

Mémoire n° 117

Novembre 2007

**ENJEUX DE L'INTRODUCTION
DU PARCOURS DE SOINS
COORDONNE EN FRANCE PAR LA
LOI DU 13 AOUT 2004**

Cédric Mabire

*Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du DESS
en économie et management de la santé - Master
in Health Economics and Management (MHEM)*

INSTITUT D'ÉCONOMIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ
UNIVERSITÉ DE LAUSANNE

ENJEUX DE L'INTRODUCTION DU PARCOURS DE SOINS COORDONNE EN FRANCE PAR LA LOI DU 13 AOUT 2004

CEDRIC MABIRE

Mémoire de DESS
en économie et management de la santé

Directeur du mémoire :
Prof Pierre-Yves Geoffard

Expert :
Prof Yves Eggli

15 NOVEMBRE 2007

REMERCIEMENTS

A Pierre-Yves Geoffard, qui a dirigé ce travail de mémoire.

A Sophie Béjean, Béatrice Desquins, Bénédicte Boisguérin, Denis Raynaud, Benoit Tudoux, pour leurs informations précieuses et le temps qu'ils m'ont accordé.

A mon amie pour sa patience et surtout pour ses encouragements.

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	4
1.1 REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : MESURES POUR LES SOINS DE VILLE.....	6
1.1.1 <i>Contexte de la réforme</i>	7
1.1.2 <i>Réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004</i>	8
1.1.3 <i>Nouvelles incitations financières</i>	9
1.2 MEDECIN TRAITANT ET MEDECIN REFERENT	12
1.3 LES EFFETS POTENTIELS DU DISPOSITIF	13
2. METHODE	16
2.1 ENQUETE SANTE INSEE 2002-2003.....	16
2.2 TRAITEMENT DES DONNEES	19
3. RESULTATS	20
3.1 ESTIMATION SUR L'ENSEMBLE DES RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES.....	21
3.2 ESTIMATION SUR L'ENSEMBLE DES PREMIERS RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES	22
4. DISCUSSION	24
5. ANNEXES	27
6. BIBLIOGRAPHIE	30

1. INTRODUCTION

Le système de santé français essaie de concilier les principes du libéralisme et ceux de la solidarité à travers un système de financement socialisé. C'est un système mixte, hybride, empruntant des éléments à différents modèles d'organisation. C'est un intermédiaire entre des systèmes beveridgien et bismarckien, avec un régime d'assurance maladie fortement encadré par l'Etat qui évolue de plus en plus vers un système fiscalisé.

En effet, l'adoption d'un principe de médecin traitant – et donc de *gate-keeper* – en France constitue sans doute l'un des signes, comme précédemment la mise en place de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la couverture maladie universelle (CMU), de l'évolution du système de santé vers un modèle de fourniture de soins et d'assurance maladie plus fiscalisé, d'inspiration beveridgienne et qui prévaut actuellement en Europe. Cela se traduit par une organisation davantage intégrée de l'offre des médecins – offre primaire (ou de premier recours), offre secondaire – tout en conservant en France la logique d'une médecine libérale.

Le financement du système de santé est assuré pour sa plus grande part par la Sécurité sociale, organisme « privé » créé en 1945, mais en réalité quasi-public puisque encadré par le ministère de la Santé. Participent également au financement des assurances complémentaires (assurances privées, mutuelles, institutions de prévoyance), l'Etat et les ménages.

L'adhésion au système d'assurance est soumise à des conditions de montant de contribution et d'heures de travail effectuées. Elle couvre la quasi-totalité de la population française (99%). L'assurance maladie constitue une des branches de la Sécurité sociale qui en comporte quatre : maladie, famille, vieillesse et accident du travail qui du point de vue financier ne sont pas cloisonnées.

En 2006¹, parmi les 207 277 médecins pratiquant en France, 58,7 % ont une activité libérale. Parmi ceux-ci on distingue 49,7 % de médecins généralistes.

La rémunération des praticiens libéraux est fondée sur le paiement à l'acte. Les médecins ont la possibilité soit d'adhérer à une convention passée entre les représentants syndicaux de la profession et l'assurance maladie qui fixe le montant du paiement à l'acte (médecins conventionnés), soit de fixer librement le montant de leurs honoraires (médecins non-conventionnés). Les médecins conventionnés peuvent pratiquer dans le cadre de deux secteurs différents :

- Le **secteur 1** impose la pratique du montant de l'acte fixé par la convention. Tous les patients bénéficient d'un même tarif et d'un taux de remboursement de l'ordre de 70 %. En échange, les

cotisations sociales personnelles du médecin sont prises en partie en charge par la Sécurité sociale ;

- Le **secteur 2** permet un dépassement d'honoraires avec « tact et modération » pour une partie de leur clientèle. Les patients sont alors remboursés sur le montant du tarif du secteur 1, le dépassement d'honoraire étant à leur charge. En contrepartie, le médecin devra participer pour une plus grande part à ses propres cotisations sociales.

Les médecins ont le libre choix de leur lieu d'installation et sont libres de leurs prescriptions.

La médecine de ville connaît aujourd'hui tant du point de vue de son organisation que de ses relations avec l'assurance maladie et de la demande de soins une évolution sans précédent même si la plupart des principes « historiques de la médecine libérale » avaient déjà commencé à être remis en cause progressivement.

Les principes présidant à la pratique libérale de la médecine en France avaient été posés en novembre 1927 par la « charte de la médecine libérale ». Ils portent sur les conditions de l'activité des médecins libéraux : *le paiement de l'acte médical par le patient, la libre entente du prix entre le médecin et son patient et la liberté totale des prescriptions*. Ils précisent également la relation entre le patient et le médecin en soulignant le *respect absolu du secret médical*, et les modalités d'accès aux soins des médecins libéraux, avec le principe du *libre choix du médecin par le patient*.

Mais le développement de l'assurance maladie publique et de la socialisation des dépenses a conduit à remettre rapidement en cause la liberté de fixation des prix dans le cas général (secteur 1) : il s'agit aujourd'hui de « prix administré ». Deux principes de la « charte de la médecine libérale » échappent toutefois à cette remise en cause : *le paiement de l'acte médical par le patient et la liberté d'installation des médecins*. On observe ainsi une situation singulière où l'organisation des soins ambulatoires de médecins connaît des changements importants – dont le plus emblématique est certainement l'adoption d'un *gate-keeper* – tandis que perdure le maintien quasi exclusif du paiement à l'acte et de la liberté d'installation des médecins.

Si les pré requis de la réforme 2004 ont été posés en voulant respecter ce qui reste de la « charte de la médecine libérale », il est curieux que le gouvernement n'ait pas cherché à introduire un paiement mixte de la consultation. En effet, l'un des objectifs du dispositif du médecin traitant, destiné à rationaliser le parcours du patient dans le système de soins, est de mieux contrôler les coûts de traitement des patients. Or, les nombreux travaux menés en économie de la santé ont permis de montrer que ces coûts sont largement endogènes dans le sens où leur niveau est pour une large part déterminé par les modes de rémunération des offreurs de soins². Ce constat vaut particulièrement pour le médecin prescripteur qui est en question dans le paiement à l'acte, puisque la concurrence locale peut l'amener à développer des « comportements de fidélisation » se traduisant par une augmentation des prescriptions ou des arrêts de travail³. Bien qu'en

comparaison, le salariat et la capitation puissent assurer davantage de neutralité, ils n'en comportent pas moins des inconvénients en termes de qualité des soins et de diffusion de l'innovation.

La prise en compte des nouvelles tâches du médecin traitant et la nécessité de contrôler les coûts de traitement du patient militent pour un mode de rémunération mixte devenu par ailleurs le modèle dominant européen. Il permet de concilier des objectifs souvent conflictuels que sont la recherche de l'efficacité et la satisfaction de la demande de soins. S'il est encore bien prématuré d'évaluer les avantages du dispositif du médecin traitant, on peut encore plus s'interroger sur sa pertinence dans un contexte où, d'une part, les médecins libéraux continuent à être payés à l'acte et d'autre part, les médecins traitants peuvent construire des relations privilégiées avec certains spécialistes intervenants en second recours. En d'autres termes, quelles stratégies pourraient être élaborées à la suite de l'introduction d'un principe de filière de soins dans un contexte de médecine libérale ? A l'heure actuelle, peu de travaux, permettent d'apporter des éléments de réponse à cette question, au moins d'un point de vue théorique, même si les premières analyses de la CNAMTS montrent qu'à ce jour l'instauration du médecin traitant a eu peu d'impact sur l'activité en médecine de ville.

