	82.4	64.7	64.7	76.5	0.0

Enfin, les 8 généralistes de l'échantillon font des visites à domicile les lundi, mardi et vendredi, ils ne sont que 6 sur 8 à en faire le mercredi et le jeudi et 3 sur 8 le samedi. La plage horaire réservée aux visites à domicile par ces 8 généralistes dure, selon le praticien, de 2 heures à 4 heures par jour, elle est en moyenne de 2 H 45.

Tableau J

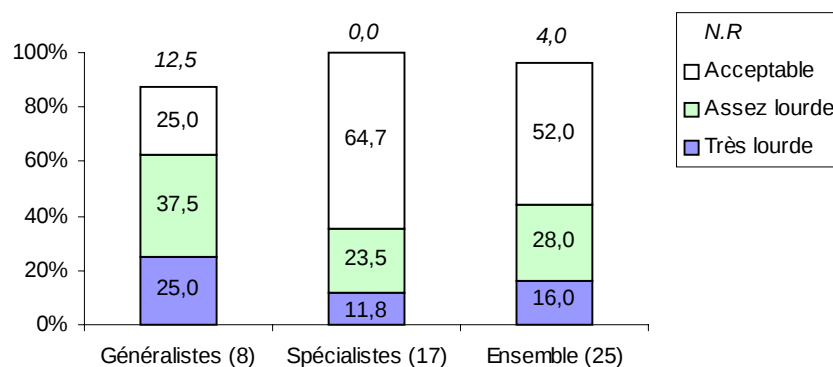
Proportion de généralistes proposant des visites à domicile en fonction du jour de la semaine

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
Généralistes	100.0	100.0	75.0	75.0	100.0	37.5

IV - JUGEMENT SUR L'ACCEPTABILITE DE L'ETUDE

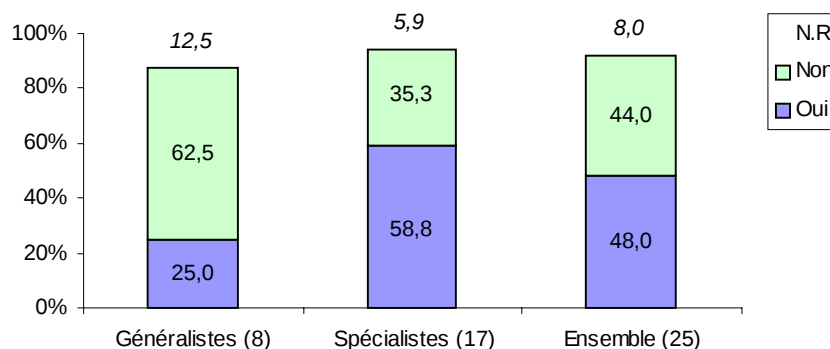
Les deux tiers des spécialistes, mais seulement 25% des généralistes, ont considéré acceptable la charge de travail occasionnée par l'enquête. A l'opposé, 12% des premiers et 25% des seconds l'ont considérée très lourde.

Figure A
Jugement porté sur la lourdeur de l'étude (%)
"Cette enquête pendant 2 jours vous a paru..."



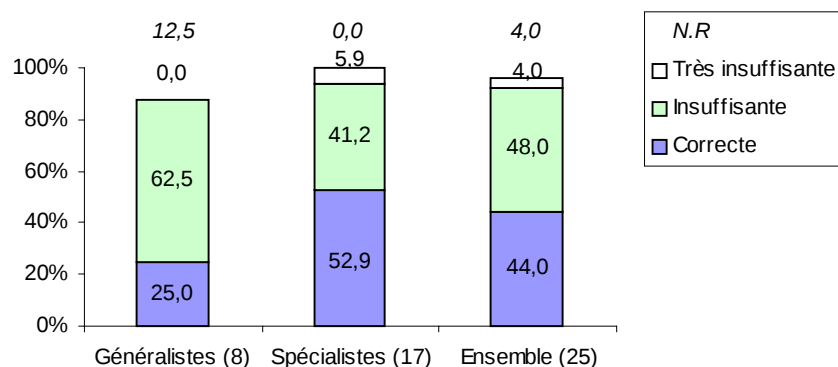
Par ailleurs, si 6 spécialistes sur 10 estiment que la période de recueil pourrait être portée à 1 semaine, ils ne sont que 25% à partager cet avis chez les généralistes.

Figure B
Opinion sur le rallongement de la période de recueil (%)
"Pensez-vous, en termes d'acceptabilité, que la durée pourrait être portée à une semaine ?"



S'agissant de la rémunération proposée pour 2 jours de collecte (600 F, soit 91.47 €), la moitié des spécialistes et le quart des généralistes la considèrent correcte, compte-tenu de la charge de travail occasionnée.

Figure C
Opinion sur le montant de l'indemnité (%)
"Estimez-vous que l'indemnité de 600F (91.47€) versée par l'UPML compte tenu de la charge de travail occasionnée est ..."



Enfin, le temps moyen pour le remplissage d'une fiche a été estimé à 4 minutes par les généralistes (soit 2 heures et 44 minutes en moyenne pour la pré-enquête) et à 5 minutes par les spécialistes (2 heures et 20 minutes en moyenne).

Tableau K
Estimation du temps de remplissage d'une fiche (minutes)

Remplissage d'une fiche	Spécialité		Total
	Généralistes	Spécialistes	
Moyenne	4	5	5
Minimum	2	3	2
Maximum	7	10	10
Effectifs	6	16	22

B - ANALYSE DES RESULTATS

I - LIEU DE CONSULTATION

Neuf fois sur dix (87% chez les généralistes et 95% chez les spécialistes), les soins ont eu lieu au cabinet principal du médecin. Les visites à domicile représentent 8% de l'activité des généralistes et moins de 1% de celle des spécialistes. On notera, chez les ORL, que le tiers des actes sont pratiqués en libéral mais en dehors du cabinet principal ou d'un établissement d'hospitalisation (ce qui est le fait de l'un des 2 ORL participants).

Tableau 1
Lieu de la consultation (%)

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Cabinet principal	86.9	95.2	96.6	100.0	91.2	98.7	100.0	68.4	98.7	98.2
Résidence du patient	7.9	0.8	2.3	0.0	0.0	1.3	0.0	0.0	0.0	1.8
Hôpital	0.6	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	0.0
Clinique	0.0	1.3	1.1	0.0	8.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autre en activité libérale	0.3	2.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	31.6	0.0	0.0
N.R	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EFFECTIFS	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55

Il semble rare que le cabinet soit choisi en fonction du lieu de travail : seuls 3% des patients vus par les généralistes et 7% de ceux vus par les spécialistes consultent dans un cabinet plus proche du lieu de travail que de leur domicile.

En fait, si l'on exclue les "sans objet" (personnes de passage ou personnes n'ayant pas d'activité professionnelle : 22%) et les dossiers non documentés sur ce point (13%), on observe que 92% des patients de généralistes et 75% des patients de spécialistes consultent dans un cabinet plus proche de leur domicile que de leur lieu de travail ; à l'opposé 4% des premiers et 11% des seconds consultent dans un lieu plus proche de leur travail.

