

- Martin, J., et al. Une vue globale du secteur ambulatoire: Sozial- und Präventivmedizin, 26, 1981.
- Master, R. J., A continuum of care for the inner city. *New Eng. J. med.*, 302 (26), 1980: 1434–1440.
- Mechanic, D., Approaches to controlling the costs of medical care: short-range and long-range alternatives. *New Eng. J. med.*, 298 (5), 1978: 249–254.
- O'Neal, E. A., A framework for ambulatory care evaluation. *J. nurs. adm.*, 8 (7), 1978: 15–20.
- Porter, A. M. W., Three threats to stands of medical practice. *Lancet*, i, 1980: 1071–1073.
- Reichel, W., et al. Is there shortage of geriatricians? *New Eng. J. med.*, 303, 1980: 887.
- Robertson, R. L., Research report: comparative medical care use under prepaid group practice and free choice plans: a case study. *Inquiry*, 9 (3), 1972: 70–76.
- Rogers, J., The concept and measurement of continuity in primary care. *Am. J. pub. health*, 70 (2), 1980: 122–127.
- Saint-Yves, I. F. M., Need general practitioner be the patients' first contact with health services? *Lancet*, ii, 1980: 578.
- Sanazaro, P. J., Quality assessment and quality assurance in medical care. *Ann. rev. pub. health*, 1, 1980: 37–68.
- Scheffler, R. M., et al. Physicians and new health practitioners: issues for the 1980s. *Inquiry*, 16 (3), 1979: 195–229.
- Shortell, S., Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med. care*, 14, 1976: 377.
- Simborg, D. W., Physicians and non-physician practitioners: the characteristics of their relationships. *Am. J. pub. health*, 68 (1), 1978: 44–48.
- Starfield, B. H., et al. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Med. care*, 14, 1976: 625–636.
- Wardwell, W., The future of chiropractice. *New Eng. J. med.*, 202, 1980: 688.
- Ware, J. E., et al. The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health med. care serv. res.*, vol. 1, Jan/Feb. 1978.
- White, K. L., et al. The ecology of medical care. *New Eng. J. med.*, 265, 1961: 285.
- Wright, W. B., et al. Crisis procedure for stroke at home. *Lancet*, 1980, ii: 249.
- Yesalis, C. E., et al. Does chiropractic utilization substitute for less available medical services? *Am. J. pub. health*, 70, 1980: 415–417.

### Zusammenfassung

#### Methodologische Bemerkungen zur Zusammenarbeit zwischen Praktikern in der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Zusammenarbeit zwischen den Praktikern der ambulanten Versorgung (Ärzte und andere Medizinberufe) ist noch wenig untersucht. Dieser Aspekt der Gesundheitsökonomie begegnet indessen zunehmendem Interesse. Er betrifft wichtige Probleme der Organisation der Versorgung, die Entscheidungen über Qualität und Wirtschaftlichkeit zugleich anbelangen. Ein wichtiger und unausweichlicher Widerspruch folgt aus der Forderung sowohl eine qualitativ hervorragende – das heisst spezialisierte – wie eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung anzustreben.

### Résumé

#### Note méthodologique sur la collaboration entre praticiens dans le secteur ambulatoire

La collaboration entre les praticiens ambulatoires (médicaux et paramédicaux) est encore peu étudiée. Cet aspect de l'économie sanitaire suscite pourtant un intérêt croissant; il concerne en effet d'importants problèmes d'organisation du secteur ambulatoire, impliquant à la fois des choix qualitatifs et économiques. Un aspect fondamental est la contradiction relativement inévitable entre deux impératifs: la qualification spécialisée du prestataire requis d'une part, la souhaitable continuité des soins d'autre part.

### Summary

#### A methodological note about collaboration between ambulatory practitioners

There are still few studies about the collaboration between ambulatory practitioners (physicians and paramedical services). Nevertheless, the interest seems to be growing for this aspect of health care; it involves indeed basic organisational problems as well as fundamental questions about quality of care and its economic implication. A basic problem is rooted in the inevitable contradiction of the efforts towards a highly qualified – i. e. specialised – care on the one hand and those towards continuity on the other hand.

## Analyse des taux de renvoi entre médecins praticiens – une revue de la littérature

F. Paccaud<sup>1</sup> et G. Pulz<sup>2</sup>

### I. Concepts et utilité

La figure 1 permet de visualiser les différents chemins que le patient peut parcourir dans un système médical. Nous avons regroupé les composants de ce système en quatre grandes catégories de prestataires: les généra-

listes, les spécialistes, les hôpitaux et le personnel paramédical. Dans la légende, les trois premières flèches correspondent aux trois types de traitement médical figurant dans le classement de *Feldstein* (1974): le premier est initié à la demande du patient, le deuxième est prescrit par un prestataire et exécuté par un autre («renvoi»); le dernier est prescrit et réalisé par un même prestataire, impliquant ainsi une reconvo- cation. L'ensemble des chemins pris en compte par le schéma est exhaustif, bien qu'en pratique certains d'entre eux puissent se révéler négligeables, tels que par exemple les renvois effectués par le personnel paramédical vers l'hôpital.