Aujourd'hui, la loi n°2004-810 du 13 août 2004⁴ relative à l'assurance maladie réorganise le dispositif de gouvernance de l'assurance maladie⁵. Elle met en place des recettes supplémentaires à hauteur de 4,2 Md€ et des diminutions de remboursements à hauteur de 1 Md€ (1€ par acte, hausse du forfait journalier). Elle englobe des réformes de l'organisation du système de soins ; les deux initiatives les plus notables en ce domaine sont d'une part la mise en place d'un dossier médical personnel et d'autre part la définition d'un « **parcours de soins coordonné** » articulé autour du « **médecin traitant** ».

C'est à l'analyse de cette dernière mesure que nous nous attacherons. Nous présenterons succinctement le nouveau dispositif, essayerons d'évaluer ses effets potentiels, en détaillant les incitations financières qui l'accompagnent. Ensuite, nous étudierons comment cette nouvelle organisation de la médecine de ville vient s'articuler avec l'organisation déjà existante du système de soins ambulatoires.

1.1 REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE : MESURES POUR LES SOINS DE VILLE

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 s'inscrit dans un contexte politique particulier. En effet, la vie conventionnelle entre les syndicats de médecins et les politiques est marquée par un antécédent de taille que sont les « ordonnances Juppé ». Il convient de rappeler ce contexte politique pour comprendre les impératifs préalables qui ont orienté la réforme. Nous pourrions ensuite voir le détail du dispositif « parcours de soins coordonné » mis en place et les incitations

financières qui accompagnent cette nouvelle organisation du système de soins ambulatoire.

1.1.1 Contexte de la réforme

Parmi les nombreuses dispositions que comporte la réforme de l'assurance maladie la création du médecin traitant (articles 7 à 10) a été présentée comme une mesure phare : en moins d'un an, cette mesure devait en effet conduire à inscrire dans une organisation nouvelle des soins médicaux – le parcours de soins coordonné - l'ensemble des assurés de plus de 16 ans (soit 50 millions de bénéficiaires) et la totalité des médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés, exerçant en ville et/ou en établissement.

Le principe en est simple : tout assuré désigne un médecin traitant et le consulte avant de recourir à un autre médecin prescrit par le médecin traitant.

La conception de la réforme 2004 a été orientée par un pré requis politique : effacer les effets de la réforme mise en œuvre par les ordonnances « Juppé » de 1996, réconcilier les médecins libéraux avec les pouvoirs publics et l'assurance maladie, remettre sur les rails la vie conventionnelle.

Ce choix initial explique trois caractéristiques essentielles du dispositif médecin traitant / parcours de soins coordonné :

- Il doit préserver les fondements de la médecine libérale que sont notamment le libre choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte ;
- La définition de ses modalités d'application est déléguée aux partenaires conventionnels, sur la base des principes fixés par le législateur^a ;
- Ses novations structurelles doivent s'inscrire progressivement dans la continuité des pratiques antérieures.

Dans ces conditions, la difficulté de l'exercice est extrême : il s'agit de pallier les principaux défauts dus à l'inorganisation des soins médicaux, sans pour autant créer une rupture jugée politiquement insoutenable.

Les signataires considèrent que la liberté de choix du patient doit être préservée. Le parcours de soins coordonné est une option proposée à tout patient. Le libre choix du médecin traitant prévaut comme la possibilité d'en changer à tout moment. Le libre choix existe également pour le ou les spécialistes amenés, le cas échéant, à intervenir dans le parcours de soins coordonné. Le patient peut consulter un médecin qui n'est pas son médecin traitant, ou vers lequel son médecin traitant ne l'a pas orienté, en dehors de tout parcours de soins coordonné. Ainsi, l'Etat s'engage à préserver une médecine libérale et à ne pas promouvoir une médecine de caisse.

^a L'article 8 de la loi étend à cette fin le champ de compétences des partenaires conventionnels défini dans l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

1.1.2 Réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004

Les objectifs affichés du parcours de soins coordonné sont d'améliorer le suivi médical des patients grâce à une plus grande coordination des soins, de réduire les examens et consultations inutiles, redondants ou mal ciblés.

Le dispositif « médecin traitant » résulte des dispositions conjuguées de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et de la convention conclue le 12 janvier 2005 et agréée le 3 février entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et trois syndicats médicaux (CSMF, SML et Alliance).

Après une mise en place progressive au cours de l'année 2005, le dispositif du parcours de soins coordonné par le médecin traitant est pleinement opérationnel depuis le 1er janvier 2006.

Dans ce parcours de soins coordonné, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui le conseillera selon sa situation et l'orientera, en tant que de besoin et avec son accord vers un autre praticien : le **médecin correspondant**, qu'il choisit librement. Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains des actes qu'ils effectuent, des médecins relevant de certaines spécialités dites à **accès spécifique**. Sont concernés certains actes en gynécologie et ophtalmologie, l'accès aux psychiatres, neuropsychiatres et neurologues.

Par ailleurs, les cas de consultations en urgence ou lorsque l'assuré est en déplacement, c'est-à-dire éloigné de sa résidence habituelle, sont considérés comme spécifiques, et ne font pas l'objet d'une baisse de remboursement. De même, lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré.

Le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins. Il doit répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous. Un conciliateur de la caisse d'affiliation du médecin peut être saisi par le patient qui estime que les délais d'obtention de rendez-vous ne correspondent pas aux critères ci-dessus.

Le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Dans le cas de soins itératifs, le médecin correspondant peut appliquer une majoration de coordination de deux euros.

Lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonné, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements. Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte clinique et technique effectué, arrondi à l'euro supérieur, sur la

base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonné.

1.1.3 Nouvelles incitations financières

L'assurance maladie a opté pour un système de pénalisations financières pour les assurés qui ne suivraient pas les disciplines du parcours de soins coordonné. Dans ce cas, les remboursements par les régimes de base subiraient un abattement. Pour éviter que la prise en charge de cet abattement par les régimes complémentaires « neutralise » l'effet structurant recherché, le régime des contrats responsables conduit de fait à ce que l'abattement reste bien à la charge directe des ménages.

Depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation forfaitaire de 1 € est déduite du montant des remboursements pour chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, mais aussi pour un examen radiologique et une analyse de biologie médicale. Cette participation forfaitaire ne concerne pas les personnes de moins de 16 ans, les femmes enceintes de plus de six mois et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat (AME). En outre, elle est limitée à 50 euros par an et par personne.

- Tarification dans le cadre du parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins, le taux de remboursement appliqué par l'assurance maladie est de 70% du tarif conventionnel de la consultation médicale. Le médecin généraliste ou spécialiste correspondant de secteur 1 applique une majoration de coordination généraliste (MCG) ou spécialiste (MCS). Cette majoration a été revalorisée de 1 € au 1^{er} avril 2006 et passe ainsi à 3 €. Elle est intégrée à la base de remboursement des régimes de base.

Le médecin correspondant qui intervient en coordination avec le médecin traitant pour un avis ponctuel facture sa consultation 40 € (C2). Une consultation pour avis ponctuel n'est possible qu'une fois tous les six mois.

- Les pénalisations hors parcours de soins

En application du décret du 3 novembre 2005, le ticket modérateur dû par l'assuré est majoré en dehors du parcours de soins coordonné ou en l'absence de désignation du médecin traitant. En 2006, la majoration est fixée à 10 % du tarif servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie obligatoire (tarif de convention en ville), dans la limite de 2,50 € par acte en ville.

TABLEAU I - TARIFS EN EUROS DES CONSULTATIONS DES MEDECINS POUR LES PATIENTS DE PLUS DE 16 ANS (TARIFS APPLICABLES AU 2 SEPTEMBRE 2007)

Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé	Reste à charge au patient*
Dans le parcours de soins coordonnés					
<i>Généraliste</i> (secteur 1)	22 €	22 €	70 %	14,40 €	7,60 €
<i>Spécialiste</i> (secteur 1)	25 €	25 €	70 %	16,50 €	8,5 €
Médecins correspondant					
<i>Généraliste</i> (secteur 1 avec option de coordination)	25 €	25 €	70 %	16,5 €	8,5 €
<i>Spécialiste</i> (secteur 1 avec option de coordination)	28 €	28 €	70 %	18,6 €	9,4 €
Hors du parcours de soins coordonnés					
<i>Généraliste</i> (secteur 1)	22 €	22 €	50 %	10 €	12 €
<i>Spécialiste</i> (secteur 1)	33 € ^{maximum}	25 €	50 %	11,5 €	13,5 €

* Les montants remboursés indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro retenue sur chaque consultation ou acte réalisé par un médecin, sauf pour les personnes de moins de 18 ans, les femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse jusqu'à douze jours après l'accouchement, les bénéficiaires de la C.M.U. complémentaire ou de l'Aide médicale de l'État.

