



CAISSE NATIONALE

**ETUDE DE LA JUSTIFICATION MEDICALE  
DU NOMADISME**

UN RAPPORT NATIONAL  
DU REGIME D'ASSURANCE MALADIE DES PROFESSIONS INDEPENDANTES

NOVEMBRE 2001

# ETUDE DE LA JUSTIFICATION MEDICALE DU NOMADISME

**ORIGINE : CANAM**

**GROUPE DE PILOTAGE :**

Mme le Professeur Claudine BLUM-BOISGARD - Médecin Conseil National

M. Philippe DACHICOURT - Sous-Directeur Gestion du Risque - CANAM

**RESPONSABLE DU GROUPE DE PROJET :** M. le Dr Michel LEROY - CMR Haute-Normandie

**GROUPE DE PROJET :**

Mme le Dr Marie-Noëlle DEMATONS

CANAM

M. le Dr Jean DELIGNE

CMR Nord

M. Olivier SEIGLE

CANAM

Melle Adeline TROBAS

CANAM

**ACTION :** ADMINISTRATIVE  MEDICALE  MEDICO-ADMINISTRATIVE

ETENDUE GEOGRAPHIQUE : 13 CMR SUR 31 :

AQUITAINE, BOURGOGNE, BRETAGNE, CHAMPAGNE- ARDENNE, COTE D'AZUR, FRANCHE-COMTE,  
LANGUEDOC-ROUSSILLON, MIDI-PYRENEES, BASSE NORMANDIE, HAUTE NORMANDIE,NORD,  
PROVENCE ET RHONE.

NUMERO DE L'ACTION : XX 00 23 01 04

## RESUME

**Objectifs :**

- Apprécier les raisons médicales du nomadisme et quantifier financièrement les actes non justifiés qui y sont imputables.
- Proposer des mesures d'optimisation d'accès aux soins.

**Définition retenue :** Est présumé nomade tout patient dont l'indice de « présumé nomadisme » est égal ou supérieur à 3 sur une période de 6 mois. L'indice de « présumé nomadisme » est la différence entre le nombre de médecins différents consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins.

**Matériels et Méthodes :** L'étude a porté sur le 1/10<sup>ème</sup> des bénéficiaires consommant de 13 CMR sur le 1<sup>er</sup> semestre 2000. N'ont pas été inclus dans l'étude certains types d'actes, par exemple faits les jours fériés ou dans des régions éloignées, les actes des spécialités médicales peu concernées par le nomadisme, les patients en ALD pour cancers...

La recherche des motifs de recours a été faite par questionnaire aux médecins et aux patients. Elle concernait le dernier acte de chaque médecin dans le semestre. Le recours direct au spécialiste a été admis dès lors qu'il n'y avait pas redondance et s'inscrivait dans les habitudes françaises.

**Résultats :** Dans les CMR étudiées, il y avait 1 303 279 bénéficiaires, dont environ 55,4 % de « consommateurs » selon les critères de l'étude. Dans l'échantillon de bénéficiaires « consommateurs » étudié (n= 72 219), seuls 340 (0,5 %) remplissaient le critère de définition de nomadisme retenu et ont donc été inclus dans l'étude. Deux bénéficiaires, décédés pendant la période étudiée, ont été exclus. Le nombre d'actes à évaluer était de 1886. Le nombre d'actes renseignés a été de 1 570, soit 83,2 % des actes.

Le recours à plusieurs médecins par les bénéficiaires « présumés nomades » était associé à une suspicion de troubles somatoformes ou à une fibromyalgie pour 18,1 % des patients. Il était justifié pour 69,1 % des actes renseignés et non justifié ou non expliqué pour 9,5 % des patients alors étiquetés « nomades vrais ».

Ainsi, les nomades vrais représenteraient 0,04 % des bénéficiaires « consommateurs », soit 0,02 % de l'ensemble des bénéficiaires des CMR étudiées.

La prévalence des présumés nomades variait significativement selon les régions.

Les remboursements effectués aux nomades étaient supérieurs à ceux des autres « consommateurs ». Néanmoins, le coût moyen de la pharmacie par acte chez les nomades était inférieur à celui des autres « consommateurs ».

Les « nomades vrais » avaient une prédilection pour les médecines douces ou alternatives. Le surcoût qui leur était imputable était de l'ordre de 1‰ des remboursements des « consommateurs » (hors hospitalisations).

**Conclusions :** D'après cette étude, le nomadisme vrai est un phénomène marginal chez les bénéficiaires du régime AMPI.

Le comportement des patients est justifié à l'évidence, dans une majorité de cas. Pour les cas moins évidents, l'étude médicalisée montre qu'il s'agit en majorité de patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie, c'est à dire avec un profil particulier.

C'est pourquoi toute mesure purement réglementaire qui n'aurait pour but que de diminuer le nomadisme sans justifications semble difficile à concevoir et serait d'un rendement décevant vu l'organisation actuelle des recours aux soins en France et l'absence de définition du panier de soins.

En revanche, la fréquence des troubles somatoformes incite à proposer des actions pour leur détection plus précoce et l'amélioration de leur prise en charge. Ces actions pourraient à la fois améliorer l'état de santé des patients qui en sont atteints et diminuer le surcoût relatif du nomadisme en France.

# SOMMAIRE

Pages

<b>RESUME</b> .....	1
<b>1 - CONTEXTE ET OBJECTIFS</b> .....	3
1.1 - CONTEXTE.....	3
1.2 - DEFINITION DES OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	3
<b>2 - MATERIELS ET METHODES</b> .....	3
2.1 - POPULATION D'ENQUETE.....	4
2.2 - TYPOLOGIE DES RECOURS A DES PRATICIENS DIFFERENTS.....	5
2.3 - OUTILS .....	7
2.4 - RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES.....	7
<b>3 - RESULTATS D'ENQUETE</b> .....	9
3.1 - POPULATION D'ENQUETE.....	9
3.2 - CONSOMMATION DES NOMADES ET DES CONSOMMANTS (au 1/10 <sup>ème</sup> )....	13
3.3 - REPONSES AUX QUESTIONNAIRES.....	16
3.4 - DEFINITIONS DE PROFILS DE PATIENTS, COUTS INDUITS.....	20
3.5 - CALCUL DES SURCOUTS POUR L'ASSURANCE MALADIE.....	25
<b>4 - DISCUSSIONS</b> .....	26
4.1 - DE LA METHODOLOGIE, BIAIS POSSIBLES .....	26
4.2 - DES RESULTATS.....	29
4.3 - COMPARAISON AVEC LES ETUDES ANTERIEURES.....	32
<b>5 - CONCLUSIONS, SUITES A DONNER</b> .....	33
<b>6 - BIBLIOGRAPHIE</b> .....	36
<b>7 - ANNEXES</b> .....	37

# 1 - CONTEXTE ET OBJECTIFS

## 1.1 - CONTEXTE

En France, le patient dispose d'un libre accès au système de soins, sans limitation. Le nomadisme se traduirait par une surconsommation de soins et donc un surcoût pour l'Assurance Maladie et aurait sans doute des incidences sur la Santé Publique.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie s'y intéresse depuis plusieurs années sans que les diverses composantes de ce phénomène à multiples facettes aient pu être définies et mesurées.

La mise en place de filières, la création du carnet de santé, l'instauration des médecins référents avaient, parmi leurs différents objectifs, celui de limiter le phénomène tout en assurant une meilleure prise en charge.

Différentes études ont été réalisées par les différents régimes (1,2,3,4). A une exception près (7), celles-ci se sont limitées à un niveau essentiellement administratif.

## 1.2 - DEFINITION DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

▪ **Apprécier les raisons médicales justifiant ou non le recours à plusieurs médecins de même spécialité ou de spécialités différentes sur une certaine période.**

▪ **Quantifier financièrement les actes justifiés et les actes non justifiés au plan médical** afin d'apprécier le coût « assurance maladie » des comportements de nomadisme non médicalement justifiés dans un échantillon de patients.

▪ Evaluer le coût global pour le régime du nomadisme non justifié en partant de l'étude Médiconomie.

▪ Proposer des mesures d'optimisation d'accès au soins (filières, réseaux) ou de contrôles (bilans pour les grands consommateurs de soins - loi de financement de la Sécurité Sociale).

## 2 - MATERIELS ET METHODES

Il est d'usage dans l'Assurance Maladie d'étiqueter nomades les patients qui ont recours à des praticiens multiples au cours d'une période déterminée.

L'étude bibliographique montre que chaque auteur a sa définition et ses propres critères.

Pour les besoins de l'étude, plusieurs indicateurs ont été testés dans une étude préalable avec différents scénarii dans les CMR du Nord et de Haute-Normandie.

La définition suivante a été retenue:

**Est présumé nomade tout patient dont l'indice de « présumé nomadisme » est égal ou supérieur à 3 sur une période de 6 mois. L'indice de "présumé nomadisme" est la différence entre le nombre de médecins différents consultés et le nombre de spécialités différentes de ces médecins.**

- Exemples : - Un patient a vu 3 généralistes différents et 2 dermatologues différents sur une période de 6 mois. Le nombre de médecins vus est de 5 ; le nombre de spécialités de 2 (généraliste + dermatologue). La différence (5-2) est égale à 3. L'indice de présumé nomadisme est de 3 (quel que soit le nombre d'actes).

- Un patient a vu 2 généralistes différents, 1 dermatologue, 1 cardiologue. Le nombre de médecins vus est de 4, le nombre de spécialités est de 3. L'indice est donc de 1. Il n'est pas présumé nomade.

Cette définition :

- est indépendante de la gravité réelle ou supposée des maladies,
- est compatible avec le principe du libre accès au spécialiste admis en France,
- permet de ne pas considérer comme anormal le recours à des médecins de plusieurs spécialités si l'état de santé le nécessite,
- permet de mettre en évidence plus **l'absence de fidélité à un médecin d'une spécialité donnée** que la multiplicité (qui peut être légitime) des spécialités consultées ; cette notion d'infidélité caractérise véritablement le nomadisme en tant que comportement pouvant être préjudiciable au patient et/ou aux caisses.

## LA METHODOLOGIE EN BREF

- Des requêtes informatiques ont permis de sélectionner les présumés nomades selon certains critères et en ont déterminé certaines caractéristiques par comparaison avec les autres consommateurs.
- Des questionnaires semi-ouverts ont été envoyés aux présumés nomades pour leur faire préciser les motifs généraux du choix du médecin pour le dernier acte de chacun des médecins qu'ils ont vus durant le semestre étudié. Parallèlement, pour chacun de ces actes, les médecins recevaient un autre questionnaire semi-ouvert ayant pour but de recueillir leur avis sur certaines conditions du recours.
- A partir de l'ensemble des éléments recueillis, les médecins-conseils des CMR ont codifié les actes selon une typologie donnée.
- Les résultats ont été agrégés au niveau national. Les caractéristiques des différents types d'actes ont été mises en évidence.. Un profilage des patients présumés nomades et une estimation des coûts non justifiés ont été tentés.

## 2.1 - POPULATION D'ENQUETE

### 2.1.1 - CRITERES D'INCLUSION

#### ECHANTILLON DES PATIENTS

13 Caisses Maladies Régionales sur les 31 que comporte le Régime d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes ont participé à l'étude. Le total de leurs effectifs de bénéficiaires représente 44,5% de celui du Régime.

Les CMR incluses dans l'étude étaient : la CMR d'Aquitaine, la CMR de Bourgogne, la CMR de Bretagne, la CMR de Champagne-Ardenne, la CMR de Côte d'Azur, la CMR de Franche-Comté, la CMR du Languedoc-Roussillon, la CMR de Midi-Pyrénées, la CMR de Basse-Normandie, la CMR de Haute-Normandie, la CMR du Nord, la CMR de Provence et la CMR du Rhône.

Pour chacune des CMR, l'étude a porté sur un échantillon pseudo-aléatoire par sélection des consommateurs dont le numéro INSEE se terminait par 4, ce qui représentait environ **10 % des effectifs** (sauf exceptions rapportées ci-dessous).

Pour ces patients, ont été calculés en tenant compte des exclusions :

- le nombre de médecins vus pour un des actes pris en compte durant le semestre ;
- le nombre de spécialités de ces médecins.

L'indice de présumé nomadisme a été calculé par différence entre les deux pour chaque consommant. Pour ce calcul, les généralistes ont été considérés comme une spécialité. Parmi les MEP, ceux dits de médecines douces ont été intégrés parmi les généralistes. Les autres (allergologues, échographistes, angéiologues...) ont été comptabilisés comme une spécialité, même si cette assimilation était juridiquement inexacte.

L'échantillon de présumés nomades a été ainsi constitué.

## PRESTATIONS CONCERNEES

**Actes** : ont été pris en compte tous les actes en C, Cs, CNPsy, CsC, V, Vs, VNPsy, K, KC faits pour les patients de l'échantillon entre le 1<sup>er</sup> janvier 2000 et le 30 juin 2000 et remboursés avant le 31 août 2000.

**Prescriptions** : pour l'étude des coûts, ont été étudiées toutes les prestations effectuées hors hospitalisation dès lors qu'elles ont été prescrites au cours des actes pris en compte, effectuées avant le 15 juillet 2000 et remboursées avant le 31 août 2000.

### 2.1.2 - CRITERES D'EXCLUSION

#### PATIENTS

- Patients radiés pour quelque motif que ce soit durant la période.
- Patients ayant eu ou ayant encore le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour **cancer**. (Leur prévalence est inférieure à 4 % des présumés nomades dans les pré-requêtes du Nord et de Haute-Normandie). La décision d'exclusion a été prise pour des raisons psychologiques.

#### PRESTATIONS

Actes remboursés avec majoration d'urgence ou supplément de nuit ou jour férié (les actes des samedis étant conservés).

#### PRATICIENS

- Médecins hors région et hors départements limitrophes ou attractifs (pour diminuer le faux nomadisme lié à la profession ou aux vacances) ;
- Médecins exerçant certaines spécialités en raison soit de leur spécificité soit de l'absence démontrée d'incidence de ces spécialités dans le nomadisme (Médiconomie(1), pré-requêtes des CMR du Nord et de Haute-Normandie).

Ce sont :

- les anesthésistes
  - les électroradiologues
  - les ophtalmologues
  - les anatomo-cyto-pathologistes
  - les médecins biologistes, les directeurs de laboratoire d'analyses.
  - les médecins de médecine nucléaire
  - les médecins en oncologie médicale
  - les médecins en oncologie radiothérapeutique
  - les radiothérapeutes
  - les médecins en génétique médicale
  - les échographistes
  - Les médecins non référencés
- Médecins hospitaliers publics (les bases de l'assurance maladie n'étant pas enrichies des consultations externes).

## 2.2 - TYPOLOGIE DES RECOURS A DES PRATICIENS DIFFERENTS

Le médecin conseil devait coder chaque acte médical à partir des éléments collectés, selon une liste pré-établie de causes de recours à des médecins différents (cf. infra), les conditions des divers choix étant précisées.

### 1) Médecin traitant ou "dominant".

Qu'il soit généraliste ou qu'il exerce une spécialité pour laquelle le recours direct dans certains types de pathologie est couramment admis en France (pédiatre pour le suivi des enfants, gynécologue pour une contraception...).

## **2) Impossibilité de recours au médecin traitant habituel.**

(Absence, déplacement dans la région...)

## **3) Recours dit médicalement justifié**

- Avis demandé ou suggéré par un médecin à un autre confrère ;
- 2<sup>ème</sup> avis sur l'initiative du patient pour les interventions importantes (KC>100) et à froid -hors cancers-.

## **4) Suspicion de trouble somatoforme**

*Définition des troubles somatoformes (d'après l'OMS) : la caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.*

Cette suspicion de diagnostic pouvait être retenue par le médecin conseil (même en absence d'examen clinique et d'entretien prolongé) dès lors que :

- un des praticiens se disait certain du diagnostic pour un des actes du patient ;
- deux praticiens ou plus avaient des doutes pour certains actes du patient ;
- un praticien avait des doutes et l'ensemble du dossier était évocateur d'après un certain nombre de critères rappelés au médecin conseil.

Le médecin conseil pouvait alors retenir cette suspicion de diagnostic pour tous les actes renseignés et sans autre diagnostic indépendant.

Notons qu'il s'agit d'un diagnostic rarement fait lors des premières consultations par les médecins libéraux ou hospitaliers. C'est pourquoi en cas de nomadisme, peu de médecins ont la conviction du diagnostic.

## **5) Suspicion de fibromyalgies (ou SPID)**

*Définition de la fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus : Syndrome algique généralisé, d'évolution longue accompagné de points douloureux multiples à la pression.*

La même démarche que celle pour les troubles somatoformes a été indiquée au médecin conseil.

## **6) Confiance insuffisante dans la médecine allopathique**

(hors troubles somatoformes ou fibromyalgie et hors médecin traitant)

Recours à des techniques de médecine dite "alternative" que le médecin soit MEP exclusif ou non.

## **7) Confiance insuffisante dans le médecin traitant (exprimée par le patient)**

## **8) Recherche d'un bénéfice plus ou moins illicite**

- assurés à la recherche d'arrêts de travail
- dépendants chimiques aux neuroleptiques ou drogues

## **9) Autres**

## **10) Hors champ de l'enquête**

Pour une bonne harmonisation des décisions dans les dossiers litigieux, le médecin conseil avait consigné d'en référer au chef de projet, qui lui-même pouvait en référer au groupe de projet.

