

DOSSIERS Solidarité et *santé*



Spécialistes et patients face au parcours de soins coordonnés : comportements et opinions

N° 11
2009



Le parcours de soins coordonnés a été mis en place en août 2004 par la loi réformant l'Assurance maladie. Lors de l'enquête réalisée à la fin de l'année 2007 sur le recours au spécialiste en médecine de ville, les patients ainsi que les médecins interrogés donnent un éclairage sur leurs comportements et leurs pratiques deux ans après la mise en place de ce dispositif.

Pour une grande majorité des patients, les recours en cardiologie et gastro-entérologie font suite à une recommandation (70%); suivent les consultations en rhumatologie et en ORL (60%) puis en dermatologie (40%).

Dans l'ensemble, 80% des patients consultent leur médecin traitant avant un spécialiste même si 40% ne jugent pas cela utile.

Depuis la mise en place de ce dispositif, les praticiens des spécialités dont l'accès est devenu indirect estiment que leurs pratiques ont été rendues plus difficiles.

Marie GUYON

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville
Ministère de la Santé et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

LA RÉFORME de l'Assurance maladie d'août 2004, instaure notamment le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. Dans ce dispositif, le médecin traitant, choisi librement par le patient, a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. Trois spécialités, dites à *accès direct spécifique*, demeurent toutefois accessibles, sous certaines conditions; il s'agit de la gynécologie, de l'ophtalmologie et de la psychiatrie (encadré 1A).

Cette étude propose une analyse des modes d'accès aux consultations chez les praticiens libéraux de huit spécialités (cardiologie, dermatologie, gynécologie médicale et gynécologie obstétrique, gastro-entérologie, ophtalmologie, ORL, psychiatrie et rhumatologie) à la fin de l'année 2007, près de deux ans après la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie. Elle explore également les caractéristiques des patients *hors parcours* de soins coordonnés et l'opinion des patients, ainsi que celle des spécialistes, sur le dispositif du médecin traitant.

ENCADRÉ 1

Le parcours de soins coordonnés**A. La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie**

Mis en place à partir du 1^{er} janvier 2006 par la loi d'août 2004 réformant l'Assurance maladie, le parcours de soins coordonnés repose sur le principe de la *coordination* des soins centrée autour du rôle du *médecin traitant*.

Ainsi, suivant ce principe, pour tous les patients âgés de 16 ans ou plus, les médecins spécialistes sont accessibles sur *prescription* du médecin traitant. La prescription est entendue comme une *recommandation*, c'est-à-dire qu'elle ne prend pas nécessairement une forme écrite.

Cette règle admet des exceptions :

Deux spécialités sont en *accès direct spécifique* pour certains actes :

- la gynécologie (*accès direct* pour les dépistages périodiques, les contraceptions, les suivis de grossesse et les IVG);
- l'ophtalmologie (*accès direct* pour les prescriptions et renouvellements de lunettes, les dépistages et suivis de glaucome).

L'accès est *direct* :

- en psychiatrie pour les moins de 26 ans;
- en cas d'urgence ou d'éloignement géographique du patient;

- dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une maladie chronique, qu'il s'agisse d'une ALD exonérante ou non.

Pour résumer, **le patient de plus de 16 ans est dans le parcours de soins coordonnés...**

... s'il consulte son médecin traitant ou son remplaçant,

... s'il consulte un spécialiste sur recommandation,

... mais également s'il consulte *directement* un spécialiste :

- en *accès direct* spécifique;
- en cas d'urgence ou de déplacement;
- dans le cadre d'un protocole de soins établi pour une maladie chronique, ALD (exonérante ou non).

B. La gestion du protocole des affections longue durée

Le dispositif des *affections de longue durée* (ALD) a été mis en place dès la création de la Sécurité sociale afin de permettre la prise en charge des patients ayant une maladie chronique comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Une liste établie par décret fixe 30 ALD ouvrant droit à une exo-

nération du ticket modérateur; il existe, par ailleurs, des catégories qui recensent les affections hors liste.

La loi du 13 août 2004 a modifié le régime des ALD. Sa mise en œuvre s'est traduite notamment par la définition, pour tout entrant en ALD, d'un nouveau protocole de soins définissant son parcours de soins. Ce protocole est établi par le médecin traitant, signé par le patient et validé par le médecin-conseil de l'Assurance maladie. En pratique, la quasi-totalité des affections ayant un caractère habituel de gravité (cancers, maladies cardiovasculaires, infection par le VIH, diabète, troubles graves de la santé mentale...) est couverte par le champ des ALD.

Pour les affections de longue durée exonérantes uniquement, une rémunération forfaitaire de 40 euros par an et par patient en ALD est versée au médecin traitant par la caisse d'Assurance maladie. Cette rémunération intègre notamment, au titre de la coordination et du suivi, la rédaction et l'actualisation du protocole de soins en liaison avec le ou les autres médecins qui interviennent dans le suivi de la maladie.

Les données utilisées proviennent de l'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville, qui constitue une source d'information sans précédent sur les consultations et l'activité de ces professionnels de santé. En effet, réalisée au quatrième trimestre 2007, elle a permis d'interroger près de 2 000 spécialistes libéraux de neuf spécialités¹ sur leur activité, elle a couvert 25 000 consultations, et 10 000 patients.

Afin de déterminer comment s'organise l'articulation entre médecin traitant, patient et spécialistes, plusieurs points doivent être préalablement explicités.

La notion de recommandation médicale, utilisée dans l'enquête et sur laquelle repose la coordination par le médecin traitant, est tout d'abord définie. Ensuite, les différentes situations vécues par le patient sont illustrées : certaines le placent d'emblée *dans le parcours* de soins coordonnés (suivis réguliers, urgences, etc.). C'est à partir de ces analyses qu'est déterminée la part des recours *dans le parcours* et *hors parcours*.

Une grande majorité des recours en cardiologie et en gastro-entérologie font suite à la recommandation d'un médecin...

La loi d'août 2004 stipule, sauf exceptions, que la consultation auprès d'un spécialiste libéral doit faire l'objet d'une *prescription préalable* par le médecin traitant pour donner lieu à un remboursement sans pénalité. La loi ne précise pas quelle forme doit prendre cette prescription.

Pour approcher cette notion de *prescription*, l'enquête sur le recours au spécialiste utilise le terme de *recommandation*. Celle-ci peut émaner du médecin traitant, du spécialiste consulté ou d'un autre médecin ; elle peut être écrite ou orale (encadré 2A).

La notion de recommandation présente un inconvénient : elle tend à sous-estimer la recommandation issue du spécialiste consulté

ENCADRÉ 2

La recommandation

A. Les définitions

Pour analyser le mode d'accès des patients aux spécialistes, l'enquête sur le *recours au spécialiste en médecine de ville* a recueilli les témoignages des uns et des autres.

Au patient, il est demandé :

La consultation du < jour/mois > vous a-t-elle été recommandée par quelqu'un ? Oui/Non

Si OUI, cette consultation vous a-t-elle été recommandée par...

1. Un médecin généraliste (y compris médecin du travail ou médecin scolaire) ?
2. Ce < spécialiste >, vous l'aviez déjà vu et il avait souhaité vous revoir ?
3. Un autre médecin spécialiste ?
4. Un médecin hospitalier ?
5. Un autre professionnel de santé (pharmacien, infirmier, sage-femme...) ?
6. L'environnement scolaire ou professionnel (par exemple, un enseignant, un collègue...) ?
7. Un proche, une personne de votre entourage ?
8. Une autre personne ?

Lorsque le patient a déclaré un **médecin traitant** à la Sécurité sociale :

Revenons à la consultation du < jour/mois > en < spécialité > : Est-ce votre **médecin traitant** qui vous a recom-

mandé de consulter en < spécialité > ? Oui/Non/(Ne sait pas)

On distingue donc :

- Les recours recommandés par le médecin traitant ;
- Les recours recommandés par un autre médecin (autre généraliste, le spécialiste, un autre spécialiste, un médecin hospitalier) ;
- Les recours non recommandés médicalement (sans recommandation ou recommandés par une autre personne qu'un médecin).