Tableau 2
Situation du lieu de consultation par rapport au domicile et au lieu de travail (%)

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Plus proche du domicile du patient	57.0	49.3	47.7	89.6	40.4	49.3	36.8	60.5	51.3	23.6
Plus proche de son lieu de travail	2.7	7.1	8.0	0.0	5.3	13.3	26.3	5.3	0.0	3.6
Sensiblement à égale distance	2.4	9.2	6.8	2.1	5.3	12.0	15.8	2.6	0.0	32.7
Sans objet	17.7	25.6	36.4	8.3	7.0	18.7	21.1	28.9	47.4	21.8
N.R	20.1	8.8	1.1	0.0	42.1	6.7	0.0	2.6	1.3	18.2
EFFECTIFS	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55

Le logiciel MAPINFO permet de calculer la distance entre 2 communes à partir du code INSEE. Le CAREPS possède par ailleurs une table de convergence entre les codes INSEE et les codes postaux, de sorte qu'il a été possible de déterminer la distance entre le lieu de consultation et le lieu de domicile, ceux-ci étant repérés dans le questionnaire par leurs codes postaux.

On doit cependant signaler qu'en milieu rural la concordance entre code postal et code INSEE n'est pas parfaite : plusieurs petites communes pouvant disposer du même code postal. Dans ce cas, c'est la commune de bureau distributeur qui est retenue (en général la plus importante du canton). Par ailleurs, la distance calculée par le logiciel est celle séparant les centroïdes des deux communes (centres géographiques), ce qui ne reflète qu'imparfaitement la distance réelle entre cabinet et domicile.

On relève que, chez les généralistes, les deux tiers des consultations au cabinet (64%) sont le fait de patients habitant dans la même commune, 16% sont le fait de patients résidant dans des communes très voisines (moins de 5 km) tandis que 20% des consultants habitent à plus de 5 km (dont 5% à plus de 10 km). Les chiffres relevés pour les visites à domicile sont pratiquement superposables (68% des visites ont lieu dans la même commune, 16% dans des communes limitrophes et 16% dans des communes un peu plus éloignées [5 à 10 km]).

La distance entre lieu de consultation et domicile du patient est souvent plus grande chez les spécialistes : en moyenne, si 46% des patients habitent dans la même commune, en revanche 24% résident dans des communes relativement éloignées (plus de 10 km), le maximum relevé est de 96 km. La distance médiane entre lieu de consultation et domicile est de 3 km, la distance moyenne de 7 km.

Les spécialités pour lesquelles le "bassin de recrutement" semble le plus étendu géographiquement (sur la base de l'échantillon non représentatif qui est le nôtre pour cette enquête de faisabilité) sont les psychiatres (55% de la clientèle réside à plus de 10 km), les ophtalmologistes (27%), les cardiologues (25%), les gynécologues (22%), les gastro-entérologues (20%). A l'opposé, les dermatologues, les ORL et les pédiatres semblent avoir un bassin de recrutement plus étroit.

Tableau 3
Distance "domicile-cabinet" ou "cabinet-domicile" en fonction des différentes spécialités
(%, moyenne, médiane) (distance calculée à partir des centroïdes de chaque commune)

	Généralistes		Spécialistes								
	Cabinet	Visite	TOT	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Même commune	64.4	68.0	46.1	40.5	54.3	29.4	47.1	51.4	52.2	66.7	26.4
]0-5] Km	15.8	16.0	15.7	22.8	17.4	37.3	19.1	5.4	17.4	0.0	7.5
]5-10] Km	14.6	16.0	14.1	11.4	21.7	13.7	11.8	10.8	17.4	17.3	11.3
]10-20] Km	4.0	0.0	14.1	11.4	4.3	19.6	5.9	27.0	4.3	9.3	34.0
]20-50] Km	1.2	0.0	7.9	12.7	2.2	0.0	8.8	5.4	4.3	5.3	18.9
> 50 Km	0.0	0.0	2.1	1.3	0.0	0.0	7.4	0.0	4.3	1.3	1.9
Moyenne	2.07	1.43	7.21	8.13	3.58	4.85	9.29	6.67	8.28	4.87	11.80
Médiane	0.00	0.00	3.09	4.05	0.00	3.13	3.20	0.00	0.00	0.00	10.53
Minimum	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Maximum	32.01	5.11	95.60	77.31	32.58	19.13	72.28	39.59	95.60	54.79	51.06
EFFECTIFS	253	25	432	79	46	51	68	37	23	75	53

II - CARACTERISTIQUES DES PATIENTS

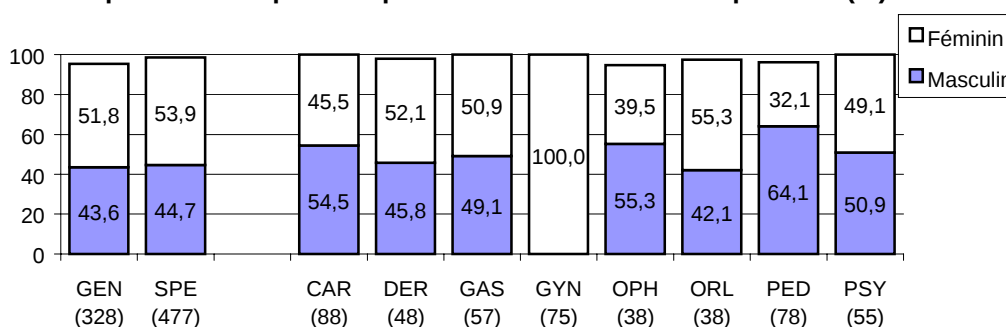
La distribution des patients par âge fait apparaître un âge moyen sensiblement plus élevé chez les cardiologues (moyenne : 61 ans, 61% des patients ont plus de 60 ans) et, à un moindre degré, les gastro-entérologues (55 ans, 42% ont plus de 60 ans). Outre le cas particulier de la pédiatrie, on relève la jeunesse relative des consultants des dermatologues (30 ans en moyenne).

Tableau 4
Répartition des patients par âge en fonction de la spécialité (%)

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
0-2 ans	3.7	10.3	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	2.6	60.3	0.0
3-5 ans	4.0	4.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.6	0.0	23.1	0.0
6-10 ans	4.3	4.0	0.0	14.6	0.0	0.0	0.0	5.3	11.5	1.8
11-20 ans	8.5	6.9	1.1	37.5	3.5	1.3	0.0	15.8	5.1	1.8
21-40 ans	22.3	23.9	13.6	25.0	17.5	45.3	50.0	15.8	0.0	38.2
41-60 ans	21.6	24.1	23.9	8.3	36.8	36.0	23.7	18.4	0.0	47.3
> 60 ans	35.4	26.8	61.4	14.6	42.1	17.3	21.1	42.1	0.0	10.9
N.R	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
EFFECTIFS	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55
<i>moyenne</i>	45.2	40.8	61.3	30.1	55.2	44.8	44.1	47.4	2.8	44.3
<i>Ecart-type</i>	25.3	25.2	17.0	22.1	17.2	15.7	20.2	23.7	3.4	15.1

Une sur-représentation féminine est relevée aussi bien chez les généralistes que chez les spécialistes (le sexe-ratio F/M est respectivement de 1.19 et 1.21). Toutefois, chez les spécialistes, ceci semble surtout le fait de la gynécologie ; pour le reste, seules la dermatologie et l'ORL voient une sur-représentation féminine à l'inverse de la cardiologie, de l'ophtalmologie et, de manière surprenante, de la pédiatrie (la clientèle de l'un des 2 pédiatres participants a une clientèle très largement masculine).