## **2.3 - OUTILS**

Des requêtes ont été réalisées sur les bases de données du régime AMPI par l'outil appelé OCAPL. Elles avaient 2 finalités.

### 2.3.1 - DONNEES A VISEE STATISTIQUE

Pour chaque CMR, était obtenue la répartition des consommateurs au 1/10<sup>ème</sup> selon le nombre de médecins et selon le nombre de spécialités consultées par chaque consommant ; la requête tenait compte de critères d'inclusion et d'exclusion.

Étaient donnés aussi :

- les totaux des dépenses et des remboursements par type de prestations de l'échantillon des présumés nomades de la CMR sur les 6 mois de l'étude (hors hospitalisation) ;
- la répartition du nombre de médecins selon leur spécialité consultés par ces présumés nomades.

Une autre requête donnait le montant des dépenses et remboursements pour tous les patients ayant les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion qu'ils soient nomades ou non.

### 2.3.2 - DONNEES INDIVIDUELLES POUR L'ENQUETE

Au niveau de chaque CMR, les requêtes donnaient :

- la liste des patients présumés nomades, leur âge, leurs codes maladies éventuels d'ALD, leur adresse ;
- pour chaque patient la liste des médecins consultés avec le nombre d'actes, leur spécialité, leur adresse, les dépenses engagées et remboursées par médecin ;
- les caractéristiques de chaque dernier acte du semestre de chaque médecin pour un patient avec les prescriptions consécutives de ce médecin (y compris le libellé de la pharmacie codée).

Elles permettaient un mailing aux patients présumés nomades et à leurs médecins pour les interroger sur le dernier acte du semestre de chaque médecin, la date et la nature de l'acte étant précisés

L'interrogation ne portait que sur le dernier acte de chaque médecin car il est apparu irréaliste d'étudier tous les actes du semestre, certains patients en ayant eu jusqu'à 30 dans les pré-études.

### 2.3.3 - QUESTIONNAIRES D'ENQUETE

#### QUESTIONNAIRE PATIENT (Annexe 1)

Dans ce questionnaire étaient demandés aux patients :

- le nom du médecin traitant
- et pour chaque dernier acte de chaque médecin le motif général du choix de ce médecin parmi une liste semi-fermée, les précisions diagnostiques étant possibles mais facultatives pour certains types de recours.

#### QUESTIONNAIRE MEDECIN (Annexe 2)

Chaque médecin a reçu un questionnaire avec les références du patient et la date de l'acte visé. Il lui était proposé un questionnaire semi-fermé sur le contexte ou les motifs de l'acte. Il lui était possible de commenter le diagnostic.

Il lui était rappelé en bas de page la définition OMS des troubles somatoformes et une définition assez consensuelle de la fibromyalgie.

## 2.4 - RECUEIL ET EXPLOITATION DES DONNEES

### 2.4.1 - AU NIVEAU DES CMR

Au niveau du service médical, les réponses des patients et médecins étaient saisies sous un applicatif ACCES. Le médecin conseil codifiait le type de recours pour chaque acte, rattachait les éventuelles prestations prescrites à l'acte pour le calcul du coût induit, décidait ou non d'une relance selon les modalités de son choix. Les données étaient anonymisées pour être transférées au niveau national.

## 2.4.2 - AU NIVEAU NATIONAL

- **L'exploitation statistique** a été faite sous Stat-view. Le seuil de significativité retenu a été celui de 0,05. Ont été utilisés :

- les tests de Fischer ou  $\chi^2$  en particulier pour les comparaisons entre CMR ;
- les tableaux ANOVA pour les différences de coûts entre classes d'actes ou de patients ;
- plus rarement les tests t de Student.

- **Le codage des pathologies** s'est fait par sous chapitres de la CIM 10.

- Certaines **caractéristiques des différents types d'actes** ont été recherchées pour mieux appréhender les différentes composantes du nomadisme.

- **Des profils de patients ont été déterminés** Une action éventuelle pour faire diminuer le nomadisme ciblerait a priori plus facilement des patients que des actes même abusifs. C'est pourquoi il a paru intéressant de faire une tentative de profilage de catégories de patients, même si leur hétérogénéité était grande et si dans chaque catégorie de patients étaient retrouvés des actes des divers types décrits ci-dessus.

Dans un 2<sup>ème</sup> temps, les profils retrouvés ont été regroupés en quatre classes pour mieux répondre aux objectifs de l'enquête.

### . Classification détaillée des patients

L'ordre du tri est primordial. L'intégration dans une classe suppose que le patient n'ait pas obéi aux critères d'une classe précédente. Les motivations de l'ordre du tri sont exposées dans le chapitre "Discussion".

- 1) Tout patient ayant eu au moins 1 acte codé par le médecin conseil, dans les catégories "suspicion de troubles somatoformes" ou "de fibromyalgie", devait être classé comme "**suspect de troubles somatoformes**" ou en second lieu "**suspect de fibromyalgie**" quels qu'aient été les autres actes.
- 2) Ensuite, si pour un patient non suspect de troubles somatoformes ou de fibromyalgie existaient des actes non renseignés, l'indice de nomadisme était recalculé en excluant ces actes non renseignés. Si l'indice devenait alors inférieur à 3, le patient était classé dans les "**inclassables**" quels qu'aient été les autres actes.
- 3) Ensuite et de même, si pour un patient existaient des actes codés par le médecin conseil "médecin traitant inaccessible" et si après exclusion de ceux-ci, l'indice de nomadisme devenait inférieur à 3, le patient était classé comme "**faux nomade par inaccessibilité du médecin traitant**".
- 4) Même raisonnement et même calcul pour les actes codés "justifiés médicalement", le patient était alors classé comme "**préssumé nomade avec recours justifié médicalement**".
- 5) Idem pour les actes de médecine douce, le patient était classé alors comme "**nomade par recours aux médecines douces ou alternatives**".
- 6) Restaient alors les **cas inexplicés** (vrai nomadisme ?).

La classe envisagée initialement pour les patients à la recherche de bénéfices illicites a été supprimée. Car si quelques actes ont été qualifiés comme sous-tendus par une recherche de bénéfices illicites, ces quelques actes ne suffisaient pas à eux seuls à faire rentrer les patients dans la catégorie des présumés nomades. D' autres raisons semblaient prééminentes pour ces patients.

De même, avait été envisagée une classe pour les patients déclarant avoir des médecins traitants multiples (jusqu'à 5 !). La mise en évidence d'une certaine inhomogénéité du codage à leur égard et le faible nombre recensé ont amené à les intégrer dans la dernière catégorie.

### . **Regroupement en 4 classes**

Pour répondre aux objectifs de l'étude, les classes de patients précédemment décrites ont été regroupées en 4 classes :

- Patients **inclassables**
- Patients **suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie**
- Patients aux **recours justifiés** (recours médicalement justifiés et inaccessibilité du médecin traitant)
- Patients **sans justificatif** (classe "nomades par recours aux médecines douces" et classe "Inexpliqués") (voir discussion).

### 3 - RESULTATS D'ENQUETE

#### 3.1 - POPULATION D'ENQUETE

##### 3.1.1 - NOMBRES

Les 13 CMR étudiées avaient un effectif de 1 303 279 bénéficiaires au 1<sup>er</sup> avril 2000.

La population consommante avec les critères de sélection définis ci-dessus et échantillonnée au 1/10<sup>ème</sup> s'élève à 72 219 patients.

D'après les définitions et critères retenus, le nombre de présumés nomades est de **344**. En réalité seuls **340 cas** ont été identifiés au plan statistique, car 4 patients ont dû être exclus en raison de l'observation d'une erreur de liquidation.

Le pourcentage est donc de 340 / 72 219, soit **0,47 %**.

L'étude médicale portera sur 338 cas, 2 patients étant décédés entre la date de fin de la période étudiée et l'envoi des questionnaires.

**Tableau 1 – Répartition des consommateurs selon les nombres de médecins et de spécialités**

	Nombre de spécialités différentes consultées								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	41308								41308
2	6045	13411							19456
3	718	3290	3473						7481
4	92	606	1193	768					2659
5	12	95	267	346	149				869
6		6	62	112	83	35			298
7		3	9	29	32	13	7		93
8		1	1	5	11	9	5	1	33
9			2	1	2	7	3		15
10						3	0	1	4
11							1	1	2
12								1	1
Sous-total	104	105	74	35	13	10	1	2	344
<b>TOTAL</b>	<b>48175</b>	<b>17412</b>	<b>5007</b>	<b>1261</b>	<b>277</b>	<b>67</b>	<b>16</b>	<b>4</b>	<b>72219</b>

La partie grisée correspond aux patients dont le différentiel entre le nombre de médecins différents vus et le nombre de spécialités consultées est supérieur ou égal à 3.

**Tableau 2 - Répartition des consommateurs selon les différences entre nombre de médecins et nombre de spécialités consultées en 6 mois (indices de présumé nomadisme)**

Indice	Nombre de consommateurs	Pourcentage
0	59 152	81,91
1	10 975	15,20
2	1 748	2,42
3	297	0,41
4	39	0,05
5	5	< 0,01
6	3	< 0,01
<b>TOTAL</b>	<b>72 219</b>	<b>100</b>

Presque 82 % de la population a été fidèle à son ou ses médecins. Un consommant sur 6 a consulté au moins 2 médecins de même spécialité et a donc un indice  $\geq 1$ . Mais seulement 1 sur 35 a un indice  $\geq 2$ ...

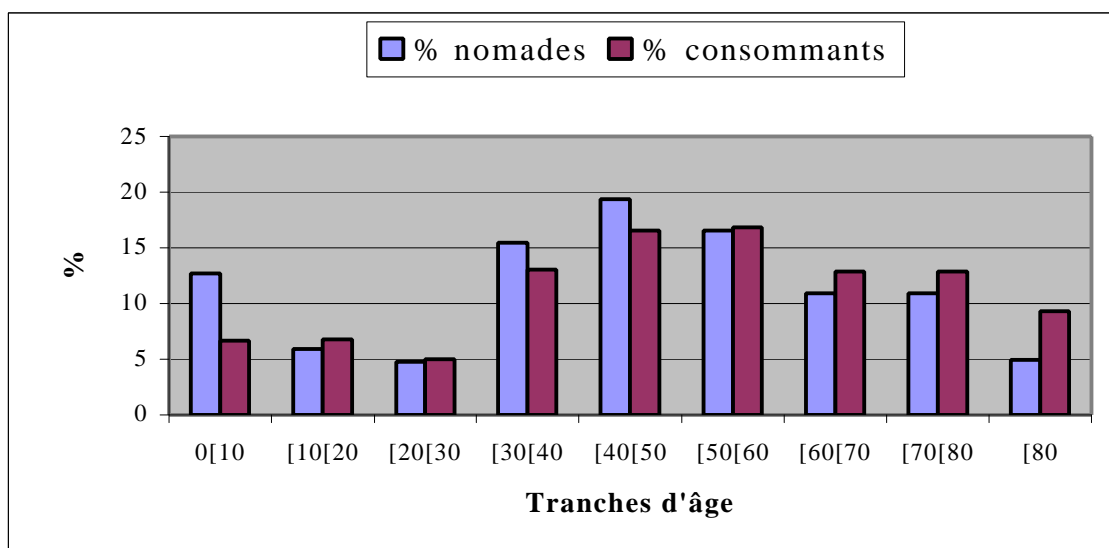
### 3.1.2 - AGE ET SEXE

**Age moyen :** Présumés nomades = **42,01 ans (DS 23,807)**  
 Population des autres consommateurs = **49 ans**

**Sexe ratio :** Présumé nomades Hommes : 33,3 % Femmes : 66,7 %  
 Autres consommateurs Hommes : 41 % Femmes : 59 %

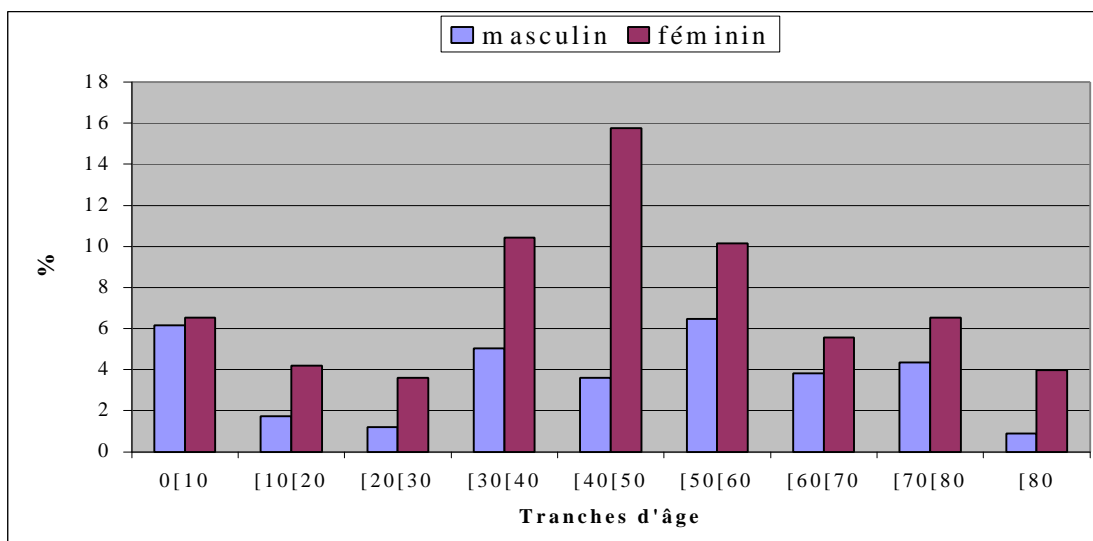
**Tableau 3 - Répartition en % par âge des présumés nomades et des consommateurs**

n = 340



Par rapport aux consommateurs, les présumés nomades sont donc retrouvés plus fréquemment parmi les moins de 10 ans et ceux de 30 à 50 ans. Ils sont moins nombreux après 50 ans.

**Tableau 4 - Répartition en % par âge et sexe des présumés nomades**



n = 3400

La prédominance féminine est nette. Elle est moins marquée en dessous de 10 ans, maximum de 40 à 50 ans.

**Tableau 5 - Répartition par rang avec âge moyen par catégorie**

	Assurés		Conjoints		Enfants	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
% de nomades	0,36	0,58	0	0,37	0,24	0,56
Age moyen nomades	58,5	53	--	51	1,5	9
Age moyen population	57	58	52	52	8,5	9

Si la différence entre les rangs peut paraître significative, elle est liée essentiellement à la prédominance féminine parmi les présumés nomades et parmi les conjoints.

Les femmes assurées ont un plus grand pourcentage de présumés nomades que les femmes conjoints ; ce fait est contraire à certains préjugés.

### 3.1.3 - NOMBRE ET DISTRIBUTION SELON LES CODES ALD DES PRESUMES NOMADES

53 patients avaient une ou plusieurs ALD, soit 15,5 % de la population sélectionnée de présumés nomades.

Les ALD les plus fréquentes sont par ordre de fréquence :

- les affections névrotiques	10 cas
- le diabète	9 cas
- diverses affections rhumatismales (dont arthrose et ostéoporose en ALD HL)	9 cas
- les insuffisances respiratoires chroniques graves	8 cas
- l'HTA sévère	6 cas
- les artériopathies ischémiques non coronariennes	5 cas
- les artériopathies ischémiques coronariennes	5 cas
- les valvulopathies graves	3 cas
- les démences	3 cas
- autres (représentées 1 seule fois)	10 cas

A titre indicatif, la prévalence des patients en ALD dans le régime AMPI (calculée sur la population totale consommante ou non) est de 14,1 %.

### 3.1.4 - REPARTITION GEOGRAPHIQUE ET INDICES DE NOMADISME

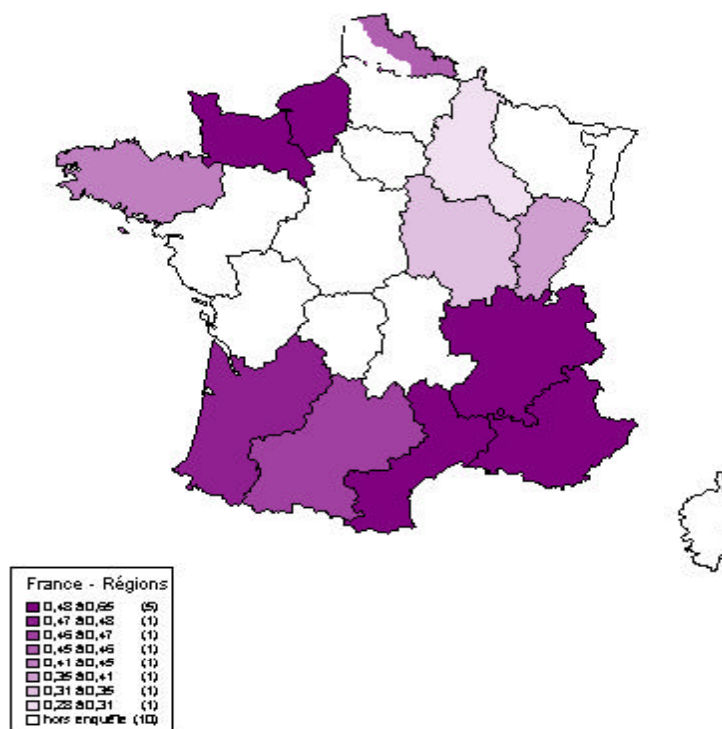
Tableau 6 – Indices de nomadisme selon les CMR

	Population consommante (au 1/10 <sup>ème</sup> )	Indice à 0 (en %)	Indice à 1 (en %)	Indice à 2 (en %)	Présumés nomades (en %)
CMR Aquitaine	8 068	81,43	15,68	2,42	0,47
CMR Bourgogne	3 813	84,66	13,56	1,42	0,31
CMR Bretagne	9 199	81,90	15,11	2,58	0,41
CMR Champagne Ardennes	2 541	80,36	16,37	2,99	<b>0,28</b>
CMR Côte d'Azur	6 890	82,42	14,63	2,44	0,51
CMR Franche Comté	2 267	82,22	14,60	2,82	0,35
CMR Languedoc Roussillon	6 609	79,71	16,67	2,97	0,65
CMR Midi Pyrénées	7 158	81,39	15,95	2,19	0,46
CMR Basse Normandie	3 945	83,40	13,84	2,23	0,53
CMR Haute Normandie	4 027	81,08	15,81	2,46	<b>0,65</b>
CMR Nord	4 661	81,57	15,34	2,34	0,45
CMR Provence	5 475	82,07	15,30	2,15	0,47
CMR Rhône	7 566	82,95	14,13	2,45	0,48
<b>TOTAL</b>	<b>72 219</b>	<b>81,92</b>	<b>15,20</b>	<b>2,46</b>	<b>0,48</b>

Au regard des chiffres de la population consommante étudiée, la répartition des consommateurs selon les différents indices **est différente selon les CMR** ( $p < 0,001$ ). Le pourcentage de présumés nomades varie de 0,28 % à 0,65 % selon les CMR.