Au médecin, on demande :

Pour cette consultation, recevez-vous ce patient sur recommandation ?

1. Oui
2. Non, à l'initiative du patient
3. Non, consultation dans le cadre d'un suivi régulier

Si OUI, il s'agit d'une recommandation...

- | | |
|---|---------|
| 1. de son médecin traitant ? | Oui/Non |
| 2. d'un spécialiste ? | Oui/Non |
| 3. d'un autre professionnel de santé ? | Oui/Non |
| 4. à la suite d'un courrier ? | Oui/Non |
| 5. à la suite d'un appel téléphonique ? | Oui/Non |
| 6. à la suite d'une hospitalisation ? | Oui/Non |

1. Outre les huit spécialités citées plus haut, l'enquête interroge également les pédiatres libéraux et leur patientèle. Cette dernière étant essentiellement constituée de patients de moins de 16 ans qui n'entrent pas, en majeure partie, dans le champ du dispositif du médecin traitant : la pédiatrie n'est pas prise en compte dans ces analyses.

L'étude présentée ici s'appuie sur les réponses du patient. La partie ci-dessous propose une comparaison des déclarations des médecins et des patients.

B. 60 % des déclarations concordent entre médecin et patient

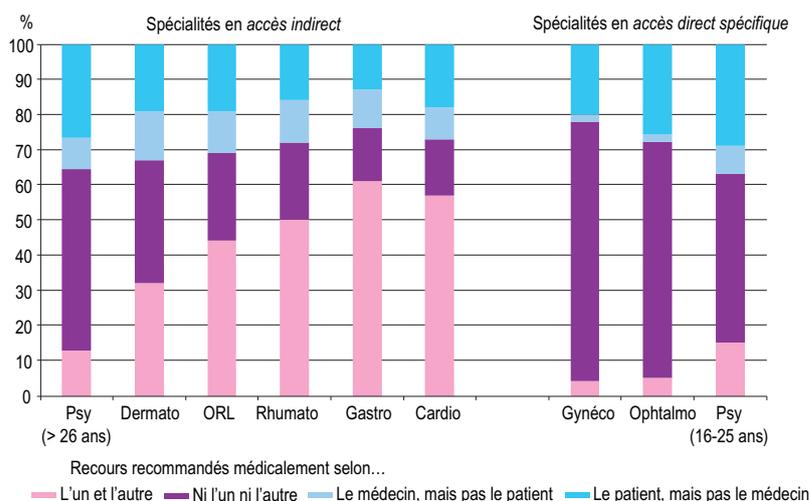
En interrogeant à la fois le médecin et son patient, l'enquête permet de comparer les déclarations des uns et des autres à propos d'une même consultation et de mettre en évidence les convergences ou divergences de leurs représentations : qu'est-ce qu'une recommandation pour un spécialiste ? Pour le patient ? Médecin et patient interprètent-ils ce terme de la même façon ? (graphique)

Les déclarations du patient et celles du médecin concordent pour la majorité des recours. Ainsi, en cardiologie, dans 57 % des cas, ils déclarent tous deux qu'il y a eu au préalable recommandation médicale ; à l'inverse dans 16 % des recours ils s'accordent également, mais pour déclarer qu'il n'y en a pas eu.

Les déclarations des uns et des autres s'opposent plus fréquemment pour les recours en gynécologie (22 %) et en dermatologie (33 %). Remarquons que la question portant

sur la recommandation n'est pas posée de la même façon au médecin et au patient. La question posée au médecin distingue les cas de suivis réguliers, tandis que celle destinée au patient ne les distingue pas. Ainsi, quand le patient déclare qu'il est venu sur recommandation médicale et que le médecin indique le contraire, il apparaît que dans plus de 70 % des cas le patient déclare être suivi régulièrement par ce médecin, lequel a de son côté déclaré qu'il n'y avait pas de recommandation puisqu'il s'agissait d'un suivi régulier.

À cet égard, les cas de suivis réguliers mettent en lumière la difficulté à interpréter la notion de recommandation. Comment le patient se positionne-t-il de ce point de vue lorsque la relation avec son médecin est régulière ? Considère-t-il alors que la recommandation est implicite ou bien doit-elle au contraire être explicite, formelle ? Lorsque le patient se déclare suivi régulièrement par le spécialiste, il ajoute qu'il a été recommandé par ce même praticien dans un cas sur trois (pratiquement jamais lorsqu'il ne s'agit pas d'un suivi régulier)... mais il indique aussi qu'il est recommandé par un généraliste dans la moitié des cas (deux cas sur trois quand il n'est pas suivi régulièrement).



Lecture • En cardiologie, dans 16 % des cas patients et médecins s'accordent pour déclarer que l'accès s'est fait sans recommandation médicale.
Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste sans acte technique lourd.
Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

en cas de suivi régulier. En effet, lorsque le patient consulte régulièrement le spécialiste, la recommandation est le plus souvent informelle : le patient ne déclarera pas, au moment de l'enquête, que le spécialiste lui a « recommandé » de revenir le consulter (encadré 2B)².

Les spécialités en accès indirect et celles en accès direct spécifique se distinguent nettement par la part des recours recommandés médicalement, par le médecin traitant ou par un autre médecin (graphique 1).

Pour les spécialités d'accès indirect, une recommandation médicale précède 70 % des consultations auprès du cardiologue et du gastro-entérologue, 60 % en rhumatologie et ORL³. Pour les dermatologues, 40 % des recours font l'objet d'une recommandation préalable⁴, le plus souvent du médecin traitant, quelle que soit la spécialité.

Pour les spécialités d'accès direct spécifique (gynécologie et ophtalmologie), 20 % des consultations font suite à une recommandation

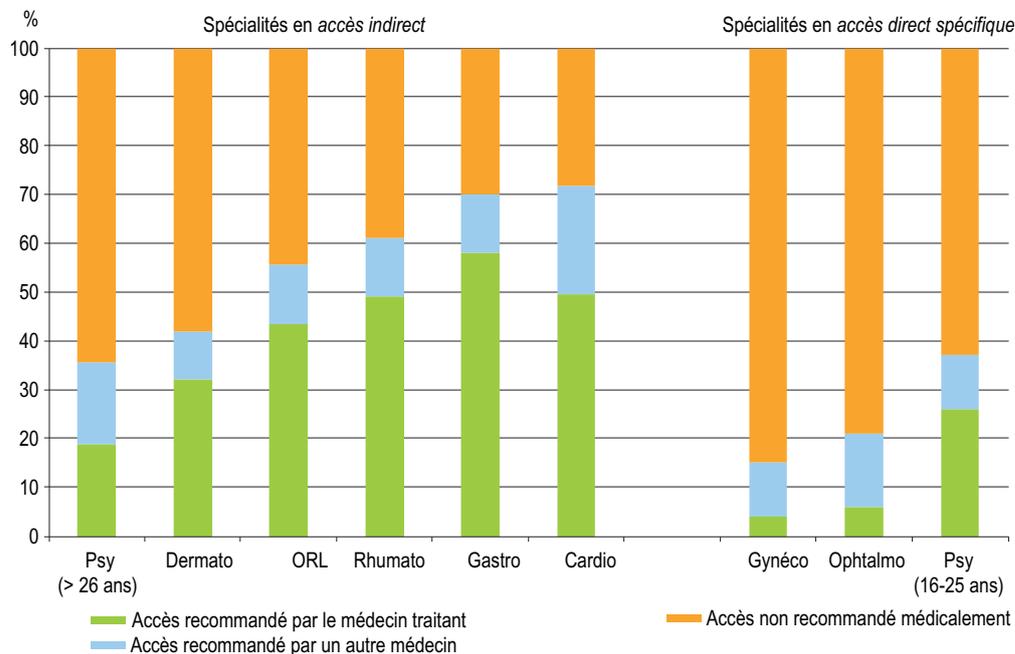
2. Les consultations en psychiatrie, pour la plupart relatives à un suivi régulier, illustrent particulièrement cette difficulté d'interprétation ; sa spécificité rend cette spécialité difficilement comparable aux autres et elle fait l'objet d'une étude particulière dans cet article.