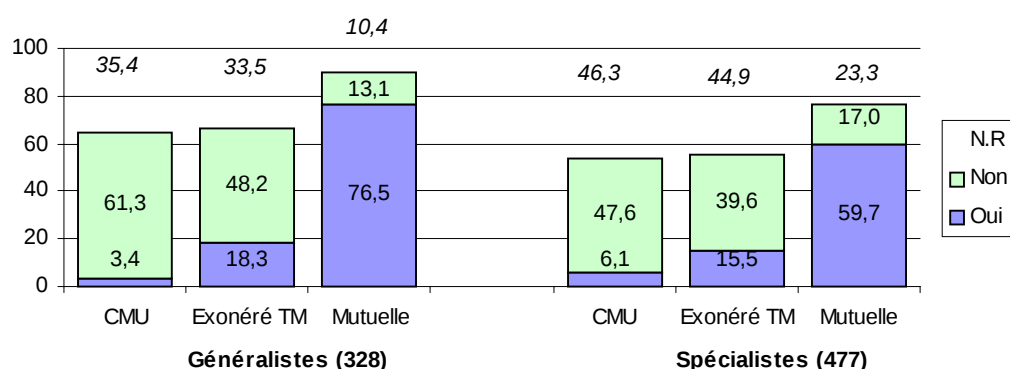
Figure 1
Répartition des patients par sexe en fonction de la spécialité (%)



En matière de couverture maladie, les données n'ont pas été très bien renseignées. Les bénéficiaires de la CMU représentent 5.3% des consultants de généralistes pour lesquels l'information est connue et 11.4% des consultants de spécialistes. On relève par ailleurs que les patients couverts par une mutuelle complémentaire constituent 85% de la clientèle des généralistes et 78% de celle des spécialistes. Ces données nous semblent devoir être considérées avec prudence car, dans un certain nombre de cas, la non-réponse pouvait être équivalente à un "non".

Enfin, la notion d'exonération du ticket modérateur (elle encore particulièrement mal renseignée) a pu donner lieu à des interprétations différentes : les chiffres relevés incitent à penser que certains médecins ont fait une confusion entre prise en charge du ticket modérateur par une Mutuelle et exonération du fait d'une affection de longue durée (ALD).

Figure 2
Couverture maladie des patients (%)



On notera (avec prudence) la plus forte proportion de bénéficiaires de la CMU observée chez les dermatologues et les ophtalmologistes.

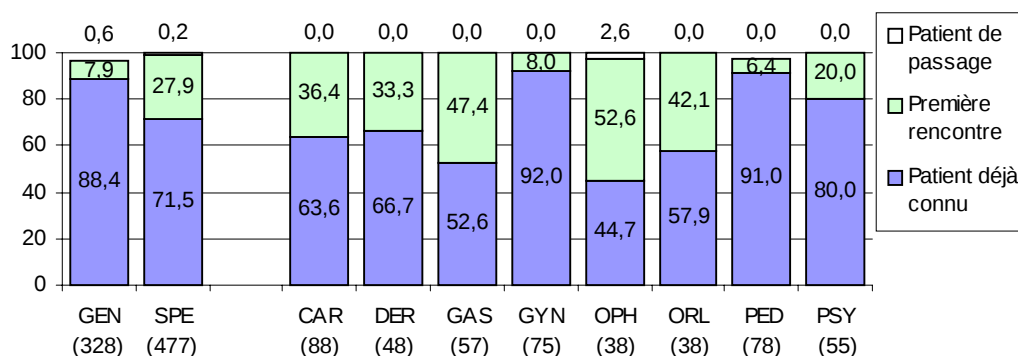
Tableau 5
Couverture maladie des patients en fonction de la spécialité (%)

		CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY	Total
CMU	Oui	2,3	10,4	5,3	2,7	10,5	7,9	7,7	7,3	6,1
	Non	46,6	89,6	43,9	53,3	89,5	42,1	,0	50,9	47,6
	N.R	51,1	,0	50,9	44,0	,0	50,0	92,3	41,8	46,3
Exonéré TM	Oui	48,9	2,1	10,5	5,3	2,6	,0	,0	34,5	15,5
	Non	21,6	95,8	24,6	49,3	97,4	42,1	,0	36,4	39,6
	N.R	29,5	2,1	64,9	45,3	,0	57,9	100,0	29,1	44,9
Mutuelle	Oui	61,4	,0	63,2	90,7	60,5	76,3	47,4	69,1	59,7
	Non	10,2	97,9	1,8	2,7	39,5	7,9	,0	7,3	17,0
	N.R	28,4	2,1	35,1	6,7	,0	15,8	52,6	23,6	23,3
Effectifs		88	48	57	75	38	38	78	55	477

III -ORIGINE DU PATIENT

Dans 88% des cas chez les généralistes et 71% des cas chez les spécialistes, le patient est déjà connu du médecin. Les spécialistes chez qui les nouveaux patients sont les plus nombreux, sont, sur la base de l'échantillon de l'enquête de faisabilité, les ophtalmologistes (53%), les gastro-entérologues (47%) et les ORL (42%). A l'opposé, les pédiatres, gynécologues et psychiatres semblent surtout travailler sur une clientèle stable.

Figure 3
Composition de la clientèle en fonction de la spécialité (%)



Deux fois sur trois (65%), les patients consultant un généraliste viennent de leur propre initiative, dans 19% des cas ils sont convoqués par le médecin traitant lui-même ; ils ne sont orientés par un autre intervenant que dans 8% des cas. Chez les spécialistes, le recours spontané, bien que plus rare, n'est pas exceptionnel (33%) et varie énormément selon la spécialité : très fréquent chez les ORL, les dermatologues et les ophtalmologistes, il est au contraire rare chez les psychiatres et les gastro-entérologues.

Dans certaines spécialités, l'orientation par un généraliste prime (cardiologues, gastro-entérologues et, à un moindre degré, psychiatres), chez d'autres, la reconvoque constitue un motif fréquent de recours (gynécologues, pédiatres, dermatologues). Enfin, l'orientation par un professionnel autre que le médecin traitant n'est pas rare chez les ORL et les ophtalmologistes.

