

questions

d'économie de la santé

résultats

Repères

Mieux comprendre les trajectoires des patients dans le système de soins est important pour éclairer les choix de planification de l'offre.

C'est dans cette perspective que l'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France a confié au CREDES une enquête sur l'orientation des patients franciliens vers les plateaux techniques.

Novatrice par son contenu, cette étude l'est également par sa démarche, qui associe l'ensemble des praticiens publics et privés d'Île-de-France, mais également par la méthodologie retenue qui conduit à interroger à la fois le patient, le médecin prescripteur et le médecin réalisant l'acte.

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

Philippe Le Fur, Valérie Paris, Hervé Picard, Dominique Polton

Comment s'organisent les trajectoires de soins ? Comment les patients sont-ils orientés, où vont-ils se faire soigner ? Sur quels critères choisissent-ils le médecin ou l'établissement où ils sont pris en charge ? En quoi ces choix sont-ils influencés par des facteurs géographiques ou sociaux ? Y a-t-il des différences dans la qualité de la prise en charge selon la trajectoire suivie ?

L'étude réalisée par le CREDES à la demande de l'Union régionale des médecins libéraux d'Île-de-France a pour objectif d'explorer ces questions dans un domaine spécifique, l'accès aux plateaux techniques dans la région, pour trois actes : l'IRM du genou, l'endoscopie digestive haute et la cholécystectomie. Elle met en évidence des trajectoires variables selon l'acte technique, mais aussi au-delà de la diversité des traceurs, des logiques de comportement différentes selon les catégories des individus.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

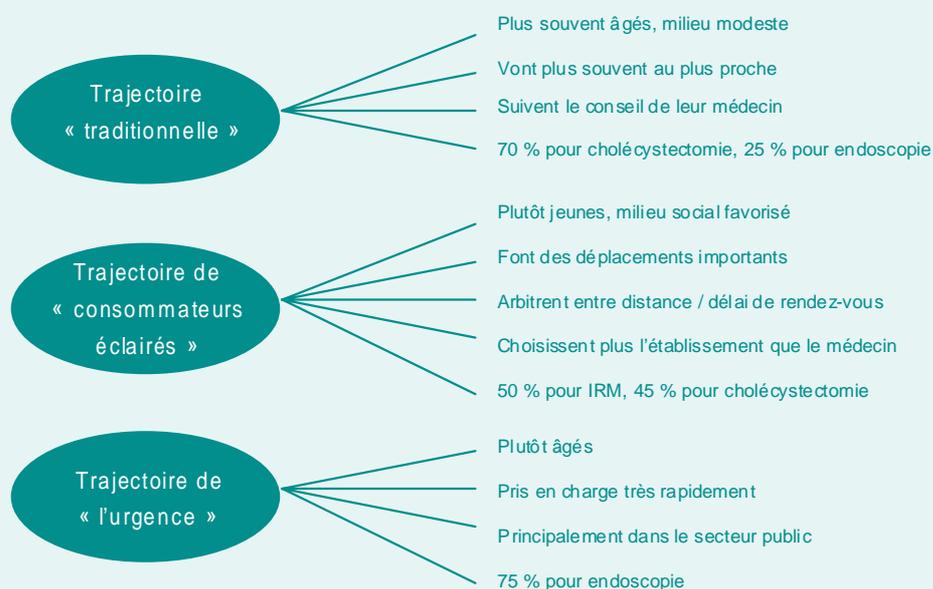
Secrétaire-maquetiste :
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 30 F

Profil des patients selon différentes trajectoires types



Source : CREDES-URML IdF 1999

L'objectif de cette étude est d'explorer, grâce à une méthodologie originale, une question mal connue, et pourtant essentielle pour une réflexion en termes de planification de l'offre de soins : **l'orientation des patients dans le système de soins et les trajectoires suivies**. Comment varient ces trajectoires (adressage, distance, délai) ? Quels sont les choix – du patient ou du médecin – qui les orientent, sur quels critères ? Ont-elles un impact sur la qualité de la prise en charge ?