Le Sud-Est et la Normandie sont les régions avec la plus forte densité de présumés nomades. Les régions en blanc sont celles qui ne participaient pas à l'étude.

Tableau 7 - Répartition géographique



## 3.2 – CONSOMMATIONS DES NOMADES ET DES CONSOMMANTS (au 1/10 ème)

### 3.2.1 – TYPES D'ACTES

Tableau 8 - Répartition des actes selon leur type

	Actes étudiés *	Répartition en % des actes étudiés *	Répartition en % sur total des actes des nomades	Répartition en % du total des actes des consommateurs sur le semestre
Consultation (généraliste)	991	52,8	52,1	53,8
Consultation (spécialiste)	353	18,8	14	13
Visite (généraliste)	257	13,7	18,3	22,2
Actes en K	187	10,0	10,3	7
Consult. ou V neuropsych.	58	3,1	3,9	2,2
Actes de chirurgie KC	17	0,9	0,8	0,6
Cons. Spécif. cardiologie	13	0,7	0,7	1,1
Visite de spécialiste	2	0,1	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>1 878</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

\* Rappel : les actes étudiés ne concernent que le dernier acte des présumés nomades pour chaque médecin dans le semestre.

Le pourcentage des visites dans les actes étudiés à savoir les derniers actes du semestre pour chaque médecin est inférieur à celui observé pour l'ensemble des actes des nomades ; à l'inverse le pourcentage des consultations spécialisées est supérieur.

Par rapport à la population des consommateurs, les présumés nomades consultent plus souvent les spécialistes et en particulier les psychiatres, ont un peu plus d'actes en K, et ont moins souvent des visites de généralistes.

### 3.2.2 - CONSOMMATIONS SUR LE SEMESTRE ETUDIE

Tableau 9 - Détails des consommations sur le semestre des nomades et consommateurs

	Taux de remboursement moyen des nomades	Taux de remboursement moyen des consommateurs	Total dépenses des nomades (en F)	Remboursement moyen par présumé nomade	Remboursement moyen par consommant *
C ou V omnipraticiens	48,97	55,95	361 390,00	514,43	213,16
C ou V spécialistes ou CsC	45,13	46,74	106 838,40	128,07	53,49
Cs ou V psychiatres	65,15	55,96	37 580,00	71,18	11,71
Actes en K	60,61	58,71	97 915,50	172,52	40,58
Actes en KC	43,98	52,65	21 477,10	27,46	6,53
<b>Sous-total honoraires médicaux</b>	<b>50,94</b>	<b>54,43</b>	<b>625 201,00</b>	<b>925,74</b>	<b>325,40</b>
<b>Actes cotés en B dont KB</b>	<b>60,37</b>	<b>63,57</b>	<b>135 263,50</b>	<b>237,38</b>	<b>113,09</b>
Actes en AMI	76,94	77,67	46 618,09	104,27	42,13
Actes en AIS	91,11	88,94	95 074,00	251,81	144,96
Actes en AMK	61,73	69,97	120 948,30	217,05	109,41
Actes en AMO	61,35	61,69	10 468,80	18,67	15,22
<b>Sous-total auxiliaires médicaux</b>	<b>74,54</b>	<b>76,17</b>	<b>273 109,19</b>	<b>591,80</b>	<b>311,93</b>
Pharmacie à V. blanches	60,61	64,74	747 015,60	1 316,17	792,34
Pharmacie à V. bleues	40,14	40,63	154 801,10	180,63	85,37
TIPS	38,28	34,78	243 480,27	270,94	132,91
<b>Sous-total pharmacie</b>	<b>53,10</b>	<b>55,64</b>	<b>1 145 296,97</b>	<b>1 767,74</b>	<b>1 010,62</b>
<b>TOTAL F</b>	<b>55,62 %</b>	<b>58,88 %</b>	<b>2 178 870,66 F</b>	<b>3 522,67 F</b>	<b>1,761,04 F</b>
<b>TOTAL €</b>	<b>55,62 %</b>	<b>58,88 %</b>	<b>332 166,69 €</b>	<b>537,03 €</b>	<b>268,47 €</b>

\* Présumés nomades exclus

Les présumés nomades ont des montants moyens d'honoraires médicaux sur 6 mois égaux à 2,85 fois les montants moyens des consommateurs.

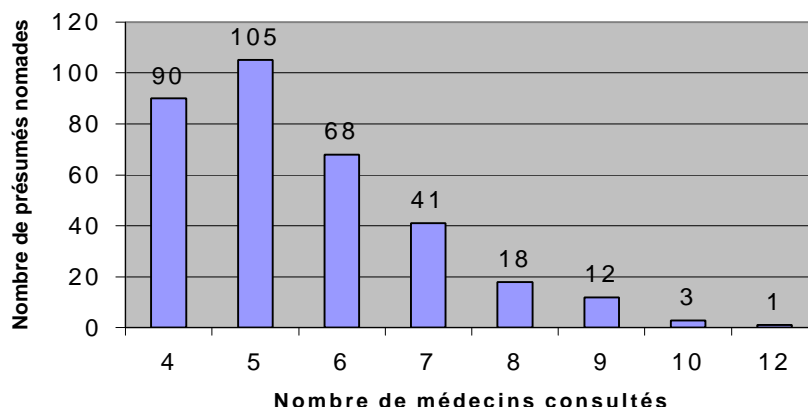
Leur surcoût pour la biologie, la pharmacie à vignette bleue, les articles TIPS est de plus de 100 %.

Mais le surcoût de la pharmacie à vignette blanche n'est que des 2/3 des montants moyens.

**Le nomade a un montant moyen par ordonnance inférieur à celui du consommant moyen, il est coûteux du fait de la multiplication des actes...** Le taux moyen de remboursement de ses actes est inférieur à celui du reste des consommateurs (avec les critères de l'étude).

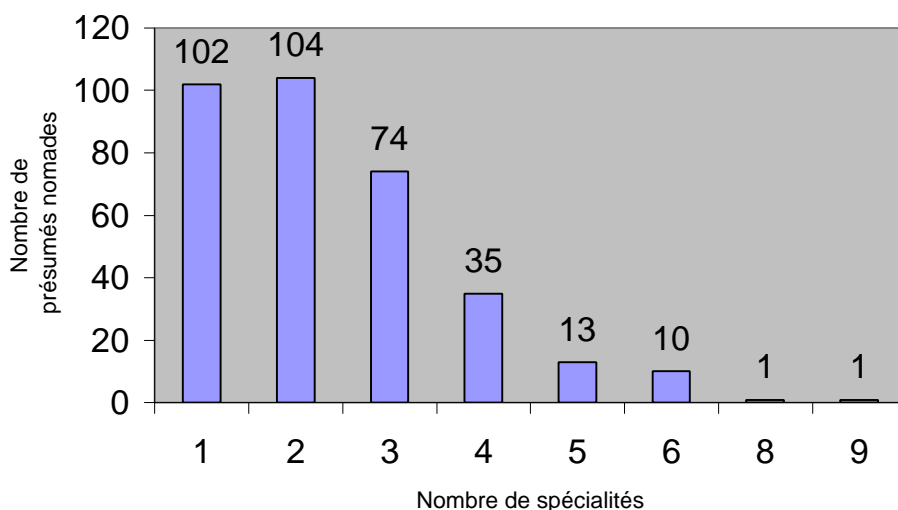
### 3.2.3 - MEDECINS CONSULTES PAR LES PRESUMES NOMADES

**Tableau 10 – Répartition des présumés nomades selon le nombre de médecins consultés**



La moyenne est de **5,56** ( DS à 1,479) pour les présumés nomades. Elle est de **1,55** pour les autres consommateurs.

**Tableau 11 – Répartition des présumés nomades selon le nombre de spécialités consultées**



Les généralistes comptent pour une spécialité. Parmi les MEP, ceux dits de médecines douces sont intégrés dans les généralistes. Les autres (allergologues, échographistes) sont comptabilisés comme une véritable spécialité même si cette assimilation est juridiquement inexacte.

La moyenne est de **2,394** (D.S. à 1,515) pour les présumés nomades. La moyenne est de 1,449 pour les autres consommateurs.

La multiplication du recours aux spécialistes ne constitue donc qu'une explication très ponctuelle au nomadisme puisque les présumés nomades ont une différence du nombre de spécialités inférieure à 1 avec les autres consommateurs alors que la différence du nombre de médecins est de 4.

**Tableau 12 - Répartition des actes des présumés nomades selon les spécialités des médecins**

SPECIALITES	NOMBRE	%
<b>Omnipraticien non MEP</b>	1 120	59,38
<b>M.E.P. "médecine douce"</b>		
- Acupuncteur	77	4,08
- Homéopathe	67	3,55
- Manipulateur vertébral	2	0,11
<b>Autres M.E.P.</b>		
- Urgentiste	19	1,01
- Angéiologue	10	0,53
- Allergologue	6	0,32
- Nutritionniste, diabétologie	2	0,11
- Phlébologue	2	0,11
- Echographiste	1	0,05
- Pédiatrie	1	0,05
<b>Spécialités médicales</b>		
- Dermato-vénérologue	73	3,87
- Appareil digestif	51	2,70
- Psychiatre ou neuro-psychiatre	47	2,49
- Rhumatologue	42	2,23
- Cardiologue	38	2,01
- Pédiatre	21	1,11
- Pneumologue	19	1,01
- Rééducation fonctionnelle	17	0,90
- Neurologue	15	0,80
- Médecine interne, endocrino.	10	0,53
<b>Spécialités chirurgicales</b>		
- O.R.L.	79	4,19
- Chirurgie	31	1,64
- Chirurgie orthopédique	19	1,01
- Urologie	6	0,32
- Stomatologue	5	0,27
- Chirurgie vasculaire	2	0,11
- Neurochirurgie	1	0,05
- Chirurgie viscérale	1	0,05
- Chirurgie plastique	1	0,06
<b>Spécialités gynécologiques</b>	101	5,36
<b>TOTAL</b>	<b>1 886</b>	<b>100</b>

Le pourcentage d'actes de spécialistes est de 30,7 % pour les présumés nomades. A titre indicatif, les consultations de spécialistes représentaient 30,19 % des consultations remboursées par le régime AMPI en 1999.

Le pourcentage de généralistes MEP est au total de 9,91 %. A titre indicatif, en 1999, les MEP ont effectué 4,7 % des consultations et 3,8 % des visites remboursées par le régime général. Une surreprésentation des MEP dans les actes des présumés nomades apparaît donc plausible.

L'étude par CMR montre des variations assez importantes statistiquement (Annexe 3).

### 3.3 - REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

#### 3.3.1 - TAUX DE REPONSES AUX QUESTIONNAIRES

213 des 340 **présumés nomades** ont répondu, soit **62,6 %**.

Les **médecins** ont apporté des réponses pour 1 212 actes sur les 1 886 de l'enquête, soit **64,95 %**.

Les médecins conseils ont pu **codifier** 1 570 actes, soit **83,2 % des actes** en confrontant les réponses des patients interrogés sur tous les actes des médecins, aux réponses des médecins renseignant sur leur acte mais parfois aussi sur celui de confrères à qui ils avaient envoyé le patient.

Les taux de réponses des assurés sont fonction de l'âge des patients. Il y a moins de réponses d'assurés pour les enfants ( $p < 0,01$ ). Pour les médecins, la différence n'est pas significative selon l'âge des patients.

Le taux de réponses était très inégal selon les CMR (Annexe 3).

#### 3.3.2 - REPONSES DES PATIENTS AU QUESTIONNAIRE PATIENT (Annexe 1)

Les patients n'ont répondu parfois que pour une partie des actes, ont parfois mal interprété les questions et ont une subjectivité propre. Les réponses n'ont donc qu'une valeur relative d'orientation.

Rappelons que les patients étaient interrogés pour chaque dernier recours du semestre pour chacun des médecins qu'ils avaient vus. Chaque patient devait donc donner plusieurs réponses.

Q1 - Médecin traitant	332 réponses "oui"
Q2 - Médecin traitant non accessible	280 réponses "oui"
Q3 - Préférence des médecines douces	145 réponses "oui"
Q4 - Adressé par un autre médecin	157 réponses "oui"
Q5 - 2 <sup>ème</sup> avis avant décision importante	58 réponses "oui"
Q6 - Préférence accès direct au spécialiste	214 réponses "oui"
Q7 - Absence de soulagement par le médecin traitant	148 réponses "oui"

Les réponses varient significativement selon les CMR pour les questions 1, 2, 3 et 6.

**Tableau 13 - Principaux chapitres CIM 10 concernés par les réponses aux questions semi-ouvertes 3, 5 et 7.**

	Préférence médecine douce		2 <sup>ème</sup> avis avant décision importante		Non soulagé par médecin traitant	
	Nombre	% col.	Nombre	% col.	Nombre	% col.
Maladie du système ostéo-articulaire	32	22,1	6	9,4	43	20
Maladie de l'appareil respiratoire (pneumo+ORL)	25	17,2	8	12,5	34	15,8
Troubles mentaux et du comportement	17	11,7	0	0	11	5,1
Maladies de l'appareil circulatoire	6	4,1	5	7,8	15	7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	7	4,8	3	4,7	11	5,1
Lésions traumatiques	7	4,8	3	4,7	11	5,1
Autres	51	35,2	39	61	90	41,8
<b>TOTAL</b>	<b>145</b>	<b>100</b>	<b>64</b>	<b>100</b>	<b>215</b>	<b>100</b>

Les réponses pour les 2<sup>ème</sup> avis avant décision importante étaient très variées, souvent floues ou inexploitables. Aucune ne révélait un contexte entraînant une décision pouvant être jugée médicalement et objectivement importante, telle une intervention lourde.

Dans l'étude des pathologies classées par sous-chapitres de la CIM 10 (Annexe 4), n'approchent 10 % des réponses que :

- les affections aiguës des voies respiratoires supérieures pour les réponses aux 3 questions ;
- les troubles névrotiques liés aux stress ou somatoformes pour la question relative à la préférence des médecines douces ;
- les dorsopathies pour cette même question.

C'est dire que les réponses sont très variées et qu'aucun organe, aucune maladie, aucun symptôme ne sont retrouvés avec une fréquence particulière.

### 3.3.3 - REPONSES DES MEDECINS AU QUESTIONNAIRE MEDECIN (Annexe 2)

1 212 réponses ont été recueillies sur un total de 1 886 envois (64,95 %).

Q1 : Mode d'exercice particulier ? 345 réponses "oui"

Dont 6 spécialistes qui ont explicité leurs conditions d'exercice ou leur ultra-spécialisation.  
78 non explicités

Sur 267 réponses explicites :

- Homéopathe	91	34,1 %
- Acupuncteur	60	22,5 %
- Urgentiste	26	9,7 %
- Vertébrothérapeute	22	5,2 %
- Angéiologue	19	7,1 %
- Nutritionniste	9	3,4 %
- Médecin du sport	9	3,4 %
- Allergologue	5	1,9 %
- Autres *	19	7,1 %

\* (Parfois singulières comme la pata-médecine)

Le nombre de praticiens déclarant par exemple l'homéopathie ou l'acupuncture est nettement supérieur à celui enregistré comme mode d'exercice particulier par les caisses.

Q2 : Patient reçu à la demande d'un confrère ? 209 réponses "oui"

Q3 : Patient vu en urgence ? 207 réponses "oui"

Q4 : Demande de l'avis d'un confrère ? 151 réponses "oui"

De quelle spécialité :

- Cardiologue	16
- Appareil digestif	14
- O.R.L.	14
- Electro-radiologue	13
- Rhumatologue	12
- Neurologue	10
- Neuropsychiatre	7
- Pneumologue	7
- Chirurgie orthopédique	5

20 autres spécialités sont citées pour 37 patients. Dans 7 cas, un généraliste a adressé le patient à un autre généraliste MEP.

La répartition observée entre les spécialistes n'est pas la même que celle demandée, ce qui est compréhensible vu la possibilité d'accès direct au spécialiste.