Tableau 6
Orientation du patient en amont en fonction de la spécialité (%)

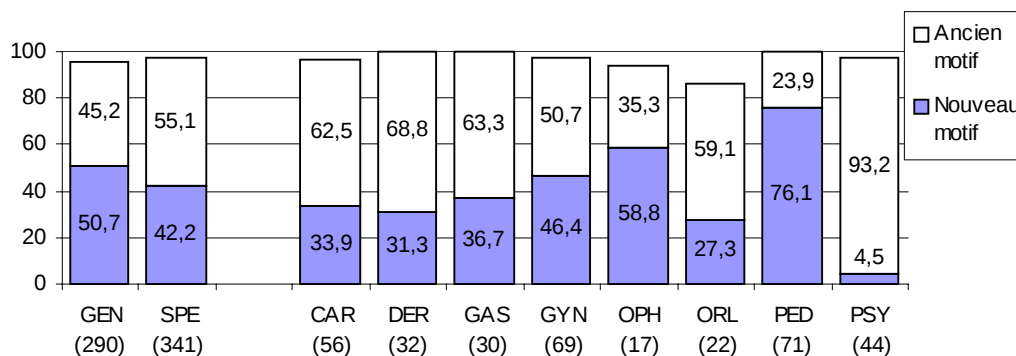
Orienté par :	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Personne (propre initiative)	64,6	33,1	28,4	50,0	17,5	32,0	47,4	65,8	29,5	16,4
Vous-même	19,5	28,7	13,6	39,6	10,5	54,7	26,3	10,5	53,8	5,5
Un généraliste	0,0	24,5	54,5	8,3	64,9	1,3	7,9	5,3	1,3	38,2
Un spécialiste libéral	0,3	3,8	1,1	0,0	5,3	2,7	7,9	2,6	3,8	9,1
Struc. d'hospitalisation	0,9	1,9	2,3	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	10,9
Autre personne	6,4	5,0	0,0	2,1	0,0	2,7	7,9	15,8	5,1	14,5
N.R	8,2	2,9	0,0	0,0	1,8	6,7	0,0	0,0	6,4	5,5
EFFECTIFS	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55

IV - MOTIF DE CONSULTATION ET DIAGNOSTIC PORTE

a - Ancienneté du motif

La moitié des recours en médecine générale de patients déjà connus du praticien est occasionnée par un nouveau motif de consultation. Cette proportion est plus faible chez les spécialistes (42%) qui interviennent plus souvent dans le cadre d'un suivi, à l'exception toutefois des pédiatres (76% de nouveaux motifs), des ophtalmologistes (59%), voire des gynécologues (46%).

Figure 4
Proportion de patients connus du médecin consultant pour un nouveau ou un ancien motif



b - Plaintes et diagnostics

Les plus fréquents des motifs de consultation (plaintes exprimées) et des diagnostics portés, codés d'après la Classification Internationale des Soins Primaires (CISP), sont présentés dans les tableaux suivants (la totalité des plaintes et diagnostics est présentée dans un document annexe).

Tableau 7
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Généralistes

Généralistes		n	%
Plaintes	Toux	21	6,4
	Examen médical ou bilan santé partiel	18	5,5
	S/P de la gorge	13	4,0
	Fièvre	12	3,7
	Prescription/demande médic/renouvellement/injection	12	3,7
Diagnostics	Hypertension non compliquée	22	6,7
	Angine aiguë	16	4,9
	Rhinite allergique	11	3,4
	Laryngite, trachéite aiguë	10	3,0
	Bronchite aiguë, bronchiolite	8	2,4
	Gastro-entérite présumée infectieuse	8	2,4
	Infection aiguë voies respiratoires sup.	8	2,4
	Autre procédure préventive	8	2,4
EFFECTIFS		328	

Tableau 8
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Cardiologues

Cardiologues		n	%
Plaintes	Examen médical ou bilan santé détaillé	10	11,4
	Autre S/P cardiovasculaire	7	8,0
	Douleur cardiaque	7	8,0
	Palpitat./perception battements card.	6	6,8
	Souffle court, dyspnée	6	6,8
Diagnostics	Hypertension non compliquée	18	20,5
	Pas de maladie	9	10,2
	Valvulopathie NCA	8	9,1
	Autre maladie cardio-vasculaire	7	8,0
	Tracé électrique	6	6,8
EFFECTIFS		88	

Tableau 9
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Dermatologues

Dermatologues		n	%
Plaintes	Acné	12	25,0
	Tuméfaction/gonflement loc. peau	9	18,8
	Verrue	8	16,7
	Eruption localisée	6	12,5
	Peur du cancer de la peau	5	10,4
Diagnostics	Acné	12	25,0
	Verrue	8	16,7
	Autre tumeur bén./indét. de la peau	7	14,6
	Dermatite atopique/eczéma	6	12,5
	Naevus/naevus pigmentaire	4	8,3
EFFECTIFS		48	

Tableau 10
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Gastro-entérologues

Gastro-entérologues		n	%
Plaintes	Douleur abdominale/épigastrique	8	14,0
	Douleur rectale/anale	7	12,3
	Douleur/crampes abdominales gén.	6	10,5
	Saignement rectal	6	10,5
	Brûlure/brûlant/brûlement estomac	4	7,0
Diagnostics	Autre maladie du syst. digestif	8	14,0
	Syndrome du colon irritable	8	14,0
	Maladie diverticulaire	5	8,8
	Endoscopie	5	8,8
	Hémorroïdes	4	7,0
	Trouble de la fonction gastrique	4	7,0
EFFECTIFS		57	

Tableau 11
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Gynécologues

Gynécologues		n	%
Plaintes	Examen médical ou bilan santé partiel	17	22,7
	Prescription/demande médic/renouvellement/injection	13	17,3
	Contraception orale	13	17,3
	Contraception intra-utérine	5	6,7
	Question de grossesse	5	6,7
Diagnostics	Pas de maladie	7	9,3
	S/P liés à la ménopause	5	6,7
	Candidose génitale chez la femme	4	5,3
	Trouble anxieux/état anxieux	4	5,3
	Tumeur bénigne génitale femme	4	5,3
EFFECTIFS		75	

Tableau 12
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Ophtalmologistes

Ophtalmologistes		n	%
Plaintes	S/P lunettes	15	39,5
	Limitation de la fonction/incap. (F)	5	13,2
	Oeil douloureux	4	10,5
	Oeil rouge	3	7,9
	S/P lentilles de contact	2	5,3
	Peur d'une maladie de l'œil	2	5,3
	Sensation oculaire anormale	2	5,3
Diagnostics	Défaut de réfraction	17	44,7
	Autre maladie de l'œil/annexes	3	7,9
	Cataracte	3	7,9
	CE dans l'œil	2	5,3
	Conjonctivite infectieuse	2	5,3
	Dégénérescence maculaire	2	5,3
EFFECTIFS		38	

Tableau 13
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

ORL

ORL		n	%
Plaintes	P. d'audition	13	34,2
	Douleur d'oreille/otalgie	5	13,2
	Autre S/P du nez	2	5,3
	Vertige/étourdissement	2	5,3
	S/P de la voix	2	5,3
Diagnostics	Surdité	5	13,2
	Excès de cérumen	4	10,5
	Rhinite allergique	3	7,9
	Pas de maladie	2	5,3
	Syndrome cervical	2	5,3
	Syndrome vertigineux	2	5,3
	Otite moyenne aiguë/myringite	2	5,3
	Presbyacousie	2	5,3
	Otite moyenne séreuse	2	5,3
	Hernie hiatale	2	5,3
	EFFECTIFS	38	