3. Ce résultat peut être mis en regard des conclusions que l'IRDES tire des enquêtes Santé protection sociale de 2004 et 2006. Celles-ci soulignent une nette hausse de l'accès conseillé médicalement à ces spécialités : à titre d'illustration, en cardiologie, 75 % des accès étaient conseillés par un médecin en 2004, ils sont 85 % en 2006.

4. Les enquêtes Santé protection sociale indiquent qu'en dermatologie l'accès non conseillé médicalement a certes diminué entre 2004 et 2006, mais demeure à un niveau élevé (41 %).

GRAPHIQUE 1

Les modes d'accès aux consultations de spécialistes en 2007



Lecture • 28 % de l'ensemble des recours à la consultation de cardiologie ne sont pas recommandés médicalement (déclaration du patient).

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste libéral sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

médicale (laquelle provient surtout du spécialiste consulté).

Les spécialités en *accès indirect* se distinguent clairement les unes des autres par le mode d'accès du patient (venu sur recommandation du médecin traitant, d'un autre médecin ou sans recommandation) selon sa *situation* au moment du recours (encadré 3).

... même en cas d'urgence

C'est sur recommandation médicale que les patients consultent généralement le cardiologue, le gastro-entérologue et le rhumatologue, qu'un médecin traitant soit déclaré ou pas à la Sécurité sociale, que le patient soit suivi par le spécialiste pour une affection chronique ou non, ou que la consultation porte sur une urgence, un dépistage ou toute autre raison.

Les patients ayant recours à ces spécialistes sont le plus souvent recommandés par un autre médecin, même s'ils n'ont pas déclaré de médecin

traitant à la Sécurité sociale ou s'ils les consultent en urgence : par exemple, en cardiologie, seulement 6 % des recours urgents sont recommandés par le médecin traitant mais 81 % le sont par un autre médecin (encadré 4, tableau 1A). Les patients s'adressent plus fréquemment à leur médecin traitant avant de voir le spécialiste pour le suivi de leur affection chronique, pour un dépistage ou pour tout autre cas.

Pour une urgence, les ORL sont consultés sans médiation médicale dans 68 % des cas, dans tous les autres cas, un médecin a recommandé la consultation (le plus souvent le médecin traitant, quand le patient en a déclaré un).

Quelle que soit la situation vécue par le patient, celui-ci consulte un dermatologue le plus fréquemment sans recommandation médicale préalable, y compris s'il s'agit d'un dépistage ou d'un autre motif qu'un problème urgent ou chronique. Rappelons que les dépistages et les problèmes ni urgents ni chroniques correspondent à des recours nécessitant la coordination par le médecin traitant, conformément aux indications de la loi de 2004.

ENCADRÉ 3

Dans quel contexte entre-t-on dans le cabinet du spécialiste ?

Pour une spécialité en accès *indirect* donnée, pour évaluer la proportion de patients *hors parcours* de soins coordonnés, il faut déterminer la proportion de patients répondant à chacune des conditions fixées par la loi de 2004 (encadré 1A). Cela revient à établir le mode d'accès de chaque patient (recommandé par le médecin traitant, par un autre médecin, non recommandé médicalement), à déterminer dans quelle condition il a consulté le spécialiste (pas de médecin traitant déclaré, maladie chronique, urgence, autres cas), puis à confronter ces deux aspects de son recours.

Les résultats de l'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville permettent d'illustrer les conditions stipulées par la loi de 2004. Ainsi, cinq situations ou circonstances sont définies, exclusives les unes des autres : le patient a-t-il déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale ? Si oui, consulte-t-il dans le cadre du suivi d'une affection chronique (exonérante ou non) ? Si non a-t-il consulté le spécialiste en urgence ou lors d'un déplacement géographique ? Si non, la consultation porte-t-elle sur un dépistage ?

Certes, le caractère exclusif de ces questions est artificiel : on peut à la fois être suivi régulièrement par le spécialiste pour une affection chronique et le consulter en urgence (particulièrement en cas de décompensation de l'affection chronique), on peut ne pas avoir déclaré de médecin traitant et consulter le spécialiste en urgence... Mais exclure les situations les unes des autres en définissant des priorités (*d'abord* avoir déclaré un médecin traitant, *puis* souffrir d'une affection chronique, *puis* venir en urgence, etc.) est nécessaire pour définir qui est dans le parcours, qui est en dehors.

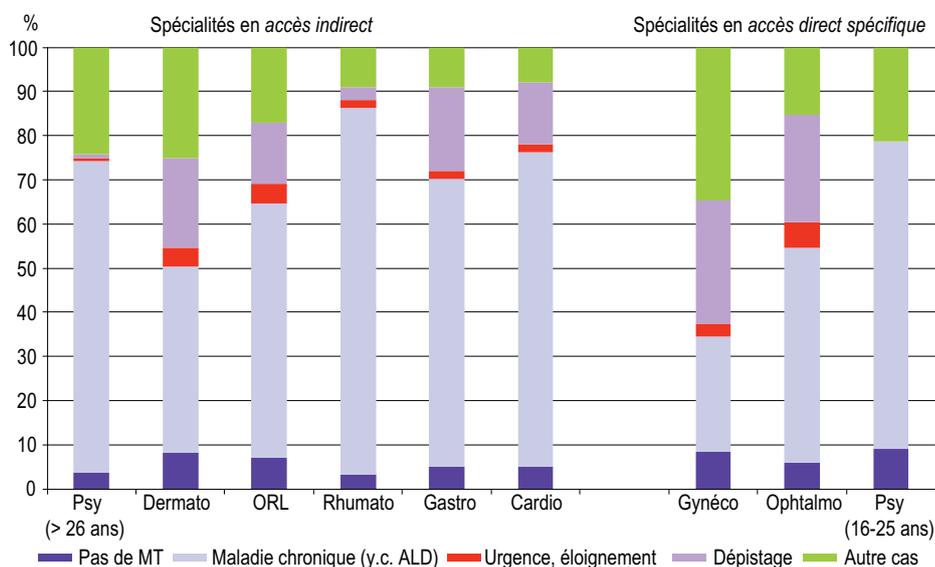
On distinguera donc par la suite cinq types de recours : les consultations relatives à des patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant, celles portant sur le suivi d'une affection chronique (exonérante ou non), les urgences (ou éloignements géographiques), les dépistages et les recours n'entrant dans aucune de ces quatre catégories.

L'examen des différentes situations à l'œuvre dans la relation patient-spécialiste en accès *indirect* (graphique) conduit à distinguer les recours aux cardiologues, gastro-entérologues, ORL, rhumatologues et psychiatres (pour les patients de plus de 26 ans) d'une part, des consultations auprès des dermatologues d'autre part. Les suivis d'affections chroniques représentent la majeure partie des recours aux premiers (plus de 80 % en rhumatologie), tandis que les dermatologues en suivent dans 40 % des cas. Ces derniers voient davantage que leurs confrères des autres spécialités des patients n'ayant pas de médecin traitant (8 % contre moins de 5 % en cardiologie, gastro-entérologie, rhumatologie et psychiatrie), consultant pour une urgence ou dans le cadre d'un déplacement géographique (4 %, contre moins de 2 % pour chacune des quatre spécialités précédentes) ou pour un dépistage (20 % des recours contre 14 % en ORL et cardiologie, 3 % en rhumatologie, pratiquement aucun recours en psychiatrie).