Pour cela, nous avons réalisé une enquête en Île-de-France auprès de patients et de médecins pour trois actes : l'IRM du genou, l'endoscopie digestive haute et la cholécystectomie (dans des indications précises, voir encadré ci-contre). Ces actes mettent en jeu des plateaux techniques différents (radiologie, endoscopie, chirurgie), sont pratiqués à la fois dans le public et dans le privé, et renvoient à des situations diversifiées en terme de fréquence et de degré d'urgence.

2

L'accès géographique et l'organisation de l'offre de soins francilienne

La question de l'accès des patients aux plateaux techniques en fonction de leur lieu de résidence - avec notamment l'opposition entre Paris intra-muros et la grande couronne - est une des questions que soulève la distribution actuelle de l'offre de soins dans la région, globalement abondante mais très inégalement répartie, comme le souligne le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

L'observation des déplacements des patients et la compréhension des facteurs qui les influencent - disponibilité de l'offre, déplacement de commodité ou comportement volontaire de consommateur averti - sont des éléments importants pour éclairer les décisions dans ce domaine.

Quels éléments tirons-nous de l'ob-

Méthodologie de l'enquête

Le choix d'actes « traceurs »

Les trajectoires possibles dépendent largement du type de plateau technique et de l'acte technique lui-même, de sa complexité, de son degré d'urgence, de la gravité de la pathologie, etc. L'approche retenue a consisté à choisir un petit nombre d'actes techniques, réalisés chacun dans un contexte clinique bien précis : les " traceurs ".

Trois traceurs ont été sélectionnés à l'aide de groupes d'experts composés de praticiens des spécialités concernées et de généralistes :

- oesogastroduodénoscopie pour hémorragie digestive haute,
- IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique,
- cholécystectomie pour lithiase biliaire non compliquée.

Un recueil d'information à plusieurs niveaux

Par construction, même si l'étude se limite à des segments de trajectoire relativement courts et précisément délimités, plusieurs acteurs interviennent dans la trajectoire du patient. Ceci nous a conduit à recueillir l'information au niveau des différents intervenants :

- le patient,
- le médecin ayant réalisé l'acte technique,
- le médecin ayant adressé le patient, lorsque ce praticien existe.

Un questionnaire a été également effectué au niveau du site pour recueillir quelques caractéristiques structurelles (statut, taille,...).

Les données recueillies

Les éléments collectés pour décrire et analyser les trajectoires concernent :

- la distance parcourue, le délai de rendez-vous, les modalités d'adressage,
- les motifs de choix du plateau technique par le patient et/ou le médecin prescripteur (proximité, disponibilité, réputation, statut,...),
- quelques éléments sur la satisfaction des patients et sur la qualité de la prise en charge, selon quelques critères simples choisis par les groupes d'experts (délai de rendez-vous, réalisation d'examen préalable, équipement du site),
- les caractéristiques médicales (gravité) et socio-économiques des patients.

Le déroulement concret de l'enquête

L'enquête a été proposée à tous les sites franciliens réalisant un des trois actes traceurs. La durée de recueil des données a été d'un mois. La réalisation pratique de l'enquête a été confiée à la société ISL.

Pour chaque acte réalisé dans le site :

- un questionnaire a été rempli par le médecin ayant réalisé l'acte,
- un questionnaire a été remis au patient qui l'a ensuite renvoyé par la poste à la société d'enquête.

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

Secret médical et confidentialité

Les patients ont été inclus dans l'enquête sous réserve de leur consentement écrit.

Les traitements ont été réalisés de manière totalement anonyme tant du point de vue des patients que des sites ou des médecins.

L'ensemble des procédures de recueil et de traitement de l'information a fait l'objet d'un accord de la Commission nationale informatique et liberté (CNIL).

Une remarque sur une limite consciente de l'approche choisie

Ce type d'enquête ne permet par construction de repérer que les trajectoires de soins aboutissant effectivement à la réalisation d'un acte technique. Sont donc volontairement exclues du champ de l'étude les trajectoires correspondant à des patients pour lesquels l'acte technique a été prescrit mais non réalisé.

servation des déplacements des patients pour les trois traceurs étudiés ?

Le déplacement standard : départ du domicile et utilisation d'un véhicule personnel

L'importance des déplacements domicile-travail dans la région et l'existence d'un réseau de transports en commun très développé pourraient faire penser que les déplacements des patients présentent des configurations variables en termes de lieu de départ et de mode de transport utilisé.