Q5 : Possibilité de troubles somatoformes ?

Oui	=	97 sur 1 073 réponses exprimées	( 9 %)
Non	=	797	
Peut-être	=	180	(16,8 %)

Q6 : Possibilité de fibromyalgie ?

Oui	=	30 sur 1 055 réponses exprimées	( 2,8 %)
Non	=	949	
Peut-être	=	76	( 7,2 %)

Q7 : Commentaires sur le ou les diagnostics (facultatif) :

689 réponses apportaient un diagnostic dont 104 plusieurs. Le total des diagnostics ou symptômes exploités est de 793. 56,8 % des médecins ont donné un diagnostic alors qu'il était facultatif.

Ont été retrouvés le plus souvent (cf annexe 4) :

- des maladies du système articulaire, des muscles (surtout dorsopathies)	98 cas	12,8 %
- des maladies de l'appareil respiratoire (surtout des voies respiratoires supérieures)	96 cas	12,1 %
- des troubles mentaux et du comportement (surtout troubles névrotiques et somatoformes)	82 cas	10,1 %
- des symptômes et signes divers	55 cas	7,2 %
- des maladies de l'appareil circulatoire	53 cas	6,9 %
- des facteurs influant sur l'état de santé et recours divers (ex : contraception)	45 cas	5,9 %
- des maladies de l'appareil digestif	36 cas	4,2 %
- des maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	31 cas	4,0 %

Les 297 autres motifs appartiennent à des chapitres de la CIM 10 représentés moins de 30 fois

En dehors des questions 6 et 7, les réponses ont été statistiquement différentes selon les CMR (en particulier la 5,  $p < 0,001$ ).

### 3.3.4 - TYPOLOGIE DES ACTES ET COUTS INDUITS PAR TYPE D'ACTE

#### 3.3.4.1 - REPARTITION DES ACTES APRES CODIFICATION

Le Médecin Conseil a coté chaque acte à partir des renseignements en sa possession, réponses des médecins et des patients, renseignements du Service Médical, analyse de la pharmacie codée remboursée et de l'ensemble des consommations remboursées pour ce patient.

1 570 actes sur les 1 886 ont pu être qualifiés (**84,2 %**), 316 n'ont pu l'être.

**Tableau 14 - Répartition des actes selon leur type**

Libellés	Nombre d'actes (% du total renseigné)	Nb d'actes de généralistes (% de la ligne)	Nb d'actes de spécialistes (% de la ligne)
1- Médecin traitant de premier recours	383 (24,39 %)	305 (79,1 %)	78 (20,9 %)
2- Impossibilité de recours au médecin traitant habituel	313 (19,94 %)	271 (86,6 %)	42 (13,4 %)
3- Recours médicalement justifiés	389 (24,78 %)	155 (39,8%)	234 (60,2 %)
4- Suspicion de troubles somatoformes	168 (10,70 %)	108 (64,3%)	60 (35,7%)
5- Suspicion de fibromyalgie	29 (1,85 %)	17 (58,6 %)	12 (41,4 %)
6- Confiance insuffisante dans la médecine allopathique habituelle	144 (9,17 %)	139 (96,5 %)	5 (3,5%)
7- Confiance insuffisante dans le médecin traitant	125 (7,96 %)	67 (53,6 %)	58 (46,4 %)
8- Recherche d'un bénéfice plus ou moins licite	3 (0,19 %)	2 (67%)	1 (33 %)
9- Autres	8 (0,51 %)	6 (75 %)	2 (25 %)
10- Hors champ de l'enquête *	8 (0,51 %)	8 (100 %)	0

\* L'exclusion de ces derniers laissait pour les patients concernés un indice de nomadisme supérieur à 3.

Parmi ceux-ci, presque le quart des actes est imputable au médecin traitant, un autre quart est justifié et 20 % sont dus à l'impossibilité de recourir au médecin traitant.

Restent donc **30,94 % pouvant ne pas être justifiés...** Et dans cette fraction, les actes avec suspicion de troubles somatoformes forment une part non négligeable, d'autant qu'ils ont été sous estimés (cf. discussion infra).

Des disparités régionales sont observées .

### 3.3.4.2 - DEPENSES INDUITES ET REMBOURSEMENTS INDUITS PAR TYPE D'ACTES

Par "dépenses induites" ou "remboursements induits", on entend la somme du montant de l'acte proprement dit ou de son remboursement et de celui des prescriptions faites durant cet acte ou de leur remboursement.

**Tableau 15 - Montants des dépenses et des remboursements par acte codifié**

Libellés	Nb de cas	Montant moyen total par acte	Montant moyen remboursé	Taux de remboursement (%)	D.S. sur montant
1- Non renseignés	316	427,07 F	211,64	49,6	± 1157,32
2- Médecin traitant de premier recours	383	432,34 F	238,12	55,1	± 431,99
3- Impossibilité de recours au médecin traitant habituel	313	325,65 F	176,78	54,3	± 299,70
4- Recours médicalement justifiés	389	381,31 F	209,09	54,8	± 375,90
5- Suspicion de troubles somatoformes	168	372,47 F	191,63	51,4	± 303,61
6- Suspicion de fibromyalgie	29	386,55 F	160,10	41,4	± 329,60
7- Confiance insuffisante dans la médecine allopathique habituelle	144	338,50 F	131,51	38,9	± 274,51
8- Confiance insuffisante dans le médecin traitant	125	356,32 F	173,94	48,8	± 274,80
9- Recherche d'un bénéfice plus ou moins licite	3	191,33 F	70,33	36,8	± 96,65
10- Autres	8	326,00 F	150,38	46,1	± 263,99
11- Hors champ de l'enquête	8	192,50 F	92,63	48,1	± 67,74
MOYENNE EN F		364,47 F	197,53	54,2	± 297,41
MOYENNE EN €		55,563 €	30,113	54,2	± 45,34

Les différences sont significatives globalement entre les groupes ( $p < 0,01$ ).

Il apparaît que c'est le médecin traitant qui engendre le coût induit le plus élevé par acte et que les actes non renseignés viennent ensuite. Il est à noter que le montant remboursé moyen induit par acte calculé sur la population des consommateurs avec les mêmes critères est de 242,42 F (36,96 €) et est donc plus élevé.

En dehors des cas peu nombreux de recherche de bénéfices illicites , les actes induisant le moindre montant sont ceux engendrés par les médecins consultés en cas d'inaccessibilité du médecin habituel. Les patients recourant aux médecines douces ou alternatives ont le taux de remboursement le moins élevé et les remboursements induits par acte les moins élevés.

### 3.3.4.3 - VENTILATION DES MONTANTS MOYENS INDUITS PAR PRESTATIONS ET TYPES D'ACTES SELON LA CLASSIFICATION DES MEDECINS CONSEILS (EN FRANCS)

**Tableau 16 – Ventilation des dépenses induites par prestations et actes codifiés**

Libellés	Nb de cas	Coût acte	Montant phie vignette blanche	Montant phie vignette bleue	TIPS	Biologie	Auxiliaires médicaux
1- Non renseignés	316	162,25	107,43	28,31	71,92	32,85	24,31
2- Médecin traitant de premier recours	383	147,14	167,77	46,43	14,88	21,05	37,08
3- Impossibilité de recours au médecin traitant habituel	313	136,28	131,57	28,43	3,26	15,95	10,16
4- Recours médicalement justifiés	389	223,83	94,78	17,44	9,13	18,06	18,07
5- Suspicion de troubles somatoformes	168	195,88	109,89	27,17	4,29	17,39	17,85
6- Suspicion de fibromyalgie	29	195,93	94,35	47,97	18,62	24,31	5,38
7- Confiance insuffisante dans la médecine allopathique habituelle	144	188,81	99,18	21,36	2,42	5,74	20,51

Libellés	Nb de cas	Coût acte	Montant phie vignette blanche	Montant phie vignette bleue	TIPS	Biologie	Auxiliaires médicaux
8- Confiance insuffisante dans le médecin traitant	125	178,98	95,06	28,75	14,49	17,79	21,30
9- Recherche d'un bénéficiaire plus ou moins licite	3	176,67	14,67	0	0	0	0
10- Autres	8	142,5	151,38	15,88	0	16,25	0
11- Hors champ de l'enquête	8	145,38	44,25	2,88	0	0	0
MOYENNE EN FRANCS (D.S.)		171,76	110,32	27,86	19,31	19,76	21,66
MOYENNE EN EUROS		129,98	162,81	48,11	444,17	100,44	103,14
		26,185	16,818	4,247	2,944	3,012	3,302

Les montants moyens de la pharmacie à vignettes blanches et à vignettes bleues diffèrent significativement selon les différentes catégories

Les patients de la catégorie "médicalement justifiés" ont les montants d'honoraires les plus coûteux en moyenne. Il s'agit plus souvent d'actes d'exploration (actes en K).

Si le montant des honoraires de l'acte du "médecin traitant" est l'un des moins coûteux, il induit le plus gros montant moyen en pharmacie. C'est à cause de la pharmacie donc que le montant induit par le médecin traitant est le plus élevé (cf. tableau 15).

Les actes 'non renseignés' s'accompagnent de la plus grande dépense en TIPS, mais avec une déviation standard à 1 075,16 et un montant remboursé à 19,31 F. L'analyse des cas montre qu'il s'agit de personnes très âgées en ALD ayant l'un de l'oxygénothérapie, l'autre une prothèse auditive... (d'où le faible taux de remboursement).

### 3.4 - DEFINITIONS DE PROFILS DE PATIENTS, COUTS INDUITS

#### 3.4.1 - TYPOLOGIE DES CLASSES DETAILLEES DE PROFILS DE PATIENTS

Tableau 17 - Caractéristiques liées aux patients

	Nombre	% en nombre des patients	% en nombre d'actes	Age moyen	Nombre d'ALD	Taux de réponses des patients	Taux de réponses des médecins
Troubles somatoformes	54 *	16	18,5	47,2	6	68,5	76,1
Fibromyalgiques	7 *	2,1	2,8	50	0	85	73,6
Inclassables	81	24	23,2	41,9	16	29,2	55
Inaccessibilité médecin traitant	124	36,7	33,1	39,3	21	75,8	68,8
Recours justifié médicalement	40	11,8	13,2	43,4	7	77,5	72,5
Par recours médecines douces	15	4,4	4,2	41,4	0	66,7	64,1
Inexpliqués	17	5	5	39,8	3	82,4	58,5
TOTAL	338	100	100	42	53	62,6	65

\* Nombres vraisemblablement supérieurs (voir discussion).

Il apparaît que la classe la plus importante numériquement était celle des patients qui n'auraient pas été présumés nomades si leur médecin traitant avait été toujours accessible. Venaient ensuite les patients pour qui manquaient des renseignements (et qui étaient plus souvent en ALD) et ceux suspects de troubles somatoformes.

Les taux de réponses des patients et des médecins apparaissent logiques au regard des classes.

L'âge moyen plus élevé des patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie peut s'expliquer par le fait que ces pathologies n'ont pas été rapportées chez de jeunes enfants. L'âge moins élevé des « faux nomades par inaccessibilité des médecins traitants » et des patients aux « recours inexpliqués » peut s'expliquer pour partie par un nombre plus élevé d'enfants en bas âge.

La répartition variait significativement selon les CMR.

**Tableau 18 - Nombre de médecins et de spécialités consultés par profils de patients**

	Nb de cas	Nb moyen de médecins consultés	Nb moyen de spécialités consultées	% de MEP dans les médecins	% de spécialités	% d'ORL	% de gynéco-obstétricien	% de dermatologues	% de (neuro) psychiatres
Troubles somatoformes	54	6,37	3,07	21,1	36,78	4,3	6,9	4	2,3
Fibromyalgiques	7	7	3,86	19,4	47,17	0	3,8	7,5	5,7
Inclassables	81	5,41	2,26	16,3	27,36	3,2	2,5	2,8	3,7
Inaccessibilité médecin traitant	124	5,65	1,96	15,2	24,44	4	5,1	3,1	1,9
Recours justifié médicalement	40	6,75	2,85	27,4	41,13	2,4	7,7	5,6	3,2
Par recours médecines douces	15	5,13	1,93	46	19,23	6,4	1,3	6,4	1,3
Inexpliqués	17	5,715	2,585	10,9	36,17	12,8	3,2	5,3	3,2
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>5,56</b>	<b>2,39</b>	<b>20,8</b>	<b>30,52</b>	<b>4,1</b>	<b>4,9</b>	<b>3,9</b>	<b>2,5</b>

Le nombre moyen de médecins et le nombre moyen de spécialités varient significativement selon les profils ( $p < 0,001$ ).

Les patients suspects de fibromyalgie ou de troubles somatoformes ont les nombres moyens de médecins et de spécialistes consultés les plus élevés. L'étude par types de spécialités apparaît logique selon les profils de patients retenus ou sans différence significative. Notons toutefois le fort pourcentage d'ORL parmi les inexpliqués. L'étude des dossiers montre qu'il s'agit assez souvent de jeunes enfants.

Aucune autre spécialité ne représente plus de 3 % des médecins dans une classe en dehors des rhumatologues qui représentent 13,21 % des médecins consultés par les fibromyalgiques pour une moyenne à 2,24.

**Tableau 19 - Codification des actes en % par profils détaillés de patients**

	Sans réponses	Médecin traitant	Médecin traitant inaccessible	Justifié médicalement	Troubles somatoformes	Fibromyalgiques	Manque de confiance en allopathie	Manque de confiance dans le médecin traitant	Autres
Troubles somatoformes	10,9	12,1	3,7	15,8	47,4	0,9	4	4,6	0,6
Fibromyalgiques	3,8	18,9	1,9	20,8	0	47,2	0	1,9	5,7
Inclassables	60,2	10,3	8,3	17,2	0	0	2,3	0,9	8,7
Inaccessibilité médecin traitant	0,6	27,3	39,6	14,6	0	0,2	9,3	8,2	0,2
Recours justifié médicalement	1,6	19,8	4	54,8	0,4	0	12,1	6,5	0,8
Nomades par recours aux médecines douces	5,1	35,9	3,8	10,3	0	0	35,9	9	0
Inexpliqués	2,1	41,5	4,3	13,8	2,1	0	4,3	31,9	0
<b>Ensemble</b>	<b>16,8</b>	<b>20,4</b>	<b>16,7</b>	<b>20,7</b>	<b>8,9</b>	<b>1,5</b>	<b>7,9</b>	<b>6,7</b>	<b>0,6</b>

Il apparaît que dans chaque profil de patients, sont retrouvés des actes de différentes catégories avec très logiquement une prédominance de la catégorie d'actes à l'origine du choix du profil. Cette prédominance est moins nette pour les « nomades par recours aux médecines douces » et les « inexpliqués », types de patients chez qui le code 'médecin traitant' a été retenu plus d'une fois en moyenne par patient.

### Pathologies rapportées (Annexe 5 et 6)

Les pathologies rapportées par les patients et les médecins sont relativement logiques par rapport aux classes mais leur grande multiplicité rend les différences entre classes peu ou non significatives

Peuvent être notés les faits suivants :

- Les suspects de troubles somatoformes ont une fréquence de troubles psychologiques nettement supérieure à la moyenne d'après leurs médecins alors qu'eux relatent des discopathies, des affections aiguës des voies respiratoires supérieures, des tumeurs bénignes de la peau, un peu de nervosité (alors que 3 bénéficient d'une ALD pour troubles névrotiques) .
- Dans la catégorie "inclassables" du fait d'un nombre insuffisant de réponses, les réponses qui existent se répartissent entre les différentes pathologies comme l'ensemble du groupe, les divergences n'excédant jamais 2 cas. Dans cette catégorie avaient été notées 16 ALD... chez des patients plutôt âgés...
- Pour les patients classés comme "faux nomades par inaccessibilité du médecin traitant", les affections chroniques sont un peu moins représentées. Affections rénales, affections aiguës des voies respiratoires supérieures, traumatismes, symptômes et algies relatifs à l'appareil respiratoire et circulatoire sont légèrement surreprésentés.
- Pour les patients aux recours médicalement justifiés, ont été retrouvées avec une fréquence légèrement supérieure à la moyenne, affections cardio-vasculaires, insuffisances rénales, lésions traumatiques et "autres affections de la peau".
- Pour les "nomades par recours préférentiels des médecines douces ou alternatives", leurs réponses précisent qu'ils étaient non soulagés par leurs médecins traitants pour des affections aiguës des voies respiratoires supérieures, des dermatoses et des enthésopathies (atteintes des insertions tendineuses).
- Pour les patients aux recours non expliqués, l'étude des pathologies n'apporte aucun élément explicatif significatif, les chiffres étant peu élevés et les pourcentages de pathologies signalées étant peu éloignés des pourcentages de l'ensemble des réponses. Dans cette catégorie, 3 patients étaient en ALD, l'un pour Crohn, l'autre pour arthrose (en ALD HL), le 3<sup>ème</sup> pour insuffisance cardiaque.