Dans le texte présent, nous nous bornons à traiter le

<sup>1</sup> Médecin, Institut de médecine sociale et préventive (Dir. Prof. A. Delachaux), CHUV, 1011 Lausanne, et Service des statistiques sanitaires, Hallwylstrasse 15, 3000 Berne.

<sup>2</sup> Dr ès sciences économiques, Division des sciences sociales et économiques, Pierre-à-Mazel 7, 2000 Neuchâtel.

Ce travail entre dans le cadre du projet «Quantification et qualification des prestations de soins ambulatoires» du PNR 8 du Fonds national suisse de la recherche scientifique (Requête No. 4.356.0.79.08 – requérant responsable: Dr J. Martin).

problème des renvois («referrals»). Mais signalons que l'étude des reconvoctions, sujet dont on s'est relativement peu occupé jusqu'ici, peut se faire à l'aide des mêmes hypothèses explicatives, comme le montrent *Rutten et van der Gaag (1977)*.

Le concept de renvoi employé ici correspond au sens habituel. Il comprend à la fois les renvois «*stricto sensu*», c'est-à-dire «le transfert permanent, temporel ou partiel de responsabilité pour le traitement du patient» et «*les consultations (concilium)*, où la responsabilité demeure chez le renvoyant, car on désire simplement un conseil ou une analyse particulière» (*Morgan et al. 1979*). *Moscovice et al. (1979)*, pour un ensemble de médecins situés en milieu rural aux USA, trouvent que les concilium motivent environ 15% des renvois.

D'un autre point de vue on peut affirmer que la problématique des renvois peut se rapporter aux «déterminants» ou bien aux «modalités». Ces dernières, dont il ne sera pas question ici, concernent notamment la transmission d'informations entre le prestataire renvoyant et le receveur.

L'intérêt des recherches sur les déterminants des renvois naît de l'hypothèse que la décision de transférer un patient peut être affectée par des facteurs étrangers à la morbidité, tels que par exemple des considérations de revenu de la part du prestataire. Si l'intervention de ces facteurs se traduit par un accroissement des renvois, l'efficacité thérapeutique du système médical pourra se trouver amoindrie, surtout s'il y a lieu de croire aux avantages de la «continuité» du traitement<sup>3</sup>. Cette distorsion peut par ailleurs comporter des conséquences négatives sur le plan économique. Si à l'opposé les facteurs perturbateurs freinent les renvois, l'efficacité thérapeutique sera de toute évidence aussi diminuée.

La sensibilité à ces risques de distorsion s'est manifestée non seulement au niveau scientifique, mais aussi chez le public. A ce propos *Saunders (1978)* évoque une étude de *Price et al. (1971)*: Par une enquête d'opinion effectuée aux USA, ces auteurs montrent que, dans l'ordre d'importance de 87 qualités qu'on aimerait trouver chez le médecin, le fait de «transférer rapidement les patients à un autre prestataire lorsque c'est dans leur intérêt» figure déjà à la quatrième place<sup>4</sup>. Remarquons pour finir qu'en Suisse en particulier l'actualité du problème peut apparaître comme grande, car la forte augmentation du nombre de médecins qu'on attend pour les années à venir pourrait accroître le rôle joué par des considérations de revenu<sup>5</sup>.

## II. Données descriptives

On trouvera ci-dessous une compilation des résultats trouvés dans la littérature; cette revue se limite aux

<sup>3</sup> Sur la question de la continuité, voire par exemple *Shortell (1975)*.

<sup>4</sup> Après «jugement clinique», «connaissances médicales à jour» et «habileté dans l'examen du patient».

<sup>5</sup> Voir aussi la note méthodologique de *Paccaud et Pult* dans ce cahier.

études concernant les renvois entre médecins, dont la prise de données s'est effectuée auprès du prestataire. Malgré ce choix limitatif, tout commentaire sur les tableaux ci-dessous doit être fait avec prudence, à cause de l'importante diversité des méthodes et des objectifs.

Sauf exception explicite, les taux de renvoi (TR) sont exprimés en % (ou en ‰) du nombre total des consultations effectuées par le ou les praticiens. La date accompagnant le nom de l'auteur correspond à la date de publication de l'enquête (de façon à renvoyer à la bibliographie) et non pas à la date de la prise de donnée (seule exception: les enquêtes américaines du NAMCS).