En fait, en dehors des urgences, **les parcours des patients sont très stéréotypés** ; dans la très grande majorité des cas (85 à 90 %) ils partent de leur domicile et utilisent leur véhicule personnel.

La majorité des patients ne se rend pas au plus proche

Un constat intéressant est que globalement, les deux tiers des patients ne se rendent pas sur le site le plus proche de leur lieu de départ.

3

Ce comportement est lié **au niveau socio-économique et plus encore au niveau d'études**. Ainsi, la moitié des patients ayant un niveau d'études inférieur au 2ème cycle se rendent dans l'établissement le plus proche, alors qu'ils ne sont plus que de 25 % parmi les autres patients.

Ce résultat recoupe celui d'études an-

tériures plus globales. On peut voir à l'illustration d'une pratique de choix du consommateur de soins, plus largement répandue parmi les jeunes et les cadres que chez les personnes plus âgées ou de milieu social modeste.

Il faut souligner que cette mobilité " choisie " **n'est pas l'apanage des habitants de Paris intra-muros**, qui ont à leur disposition une offre très dense : les habitants de la petite ou de la grande couronne parcourent eux aussi des distances supérieures à celles qui leur seraient imposées par l'éloignement de l'offre.

De manière plus surprenante, ce comportement de non recours au plateau technique le plus proche est **plus accentué dans le cas où l'offre est la plus rare**, c'est-à-dire pour l'IRM. Il semble que quitte à se déplacer, l'ajout d'une distance supplémentaire soit mis en balance avec d'autres critères. Et en l'occurrence, pour l'IRM, ce comportement semble résulter d'un arbitrage distance - délai, car l'importance de la distance parcourue est associée au critère de rapidité du rendez-vous.

En première approche, on pourrait donc dire que les distances parcourues ne résultent pas seulement de la plus ou moins grande disponibilité de l'offre, mais aussi de la volonté des patients eux-mêmes de se déplacer pour aller vers l'établissement de leur choix. Ceci

pourrait dès lors amener à relativiser une approche de la planification fondée sur des densités d'équipement par zone de résidence.

Des distances et des temps d'accès variables selon les actes

Les distances parcourues et les temps d'accès sont fonction de deux effets conjugués :

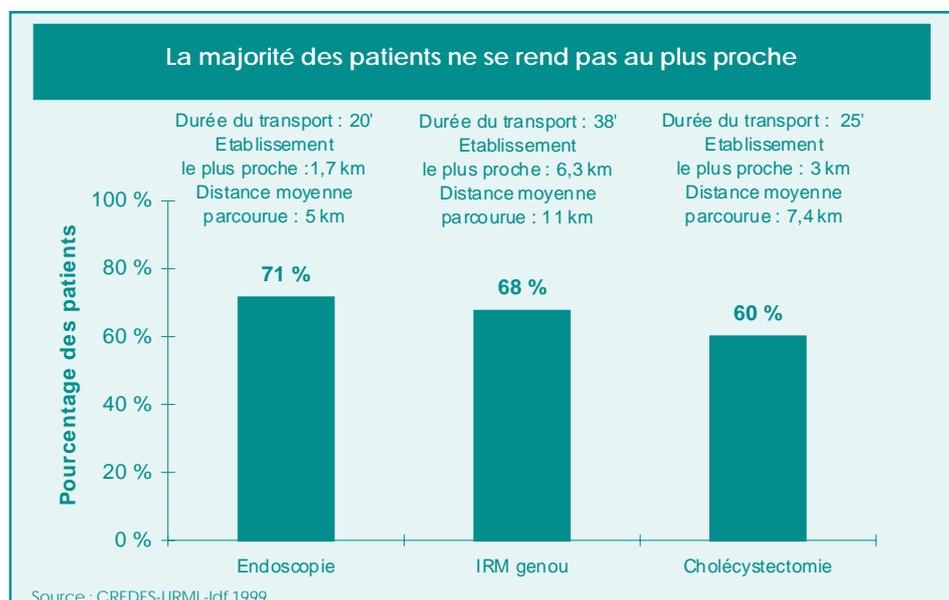
- un effet de disponibilité de l'offre,
- un effet de comportement du patient (choix du site le plus proche ou non).