Au total, plus de la moitié des consultations en dermatologie portent sur un motif non urgent et non chronique et impliquent, selon la loi d'août 2004, une recommandation médicale ; cette proportion est proche de 40 % en ORL, de 30 % en gastro-entérologie, psychiatrie (pour les patients de plus de 26 ans) et cardiologie et de 15 % en rhumatologie.

Quant aux spécialités en accès direct spécifique, les psychiatres suivent de jeunes patients déclarant souffrir d'une affection chronique dans quatre cas sur cinq, les ophtalmologistes dans presque un cas sur deux, un cas sur quatre en gynécologie ; ces deux dernières spécialités sont consultées pour un dépistage dans plus d'un cas sur quatre, pratiquement jamais en psychiatrie ; entre 6 % et 9 % de leur patientèle n'a pas déclaré de médecin traitant à la Sécurité sociale. Les urgences représentent 6 % des situations déclarées en ophtalmologie et 3 % en gynécologie, pratiquement aucune en psychiatrie.

La répartition des patients selon la situation vécue lors de la consultation



Lecture • 71 % des recours au cardiologue sont relatifs à des patients suivis pour une affection chronique (déclaration du patient).

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste libéral sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

TABLEAU 1B

Les facteurs explicatifs du type d'accès adopté par le patient

En %

Pour les spécialités en accès direct spécifique:

Facteurs explicatifs			Types d'accès			Gynécologie			Ophtalmologie			Psychiatrie (16-25 ans)		
			Médecin traitant	Autre médecin	Non recommandé (ref)	Médecin traitant	Autre médecin	Non recommandé (ref)	Médecin traitant	Autre médecin	Non recommandé (ref)			
Médecin	Sexe	Homme	4 ref	13 ref	83	6 ref	14 ref	80	33 ref	9 ref	57			
		Femme	4	11	85	5	17	78	19	13	69			
	Zone d'exercice	Commune rurale ou aire urbaine de moins de 50 000 hab.	3 ref	14 ref	83	6 ref	14 ref	80	7 ref	7 ref	87			
		Aire urbaine de 50 à 500 000 hab.	5	12	83	7	16	78	42 *	22	36			
		Aire urbaine de plus de 500 000 hab.	3	12	85	4	16	80	23	7	70			
	Niveau d'activité	Bas	3 ref	11 ref	86	7 ref	13 ref	80	29 ref	0 ref	71			
Médian		4	13	83	4	13	83	34	19	46				
Élevé		4	12	84	6	19 **	75	19	11	70				
Âge	Moins de 35 ans	4	14	82	4	9 **	87	26	11	63				
	De 36 à 50 ans	4	12	85	3	14	83							
	51 ans ou plus	5 ref	9 ref	86	7 ref	18 ref	76							
Sexe	Homme				7 ref	14 ref	78	25 ref	14 ref	61				
	Femme	4	12	84	4 **	16	79	27	10	63				
Enfants à charge	Non	4 ref	12 ref	83	5 ref	15 ref	80	24 ref	6 ref	70				
	Oui	3	11	86	7	16	77	32	21	47				
Actif en emploi	Non	6 *	10	84	7	18	75	23	12	65				
	Oui	3 ref	13 ref	84	4 ref	12 ref	85	32 ref	9 ref	59				
Niveau d'études	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	5 ref	12 ref	83	11 ref	16 ref	74	0 ref	0 ref	100				
	BEPC, CAP, BEP	4	9	87	3 ***	19 *	78	22 ***	0	78				
	Bac ou plus	4	13	83	4 **	13	83	29 ***	17 ***	54				
Situation du patient	A déclaré un médecin traitant :													
		Suivi de maladie chronique	6 ref	20 ref	74	7 ref	21 ref	72	31 ref	11 ref	58			
		Urgence	0	1 **	99	2	11 *	87						
		Dépistage	4 **	9 ***	87	5	9 ***	87						
		Autre situation	3 **	11 ***	86	5	8 ***	88	24	11	65			
	N'a pas de médecin traitant			6 ***	94		19	81		0	100			
Ensemble			4	11	84	6	15	79	26	11	63			

Note • Ce tableau présente conjointement fréquences observées à l'enquête et degré de significativité, c'est-à-dire la marge d'erreur associée à l'effet propre que chaque facteur a sur le mode d'accès au spécialiste (sur recommandation du médecin traitant, d'un autre médecin ou sans recommandation) : à autres caractéristiques comparables, c'est-à-dire toutes choses égales par ailleurs, l'effet propre du facteur considéré est d'autant plus significatif que le nombre d'étoiles figurant dans le tableau est élevé. Lorsqu'aucune étoile n'est figurée, alors l'effet propre n'est pas significatif.

Lecture • 25 % des recours en psychiatrie des personnes âgées de 26 à 35 ans sont recommandés par un médecin (autre que le médecin traitant) ; cette proportion est de 15 % parmi les patients âgés de plus de 51 ans. Avoir de 26 à 35 ans va ainsi de pair avec une consultation préalable chez un autre médecin plus fréquente pour une consultation en psychiatrie ; la marge d'erreur associée à ce facteur est inférieure à 1 %. Par contre, avoir de 36 à 50 ans plutôt que plus de 51 ans n'a pas d'effet propre sur le type d'accès adopté.

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

ENCADRÉ 4

La méthodologie de l'étude

Dans cette étude, le comportement ou l'opinion du patient ou du médecin sont décrits spécialité par spécialité, en fonction des caractéristiques :

- du médecin (sexe, âge, secteur de conventionnement, zone d'exercice, niveau d'activité, statut mixte ou exclusivement libéral, réponse aux demandes urgentes);
- du patient (sexe, âge, souffrant d'une affection de longue durée ou non, bénéficiant de la CMU complémentaire ou non, profession actuellement exercée, niveau d'études, enfants à charge, a déclaré ou non un médecin traitant);
- et de la consultation (motif de recours).

Une modélisation logistique permet de mesurer les effets de chaque variable « toutes choses égales par ailleurs ».

Les tableaux figurent conjointement fréquences observées à l'enquête et degré de significativité, c'est-à-dire la marge d'erreur associée à l'effet propre que chaque facteur a sur tel ou tel type de comportement ou d'opinion (par exemple, pour un patient, accéder au spécialiste sur recommandation du médecin traitant plutôt que sans recommandation médicale, ou bien pour un médecin, juger que ses pratiques se sont améliorées ou pas depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés). À autres caractéristiques comparables, c'est-à-dire « toutes choses égales par ailleurs », l'effet propre du facteur considéré est d'autant plus significatif que le nombre d'étoiles figurant dans le tableau est élevé. Lorsqu'aucune étoile n'est figurée, alors l'effet propre n'est pas significatif au seuil de 10 %. Ne sont présentés dans les tableaux que les caractéristiques les plus significatives.

Sur les graphiques, les recours des 16-25 ans au psychiatre ont été *aggrégés* aux séances des spécialistes en *accès direct spécifique* sachant que, pour ces patients, l'accès au psychiatre est direct sans condition. Les recours des patients de 26 ans ou plus ont été *aggrégés* aux spécialités d'*accès indirect*.

L'étude propose un *indicateur de l'opinion globale des spécialistes* sur l'évolution de leurs pratiques depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. Cet indicateur synthétique est constitué à partir de l'opinion sur l'évolution de la *qualité du suivi médical* des patients, de la *qualité des courriers reçus* de la part des médecins traitants, de la *facilité associée aux actions de prévention* et à la *gestion du protocole de soins ALD*. Les résultats commentés ici et s'appuyant sur cet indicateur reposent sur une analyse logistique et s'entendent donc à *autres caractéristiques fixées*.

Pour les spécialités en *accès direct spécifique*, les recours sont majoritairement non recommandés quelle que soit la situation vécue par le patient (tableau 1B). Signalons qu'en gynécologie, la plupart des recours non recommandés médicalement correspondent à une consultation de dépistage, un suivi de grossesse ou de contraception – ces actes font partie des actes spécifiques qui induisent l'*accès direct* à la consultation gynécologique selon la loi de 2004.

