

## **Choisir d'avoir un médecin référent**

**une analyse réalisée à partir du premier dispositif  
mis en place début 1998**

Fabienne Aguzzoli  
Anne Aligon  
Laure Com-Ruelle  
Laurence Frérot

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

---

**Rapport n° 486 (biblio n° 1281) Novembre 1999**

---

Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.  
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-247-X

## Remerciements

---

*Nous tenons à remercier :*

- ◆ Agnès Bocognano et Dominique Polton pour leur relecture attentive et leurs remarques,
  - ◆ Agnès Bocognano, Philippe Le Fur, Dominique Polton et Nadine Raffy-Pihan qui ont collaboré à l'élaboration du protocole initial général d'évaluation de l'option conventionnelle,
  - ◆ Marie-Odile Safon pour les recherches bibliographiques,
  - ◆ *Céline Arnoux* qui a réalisé la composition et la mise en page de ce rapport.
-



## ***Sommaire***

---



<b>INTRODUCTION</b> .....	3
<b>CHAPITRE 1</b>	
<b>CADRE DE L'ÉTUDE</b> .....	5
1.1 Le dispositif de l'option conventionnelle « médecin référent » .....	7
1.2 Le protocole initial d'évaluation .....	9
1.2.1 <i>L'architecture globale du protocole d'évaluation</i> .....	9
1.2.2 <i>Le recueil des prestations d'Assurance maladie</i> .....	10
1.3 Les données .....	11
1.3.1 <i>Les prestations d'Assurance maladie</i> .....	11
1.3.2 <i>Les données d'enquête ménage</i> .....	12
<b>CHAPITRE 2</b>	
<b>CARACTÉRISTIQUES ET HABITUDES DE CONSOMMATION DES PERSONNES AYANT CHOISI UN MÉDECIN RÉFÉRENT (DONNÉES CPAM)</b> .....	15
2.1 Les caractéristiques des bénéficiaires optants .....	17
2.1.1 <i>Les caractéristiques démographiques des bénéficiaires optants</i> .....	17
2.1.2 <i>Les caractéristiques de protection sociale des bénéficiaires optants</i> .....	20
2.2 Les déterminants de l'adhésion des bénéficiaires au dispositif de médecin référent .....	22
2.2.1 <i>Méthode d'analyse</i> .....	22
2.2.2 <i>Les résultats</i> .....	24
2.3 Le comportement de consommation médicale de ville préalable au dispositif de « médecin référent » .....	27
2.3.1 <i>Choix méthodologiques</i> .....	27
2.3.2 <i>Structure par poste de la dépense annuelle moyenne en ambulatoire</i> .....	28
2.3.3 <i>Variabilité des écarts de dépenses entre optants et non optants</i> .....	30
2.4 Les médicaments génériques et les équivalents thérapeutiques moins onéreux .....	32
2.4.1 <i>Les données et les réserves méthodologiques</i> .....	32
2.4.2 <i>Les équivalents thérapeutiques moins onéreux</i> .....	32
2.4.3 <i>Les génériques</i> .....	34
2.5 La fidélité à un médecin généraliste .....	36
2.5.1 <i>L'intensité de recours au médecin généraliste et la notion de fidélité</i> .....	36
2.5.2 <i>La répartition des patients selon leur fidélité à un généraliste</i> .....	38
<b>CHAPITRE 3</b>	
<b>LA PORTÉE DE L'INFORMATION ET LES MOTIVATIONS À LA SIGNATURE D'UN CONTRAT DE SUIVI MÉDICAL (DONNÉES ESPS)</b> .....	45
3.1 Caractéristiques de la population des « non optants » et des « optants » .....	47
3.2 La connaissance du système de médecin référent avant l'enquête .....	47
3.2.1 <i>Taux de patients non optants informés de l'existence du contrat de suivi médical avant l'enquête</i> .....	47
3.2.2 <i>Les sources d'information sur l'existence du contrat de suivi médical</i> .....	49

3.3	L'éventualité d'une adhésion au contrat de suivi médical .....	52
3.3.1	<i>Facteurs influençant la signature d'un contrat de suivi médical</i> .....	52
3.3.2	<i>Raisons d'une adhésion éventuelle et motifs de refus</i> .....	55
3.3.3	<i>Motifs d'adhésion ou de refus selon les caractéristiques individuelles des patients non optants</i> .....	57
3.3.4	<i>Les raisons évoquées par les personnes préalablement informées selon les sources d'information</i> .....	63
3.4	La continuité des soins et le circuit des patients .....	64
3.4.1	<i>Patients non optants déclarant avoir un généraliste habituel</i> .....	64
3.4.2	<i>Le circuit des patients non optants dans le système de soins</i> .....	65
3.4.3	<i>L'usage du carnet de santé</i> .....	69
3.5	La permanence des soins et la pratique d'actes techniques spécialisés .....	71
3.5.1	<i>L'information sur la démarche à suivre en cas d'absence de leur généraliste habituel : la majorité des patients son informés</i> .....	71
3.5.2	<i>Quels sont les cas qui occasionnent le plus souvent les rares infidélités au médecin traitant ?</i> .....	72
3.5.3	<i>La pratique et le conseil d'actes techniques spécialisés et actes de prévention par le généraliste</i> .....	72
	<b>CONCLUSION</b> .....	75
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	79
	<b>ANNEXE 1</b>	
	CONVENTION MÉDICALE DE 1997 ET AVENANT N°1 .....	87
	<b>ANNEXE 2</b>	
	PROTOCOLE GÉNÉRAL ET CALENDRIER PRÉVISIONNEL INITIAL .....	101
	<b>ANNEXE 3</b>	
	TABLEAUX DE RÉSULTATS DU VOLET CPAM .....	123
	<b>ANNEXE 4</b>	
	QUESTIONNAIRES .....	153
	<b>ANNEXE 5</b>	
	TABLEAUX ESPS .....	164
	<b>LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES</b> .....	198



## ***Introduction***

---



## Introduction

---

La convention médicale des médecins généralistes de mars 1997 comprenait, pour la première fois, une « option conventionnelle » ou dispositif de « Médecin Référent ». L'avenant numéro 1 à cette convention précisait l'organisation et le financement de cette option conventionnelle, et prévoyait un bilan et une évaluation du dispositif.

Le CREDES fut chargé par les parties signataires de la convention médicale de proposer un protocole général d'évaluation assorti d'un calendrier prévisionnel initial. Une des ambitions initiales de ce travail était donc d'évaluer l'impact du dispositif d'option conventionnelle sur les comportements de consommation médicale des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Pour ce faire, il était prévu de comparer le recours aux soins des personnes de 16 ans et plus selon qu'elles avaient choisi ou non un médecin référent, au bout de quelques semestres de fonctionnement du dispositif. L'analyse sur une période de référence préalable devait permettre d'éliminer les différences de consommation préexistantes.

L'arrêt précoce du dispositif, du fait de l'annulation de cette convention médicale le 3 juillet 1998, rend évidemment impossible toute analyse d'impact par manque de recul. Il ne s'agit donc pas ici d'une évaluation de l'option mais uniquement de tracer le portrait de la population ayant choisi un médecin référent.

Ainsi, l'étude présentée ici porte plus particulièrement sur la période qui aurait dû servir de référence pour l'évolution des comportements des bénéficiaires de l'Assurance maladie. En effet, elle est réalisée sur une période antérieure au 30 Juin 1998, dans l'objectif de mesurer les différences de recours aux soins préalables à la mise en place du dispositif de la population optante par rapport à la population générale. Elle fournit également des réponses quant aux motivations des personnes de 16 ans et plus à la signature d'un contrat de suivi médical chez un médecin référent.

L'étude comporte deux volets.

1. A partir de données de remboursement du 1<sup>er</sup> Juillet 1997 au 30 juin 1998 en provenance de quelques caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), l'objectif était de répondre aux questions suivantes.
  - **La population des bénéficiaires optants avait-elle des caractéristiques particulières par rapport à la population des non optants ?**
  - **Les optants avaient-ils d'ores et déjà un comportement de consommation médicale spécifique ?** Quels étaient leur niveau et leur structure de recours aux soins de ville ? Quel était leur type de recours au médecin généraliste en termes de fidélité à un généraliste habituel ou d'appel à des généralistes occasionnels ?
  - **Quelle était la part des médicaments génériques et équivalents thérapeutiques moins onéreux** dans la dépense médicamenteuse totale issue de la prescription par des médecins référents, versus médecins non référents ?
2. Les résultats issus des données provenant des CPAM sont complétés par des réponses à des questions issues de questionnaires spécifiques soumis lors de l'enquête ménage annuelle du CREDES, « l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) », à l'occasion de l'interrogation de 10 000 bénéficiaires de l'Assurance Maladie au cours du printemps 1998, soit au démarrage

de l'option conventionnelle. Cette interrogation ne fut pas renouvelée en automne du fait de l'annulation de la convention.

Les questionnaires spécifiques à l'option conventionnelle abordaient plusieurs thèmes visés dans le système de médecin référent.

- **La portée de l'information relative au contrat de suivi médical** : quel était le nombre de personnes ayant eu connaissance d'un tel contrat et par quels vecteurs ? Quelle était l'influence de ces derniers ?
- **Les motifs d'adhésion réelle ou potentielle des personnes au système de médecin référent** : qui aurait signé un **contrat de suivi médical**, qui l'aurait signé ou ne l'aurait pas signé si on le lui avait proposé prochainement, ou qui encore aurait hésité ? Quelles étaient les motivations à l'adhésion éventuelle ? Quelles étaient les raisons d'un refus ?
- **La continuité des soins** : quels individus demandaient l'avis de leur médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste ? Les patients transmettaient-ils les documents médicaux entre les différents médecins intervenant autour d'eux ? Quelle était l'utilisation du carnet de santé ?
- **La permanence des soins** : Quelle en était l'appréciation portée par les patients ?