L'enquête *Abelin* effectuée en 1977 rapporte un TR de 3% pour l'ensemble des médecins praticiens suisses (*Abelin 1979*). Ce taux est très proche de celui que rapporte le NAMCS (National Ambulatory Medical Care Survey) pour les Etats-Unis: il varie entre 2,9 et 3,6%<sup>6</sup>.

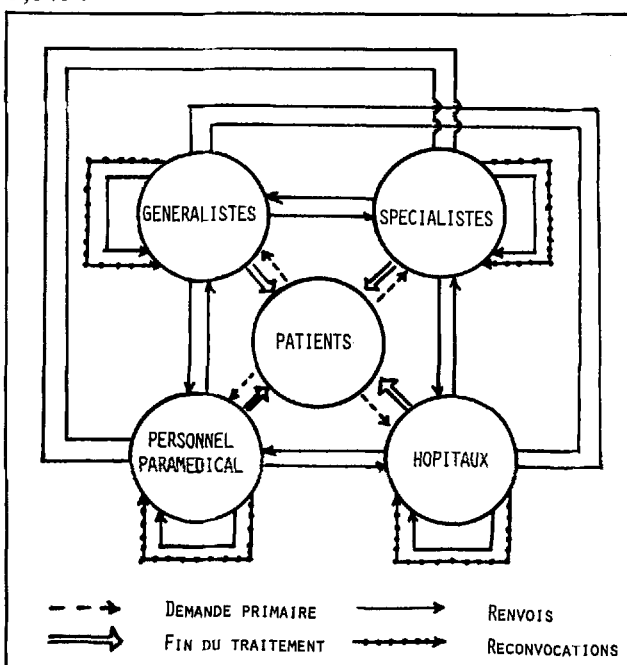


Fig. 1. Les flux des patients dans un système médical

Le tableau 1 présente les TR des généralistes (initiateurs) vers les spécialistes ambulatoires (destinataires). Là où le renseignement était disponible, on a également mentionné la dimension de l'étude (nombre de cabinets, nombre de consultations, etc.), ainsi que le domaine de pratique (rural, suburbain, urbain). La relative homogénéité des TR est remarquable (si l'on excepte les travaux de *Bertin* et *Morell* qui incluent largement des hospitalisations). Dans chacun des 5 pays, les renvois concernent moins de 10% de l'activité des généralistes; ces taux semblent varier d'une façon assez importante entre les généralistes placés dans des conditions apparemment semblables

<sup>6</sup> On trouvera les sources dans les publications régulières du DHEW, principalement les séries publiées par le «Vital and Health Statistics of the National Center for Health Statistics».

Tableau 1. Taux de renvoi des généralistes vers les spécialistes ambulatoires

Auteur	Pays	Nombre de cabinets étudiés	Nombre de consultations enregistrés	Durée de la prise de données	Taux de renvoi (en %)	Variation des taux entre cabinets	Remarque
Abelin, 1979	CH	119	5 091	2 sem.	3,2		éch. nat.
Pemberton, 1949 <sup>1</sup>	GB	8			2,4		
Taubenhaus, 1953 <sup>1</sup>	GB	1			3	–	rural
Hopkins, 1956	GB		28 042		2,4		
Wright, 1968 <sup>2</sup>	GB				3,2		rural
Williams, 1970 <sup>2</sup>	GB				3,5		rural
Morrell et al., 1971	GB	3			11,9 <sup>5</sup>		urbain
Metcalf, 1974	GB	1	13 883		1,3	–	urbain
Bertin, 1971	F	1	669	1 mois	10 <sup>6</sup>		
Levy et al., 1980	F	1922			4,5		rural
Riley et al., 1969	USA	143			4	3–5	rural+urb.
Penchansky et al., 1970	USA	6		10 jours	4,2 <sup>7</sup>	2,4–5,9	rural
Metcalf et al., 1974	USA	4	4 604	8 sem.	2,2	2,0–2,5	rural+urb.
NAMCS, 1975 <sup>6</sup>	USA	610	15 500	2 sem.	3,1		éch. nat.
Geyman et al., 1976 <sup>3</sup>	USA	8			2		rural+urb.
Ruane, 1979	USA	1	7 220	7 mois	1,5	–	
Morgan et al., 1979	USA				2,5		
Moscovice et al., 1979	USA	4	6 586	3 mois	2,4	1,8–3,2	rural
Greenhill et al., 1965 <sup>3</sup>	CAN	2			7	6,3–9,3	
Aynet, 1967 <sup>4</sup>	CAN	1			4	–	
Hines et al., 1978	CAN	3	35 531		5,3	4,3–5,9	urbain