Si l'assuré a recours à un spécialiste sans une « prescription » préalable du médecin traitant, l'assuré sera non seulement moins remboursé (50% du tarif conventionnel) mais pourra en outre se voir imposer un dépassement de 17,5 % de la valeur de l'acte (8 €^b sur la valeur d'une consultation spécialiste, soit une consultation à 33 € remboursée sur la base d'un tarif Sécurité sociale de 25 €). Ce dépassement est possible même si le spécialiste, secteur 1, est censé respecter les tarifs Sécurité sociale ; toutefois la part des actes avec dépassement ne peut dépasser 30% des actes pratiqués. En cas de recours à un spécialiste secteur 2, celui-ci reste libre de calibrer ses dépassements comme il l'entend, que le parcours de soins soit respecté ou non ; seule la base de remboursement varie (25 € en cas de non-respect du parcours de soins, 28 € ou 40 € en cas de respect)^c.

A partir du tableau I nous pouvons calculer à partir de quelle proportion le parcours de soins introduira des économies au niveau de la comptabilité nationale. Nous savons que la consultation hors du parcours de soins d'un médecin spécialiste est de 33 €, et que si le patient respecte le parcours de soins il devra payer 22 € le médecin généraliste et 28 € le spécialiste correspondant, soit p la probabilité de consulté uniquement un médecin généraliste dans un recours aux soins de médecine ambulatoire, et $(1-p)$ la probabilité d'avoir recours à un généraliste puis un spécialiste, on

^b Le forfait est plafonné à 8 € à compter du 31 mars 2006 sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés. L'augmentation du montant du dépassement autorisé pour non respect du parcours de soins et qui n'est pas pris en charge par les OC est le résultat mécanique de l'augmentation du montant de la majoration de coordination de 1 € (qui passe ainsi de 2 à 3 € et qui fait partie de l'assiette du dépassement autorisé) par l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins (article 4.1). Celui-ci a été approuvé par arrêté du 23 mars 2006 publié au JO du 30 mars 2006.

^c Nous fournissons ces quelques indications sur les tarifs et les remboursements à titre d'illustration sans prétendre clarifier le nouveau système tarifaire qui s'avère, comme cela a été abondamment souligné, d'une redoutable complexité.

a alors :

$$33 = 22 p + 50 (1-p)$$

$$P = 17/28$$

$$P \approx 0.60$$

Ce calcul théorique à partir des tarifs mise en place avec la loi du 13 août 2004, nous montre que si la proportion, dans la population générale, de recours au médecin généraliste suivi d'une consultation d'un spécialiste est supérieure à 40 % alors l'introduction du parcours de soins est pertinente sur le plan de la comptabilité nationale. Les études réalisés à partir de l'enquête Santé Insee en 1991 montraient que ce parcours généraliste puis spécialiste été peu fréquent⁶.

Par ailleurs, le respect du parcours de soins est donc « encouragé » par les dépassements qui profitent directement au médecin. Pourquoi a-t-on prévu ainsi que les médecins bénéficient des pénalisations ? Il aurait, bien évidemment, été plus logique que seule la Sécurité sociale – par des diminutions de remboursement plus importantes – tire parti des « sanctions » imposées à ceux qui adoptent des comportements considérés comme inadaptés.

Quoi qu'il en soit, le caractère incitatif des pénalisations financières sera d'autant plus efficace que le revenu du patient sera modeste. Si l'on croit vraiment aux vertus sanitaires du passage obligé par le généraliste, on devrait en conclure que les personnes à revenus modestes, mieux disciplinées par les contraintes financières, seront, sur ce plan, avantagées. Toutefois ce raisonnement fleure le paradoxe. D'ores et déjà les personnes à revenus modestes consultent moins les spécialistes⁷. Ce phénomène devrait être accentué par le dispositif médecin traitant. Il était communément considéré comme la marque d'une inégalité dans l'accès aux soins ; faut-il, au contraire, le lire comme une « discrimination positive » ?

La complexité du système de tarification et les nombreuses possibilités de majoration à l'avantage du médecin nous pousse à croire que la réforme cherche à concilier le système de « gatekeeping » avec la liberté tarifaire. La grande nouveauté est d'introduire un droit à dépassement d'honoraires pour tout médecin (donc y compris en secteur 1) en le déconnectant de la nature des soins prescrits et de la demande des patients. Cette surfacturation est due si l'assuré est hors parcours de soins. C'est l'assuré qui est sanctionné au bénéfice du médecin. En effet, l'infidélité du patient est une récompense pour le praticien qui est autorisé à percevoir un dépassement d'honoraire, non remboursé par les assurances obligatoires et complémentaires (dans le cadre d'un contrat responsable). Le malus de l'un est un bonus pour l'autre. La logique de prix libre, revendication récurrente de la médecine libérale et notamment des médecins spécialistes a trouvé satisfaction, sans lever le gel du secteur 2 à honoraires libres⁸.

Le résultat ne peut qu'engendrer perplexité au vue de la complexité des tarifs. Qui va pouvoir s'y retrouver et éventuellement contester les tarifs appliqués par les médecins. Il sera facile de se perdre dans cette gamme de tarif en fonction du statut du médecin auquel on s'adresse : médecin

traitant, correspondant, hors parcours, à accès libre...

Il y a dans la loi une description détaillée de l'ensemble des tarifs selon les cas de figure, un panel de majoration d'acte. Mais en ce qui concerne la vertueuse coordination des soins, rien. Il n'y a aucun statut reconnu lié à la coordination des soins ni moyen financier pour réaliser ces missions. Il n'y a aucune reconnaissance financière attribuée à la fonction de synthèse, de prise en charge de la personne dans sa globalité, de prévention, d'éducation à la santé. Il y a une perte de la spécificité du médecin « traitant » puisque même un spécialiste peut le devenir. La loi n'a pas garanti la pérennité du système « médecin référent » qui aurait été un signe positif en faveur d'une amélioration de l'organisation des soins autour des besoins du patient.

Avant d'aller plus en avant dans notre problématique, il est intéressant de voir comment ce nouveau dispositif vient remplacer l'ancien dispositif de « médecin référent », et si la volonté d'inscrire la médecine générale dans de nouvelles pratiques perdure.

1.2 MEDECIN TRAITANT ET MEDECIN REFERENT⁹

Le « médecin traitant » va entraîner l'extinction progressive du dispositif médecin référent, dispositif mis en place par la convention précédente, sous l'égide de MG France, à partir de 1998. Les deux dispositifs sont proches dans leur finalité puisqu'il s'agit dans les deux cas d'institutionnaliser une relation de fidélité entre le patient et son médecin, et de faire jouer à ce dernier un rôle de « filtre/orienteur » pour l'accès à la médecine de spécialité.

Ils diffèrent fondamentalement toutefois dans leurs modalités. Le dispositif « médecin référent » était fondé sur le volontariat des médecins et de leurs malades sans qu'aucune pénalisation ne sanctionne le fait de rester à l'écart du système. Les patients étaient simplement incités à adhérer au dispositif par le bénéfice du tiers payant. Parce qu'il s'appuyait sur le volontariat, le dispositif médecin référent a connu un développement limité. Il concernait, fin 2003, environ 6000 médecins et 1,1 millions d'assurés.

Dans le dispositif médecin référent, les médecins volontaires prenaient divers engagements (plafond d'actes, part de prescriptions en génériques, formations, préventions...); aucun engagement n'est lié au fait d'être médecin traitant. Le dispositif médecin référent voulait donc promouvoir une pratique différente de la médecine générale. Aucune ambition de ce type n'anime le dispositif « parcours de soins coordonné »; la CSMF a pu, à juste titre, souligner que les nouvelles rémunérations accordées aux généralistes l'étaient « sans obligation nouvelle ni travail supplémentaire ». Aussi, s'il est parfois évoqué la possibilité que le dispositif médecin traitant serve de support à une transformation des pratiques de la médecine générale, le dispositif ne s'est pas inscrit, à sa naissance, dans cette perspective.

Les deux dispositifs se différencient aussi par les rémunérations qui leur sont attachées. Le médecin

référént percevait 46 € pour tout patient inscrit auprès de lui, le médecin traitant percevra 40 € pour les seuls malades en Affectations de Longue Durée (ALD). Concrètement, les médecins référents, peuvent dans certains cas subir une perte de revenu dès lors que les inscriptions de personnes ALD dans le cadre du dispositif médecin traitant ne compenseraient pas les recettes tirées des inscriptions au titre du médecin référent. Toutefois le nombre de personnes en ALD (5,7 millions) étant largement supérieur à celui des personnes ayant souscrit au dispositif médecin référent, le nouveau dispositif se traduira globalement par des recettes supérieures pour les généralistes.

D'autres différences annexes existent entre les deux dispositifs mais elles sont pour l'essentiel symboliques. Le médecin référent devait obligatoirement être un généraliste ; le médecin traitant peut être un spécialiste mais seule une infime minorité de patients choisira un spécialiste. L'inscription chez le médecin référent s'effectuait pour un an alors que l'on peut changer à tout moment de médecin traitant ; cette plus forte contrainte doit s'apprécier en considérant que, de fait, aucune sanction réelle n'était prévu dans le cas du médecin référent en cas d'abandon du dispositif ou de non-respect de ses règles.