## ***1. Cadre de l'étude***

---



## **1.1 Le dispositif de l'option conventionnelle « médecin référent »**

---

Un premier dispositif d'option conventionnelle « médecin référent » fut proposé par la convention médicale de mars 1997 aux médecins généralistes conventionnés<sup>1</sup>. L'avenant numéro 1 à cette convention, paru en octobre 1997, précise, dans son chapitre I, les conditions d'organisation et de financement de l'option conventionnelle et prévoit un bilan et une évaluation du dispositif.

Au libre choix des médecins généralistes, l'option conventionnelle « médecin référent » est conçue pour répondre aux cinq objectifs suivants :

- favoriser à la fois :
- ▶ la qualité des soins,
  - ▶ la prévention et les actions de santé publique,
  - ▶ le suivi médical et la continuité des soins,
  - ▶ l'amélioration des conditions d'accès aux soins,
  - ▶ l'optimisation des dépenses de santé.

Elle est présentée comme « la possibilité d'établir avec les assurés et ayants droit âgés de 16 ans ou plus qui le souhaitent, une relation s'inscrivant dans la continuité des soins et la coordination des différents intervenants ». Elle replace ainsi le médecin généraliste au centre du système de santé.

Le choix d'un tel dispositif passe par la signature d'un « Contrat de Suivi Médical » (CSM) entre un patient, assuré ou ayant droit de 16 ans ou plus, et son généraliste, ce dernier devenant son « généraliste référent ». Ce contrat engage tant le médecin référent que le patient optant par des droits et devoirs respectifs sur la base du libre choix, pour une période d'un an, renouvelable par la suite.

(Cf. convention médicale des généralistes de mars 1997 et avenant n° 1 d'octobre 1997 en annexe 1)

---

<sup>1</sup> Cf. *Journal Officiel N°75, arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la « Convention nationale des médecins généralistes »*.

**Tableau n° 1  
Résumé des termes du Contrat de Suivi Médical (CSM)**

Médecin	Patient
Libre choix	Libre choix
Engagements et droits :	Engagements :
* <i>respect des tarifs conventionnels</i>	* « <i>contrat de confiance</i> »
* <i>dispense d'avance de frais</i>	
* <i>dossier médical</i>	
* <i>permanence et continuité des soins</i>	Droits :
* <i>dépistage, prévention</i>	* <i>tarifs conventionnels</i>
* <i>recommandations, référentiels et plans de soins</i>	* <i>dispense d'avance des frais</i>
* <i>prescriptions pharmaceutiques</i>	
* <i>évaluation de la pratique</i>	
Contrepartie financière :	
* <i>rémunération forfaitaire</i>	

Le médecin référent est un généraliste conventionné du secteur 1 ou 2. Il doit respecter les tarifs conventionnels et pratiquer la dispense d'avance frais pour ses patients optants. Il prend en charge l'ensemble des problèmes de santé du patient, il s'engage à tenir son « dossier médical », y intégrant notamment les informations médicales transmises par les autres professionnels de santé intervenant auprès de lui. Il conseille son patient et le dirige en cas de besoin vers un spécialiste, assurant ainsi la continuité des soins. Il organise également la permanence des soins. Il met en œuvre les mesures relatives au dépistage et à la prévention des maladies. Il s'engage également à suivre les référentiels et les plans de soins, ainsi que les recommandations de l'Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé (ANAES) et de l'Agence du Médicament. Le médecin référent s'engage à prescrire des médicaments génériques et des médicaments moins onéreux choisis dans une liste d'équivalents thérapeutiques fournie par la CNAMTS, à concurrence respectivement d'au moins 3 % et 10 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale (patients optants et non optants compris). Avec ses pairs, il participe à l'évaluation de la pratique médicale.

En contrepartie, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire de 150 francs par patient signataire d'un CSM, versée pour moitié à la signature du contrat de suivi médical et pour l'autre moitié en fin de période. Cette rémunération est éventuellement complétée par un forfait de 30 francs si le médecin utilise des services informatiques en réseau.

Contrairement au médecin, le patient « optant » n'a pas de réelle contrainte. Il s'engage dans un « contrat de confiance » à s'adresser en priorité à son généraliste référent pour toute demande de soins. En contrepartie, il bénéficie d'avantages financiers en ne payant qu'une partie du prix de sa consultation ou de sa visite : son médecin référent lui applique le tarif conventionnel dont il ne paye que le ticket modérateur.



## 1.2 Le protocole initial d'évaluation

---

### 1.2.1 L'architecture globale du protocole d'évaluation

L'évaluation du dispositif de médecin référent devait s'inscrire initialement dans un moyen terme. Les questions auxquelles l'évaluation cherchait à répondre sont retracées à l'article 8 de l'avenant n°1, qui stipule qu'elle a notamment vocation à analyser :

- les effectifs et la composition de la population ayant un médecin référent,
- l'évolution de son mode de consommation de soins et de ses dépenses de santé comparées à celles de populations identiques n'ayant pas fait un tel choix,
- la qualité des soins dispensés,
- l'appréciation portée par les malades et l'appréciation portée par les médecins sur cette nouvelle relation entre les généralistes et leurs patients.

On peut y ajouter la question des effectifs et des caractéristiques des médecins référents qui, bien que non mentionnée explicitement, est aussi une question préalable nécessaire.

Pour répondre à ces questions, un schéma combinant plusieurs modalités de recueil et de traitement d'information fut mis au point et proposé par le CREDES.

Ces recueils d'information sont orientés d'une part vers le patient, d'autre part vers le médecin.

Ils comportent des points de référence avant la mise en place de l'option conventionnelle et des points d'évolution successifs.

A chaque phase, une comparaison du comportement des médecins référents versus médecins non référents ou du comportement des patients optants versus patients non optants doit être possible.

Par commodité, les volets « patient » et « médecin » de l'évolution de l'option conventionnelle sont envisagés successivement dans l'annexe 2 qui décrit le protocole initial en détail. Ce protocole général nécessite des outils diversifiés et implique plusieurs acteurs selon un calendrier précis. Le tableau figurant ci-dessous résume les données recueillies et les outils mobilisés pour les différentes phases de recueil.

**Tableau n° 2**  
**Schéma du protocole général initial d'évaluation de l'option conventionnelle**

Patient		Médecin	
Données	→ Outils	Données	→ Outils
• effectifs de patients optants	<i>Tableaux de bord</i>	• effectifs de médecins référents	<i>Tableaux de bord</i>
• caractéristiques	<i>EPAS* ou SIAM **+ ESPS*** ALD**** (Services médicaux AM)</i>	• caractéristiques	<i>SNIR***** + Enquête Médecins ad hoc (EMAH)</i>
• évolution de son mode de consommation de soins		• la qualité des soins dispensés	
✓ données quantitatives	<i>EPAS ou SIAM</i>	• pratique médicale	<i>SNIR + Tableaux de Bord (T.O., T.P., Pharmacie)</i>
✓ données qualitatives	<i>ESPS + EPAS ou SIAM</i>		<i>Enquêtes du service médical (référentiels)</i>
• évolution de ses dépenses de santé			<i>Enquête Médecins ad hoc (EMAH) + ESPS</i>
comparaison patients optants / non optants	<i>EPAS ou SIAM</i>	comparaison médecins référents / médecins non référents	
• l'appréciation portée par les malades	<i>ESPS</i>	↳ impact de l'option	<i>idem</i>
		• l'appréciation portée par les médecins	<i>ESPS</i>

\* *EPAS : Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux*

\*\* *S.I.A.M. : Système Informationnel de l'Assurance Maladie*

\*\*\* *E.S.P.S. : Enquête Santé et Protection Sociale menée par le CREDES chaque année*

\*\*\*\* *ALD : relevé spécifique des Affections de Longue Durée qui sont un motif d'exonération du ticket modérateur*

\*\*\*\*\* *S.N.I.R. : Système National Inter Régime*

### **1.2.2 Le recueil des prestations d'Assurance maladie**

Une part de l'évaluation est basée sur les données de prestations des bénéficiaires de l'Assurance maladie du Régime général. Elle doit permettre de décrire certaines caractéristiques administratives des personnes et d'analyser leur mode de consommation médicale. Initialement prévue à partir de l'EPAS (Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux) pour le suivi longitudinal, elle s'appuie en fait la première année 1998 sur les données de quelques caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) disposant d'un panel local.

En effet, la montée en charge de l'adhésion tant des médecins généralistes que des patients optants s'est faite progressivement au cours du premier semestre 1998, mais à un rythme trop faible pour assurer dès la première année 1998 un nombre suffisant de patients optants dans l'EPAS (Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux). En effet, au cours du 1er semestre 1998, seuls 0,67 % des bénéficiaires de 16 ans ou plus avaient choisi de signer un contrat de suivi médical avec un médecin généraliste référent. C'est pourquoi une alternative au protocole général fut proposée pour le suivi précoce du dispositif de médecin référent du point de vue des patients. Cette alternative consiste en un recueil de données particulier auprès de quelques caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) disposant d'un panel local d'assurés.

Ainsi, l'étude présentée ici porte plus particulièrement sur la période qui aurait dû servir de référence pour l'évolution des comportements des bénéficiaires de l'Assurance maladie. Elle est réalisée sur une période antérieure au 30 Juin 1998, dans l'objectif de mesurer les différences de recours aux soins préalables à la mise en place du dispositif de la population optante par rapport à la population générale. Elle fournit également des réponses quant aux motivations des

personnes de 16 ans et plus à la signature d'un contrat de suivi médical chez un médecin référent.

## **1.3 Les données**

---

L'analyse repose donc sur deux volets. Un premier volet réalisé sur six caisses primaires à partir des données de liquidation de la Sécurité sociale issues du Système Informatique de l'Assurance Maladie (SIAM) sur la période du 1er juillet 1997 au 30 juin 1998. Un deuxième volet est réalisé à partir des données d'une enquête auprès des ménages, l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES, vague du printemps 1998.