Quels sont donc au total les distances et les temps d'accès aux différents équipements ?

Même si les patients ne vont pas au plus proche, les distances parcourues restent faibles, du moins pour l'endoscopie (5 km en moyenne) et la chirurgie digestive (7,4 km). Ceci s'explique par la densité de l'offre francilienne, qui permet une proximité des équipements. De fait, 3 % des patients ont plus d'une heure de trajet et 82 % moins d'une demi-heure.

On peut noter également que pour une offre de soins très bien diffusée comme les services de chirurgie digestive ou générale, les patients restent essentiellement, du moins pour une intervention courante comme l'ablation de la vésicule, dans leur zone de résidence. Ainsi les trois quarts des patients habitant en grande couronne se font opérer en grande couronne, un sur cinq va en petite couronne et seulement 4 % se déplacent vers les établissements parisiens. L'effet " attraction des centres parisiens " ne joue donc que peu dans ce cas.

Les distances sont plus importantes pour l'IRM : 11 km en moyenne, 19 en grande couronne, ce qui reflète le nombre plus limité de sites et leur concentration au centre. On observe d'ailleurs dans ce cas beaucoup plus de mouvements de patients vers Paris intra-muros. Néanmoins, le temps d'accès reste inférieur à une heure pour 9 patients sur 10.



Il serait intéressant de comparer ces temps de déplacements avec d'autres, liés à d'autres activités et motifs (déplacements domicile-travail, recours à des services non sanitaires,...).

Les déplacements des patients, résultat de l'offre ou de la demande ?

Dans quelle mesure les déplacements des patients sont-ils la traduction de leur choix et donc le reflet de la demande ? Dans quelle mesure sont-ils contraints par l'offre existante ?

Dans le cas de la **cholécystectomie**, on a l'exemple d'un acte chirurgical banalisé et largement diffusé (200 sites en Île-de-France). On peut considérer pour cet acte qu'il n'y a pas de frein lié à la disponibilité de l'offre, et que le comportement des patients tel que nous l'observons reflète leur souhait : ils veulent choisir (l'établissement n'est pas forcément le plus proche), mais ils veulent rester dans leur zone de résidence.

La réponse est plus complexe en ce qui concerne l'IRM, car on est à l'évidence dans une situation de **plus grande tension de l'offre par rapport à la demande**.

En témoignent les délais de rendez-vous, qui sont supérieurs dans 60 % des cas au délai de 2 semaines considéré par les experts comme acceptable. Même si l'on considérait un délai maximum de 3 semaines, 40 % des patients seraient encore hors délais. Pourtant, 37 % des enquêtés sont gênés dans leur activité professionnelle et 20 % sont dans l'impossibilité de travailler.

Au passage, on peut remarquer que lorsqu'un patient accède à l'IRM, il n'y a pratiquement jamais eu d'arthrographes au préalable. Dans ce cas précis, l'argument de la redondance avec les examens anciens, souvent avancé pour justifier le contingentement des nouvelles technologies, n'est donc pas fondé.

Si l'on considère l'IRM du genou comme un acte aussi courant que l'ablation de la vésicule, on pourrait imaginer qu'il y ait une demande des patients pour une plus grande proximité (donc une meilleure répartition des équipes

entre Paris, petite couronne et grande couronne). Actuellement les trois quarts des patients habitant en grande couronne se déplacent vers la petite couronne ou Paris, ils seraient peut-être moins nombreux si les équipements étaient mieux répartis.

Mais il n'est pas évident que les deux actes puissent être assimilés en termes de degré de banalisation. L'IRM du genou pouvant être considéré, tant par les patients que par les prescripteurs, comme un acte de plus grande technicité, dès lors l'effet réputation jouerait plus, ce qui pourrait expliquer des déplacements plus importants vers des centres plus spécialisés.

Il est donc difficile de faire ici la part des deux effets - contraintes liées à l'offre et choix volontaire du patient.