Tableau 14
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Pédiatres

Pédiatres		n	%
Plaintes	Toux	21	26,9
	Examen médical ou bilan santé détaillé	20	25,6
	Fièvre	12	15,4
	Congestion nasale, éternuement	3	3,8
	Autre S/P du nez	3	3,8
Diagnostics	Pas de maladie	12	15,4
	Laryngite, trachéite aiguë	8	10,3
	Infection aiguë voies respiratoires sup.	7	9,0
	Grippe	6	7,7
	Examen médical ou bilan santé détaillé	5	6,4
	Asthme	5	6,4
EFFECTIFS		78	

Tableau 15
Liste des plaintes et diagnostics cités en première position
- Etude sur les 5 fréquences les plus élevées -

Psychiatres

Psychiatres		n	%
Plaintes	Sensation anxiété/nervosité/tension	13	23,6
	Prescription/demande médic/renouvellement/injection	9	16,4
	Sensation de dépression	8	14,5
	Contact administratif	3	5,5
	Sentiment/comport. irritable/colère	3	5,5
	Alcoolisme chronique	3	5,5
	Problèmes de phase de vie adulte	3	5,5
Diagnostics	Trouble anxieux/état anxieux	10	18,2
	Trouble de la personnalité	9	16,4
	Dépression	8	14,5
	Psychose affective	5	9,1
	Syndrome de stress post-traumatique	4	7,3
	EFFECTIFS	55	

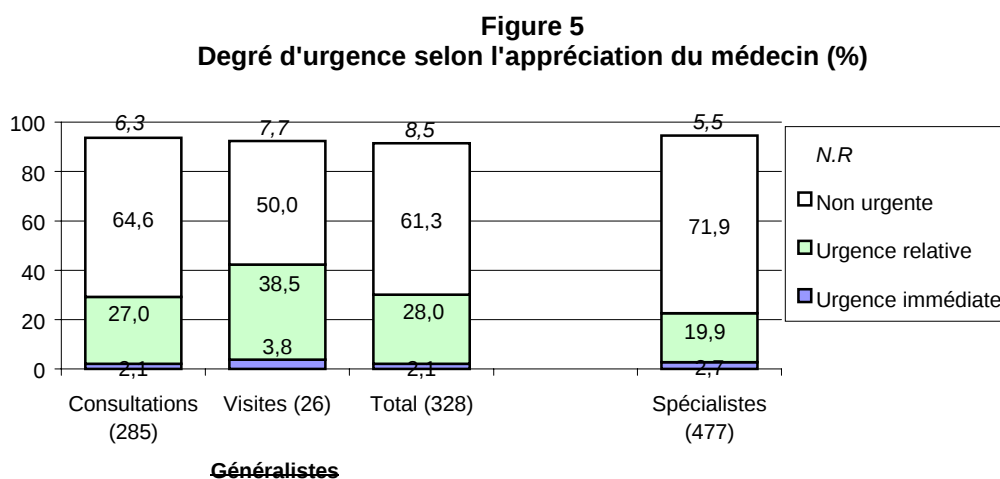
La double codification effectuée par le CAREPS à partir de l'information rédigée par le médecin fait apparaître une discordance pour 16% de l'ensemble des motifs de consultation cités et pour 20% de l'ensemble des diagnostics. Toutefois, les codifications franchement discordantes sont relativement rares. Très souvent, la discordance est liée au fait que le médecin indique un diagnostic en lieu et place d'une plainte (ex : patient venu pour "angine" et non pas pour "mal de gorge"). Une autre discordance fréquente entre les 2 codifications tient à ce qu'un renouvellement d'ordonnance ne soit pas codé comme tel mais comme "examen médical", "suivi", "bilan de santé", etc... On le voit, la plupart des discordances semblent liées à des problèmes d'interprétation. Par ailleurs, la codification effectuée par le CAREPS s'appuyait sur le libellé en clair de la plainte ou du diagnostic rédigé par le médecin. On peut penser que, souvent, ce libellé ne décrivait qu'une partie d'un tout. Il est donc difficile d'affirmer que le code finalement retenu par le médecin n'était pas plus adapté que celui retenu par le CAREPS sur la base de ce libellé en clair.

Tableau 16
Confrontation des codifications effectuées par le médecin et par le CAREPS (%)

	Motifs			Diagnostics		
	MG	Spécialistes	Total	MG	Spécialistes	Total
Concordance	65.3	84.0	76.9	67.4	79.3	74.3
Discordance	28.6	8.6	16.2	30.2	12.1	19.8
Absence de codification	6.1	7.4	6.9	2.3	8.6	5.9

c - Degré d'urgence

Selon l'avis des généralistes, seules 29% des consultations et 42% des visites constituaient une "urgence", soit relative (nécessitant une prise en charge dans les 24 H), soit immédiate (respectivement 2% et 4%). La part des urgences relatives ou immédiates apparaît un peu plus importante dans les consultations de généralistes que dans celles de spécialistes (respectivement 29% et 23%).



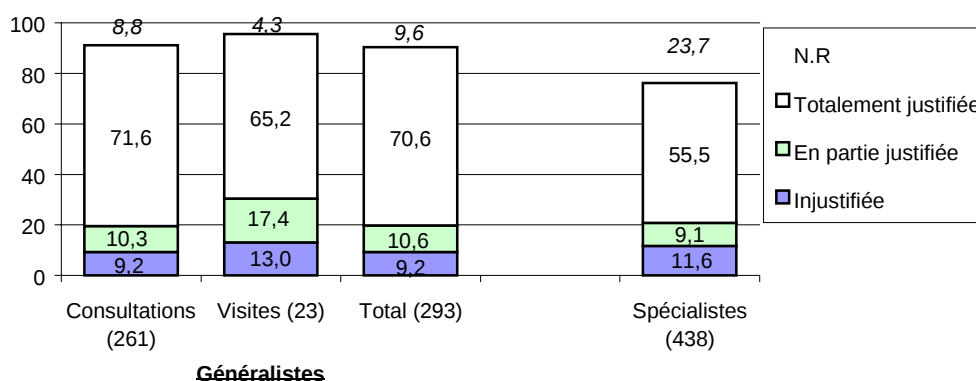
On notera que les urgences immédiates ne sont pas rares chez les ophtalmologistes (16%) et les pédiatres (8%). A l'opposé, presque toutes les consultations notées par les dermatologues et les ORL n'avaient aucun caractère d'urgence, de même que la plupart de celles notées par les gastro-entérologues et les psychiatres.

Tableau 17
Degré d'urgence selon l'appréciation du médecin en fonction de la spécialité (%)

Degré d'urgence	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY	Total
Urgence immédiate	1,1	,0	,0	,0	15,8	,0	7,7	,0	2,7
Urgence relative	28,4	2,1	14,0	5,3	21,1	5,3	44,9	21,8	19,9
Non urgente	69,3	97,9	78,9	70,7	63,2	94,7	43,6	78,2	71,9
N.R	1,1	,0	7,0	24,0	,0	,0	3,8	,0	5,5
Effectifs	88	48	57	75	38	38	78	55	477

On remarquera que les généralistes ont considéré, pour 9% des actes notifiés, que les exigences du patient en matière de délais de consultation étaient injustifiées, le chiffre relevé chez les spécialistes est de 12% (15% si l'on ne considère que les dossiers documentés sur ce point). Dans la majorité des cas, l'exigence du patient est au contraire décrite comme totalement justifiée : 71% chez les généralistes (78% des dossiers documentés) et 55% chez les spécialistes (73% des dossiers documents).