### **1.3.1 Les prestations d'Assurance maladie**

Le recueil de l'information concernant les « patients optants » est fait auprès de quelques caisses locales seulement sur la période allant du 1er juillet 1997 au 31 août 1998. En effet, au regard des effectifs actuels des patients optants, l'objectif prioritaire est de recueillir un maximum d'information concernant cette population, même si la représentativité au plan national de la base n'est pas assurée. Les caisses participantes sont donc choisies parmi celles répondant aux critères de choix suivants, dont les trois premiers sont obligatoires, les deux suivants relatifs et le dernier discriminant entre les caisses (Cf. annexe 2) :

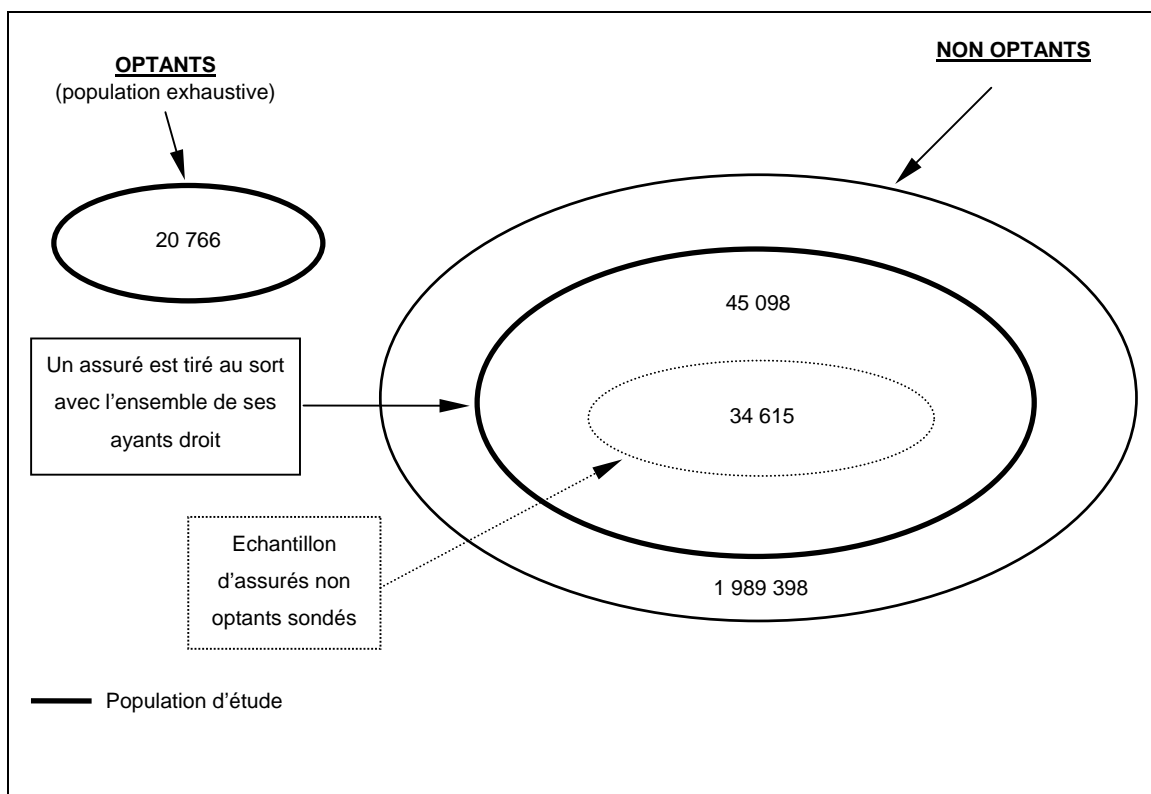
- ▶ avoir un taux de pénétration de l'option médecin référent élevé : pourcentage d'adhésion des médecins généralistes si possible au-dessus de 20 % ;
- ▶ conjuguer un nombre important de bénéficiaires ayant souscrit un contrat avec un médecin référent (un minimum de 2 000 optants serait souhaitable) ;
- ▶ avoir, in fine, un nombre moyen de patients optants par médecin référent plus élevé que la moyenne et si possible au-dessus de 40 ;
- ▶ si possible, avoir un codage de la pharmacie très avancé ;
- ▶ ne pas être engagé dans le plan « SESAM » pour ne pas créer de surcharge de travail inopportune ;
- ▶ enfin, être volontaire pour assurer une meilleure qualité de recueil.

Six caisses, parmi les huit initialement sollicitées et ayant accepté ont fourni leurs données dans le délai requis. Les six caisses retenues sont les suivantes : Montbéliard, Nice, Privas, Sarreguemines, Strasbourg et Valence.

Pour chaque caisse, l'ensemble des bénéficiaires, assurés et ayants droit de 16 ans ou plus, optant au cours de la période d'observation, constitue la population étudiée. Un bénéficiaire est considéré comme optant s'il adhère à l'option conventionnelle au cours de la période d'observation, même s'il a résilié son contrat de suivi médical en cours de période. Il s'agit donc d'une population exhaustive.

La population complémentaire de bénéficiaires non optants qui sert de comparaison, est constituée d'un échantillon de patients (assurés ou ayants droit de 16 ans ou plus) dont la taille doit être supérieure à celle de l'ensemble des patients optants ; on l'obtient par sondage au niveau de chaque caisse participante, en utilisant le panel local préexistant.

**Schéma n° 1**  
**Population d'étude issue des données du SIAM**



L'objectif de ce premier volet se limite donc à étudier les caractéristiques des bénéficiaires optants de ces six caisses, comparativement aux patients non optants, et de répondre aux questions suivantes :

1. Qui étaient les optants ?
2. Les optants avaient-ils d'ores et déjà un comportement de consommation médicale spécifique ?
3. Les patients optants étaient-ils plus fidèles que les non optants à un médecin généraliste habituel ?
4. Qu'en était-il de la prescription de médicaments génériques et d'équivalents thérapeutiques moins onéreux ?

### **1.3.2 Les données d'enquête ménage**

#### **➤ La population et la période étudiées**

L'enquête annuelle du CreDES auprès des ménages sur la Santé et la Protection Sociale, enquête SPS se déroule en deux phases appelées vague de printemps et vague d'automne.

En 1998, la vague de printemps intégrait outre le questionnaire principal habituel enrichi de quelques questions particulière, deux questionnaires spécifiquement axés sur le système du médecin référent.

L'un des deux questionnaires est dit « questionnaire non optants » et s'adressait aux personnes âgées d'au moins 16 ans qui n'avaient pas signé de contrat de suivi médical. L'autre est dit « questionnaire optant » et était destiné aux seuls signataires du contrat.

La population enquêtée dans l'enquête Santé et Protection Sociale à l'occasion de la vague de printemps 1998 comprend 9418 personnes âgées de 16 ans et plus. 6185 questionnaires « non optant » exploitables nous sont revenus tandis que seuls 72 questionnaires « optant » se sont avérés exploitables. Malheureusement, l'échantillon trop faible des « optants » n'a pu faire l'objet d'exploitations fines et l'étude s'est concentrée sur les « non optants ».

D'autre part il était à l'origine prévu d'enquêter une seconde fois à l'occasion de la vague d'automne afin d'étudier la montée en charge du nombre de patients optants et l'évolution de comportements sur les deux périodes. Or, suite à l'annulation de la convention des généralistes le 3 juillet 1998, ces questionnaires n'ont pas été intégrés à la vague d'automne.

### ➤ **Les questionnaires et les thèmes abordés**

Le questionnaire « non optant » aborde le patient dans l'optique de son comportement dans le système de soins actuel hors contrat de suivi médical et l'interroge sur ses positions vis à vis du dispositif de médecin référent. Le questionnaire « optant » devait permettre d'une part d'identifier s'il y avait eu des changements de comportement avant et après la signature du contrat et d'autre part, grâce à la similarité des questions, faire le pendant du questionnaire « non optant ».

Enfin, dans le questionnaire principal de l'enquête SPS, certaines personnes sont interrogées en seconde visite sur l'utilisation du carnet de santé et sur les consultations de spécialistes. Les réponses concernent un nombre restreint de personnes, précisément 1 557 répondants du questionnaire « non optants ». Ces réponses complètent toutefois les données du questionnaire spécifique dans la mesure où elles sont davantage factuelles et relèvent moins de déclaration d'intention.

Les thèmes étudiés concernent, la portée de l'information relative au contrat de suivi médical, les motifs d'adhésion réelle ou éventuelle au dispositif de médecin référent, la continuité et la permanence de soins (voir page 4).



***2. Caractéristiques et habitudes  
de consommation des personnes  
ayant choisi un médecin référent  
(données CPAM)***

---





Au niveau de la France entière, au cours du premier semestre 1998, seuls 0,67 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie de 16 ans et plus ont signé un contrat de suivi médical chez un médecin généraliste référent, la montée en charge ayant été progressive. Par contre, 13,4 % des généralistes français avaient choisi de devenir médecins référents mais ceux-ci n'ont pu proposer un tel contrat qu'à une partie de leurs patients, ceux qui ont eu l'occasion de les consulter au cours de cette période très courte, soit en priorité des patients dont la fréquence habituelle de consultation était plus élevée que la moyenne.

Au cours de cette période, la CNAMTS a recensé des données sur des tableaux de bord au niveau de chaque CPAM avec regroupement au niveau régional et de la France entière. Il s'agissait d'un simple dénombrement des patients optants selon quelques caractéristiques administratives (âge, sexe, exonération du ticket modérateur et statut d'assuré ou d'ayant droit).