Les services parisiens recrutent leur clientèle dans toute la région

Bien que les migrations entre zones soient plus ou moins importantes selon les traceurs, au total la clientèle des sites parisiens comporte de nombreux patients venant de banlieue voire de province. Ainsi, moins de 20 % des patients ayant une IRM du genou sur un site parisien sont domiciliés à Paris intramuros ; cette proportion est de 50 % des patients subissant une cholécystectomie dans un service de chirurgie parisien, et de 56 % des patients ayant une endoscopie pour hémorragie digestive haute.

Qu'est-ce qui oriente les trajectoires des patients ?

Le rôle de l'adresseur - souvent le généraliste habituel - reste prédominant

Que le patient choisisse le médecin ou l'établissement, son choix est dans plus de la moitié des cas influencé par les conseils du médecin prescripteur, qui de ce fait occupe une place centrale dans le circuit de soins des patients.

Ce médecin prescripteur est très souvent un généraliste - pour la moitié des endoscopies pour hémorragie digestive

haute et plus de 70 % des adressages vers le chirurgien pour une cholécystectomie. Par contre, les généralistes interviennent moins souvent dans les demandes d'IRM, dans 29 % des cas, soit cependant autant que les rhumatologues et les médecins du sport réunis. Ce sont les orthopédistes qui sont le plus souvent à l'origine de ces demandes, dans 40 % des cas.

Par ailleurs cette étude, pour l'endoscopie, confirme que les secours d'urgence dirigent essentiellement les patients vers des établissements publics (9 fois sur 10).

Le choix de l'établissement ou du médecin ?

Pour l'endoscopie et l'IRM, les patients choisissent beaucoup plus souvent l'établissement que le médecin qui va réaliser l'examen. A l'opposé, le choix du chirurgien prédomine chez les patients qui se font opérer de la vésicule.

Il est clair que dans le cas des actes d'investigations, c'est la qualité collective qui est en jeu, la qualité du plateau technique, et pas seulement la qualité du praticien individuel. En revanche, lorsque l'on touche à l'intimité du corps, la confiance est donnée à une personne, le chirurgien, plus souvent qu'à une organisation et à un plateau technique (alors que ce second élément est aussi, on le sait, une composante de la qualité).

Quel que soit le traceur, lorsque l'acte est effectué dans le secteur privé, les patients choisissent davantage le médecin que l'établissement, à l'inverse de ce qui s'observe dans le public.

Les patients ont-ils des comportements de consommateurs éclairés ?

Au total, peut-on lire dans les modes d'accès aux plateaux techniques une tendance au développement d'un comportement plus consumériste des patients (recherche d'information, analyse comparative, choix éclairé) ?

Le modèle dominant semble pour le moment rester celui de la délégation de responsabilité au médecin traitant,

Participation à l'enquête et représentativité des données

Taux de participation des sites

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

	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Taux de participation effective parmi l'ensemble des sites concernés			
Endoscopie digestive	15 %	31 %	25 %
IRM du genou	30 %	38 %	33 %
Cholécystectomie	33 %	25 %	27 %
Ensemble	24 %	28 %	27 %

Représentativité de l'activité observée

La comparaison avec les données issues du PMSI de 1997 nous a permis d'évaluer la part représentée par l'activité observée dans le total de l'activité d'Île-de-France pour les traceurs endoscopique et chirurgical. Elle représente 25% pour l'endoscopie et 37% pour l'activité chirurgicale. En ce qui concerne l'IRM du genou, cette évaluation n'a pas été possible en l'absence de données sur l'activité totale annuelle en Île-de-France.

si l'on en juge par l'importance de l'avis du prescripteur sur le choix.

Dans le même registre, on peut noter que la demande d'un deuxième avis avant intervention chirurgicale reste faible : seulement 16 % des patients prennent un deuxième avis médical.

Néanmoins, l'analyse des trajectoires suivies en fonction des caractéristiques des patients dessine bien deux classes opposées :

- l'une plus souvent composée de cadres, de jeunes, qui n'hésitent pas à parcourir des distances élevées, à arbitrer entre distance et rapidité de rendez-vous. Ce sont ceux qui ont tendance à trouver les délais trop longs, qui choisissent plutôt l'établissement (donc font plus confiance à l'organisation et au plateau technique), qui utilisent moins souvent les conseils de leur médecin ;
- l'autre où sont plus représentées les personnes âgées, les milieux modestes, qui vont plus souvent dans le site le plus proche, suivent plus fréquemment le conseil de leur médecin, s'inscrivent ainsi dans un modèle plus traditionnel de la relation malade - système de soins.