Au travers de cette comparaison entre les dispositifs, nous pouvons noter que les médecins libéraux sont épargnés des efforts nécessaires pour contenir la croissance des dépenses de santé. Il convient alors de se poser la question des enjeux du parcours de soins coordonné.

1.3 LES EFFETS POTENTIELS DU DISPOSITIF

Le dispositif vise-t-il, concrètement à installer ou à réinstaller la pratique du médecin traitant dans notre système de soins ? Nul doute que l'on pourrait effectivement s'inquiéter de la coordination des soins si les Français ne disposaient pas d'un médecin de référence susceptible d'apprécier leurs problèmes de santé dans leur globalité, de pouvoir les situer dans leur environnement social et familial, d'en faire la synthèse et de les aider à s'orienter dans le système de santé.

Pourtant l'ambition du dispositif ne peut être d'installer ce type de médecine pour la simple raison qu'elle correspond d'ores et déjà à la pratique spontanée de la très grande majorité des assurés¹⁰. On peine dans ce contexte à repérer les problèmes de non-qualité que le dispositif « médecin traitant » pourrait traiter. L'analyse descriptive des trajectoires de soins faite en 2003 par Raynaud¹¹ montre que 71 % des premiers recours au médecin s'effectuent chez un généraliste et que 14 % concernent des spécialistes « à accès libre ». Ainsi, cette étude montre que seul 15 % des premiers recours concernent les spécialistes à accès réglementé par la loi du 13 août 2004. Ces résultats sont similaires à l'enquête Santé effectué en 1991.

La régulation du recours au spécialiste est l'un des axes centraux du dispositif. Il pénalise le recours direct au spécialiste et privilégie le passage préalable par le médecin traitant. Ce passage préalable constituerait un gage d'une meilleure prise en charge du patient.

Pour pouvoir en juger, il faudrait pouvoir apprécier dans quelle mesure les recours directs aux spécialistes sont inappropriés. Or, le dispositif a été bâti sans qu'aucune expertise réelle n'existe sur la fréquence des recours « injustifiés » aux spécialistes et leurs éventuels effets délétères sur le suivi des patients, la transmission des informations ou la cohérence des prescriptions. En effet, s'il est possible que des recours directs nuisent à la cohérence de la prise en charge, on ne peut exclure, *a priori*, que des recours évités ou retardés aux spécialistes entraînent une « perte de chance ». On ne dispose d'aucune donnée qui permettrait de trancher entre ces deux hypothèses.

Ce dispositif aurait-il alors pour ambition de réduire le nomadisme médical ? Contrairement à un discours assez commun, toutes les études concluent que le nomadisme est d'ampleur très limitée, voire quasiment marginal. Pour ne reprendre que les conclusions de la dernière étude en date réalisée par le régime des indépendants¹², elle ne révèle que 0,47 % de « présumés nomades » parmi les assurés consommant et, après étude des justifications de leur recours aux soins, conclut que « 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 ».

Par ailleurs, si l'enjeu avait été de lutter contre un prétendu nomadisme, il eut été nécessaire de prévoir un minimum de contraintes en cas de changement de médecin traitant et une pénalisation forte en cas d'infidélité. Or les infidélités au médecin traitant ne sont sanctionnées que par un reste à charge supplémentaire limité (4,40 € en cas de consultation d'un autre généraliste que le médecin traitant, voir tableau I). Par ailleurs, il a été abondamment souligné qu'il était très facile de changer de médecin traitant : l'envoi du simple formulaire suffit, aucune durée minimale d'inscription n'est requise.

A la lecture critique de la réforme, et de l'analyse de l'articulation des nouvelles incitations financières dans le système sanitaire actuel, il est légitime de nous poser la question des enjeux de l'introduction du parcours de soins coordonné introduit par la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 en France. En effet, la littérature avant la mise en place de la réforme nous montre que la pratique d'un médecin traitant est déjà bien installée dans les mœurs, un rapport de l'inspection générale des finances de 2003¹³ s'interrogeant sur l'opportunité de la mise en place d'un gate-keeping au vue des expériences étrangères conclut qu'« il ne semble pas que faire du médecin généraliste un point d'entrée obligé dans le système de santé soit une solution à privilégier ». Plus généralement, les études, souvent contradictoires, réalisés sur le fonctionnement concret de ce type de dispositif ne permettent pas de conclure ni à un impact sur la qualité des soins délivrés ni à une limitation des coûts. Ainsi, nous nous sommes interrogés sur le type de population qui sera concerné par le dispositif du parcours de soins coordonné. Quels seront les déterminants qui feront qu'un individu s'inscrira en dehors du parcours ? Et, les modalités d'application choisies par le législateur, les pénalisations financières, auront-elle potentiellement un effet sur ces populations ? Peut-on déjà prévoir des effets néfastes pour les personnes les plus consommatrices des soins

(malades chroniques) ?

Pour répondre à ces questions sur les enjeux du parcours de soins, nous allons estimer les recours aux médecins ambulatoires en 2003 à partir de l'enquête Santé Insee. Nous nous attacherons plus particulièrement à l'étude de la demande de consultations hors parcours de soins en fonction des déterminants sociodémographiques, économiques et éducatifs. L'objectif est d'évaluer si le cadre de la loi a la potentialité de bouleverser les pratiques de recours aux médecins ambulatoires, et d'évaluer les personnes qui ne s'inscrivent pas dans le schéma du parcours de soins coordonné et d'estimer les impacts possibles des incitations financières mises en place. Nous essayerons ensuite, au regard de nos résultats, de comprendre les objectifs de politique publique de cette réforme.

2. METHODE

Pour résoudre notre problématique, nous avons fait les estimations du recours aux médecins libéraux avant la réforme du 13 août 2004 à partir de l'enquête Santé Insee 2002-2003. Une fois présenté la méthodologie de cette enquête et les données recueillies, nous précisons les traitements spécifiques que nous avons fait pour répondre à notre question de recherche.

2.1 ENQUETE SANTE INSEE 2002-2003

L'enquête sur la santé et les soins médicaux de l'Insee a pour objectif de décrire l'état de santé de la population générale résidant en France métropolitaine et d'estimer sa consommation médicale. Elle a été mise en place en 1960 et a été réalisée depuis tous les 10 ans. La dernière, significativement refondue par rapport aux précédentes, a été réalisée du 1^{er} octobre 2002 à fin septembre 2003.

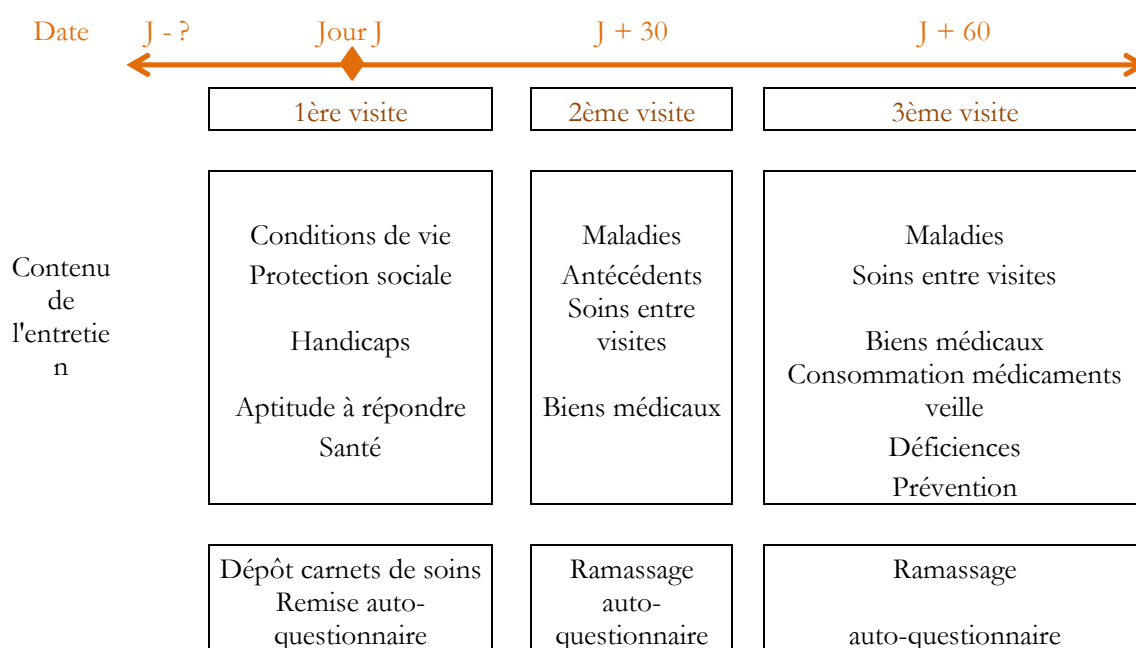
Cette enquête – menée auprès de 35 073 personnes et représentative de la population française métropolitaine – offre la possibilité de croiser à partir d'une même source de nombreuses caractéristiques sociodémographiques des individus et des ménages, leur état de santé et leurs consommations de soins. L'échantillon de l'enquête nationale est tiré de façon aléatoire à partir du fichier du recensement de la population de 1999 et complété par la base de logements neufs (BLNS). L'enquête a duré une année en trois vagues. La durée d'enquête pour chaque ménage est de soixante jours, avec trois visites successives (tableau II). Le questionnement était individuel.