*Ces données montrent que, globalement, l'adhésion des patients augmentent avec l'âge et qu'elle est plus forte pour les patients exonérés du ticket modérateur pour Affection de Longue Durée (ALD), sans qu'il soit possible d'expliquer les écarts observés. Ces résultats ne sont pas étonnants car les plus âgés ou les plus malades sont évidemment amenés à consulter plus souvent leur généraliste. De plus, ces personnes formaient également une première cible à atteindre du fait du bénéfice plus immédiat pour elles des aspects d'un suivi médical coordonné.*

### **L'apport spécifique de notre étude**

*Les données recensées au niveau des six caisses primaires participant à notre étude permettent, dans un premier temps, de confirmer ce constat brut et d'affiner les résultats en précisant les déterminants majeurs de l'adhésion des bénéficiaires au dispositif de médecin référent, « toutes choses égales par ailleurs ».*

*De plus, dans un second temps, s'agissant de données individuelles de remboursement d'Assurance maladie, elles sont les seules disponibles à se prêter à la description du mode consommation médicale des patients optants comparativement aux patients non optants (niveau et structure de la consommation médicale, notamment de médicaments générique, ainsi que le mode de recours au généraliste).*

## **2.1 Les caractéristiques des bénéficiaires optants**

---

*Outre les effets de l'âge et de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée qu'elle confirme, cette première analyse à partir des données des six caisses volontaires met en évidence de fortes disparités selon les caisses. L'adhésion des patients semble largement dépendre de la volonté des médecins à les convaincre.*

### **2.1.1 Les caractéristiques démographiques des bénéficiaires optants**

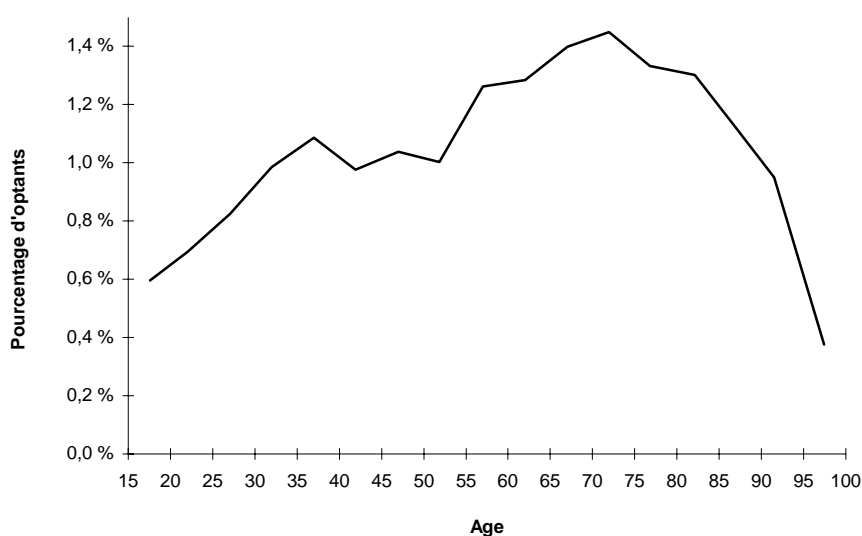
#### **➤ L'adhésion au dispositif de médecin référent augmente avec l'âge des bénéficiaires.**

Parmi les six caisses étudiées, sur les 2 millions bénéficiaires recensés au cours de la période du 1 juillet 1997 au 30 juin 1998, 20 766 bénéficiaires de l'Assurance maladie du régime général ont adhéré au dispositif de l'option conventionnelle « médecin référent », soit un taux d'optants de 1,03 % contre 0,67 % France entière.

A l'exception de la classe d'âge des 80 ans et plus, le taux d'optants augmente assez régulièrement avec l'âge. Il est de 0,6 % pour les bénéficiaires de 16 à 24 ans et de 1,4 % pour les 70 - 79 ans.

Plus précisément, la proportion de bénéficiaires optants selon l'âge décrit une forme en cloche, avec un maximum parmi les personnes de 70 à 75 ans. Cependant, il est intéressant de remarquer que l'augmentation de la proportion d'optants avec l'âge se fait en deux temps, un premier entre 16 et 39 ans puis, après un léger palier, un second entre 50 et 70 ans. Après 80 ans, on constate une chute du taux d'optants.

**Graphique n° 1** [Excel \ Cnam \ Choix des classes d'âge.xls - Graph1]  
**Pourcentage d'optants par âge**



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Les femmes optent légèrement plus souvent que les hommes, 1,1 % contre 1,0 %.

- **On observe de fortes disparités selon les caisses. Le pourcentage de patients optants varie de 0,5 % parmi les bénéficiaires de 16 ans ou plus affiliés à la caisse de Nice, à 2,3 % parmi ceux affiliés à la caisse de Montbéliard.**

On peut rapprocher ces résultats des taux d'adhésion des médecins par caisse. Parmi ces 6 caisses, Nice est celle qui présente le taux de pénétration du dispositif « médecin référent » le plus faible, tant du point de vue de l'adhésion des médecins que de l'adhésion des patients, et bien que le taux de médecins référents soit légèrement supérieur à celui de la France entière.

Pour les cinq autres caisses, l'adhésion des médecins n'est pas toujours parallèle à celle des patients. Valence présente le taux d'adhésion des médecins le plus fort, 30,2 %, soit 2,3 fois supérieur à la moyenne française, pour un taux d'optants de 1,3 %, soit le double de la moyenne française. Par contre, les médecins référents de Montbéliard paraissent avoir convaincu plus de patients puisque, pour un taux d'adhésion des médecins de 20,6 %, soit seulement 1,5 fois supérieur à la moyenne française, on obtient un taux d'adhésion des patients de 2,3 %, soit 3,4 fois plus que la moyenne française. Cependant, ces chiffres bruts ne tiennent pas compte de

la densité de médecins par habitant dans chacune des caisses (Cf. Tableau n° 18 à 45 en annexe 3).

**Tableau n° 3** [Excel\Cnam\OC.xls - tx-méd-géné]  
**Taux de médecins référents selon l'âge par caisse**

	Montbéliard	Nice	Privas	Sarreguemines	Strasbourg	Valence
Moins de 35 ans	0,0%	13,8%	20,0%	0,0%	19,0%	43,3%
35-39 ans	15,6%	14,0%	37,9%	15,2%	13,1%	27,0%
40-44 ans	29,0%	13,3%	39,5%	15,4%	17,5%	29,7%
45-49 ans	16,2%	14,0%	20,8%	18,6%	23,2%	32,3%
50-54 ans	29,0%	16,5%	21,2%	21,6%	19,8%	22,8%
55-59 ans	30,0%	9,8%	23,1%	21,4%	9,3%	36,8%
Plus de 59 ans	0,0%	6,6%	16,7%	9,1%	11,1%	44,4%
<b>Ensemble</b>	<b>20,6%</b>	<b>13,6%</b>	<b>27,5%</b>	<b>16,7%</b>	<b>17,6%</b>	<b>30,2%</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 4** [Excel\Cnam\analyse bivariée 99.xls - tab1]  
**Caractéristiques démographiques des bénéficiaires optants**

	Ensemble des bénéficiaires (optants et non optants)	Bénéficiaires optants		
		Effectif	% d'optants	Age moyen
<b>Total</b>	2 010 164	20 766	1,0 %	45
<b>Caisse</b>				
Montbéliard	147 114	3 362	2,3 %	45
Nice	844 372	4 271	0,5 %	47
Privas	119 753	1 129	0,9 %	46
Sarreguemines	194 905	1 556	0,8 %	42
Strasbourg	324 740	5 386	1,7 %	43
Valence	379 280	5 062	1,3 %	44
<b>Sexe du bénéficiaire</b>				
Homme	931 167	9 394	1,0 %	44
Femme	1 078 997	11 372	1,1 %	47
<b>Age du bénéficiaire</b>				
16 - 24 ans	290 444	1 871	0,6 %	20
25 - 49 ans	959 258	9 411	1,0 %	37
50 - 69 ans	491 874	5 993	1,2 %	59
70 - 79 ans	174 056	2 433	1,4 %	74
80 ans et plus	94 532	1 058	1,1 %	87

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Si le pourcentage de médecins référents est proche dans les trois caisses implantées dans le nord-est, environ 17 % pour Strasbourg et Sarreguemines et 21 % pour Montbéliard, par contre, les médecins référents de Strasbourg ont convaincu en moyenne plus de patients que ceux de Sarreguemines mais bien moins que ceux de Montbéliard (53 contrats de suivi médical signés par médecin référent à Strasbourg, contre respectivement 37 à Sarreguemines et 100 à Montbéliard).

Dans deux des trois caisses implantées dans le sud-est de la France, le succès de l'option conventionnelle auprès des médecins est plus marqué que dans le nord-est (environ 27 % de

médecins référents à Privas et 30 % à Valence, mais seulement 14 % à Nice), mais le nombre moyen de contrats signés par médecin référent est bien inférieur, respectivement 22, 39 et 22.

Au total, les pourcentages de patients optants varient de 0,5 % à 2,3 % sur les six caisses, soit dans un rapport de 1 à 4,6. L'âge moyen des bénéficiaires est un peu plus élevé dans les caisses implantées dans le sud-est que dans celles implantées dans le nord-est, mise à part celle de Montbéliard. C'est pourtant à Montbéliard uniquement que les taux d'adhésion des adultes jeunes, entre 30 et 49 ans, sont plus élevés que le taux moyen de la caisse tous âges confondus (Cf. Tableau n° 18 à 45 en annexe 3, tableaux de bord de la CNAMTS).

- ***L'adhésion des patients semble donc bien dépendre largement de la volonté des médecins à les convaincre.***

## **2.1.2 Les caractéristiques de protection sociale des bénéficiaires optants**

### **Le statut du bénéficiaire**

- ***Les assurés adhèrent plus volontiers au dispositif que les ayants droit.***

On observe des différences de taux d'optants en fonction du statut (ou de la qualité) du bénéficiaire, selon qu'il soit assuré ou ayant droit. Les assurés, desquels on rapproche l'ensemble des ayants droit concubins ou conjoints divorcés ou séparés, optent plus souvent que les autres ayants droit, à savoir les ayants droit conjoints et les ayants droit enfants de 16 ans ou plus : respectivement, environ 1,2 % et 0,9%, contre 0,7 % et 0,5 %.