En ophtalmologie, lorsque les patients souffrent de troubles de la réfraction impliquant un contrôle de la vue, ils consultent l'ophtalmologiste sans recommandation médicale dans presque 90 % des cas ; lorsqu'ils souffrent d'un glaucome, dans un cas sur trois ils consultent un premier médecin avant de contacter l'ophtalmologiste, alors qu'il s'agit d'un motif de consultation en *accès direct*.

Moins de 10 % des consultations en cardiologie, gastro-entérologie et rhumatologie sont hors parcours, mais plus d'une consultation sur trois en dermatologie

On retient lors de cette étude une définition large du parcours de soins : les patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant à la sécurité sociale sont considérés *hors parcours* au même titre que ceux consultant un spécialiste sans recommandation médicale (ni du médecin traitant ni d'un autre médecin), pour un motif ne relevant ni d'un suivi de maladie chronique ni d'une urgence.

Suivant cette définition, en ORL, 18% des recours peuvent être considérés *hors parcours* et 34% en dermatologie. En revanche, en gastro-entérologie, cardiologie et rhumatologie, moins de 10% des recours s'inscrivent *hors parcours* (graphique 2).

Si l'on avait retenu une définition plus stricte du parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire

en excluant les recommandations émanant d'un autre médecin que le médecin traitant, alors on serait parvenu à des proportions de 2% à 4% plus élevées.

Les jeunes et les actifs en emploi se positionnent plus souvent hors parcours de soins

Les jeunes patients et les actifs en emploi (cadres ou exerçant une profession intermédiaire) sont plus souvent *hors parcours* pour la plupart des disciplines consultées (tableau 2). Ce constat complète les conclusions des études antérieures : au début des années 1990, l'enquête Santé, avait démontré que les patients qui consultaient en *accès direct* un spécialiste étaient d'un niveau social élevé [Breuil-Genier, 2000]. L'enquête Santé protection sociale de 2006, peu après la mise en place de la réforme, signale que les ménages les plus aisés ont une probabilité

plus élevée que les autres d'accéder *directement* au spécialiste, toutes choses égales par ailleurs.

En ORL 31% des patients de moins de 35 ans sont considérés *hors parcours*, tandis que ceux de plus de 51 ans sont 13%. À genre, activité et situation familiale comparables, les jeunes patients sont plus souvent *hors parcours* (de l'ordre de 20% de plus que leurs aînés).

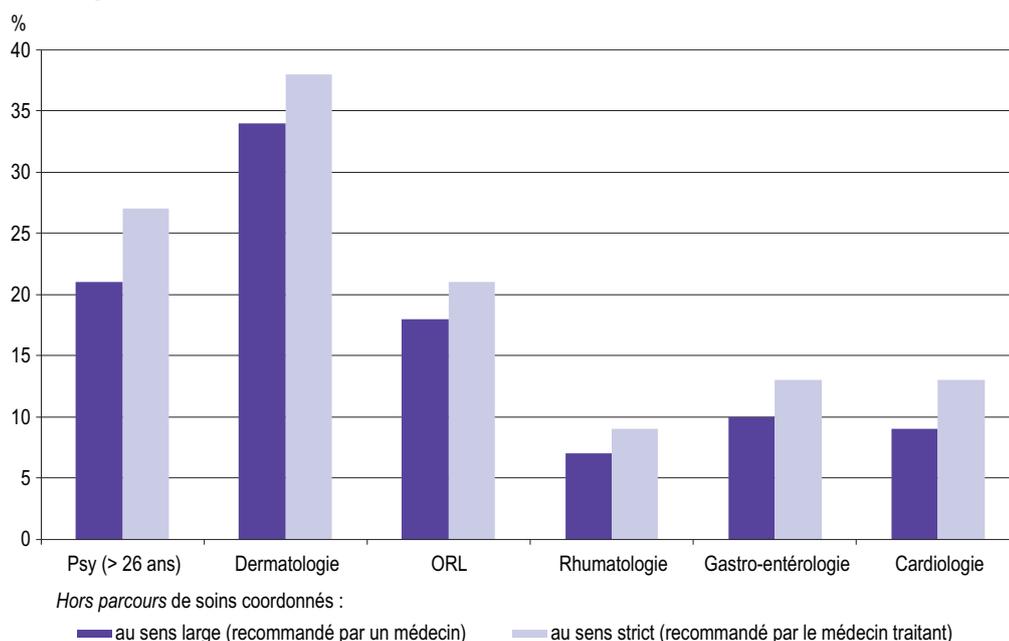
En rhumatologie, cardiologie et surtout gastro-entérologie, les hommes se positionnent *hors parcours* plus souvent que les femmes.

La plupart des patients hors parcours se disent prêts à être moins bien remboursés

De 60% à 70% des patients *hors parcours* pour une spécialité en *accès indirect* déclarent savoir ou penser qu'ils auraient dû consulter

GRAPHIQUE 2

La proportion de consultations *hors parcours* de soins coordonnés selon les spécialités



Lecture • 34% des consultations auprès du dermatologue sont *hors parcours* si l'on retient une définition large de la coordination, 27% si l'on adopte une définition stricte (c'est-à-dire coordination par le seul médecin traitant).

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste libéral sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

TABLEAU 2

Les proportions de consultations *hors parcours* en fonction des caractéristiques du patient

En %

		Psychiatrie (>26 ans)	Dermatologie	ORL	Rhumatologie	Gastro-entérologie	Cardiologie
Âge	Moins de 35 ans	23	35	31 ***	8	20 ***	24 ***
	36 à 50 ans	25	41 **	22 ***	8	10	8
	51 ans ou plus	16 ref	31 ref	13 ref	7 ref	7 ref	8 ref
Sexe	Homme	20 ref	35 ref	19 ref	10 ref	13 ref	10 ref
	Femme	21	34	17	6 *	8 **	8 *
Situation professionnelle actuelle	Cadre ou profession intermédiaire	27 ref	36 ref	22 ref	12 ref	15 ref	14 ref
	Employé, ouvrier	20 **	35	18	7	8 **	8 *
	N'occupant pas d'emploi	10 ***	33	16	6 *	8	8 ***
Enfants à charge	Aucun	20 ref	34 ref	18 ref	8 ref	10 ref	8 ref
	Au moins un enfant	22	37	19	6	10	11 ***
Ensemble		21	34	18	7	10	9

Lecture • 10 % des recours en psychiatrie des personnes n'occupant pas d'emploi (retraités, chômeurs, étudiants, etc.) sont *hors parcours*; cette proportion est de 27 % parmi les cadres et les professions intermédiaires.

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste en *accès indirect* sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

TABLEAU 3

Dans quelles conditions les patients se positionnent-ils *hors parcours* (au sens large) ?

En %

		Le patient savait que pour ce type de consultation il devait consulter un médecin traitant avant de consulter ce spécialiste	Le patient a consulté ce spécialiste sans voir de médecin traitant auparavant alors qu'il savait qu'il devait le faire parce que...			
			... il voulait gagner du temps	... il était prêt à être moins bien remboursé pour la consultation	... il lui aurait coûté plus cher de consulter le MT auparavant	... sa mutuelle rembourse tous les frais médicaux, y compris quand il ne respecte pas le parcours de soins
Médecin	Spécialité	Psychiatrie (> 26 ans)	47 **	88 ***	31 **	24 **
		Dermatologie	63	72 *	82 ***	23
		ORL	59	59	63	15
		Rhumatologie	66	75 **	80 ***	15
		Gastro-entérologie	68	52	75 **	8
		Cardiologie	60 ref	51 ref	39 ref	23 ref
Patient	Âge	Moins de 35 ans	59	64	85	14
		De 36 à 50 ans	64	78 ***	63	18
		51 ans ou plus	59 ref	53 ref	65 ref	24 ref
	Sexe	Homme	64 ref	69 ref	64 ref	20 ref
		Femme	57	58	79 **	18
	Enfants à charge	Non	62 ref	59 **	71 ref	16 **
		Oui	58 ref	77 ref	68 ref	27 ref
	Profession exercée	Cadre, profession intermédiaire	65 ref	66 ref	71 ref	19 ref
		Ouvrier, employé	56	66	74	12 *
		N'occupant pas d'emploi	57	58	68 *	25
	Niveau d'études	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	51 *	57	36 ***	33 **
		BEPC, CAP, BEP	56	61	60 ***	22 *
Bac ou plus		64 ref	66 ref	80 ref	16 ref	

Lecture • 64 % des consultations des hommes *hors parcours* sont relatives aux patients déclarant qu'en procédant ainsi ils savaient ou pensaient qu'ils auraient dû consulter le médecin traitant auparavant. Parmi eux, 64 % l'expliquent en déclarant qu'ils étaient prêts à être moins bien remboursés; cette dernière proportion est de 79 % parmi les femmes.