### Coûts induits par classe détaillée de patients

**Tableau 20 - Dépenses moyennes par acte selon les prestations et les profils des présumés nomades (en francs)**

Libellés	Nb actes	Coût acte	Montant phie vignette blanche	Montant phie vignette bleue	TIPS	Biologie	Auxiliaire médicaux	TOTAL
Suspicion de troubles somatoformes	348	190,90	105,11	28,65	5,01	14,17	21,98	<b>365,83</b>
Suspicion de fibromyalgie	53	193,19	67,58	30,38	10,19	20,68	32,38	<b>354,36</b>
Inclassables	435	164,65	92,94	29,51	1,95	25,05	10,22	<b>324,32</b>
Par médecin traitant inaccessible	622	155,74	143,90	27,63	7,85	17,46	10,05	<b>362,63</b>
Patients justifiés médicalement	248	210,07	99,84	21,09	18,30	17,25	48,14	<b>414,69</b>
Par recours aux médecines douces	78	168,05	92,56	46,45	6,82	18,80	18,49	<b>351,70</b>
Inexpliqués	94	177,86	159,53	50,03	10,47	12,04	35,48	<b>445,43</b>
<b>MOYENNE EN F</b>		<b>174,09</b>	<b>119,05</b>	<b>29,26</b>	<b>19,30</b>	<b>19,76</b>	<b>21,67</b>	<b>383,14</b>
<b>MOYENNE EN €</b>		<b>26,54</b>	<b>18,50</b>	<b>4,46</b>	<b>2,94</b>	<b>3,01</b>	<b>3,30</b>	<b>58,41</b>

**Tableau 21 - Montants moyens induits et remboursés par acte selon les prestations et les profils des présumés nomades (en francs)**

Libellés	Nb actes	Montant remb. / acte	Montant Remb. phie vignette blanche	Montant Remb. phie vignette bleue	Remb. TIPS / acte	Rembour. Biologie / acte	Rembour. Auxiliaires médicaux/ acte	Montant total rembou. /acteL
Suspicion de troubles somatoformes	348	87,75	58,63	10,13	2,26	7,55	15,72	<b>182,04</b>
Suspicion de fibromyalgie	53	74,85	33,62	10,53	1,77	10,32	15,70	<b>146,79</b>
Inclassables	435	83,93	49,41	10,23	6,93	13,21	5,62	<b>163,33</b>
Par médecin traitant inaccessible	622	76,56	79,92	10,79	4,56	10,35	5,20	<b>187,38</b>
Patients justifiés médicalement	248	116,53	63,92	7,75	13,53	9,50	30,36	<b>241,59</b>
Nomades par recours aux médecines douces	78	72,42	45,74	19,49	2,69	9,39	9,24	<b>158,97</b>
Vrais suspects inexplicés	94	89,44	95,76	19,63	7,61	6	17,62	<b>236,12</b>
<b>MOYENNE EN FRANCS</b>		<b>86,25</b>	<b>68,61</b>	<b>11,04</b>	<b>6,57</b>	<b>11,22</b>	<b>13,84</b>	<b>197,53</b>
<b>MOYENNE EN EUROS</b>		<b>13,15</b>	<b>10,46</b>	<b>1,68</b>	<b>1</b>	<b>1,71</b>	<b>2,11</b>	<b>30,11</b>

Les montants moyens globaux varient significativement selon la classe (p<0,05).

Ce sont les patients qui n'ont pu être classés qui ont les actes entraînant les remboursements les plus élevés pour la pharmacie à vignettes blanches, le TIPS, la biologie et les auxiliaires médicaux. Les nomades par recours aux médecines douces ont un coût moyen peu élevé sauf pour les vignettes bleues. Les patients « justifiés médicalement » ont un coût assez élevé du fait de l'acte lui-même (plus souvent acte d'exploration) , des prescriptions de TIPS et d'auxiliaires médicaux.

### 3.4.2 - TYPOLOGIE DES 4 CLASSES

**Tableau 22 - Caractéristiques liées aux patients**

	Nombre	% en nombre des patients	% en nombre d'actes	Age moyen	Nb moyen de médecins consultés	Nb moyen de spécialités consultées	% de MEP dans les médecins
Inclassables	<b>81</b>	<b>24</b>	23,2	41,9	<b>5,41</b>	<b>2,26</b>	<b>16,4</b>
Somatoformes ou fibromyalgiques	<b>61</b>	<b>18</b>	21,3	47,5	<b>6,44</b>	<b>3,16</b>	<b>20,6</b>
Justifiés	<b>164</b>	<b>48,5</b>	46,3	40,3	<b>5,31</b>	<b>2,18</b>	<b>20,3</b>
Sans justificatif	<b>32</b>	<b>9,5</b>	9,2	40,5	<b>5,47</b>	<b>2,28</b>	<b>32,2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>338</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>42</b>	<b>5,56</b>	<b>2,39</b>	<b>20,8</b>

Le nombre de patients atteints de troubles somatoformes ou de fibromyalgie est sans doute supérieur (voir discussion).

Il n'y a pas de jeunes enfants dans les patients suspects de troubles somatoformes, ce qui explique l'âge moyen plus élevé.

La différence dans le nombre moyen de médecins est différente statistiquement selon les classes (p < 0,001). Le nombre de MEP est élevé dans la classe des non justifiés en partie du fait de l'intégration des « nomades par recours aux médecines douces ».

La répartition varie significativement selon les CMR (Annexe 7).

**Tableau 23 – Répartition des actes en % par classes d'actes et classes regroupées de patients**

	Sans réponse	Médecin traitant	Médecin traitant inaccessible	Justifié médicalement	Troubles somatoformes	Fibromyalgies	Manque de confiance en allopathie	Manque de confiance dans le médecin traitant	Autres	Total
Inclassable	60,2	10,3	8,3	11,2	0	0	2,3	6,9	8,7	100
Troubles somatoformes ou fibromyalgies	10	13	3,5	16,5	41,1	6,9	3,5	4,2	1,2	100
Justifiés	6,9	25,2	29,4	26,1	0,1	0,1	10,1	7,7	0,3	100
Sans justificatifs	3,5	39	4	12,2	1,2	0	18,6	21,5	0	100
<b>Ensemble</b>	<b>16,8</b>	<b>20,4</b>	<b>16,7</b>	<b>20,7</b>	<b>8,9</b>	<b>1,5</b>	<b>7,7</b>	<b>6,7</b>	<b>0,7</b>	

Le nombre d'actes pouvant paraître **injustifiés** du fait d'un manque de confiance dans le médecin traitant ou l'allopathie atteint **23,1 % des actes** renseignés chez les patients dits '**inclassables**'. Il est de **19,7%** chez les patients pourtant classés dans la **classe 'Justifiés'** et de **41,5 %** chez les patients dits '**sans justificatifs**'. Le nombre chez les patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie est peu élevé car des motifs de recours qui auraient été classés comme relevant d'un manque de confiance pour les autres classes de patients ont été classés alors en rapport avec leur maladie

**Tableau 24 - Principales pathologies rapportées par les médecins selon les grandes classes (sous-chapîtres CIM 10)**

	Nb de cas au total	% sur le total des pathologies (colonne)	Inclassables (% en ligne)	Somatoformes ou fibromyalgies (% en ligne)	Justifiés (% en ligne)	Sans justificatif (% en ligne)
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>93</b>	<b>13,58</b>	<b>12,9</b>	<b>20,4</b>	<b>53,8</b>	<b>12,9</b>
dont - affections aiguës des VRS	54	7,9	9,3	18,5	53,7	18,5
- affections chroniques des voies respiratoires inférieures	19	2,8	15,8	42,1	42,1	0
<b>Maladies du système ostéoarticulaire</b>	<b>81</b>	<b>13</b>	<b>12,3</b>	<b>27,2</b>	<b>50,6</b>	<b>9,9</b>
dont - autres dorsopathies	36	5,3	16,7	22,2	52,8	8,3
- autres affections des tissus mous	13	1,9	7,7	61,5	15,4	15,4
- arthroses	12	1,8	16,7	25	50	8,3
<b>Troubles mentaux et comportementaux</b>	<b>72</b>	<b>10,5</b>	<b>12,5</b>	<b>43,1</b>	<b>41,7</b>	<b>2,8</b>
dont troubles. névrotiques liés au stress et somatoformes	55	8	9,1	41,7	32,7	3,6
<b>Maladies de l'appareil circulatoire</b>	<b>44</b>	<b>6,4</b>	<b>9,1</b>	<b>29,6</b>	<b>61,4</b>	<b>0</b>
dont maladies des veines	15	2,2	13,3	46,7	40	0
<b>Symptômes, signes et résultats anormaux</b>	<b>43</b>	<b>6,3</b>	<b>16,3</b>	<b>27,9</b>	<b>40,8</b>	<b>7</b>
dont symptômes et signes généraux	16	2,3	6,3	50	25	18,7
<b>Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours ...</b>	<b>39</b>	<b>5,7</b>	<b>10,3</b>	<b>10,3</b>	<b>71,8</b>	<b>7,7</b>
dont contraception	11	1,6	9,1	0	90,9	0
<b>Traumatismes</b>	<b>29</b>	<b>4,2</b>	<b>10,3</b>	<b>20,7</b>	<b>65,5</b>	<b>3,4</b>
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>28</b>	<b>4,1</b>	<b>10,7</b>	<b>10,7</b>	<b>60,7</b>	<b>17,9</b>
<b>Autres</b>	<b>256</b>	<b>37,3</b>	<b>15</b>	<b>28,9</b>	<b>48,6</b>	<b>7,5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>685</b>	<b>100</b>	<b>13,3</b>	<b>26,6</b>	<b>52,4</b>	<b>7,7</b>

Aucun autre chapitre de la CIM 10 ne fait plus de 4% du total des diagnostics.

Aucune différence n'est significative. Notons la plus grande fréquence

- des "symptômes, signes et résultats anormaux" parmi les patients étiquetés inclassables ou insuffisamment renseignés,
- des troubles mentaux et comportementaux chez les patients suspects de troubles somatoformes
- de l'appareil circulatoire (dont veineux) chez les patients de la classe "justifiés médicalement".

**Tableau 25 - Montants remboursés par acte avec prescriptions induites  
par grandes classes de patients**

	Inclassables	Troubles somatoformes ou fibromyalgiques	Justifiés	Sans justificatifs	Moyenne	Significativité des différences*
Acte	85,13 F	86,04 F	87,95 F	81,72 F	86,32 F	N.S.
Pharmacie vign. blanche	66,43 F	55,33 F	75,36 F	73,08 F	68,81 F	N.S.
Pharmacie vign. Bleue	10,85 F	10,18 F	9,93 F	19,60 F	11,08 F	P<0,001
TIPS	10,11 F	2,20 F	7,11 F	5,38 F	6,60 F	N.S.
Biologie	18,15 F	7,92 F	10,11 F	7,54 F	11,27 F	P<0,05
Auxiliaires médicaux	15,32 F	15,71 F	12,37 F	13,82 F	13,90 F	N.S.
<b>TOTAL EN F</b>	<b>205,99 F</b>	<b>177,38 F</b>	<b>202,83 F</b>	<b>201,13 F</b>	<b>197,98 F</b>	<b>N.S.</b>
<b>TOTAL EN €</b>	<b>31,40 €</b>	<b>27,04 €</b>	<b>30,92 €</b>	<b>30,66 €</b>	<b>30,18 €</b>	

\*Il s'agit des différences dans les montants moyens de la ligne entre les 4 grandes classes .

La différence est significative pour les remboursements de vignettes bleues du fait de l'importance des remboursements pour la classe 'sans justificatifs ' qui inclut les 'nomades par recours aux médecines douces'. Elle est aussi significative pour la biologie essentiellement à cause du montant élevé des remboursements des patients du profil "inclassables". Rappelons que dans ce dernier, ont été retrouvés un plus grand nombre relatif de patients en ALD et quelques patients très âgés.

### 3.5 - CALCUL DES SURCOUTS POUR L'ASSURANCE MALADIE

Les montants ou pourcentages observés ne peuvent être qu'approximatifs et **sont des minimas** du fait :

- des actes non renseignés ou des patients inclassables ;
- de la non prise en compte de tous les types d'actes ou de prestations, en particulier des hospitalisations ;
- de l'impossibilité d'avoir au niveau national le nombre moyen d'actes ou le remboursement moyen semestriel par patient dans chaque catégorie ;
- de la sous-estimation des troubles somatoformes (cf. discussion).

En l'absence du nombre moyen d'actes par patient de chaque classe sur le semestre et de leur montant total, il a été estimé pour les calculs que le nombre d'actes était le même dans le semestre quelle que soit la catégorie des patients et que tous les actes d'une même classe dans le semestre avaient la valeur du dernier.

Le calcul approché des coûts est alors égal au produit du pourcentage d'actes ou de patients de la catégorie par le quotient (montant induit du dernier acte remboursé de la catégorie / le montant moyen (cf. 3.1.2)) et par le montant total remboursé pour les présumés nomades.

Une extrapolation annuelle et nationale a été faite à partir des résultats de cette étude semestrielle avec échantillon au 1/10<sup>ème</sup> et portant sur 13 CMR représentant 44,5 % des effectifs du régime,.

Le calcul du surcoût théorique se fait par la différence entre les coûts moyens de la catégorie étudiée et les coûts moyens des consommateurs.

**Tableau 26 - Etude par catégorie d'actes**

	% du total des actes des nomades	Rapport du remboursement induit par acte sur la moyenne des nomades	Extrapolation montants des remboursements de l'étude	% remboursements sur l'ensemble des consommateurs	Remboursement CANAM (en F) (extrapolé)
Non renseignés	16,76	1,0714	218 496	0,298	9 820 045
Sans justificatifs	14,422	0,9467	166 140	0,227	>7 466 961

Le montant des actes 'non renseignés' dépasse celui des patients 'sans justificatifs' du fait d'une confiance insuffisante dans le médecin traitant ou l'allopathie. Le pourcentage des remboursements d'une classe sur l'ensemble des consommateurs est donné pour information. Son interprétation doit tenir compte du fait que les coûts ont été calculés à partir uniquement des présumés nomades et que des actes sans justificatifs par exemple existent aussi certainement dans le reste de la population consommante.

**Tableau 27 - Etude par classe de patient**

	% du total des actes des nomades	Rapport du remboursement induit par acte sur la moyenne des nomades	Montants approchés des remboursements des nomades de la classe	% remboursements sur l'ensemble des consommateurs	Remboursement CANAM (en F) (extrapolé)
Insuffisamment renseignés	23,96	1,0714	312 361	0,426	14 038 696
Troubles somatoformes ou fibromyalgiques	18,05	0,9488	208 387	0,285	>9 365 708
Sans justificatifs	9,46	0,9467	108 978	0,149	>4 897 788

Vraisemblablement, le coût des nomades atteints de troubles somatoformes ou de fibromyalgies dépasse les 10 MF ou 1,5 M € pour la CANAM. Il est 2 fois moins élevé pour les 'sans justificatifs'. Toutefois, l'analyse doit tenir compte des biais qui ont entraîné une minoration des chiffres et en particulier des actes non renseignés. Les patients classés comme 'insuffisamment renseignés' ont des remboursements faisant presque le triple des patients 'sans justificatifs retrouvés'.

Le montant calculé pour la classe des patients 'sans justificatifs retrouvés' est nettement inférieure

**Tableau 28 - Surcoûts théoriques**

	Montants théoriques si remboursements = consommateurs moyens	Surcoût observé Par patient	% sur remboursements globaux	Surcoût extrapolé CANAM (en F) *
Sans justificatif				
Etude à partir des actes codés	87 368	80 578	0,111	>3 621 483
Etude à partir des patients	56 353	52 625	0,072	>2 365 168
Fibromyalgies ou Somatoformes	107 423	100 964	0,139	>4 537 708

\* Au premier janvier 2001, certains taux de remboursement ont été majorés pour les ressortissants de la CANAM. Les chiffres sont à majorer très notablement sans doute de plus de 13% - uniquement de ce fait-

Les présumés nomades ayant des montants de remboursements faisant environ le double des autres consommateurs, le calcul du surcoût théorique aboutit à diviser les montants des différentes classes par environ 2.

## 4 - DISCUSSIONS

### 4.1 - DE LA METHODOLOGIE, BIAIS POSSIBLES

#### 4.1.1 - DEFINITION DU NOMADISME

A été considéré comme nomade tout patient ayant un indice de nomadisme égal ou supérieur à 3.

Le choix d'un indice de nomadisme à 1 aurait obligé à l'étude de 18 % des consommateurs (cf. 3.1.1) pour comprendre la motivation le plus souvent d'un acte par patient. Ce choix aurait été irréalisable.

Le choix d'un indice à 2 aurait entraîné la multiplication par plus de 6 du nombre de nomades à étudier. Il est difficile d'affirmer, à priori, si le pourcentage relatif des sans justification aurait été plus ou moins élevé. L'étude de la littérature, en particulier de la 1<sup>ère</sup> étude CANAM, laisse à penser que le nombre de recours d'un autre médecin en l'absence du médecin traitant aurait été encore plus élevé. Vu la difficulté du diagnostic de troubles somatoformes par les médecins traitants, ce diagnostic aurait été proportionnellement moins rapporté car moins de médecins auraient été interrogés pour chaque patient.

L'indice à 3 semblait le plus pertinent pour filtrer les non justifiés et mettre en évidence la part des troubles somatoformes ou des fibromyalgies dans le nomadisme. L'existence de ces derniers dans les nomades constituait une hypothèse explicative peu explorée jusqu'alors.

#### 4.1.2 - DE L'ECHANTILLON DES PATIENTS

On notera l'absence d'une CMR francilienne dont les assurés ont sans doute des comportements différents ; sans doute aussi les professions libérales non étudiées ont-elles aussi un comportement très différent.