### **L'exonération du ticket modérateur**

- ***La proportion de personnes ayant signé un contrat de suivi médical est plus forte chez celles souffrant d'une affection de longue durée.***

L'exonération du ticket modérateur nous renseigne à la fois sur la protection sociale et sur l'état de santé des personnes puisqu'il peut être octroyé pour invalidité ou affection de longue durée (ALD). Nous avons considéré comme exonérés du ticket modérateur, tous les individus ayant un motif d'exonération pour une période d'au moins trois mois du 1er juillet 1997 au 30 juin 1998.

Globalement, tous motifs d'exonération confondus pour l'ensemble des six caisses étudiées, les bénéficiaires exonérés du ticket modérateur optent 2,6 fois plus souvent que les non exonérés, 2,1 % contre 0,8 %. Parmi ceux-ci, les personnes exonérées pour affection de longue durée (ALD) sont 2,6 % à opter, alors que celles exonérées pour un autre motif ne sont que 1,5 %, soit respectivement 2,6 et 1,5 fois plus que l'ensemble des bénéficiaires, mais 3,2 et 1,9 fois plus que les personnes non exonérées.

Par comparaison, au niveau de la France entière, le pourcentage de personnes ayant signé un contrat de suivi médical est de 2,0 % parmi les personnes exonérées pour ALD, il est de 1,2 % parmi celles exonérées pour un autre motif, de 0,5 % parmi les personnes non exonérées et 0,7 % pour l'ensemble de bénéficiaires de 16 ans et plus. Les personnes en ALD optent donc 2,9 fois plus que l'ensemble des bénéficiaires de 16 ans ou plus mais 3,6 fois plus que les personnes non exonérées.

- ***Les personnes en ALD représentent vraisemblablement la première cible à laquelle les médecins référents ont voulu proposer un contrat de suivi médical. Du fait de leur mauvais état de santé, leur fréquence de consultation a permis leur adhésion précoce. La durée de validité de la première version de l'option « médecin référent » n'a sans***

**doute pas laissé le temps de faire valoir les avantages du suivi médical, notamment préventif, aux personnes en meilleure santé.**

**Tableau n° 5 [Excel\Cnam\analyse bivariée 99.xls - tab1bis]  
Le statut et l'état de santé des bénéficiaires optants**

	Ensemble des bénéficiaires (optants et non optants)	Bénéficiaires optants		
		Effectif	% d'optants	Age moyen
<b>Total</b>	2 010 164	20 766	1,0 %	45
<b>Qualité du bénéficiaire</b>				
Assuré	1 494 817	17 303	1,2 %	47
Conjoint (dont 119 veufs)	326 141	2 370	0,7 %	52
Concubin	13 673	166	1,2 %	36
Enfant	159 891	785	0,5 %	19
Conjoint divorcé ou séparé	3 193	34	1,1 %	47
Autre ayant droit	12 449	108	0,9 %	38
<b>Exonéré</b>				
Oui	234 321	5 886	2,1 %	61
Non	1 775 843	14 880	0,8 %	43
<b>Motif d'exonération</b>				
ALD	206 544	5 471	2,6 %	63
Autres motifs	27 777	415	1,5 %	43
Non exonéré	1 775 843	14 880	0,8 %	43

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

La suite de l'étude a pour but de tester la significativité des écarts de taux d'adhésion des bénéficiaires au dispositif de médecin référent que l'on observe suivant ces différentes variables démographiques, de protection sociale et d'état de santé.

## **2.2 Les déterminants de l'adhésion des bénéficiaires au dispositif de médecin référent**

---

L'analyse bivariée précédente a permis de sélectionner les variables significativement associées au fait d'opter. Mais elle ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des interactions qui existent entre les variables étudiées et de mesurer conjointement l'effet de plusieurs variables ou facteurs susceptibles d'influencer ou de modifier la relation.

D'autre part, comme l'échantillon des bénéficiaires non optants est redressé pour pouvoir être comparé à la population exhaustive des optants, nous n'avons pas pu utiliser de tests pour vérifier la significativité des liaisons que l'on observe.

Pour pallier ces limites, nous avons donc été amenés à construire un modèle logistique.

*Ainsi, l'analyse qui suit confirme l'effet propre de la caisse, indépendamment des effets de l'âge du bénéficiaire, de son sexe, de son statut d'assuré ou d'ayant droit et de son état de santé (atteint d'une ALD ou non). Elle montre également que l'ensemble des ayants droit conjoints ou enfants, après ajustement sur les autres variables, optent moins souvent que l'ensemble des assurés. Mais le fait d'être un homme ou une femme ne semble pas jouer sur le fait d'opter.*

*Par contre, cette analyse révèle un phénomène intéressant : parmi les seules personnes en affection de longue durée (ALD), ce sont les jeunes qui optent le plus, le phénomène étant très significatif.*

### **2.2.1 Méthode d'analyse**

Le modèle logistique permet de prendre en compte tous les facteurs de confusion et de tester l'effet propre entre une variable et le fait d'opter, « toutes choses égales par ailleurs ». La réalisation de ce modèle nécessite de reconstituer un échantillon « identique » à celui des non optants parmi la population des optants.

Dans une première étape, les assurés optants ont été tirés au sort par caisse et par âge en appliquant les taux de sondage des panels locaux, soit les mêmes que ceux appliqués chez les non optants. Puis, la grappe des assurés sondés a été récupérée.

Ainsi, nous avons reconstitué un échantillon de 635 bénéficiaires optants que l'on peut à présent comparer à l'échantillon des non optants de 16 ans ou plus.

### La modélisation du fait d'opter par la régression logistique

Afin d'étudier les variables qui ont un effet propre sur le phénomène observé, le fait d'opter, c'est-à-dire un effet ne provenant pas d'une corrélation avec une autre variable très liée au phénomène telle que l'âge, nous avons réalisé une régression logistique. Pour ce faire, on construit ainsi un modèle dans lequel on retient un certain nombre de variables disjointes pouvant avoir une influence sur le fait d'opter. Ce type de modélisation permet de repérer les variables ou facteurs de confusion et de quantifier la relation entre le fait d'opter et chacune des autres variables retenues, indépendamment des autres ou « toutes choses égales par ailleurs », par la mesure des odds-ratio (OR).

On choisit une situation de référence en désignant, pour chacune des variables retenues dans le modèle, une de ses modalités. Le principe des modèles logistiques consiste à comparer, pour chacune des variables étudiées, les résultats obtenus pour les différentes modalités de la variable aux résultats obtenus pour la modalité désignée comme référence. Si l'on change de situation de référence, on ne change pas les résultats car ils expriment des différences entre les diverses modalités.

Dans le cas qui nous intéresse, on cherche à représenter la variable Y dépendante (le fait d'opter) par une fonction de plusieurs autres variables X indépendantes (disjointes, comme par exemple l'âge, le statut du bénéficiaire, le sexe, etc...).

La **régression logistique** (ou modèle logistique) est un modèle qui permet d'exprimer la relation entre une variable Y de type qualitatif à deux modalités (opte ou n'opte pas) et des variables  $X_i$  qui peuvent être de type qualitatif ou quantitatif.

On note  $X_{ij}$  la  $j^{\text{ième}}$  modalité de la variable  $X_i$  à k modalités et  $X = (X_1, \dots, X_i, \dots, X_k)$ .

Le modèle logistique exprime la probabilité d'opter (OPTE) en fonction des  $X_i$  de la manière suivante :

$$P(\text{OPTE} | X) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_{11}X_{11} + \dots + \beta_{kl}X_{kl})}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_{11}X_{11} + \dots + \beta_{kl}X_{kl})} \text{ ou}$$

$$\text{logit } P(\text{OPTE} | X) = \beta_0 + \beta_{11}X_{11} + \dots + \beta_{kl}X_{kl} \quad \text{où } \text{logit}(x) = \ln \left( \frac{x}{1-x} \right)$$

Au sein de la dimension i, le coefficient  $\beta_{ij}$  représente l'effet de la modalité  $X_{ij}$  ajusté sur les effets de toutes les autres variables incluses dans le modèle. L'exponentielle de  $\beta_{ij}$  fournit une estimation de l'odds-ratio de la probabilité d'opter entre la population j et la population choisie comme référence pour cette dimension.

Les coefficients  $\beta_{ij}$  du modèle nous permettent alors de dire que, « toutes choses égales par ailleurs », pour les individus correspondant à la modalité i de la variable j, l'odds-ratio est égal à  $\exp(\beta_{ij})$  par rapport à la situation de référence.

L'odds-ratio représente un rapport de pentes :  $\frac{f_1}{1-f_1} / \frac{f_0}{1-f_0}$

**f1** est la probabilité d'opter chez ceux qui présentent la modalité considérée (assuré par exemple).

**f0** est la probabilité d'opter chez ceux qui ne présentent pas la modalité considérée.

Pour un événement de faible fréquence (moins de 10 %), l'odds-ratio a une valeur proche du risque relatif et peut donc s'interpréter comme ce dernier, c'est-à-dire, par exemple, comme le rapport entre la probabilité d'opter chez les personnes présentant la modalité considérée et la probabilité d'opter chez celles ne la présentant pas. Par exemple, un odds-ratio de 2 (pour une fréquence inférieure à 10 % des cas) signifie que le risque d'opter est 2 fois plus élevé chez les personnes présentant la modalité considérée que chez celles ne la présentant pas.