Champ • Recours hors parcours au cabinet du spécialiste en *accès indirect* sans acte technique lourd. La question relative au gain de temps n'était pas posée aux patients de psychiatrie.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

un médecin traitant auparavant pour être normalement remboursés⁵ (tableau 3).

Au moment du recours, les patients qui savent ou pensent être *hors parcours* se disent prêts à être moins bien remboursés et évoquent également le souhait de gagner du temps ; c'est particulièrement le cas pour les consultations en dermatologie et rhumatologie.

Huit patients sur dix âgés de 35 à 50 ans ou ayant des enfants à charge déclarent avoir manqué de temps lorsqu'ils consultent en premier recours. Les actifs en emploi ne déclarent pas beaucoup plus souvent que les autres vouloir gagner du temps ou être prêts à un moindre remboursement⁶.

Ce sont principalement les jeunes adultes et les femmes qui se déclarent prêts à être moins bien remboursés.

Un patient sur quatre (en psychiatrie) et la moitié (en cardiologie) pense que leur mutuelle prend en charge les pénalités de la consultation *hors parcours*. Or les contrats proposés par les mutuelles sont des *contrats responsables* : les mutuelles ne sont pas habilitées à prendre en charge les pénalités occasionnées par le non-respect du parcours de soins coordonnés. Ainsi, une proportion non négligeable de patients est dans une relative ignorance du fonctionnement de leur mutuelle et des montants qui leur sont remboursés.

Les patients déclarent peu fréquemment que cela leur aurait coûté plus cher de respecter le parcours de soins coordonnés, par exemple parce que leur mutuelle ne rembourse pas les dépassements d'honoraires de leur médecin traitant.

La psychiatrie : un parcours de soins à part

La psychiatrie constitue une spécialité particulière par la population de ses patients : par rapport aux patients consultant les autres spécialités enquêtées, les patients des psychiatres vivent plus souvent seuls, exercent

plus fréquemment une profession (notamment cadre supérieur ou profession intermédiaire), sont plus souvent diplômés de l'enseignement supérieur (Bac + 2, 2^e ou 3^e cycle de l'enseignement supérieur), vivent davantage dans un pôle urbain de très grande taille.

Les caractéristiques de la prise en charge distinguent nettement les consultations psychiatriques de celles des autres spécialités : la pratique d'un acte technique y est rare, les patients sont vus à la fois de façon plus régulière et plus fréquente ; ainsi, 35 % des recours en psychiatrie sont au moins hebdomadaires, tandis que cette proportion est pratiquement nulle pour les autres spécialités enquêtées. Ces derniers s'estiment-ils recommandés par leur psychiatre dans le cadre de ce suivi ? Quel est le point de vue du psychiatre ? L'un et l'autre correspondent-ils ?

La plupart des patients consultant un psychiatre considèrent être suivis régulièrement par celui-ci, qu'ils le voient chaque semaine (96 %) ou moins souvent (93 %). La notion de recommandation prend ici une tournure particulière puisque seulement 13 % de ceux qui consultent au moins une fois par semaine se disent recommandés par le psychiatre⁷, soit autant que lorsqu'ils le rencontrent moins fréquemment.

Lorsqu'ils déclarent rencontrer le patient une fois ou plus chaque semaine, les psychiatres évoquent un suivi régulier dans 69 % des cas (57 % quand les rencontres sont moins fréquentes ou occasionnelles) et une recommandation dans 18 % des cas. Pour 13 % de ces recours fréquents, le psychiatre répond qu'il s'agit d'un recours non recommandé.

Ainsi, compte tenu de ces difficultés d'interprétation, si l'on cherche à évaluer la proportion de recours hors parcours de soins coordonnés des patients de plus de 26 ans en psychiatrie, en adoptant la même méthode que pour les autres spécialités enquêtées, il résulte que 4 % correspondent à des patients qui n'ont pas déclaré de médecin traitant ; 21 % concernent des patients qui en ont déclaré un mais qui signalent qu'ils ne sont pas recommandés par ce médecin traitant, pour une consultation qui ne relève ni d'une urgence, ni d'un suivi régulier selon le psychiatre⁸.

5. La même question a été posée aux patients consultant en ophtalmologie et gynécologie sans recommandation médicale préalable et hors situation particulière : 15 % déclarent qu'ils savaient ou pensaient qu'ils auraient une pénalité.

6. Ces résultats sont confirmés à autres caractéristiques comparables (c'est-à-dire à spécialité, secteur de conventionnement du spécialiste, âge du patient, enfants à charge et niveau d'études identiques).

7. 36 % par un médecin, qu'il s'agisse du médecin traitant, du psychiatre ou d'un autre praticien.

8. 17 % si l'on ne restreint pas la notion de recommandation au seul médecin traitant mais l'étend au contraire à tout praticien. La proportion de recours hors parcours atteint alors 21 % des consultations en psychiatrie des plus de 26 ans.

80 % des patients consultent leur médecin traitant avant un spécialiste...

L'enquête «recours au spécialiste en médecine de ville» a également recueilli les avis des uns et des autres sur le dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. Toutes spécialités confondues, la majorité des patients déclarent consulter leur médecin traitant avant un spécialiste (tableau 4).

75 % des patients consultent au préalable leur médecin traitant pour les recours en dermatologie, gynécologie et ophtalmologie, ils sont 85 % à respecter ce principe pour les recours en cardiologie, gastro-entérologie, ORL, psychiatrie et rhumatologie.

Parmi les patients qui ont déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale, les plus âgés disent avoir l'habitude de passer par leur médecin traitant avant un recours (83 % des plus de 51 ans et 72 % des moins de 35 ans) : à autres caractéris-

TABLEAU 4

Les principaux facteurs associés au comportement du patient vis-à-vis du parcours de soins coordonnés

En %

			A l'habitude de... ... demander son avis à son médecin traitant avant de consulter un spécialiste		Juge utile de...	
Contexte	Spécialité	Psychiatrie (> 26 ans)	83		62	*
		Dermatologie	76	***	52	***
		ORL	86		59	***
		Rhumatologie	86		61	***
		Gastro-entérologie	88	*	66	
		Cardiologie	85	ref	72	ref
		Gynécologie	71	***	52	***
		Ophtalmologie	77	***	62	***
		Secteur de conventionnement du médecin traitant	Secteur 1	82	ref	60
Secteur 2	74		***	57		
Ne sait pas	75		***	63	**	
Âge	Moins de 35 ans	72	***	57		
	De 36 à 50 ans	81		56		
	51 ans ou plus	84	ref	64	ref	
Sexe	Homme	82	ref	69	ref	
	Femme	79	*	57	***	
Bénéficiaire de la CMU complémentaire	Non	80	ref	60	ref	
	Oui	78		66	**	
Espace géographique	Hors pôle urbain	84	ref	61	ref	
	Pôle urbain	79	***	60		
Enfants à charge	Pas d'enfant	81	ref	60	ref	
	1 enfant ou plus	79	***	62		
ALD	Non	80	ref	58	ref	
	Oui	80	***	67		
Profession exercée	Cadre, profession intermédiaire	78	ref	56	ref	
	Ouvrier, employé	80		58	*	
	N'occupant pas d'emploi	82		65	***	
Niveau d'études	Aucun diplôme ou certificat d'études primaires	85	***	67	**	
	BEPC, CAP, BEP	82	**	60		
	Bac ou plus	77	ref	58	ref	
Ensemble			80		60	

Lecture • 72 % des recours des 16-35 ans ayant déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale sont relatifs à des patients déclarant avoir l'habitude de demander l'avis de ce dernier avant de consulter un spécialiste. Cette proportion est de 84 % parmi les plus de 65 ans.