Figure 6
Exigence du patient en matière de délais de consultation (%)



En fait, on observe qu'une exigence injustifiée en matière de délais n'est décrite massivement que par les dermatologues (98% !), les chiffres relevés dans les autres spécialités variant de 0% à 3%.

Tableau 18
Exigence du patient en matière de délais de consultation en fonction de la spécialité (%)

Exigence du patient	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY	Total
Totalement justifiée	72,1	2,1	34,0	66,7	71,9	47,4	56,5	80,0	55,5
En partie justifiée	8,1	,0	5,7	3,5	25,0	2,6	13,0	18,2	9,1
Injustifiée	1,2	97,9	,0	,0	3,1	,0	2,9	,0	11,6
N.R	18,6	,0	60,4	29,8	,0	50,0	27,5	1,8	23,7
Effectifs	86	48	53	57	32	38	69	55	438

V - CONTENU DE LA CONSULTATION

a - Durée de la consultation

En moyenne, la consultation d'un généraliste dure 15 minutes, celle d'un spécialiste 22 minutes (de 14 minutes chez les ophtalmologistes à 32 minutes chez les psychiatres). La durée moyenne d'une visite à domicile par un généraliste est de 20 minutes. On relève encore que 70% des consultations des généralistes et 34% de celles des spécialistes durent moins d'un quart d'heure (en général de 10 à 15 minutes). Les consultations de plus de 30 minutes sont rares : 2% des cas chez les généralistes et 7% chez les spécialistes (18% cependant chez les psychiatres).

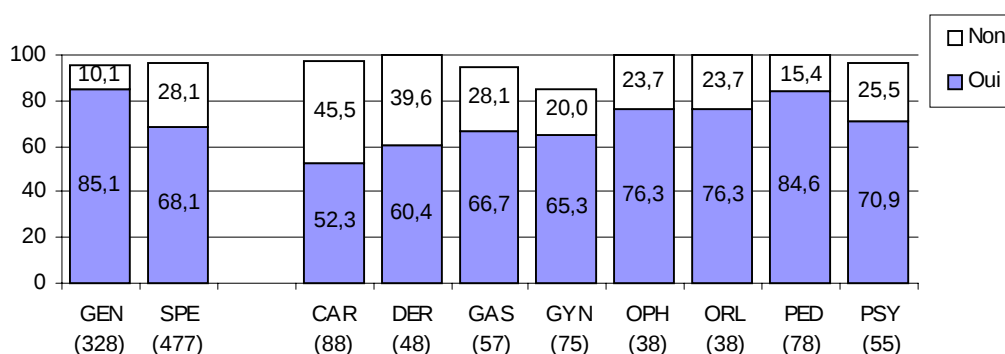
Tableau 19
Durée de la consultation ou de la visite (% , moyenne, médiane)

	Généralistes			Spécialistes								
	Cabinet	Visite	TOT	TOT	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
< 10 min.	6.7	0.0	5.8	0.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.1	0.0
10-15 min.	63.2	50.0	61.6	34.2	14.8	58.3	14.0	32.0	89.5	28.9	57.7	0.0
16-20 min.	19.6	30.8	21.6	27.7	38.6	37.5	38.6	34.7	10.5	23.7	20.5	5.5
21-30 min.	7.0	7.7	6.7	28.7	37.5	0.0	29.8	29.3	0.0	34.2	12.8	76.4
> 30 min.	2.5	11.5	3.0	6.7	9.1	2.1	10.5	4.0	0.0	7.9	1.3	18.2
N.R	1.1	0.0	1.2	1.9	0.0	2.1	7.0	0.0	0.0	5.3	2.6	0.0
Moyenne	15	20	16	22	24	17	24	21	14	23	17	32
Médiane	15	18	15	20	20	15	20	20	15	20	15	30
Minimum	5	10	5	5	10	10	12	15	10	10	5	20
Maximum	45	45	45	60	45	35	40	40	20	50	40	60
EFFECTIFS	285	26	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55

b - Prescription pharmaceutique

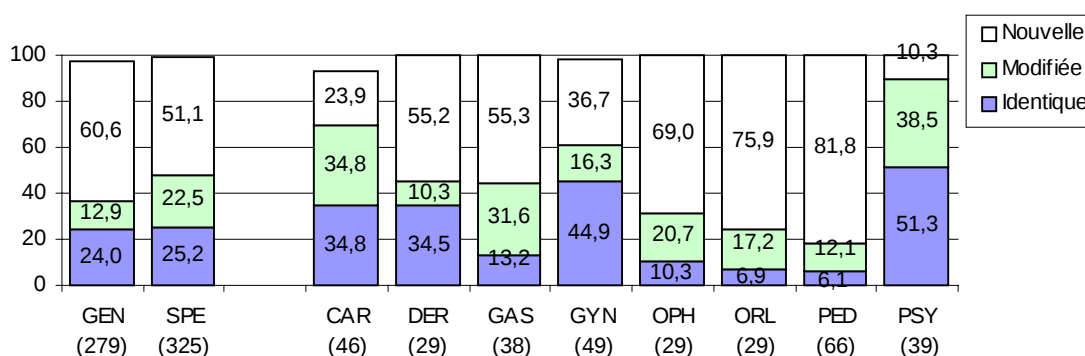
Les consultations et visites notifiées dans cette enquête de faisabilité ont donné lieu très généralement à une prescription pharmaceutique chez les généralistes (85% des cas), moins systématiquement chez les spécialistes (68%). Chez ces derniers, les trois spécialités les plus prescriptrices sont, sur la base de cette étude, les pédiatres (85%), les ophtalmologistes (76%) et les ORL (76%). A l'opposé, les patients vus en consultation par les cardiologues sont repartis près d'une fois sur deux (45%) sans prescription. C'est également le cas de 40% des patients des dermatologues.

Figure 7
Fréquence des prescriptions pharmaceutiques (%)



On relève, chez les généralistes comme chez les spécialistes, qu'une fois sur 4, la prescription a consisté en un renouvellement à l'identique de l'ordonnance. Une modification de la prescription habituelle a été introduite pour 13% des patients des généralistes et 22% des patients des spécialistes. Enfin, un nouveau traitement a été instauré dans respectivement 61% et 51% des cas.