Le mouvement des idées et des

comportements se fera sans nul doute en faveur du premier au détriment du second, comme le montrent d'autres tendances telles que la demande d'information du patient.

Les trajectoires ont-elles un impact sur la qualité des soins fournis ?

Les dimensions de la qualité des soins sont multiples. Cette étude n'était pas centrée sur cette question, mais avait simplement pour objectif de relever, pour les mettre en regard des trajectoires suivies par les patients, quelques éléments :

- de satisfaction,
- de qualité des prises en charge selon quelques critères simples choisis par les groupes d'experts,
- de délai de prise en charge.

Quel que soit le traceur étudié et le statut public ou privé du site d'intervention, la quasi totalité des patients sont satisfaits ou très satisfaits de la manière dont l'acte s'est déroulé.

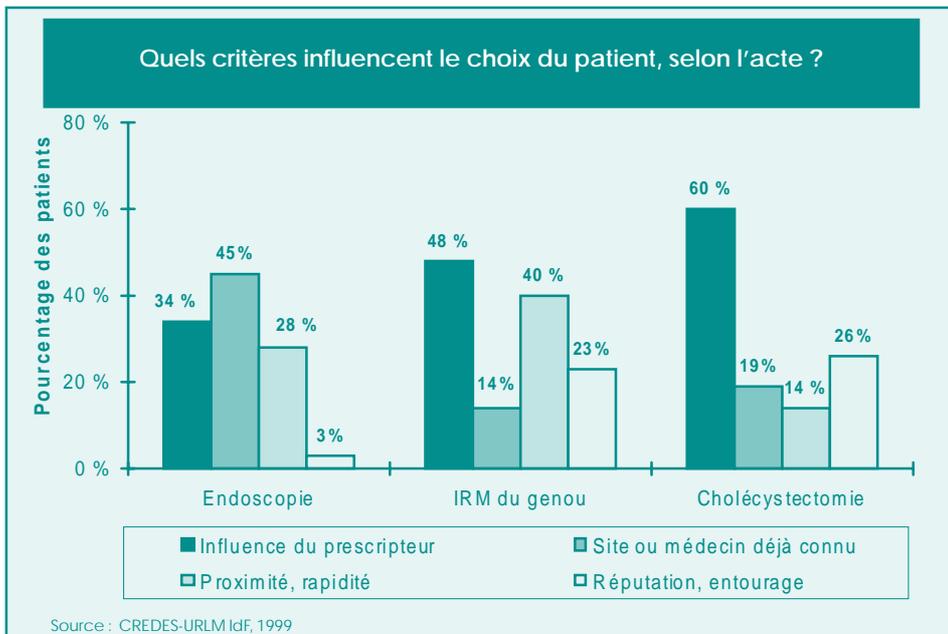
Les patients estiment avoir été correctement informés du résultat de l'acte ou de l'intervention, ainsi que de son déroulement pour l'endoscopie diges-

tive haute et la cholécystectomie. En revanche, un quart des patients ont exprimé un manque d'information concernant le déroulement de l'acte d'IRM, et donc dans ce domaine précis des progrès pourraient être faits.

Au regard des **critères de prise en charge définis par le groupe d'experts comme indispensables au plan médical** :

- la quasi totalité des patients ayant subi une cholécystectomie ont été parfaitement pris en charge,
- il en est de même pour pratiquement les trois quart des patients ayant eu une endoscopie digestive haute, dans un contexte hémorragique,
- par contre, seule la moitié des patients passant une IRM du genou se sont présentés au radiologue munis des deux examens considérés comme indispensables : le bilan clinique ostéo-articulaire et la radiographie standard des genoux.

En terme de **délai**, les deux tiers des patients présentant une hémorragie digestive haute ont bénéficié d'une endoscopie dans la journée suivant la prescription de celle-ci, le tiers restant ayant du attendre plus de 24 heures, ce qui est considéré comme sous-optimal par les experts consultés.