<sup>1</sup> cité par Metcalf et al., 1974

<sup>4</sup> cité par Penchansky et al., 1970

<sup>6</sup> cité par Noren et al., 1980

<sup>2</sup> cité par Morrell et al., 1971

<sup>5</sup> y compris les hospitalisations

<sup>7</sup> calculé sur la base du nombre de visites

<sup>3</sup> cité par Saunders, 1979

Tableau 2. Renvois effectués par les généralistes: ventilation selon la spécialité destinataire

	Hopkins 1950		Scott et al. <sup>1</sup> 1966		Metcalf et al. 1974		Metcalf et al. 1974		Ruane 1979		Moscovice et al. 1979		Hines et al. 1979	
	GB		GB		GB		USA		USA		USA		CAN	
	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois	% des consultations	% des renvois
Chirurgie	12,3	41	31	5,2	39	10,2	46	5,7	43	11,1	45	14,9	28	
Gynéco.-obst.	2,1	7	6	1,6	12	2,4	11	0,7	5	1,2	5	5,8	11	
ORL	3,6	12	13	2,0	15	2,2	10	2,0	14	2,6	11	4,9	9	
Ophthalmologie	1,2	4	8	1,8	13	1,3	6	1,2	9	0,9	4	6,4	12	
Médecine int.	4,2	14	9	1,1	8	3,5	16	1,2	9	2,9	12	13,2	25	
Autres spécialités médicales	6,7	22	33	1,6	13	2,6	11	3,2	20	6,0	23	7,8	15	
Total	30,1	100	–	100	13,3	100	22,2	100	14,0	100	24,7	100	53,0	100
Nombre total des consult.	28 042		–		4604		7220		6586		35 531			
Nombre de renvois	843		–		178		102		104		161		1881	

<sup>1</sup> cité par Metcalf et al., 1974

(cf. les résultats de Penchansky et de Moscovice), et doivent rendre prudent dans la comparaison des taux moyens de renvoi qui concernent plusieurs praticiens. Le tableau 2 montre la ventilation des renvois initiée par les généralistes parmi 5 spécialités médicales, telle qu'elle apparaît dans 7 travaux. On a confondu cer-

taines sous-spécialités médicales et chirurgicales sous les rubriques générales correspondantes. Cette ventilation est d'abord exprimée en % du nombre total de consultations, puis en % du nombre total de renvois. L'examen des premières colonnes suggère que, si l'on veut enregistrer la ventilation des renvois selon la

spécialité destinataire, il faut disposer d'un nombre important de consultations (les renvois à l'ophtalmologie p.ex. n'apparaissent que 1 à 2 fois sur 100 consultations dans 6 études).

Les secondes colonnes montrent que les 5 spécialités mentionnées ici absorbent entre 75 et 90 % des renvois effectués par les généralistes, et la chirurgie est la spécialité largement la plus sollicitée (entre 30 et 50 % des renvois). Cette tendance est confirmée par les travaux de Geyman (cité par Saunders, 1979).

On retrouve ici une relative homogénéité de la ventilation des renvois entre ces 3 pays; ce tableau fait ultérieurement remarquer que la répartition des renvois semble indépendante du taux global de renvois ou, en d'autres termes, que la structure de la demande en consultation spécialisée est indépendante du volume des renvois.

Ainsi la littérature rapporte, pour les généralistes de différents pays, un TR et une ventilation des renvois qui est remarquablement similaire; ce fait est surprenant si l'on considère les différences notables entre un système sanitaire britannique (où le généraliste est un passage obligatoire pour une consultation de spécialiste) et nord-américain par exemple. Certains (Saunders 1979) y voient la remarquable résistance de la profession médicale à toute forme d'organisation sanitaire; à vrai dire, bien d'autres hypothèses peuvent être avancées, dont certaines sont suggérées sous III ci-dessous. Leur évaluation nécessiterait la mise en œuvre d'études internationales soigneusement conduites.