Figure 8
Type de prescription pharmaceutique proposée par le médecin (%)

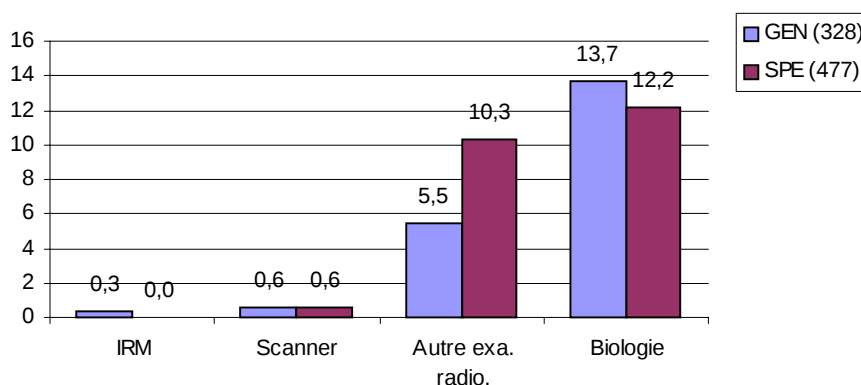


Le type de prescription proposée par le médecin varie cependant considérablement d'une spécialité à l'autre. Le renouvellement à l'identique apparaît très fréquent chez les psychiatres et les gynécologues (45 à 51%), beaucoup plus rare chez les gastro-entérologues et les ophtalmologistes (10 à 13%) et, surtout, chez les ORL et les pédiatres (6 à 7%). On remarquera que l'instauration d'une nouvelle thérapeutique ne concerne que 10% des patients vus pas les psychiatres.

c - Prescription d'examens complémentaires

La prescription d'examens biologiques a accompagné 14% des consultations de généralistes et 12% des consultations de spécialistes. Dans ces dernières, la prescription d'examens radiologiques est presque aussi fréquente (10%). enfin, près de 1% des patients de généralistes se sont vus prescrire un scanner ou une IRM (0.6% des patients de spécialistes).

Figure 9
Prescription d'examens complémentaires (%)



Les gynécologues (39%) et, à un moindre degré, les dermatologues (14%) et les cardiologues (11%) sont les spécialistes qui prescrivent le plus régulièrement des examens biologiques. La prescription de radios (hors IRM et scanner) est, quant à elle, surtout le fait des gynécologues (35%) et, à un degré moindre, des cardiologues (14%).

Tableau 20
Prescription d'examens complémentaires en fonction de la spécialité (%)

	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
IRM	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0	,0
Scanner	,0	,0	3,5	,0	,0	2,6	,0	,0
Autre examen radiologique	13,6	,0	8,8	34,7	5,3	2,6	3,8	,0
Biologie	11,4	14,6	5,3	38,7	2,6	7,9	3,8	3,6
Effectifs	88	48	57	75	38	38	78	55

d - Orientation à l'issue de la consultation

On relève que 9 fois sur 10 chez les généralistes et 8 fois sur 10 chez les spécialistes aucune orientation n'est prescrite à l'issue de la consultation. L'orientation vers un confrère libéral n'est pas rare chez les spécialistes (15%), il s'agit alors, deux fois sur trois, d'une orientation vers un généraliste (tab. 22) mais cela n'est en fait une pratique régulière que chez les cardiologues interrogés dans le cadre de cette étude.

La situation inverse (orientation vers un spécialiste libéral à l'issue de la consultation chez un généraliste) n'est retrouvée que dans 2% des dossiers.

Enfin, une orientation vers des soins paramédicaux (tab. 23) est décrite pour 5% des dossiers de généralistes (à peu près aussi souvent en direction d'un cabinet de soins infirmiers que d'un kinésithérapeute) et pour 3% des dossiers de spécialistes.

Tableau 21
Orientation à l'issue de la consultation (%)

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Soins paramédicaux	5.5	3.1	0.0	0.0	0.0	4.0	7.9	7.9	1.3	9.1
Confrère libéral	2.4	14.7	58.0	4.2	8.8	8.0	2.6	2.6	1.3	5.5
Consultation hospitalière	1.2	1.7	2.3	6.3	1.8	0.0	0.0	0.0	1.3	1.8
Hospitalisation programmée	1.5	2.3	2.3	0.0	8.8	0.0	10.5	0.0	0.0	0.0
Pas d'orientation	89.3	78.2	37.5	89.6	80.7	88.0	78.9	89.5	96.2	83.6
EFFECTIFS	328	477	88	48	57	75	38	38	78	55

Tableau 22
Détail de l'orientation vers un confrère libéral (n=78) -%-

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Généraliste	0.0	68.6	88.2	0.0	40.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0
Spécialiste	100.0	31.4	11.8	100.0	60.0	83.3	100.0	100.0	100.0	100.0
EFFECTIFS	8	70	51	2	5	6	1	1	1	3

Tableau 23
Détail de l'orientation pour des soins paramédicaux (n=33) -%-

	GEN	SPE	CAR	DER	GAS	GYN	OPH	ORL	PED	PSY
Kiné	27.8	26.7	0.0	0.0	0.0	66.7	0.0	33.3	100.0	0.0
IDE	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Autre	5.6	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3	100.0	33.3	0.0	100.0
N.R	33.3	6.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0
EFFECTIFS	18	15	0	0	0	3	3	3	1	5

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Il ne nous paraît pas utile de revenir dans cette conclusion sur les résultats observés à partir des 805 dossiers collectés par les 25 praticiens associés à cette pré-enquête. En effet, l'"échantillon" considéré n'est en rien représentatif. Cela est particulièrement vrai pour les spécialistes, certaines spécialités étant représentées par un seul médecin, d'autres par 4.

On se concentrera donc sur ce qui constituait l'objectif de cette approche, à savoir étudier la faisabilité d'une telle étude en médecine libérale.

Un certain nombre de points méritent d'être soulignés :

- l'adhésion des médecins est très variable selon la spécialité (de 2% à 50%). Il nous semble que des catégories telles que les ophtalmologistes (42 médecins sollicités pour obtenir 1 participant) et les dermatologues (27 sollicités pour 1 participants) ne pourraient être retenues dans une étude,
- le temps moyen de remplissage d'une fiche est 4 minutes chez les généralistes, 5 minutes chez les spécialistes,
- 41 fiches ont été remplies en moyenne par les généralistes, 28 par les spécialistes (pour un nombre total de consultations durant les 2 journées d'étude égal à 43 chez les généralistes et à 30 chez les spécialistes),
- l'étude est jugée d'une lourdeur acceptable par le quart des généralistes et les deux tiers des spécialistes,
- de l'avis des généralistes, il serait délicat d'allonger la période de recueil à une semaine (60% des spécialistes pensent, au contraire, que cela pourrait être fait sans trop de difficulté),
- les deux tiers des généralistes et la moitié des spécialistes estiment insuffisante l'indemnité de 92 € (600 F) proposée,
- la codification des plaintes et des diagnostics par le médecin est certainement l'élément le plus problématique, d'une part en raison de la lourdeur de cette procédure (l'essentiel de la complexité de la fiche réside ici), d'autre part en raison des erreurs possibles. Les médecins ont relativement bien tenu leurs engagements puisque seuls 7% des 1249 plaintes notifiées et 6% des 1069 diagnostics n'ont pas été codés. Cependant, la "contre-saisie" effectuée par le CAREPS à partir du libellé en clair de la plainte ou du diagnostic rédigé par le médecin (de manière en général très succincte) montre que les discordances entre les 2 codes sont loin d'être rares, en particulier chez les généralistes (30% des diagnostics portés) ; c'est également le cas dans 12 % des dossiers de spécialistes. Très souvent est en cause le fait que soit indiqué un diagnostic à la place d'une plainte, que les renouvellements d'ordonnance (motif fréquent de

consultation) n'aient pas été correctement codés, ou que la classification soit effectivement ambiguë. Le nombre de vraies erreurs de codification est par contre très rare. Par ailleurs, rien ne prouve que le libellé en clair rédigé par le médecin (sur lequel s'est appuyée la codification du CAREPS) décrive plus exactement la situation que le code qu'il a lui-même apposé. Dans leurs commentaires libres, de nombreux médecins ont évoqué leurs difficultés à coder et plusieurs, en particulier (mais pas exclusivement) parmi les spécialistes, ont contesté la CISP qu'ils ont trouvé complexe et incomplète, souvent mal adaptée à la réalité de leur spécialité.