Champ • Recours au cabinet du spécialiste sans acte technique lourd, pour des patients ayant déclaré un médecin traitant à la sécurité sociale.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

tiques comparables, ils ont une probabilité de 5% plus élevée que leurs benjamins de consulter couramment leur médecin traitant avant de se rendre chez un spécialiste. Cette pratique est plus habituelle pour les patients dont le médecin traitant pratique les tarifs de la sécurité sociale (82% contre 74% en secteur 2). Il en est de même pour les personnes peu diplômées (85% de ceux qui ne déclarent avoir aucun diplôme ou certificat d'études primaires, contre 77% des bacheliers). C'est également le cas, mais dans une moindre mesure, des personnes qui n'ont pas d'enfants.

...mais près de 40 % ne jugent pas cela utile

Trois patients sur cinq estiment qu'il est utile de consulter le médecin traitant avant de voir un spécialiste. Parmi eux, 67% déclarent en avoir l'habitude.

Cette déclaration est d'autant plus fréquente que le patient interrogé a consulté un cardiologue (72%) et l'est d'autant moins qu'il a consulté un dermatologue ou un gynécologue (52%). D'ailleurs, un quart des patients ayant consulté l'une ou l'autre de ces dernières spécialités jugent que cela n'est «pas du tout» utile.

Les femmes émettent moins souvent un avis favorable (57% contre 69% des hommes) à la consultation préalable chez un médecin traitant. C'est également le cas des patients favorisés socialement : 58% de ceux qui ont un niveau d'études équivalent au Bac ou plus, 60% de ceux qui ne bénéficient pas de la CMU complémentaire, 56% des cadres et des personnes exerçant une profession intermédiaire.

Les spécialistes dont l'accès à la consultation est devenu indirect jugent leur pratique plus difficile

Au cours de la préparation de l'enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville, les représentants des spécialités dont les conditions d'accès ont évolué avec la loi de 2004 ont souhaité que leurs confrères enquêtés puissent donner leur avis sur l'évolution de leurs pratiques depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés : les opinions doivent être resituées dans le contexte de mécontentement des spécialistes particulièrement touchés par la réforme de l'Assurance maladie, tels que les dermatologues, ORL et rhumatologues (encadré 5).

ENCADRÉ 5

L'opinion des spécialistes

Le questionnaire *Activité* destiné aux médecins déclinait 5 questions d'opinion sous la forme suivante :

Depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés...

...considérez-vous que le <i>suivi médical</i> de vos patients est...	...bien meilleur/un peu meilleur/ni meilleur ni moins bien qu'auparavant/de qualité un peu moindre/de qualité bien moindre/sans opinion ?
...constatez-vous que, globalement, les <i>échanges avec les médecins traitants</i> de vos patients sont...	...beaucoup plus nombreux/un peu plus nombreux/ni plus ni moins nombreux/un peu moins nombreux/beaucoup moins nombreux/sans opinion ?
...constatez-vous que, globalement, les courriers que vous recevez de la part des médecins traitants de vos patients sont...	...beaucoup plus informatifs/un peu plus informatifs/rien n'a changé/un peu moins informatifs/beaucoup moins informatifs/sans opinion ?
...estimez-vous que les <i>actions de prévention</i> pour vos patients sont...	...nettement facilitées/rendues un peu plus faciles/inchangées/rendues un peu plus difficiles/rendues beaucoup plus difficiles/sans opinion ?
...c'est le médecin traitant qui déclare le <i>protocole de soins pour les ALD</i> . Concernant la <i>gestion</i> du protocole de soins, cette modalité l'a-t-elle...	...nettement facilitée/rendue un peu plus facile/inchangée/rendue un peu plus difficile/rendue beaucoup plus difficile/sans opinion ?

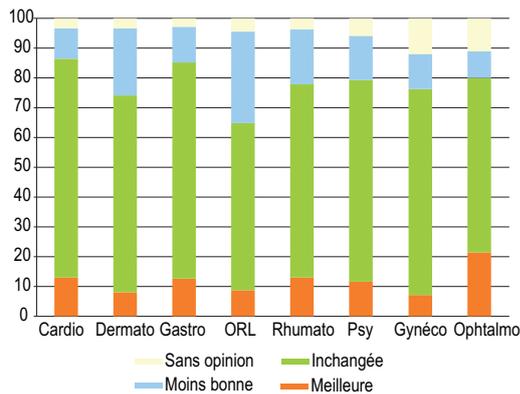
GRAPHIQUES 3

L'opinion des spécialistes sur...

En %

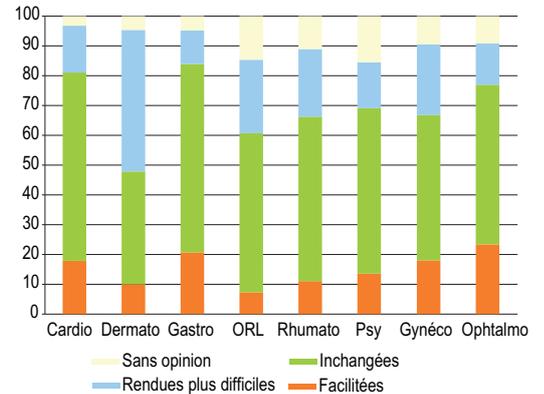
GRAPHIQUE 3A

la qualité du suivi médical de leurs patients



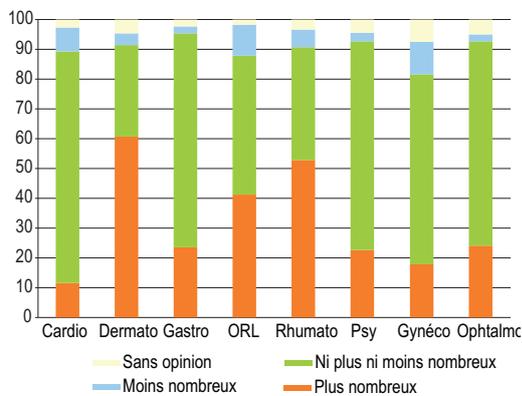
GRAPHIQUE 3D

les actions de prévention



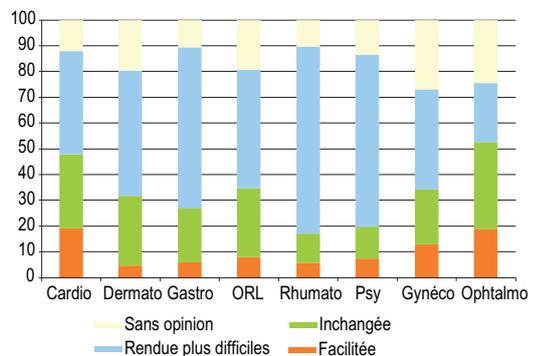
GRAPHIQUE 3B

le nombre des échanges avec les médecins traitants



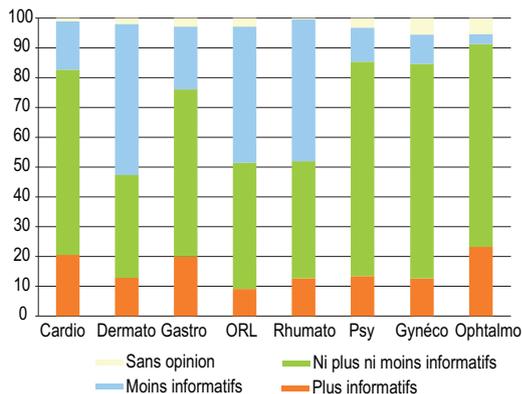
GRAPHIQUE 3E

la gestion du protocole ALD



GRAPHIQUE 3C

les courriers reçus de la part des médecins traitants



Lecture • 13% des cardiologues enquêtés jugent que le *suivi médical* de leurs patients est meilleur depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés.