Les actes portaient sur le premier semestre 2000, les prescriptions devaient avoir été faites avant le 15 juillet et remboursées avant le 31 août 2000. Il est certain que des prescriptions, en particulier d'auxiliaires médicaux, et même des actes sont arrivés pour remboursement après cette échéance. Mais retarder l'échéance aurait retardé l'envoi des questionnaires et tout retard à l'envoi d'un questionnaire diminue le taux de réponse. **Les coûts induits et dans une moindre mesure les taux de nomadisme ont été sous évalués** de ce fait.

La méthode d'échantillonnage peut paraître non strictement pseudo-aléatoire mais reste valide.

Ont été choisis les bénéficiaires dont le numéro de matricule se terminait par 4, ce qui représente environ 10% de la population. En réalité, un vrai tirage pseudo-aléatoire supposerait que chaque chiffre de fin d'INSEE de 0 à 9 représente 10% de la population, ce qui est faux. En effet, la fin du numéro INSEE est déterminé par le rang de naissance dans la commune de naissance. Or le nombre de naissances dans une commune est rarement un multiple de 10, les assurés dont le numéro se termine par 1 sont plus nombreux que ceux dont le numéro se termine par 9. Si la différence est au maximum de 1 entre les chiffres pour une commune, il n'en est pas moins vrai que les fins de numéros avec des petits chiffres sont plus facilement retrouvés pour les générations les plus anciennes. En effet, les naissances se faisaient alors plus souvent à domicile y compris dans des petites communes ayant moins de 10 naissances par an. Le groupe a considéré que le choix (motivé par la simplicité de la requête) était valide car

- l'écart était faible et ne concernait qu'une minorité d'assurés
- une éventuelle différence socio-culturelle liée à la naissance dans une petite commune ne pouvait avoir qu'un effet nul ou infime parmi les multiples déterminants des comportements ou des consommations des présumés nomades.

#### 4.1.3 - CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

La motivation essentielle dans le choix des critères a été de diminuer le nombre d'actes à étudier qui avaient de fortes chances de se justifier et de renforcer les pourcentages de recours multiples sans explications évidentes ou liés à des pathologies comme les troubles somatoformes..

C'est ainsi que n'ont pas été retenus :

- les actes en KCC, KE peu concernés par le nomadisme.
- les actes faits par les médecins hors zone attractive et donc faits à priori pendant les vacances ou en déplacement professionnel (même si parfois les patients atteints de troubles somatoformes ou de fibromyalgie profitent de leur déplacement pour avoir un autre avis, cette éventualité ayant paru accessoire).
- les actes de spécialités jamais concernées par le nomadisme (radiothérapeute, ana-path, anesthésiste...).
- les actes des ophtalmologues du fait de leur grande fréquence et du faible taux de nomadisme non justifié dans la 1<sup>ère</sup> étude CANAM (l'efficacité des questionnaires aurait été trop faible).
- les actes de jour férié ou de nuit, l'expérience des médecins libéraux montrant que si des patients atteints de troubles somatoformes font régulièrement des appels de nuit, leur pourcentage sur le total est marginal.
- les patients ayant (eu) une ALD pour cancer pour des raisons psychologiques même si une étude (19) a montré chez eux une fréquence d'appels importante pour troubles somatoformes. Ils représentent 4 % des présumés nomades dans les pré-enquêtes des CMR du Nord et de Haute-Normandie.
-

- les radiologues dont le statut prescripteur-prescrit pouvait compliquer l'interprétation des résultats.
- les médecins hospitaliers publics du fait du non enrichissement des bases de l'Assurance Maladie par les consultations externes hospitalières. Ce biais est hautement regrettable.
- les hospitalisations du fait de l'absence de mise en évidence d'anomalie dans la 1<sup>ère</sup> enquête CANAM.

Au total, les pourcentages de nomadisme et les montants induits sont **sous-estimés**, en particulier pour ce qui concerne les troubles somatoformes du fait de l'absence des consultations externes hospitalières.

#### 4.1.4 - DU CHOIX DU DERNIER ACTE

L'étude du dernier acte de chaque médecin dans le semestre (cf 3.2.1) :

- entraîne une diminution des actes des médecins voyant le plus souvent les patients présumés nomades, en général les omnipraticiens traitants ;
- favorise dans les statistiques les actes des spécialistes puisque le spécialiste consulté 1 fois a le même poids que l'omnipraticien souvent consulté.

#### 4.1.5 - DES PATHOLOGIES

L'étude des pathologies a apporté moins d'informations qu'il n'était espéré :

- du fait du caractère facultatif de l'inscription des diagnostics, ce caractère facultatif ayant été souhaité pour augmenter le taux de réponses ;
- du fait de la grande diversité des diagnostics.

Néanmoins, quelques différences, logiques mais souvent non significatives statistiquement, entre les classes d'actes ou de patients ont pu être mises en évidence...

Les pathologies rencontrées sont celles de la médecine générale.

#### 4.1.6 - RECUEIL D'INFORMATIONS

La confrontation des réponses des médecins traitants, des patients et des réponses codées par les médecins conseils montre une homogénéité satisfaisante pour 11 des 13 CMR.

Deux CMR ont un taux de réponses des médecins laissant suspecter des troubles somatoformes et des fibromyalgies supérieur à la moyenne et n'ont aucune réponse codée en ce sens. Des divergences sont apparues entre les déclarations du médecin traitant et le codage du Médecin Conseil. Si cette divergence n'était pas apparue, le taux d'actes cotés « somatoformes » aurait pu être de 23% plus élevé et celui des fibromyalgiques de 12%. Ainsi, sans cette divergence, le taux d'actes pour suspicion de troubles somatoformes n'aurait pas été de 10,7 % des renseignés mais de 13 % et le pourcentage de patients étiquetés 'suspects de troubles somatoformes' non pas de 16% mais de 19,5 %. Pour les fibromyalgies, le pourcentage actes aurait été de 2 % et celui des patients de 2,34 %.

Si certaines réponses des patients ont paru floues, parfois subjectives, la confrontation des réponses des assurés et du codage des médecins conseils ne laissait pas apparaître de grandes divergences entre CMR.

Certes, le questionnaire restera toujours d'un apport inférieur à un examen direct, surtout pour certains types de troubles comme les somatoformes, mais l'hypothèse d'examen par les médecins conseils avait été rejetée pour diverses raisons de faisabilité.

#### 4.1.7 – DE LA CLASSIFICATION DES PATIENTS ET DES DIFFERENCES AVEC CELLE DES ACTES CODES

Dans la classification des patients, l'ordre du tri était primordial puisque l'appartenance à une catégorie excluait les suivantes, même si d'autres critères de ces suivantes étaient respectés.

C'est ainsi que la recherche des patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie a été privilégiée volontairement, car il s'agissait d'une explication n'apparaissant pas explorée dans les enquêtes sur le nomadisme proprement dit. L'ordre du tri était ensuite parfaitement logique, éliminant d'abord les faux nomades par absence du médecin traitant puis les nomades avec justificatifs médicaux pour garder ensuite les nomades par recours aux médecines douces et isoler enfin les 'sans justificatifs retrouvés'

La méthode, consistant à exclure une catégorie d'actes pour refaire le calcul d'indices de nomadisme et classer le patient dans la catégorie étudiée si l'indice de nomadisme devient inférieur à 3, peut surprendre puisqu'elle aboutit à négliger certains actes appartenant à d'autres catégories.

Exemple : si un patient a vu 4 généralistes, son médecin traitant, un homéopathe, l'associé de son médecin traitant le jour de son absence et un autre médecin pour confirmer un diagnostic par manque de confiance dans le médecin traitant, il sera classé dans les justifiés, l'indice devenant inférieur à 3 en excluant l'acte de l'associé alors qu'un acte était injustifié. Mais la procédure se justifie par le fait que ce patient ne serait pas apparu dans les listes si son médecin traitant avait été présent. A l'inverse des patients classés sans justificatifs avaient vu normalement leur médecin traitant et parfois d'autres médecins pour des recours justifiés.

C'est pourquoi les résultats des actes codés par les médecins conseils et ceux par classes de patients sont différents. L'exemple le plus frappant est celui des actes dits injustifiés par manque de confiance qui représentent 19.7% des actes renseignés dans la classe des patients pourtant dits 'justifiés'.

Malgré cette imperfection, cette double classification a paru importante car dans les suites à donner l'action peut viser soit les patients, soit les actes et les médecins..., et qu'il a paru important de pouvoir calculer les incidences financières des deux cibles

## 4.2 - DES RESULTATS

### 4.2.1 - DIFFERENCES ENTRE CMR (voir 3.1)

Les taux de réponses ont été d'autant plus satisfaisants qu'une relance a été effectuée.

Mais même en dehors de ces 2 biais opérateurs dépendants, les différences entre CMR sont importantes et significatives pour :

- les taux de nomades ;
- les âges moyens des nomades ;
- 5 des 7 réponses aux questionnaires des médecins ;
- 4 des 6 réponses aux questionnaires des assurés ;
- les actes codés par les médecins conseils (même en excluant les 2 CMR les plus atypiques) ;
- les répartitions entre grandes classes de patients (même après exclusion des 2 CMR atypiques) ;
- les coûts moyens globaux induits par acte ;
- les pourcentages d'accès aux spécialistes, ou aux MEP par les présumés nomades.

Ces différences persistant après élimination ou neutralisation des biais connus, peuvent s'expliquer par des variations :

- dans le comportement des patients (ex : différences dans les taux de recours aux MEP ou aux spécialistes) ;
- et/ou dans le comportement des médecins ou dans leur formation (cf. inégalité pour les pourcentages de réponses, pour les suspicions de troubles somatoformes ou de fibromyalgies dépendant peut-être des conceptions des leaders d'opinion régionaux, de la formation initiale des médecins, en particulier relative au psychosomatique et des EPU) ;
- et/ou dans les possibilités d'accès aux soins (densité de médecins, habitudes quant aux jours de congés, densités de cabinets de groupe, type de confraternité entre médecins les jours de garde, densité de spécialistes, de MEP, etc).

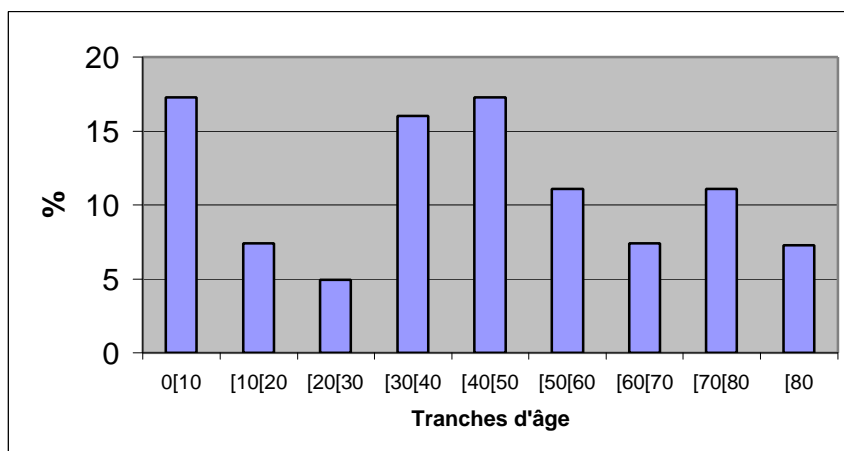
Le quart Nord Est de la France semble avoir les taux les plus faibles (cf. Tableau 7)

#### 4.2.2 - ACTES NON RENSEIGNES ET PATIENTS INCLASSABLES

Ces catégories ont des résultats un peu différents des résultats moyens :

- dans la répartition par CMR ;
- dans la répartition par tranches d'âge.

**Tableau 29 - Répartition par tranches d'âge**



(Les tranches d'âge extrêmes étant plus représentés proportionnellement que dans l'ensemble de l'échantillon).

- dans les montants remboursés induits par acte (voir 3.3.4.2 et 3.4.2), le montant total étant plus élevé surtout pour le TIPS, la biologie et les auxiliaires médicaux ;
- pour le taux de remboursement de la pharmacie à vignettes blanches, plus élevé (3.3.4.3);
- dans les pourcentages de MEP et de spécialistes, plus faibles alors que le nombre moyen de médecins est proche de la moyenne (3.3.4.1);
- dans le nombre d'ALD (prévalence de 30 % pour une moyenne de 15,7).

L'étude individuelle des patients montre :

- l'existence d'un plus grand nombre d'enfants en bas âge (moins de 3 ans) ;
- l'existence d'un grand nombre de personnes âgées en ALD, avec des montants élevés de produits au TIPS du fait de la dépendance, ou dans un cas d'une oxygénothérapie à domicile et dans 2 cas de l'acquisition de prothèses auditives...

L'absence de réponse pour les enfants en bas âge peut s'expliquer par le fait que les médecins qui pouvaient être de garde, ou proches du lieu d'habitation de la nourrice, des grands-parents, ou du parent divorcé... ont vu les enfants pour un épisode aigu par exemple fébrile en visite et qu'ils ne se sont plus souvenus du motif lors de l'envoi de notre questionnaire 6 mois après cette visite.

L'absence de réponses des parents peut s'expliquer aussi de la même manière, avec une part d'oubli, une part d'incompréhension de notre questionnaire pouvant paraître incongru alors qu'il s'agissait de la santé de leur enfant.

Quant aux personnes âgées, plus souvent en ALD, parfois dépendantes, assez peu ont répondu, peut-être par impossibilité physique ou mentale. La moindre proportion de médecins à répondre est corrélée au plus grand nombre de visites. Après 70 ans, est observé un plus grand nombre de visites que de consultations dans ces catégories de non renseignés ou d'inclassables, alors que dans les autres catégories, les consultations restent prépondérantes après 70 ans...

Si une partie des non-réponses peut s'expliquer pour les âges extrêmes, elles ne représentent qu'une minorité. Rappelons que la catégorie des patients inclassables est constituée surtout de patients n'ayant pas eux-mêmes répondu. Il peut y avoir des assurés négligents, des assurés débordés, des assurés ou des médecins ayant de l'animosité envers les caisses, des médecins ne souhaitant pas partager le secret médical avec les médecins conseils, mais il est probable que certains non répondants étaient conscients d'un comportement différent des autres ou parfois répréhensible.

L'une des interrogations non résolues est la part dans les patients inclassables :

- de patients sans justificatifs ou avec justificatifs ;
- de patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie.

Pour estimer la part de patients ayant des troubles somatoformes ou fibromyalgiques et non classés, 3 éléments sont à prendre en compte :

- un taux de réponses des médecins pour les patients connus suspects de troubles somatoformes plus fort que la moyenne ;
- un taux de réponses des patients plus faible à l'inverse ;
- la pyramide des âges.

Les premier et troisième éléments font suspecter une moindre fréquence des troubles somatoformes dans les inclassables (sans certitude).

En revanche aucun élément objectif ne permet d'approcher même approximativement la part des justifiés et sans justificatifs dans les patients inclassables ou les actes sans réponses.

#### 4.2.3 - PATIENTS SUSPECTS DE TROUBLES SOMATOFORMES OU FIBROMYALGIQUES

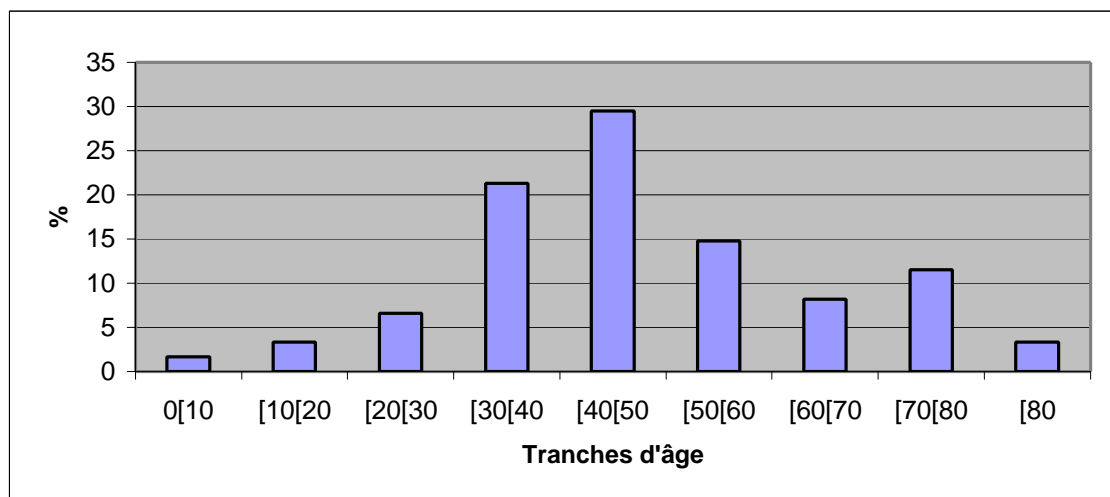
A l'évidence cette étude confirme certaines données de la littérature précisant que les patients atteints de ces affections sont plus souvent nomades. (8, 12,20 )

Parmi les patients suffisamment renseignés, après exclusion des patients ayant des justificatifs d'ordre médical ou par inaccessibilité du médecin traitant, les patients atteints de troubles somatoformes ou plus rarement de fibromyalgies représentent les 2/3 du reste de l'échantillon, même avec les biais de l'étude qui en diminuent sans doute la prévalence.

Ces patients ont un profil différent. Ils ont vu un plus grand nombre de médecins que les autres catégories. Ils représentent 47 % des patients ayant vu 7 médecins ou plus et ne figurant pas dans la catégorie inclassable. (Mais seulement 44 % des patients suspects de troubles somatoformes ont vu 7 médecins ou plus. L'usage discriminatoire de ce critère est donc limité).