## 2.2.2 Les résultats

- **Toutes choses égales par ailleurs, l'effet caisse précédemment observé persiste. Les bénéficiaires de Montbéliard optent 3,5 fois plus que ceux de Nice.**

**Tableau n° 6** [Excel\Cnam\Modèle logistique 99.xls - Modélisation]  
**Les déterminants du choix de l'option « médecin référent »**  
**ou la modélisation du fait d'opter**

	Ensemble des bénéficiaires optants et non optants	Effectif d'optants	Coefficient estimé	Odds-ratio	Significativité : *** p≤0,1% ** 0,1%<p≤1% * 1%<p≤5%
Situation de référence			-5,32		
Montbéliard	6 751	152	1,24	3,45	***
<i>Réf : Nice</i>	6 855	42	0,00	1,00	
Privas	7 149	92	0,68	1,97	***
Sarreguemines	7 536	73	0,40	1,50	*
Strasbourg	7 840	133	1,04	2,83	***
Valence	7 384	143	1,14	3,13	***
<i>Réf : Homme</i>	18 160	265	0,00	1,00	
Femme	25 355	370	0,08	1,08	
16 - 24 ans	1 996	17	-0,22	0,79	
<i>Réf : 25 - 49 ans</i>	11 916	125	0,00	1,00	
25 - 49 ans et ALD	584	22	1,30	3,66	***
50 - 69 ans	8 241	86	0,02	1,03	
50 - 69 ans et ALD	1 485	51	1,19	3,31	***
70 - 79 ans	8 999	121	0,19	1,22	
70 - 79 ans et ALD	3 914	115	0,94	2,57	***
80 ans et plus	3 826	37	-0,14	0,87	
80 ans et plus at ALD	2 554	61	0,72	2,06	***
<i>Réf : Assuré ou concubin ou conjoint divorcé ou séparé</i>	35 429	564	0,00	1,00	
Conjoint ou autre ayant droit	8 086	71	-0,51	0,60	***

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Comme le phénomène à expliquer, le fait d'opter, est un événement rare (1 % d'optants dans la population des bénéficiaires de 16 ans ou plus), l'odds-ratio est assimilable à un risque relatif.

### Guide de lecture du tableau ci-dessus

Dans le cas qui nous intéresse, le fait d'opter ou non selon diverses variables, nous avons choisi une situation de référence. Pour chaque variable intégrée dans le modèle (caisse d'affiliation, sexe, âge/ALD et statut du bénéficiaire), la modalité correspondant à la situation de référence est repérée par l'indicatif « Réf » et le caractère italique. Il s'agit donc ici d'un homme de 25 à 49 ans et non exonéré pour ALD, affilié à la caisse de Nice et assuré ou concubin, conjoint divorcé ou séparé.

Par exemple, « toutes choses égales par ailleurs », la probabilité qu'un bénéficiaire de 50 à 69 ans, exonéré du ticket modérateur pour ALD, fasse le choix d'opter pour le dispositif de médecin référent, est 3,3 fois plus forte que la probabilité d'opter d'un bénéficiaire du même âge mais non exonéré pour ALD, car l'odds-ratio correspondant est de 3,3.



Cependant, il semble que l'effet caisse observé ne soit pas un effet régional. En effet, les caisses de Sarreguemines et de Strasbourg ne se comportent pas de la même façon vis-à-vis de l'option « médecin référent » alors qu'elles sont implantées dans la même région. Il en est de même pour Privas et Valence (Cf. commentaires § 2.1.1).

Il semble que l'ensemble des conjoints ou autres ayants droit, après ajustement sur les autres variables, optent moins souvent que l'ensemble des assurés, concubins ou conjoints divorcés ou séparés.

Le fait d'être un homme ou une femme ne semble pas jouer sur le fait d'opter.

➤ ***Par contre, l'analyse révèle un phénomène intéressant. En effet, parmi les seules personnes en affection de longue durée (ALD), ce sont les jeunes qui optent le plus, le phénomène étant très significatif.***

A l'inverse, sans tenir compte de l'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD), le risque ou les chances d'opter augmentent avec l'âge des bénéficiaires. En fait, toutes choses égales par ailleurs, ce sont les bénéficiaires en ALD et âgés de 25 à 49 ans qui optent le plus, soit 3,7 fois plus que les bénéficiaires correspondant à la situation de référence, à savoir les bénéficiaires de 25 à 49 ans mais ne souffrant pas d'ALD. Ensuite, lorsque l'âge des personnes en ALD augmente, le risque d'opter diminue : l'odds-ratio descend à 3,3 pour les personnes en ALD entre 50 et 69 ans, puis à 2,6 entre 70 et 79 ans.

La structure des affections de longue durée varie selon l'âge et il est très probable que leur nature soit un élément important d'explication du phénomène d'augmentation des taux d'adhésion au système de « médecin référent » chez les adultes jeunes souffrant d'ALD. Il serait bien sûr éminemment intéressant de disposer de l'information sur la nature des ALD en cause pour apporter un éclairage plus pertinent.

A l'opposé, parmi les bénéficiaires ne souffrant pas d'ALD, même si la liaison n'est pas significative, on observe un gradient inverse : plus l'âge augmente et plus on a de chance d'opter.

Enfin, quelle que soit la tranche d'âge considérée, les bénéficiaires en ALD optent plus souvent que les personnes en meilleure santé, l'écart diminuant lorsque l'âge augmente.

Abstraction faite d'un éclairage concernant les médecins référents qui s'avère impossible au travers des seules données de prestations disponibles pour cette étude et relatives aux bénéficiaires de l'Assurance maladie, plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces phénomènes.

*Tout se passe comme si, lorsque l'on souffre d'une maladie grave ou chronique et coûteuse, plus on jeune et plus on est sensibilisé aux avantages qu'offre la formule de « médecin référent », en particulier par le suivi à long terme de l'état de santé global, la coordination des soins et les mesures de prévention. Si, en général, les adultes jeunes centrent moins souvent que leurs aînés leur comportement de recours aux soins autour d'un médecin de famille (effet de génération), on peut supposer que pour elles, choisir le dispositif de médecin référent est donc aussi moins souvent que pour les personnes plus âgées, l'occasion de rompre une relation de confiance déjà ancienne avec un médecin généraliste traitant qui n'aurait pas lui-même choisi d'être référent. On peut aussi penser qu'une ALD chez une personne jeune, de par sa nature, est plus souvent suivie par des médecins spécialistes et que, dans ce cas, c'est l'assurance de la coordination des soins par un médecin référent qui ait pu séduire les malades.*

*Par contre, les personnes plus âgées déclarent plus souvent que les jeunes avoir un médecin généraliste habituel, qu'elles ont en outre plus souvent l'occasion de consulter puisque l'ensemble des maladies augmentent avec l'âge, qu'elles soient reconnues en ALD ou non (cf. partie 3 : données d'enquête ménage). Elles ont déjà plus souvent que les jeunes un comportement de consommation médicale intégrant depuis plus longtemps le suivi par un même médecin traitant, d'autant plus intensif qu'il existe au moins une ALD. Pour elles, choisir le dispositif de médecin référent peut signifier changer de médecin traitant si le leur n'a pas choisi de devenir un médecin référent, alors qu'une relation de confiance satisfaisante est déjà établie avec leur médecin habituel, surtout lorsque celui-ci prend en charge une maladie grave ou chronique et coûteuse. Ceci peut expliquer la moindre propension des personnes en ALD à signer un contrat de suivi médical lorsque leur âge augmente.*

*La situation est différente pour les bénéficiaires apparemment en meilleure santé et dont le médecin habituel n'a pas en charge de pathologies lourdes. Choisir le dispositif de médecin référent peut poser moins de problèmes en termes de suivi médical, de fidélité ou de confiance vis-à-vis d'un généraliste habituel qui n'aurait pas choisi de devenir référent. La signature d'un contrat de suivi médical pourrait correspondre alors plus souvent à une attitude préventive à long terme, des personnes ayant conscience de la dégradation habituelle de l'état de santé avec l'âge.*

Rappelons enfin que, sur une période d'observation courte comme le premier semestre 1998, l'occasion réelle de s'être vu proposé un contrat de suivi médical par un médecin généraliste est largement dépendant des occasions de consulter et donc de l'état de santé, lui-même lié à l'âge. Les médecins généralistes avaient là une première cible à qui proposer un contrat de suivi médical, les personnes les plus malades, qu'elles soient en ALD ou non. Rappelons que la durée de validité de cette première version de l'option « médecin référent » n'a pas laissé le temps de faire valoir les avantages du suivi médical, en particulier préventif, aux personnes en meilleure santé.

- ***En conclusion, « toutes choses égales par ailleurs » ou, autrement dit, indépendamment des autres caractéristiques, l'adhésion des personnes au dispositif de médecin référent dépend en partie d'un effet propre de la caisse. Elle augmente lorsque l'état de santé se dégrade (quand on note la présence d'une ALD), et d'autant plus parmi les jeunes. Enfin, les ayants droit conjoints ou enfants adhérent moins souvent que les assurés.***

## **2.3 Le comportement de consommation médicale de ville préalable au dispositif de « médecin référent »**

---

*Quel était le mode de consommation médicale des bénéficiaires optants comparé à celui des bénéficiaires non optants ? Peut-on expliquer les différences de consommation par des différences d'état de santé par exemple ?*

### **2.3.1 Choix méthodologiques**

Les données de consommation médicale, représentées par les prestations de sécurité sociale, permettent d'apprécier certains aspects du comportement de consommation. Nous disposons d'un relevé de ces données sur deux périodes successives de 6 mois, le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, soit une année calendaire complète.

La date d'adhésion des patients optants recensés dans nos fichiers est échelonnée au cours du premier semestre 1998 et, en moyenne, les patients optants n'ont adhéré au dispositif que pendant une période 3 mois. Cette période très courte ne peut se prêter à la description du comportement de consommation médicale « à l'intérieur de l'option » pour deux raisons. D'abord, elle est tout à fait insuffisante pour observer un éventuel changement de comportement. De plus, elle ne couvre qu'une période très inégale du printemps dont on connaît l'incidence de pathologies particulières. On exclut donc toute analyse exclusive de cette période en tant que période « à l'intérieur de l'option » et, par là même, toute analyse d'impact du dispositif de médecin référent.

L'analyse se limite donc à l'étude des comportements de consommation médicale avant l'adhésion éventuelle au dispositif de médecin référent, soit sur une période de référence pré option, dans le but de contrôler si les optants avaient d'ores et déjà un comportement de consommation médicale spécifique.