Tableau 3. Nombre de consultations par semaine et taux de renvoi de 15 spécialités en Suisse (Abelin, 1979)

	Nombre de cabinets étudiés	Nombre de consultations enregistrées	Nombre de consultations par semaine <sup>1</sup>	Taux de renvoi <sup>1</sup> (en % des consultations)
Généraliste FMH	59	2831	168	3,4
Généraliste (sans FMH)	60	2260	132	2,9
Ensemble des généralistes	119	5091		3,2
Interniste	60	2017	118	3,5
Pédiatre	30	1318	153	2,8
Gynécologue	30	1013	118	2,3
Dermatologue	18	931	181	2,3
ORL	17	700	144	4,1
Chirurgien	28	671	84	2,7
Ophtalmologue	18	668	130	1,8
Psychiatre	28	363	49	1,4
Psychiatre p. enfants	6	53	31	0,0
Neurologue	6	121	71	3,3
Orthopédiste	6	190	111	2,1
Physiatre	6	138	81	2,2
Urologue	6	196	114	3,1
Total	378	13460	126	3,0

<sup>1</sup> Ces chiffres sont corrigés pour le biais de représentation de l'échantillon

C'est Abelin (1979) qui a fourni les données les plus complètes sur les TR des spécialistes vers d'autres praticiens ambulatoires lors de son enquête menée en Suisse; le tableau 3 résume ces résultats. On trouvera certains points de comparaison dans les enquêtes de MAMCS, ainsi que dans Penschansky et al. (1970), Morgan et al. (1979) et Shortell et al. (1975).

### III. Les déterminants

Dans la présentation qui va suivre, nous analysons les principales hypothèses explicatives figurant dans la littérature, proposées pour expliquer les taux de renvoi (TR). Il s'agira principalement des taux de renvoi des généralistes vers les spécialistes et les taux de renvoi globaux (comprenant aussi les renvois effectués par les spécialistes). C'est par ailleurs de la relation généraliste-spécialiste dont s'occupent surtout les recherches consultées.

Ces hypothèses explicatives peuvent être groupées en trois catégories, à savoir les caractéristiques du patient, du prestataire et du contexte médical.

#### 1. Caractéristiques du patient

##### 1.1 La morbidité

Morrell et al. (1971) trouvent des TR selon le diagnostic qui varient de 0,12 % pour les problèmes de prophylaxie jusqu'à 17,4 % pour les cas de grossesse. Rutten et van der Gaag (1977), au Pays-Bas et sur la base d'observations effectuées chez trois généralistes, constatent qu'un accroissement de la part des visites concernant des affections psycho-sociales fait diminuer le nombre de renvois. Cela est confirmé par Morrell, qui pour ce genre de symptômes observe un TR de 1,1 %, nettement inférieur à la moyenne, qui est de 2,1 %. En outre Rutten peut vérifier que, conformément à l'attente, la présence de troubles graves provoque un accroissement du TR.

On peut remarquer que la relation directe, à l'évidence fondamentale, entre la morbidité et le TR n'a été considérée que rarement. La difficulté de classement des diagnostics – en particulier lorsqu'il s'agit d'apprécier le degré de gravité des symptômes – peut en constituer une explication. Les différents auteurs consultés donnent par contre une place relativement importante aux facteurs démographiques et socio-économiques qui sont susceptibles d'influencer la morbidité.

##### 1.2 Facteurs démographiques et socio-économiques

*L'âge.* – L'effet propre à cette variable n'apparaît pas clairement. Les analyses de régression de Rutten et de Shortell et al. (1975) montrent qu'un accroissement de la proportion de patients âgées de plus de 65 ans comporte une augmentation du TR global, conformément à l'hypothèse que dans cette classe d'âge, la pathologie est généralement plus grave. A l'opposé Penschansky et Fox (1970), pour la même classe d'âge, trouvent un TR relativement bas, ce qu'ils expliquent par l'importance des cas chroniques chez les personnes âgées. Mais il est de toute façon difficile de comparer

ces deux études à cause des différences méthodologiques et de taille des échantillons employés dans chacune d'elles. Les études de *Morrell* et de *Hines* (1978), mettent en lumière la différence du rôle de l'âge selon le sexe, le TR des hommes âgés étant plus élevé que celui des femmes.

*Le sexe.* – L'impact de ce facteur a été étudié notamment par *Rutten*, *Shortell*, *Morrell* et *Penchansky*, mais sans que des résultats significatifs émergent. Le TR particulièrement élevé pour les cas de grossesse (cf. supra) semble ainsi compensé par le fait que les hommes présentent «une plus grande sensibilité que les femmes face à certaines classes de maladie et que, en bas âge, ils constituent le sexe faible» (*Penchansky*).

*L'état civil.* – Cette variable a été testée par *Penchansky*, l'idée étant que les patients divorcés, séparés ou veufs sont soumis à des tensions psychiques particulièrement fortes. En retenant ce que nous avons déjà signalé chez *Morrell*, l'accroissement de la proportion de ces patients devrait impliquer une réduction du TR. Chez les généralistes le résultat n'est pas significatif. Il l'est par contre, et dans le sens attendu, chez les internistes, du moins pour ceux dont la clientèle est surtout constituée par des «cols bleus».