Leur âge moyen est plus élevé avec une pyramide d'âge différente.

**Tableau 30 - Répartition par tranches d'âge**



Le coût moyen par acte est plus élevé du fait d'actes d'exploration, mais les prescriptions par acte entraînent un remboursement moyen moins élevé.

#### 4.2.4 – "PATIENTS SANS JUSTIFICATIFS RETROUVES" et "NOMADES PAR RECOURS AUX MEDECINES DOUCES OU ALTERNATIVES"

Ces deux profils de patients ont été regroupés comme 'sans justificatifs'

D'aucuns pourraient contester ce regroupement, les techniques non allopathiques ayant leur utilité, et parfois certains résultats sans iatrogénie.

Il n'en est pas moins vrai qu'en dehors des manipulations vertébrales la plupart des techniques s'adressent à des troubles fonctionnels.

Est ainsi abordé le problème plus général de l'étendue de la prise en charge par les caisses d'Assurance Maladie et du glissement observé depuis 1945. Les Caisses d'Assurance Maladie doivent-elles seulement rembourser les maladies et depuis peu favoriser leur prévention ? ou doivent-elles contribuer à ce que leurs bénéficiaires aient le meilleur état de santé selon la définition de l'O.M.S., à savoir un état de complet bien-être physique, mental et social ?

Si l'on se limite à la prise en charge des maladies organiques ou psychologiques graves, les recours multiples à des praticiens MEP en médecines douces sont sans doute injustifiés. Ce recours en revanche peut se justifier dans la recherche du total bien-être des bénéficiaires.

Il est certain que dans cette catégorie existent des patients atteints de troubles somatoformes ou fibromyalgiques non diagnostiqués ou dont le diagnostic ne nous a pas été rapporté.

Cette classe de patients regroupe sans doute aussi nombre de patients, à l'état psychologique un peu fragile avec une anxiété sous-jacente favorisant les troubles psychosomatiques ou de multiples recours pour des affections organiques. Cette anxiété peut s'accompagner d'une insuffisance de confiance, d'une méfiance à l'égard du médecin traitant allopathe et d'une plus grande confiance dans le MEP.

C'est pour cette catégorie que le taux de réponses des médecins est le plus faible. Le nombre de médecins et le nombre de spécialistes sont proches de la moyenne. Le nombre de MEP est nettement supérieur.

Affections aiguës des voies respiratoires supérieures, atteintes des tissus mous, souffrances rhumatologiques, symptômes et signes généraux, maladies de l'appareil digestif sont plus souvent retrouvés.

Les dépenses et les remboursements par acte sont légèrement plus élevés que la moyenne du fait d'une consommation plus importante des médicaments à vignettes bleues...

## 4.3 - COMPARAISON AVEC LES ETUDES ANTERIEURES

### 4.3.1 - ETUDE MEDICONOMIE, 1ERE ETUDE MEDICALE CANAM (1, 7)

Ces 2 études avaient pour critère d'inclusion, la consultation de 3 généralistes ou de 2 spécialistes de même spécialité. Le critère de nomadisme était donc de 2 ou de 1.

Le pourcentage retrouvé était de plus de 13 % des consommateurs mais reste compatible avec l'étude actuelle.

Le surcoût des nomades (hors hospitalisation) y est inférieur par nomade étudié (de l'ordre de 50 %), mais supérieur au total vu le nombre de patients retenus.

La pyramide d'âge y est différente avec un plus grand nombre de personnes âgées de plus de 70 ans et un moins grand nombre d'affiliés aux âges moyens de la vie. La prédominance féminine et des conjoints est déjà notée. La diversité entre CMR y est déjà soulignée.

L'étude médicale avec les mêmes critères que Médiconomie (en dehors de la durée) montrait :

- un pourcentage d'actes non justifiés de l'ordre de 10 % donc proche de cette étude ;
- un taux de MEP à 10,4 % ;
- l'impossibilité de recourir au médecin traitant dans 60 % des cas ;
- un écart entre régions jugé surprenant mais confirmé par l'étude actuelle.

Globalement, la comparaison des 2 études amène à l'hypothèse qu'en cas d'indice de nomadisme faible le taux d'inaccessibilité du médecin traitant est plus élevé et qu'en cas d'indice plus élevé des explications comme celles liées aux recours des patients atteints de troubles somatoformes augmentent.

#### 4.3.2 - ETUDES DU REGIME GENERAL ET DU REGIME AGRICOLE (2, 3)

L'étude du régime agricole était purement statistique, montrait un chiffre de 4 % de nomades consultant plus de 3 omnipraticiens en 6 mois (y compris hors région) ; la population âgée et en ALD y apparaissait plus fidèle ; les prescriptions étaient moins élevées par acte chez les nomades (comme dans cette étude).

Le critère de nomadisme de l'étude du régime général était l'existence d'une consultation de 2 omnipraticiens différents en 15 jours. Elle montrait un pourcentage élevé d'appels de nuits, de visites, faisant suspecter l'indisponibilité du médecin traitant, une fréquence plus élevée de MEP, une ordonnance moyenne d'un coût plus faible (ce que confirme cette étude).

#### 4.3.3 - ETUDE DU REGIME AMPI – CMR MIDI PYRENEES

L'étude statistique détaillée sur les consommateurs de la CMR Midi-Pyrénées montrait :

- des données statistiques compatibles ;
- l'importance des cabinets de groupe pour expliquer une part du nomadisme ;
- l'absence de diminution du nomadisme pour les patients ayant un médecin référent (les effectifs étant toutefois trop faibles pour être significatifs).

#### 4.3.4 - ACTION URCAM POITOU-CHARENTES

L'URCAM de Poitou-Charentes a décidé une action sur les troubles somatoformes, considérant que la somatisation est rarement diagnostiquée du fait entre autres du nomadisme, du déni des patients et de la carence d'information des médecins à cette prise en charge. Ce retard est préjudiciable à la qualité de vie des patients et entraîne un surcoût de dépenses médicales. Son action a plusieurs volets dont la sensibilisation des enseignants de la faculté, l'organisation d'actions de FMC (en cours) et la mobilisation des médecins traitants (en cours). A cet effet, les médecins conseils consultent les patients nomades sélectionnés à partir de requêtes de consommations, affirment ou infirment le diagnostic de troubles somatoformes et, s'il s'agit de patients souffrant de troubles somatoformes, prévoient des entretiens confraternels avec le médecin traitant à leur sujet, pour les sensibiliser au sujet, et si possible les faire participer à une F.M.C..

Une action d'évaluation est prévue.

## 5 – CONCLUSIONS, SUITES A DONNER

L'étude du nomadisme est difficile pour de nombreux motifs. Il n'y a pas encore de consensus sur sa définition. Les comportements des patients qu'elle prétend cerner dépendent de facteurs psychologiques, de la nature de leurs symptômes ou de leurs maladies mais aussi de leurs connaissances et de leurs croyances dans certains domaines médicaux. Mais ils dépendent aussi de l'offre de soins au moment du besoin, des aptitudes relationnelles et médicales des médecins consultés. La justification des comportements et des soins suppose qu'au préalable, le panier de soins remboursable par l'Assurance Maladie ait été défini. Des biais sont inévitables, par exemple l'absence de traçabilité des consultations externes hospitalières dans les bases de l'Assurance Maladie.

Néanmoins, la définition du nomadisme retenue pour l'étude a paru satisfaisante. La méthode utilisée pour comprendre les motifs, à savoir l'envoi de questionnaires aux patients et aux médecins a montré une certaine efficacité, même si l'examen des patients eût été en théorie l'idéal.

Cette étude a montré :

- une **faible incidence** des présumés nomades tels que définis ( 0,47 % des consommateurs selon l'ensemble des critères définis dans l'étude) ; (mais la prévalence réelle est sans doute supérieure du fait de certains critères d'exclusion choisis et dans une moindre mesure de certains biais.)
- des coûts induits inférieurs à ceux retrouvés dans d'autres études ;
- des montants moyens par ordonnance inférieurs chez les nomades à ceux des autres consommateurs, les nomades étant plus coûteux du fait de la multiplication des actes

- un fort pourcentage d'actes justifiés médicalement ou liés à l'inaccessibilité du médecin traitant (44,7 %) ;

un pourcentage de patients au nomadisme non expliqué de moins de 10%.

- un taux important de **patients suspects de troubles somatoformes** (16%) ou plus rarement de fibromyalgie (2,1 %) .Ce sont eux qui **formaient la majorité des vrais nomades**.

Les actes non renseignés forment 15,8 % du total. Ils concernaient un peu plus souvent des enfants en bas âge ou des patients très âgés en ALD.

Des profils de patients ont été définis . Les profils de patients se différencient les uns des autres par certaines caractéristiques. Mais chaque population de patients ainsi définie n'a pas un comportement unique. Ainsi retrouve t'on des actes témoignant d'un manque de confiance allégué dans le médecin traitant ou l'allopathie, même chez des patients dont le comportement global a été justifié.

**Toute action d'ordre administratif ou toute mesure réglementaire**, n'ayant pour objectif que l'abaissement du nombre de nomades en France, serait sans doute difficile à concevoir et **peu productive**, dans le cadre actuel de l'organisation sanitaire et du système de recours aux soins en France. Toute action non coercitive (comme le carnet médical ou le médecin référent) ne peut être que médiocrement efficace.

En effet, la majorité des actes autres que ceux faits par le médecin traitant sont justifiés soit au plan médical soit par l'inaccessibilité du médecin traitant au moment du besoin de soins. Parmi les autres, une majorité est due à des patients suspects de troubles somatoformes ou de fibromyalgie. La minorité restante constitue 10% de l'échantillon et est responsable d'un surcoût de l'ordre d'un pour mille des remboursements de l'ensemble des consommateurs. Et encore parmi eux, retrouve t'on sans doute des patients aux troubles somatoformes non mis en évidence et des 'nomades par recours variés aux médecines alternatives', ce qui pose le problème de la définition du **panier de soins**.

Le recours abusif aux soins des patients ayant des **troubles somatoformes** et leur nomadisme plus fréquent ont été maintes fois décrits dans la littérature. (8,20,23,26,...).

Il est bon de rappeler aussi quelques données de la littérature à ce sujet, à savoir que les troubles somatoformes peuvent revêtir diverses formes (cf. classification OMS), que leur gravité est variable de la plus bénigne à la plus invalidante, que leur prévalence globale est assez élevée en France (21) comme dans de nombreux pays (23,27), et que tout trouble somatoforme n'entraîne pas automatiquement un nomadisme

L'étude randomisée de Smith et all. (16) montre qu'une seule consultation psychiatrique chez des patients ayant des troubles somatoformes diminue de moitié les dépenses médicales dans les 9 mois suivants.

L'optimisation du recours aux soins de ces patients est loin d'être optimale en France .Ce fait est généralement admis par la plupart des médecins s'y intéressant , même si peu d'études l'ont démontré (8). Ce constat et les résultats de l'étude présente amènent à conclure que les mesures les plus efficaces pour diminuer le nomadisme paraissent plutôt d'ordre médical avec une détection plus précoce et une meilleure prise en charge des troubles somatoformes.

L'existence d'un médecin référent ou coordonnateur serait sans doute utile.

Diverses actions peuvent être envisagées après étude de leur efficacité et de leur opportunité:

- une incitation à une meilleure formation des médecins aux troubles psychosomatiques ou somatoformes, par exemple par les relais universitaires et le maintien de l'inscription de ce thème dans la liste des thèmes de la Formation Professionnelle Conventionnelle au delà de 2002 ;
- le soutien d'éventuels réseaux expérimentaux médecins généralistes - psychologues et/ou psychiatres ayant cet objectif, réseaux dont l'évaluation reste à faire en France ;
- la création à titre expérimental de consultations spécifiques en liaison avec les généralistes dans certains grands centres ou une ouverture plus grande des centres anti-douleurs pour ces patients spécifiques ;

- d'autres actions des services médicaux ou des URCAM pour mieux appréhender le phénomène, et rechercher des solutions concrètes.

Les **fibromyalgies** ont une prévalence moindre et très variable selon les régions . Elles sont très discutées dans leur concept ; leur traitement est difficile et pas encore assez efficace pour être consensuel. C'est pourquoi il nous apparaît prématuré d'envisager une action à destination des médecins ou des patients qui en sont atteints.

## 6 - BIBLIOGRAPHIE

- 1) Lévy E., Dubois S. et Pozzotan S. – Etude Médiconomie : le nomadisme médical des bénéficiaires du régime AMPI. Une étude de sa fréquence et de son coût – Mars 1998.
- 2) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés – Typologie des consommateurs de soins ambulatoires dans le secteur libéral en 1995 – Bloc-notes statistiques 1996, n° 80.
- 3) Jaloux C. – Observatoire Economique et Social, CCMSA – Une approche statistique du nomadisme médical du régime agricole – en 1991.
- 4) Pellenec C – Le nomadisme médical – Mémoire DESS -CMR Midi Pyrénées
- 5) Pradil – Troubles somatoformes – Synopsis et psychiatrie – Paris – 1998 – p 792-800.
- 6) OMS Genève – CIM-10 – bibliothèque de l'OMS 1993.
- 7) Service Médical CANAM – Enquête Nomadisme Médical – Résultats – 1999
- 8) Demondion, Liaud, Berrard, Parra, Patrouillaut, Pouchkarevtch, Huguet – Les troubles somatoformes, les enjeux d'une action de santé publique.
- 9) URCAM de Poitou-Charentes – Action de Santé Publique sur la prise en charge des troubles somatoformes – Méthodologie – Juin 1999.
- 10) Poindessous J.L., Menegez J.D., Stanck M. – La fibromyalgie, un diagnostic essentiellement clinique – Concours médical 2000, 122 :04, pp 249-253.
- 11) Cathebras P., Lauvers A., Rousset H. – La fibromyalgie – Une revue critique – Ann. Méd. Interne 1998, 149 – pp 406-414.
- 12) Kahn M.F. – Fibromyalgie ou syndrôme polyalgique – Gazette médicale, 102.5 – pp 8-12.
- 13) Nicollet M. – La fibromyalgie et les syndrômes apparentés F.N.A.F. 28 Grande Rue St Nicolas 31300 Toulouse.
- 14) Martineau K. – Suivi Médical Fréquence – CMR Poitou Charentes – 1998.
- 15) Service Médical Régime Général Région Auvergne – Le Nomadisme – 1995.
- 16) Smith G.R., Monson R.A., Ray D.C. – 1986 – Psychiatric consultation in somatisation disorder : a randomized controlled study, N. Engl., V. Méd, 314 – p 1407-1413.
- 17) Kaplan H.I., Sadock B.J. – Troubles somatoformes – Synopsis de psychiatrie – Paris, Pradel – 1998 – p 798-800.
- 18) Ranty Y. – Les Somatisations – L'Harmattan – Paris – 1994.
- 19) Chaturvedy S.K., Hopwood P. Miguire P. - Non-organic somatic symptoms in cancer - Eur J cancer - 1993, 29 A (7) : 1006-8.
- 20) Ries R.K., Bohan J.A., Daton W.J., Kleinman A. - The medical care abuser differential diagnosis and management - J. Fam Pract - 1981 Aug ; 13(2) ; 257-265.
- 21) Hardy P. - Epidemiologie de troubles somatoformes dans la population générale française - Encéphale - 1995 - 21(3) p 191-199.
- 22) Garcia-Campayod, Sanz-Carillo C. - The use of alternative medicines by somatoform disorder patients in Spain - Br J Gen Pract 2000 - 50(455) : 487-488.
- 23) Escobar J.I., Overview of somatization : diagnosis, epidemiology and management - Psychopharmacol Bull - 1996 ; 32(4)-p 589-596.
- 24) Lipsitt P.M. - Primary care of the somatizing patient a collaborative model - Hosp. Pract (Off ed.) - 1996 - 15:31(6) ; 77-88.
- 25) Rief W., Heller W., Geismer E. Fichter M. - Two year follow up study of patients with somatoform disorders - Psychosomatics - 1995 - 36(4) ; p 376-386.
- 26) Bass D.M., Predicting the volume of health and social services : Integrating cognitive impument into a modified - Anderson Framework Gerontolg - 1988 ; 32 (1) ; 33-43.
- 27) Lieb R., Pfister H., Mastaler M., Wittchen H.U.,- Somatoform syndromes and disorders in a representative sample of adolescents and houg adults : prevalence, comorbidity and impairments – Acta Psychiatr Scand –2000 : 101 ;194-208

## 7 - ANNEXES

## ANNEXE 1

### QUESTIONNAIRE AU PATIENT

N° Dossier : \_\_\_\_\_ Votre numéro de téléphone (facultatif) : \_\_\_\_\_

Nom et prénom de votre médecin traitant : \_\_\_\_\_

Page : X/X

Cocher la bonne mention

Pour quelles raisons avez-vous vu le Dr _____ le _____		
▪ Il s'agit de mon médecin traitant .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Mon médecin traitant était absent ou bien j'étais loin de son cabinet.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Ce médecin est acupuncteur ou homéopathe, et je préfère les médecines dites « douces » pour ma maladie ou mes symptômes.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, votre maladie est : _____		
▪ J'ai été adressé par un autre médecin.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ J'ai préféré avoir un 2 <sup>ème</sup> avis avant une décision importante (intervention par exemple).....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, laquelle : _____		
▪ Je préfère consulter directement un spécialiste.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Mon médecin traitant n'arrivait pas à me soulager..... car je souffre de : _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Pour quelles raisons avez-vous vu le Dr _____ le _____		
▪ Il s'agit de mon médecin traitant .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Mon médecin traitant était absent ou bien j'étais loin de son cabinet.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Ce médecin est acupuncteur ou homéopathe, et je préfère les médecines dites « douces » pour ma maladie ou mes symptômes.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, votre maladie est : _____		
▪ J'ai été adressé par un autre médecin.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ J'ai préféré avoir un 2 <sup>ème</sup> avis avant une décision importante (intervention par exemple) .....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, laquelle : _____		
▪ Je préfère consulter directement un spécialiste.....	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
▪ Mon médecin traitant n'arrivait pas à me soulager..... car je souffre de : _____	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