La période de référence pré option doit être identique chez les bénéficiaires non optants et les « futurs optants ». Pour les patients non optants, l'ensemble des deux semestres disponibles ne pose pas de problème et permet d'éviter les biais de saisonnalité puisqu'il s'agit d'une année calendaire. Pour les bénéficiaires ayant adhéré au dispositif au cours du premier semestre 1998, exclure la courte période incluse dans l'option reviendrait à exclure la période de printemps. De plus, comme indiqué ci-dessus, les trois mois intégrés à l'option ne sont pas suffisants pour induire un changement de comportement, surtout en matière de consommation médicale. C'est pourquoi, on conserve l'ensemble de ces deux semestres pour étudier ce comportement en admettant leur comparabilité entre les patients non optants et les futurs optants.

Enfin, les consommations médicales retenues pour l'étude ne concernent que les dépenses médicales ambulatoires, du fait du délai insuffisant pour récupérer les données de prestations hospitalières correctes. Mais l'objectif principal de l'option conventionnelle étant la qualité des soins en replaçant le médecin généraliste au centre du système, c'est l'observation des consommations de ville qui prime. De plus, les seules dépenses ambulatoires sont toutefois une bonne approche du niveau de consommation médicale totale puisque, globalement, elles continuent d'augmenter lorsque les dépenses hospitalières apparaissent.

En conséquence, la première question relative au comportement de consommation médicale à laquelle nous tentons de répondre s'énonce de la façon suivante :

« Quels étaient le niveau et la structure de la consommation médicale de ville des optants versus non optants avant le fonctionnement réel du dispositif de médecin référent ?

### 2.3.2 Structure par poste de la dépense annuelle moyenne en ambulatoire

On cherche à mettre en évidence des différences de profils de soins entre optants et non optants.

En réduisant les écarts d'état de santé entre optants et non optants, on diminue la différence des dépenses observées entre ces deux populations.

#### L'ensemble des soins de ville

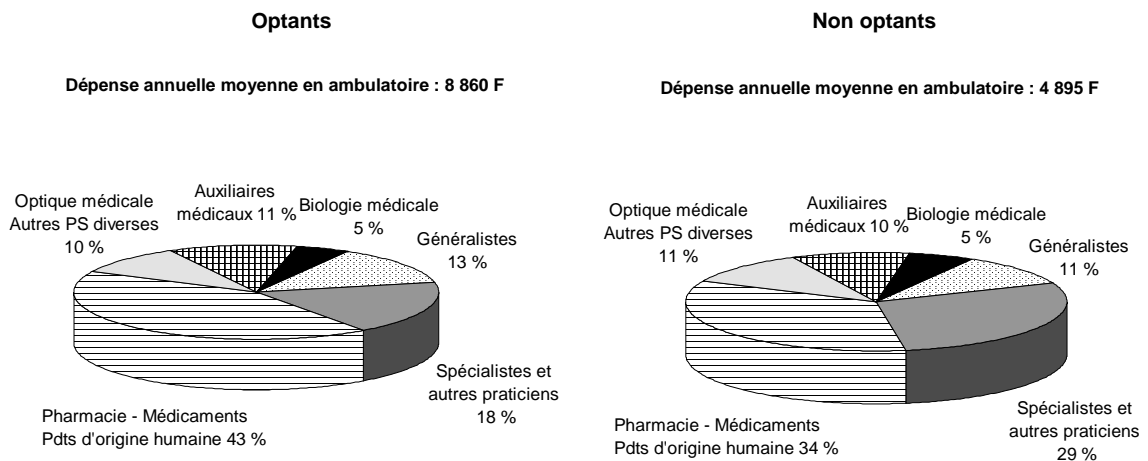
[Cf. Tableau n° 46 à 54 en annexe 3]

On procède par étapes successives en considérant d'abord l'ensemble de la population des optants et l'ensemble de celle des non optants. Mais, comme nous l'avons vu plus haut, les premiers bénéficiaires de l'Assurance maladie ayant adhéré à l'option conventionnelle (ou patients « pionniers » du système médecin référent) étaient beaucoup plus souvent des personnes âgées ou plus malades que les non adhérents. Il est donc naturel que leur niveau de consommation médicale soit supérieur et que la structure de leurs soins soit spécifique par rapport aux non optants. Pour réduire les effets des biais de sélection des premiers optants, on restreint le champ de comparaison entre optants et non optants en deux temps. D'abord, on élimine les personnes a priori en très bonne santé car n'ayant consommé aucun soin médical au cours de l'année. Ensuite, parmi celles qui restent, on s'intéresse aux seuls bénéficiaires ayant eu l'occasion réelle de signer un contrat de suivi médical car ayant consulté au moins une fois un généraliste au cours du premier semestre 1998. On obtient ainsi deux sous-populations à état de santé moins disparate.

Globalement, sur l'ensemble des populations de départ, les bénéficiaires optants dépensent en moyenne sur l'année 8 860 francs, soit 1,8 fois plus que les bénéficiaires non optants.

Les graphiques ci-dessous montrent que la structure des dépenses annuelles moyennes en ambulatoire par poste est assez différente entre optants et non optants.

**Graphique n° 2** [Excel \ Cnam \ Graph dép par motif d'exo ss xls - dep-agrég-opt, dep-agrég-non opt]  
**Structure par poste de la dépense annuelle moyenne de ville**



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

En proportion, les optants consomment plus d'actes de médecins généralistes et surtout de médicaments que les bénéficiaires non optants. Ces derniers consomment plus d'actes d'autres praticiens, en particulier plus d'actes de médecins spécialistes.

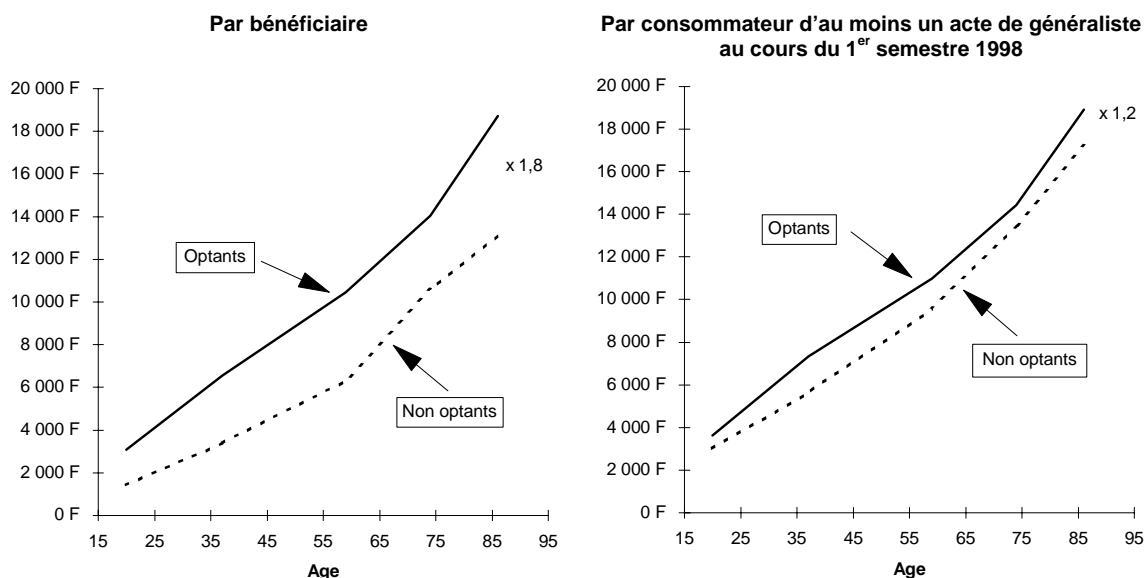
A présent, en s'intéressant aux seuls consommateurs de soins médicaux sur la période des 12 mois, les bénéficiaires a priori en très bonne santé et qui n'avaient apparemment aucune raison d'opter sont écartés (2,1 % parmi les optants contre 27,3 % parmi les non optants), l'écart de dépense observé entre optants et non optants se réduit. Parmi les consommateurs d'au moins un soin médical sur l'année, les bénéficiaires optants consomment 1,3 fois plus qu'un individu non optant, soit 9 054 francs versus 6 728 francs (Cf. Tableau n° 56 en annexe 3).

En réduisant à nouveau le champ d'étude aux patients qui ont eu en plus l'occasion réelle d'opter, c'est-à-dire à ceux qui ont rencontré un médecin généraliste au cours du 1<sup>er</sup> semestre 1998, on écarte ainsi, par rapport à la population de départ, 49,1 % des non optants (a priori en bonne santé) mais seulement 11,1 % des optants (preuve de leur besoin plus grand de soins médicaux). Les optants ne dépensent alors plus en moyenne que 1,2 fois plus que les non optants, soit 9 717 francs contre 8 165 francs.

Même si l'écart de dépenses entre optants et non optants se réduit, la courbe des dépenses des optants reste supérieure à celle des non optants quel que soit l'âge, mais cet écart n'est significatif que pour la classe d'âge 25 à 49 ans (Cf. Tableau n° 55 à 57 en annexe 3).

- **En réduisant les écarts d'état de santé entre ces deux populations, on diminue la différence des dépenses observées entre les optants et les non optants, les optants consommant 20 % de plus que les non optants.**

**Graphique n° 3** [Excel \ Cnam \ Tab 2 dep opt-non opt 99.xls - Graph 1 et Graph2]  
**Dépense annuelle moyenne de ville selon l'âge des optants et des non optants**  
 chez l'ensemble des bénéficiaires et chez les seuls consommateurs  
 d'au moins un acte de généraliste au cours du 1<sup>er</sup> semestre 1998



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

### **Les soins de médecins**

Plus de 60 % des bénéficiaires ont été au moins une fois chez le généraliste au cours de l'année. Ils sont 93,7 % chez les optants et 61,2 % chez les non optants. En moyenne, les optants dépensent au cours de l'année 1 183 francs en séances de généralistes, alors que les non optants dépensent en moyenne 521 francs. Si on s'intéresse aux consommateurs d'au moins une fois ce poste au cours de l'année, les optants ne dépensent plus que 1,5 fois plus que les non optants au cours de l'année.