*La localisation géographique.* – En comparant les TR globaux relatifs aux différentes régions des Pays-Bas, *Rutten*, pour évaluer l'impact de la distance entre patient et spécialiste, recourt à un indice de densité de la population (en moyenne cette distance devrait être moins grande là où la densité est plus élevée). L'hypothèse d'une corrélation positive est confirmée. Dans la même perspective *Riley* et al. (1969), trouvent un TR de 3% à la campagne, contre 5% à la ville.

*La situation socio-économique.* – Il s'agit d'un facteur qui comporte plusieurs dimensions. *Rutten* retient deux critères: la profession du chef de famille et le mode d'habitation (appartement vs. maison familiale). Le résultat est ambigu: tandis qu'une corrélation positive existe entre le TR et le niveau occupé dans la pyramide professionnelle, le TR est plus élevé pour les patients vivant dans des appartements.

Les études américaines prennent souvent en compte la race. *Shortell* et al. (1975) ne trouvent pas d'impact statistiquement significatif. *Penchansky* arrive à la même conclusion pour ce qui concerne les généralistes. Par contre chez les internistes urbains, il remarque que le TR des blancs est nettement plus élevé que pour les noirs. Aucune explication n'est proposée.

### 1.3 La capacité de paiement

*Shortell* et al. (1975) évalue ce facteur en considérant le revenu et le fait d'être ou non au bénéfice d'une assurance-maladie. Comme indicateur de la première variable, il retient la part des patients dont les gains dépassent un seuil relativement élevé, mais sans qu'au-

cun résultat significatif n'apparaisse, sinon auprès des gynécologues. Chez les personnes qui bénéficient d'une assurance, il constate que le TR est plus élevé. Cela tend à confirmer l'hypothèse que «le médecin est mieux à même de transférer un patient lorsqu'il ne doit pas considérer des contraintes financières concernant le traitement». Sur ce point, *Rutten* aboutit à la même conclusion.

### 1.4 Le mode d'assurance

Au Pays-Bas, il existe, en fonction du revenu, deux modes d'assurance, dits «légal» et «privé»: dans le premier mode, le montant des honoraires reçu par le généraliste est indépendant du nombre de visites (ce qui n'est pas la cas du mode privé). *Rutten* constate que le TR des patients bénéficiant du mode légal est plus élevé que celui des patients traités en privé. Cela s'expliquerait par le fait que «pour le généraliste il est avantageux de transférer à un spécialiste le patient assuré selon le mode légal et d'occuper le temps ainsi gagné pour traiter un patient assuré selon l'autre mode».

### 1.5 L'attitude face au renvoi

*Metcalf* (1974) relate que certains renvois à des spécialistes n'ont d'autre justification que de répondre au souhait du patient. Chez les prestataires observés par *Moscovice* ce nombre de cas s'élève à environ 10% du total des renvois.

## 2. Caractéristiques du prestataire

### 2.1 La structure des préférences

*Rutten* remarque que la décision du renvoi découle d'un choix que le médecin opère entre trois objectifs: la qualité du travail, les loisirs et un revenu supplémentaire. *Shortell* et *Anderson* (1971) décrivent la décision de renvoi en termes d'avantages et de désavantages; la décision prise par le prestataire doit intégrer ces deux aspects. Parmi les désavantages figurent le fait de devoir montrer au patient les limites de son propre savoir, le risque de perdre ce client, de soumettre le patient à un traitement inadéquat de la part de l'autre prestataire ou encore de s'exposer aux critiques du confrère. Parmi les avantages, il peut y avoir la satisfaction du traitement approprié reçu par le patient et l'espoir que le confrère lui adresse plus facilement ses patients.

*Shortell* et *Anderson* prennent en compte des éléments qui échappent généralement à la littérature, notamment aux travaux de *Rutten*. Ces éléments ont trait à l'image que le médecin se fait de lui-même, et à celle qu'il veut faire valoir auprès de ses patients et de ses confrères. Cet aspect du problème ne doit pas être sous-estimé.

Signalons aussi, dans un domaine connexe, l'étude de *Morgan* qui rapporte un décalage entre les déclarations d'intention et le comportement effectif des prestataires en matière de renvoi. Pour des situations médicales comparables, les TR réellement effectués par les praticiens sont notablement inférieurs à ceux

qu'ils annoncent dans une enquête d'opinion. Cela laisse penser qu'au cours du processus de décision, la «confiance en soi» du médecin tend à augmenter.