- en contre partie, l'exploitation du questionnaire qui a été réalisée donne à voir l'intérêt que représenterait une telle enquête conduite sur un échantillon représentatif de généralistes et de spécialistes pour décrire le bassin de "recrutement" des médecins, les caractéristiques de leurs patients, les orientations en amont et en aval ainsi que le contenu de la consultation et les prescriptions effectuées.

En définitive, il apparaît au terme de cette étude de faisabilité qu'une extension de l'enquête à un plus large échantillon de généralistes et de spécialistes est certainement réalisable, sous certaines conditions cependant :

- ne pas prendre en compte certaines spécialités qui se sont montrées très peu coopératives,
- poursuivre la réflexion sur la grille de codification utilisée et les modalités de son administration (grille CISP ou autre grille, formation préalable des participants, etc),
- prévoir comme solution alternative que la codification puisse être assurée par l'organisme chargé de l'enquête. Ceci pourrait présenter 2 avantages : minimiser quelque peu les coûts (en proposant une indemnité plus faible aux participants puisque la partie la plus complexe serait supprimée) et améliorer l'acceptabilité de l'étude.

ANNEXES

- **Liste des médecins participants**
- **Questionnaire d'enquête**

Listes des 25 médecins ayant participé à l'enquête de faisabilité

ALGOUD GILLES	01400 CHATILLON SUR CHALARONNE
ALLIOT EMMANUEL	74300 CLUSES
AUDEFRAY DOMINIQUE	38090 VILLEFONTAINE
AZZOPARDI YVES	38100 GRENOBLE
BABY BERNARD	42400 SAINT-CHAMOND
BOUDOUSQUIE-BILIS NADINE	38000 GRENOBLE
BRUN MARC	69540 IRIGNY
DUBOIS JEAN-MARC	69100 VILLEURBANNE
DUCLIEU JACQUES	07300 TOURNON SUR RHONE
FONT LE BRET BRIGITTE	38800 LE PONT DE CLAIX
FORTUIT HUGUES	74700 SALLANCHES
GARAPON GEORGES	42000 ST ETIENNE
GEBUHRER VERONIQUE	69100 VILLEURBANNE
GROENE-FOLCHER AGNES	74000 ANNECY
HAGEGE EDITH	69002 LYON
HALLALI PATRICK	38000 GRENOBLE
MANGIN PATRICE	42700 FIRMINY
PAGES MARIE-PAULE	73000 CHAMBERY
POLO BRIGITTE	42100 ST ETIENNE
PUJOL HENRY-PAUL	07200 AUBENAS
REY MAURICE	38550 PEAGE DE ROUSSILLON
RICHALET CAROLINE	38130 ECHIROLLES
RICHARD JOEL	73590 FLUMET
RIFFARD CLAUDE	69780 SAINT PIERRE DE CHANDRIEU
RONNAUX-BARON HERVE	69006 LYON

A - LE CONTEXTE DE VOTRE INTERVENTION

Date de la consultation⁽¹⁾ : 2001

Lieu (1 seule case) : ☐ Cabinet principal ☐ Hôpital } Si 3, 4 ou 5 indiquer le Code Postal
☐ Résidence du patient ☐ Clinique de la commune :
(domicile, maison, hôtel...) ☐ Autre en activité libérale

Ce lieu de consultation est : ☐ 1 plus proche du domicile du patient ☐ 3 sensiblement à égale distance
☐ 2 plus proche de son lieu de travail ☐ 4 sans objet (sans activité prof. ou personne de passage)

Degré d'urgence selon votre appréciation (1 seule case) :

☐ 1 non urgente ☐ 2 urgence relative ☐ 3 urgence immédiate
Nécessite une prise en charge dans la journée

Si vous avez coché 1 ou 2 :

Exigence du patient en matière de délais de consultation : ☐ 1 totalement justifiée ☐ 2 en partie justifiée ☐ 3 injustifiée
Ne nécessite pas une prise en charge impérative dans la journée

B - LE CONTENU DE VOTRE INTERVENTION

Motifs de venue

Indiquez ci-dessous les 3 principaux motifs de venue, d'abord en clair puis, en vous référant à l'ensemble de la CISP, veuillez porter le(s) code(s) correspondant(s) :

Motif 1 : Code CISP :
Motif 2 : Code CISP :
Motif 3 : Code CISP :

Diagnostic(s) porté(s)

Indiquez ci-dessous les 3 principaux diagnostics portés ou évoqués, d'abord en clair puis, en vous référant à la CISP, veuillez porter le(s) code(s) correspondant(s) (rappel : dans la CISP, les diagnostics sont codés, dans les chapitres de A à Z et les rubriques 01 à 29 et 70 à 99) :

Diagnostic 1 : Code CISP :
Diagnostic 2 : Code CISP :
Diagnostic 3 : Code CISP :

Prescription pharmaceutique :

☐ 1 oui ☐ renouvelée à l'identique ☐ modifiée ☐ nouvelle
☐ 2 non

Prescriptions complémentaires (plusieurs cases possibles) :

☐ IRM ☐ Scanner ☐ Autre examen radiologique ☐ Biologie

Orientation :

☐ 1 Soins paramédicaux ☐ 2 Orientation vers un confrère libéral ☐ 3 Consultation hospitalière ☐ 4 Hospitalisation programmée
☐ 1 Kiné ☐ 2 IDE ☐ 3 Autre ☐ 1 Généraliste ☐ 2 Spécialiste ☐ 5 Hospitalisation urgente (dans les 24H)

C - VOTRE PATIENT

Année de naissance :

Code postal commune de résidence :
(le jour de la consultation)

Sexe (H/F) :

Patient :

☐ 1 Patient déjà connu ☐ consultation du jour pour : ☐ 1 nouveau motif ☐ 2 ancien motif
☐ 2 Première rencontre
☐ 3 Patient de passage dans le département (tourisme...)

Remboursement (pour la consultation du jour) :

CMU ⇒ ☐ 1 oui ☐ 2 non Exonéré TM ⇒ ☐ 1 oui ☐ 2 non Mutuelle ⇒ ☐ 1 oui ☐ 2 non

Mode de recours, le patient est adressé par :

☐ 1 personne (propre initiative) ☐ 3 un généraliste ☐ 5 une structure d'hospitalisation
☐ 2 vous-même (suivi habituel) ☐ 4 un spécialiste libéral ☐ 6 une autre personne

Durée de la consultation en minutes (hors remplissage questionnaire) :

(1) Par "consultation", dans tout le questionnaire, il faut entendre aussi bien consultation au cabinet que visite à domicile