Les enquêteurs ont effectué trois visites au domicile, chacune espacée d'un mois :

- *Lors de la première visite*, ils ont interrogé la personne sur les caractéristiques sociodémographiques du ménage et les siennes propres, puis sur les maladies chroniques et problèmes de santé dont elle souffrait ainsi que les recours au médecin et les hospitalisations durant les douze mois précédant l'entretien ; un auto questionnaire santé a été remis aux plus de 17 ans et des versions allégées étaient remises aux 15-17 ans et aux 11-14 ans ; un *carnet individuel de soins* a été déposé afin que la personne y note ses recours aux soins durant la période précédant les deuxième et troisième visites ;
- *Lors de la deuxième visite*, l'interrogation a porté sur les événements consignés dans le carnet de soins durant le mois écoulé depuis la première visite : nouveaux problèmes de santé (et rattrapage de ceux qui auraient pu avoir été oubliés durant la première visite), interruptions d'activité et aliments, consommations de santé ;

- Lors de la troisième visite, l'interrogation (appuyée là encore sur les données du carnet individuel) a porté comme lors de la deuxième visite sur les problèmes de santé oubliés lors des précédentes visites ou apparus depuis, sur les interruptions d'activité et les aliments, sur les consommations durant la période ; en outre l'interrogatoire a porté sur les déficiences et les incapacités ainsi que les habitudes alimentaires et les pratiques préventives.

TABLEAU II – CONTENU DES VISITES AU COURS DE L'ENQUETE SANTE INSEE 2002 - 2003



L'enquête Santé Insee 2003 nous offre l'avantage d'avoir un échantillon de la population française représentatif sur le plan sociodémographique. Cet échantillon a été interrogé à diverses saisons pour annuler les effets saisonniers de la consommation médicales.

Pour notre étude nous n'avons pas retenu l'ensemble de ces données. Nous avons inclus les personnes éligibles pour le parcours de soins coordonné, c'est-à-dire les individus âgés d'au moins 16 ans. L'étude ne porte que sur la médecine de ville et les consultations externes des hôpitaux (soins dits ambulatoires). Elle exclut donc les hospitalisations. Les examens effectués par les médecins radiologues, ainsi que les analyses biologiques ne sont pas non plus pris en compte. En effet, ces examens et analyses, considérés comme des consommations intermédiaires, sont traités à part dans l'enquête Santé Insee.

Nous avons retenu pour l'évaluation de l'état de santé un indicateur déclaratif composé de cinq réponses allant du très mauvais état de santé au très bon état de santé.

Afin d'évaluer l'influence potentielle des incitations financières mise en place par la loi du 13 août 2004, deux critères ont été retenus le niveau d'éducation des personnes et le niveau économique. L'indicateur du niveau d'éducation retenu est le plus haut diplôme obtenu par l'individu. Le niveau économique est évalué par le revenu d'unité de consommation. L'Insee définit une unité de consommation comme un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage, et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Nous avons également introduit la catégorie socioprofessionnelle définie par l'Insee dans notre étude. Cette catégorie socioprofessionnelle combine le niveau d'éducation et le revenu par unité de consommation, en revanche elle ne les dissocie pas, c'est pourquoi nous intégrons également cette variable.

Afin de ne pas écarter l'effet lié au hasard moral dans l'estimation du recours au médecin, nous avons incluse comme variable explicative le fait d'avoir une assurance complémentaire. Une spécificité de l'assurance maladie française nous impose aussi de retenir comme variable le fait d'être couvert à 100 % par la Sécurité sociale. Ces individus n'ont pas d'avance des frais médicaux du fait de la reconnaissance de leur pathologie comme « affectation de longue durée » ou comme incapacité ou handicap, comme blessure de guerre, ou encore dans le cadre d'une grossesse.

Notre étude se focalisant particulièrement sur le recours aux médecins spécialistes, nous avons estimé un effet possible de l'offre médicale. Nous avons utilisé un indicateur de densité médicale qui est le quartile du rapport du nombre de médecin spécialiste sur le nombre de médecin généraliste par unité géographique. De manière plus globale, nous avons retenu comme variable le fait d'habiter en milieu urbain ou en milieu rural, partant de l'hypothèse que la densité médicale est plus dense en ville.

Enfin, nous avons voulons estimer s'il y avait un coût d'opportunité entre les individus qui respectent le parcours de soin et ceux qui accèdent directement aux médecins spécialistes. Notre hypothèse étant que les gens ayant une activité professionnelle et qui ont un nombre d'heure de travail élevé ont une plus grande probabilité de consulter directement un spécialiste.

L'ensemble de ces variables a fait l'objet d'une construction particulière que nous allons développer maintenant.

2.2 TRAITEMENT DES DONNEES

Pour évaluer les enjeux de l'introduction du parcours de soins coordonné, nous avons regroupé les médecins en trois catégories selon les critères de la loi du 13 août 2004 : les médecins généralistes, les médecins spécialistes qui restent en accès libre (ophtalmologistes, psychiatres, gynécologues, pédiatres nommés ici « spécialistes à accès libre »), et les médecins spécialistes dit « spécialistes à accès réglementé ». Ce classement des médecins est pertinent sachant 99,5 % des patients ayant choisi un médecin traitant ont choisi un médecin généraliste¹⁴.

Ensuite, nous avons construit, à partir des données de l'enquête Santé Insee des « épisodes de soins » suivis par les patients consultants en médecine de ville. La définition des épisodes de soin retenu dans notre étude est donnée par Pascale Breuil-Genier¹⁵ : successions non-interrompues pendant 15 jours de séances médicales. Le délai maximal entre deux recours successifs est contraint en raison de la brièveté de la période d'enquête (60 jours). La limite de cette condition de délai est que nous ne pouvons pas étudier le deuxième recours au delà de 15 jours.

Nous avons ensuite classé ces épisodes en deux catégories selon qu'ils respectaient le parcours de soins coordonné (premiers recours chez un généraliste ou un spécialiste à accès libre) ou non (premier recours chez un spécialiste à accès réglementé).

Afin de traiter la censure à gauche des épisodes de soins, nous avons éliminé les consultations de spécialistes à accès réglementé dans les 15 premiers jours d'observation de l'individu. En effet, nous ne sommes pas capable de déterminer s'il s'agit d'un premier recours dit « non loi » ou d'un recours précédé d'un recours chez un généraliste qui inscrit l'épisode dans un parcours de soins coordonné.

Pour les estimations de cette variable dépendante qualitative, nous avons utilisé un modèle de régression Logit¹⁶.

Dans l'optique d'une analyse d'un passage obligé par le généraliste, c'est l'étude des premiers recours d'un épisode de soins qui apparaît centrale, et qui a fait l'objet d'une estimation particulière.

3. RESULTATS

L'ensemble des personnes de l'enquête Santé Insee 2003 ayant au moins 16 ans et ayant eu recours à un médecin pendant la durée de l'enquête est égal à 30610 individus. L'âge moyen de ce sous échantillon est de 42,13 ans, avec une proportion de 40,7 % d'homme.

Les différentes catégories socioprofessionnelles sont représentatives de la population française (tableau III).

TABLEAU III – FREQUENCES DES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES DE L'ECHANTILLON

CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE	POURCENTAGE
AGRICULTEURS	3,5
ARTISANS - COMMERÇANTS	4,6
CADRES SUPERIEURS	8,9
CADRES MOYENS	15,6
EMPLOYES	23,2
OUVRIERS	17,7
NON REPONSE	26,4

De même, la répartition des plus hauts diplômes obtenus par individu est représentative de la population française (tableau IV).

TABLEAU IV – FREQUENCES DES DIPLOMES LE PLUS ELEVE OBTENU

DIPLOME	POURCENTAGE
SANS DIPLOME OU NON RENSEIGNE	19,4
BEPC	19,4
CAP, BEP	26,7
BAC TECHNIQUE	5,3
BAC GENERAL	7,3
BAC + 2	10,2
SUPERIEUR A BAC + 2	11,7

Le revenu par unité de consommation moyen de l'échantillon est de 15899 euros par an, ce qui est proche de la population française. Le nombre d'heure de travail hebdomadaire est de 12,5 heures, ceci étant cohérent avec le résultat du pourcentage d'occupation : 35 % des individus de l'échantillon ont une activité professionnelle.