Champ • Recours des patients de 16 ans ou plus au cabinet du spécialiste sans acte technique lourd.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

Dans 60% des cas, les praticiens des spécialités enquêtées estiment que la mise en place du parcours de soins coordonnés n'a pas eu de conséquence sur la qualité du *suivi médical* de leurs patients (graphique 3A). Cette proportion varie peu d'un spécialiste à l'autre. Les spécialistes qui jugent le suivi médical de leurs patients moins bon depuis la mise en place du parcours de soins sont en particulier les ORL (31% contre 9% d'opinions favorables), les dermatologues (23% contre 8%) et les rhumatologues (19% contre 13%).

60% des cardiologues, gastro-entérologues, psychiatres, gynécologues et ophtalmologistes estiment que les *échanges avec les médecins traitants* ne sont ni plus ni moins nombreux

qu'avant et que la qualité des *courriers reçus de la part de ces derniers* est inchangée (graphiques 3B et 3C) Par contre, 40% à 60% des dermatologues, ORL et rhumatologues jugent les échanges plus nombreux et les courriers moins informatifs⁹.

Près de la moitié des dermatologues estiment que leurs *actions de prévention* sont rendues plus difficiles par la mise en place du parcours de soins coordonnés (graphique 3D). En revanche, l'ensemble des spécialistes interrogés estiment que leurs actions de prévention ne sont ni plus faciles ni plus difficiles qu'avant.

Pour les gastro-entérologues, la mise en place du dispositif du médecin traitant coïncide avec

9. La recommandation prend parfois une tournure très impersonnelle, sans précision ni de la raison pour laquelle le médecin traitant recommande de consulter le spécialiste, ni de l'identité du spécialiste à consulter : simplement un « bon pour... ».

TABLEAU 5

Les principaux facteurs associés à l'opinion des médecins

En %

		Globalement, les spécialistes estiment que, depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés, les pratiques...						Sans opinion (ref)
		... se sont améliorées		... sont inchangées		... se sont détériorées		
Spécialité	Cardiologie	18	ref	57	ref	21	ref	5
	Dermatologie	9	***	41	***	42		7
	Gastro-entérologie	15		53		27		5
	ORL	8	***	45	***	37		10
	Rhumatologie	11	**	43	**	40		6
	Psychiatrie	11	***	52	***	27	**	10
	Gynécologie	13	***	53	***	21	***	14
	Ophtalmologie	22	***	53	***	12	***	13
Âge	Moins de 48 ans	15	*	50		27		9
	De 49 à 53 ans	15	*	46		28	**	10
	De 54 à 58 ans	11		54	**	27	***	8
	59 ans ou plus	13	ref	53	ref	23	ref	11
Sexe	Homme	15	ref	50	ref	26	ref	9
	Femme	11	***	51		28		10
Secteur de conv.	Secteur 1	15	ref	50	ref	26	ref	9
	Secteur 2	12		51	***	28	***	9
Statut	Libéral exclusif	15	ref	51	ref	26	ref	9
	Mixte	13	**	50	**	27		10
Zone d'exercice	Commune rurale ou aire urbaine de moins de 50 000 hab.	15	ref	53	ref	24	ref	8
	Aire urbaine de 50 000 à 500 000 hab.	14		49		28		9
	Aire urbaine de + de 500 000 hab.	13		50	***	26	*	10
Niveau d'activité	Bas	13	***	51	***	24	***	12
	Médian	15		50	***	26	***	9
	Élevé	13	ref	51	ref	29	ref	6
Réponses aux demandes urgentes	Inférieures à la moyenne de la spécialité	13	ref	51	ref	25	ref	10
	Supérieures à la moyenne de la spécialité	15	**	50	*	28	***	8

Lecture • 9% des dermatologues estiment que, globalement, les pratiques se sont améliorées depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés. Cette proportion est de 18% parmi les cardiologues.

Champ • Spécialistes libéraux exerçant en France métropolitaine en octobre 2007.

Sources • Enquête sur le recours au spécialiste en médecine de ville (DREES, 2007).

celle du plan cancer colorectal. Si ces praticiens sont plus nombreux à juger que leurs actions de prévention sont facilitées, il est impossible de distinguer ce qui relève de l'effet de ce plan de ce qui est dû à la mise en place du parcours de soins coordonnés.

En ce qui concerne l'évolution de la *gestion du protocole de soins pour les ALD* depuis la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie (encadré 1B), l'ensemble des praticiens enquêtés émettent un jugement défavorable dans la moitié des cas, particulièrement en rhumatologie, gastro-entérologie et psychiatrie et dans une moindre mesure en dermatologie et ORL (graphique 3E). Pendant la préparation de la loi de 2004, lorsqu'il a été question d'attribuer au médecin traitant l'établissement du protocole de soins ALD, les représentants de toutes les spécialités, y compris des généralistes, s'y étaient opposés.

À titre de comparaison, les généralistes interrogés sur le dispositif du médecin traitant, sont entre 30% et 40% à juger qu'il leur est plus facile de connaître le parcours de soins de leurs patients et 60% estiment que le dispositif du médecin traitant ne conduit pas à une meilleure

définition du partage des rôles entre spécialistes et généralistes [Bournot *et al.*, 2008].

Les praticiens les plus actifs expriment davantage de mécontentement

Prendre en compte les différents sujets d'opinion revient à tester un *indicateur d'opinion globale* sur les effets de la réforme de l'Assurance maladie; aucune question n'a été jugée *a priori* plus importante que les autres.

Outre les spécialités qui se démarquent nettement les unes des autres, d'autres caractéristiques contribuent à expliquer l'opinion plus ou moins positive que les médecins portent sur l'évolution globale de leurs pratiques.

Les spécialistes émettent une opinion d'autant moins favorable sur l'évolution des pratiques depuis la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés que ce sont des femmes¹⁰, qu'ils exercent en secteur 2 ou qu'ils ont un niveau d'activité élevé (tableau 5).

10. Les femmes sont ainsi moins susceptibles d'émettre un jugement favorable (5% de moins que les hommes).

Pour en savoir plus

- Boisguérin B., Raynaud D., Breuil-Genier P., 2006, « Les trajectoires de soins en 2003 », *Études et résultats*, DREES, n° 463. [Consulter l'article](#)
- Bournot M-C., Goupil M-C., Tuffreau F., 2008, « Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié », *Études et résultats*, DREES, n° 649. [Consulter l'article](#)
- Breuil-Genier P., 2000, « Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent », *Insee Première*, INSEE, n° 709. [Consulter l'article](#)
- CNAMTS, Point mensuel, 23 janvier 2007, « En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs ».
- Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C., 2007, « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 124. [Consulter l'article](#)
- Gouyon M., 2009, « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale », *Études et résultats*, DREES, n° 698. [Consulter l'article](#)
- Le Fur P., Lengagne P., 2006, « Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 106. [Consulter l'article](#)
- Le Fur P., Yilmaz E., 2008, « Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie », IRDES, *Questions d'économie de la santé*, n° 134. [Consulter l'article](#)

DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

Directrice de publication: Anne-Marie Brocas
Secrétariat de rédaction: Élisabeth Hini; Mise en page: La Souris

ISSN: 1958-587X