### 2.2 Le volume de la demande

Logiquement, on doit s'attendre à ce qu'une partie des renvois soit expliquée par l'excès du volume de la demande de soins par rapport à la capacité de travail. Comme indicateur du volume de la demande, *Shortell* et al. (1975) prennent le niveau des honoraires (on suppose qu'un niveau relativement élevé est lié à une demande particulièrement forte) et la durée moyenne d'attente du patient. Un résultat significatif et dans le sens attendu n'est obtenu que pour la première variable (honoraires élevés).

### 2.3 La qualification du prestataire

La qualité de la formation reçue et l'expérience du praticien augmentent l'aptitude du médecin à traiter adéquatement des cas complexes. Mais les recherches montrent que les médecins jeunes et sortant d'une université peu prestigieuse, n'ont pas un TR particulièrement élevé. Au contraire, *Shortell* et al. (1975) trouve que, chez les praticiens ayant étudié dans des universités non anglophones ou non européennes, le TR est relativement faible. Cela peut s'expliquer par le fait que «les médecins ayant un statut relativement bas sont plus sensibles que les autres à la perte de patients et de revenus que le renvoi peut impliquer». En ce qui concerne l'âge du praticien, le même auteur trouve des TR particulièrement faibles chez les jeunes praticiens, ce qu'il explique par la nécessité pour eux d'établir une clientèle. A l'opposé, et toujours selon *Shortell* et al. (1975), les médecins ayant une très longue expérience ont un TR relativement élevé; cela pourrait correspondre à la possibilité de réserver une part importante de leur temps pour des loisirs. Ce facteur contrecarre ainsi un autre effet mentionné par *Walton* et vérifié par *Morrell*, selon lesquels les médecins âgés effectueraient moins de renvois dans un but diagnostique, car ces praticiens «sont plus tolérants que leurs cadets à l'égard de l'incertitude du diagnostic».

En général, on constate donc que l'impact effectif de la qualification est difficilement évaluable, à cause de l'interférence d'éléments relevant de la structure des préférences; ces éléments sont délicats à isoler et, surtout, à quantifier.

### 2.4 La dimension du cabinet

Le nombre de collaborateurs dépendants (infirmières, techniciens, etc.) occupés dans le cabinet médical a été considéré par *Shortell* et al. (1975), sans que des corrélations significatives avec le TR apparaissent. Par contre le même auteur trouve que le genre de pratique joue un rôle notable: le TR est nettement plus élevé chez les praticiens travaillant dans un cabinet de groupe (de six membres au moins). Cela semble confirmer que ce genre de pratique, favorise la communication entre les praticiens et encourage les décisions de renvoi.

### 3. Le contexte médical et institutionnel

Les variables relatives à ce contexte, dans la mesure où elles sont directement observables chez les individus, ont déjà été énumérées. Il en est ainsi en particulier du mode d'assurance et du genre de pratique. Quant aux différences internationales concernant le rôle du généraliste, elles ont été signalées plus haut (cf. section II ci-dessous). Il nous reste à évoquer l'effet du volume et de la structure de l'offre de soins. A ce propos *Shortell* et al. (1975) et *Rutten* (sur la base d'un échantillon national) trouvent que, lorsque le nombre de généralistes diminue par rapport au nombre de spécialistes, le TR augmente de manière significative. *Shortell* confirme ainsi l'hypothèse que «la rareté des spécialistes entrave le processus de renvoi». *Rutten*, analysant la situation aux Pays-Bas<sup>7</sup>, peut conclure qu'une réduction du nombre de généralistes par habitant correspond à un accroissement de la demande de soins à laquelle ils sont confrontés. C'est l'impossibilité de faire face à cet accroissement qui augmenterait le nombre de renvois. Ce phénomène, étranger à la morbidité du patient et qui reflète, par ailleurs, la capacité du généraliste de se substituer au spécialiste, peut donner lieu à des conséquences économiques négatives, dans la mesure où l'honoraire des spécialistes est plus élevé.

### IV. Conclusions

En généralisant ce que *Shortell* et al. (1975) soulignent à propos de leur étude – qui est pourtant la plus complète effectuée à ce jour – il y a lieu d'affirmer que jusqu'ici, l'analyse des déterminants du TR n'a eu qu'un caractère exploratoire. Dans ces conditions, il ne semble pas qu'elle puisse déjà constituer une base solide pour justifier des mesures pratiques. Il apparaît toutefois nettement que la décision de renvoi est influencée aussi et de manière importante par des facteurs externes à une stricte rationalité médicale. Et cela constitue une incitation majeure à la poursuite des études dans ce domaine.