## QUESTIONNAIRE AU MEDECIN

N° dossier médecin :				
CMR :		OC :		
Nom :	Prénom :	Age :		
Adresse :				
Motifs de l'acte du				
		<b>OUI</b>	<b>NON</b>	<b>Peut-être</b>
Avez-vous un mode d'exercice particulier ? Si oui, lequel : _____		/_/_/	/_/_/	
Avez-vous reçu ce patient à la demande d'un confrère ?		/_/_/	/_/_/	
Avez-vous vu ce patient en urgence ?		/_/_/	/_/_/	
Avez-vous demandé l'avis d'un autre confrère ? De quelle(s) spécialité(s) _____		/_/_/	/_/_/	
Pensez-vous que votre patient puisse être atteint de trouble somatoforme ?		/_/_/	/_/_/	/_/_/
Pensez-vous que votre patient puisse être atteint d'une fibromyalgie ?		/_/_/	/_/_/	/_/_/
Commentaires sur le ou les diagnostics : _____ _____ _____ _____				
<p><b>Définition des troubles somatoformes (d'après l'OMS) :</b> la caractéristique essentielle est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. S'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes ni de la détresse ou des préoccupations du sujet.</p> <p><b>Définition de la fibromyalgie ou syndrome polyalgique idiopathique diffus :</b> Syndrome algique généralisé, d'évolution longue accompagné de points douloureux multiples à la pression.</p>				

### ANNEXE 3 - CARACTERISTIQUES DES NOMADES

	Nb patients	Nb patients en ALD	Nb d'actes	% de spécialistes	% de MEP	Nb de réponses patients	Nb de réponses médecins	Montant remboursé moyen par nomade sur 6 mois en F
<b>CMR Aquitaine</b>	<b>38</b>	<b>4</b>	<b>207</b>	<b>30,3</b>	<b>11,8</b>	<b>29</b>	<b>160/194</b>	<b>2 723</b>
<b>CMR Bourgogne</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>59</b>	<b>22</b>	<b>8,5</b>	<b>8</b>	<b>41/59</b>	<b>2 116</b>
<b>CMR Bretagne</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	<b>196</b>	<b>26</b>	<b>9,7</b>	<b>16</b>	<b>135/191</b>	<b>3 043</b>
<b>CMR Champagne-Ardennes</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>35</b>	<b>28,1</b>	<b>9,4</b>	<b>3</b>	<b>22/31</b>	<b>4 754</b>
<b>CMR Côte d'Azur</b>	<b>35</b>	<b>10</b>	<b>205</b>	<b>35</b>	<b>4,4</b>	<b>20</b>	<b>66/206</b>	<b>5 997</b>
<b>CMR Franche Comté</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>41</b>	<b>22</b>	<b>7,3</b>	<b>3</b>	<b>22/40</b>	<b>13 667</b>
<b>CMR Languedoc Rousillon</b>	<b>43</b>	<b>7</b>	<b>186</b>	<b>35,6</b>	<b>7,5</b>	<b>26</b>	<b>173/253</b>	<b>3 677</b>
<b>CMR Midi Pyrénées</b>	<b>33</b>	<b>2</b>	<b>186</b>	<b>34,4</b>	<b>3,8</b>	<b>14</b>	<b>77/186</b>	<b>2 983</b>
<b>CMR Basse-Normandie</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>116</b>	<b>26,8</b>	<b>7,1</b>	<b>14</b>	<b>94/111</b>	<b>3 677</b>
<b>CMR Haute-Normandie</b>	<b>26</b>	<b>3</b>	<b>142</b>	<b>28,9</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>94/142</b>	<b>2 479</b>
<b>CMR Nord</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>117</b>	<b>31,6</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>58/116</b>	<b>3 815</b>
<b>CMR Provence</b>	<b>26</b>	<b>5</b>	<b>150</b>	<b>37</b>	<b>2,6</b>	<b>16</b>	<b>107/153</b>	<b>5 775</b>
<b>CMR Rhône</b>	<b>36</b>	<b>4</b>	<b>193</b>	<b>24,4</b>	<b>11,4</b>	<b>28</b>	<b>159/191</b>	<b>2 361</b>
<b>TOTAL CMR</b>	<b>344</b>	<b>53</b>	<b>1 833</b>	<b>382,10</b>	<b>101,50</b>	<b>210</b>	<b>1208/1873</b>	<b>57 067</b>

**ANNEXE 4 - DIAGNOSTICS RAPPORTES PAR LES MEDECINS ET LES PATIENTS**  
**(Classification CIM 10, Chapitres et sous chapitres rapportés au moins 3 fois)**  
**(Les pourcentages sont calculés par rapport à la colonne)**

	Réponses médecins*	Réponses patient Q3	Réponses patient Q5	Réponses patient Q7
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	<b>13 (1,9 %)</b>	<b>1 (0,7 %)</b>	<b>1 (1,6 %)</b>	<b>2 (0,9 %)</b>
dont lésions cutanées muqueuses	0	1	0	2
dont mycoses	2	1	0	2
dont autres maladies virales	3	0	0	0
Tumeurs	<b>14 (2 %)</b>	<b>2 (1,4 %)</b>	<b>1 (1,6 %)</b>	<b>7 (3,3 %)</b>
dont tumeurs malignes de la peau	3	0	0	0
dont bénignes de la peau	9	2	0	6
Maladies endocriniennes et métaboliques	<b>19 (2,7 %)</b>	<b>5 (3,4 %)</b>	<b>1 (1,6 %)</b>	<b>4 (1,8 %)</b>
dont Obésité	8	5	0	0
dont Thyroïde	5	0	1	4
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	<b>3 (0,4 %)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Troubles mentaux et du comportement	<b>82 (10,7 %)</b>	<b>17 (11,7 %)</b>	<b>0</b>	<b>11 (5,1 %)</b>
dont troubles organiques	3	0	0	0
dont troubles de l'humeur (affectifs)	12	0	0	1
dont troubles névrotiques liés aux stress ou somatoformes	68	17	0	10
Maladies du système nerveux	<b>17 (2,2 %)</b>	<b>3 (2,1 %)</b>	<b>1 (1,6 %)</b>	<b>6 (2,8 %)</b>
dont affections épisodiques et paroxystiques	6	3	0	4
dont affections des nerfs et des racines	5	0	1	0
dont Polynévrite	0	0	0	1
Maladies de l'œil	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	<b>31 (4,01 %)</b>	<b>2 (1,4 %)</b>	<b>2 (3,1 %)</b>	<b>7 (3,3 %)</b>
dont Oreille interne	7	0	0	1
dont Oreille moyenne	16	1	1	4
dont Oreille interne autres	6	1	1	2
Maladies de l'appareil circulatoire	<b>53 (6,9 %)</b>	<b>6 (4,1 %)</b>	<b>5 (7,8 %)</b>	<b>15 (7 %)</b>
dont Maladie hypertensive	10	1	0	1
dont Cardiopathies ischémiques	2	0	0	1
dont Autres cardiopathies (I30 - I52)	13	0	1	0
dont Maladies artères, artérioles, capillaires	3	0	1	1
dont Maladies des veines	16	5	3	11
dont Troubles autres (I95 - I59)	3	0	0	1
Maladies de l'appareil respiratoire	<b>96 (12,5 %)</b>	<b>25 (17,2 %)</b>	<b>8 (12,5 %)</b>	<b>34 (15,8 %)</b>
dont Affections aiguës des VRS	56	17	6	26
dont Grippe et pneumopathie	7	1	1	2
dont Autres affections des VR inférieures	4	1	0	0
dont Autres maladies des VRS (J30 - J39)	7	0	1	1
dont Maladies chroniques des VR inférieures	19	6	0	5
Maladie de l'appareil digestif	<b>36 (5,3 %)</b>	<b>6 (4,1 %)</b>	<b>3 (4,7 %)</b>	<b>7 (3,3 %)</b>
dont Maladie de la cavité buccale	4	1	0	1
dont Maladies de l'œsophage, estomac, duodénum	6	2	0	4
dont Hernies	1	0	1	
dont Entérites et colites non infectieuses	9	3	0	0
dont Autres maladies de l'intestin	5	0	0	0
dont Maladies de la vésicule biliaire	0	0	0	1
dont Autres maladies	1	0	1	0
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous cutané	<b>29 (4,2 %)</b>	<b>2 (1,4 %)</b>	<b>1 (1,6 %)</b>	<b>10 (4,7 %)</b>
dont Dermatoses et eczémas	6	1	0	6
dont Lésions papulosquameuses	1	0	0	1
dont Maladies des phanères et des annexes	7	0	1	2
dont Autres affections (L80 - L 99)	12	1	0	1

	Réponses médecins	Réponses patient Q3	Réponses patient Q5	Réponses patient Q7
Maladies du système ostéo-articulaire des muscles et du tissu conjonctif	<b>98 (12,8 %)</b>	<b>32 (22,1 %)</b>	<b>6 (9,4 %)</b>	<b>43 (20 %)</b>
dont Polyarthropathies inflammatoires	3	0	1	4
dont Arthroses (M15 - M19)	12	8	0	
dont Autres affections articulaires	3	2	0	0
dont Affections disséminées du tissu conjonctif	3	1	0	0
dont Dorsopathies avec déformations	2	1	0	1
dont Spondylopathies	4	1	1	4
dont Autres dorsopathies	36	14	2	12
dont Autres affections des tissus mous (bursites, enthésopathies)	13	5	2	7
dont Autres ostéopathies	2	0	0	1
dont Anomalies de la densité et de la structure osseuse	3	0	0	0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	<b>27 (3,5 %)</b>	<b>7 (4,8 %)</b>	<b>3 (4,7 %)</b>	<b>11 (5,1 %)</b>
dont Insuffisance rénale	0	1	0	0
dont Maladies des organes génitaux de l'homme	1	0	0	1
dont Affections du sein	1	0	0	1
dont Affections inflammatoires des organes pelviens de la femme	19	1	0	0
dont Affections non inflammatoires pelviennes de la femme				
Grossesse, accouchement, puepéralité	<b>5 (0,7%)</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Symptômes et signes relatifs à :	<b>55 (7,2 %)</b>	<b>14 (9,7 %)</b>	<b>5 (7,8 %)</b>	<b>8 (3,7 %)</b>
Appareil digestif	8	5	0	0
Système nerveux	7	4	1	2
Connaissance, perception, humeur	3	1	3	0
Symptômes et signes généraux	2	4	0	2
Résultats anormaux d'analyses de sang	16	0	1	0
Autres	3	0	0	4
Lésions traumatiques	<b>31 (4,4%)</b>	<b>7 (4,8 %)</b>	<b>3 (4,7 %)</b>	<b>11 (5,1 %)</b>
De la tête	1	0	1	0
Du poignet et de la main	2	0	0	1
Du genou et de la jambe	2	2	0	0
De la cheville et du pied	2	2	1	2
Effets de causes externes	8	3	1	8
Facteurs influant l'état de santé, motifs de recours	<b>40 (5,8%)</b>	<b>8 (5,5%)</b>	<b>3 (4,7%)</b>	<b>6 (2,8%)</b>
Dont pour motifs liés à la reproduction	12	2	0	4
Dont actes médicaux et soins spécifiques	7	2	2	1
Dont Autres motifs	15	3	0	1
Dus à antécédents personnels et familiaux	6	1	1	0
Autres réponses parfois imprécises ou générales, Douteuses, difficilement classables	<b>40(5,8%)</b>	<b>4 (2,8 %)</b>	<b>19 (29,7 %)</b>	<b>16 (7,4 %)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>689</b>	<b>145</b>	<b>64</b>	<b>215</b>

\*En cas de réponses multiples, n'ont été enregistrés dans cette colonne que le diagnostic semblant justifier le plus l'acte ou en cas de doute le premier cité

**ANNEXE 5 – Diagnostics rapportés par les médecins selon les profils de patients et les chapîtres de la CIM10**

	Troubles somatoformes	Fibromyalgies	Inclassables	Méd. traitant inaccessible	Justifiés médicalement	Médecines douces	Inexpliqués	TOTAL
Maladies infectieuses et parasitaires	2	0	1	10	0	0	0	13
Tumeurs	6	0	4	5	1	0	0	16
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	1	0	2	0	0	3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	6	2	1	3	2	0	2	16
Troubles mentaux et du comportement	30	1	9	19	11	1	1	72
Maladies du système nerveux	3	0	0	3	4	2	1	13
Maladies de l'œil et de ses annexes	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0	9	9	3	0	4	26
Maladies de l'appareil circulatoire	12	1	4	19	8	0	0	44
Maladies de l'appareil respiratoire	16	3	12	37	13	4	8	93
Maladies de l'appareil digestif	3	0	3	11	6	2	3	28
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	7	0	4	8	7	0	0	26
Maladies du système ostéo-articulaire	16	6	11	28	13	5	3	82
Maladies de l'appareil génito-urinaire	8	1	3	7	3	0	2	24
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0	0	0	1	0	0	0	1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0	0	0	0	0	0	0	0
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	10	2	7	19	2	1	2	43
Lésions traumatiques et empoisonnements	6	0	3	11	8	0	1	29
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de Recours aux services de santé	3	1	4	19	9	0	3	39
Difficilement classables	34	2	15	39	19	2	6	117
<b>TOTAUX</b>	<b>163</b>	<b>19</b>	<b>91</b>	<b>248</b>	<b>111</b>	<b>17</b>	<b>36</b>	<b>685</b>

**ANNEXE 6 –**
**Diagnosics ou symptômes rapportés par les patients selon les profils de patients et les chapitres de la CIM10**

	Troubles somatoformes	Fibromyalgies	Inclassables	Méd. traitant inaccessible	Justifiés médicalement	Médecines douces	Inexpliqués	TOTAL
Maladies infectieuses et parasitaires	1	0	0	5	0	0	1	7
Tumeurs	3	2	2	3	3	0	1	14
Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	2	1	0	4	4	0	0	11
Troubles mentaux et du comportement	10	1	0	10	5	0	3	29
Maladies du système nerveux	1	0	0	6	3	0	0	10
Maladie de l'œil et de ses annexes	0	0	0	1	0	0	0	1
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0	0	9	1	2	2	15
Maladies de l'appareil circulatoire	6	0	1	10	5	0	4	26
Maladies de l'appareil respiratoire	17	4	1	27	7	7	6	69
Maladies de l'appareil digestif	4	1	1	6	3	0	0	15
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1	1	2	7	2	2	0	15
Maladies du système ostéo-articulaire	17	16	4	25	10	4	2	78
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2	2	0	6	5	1	4	20
Grossesse, accouchement et puerpéralité	1	0	0	0	0	0	0	1
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	0	0	0	0	0	0	0	0
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	10	1	1	9	5	3	2	31
Lésions traumatiques et empoisonnements	3	0	2	4	9	0	2	20
Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	2	1	0	11	4	0	0	18
Autres, difficilement classables	6	3	3	13	12	0	4	41
<b>TOTAUX</b>	<b>87</b>	<b>33</b>	<b>17</b>	<b>156</b>	<b>78</b>	<b>19</b>	<b>31</b>	<b>421</b>

**ANNEXE 7 - REPARTITION PAR PROFILS DE PATIENTS SELON LES CMR**

	Troubles somatoformes	Fibromyalgies	Inclassables	Méd.traitant inaccessible	Justifiés médicalement	Médecines douces	Inexpliqués	TOTAL
<b>CMR Aquitaine</b>	11	0	0	22	2	0	1	<b>36</b>
<b>CMR Bourgogne</b>	1	0	5	5	0	1	0	<b>12</b>
<b>CMR Bretagne</b>	0	0	3	25	3	2	5	<b>38</b>
<b>CMR Champagne-Ardennes</b>	2	0	0	4	0	0	0	<b>6</b>
<b>CMR Côte d'Azur</b>	2	0	20	9	1	2	1	<b>35</b>
<b>CMR Franche Comté</b>	1	0	1	3	1	1	1	<b>8</b>
<b>CMR Languedoc Rousillon</b>	7	1	12	7	11	4	1	<b>43</b>
<b>CMR Midi Pyrénées</b>	0	0	20	7	4	0	2	<b>33</b>
<b>CMR Basse-Normandie</b>	2	0	3	9	3	2	1	<b>20</b>
<b>CMR Haute-Normandie</b>	4	3	4	12	1	1	1	<b>26</b>
<b>CMR Nord</b>	6	1	9	0	4	0	0	<b>20</b>
<b>CMR Provence</b>	8	1	4	5	6	0	2	<b>26</b>
<b>CMR Rhône</b>	10	1	0	16	4	2	2	<b>35</b>
<b>TOTAUX</b>	<b>54</b>	<b>7</b>	<b>81</b>	<b>124</b>	<b>40</b>	<b>15</b>	<b>17</b>	<b>338</b>