L'état de santé nous est donné dans cette enquête par un auto-questionnaire qui nous informe sur l'état subjectif de santé des individus. Sur l'ensemble des personnes ayant eu un recours au médecin, 7,4 % se considèrent en mauvais et très mauvais état de santé, et 44,6 % en très bon et bon état de santé.

Au niveau de la couverture d'assurance complémentaire elle est de 93,3 % dans cet échantillon, et 23 % des individus ont une sécurité sociale à 100%.

Enfin, 82,5 % des personnes vivent en milieu urbain. 35,1 % de l'échantillon se trouve dans le premier quartile de densité de médecin spécialiste, et 27,2 % dans le quatrième quartile, c'est-à-dire là où la concentration de médecin spécialiste est la plus élevée.

3.1 ESTIMATION SUR L'ENSEMBLE DES RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES

Le résultat descriptif le plus important de cet échantillon est que 87,6 % des individus qui ont recours à un médecin vont voir soit un médecin généraliste soit un médecin dit à accès libres (annexe II). Ainsi, seulement 12,4 % des individus ne s'inscrivent pas dans un parcours de soins coordonné en 2003.

Pour cette estimation, l'âge n'est pas significatif. Les hommes ont tendance à moins respecter le parcours de soins, autrement dit les femmes ont une probabilité plus importante de consulter un médecin généraliste ou un médecin à accès libre.

Nous retrouvons un gradient marqué du niveau d'étude atteint, plus les individus sont diplômés plus ils s'inscrivent hors du parcours de soins. Et logiquement, les catégories socioprofessionnelles élevées et les individus déclarant un revenu par unité de consommation élevé ont une probabilité plus grande de consulter un médecin spécialiste à accès réglementé.

Les personnes déclarant un mauvais état de santé ont plutôt tendance à consulter un spécialiste à accès réglementé. Et, les personnes couvertes à 100 % par la sécurité sociale ont une probabilité plus importante de ne pas respecter le parcours de soins coordonné. Le fait d'avoir une assurance complémentaire n'est pas significatif.

Enfin, plus la densité de médecin spécialiste est importante plus les individus sortent du parcours de soins coordonné. De même, le fait de vivre en milieu urbain augmente la probabilité de consulter un médecin spécialiste directement.

En résumé, sur l'ensemble des recours aux médecins ambulatoire, l'inscription hors du parcours de soins est plutôt le fait des individus ayant atteint un haut niveau d'étude, de catégorie socioprofessionnelle et d'un revenu élevé, vivant en milieu urbain et où la densité de médecin spécialiste est plus importante. De plus, les individus qui sont hors du parcours de soins coordonné ont une probabilité plus élevée de se déclarer en mauvais état de santé et d'être couvert à 100 % par la Sécurité sociale.

3.2 ESTIMATION SUR L'ENSEMBLE DES PREMIERS RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES

La loi du 13 août 2004 portant réforme à l'assurance maladie cherche en introduisant le parcours de soins coordonné à contrôler l'entrée dans le système de soins. Ainsi, nous avons fait une estimation des premiers recours aux médecins ambulatoires en évaluant si celui-ci était un médecin généraliste, un spécialiste à accès libre ou un médecin spécialiste à accès réglementé.

TABLEAU V – RESULTATS DES ESTIMATIONS LOGIT SUR LE RECOURS TOTAL ET PREMIERS RECOURS AUX MEDECINS LIBERAUX.

<i>Hors parcours de soins</i>	Logit du recours total aux médecins libéraux		Logit du premiers recours aux médecins libéraux	
	<i>Coefficient</i>	<i>P>α</i>	<i>Coefficient</i>	<i>P>α</i>
Sexe (H=1 ; F=0)	0.194	0.000	0.213	0.000
Age	-0.002	0.163	-0.003	0.165
Déclaration état de santé				
Aucune	-0.510	0.000	-0.413	0.001
<i>Très bon (référence)</i>				
Bon	-0.038	0.569	0.043	0.567
Moyen	0.134	0.067	0.245	0.003
Mauvais	0.277	0.005	0.386	0.001
Très mauvais	0.006	0.977	0.244	0.261
Diplôme le haut obtenu				
Sans diplôme	-0.154	0.022	-0.101	0.176
<i>CAP (référence)</i>				
BEPC	0.011	0.864	0.044	0.539
Bac technique	0.070	0.465	0.103	0.335
Bac	0.059	0.472	0.053	0.568
Bac +2	0.192	0.009	0.151	0.072
Bac > +2	0.351	0.000	0.382	0.000
Catégorie socioprofessionnelle				
Non réponse	0.157	0.175	0.233	0.066
Agriculteur	-0.035	0.795	-0.020	0.89
Artisan	0.285	0.005	0.241	0.038
Cadre	0.319	0.000	0.313	0.001
Profession intermédiaire	0.214	0.003	0.245	0.003
<i>Ouvrier (référence)</i>				
Employé	0.152	0.026	0.173	0.024
Densité généraliste / spécialiste				
1° quartile	-0.488	0.000	-0.391	0.000
2° quartile	-0.240	0.000	-0.173	0.006
3° quartile	-0.164	0.005	-0.054	0.407
<i>4° quartile (référence)</i>				
Assurance complémentaire	0.055	0.505	0.018	0.845
Sécurité sociale 100%	0.239	0.000	0.298	0.000
Nb d'heure de travail	-0.003	0.228	-0.004	0.215
Revenu par unité de consommation	0.055	0.003	0.282	0.009
Occupation	0.156	0.183	0.217	0.1
Urbain	0.293	0.000	0.256	0.000

Les résultats sont globalement semblables à l'estimation précédente mais ils sont plus marqués. 76,4 % des personnes vont voir en premier recours un médecin généraliste et 13,9 % un spécialiste

à accès libre. Ainsi, seulement 9,7 % de l'échantillon ayant un premier recours ne s'inscrivent pas dans le parcours de soins. Cette différence avec l'estimation précédente s'explique par le fait qu'un premier recours à un médecin spécialiste en accès libre est ici considéré comme étant dans le parcours de soins. Alors que dans l'estimation précédente, si le deuxième recours, après un spécialiste à accès libre, est un spécialiste à accès réglementé, l'épisode est hors du parcours de soins.

Les personnes qui ont tendance à ne pas suivre le parcours de soins en premier recours sont plutôt des hommes, ayant un statut professionnel et éducatif élevé, habitant en milieu urbain avec une plus forte densité de médecin spécialiste. Les individus ayant une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale et déclarant un mauvais état de santé ont une plus forte probabilité de ne pas respecter le parcours de soins. Nous retrouvons ici les deux catégories d'individus, les personnes ayant un niveau socioéconomique élevé et les personnes déclarant un mauvais état de santé porteur d'une affection de longue durée (prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale).

De façon plus notable, les résultats correspondant à la densité médicale ont des coefficients plus bas que dans l'estimation du recours total aux médecins libéraux. Autrement dit, lors d'un premier recours à un médecin libéral, les individus ont une probabilité plus importante de s'inscrire dans le parcours de soins coordonné pour une densité de médecin spécialiste donnée par rapport à l'ensemble total des recours. Ainsi, l'effet de l'offre sur la demande serait plus faible lors d'un premier recours.

Par ailleurs, la comparaison des deux estimations nous amène à observer que le coefficient obtenu pour le revenu par unité de consommation dans l'estimation Logit du premier recours à un médecin libéral est plus important. Ainsi, les individus à haut revenu ont une probabilité plus importante de s'inscrire hors du parcours de soins coordonné lors d'un premier recours à un médecin libéral.

4. DISCUSSION

La principale limite que nous pouvons relever dans notre enquête est la durée d'observation des individus. En effet, soixante jours d'observation ne permettent pas d'appréhender toute la complexité d'un épisode de soins. Et il n'y a pas lieu de penser que l'ensemble de ces épisodes se déroulent en quinze jours. Ceci dit, le choix de définir un épisode de soins sur une durée de quinze jours est fortement contraint par la durée d'observation. Pascale Breuil-Genier a montré dans son étude de l'enquête Santé Insee en 1991 qu'élargir la fenêtre de définition d'un épisode de soins à 30 jours ne modifie pas notablement les résultats.

Par ailleurs, notre méthode simplifie trop la réalité en partant du principe que deux consultations se suivant à moins de quinze jours d'intervalle font parties d'un même épisode. Il aurait été nécessaire de rattacher chaque consultation à une pathologie donnée pour être plus précis. En effet, deux consultations peuvent se suivre dans le temps à moins de quinze jours d'intervalle, et faire partie de deux épisodes distincts : comme par exemple, la consultation d'un médecin généraliste pour une grippe chez une personne diabétique qui consulte son spécialiste la semaine suivante dans le cadre des soins itératifs liés à sa pathologie chronique.