### Bibliographie

- Abelin, Th.*, Schweizerische Erhebung über die ambulante ärztliche Praxis. Doc. non publié.
- Bertin, M.*, Enquête sur un mois de pratique médicale. In: Pequinot, H. Etudes statistiques de la pratique en médecine générale. Cah. sociol. démogr. méd., 9 (1), 1971: 44-47.
- Feldstein, M. S.*, Econometric studies of health economics. In: Intrilligator, M. D. Ed. Frontiers of quantitative economics. Vol. 2. Amsterdam: North Holland, 1974.
- Hines, R. M.*, The consultation process and physician satisfaction: review of referral pattern in 3 urban family practice units. Can. med. Assoc. J., 118 (9), 1978: 1065-1066, 1071-1073.
- Hopkins, P.*, Referrals in general practice. Brit. med. J., 1956, 2: 873.
- Levy, D.*, L'exercice médical en milieu rural. Cah. sociol. démogr. méd., 20 (2), 1980.
- Metcalfe, D. H. H.*, Patterns of referral from family practice. J. fam. pract., 1 (2), 1974: 34-38.

<sup>7</sup> Les patients, sauf en cas d'urgence, doivent s'adresser obligatoirement aux généralistes.

- Morgan, S., Referral patterns of family physicians and surgeons in a nonmetropolitan area of Illinois. *J. fam. pract.*, 8(3), 1979: 587–593.
- Morrell, D. C., Referral to hospital by general practitioners. *J. R. Coll. gen. pract.*, 21, 1971: 77–85.
- Moscovice, I., Referral patterns of family physicians in an underserved rural area. *J. fam. pract.*, 9(4), 1979: 677–682.
- Noren, J., Ambulatory medical care: a comparison of internists and family-general practitioners. *New Eng. J. med.*, 302, 1980: 11–16.
- Penchansky, R., Frequency of referral and patient characteristics in group practice. *Med. care*, 8, 1970: 368–385.
- Price, P. B., Attributes of a good practising physician. *J. med. educ.*, 46, 1971: 230.
- Riley, G. J., A study of family medicine in upstate New York. *J. Am. med. Assoc.*, 208, 1969: 2307.
- Ruane, T. J., Consultation and referral in a Vermont family practice: a study of utilization, speciality distribution and outcome. *J. fam. pract.*, 8(5), 1979: 1037–1040.
- Rutten, F. F., Referrals and demand for specialist care in the Netherlands. *Health serv. res.*, 12(3), 1977: 233–249.
- Saunders, T. C., Consultation-referrals among physicians: practice and process. *J. fam. pract.*, 6(1), 1978: 123–128.
- Shortell, S. M. et al. The physician referrals process: a theoretical perspective. *Health serv. res.*, 6, 1971: 39.
- Shortell, S. M., Continuity in medical care: conceptualization and measurement. *Med. care*, 14, 1975: 377–391.
- Shortell, S. M. et al. Patient referral differences among specialities. *Health serv. res.*, 10, 1975: 146.

#### Zusammenfassung

##### Analyse der Überweisungen zwischen praktischen Ärzten: Übersicht über die Literatur

In der Literatur finden sich nur wenige Untersuchungen zum Problem der Überweisungen. Die Untersuchungsmethoden sind zu verschieden und gestatten so kaum sinnvolle Vergleiche. So ergeben

sich aus dem Literaturstudium mehr Fragen als Antworten in bezug auf den Ablauf von Überweisungen. Ein Grund dafür mag in der Vielfalt der Faktoren liegen, welche die Entscheidung beeinflussen, einen Patienten an einen Kollegen zu überweisen, besonders in den komplexen Wechselwirkungen von Charakteristiken der Patienten, des Arztes und des medizinischen Versorgungssystems.

#### Résumé

##### Analyse des taux de renvoi entre médecins praticiens: une revue de la littérature

Les auteurs discutent les résultats de la littérature internationale concernant les renvois entre les médecins pratiquant dans le secteur ambulatoire. Il y a encore peu d'études de ce problème, et les méthodes employées sont souvent trop différentes pour faire des comparaisons valables. Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus posent plus de questions qu'ils n'apportent de réponse sur les processus de renvois. Ceci peut être expliqué par la multidimensionalité des facteurs agissant sur la décision d'adresser un patient à un autre praticien, en particulier par l'interaction complexe des caractéristiques du patient, du praticien et du système sanitaire lui-même.

#### Summary

##### Analysis of the referral rates among physicians: a review of the literature

The authors are discussing the results of the international literature with regards to referrals between ambulatory physicians. There are still few studies on this problem and the methodologies used are often too different to make valid comparisons. However, the earned results suggest more questions than they give answers to the determinants of the referral process. This can be explained by the multidimensionality of factors which are involved in the decision to refer a patient to another practitioner, particularly by the complex interaction between the characteristics of each patient, practitioner and the sanitary system itself.