Nous avons déjà indiqué précédemment que le délai jugé maximal pour une IRM du genou (deux semaines) est également dépassé dans 60 % des cas.

On peut donc considérer que les conditions de réalisation des examens (endoscopie ou IRM du genou) pourraient être améliorées, tant du point de vue des délais et des conditions de prise en charge que des examens préalables.

Au-delà de ce constat brut, l'objectif de ce questionnement était de comprendre s'il y avait **une relation entre cette " qualité de prise en charge " et les trajectoires suivies par les patients** (la distance parcourue est-elle associée à une meilleure prise en charge ? Le mode d'adressage, le statut de l'établissement, ont-ils une influence ? etc.).

Pour la cholécystectomie, la question se révèle sans objet puisque les conditions de réalisation sont jugées satisfaisantes pour tous les patients.

La question pourrait être pertinente pour la prise en charge de l'endoscopie, puisque si l'on combine les critères médicaux et de délais, plus d'un tiers des trajectoires apparaissent sous-optimales. Néanmoins les effectifs sont trop faibles pour que les différences soient significatives.

Pour l'IRM, les critères d'adéquation médicale renvoient plutôt à la qualité de la prise en charge en amont (résul-

tats d'examens fournis au radiologue). Reste donc la question des **délais de rendez-vous**, qui ne sont effectivement **pas indépendants de la trajectoire suivie** :

- les délais de rendez-vous sont significativement plus courts dans le secteur privé que dans le secteur public (18 versus 25 jours),
- des distances plus longues sont corrélées à des délais plus courts (arbitrage déplacement - rapidité du rendez-vous déjà évoqué plus haut).

Les spécificités des secteurs public et privé en Île-de-France

Quelques éléments ont déjà été mentionnés :

- l'orientation par les secours d'urgence vers le secteur public,
- les délais de rendez-vous plus courts dans le secteur privé que dans le secteur public pour l'IRM,
- le fait que le statut n'influence par la satisfaction des patients et la qualité de la prise en charge.

Le statut (public ou privé) de l'établissement a-t-il une importance dans le choix du patient ? La réponse est positive pour 22 % des patients dans le cas de l'IRM, nettement plus souvent (plus de la moitié) pour la chirurgie de la vésicule.

Les personnes issues des milieux de cadres ou de professions intermédiaires ont plus souvent tendance à se faire hospitaliser dans un établissement hospitalier privé, du moins dans le cadre des cholécystectomies.

Au passage, on peut noter que la distribution par milieu social diffère selon les traceurs, notamment l'IRM du genou est beaucoup plus diffusée parmi les cadres et professions intermédiaires que dans les autres milieux.

Il est intéressant de noter que parmi les personnes pour lesquelles le statut de l'établissement intervient dans le choix, le critère majeur évoqué pour choisir l'un ou l'autre secteur est finalement le même : **la qualité des soins**.

Les autres motivations diffèrent selon les secteurs et sont plus conformes aux images respectives des deux secteurs : ainsi, dans le cadre de la cholécystectomie, la relation médecin malade est deux fois plus souvent citée lorsque les patients se font hospitaliser dans un établissement privé, alors que les raisons financières sont évoquées pour justifier le choix de 17 % des patients hospitalisés dans le public, mais ne sont jamais citées par les personnes opérées dans le secteur privé.

* * *

Cette étude apporte un éclairage sur l'orientation des patients franciliens vers les plateaux techniques. Elle a un caractère expérimental car le repérage des trajectoires dans le système de soins, et surtout l'analyse de leurs déterminants, sont des démarches encore peu répandues. Des enseignements peuvent en être tirés du point de vue méthodologique pour des études ultérieures sur le même thème.

Pour en savoir plus :

Les trajectoires des patients en Île-de-France : l'accès aux plateaux techniques, P. Le Fur, V. Paris, H. Picard, D. Polton :

- rapport principal, biblio n° 1304, CREDES/URML 2000, 187 p., prix : 240 F,
- rapport annexe, biblio n° 1304 bis, CREDES URML 2000, 161 p., prix 190 F.