Les données ont été obtenues à partir de questionnaires remplis par des enquêteurs expérimentés et également par la collecte d'auto-questionnaires. La consommation de soins a été relevée par les enquêtés à l'aide d'un carnet de soins. Ces deux éléments doivent rappeler les limites d'une telle enquête liée à l'obtention d'observations subjectives. C'est surtout le cas pour l'évaluation de l'état de santé qui est sujet à une forte valeur interprétative. Dans notre échantillon, l'état de santé n'a pas été contrôlé par une évaluation médicale. Ainsi, l'interprétation des résultats en lien avec l'état de santé de l'échantillon doit être faite avec réserve.

Il n'est pas étonnant de voir que dans les premiers bilans de la réforme introduisant le « médecin traitant » se substitue très souvent au schéma informel du médecin de famille¹⁷. En effet, parmi les personnes ayant choisi un médecin traitant, 93 % ont déclaré avoir déjà un médecin habituel ou de famille. Et inversement, l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant. Ceci confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est ajusté à un schéma informel préexistant.

Lorsque nous analysons les résultats dans le détail, nous pouvons observer un certain nombre d'éléments. Les femmes ont une probabilité plus importante de s'inscrire dans le parcours de soins, ce qui n'est pas étonnant car l'accès aux gynécologues est inscrit en accès libre dans la loi, et nous savons que c'est le spécialiste le plus consulté par celles-ci. Dans ce cas spécifique, la loi s'inscrit aussi dans un schéma informel préexistant.

Le dispositif n'aura d'impact que si les incitations à respecter le parcours de soins sont suffisamment fortes. Si le parcours de soins coordonné n'est pas respecté, le coût de l'accès direct au spécialiste secteur 1 pour un patient qui dispose d'une couverture complémentaire couvrant 100% des tarifs Sécurité sociale, est de 21,5 € maximum, alors que le coût en cas de double recours (généraliste puis spécialiste) dans le parcours de soins coordonné est de 17 €. Dès lors que le patient souhaite consulter un spécialiste ou craint de devoir le consulter après le recours au médecin traitant, le surcoût de l'accès direct est de 4,5 €. Or l'accès direct au spécialiste est plutôt caractéristique d'un comportement d'assurés aisés ; le dispositif est-il véritablement incitatif pour les catégories les plus éloignées du « modèle parcours de soins » ? D'autant que cette partie de la population a une probabilité plus importante d'avoir un haut niveau éducatif. Nous savons que ces personnes ont le sentiment d'avoir une maîtrise plus importante de leur santé, et seront donc peu enclins à s'inscrire dans le parcours de soins coordonné. De plus, nous avons vu que dans le cadre du premier recours aux médecins libéraux le revenu avait un effet plus important que dans l'estimation du recours total, ainsi il y a peu de chance que le parcours de soins coordonné est une influence majeure sur les hauts revenus.

Nos résultats sont proches de ceux obtenus avec l'enquête Santé Insee faite en 1991, ainsi qu'aux autres études faites sur la consommation médicale à partir des enquêtes ESPS (Enquête sur la Santé et la Protection Sociale, enquête biennale faite par l'IRDES) faites avant et après la réforme de l'assurance maladie en 2004. Non seulement cette réforme s'inscrit dans les habitudes de recours à la médecine ambulatoire des français, mais en plus elle cherche à contrôler la partie des personnes qui sont le moins influencées par les incitations financières mises en place. En effet, les personnes qui se placent hors du parcours de soins coordonné avant la réforme sont soit d'un niveau socioéconomique élevé et donc peu sensible aux incitations financières mises en place par la loi, soit elles justifient l'accès direct à un spécialiste réglementé par un mauvais état de santé.

Malgré la faiblesse des enjeux, nous devons nous interroger sur les possibles inégalités que pourraient introduire la loi du 13 août 2004. En effet, nous avons vu dans nos résultats qu'une partie des personnes qui s'inscrivent hors du parcours de soins coordonné sont les personnes déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais. Mais en général ces personnes, si elles sont en affectation de longue durée (ALD), ont une prise en charge par la sécurité sociale à 100 %. Par ailleurs, nous avons vu aussi dans nos résultats que ces personnes, prises en charge à 100 %, ont une probabilité plus importante d'être hors du parcours de soins. Ainsi, les mécanismes sociaux protègent les personnes les plus malades d'une augmentation de leurs dépenses de santé liée aux multiples majorations introduites par la loi. Il n'y donc pas lieu de penser que cette partie de la population sera défavorisée par la loi.

Enfin, nos résultats montrent que le fait de vivre en milieu urbain et dans une région géographique à plus forte densité de médecin spécialiste augmente la probabilité de consulter directement un

médecin à accès réglementé. Ce résultat est déjà connu dans la littérature comme un effet de l'offre sur la demande. Il sera intéressant de voir en quoi l'introduction du parcours de soins coordonné viendra influencer ou pas ce comportement. Inversement, les individus vivant en milieu rural qui ont une probabilité plus forte de consulter directement un médecin généraliste ou un spécialiste à accès libre, ne verront pas leurs habitudes évoluer avec les dispositifs mis en place par la loi du 13 août 2004. Sachant qu'environ un français sur quatre vit en milieu rural, c'est une partie non négligeable de la population française qui ne sera pas directement influencée par le parcours de soins coordonné.

Donc, les enjeux de la réforme au vue de notre étude sont peu importants. Les incitatifs économiques mis en place par la réforme pour respecter le parcours de soins coordonné auront une faible influence sur les personnes qui s'inscrivent déjà dans ce schéma. Et, comme nous l'avons démontré, les personnes qui seront hors du parcours de soins sont non seulement peu nombreuses mais aussi peu sensibles aux pénalisations financières.

5. ANNEXES

ANNEXE I – LE PARCOURS DE SOINS COORDONNES EN QUELQUES DATES

13 août 2004	Promulgation de la loi de réforme de l'Assurance Maladie.
1^{er} janvier 2005	Les assurés sont invités à choisir leur médecin traitant.
12 février 2005	Publication au Journal Officiel de la convention médicale signée entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins. Cette convention précise les modalités concrètes du parcours de soins coordonnés.
30 mars 2005	Chaque assuré a reçu un courrier d'information ainsi qu'un formulaire de déclaration du médecin traitant.
17 juin 2005	Signature d'un accord entre l'Assurance Maladie et les syndicats de médecins libéraux pour rendre obligatoire à partir du 1 ^{er} janvier 2006 la dispense d'avance de frais pour les personnes dont les ressources sont légèrement au-dessus du plafond de la CMU complémentaire.
1^{er} juillet 2005	Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant est mis en œuvre comme prévu (20 millions d'assurés ont choisi leur médecin traitant). Une nouvelle feuille de soins permet de préciser les conditions de prise en charge de l'assuré.
Novembre 2005	Le formulaire du protocole de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée prise en charge à 100% est mis à la disposition des médecins traitants.
17 novembre 2005	Le Conseil de l'UNCAM fixe à 10 % la baisse du taux de remboursement pour les soins réalisés hors parcours de soins.
31 décembre 2005	70% des Français ont choisi leur médecin traitant.
1^{er} janvier 2006	Les incitations financières prévues pour favoriser la coordination des soins entrent en application.
Janvier 2006	Entrée en vigueur de la dispense d'avance de frais pour faciliter l'accès aux soins des assurés ayant des ressources modestes mais n'ayant pas la CMU complémentaire (revenus supérieurs jusqu'à 15 % du plafond de la CMU complémentaire).
7 février 2006	Un avenant à la convention médicale précise que les soins réalisés par les psychiatres et neuropsychiatres sont en accès spécifique pour les patients de moins de 26 ans, conformément aux conclusions d'un rapport d'experts médicaux.
3 mars 2006	Signature d'un accord prévoyant l'implication des médecins traitants dans des actions de prévention ciblées. Trois thèmes prioritaires : la prévention des interactions médicamenteuses pour les patients de plus de 65 ans, le dépistage du cancer du sein pour les femmes de plus de 50 ans, la prévention des risques cardiovasculaires pour les personnes diabétiques.
Juillet 2006	L'Assurance Maladie lance un programme de sensibilisation aux risques d'interactions médicamenteuses.
Décembre 2006	80 % des assurés de plus de 16 ans (soit 40 millions de personnes) ont déclaré leur médecin traitant.

ANNEXE II – ESTIMATION LOGIT SUR L'ENSEMBLE DES RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES

	Fréquence	Pourcentage
Non Loi	3855	12.1 %
Loi	27920	87.9 %
Total	31775	100 %

<i>Non Loi</i>	<i>Coef.</i>	<i>Std. Dev</i>	<i>z</i>	<i>P>z</i>	<i>[95% Conf. Int]</i>	
Homme	0.194	0.0432919	4.48	0.000	0.109	0.279
Age	-0.002	0.0016684	-1.4	0.163	-0.006	0.001
Aucune déclaration état de santé <i>Très bon état de santé (référence)</i>	-0.510	0.1130399	-4.51	0.000	-0.731	-0.288
Bon état de santé	-0.038	0.0665163	-0.57	0.569	-0.168	0.092
Moyen état de santé	0.134	0.0728954	1.83	0.067	-0.009	0.277
Mauvais état de santé	0.277	0.0987803	2.8	0.005	0.083	0.470
Très mauvais état de santé	0.006	0.1916861	0.03	0.977	-0.370	0.381
Sans diplôme <i>CAP (référence)</i>	-0.154	0.0671174	-2.29	0.022	-0.285	-0.022
BEPC	0.011	0.0637315	0.17	0.864	-0.114	0.136
Bac technique	0.070	0.0962978	0.73	0.465	-0.118	0.259
Bac	0.059	0.0823167	0.72	0.472	-0.102	0.221
Bac +2	0.192	0.0732751	2.62	0.009	0.048	0.335
Bac> +2	0.351	0.0723393	4.86	0.000	0.209	0.493
Catégorie CS Non réponse	0.157	0.115949	1.36	0.175	-0.070	0.384
Agriculteur	-0.035	0.1345992	-0.26	0.795	-0.299	0.229
Artisan	0.285	0.1014424	2.81	0.005	0.086	0.484
Cadre	0.319	0.0864247	3.69	0.000	0.149	0.488
Profession intermédiaire <i>Ouvrier (référence)</i>	0.214	0.0727667	2.94	0.003	0.071	0.356
Employé	0.152	0.0686553	2.22	0.026	0.018	0.287
d_1_ Quartile densité spécialiste	-0.488	0.0517849	-9.43	0.000	-0.590	-0.387
d_2	-0.240	0.0561473	-4.27	0.000	-0.350	-0.130
d_3	-0.164	0.0581697	-2.81	0.005	-0.278	-0.050
<i>d_4 (référence)</i>						
Assurance complémentaire	0.055	0.0828545	0.67	0.505	-0.107	0.218
Sécurité sociale 100%	0.239	0.0520434	4.59	0.000	0.137	0.341
Nb d'heure de travail	-0.003	0.0028488	-1.2	0.228	-0.009	0.002
Revenu par unité de consommation	0.055	0.0065688	2.98	0.003	0.000	0.000
Occupation	0.156	0.1169331	1.33	0.183	-0.073	0.385
Urbain	0.293	0.060583	4.83	0.000	0.174	0.411
Constante	-2.634	0.158494	-16.62	0.000	-2.945	-2.324

Number of obs = 30610
 LR chi2(28) = 505.12
 Prob > chi2 = 0.0000
 Log likelihood = -9332.9226
 Pseudo R2 = 0.0263

ANNEXE III – ESTIMATION LOGIT SUR LES PREMIERS RECOURS AUX MEDECINS AMBULATOIRES

	Fréquence	Pourcentage
Médecin généraliste	18'320	76.4 %
Médecin spécialiste réglementé	2'316	9.7 %
Médecin spécialiste libre	3'338	13.9 %
Total	23'974	100 %

<i>Non Loi</i>	<i>Coef.</i>	<i>Std. Dev</i>	<i>z</i>	<i>P>z</i>	<i>[95% Conf. Int]</i>	
Homme	0.213	0.0482706	4.41	0.000	0.118	0.308
Age	-0.003	0.0018769	-1.39	0.165	-0.006	0.001
Aucune déclaration état de santé	-0.413	0.1248976	-3.31	0.001	-0.658	-0.169
<i>Très bon état de santé (référence)</i>						
Bon état de santé	0.043	0.075307	0.57	0.567	-0.105	0.191
Moyen état de santé	0.245	0.0828237	2.95	0.003	0.082	0.407
Mauvais état de santé	0.386	0.1153625	3.34	0.001	0.160	0.612
Très mauvais état de santé	0.244	0.2166239	1.12	0.261	-0.181	0.668
Sans diplôme	-0.101	0.0743667	-1.35	0.176	-0.246	0.045
<i>CAP (référence)</i>						
BEPC	0.044	0.0711498	0.61	0.539	-0.096	0.183
Bac technique	0.103	0.1071914	0.96	0.335	-0.107	0.313
Bac	0.053	0.0934548	0.57	0.568	-0.130	0.236
Bac +2	0.151	0.0837587	1.8	0.072	-0.013	0.315
Bac > +2	0.382	0.0814556	4.69	0.000	0.222	0.541
Catégorie CS Non réponse	0.233	0.1271029	1.84	0.066	-0.016	0.482
Agriculteur	-0.020	0.1442201	-0.14	0.89	-0.303	0.263
Artisan	0.241	0.1157863	2.08	0.038	0.014	0.468
Cadre	0.313	0.097757	3.2	0.001	0.122	0.505
Profession intermédiaire	0.245	0.0814869	3	0.003	0.085	0.404
<i>Ouvrier (référence)</i>						
Employé	0.173	0.0770219	2.25	0.024	0.022	0.324
d_1_ Quartile densité spécialiste	-0.391	0.0581133	-6.72	0.000	-0.504	-0.277
d_2	-0.173	0.0632464	-2.73	0.006	-0.297	-0.049
d_3	-0.054	0.0652823	-0.83	0.407	-0.182	0.074
<i>d_4 (référence)</i>						
Assurance complémentaire	0.018	0.0895005	0.2	0.845	-0.158	0.193
Sécurité sociale 100%	0.298	0.0583386	5.11	0.000	0.184	0.413
Nb d'heure de travail	-0.004	0.003212	-1.24	0.215	-0.010	0.002
Revenu par unité de consommation	0.282	0.052164	2.62	0.009	0.000	0.000
Occupation	0.217	0.131826	1.64	0.1	-0.042	0.475
Urbain	0.256	0.0662758	3.87	0.000	0.127	0.386
Constante	-2.750	0.1760137	-15.62	0.000	-3.095	-2.405

Number of obs = 23974
 LR chi2(28) = 354.39
 Prob > chi2 = 0.0000
 Log likelihood = -7420.2766

6. BIBLIOGRAPHIE

- ¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie, « *Chiffres et repères 2006* », édition 2006.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/chiffres_reperes_2006.pdf
- ² Chalkley M., Malcomson J. M. (2001), « *Government purchasing of health services* », in Handbook of health Economics, Chap. 15, Vol. 1A, Elsevier Science ed.
- ³ Rochaix L. (2004), « *Les modes de rémunération des médecins* », Revue d'économie financière, n°76, p. 223-239.
- ⁴ Journal officiel du 13 août 2004, « *Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie* ». http://www.legifrance.gouv.fr/html/actualite/actualite_legislative/decrets_application/2004-810.htm
- ⁵ Hasseneufel P., Palier B. (2005), « *Les trompe-œil de la gouvernance de l'assurance maladie* », Revue française d'administration publique, n°113.
- ⁶ Breuil-Genier P. (avril 2000), « *Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent* », Insee première, n°709.
- ⁷ Buchmueller et ali (janvier 2002), « *Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins* », Questions d'économie de la santé, CREDES, n°47.
- ⁸ Vacarie I. (2005), « *Les tensions entre le droit de la santé et le droit de la sécurité sociale* », Revue de droit sanitaire et social, n°6, p.899-906.
- ⁹ Bras P.L. (2006) « *Le médecins traitant : raisons et déraisons d'une politique publique* », Droit social, n°1, p.59-72.
- ¹⁰ Auvray L., Doussin A., Le Fur P. (décembre 2003), « *Santé, soins et protection sociale en 2002* », CREDES, Questions d'économies de la santé, n°78.
- ¹¹ Boisguérin B., Raynaud D., Breuil-Genier P. (février 2006), « *Les trajectoires de soins en 2003* », DREES, études et résultats n°463.
- ¹² Caisse Nationale d'Assurance Maladie (novembre 2001), « *Etude de la justification médicale du nomadisme* », Rapport national du régime d'assurance maladie des professions indépendantes.

¹³ Durieux B. (mars 2003), *Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères* », Inspection Générale des Finances, rapport n° 2002-M-023-02.

¹⁴ CNAMTS (2007), « *En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs* », Point mensuel du 23 janvier.

¹⁵ Breuil-Genier P. (2001), « *Comment définir des épisodes de soins ? Une application à partir de l'enquête Santé 1991-92* », Economie publique.

¹⁶ Kramer J.S., (1991), « *The Loit Model for Economist* », Edward Arnold Publishers, London.

¹⁷ Dourgnon P. et al.. (juillet 2007), « *Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme* », Question d'économie de la santé, n°124.