Les optants, qui sont plus nombreux à consommer des soins de médecins spécialistes, autres que ophtalmologistes, gynéco-obstétriciens et pédiatres, dépensent en moyenne un peu plus que les non optants, 770 francs versus 595 francs. Cette différence disparaît lorsque l'on s'intéresse à la population des consommateurs d'au moins un acte d'autres spécialistes au cours de l'année.

### **La pharmacie**

Les optants dépensent en moyenne 2,3 fois plus que les non optants en produits pharmaceutiques quelle que soit la population d'étude, totale ou seuls consommateurs de ce poste. Cet écart peut s'expliquer par la corrélation qui existe entre la consommation d'actes de généralistes et de produits pharmaceutiques.

### **Les autres postes**

Les optants sont plus souvent consommateurs de soins d'auxiliaires médicaux que les non optants, 31,2 % contre 19,4 %. Les optants, consommateurs d'au moins un soin d'auxiliaire médical au cours de l'année, dépensent en moyenne 3 175 francs et les non optants 2 573 francs.

Il n'y a pas de réelle différence entre les optants et les non optants pour les autres postes.

### **2.3.3 Variabilité des écarts de dépenses entre optants et non optants**

On ne peut raisonner ici en termes de « toutes choses égales par ailleurs ».

Mais on remarque toutefois que les hommes optants dépensent en moyenne 1,3 fois plus que les hommes non optants.

A contrario, chez les femmes, la différence est beaucoup plus faible, les optantes dépensent seulement 1,1 fois plus que les non optantes.

On observe des différences plus marquées entre optants et non optants pour les consommateurs de moins de 50 ans. En particulier, les jeunes optants de 16 à 24 ans dépensent 1,2 fois plus que les non optants du même âge et l'écart est de 1,3 chez les personnes de 25 à 49 ans.

Au-delà de 50 ans, les optants ne dépensent plus que 1,1 fois plus que les non optants.

De même, les optants assurés consomment 1,2 fois plus que les non optants assurés, même à âge et sexe égal, alors qu'il n'y a pas d'écart chez les ayants droit conjoints ou enfants.

*Par ailleurs, parmi les consommateurs exonérés du ticket modérateur pour ALD, les optants dépensent comme les non optants (facteur multiplicatif = 1,0), pour un âge moyen proche mais un sex-ratio supérieur (il y a une proportion plus grande d'hommes parmi les optants en ALD que parmi les non optants en ALD). Ceci est confirmé à âge et sexe égal.*

Par contre, parmi les non exonérés, les optants dépensent 20 % en plus que les non optants. Chez les exonérés pour ALD, comme les non exonérés, l'écart de dépenses entre optants et non optants se réduit lorsque l'âge augmente, pour s'annuler après 50 ans. On remarque un sexe ratio (hommes/femmes) particulièrement élevé chez les adultes jeunes en ALD.

***En conclusion, les optants consomment plus de soins de généralistes et de médicaments alors que les non optants consomment plus de soins de spécialistes.***

***L'écart des dépenses entre optants et non optants est nettement supérieur chez les hommes d'une part (1,3) et chez les jeunes (1,3 entre 25 et 49 ans), sans que l'on puisse prouver qu'elle soit sous-tendue par un état de santé différent (i.e. sans pouvoir tenir compte du fait qu'ils soient en ALD ou non).***

***Par contre, les optants en ALD consomment de la même façon que les non optants en ALD. Donc, à état de santé plus proche, c'est-à-dire optants ALD versus non optants ALD, il n'y a pas de différence de dépense médicale de ville, même à âge et sexe égal.***

*Ceci prêche pour l'hypothèse que c'est aussi un état de santé différent, mais non reconnu en ALD, qui induit des dépenses supérieures chez les optants non exonérés du ticket modérateur, par rapport aux non optants non exonérés.*

## **2.4 Les médicaments génériques et les équivalents thérapeutiques moins onéreux**

---

Selon l'avenant à la convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie : « le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale [...]. Dans un premier temps, le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments visés ci-dessus à concurrence d'au moins 10 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 3 % au titre des médicaments génériques. »

Qu'en est-il donc de la prescription de ces médicaments par les médecins ayant choisi de devenir référents et ceux n'ayant pas fait ce choix sur la période des deux semestres d'observation disponibles ?

- ***Une approche de la prescription de ces médicaments moins onéreux au travers de la consommation montre que si elle reste encore modeste au premier semestre 1998, elle a largement progressé depuis le second semestres 1997, tant chez les médecins référents que chez les non référents.***

### **2.4.1 Les données et les réserves méthodologiques**

Pour étudier ce phénomène, il faudrait disposer de données sur la prescription exhaustive de médicaments des médecins avec des marqueurs permettant de repérer les médecins référents. De telles sources de données n'ont matériellement pu être mise en place sur le seul premier semestre 1998, les remontées du SNIR volet clientèle (Système National Inter-Régime) se faisant plus tardivement dans l'année.

De plus, le codage de la pharmacie étant en période de montée en charge et non encore exhaustif, les données ne sauraient être considérées comme représentatives France entière.

Cependant, au travers des données de consommation médicamenteuse présentées au remboursement, on peut approcher la prescription, sachant toutefois que, pour chaque médecin, nous ne disposons pas de l'ensemble de sa prescription. D'autre part, sur les six caisses participant à l'évaluation, le codage de la pharmacie n'était que de 45 % au second semestre 1997, mais il est passé à 82 % au premier semestre 1998.

Les résultats présentés ici à partir de données de consommation ne sont donc qu'une approche imparfaite de la prescription mais ils fournissent des indications intéressantes.

### **2.4.2 Les équivalents thérapeutiques moins onéreux**

*Les taux d'accroissement de la prescription des équivalents thérapeutiques moins onéreux entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, au seuil de 10 % de la prescription totale en valeur, sont respectivement de 3,8 chez les médecins référents et de 2,9 chez les non référents.*

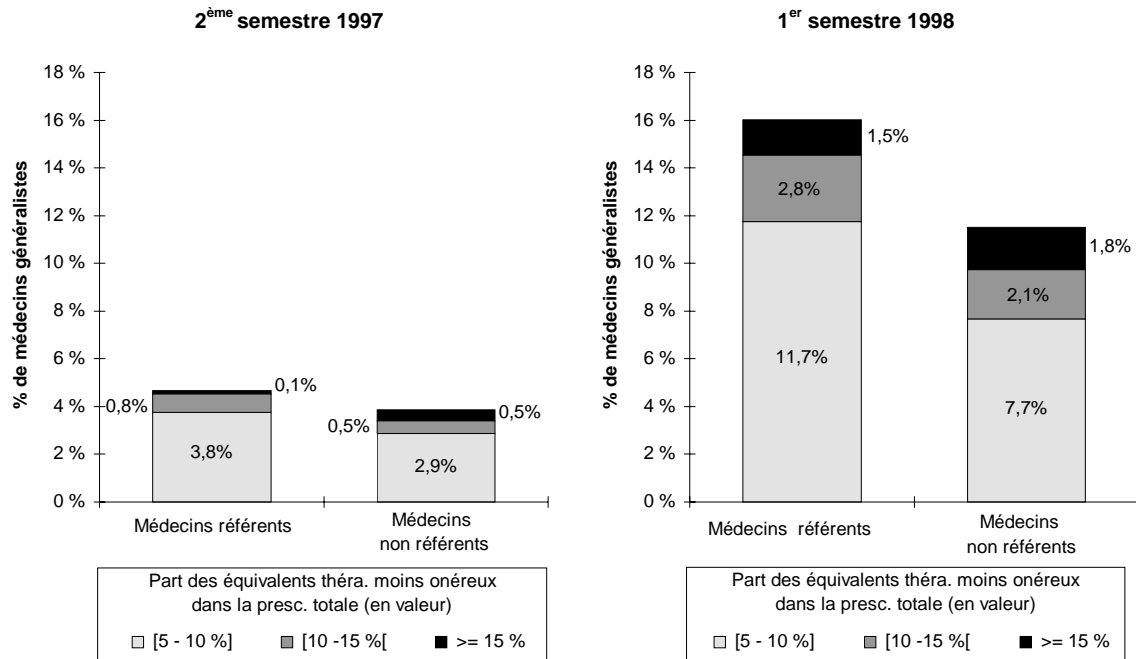
Au cours du second semestre 1997, le seuil des 10 % de prescription de médicaments équivalents thérapeutiques moins onéreux (au sein de sa prescription totale) semblait difficile à atteindre : à peine 1 % des médecins généralistes l'atteignaient, qu'il s'agisse des futurs référents



ou des non référents. Et très rares sont ceux qui dépassaient le seuil de 15 % de prescription d'équivalents thérapeutiques moins onéreux.

Moins de 5 % des futurs médecins référents et 3,9 % des autres médecins (non référents) prescrivait des équivalents thérapeutiques moins onéreux à concurrence d'au moins 5 % de la valeur de leur prescription médicamenteuse totale.

**Graphique n° 4** [Excel \ Cnam \ Med les moins coûteux.xls - Graph-2<sup>ème</sup> sem 97 et Graph-1<sup>er</sup> sem 98]  
**Répartition des généralistes selon la part des équivalents thérapeutiques moins onéreux au sein de leur prescription (estimée en valeur)**



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Cependant, entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, on observe une augmentation considérable de la part des médecins généralistes, tant référents que non référents, prescrivant des médicaments équivalents thérapeutiques moins onéreux.

En effet, au cours du premier semestre 1998, 16,0 % des généralistes référents et 11,6 % des généralistes non référents prescrivait, en valeur, au moins 5 % de leur prescription médicamenteuse totale en équivalents thérapeutiques moins onéreux. Si l'on se réfère toujours à un seuil de 5 %, le taux d'accroissement de la part des médecins référents entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998 est un peu plus élevé (1,2 fois plus) que chez les médecins non référents, respectivement 2,4 et 2,0.

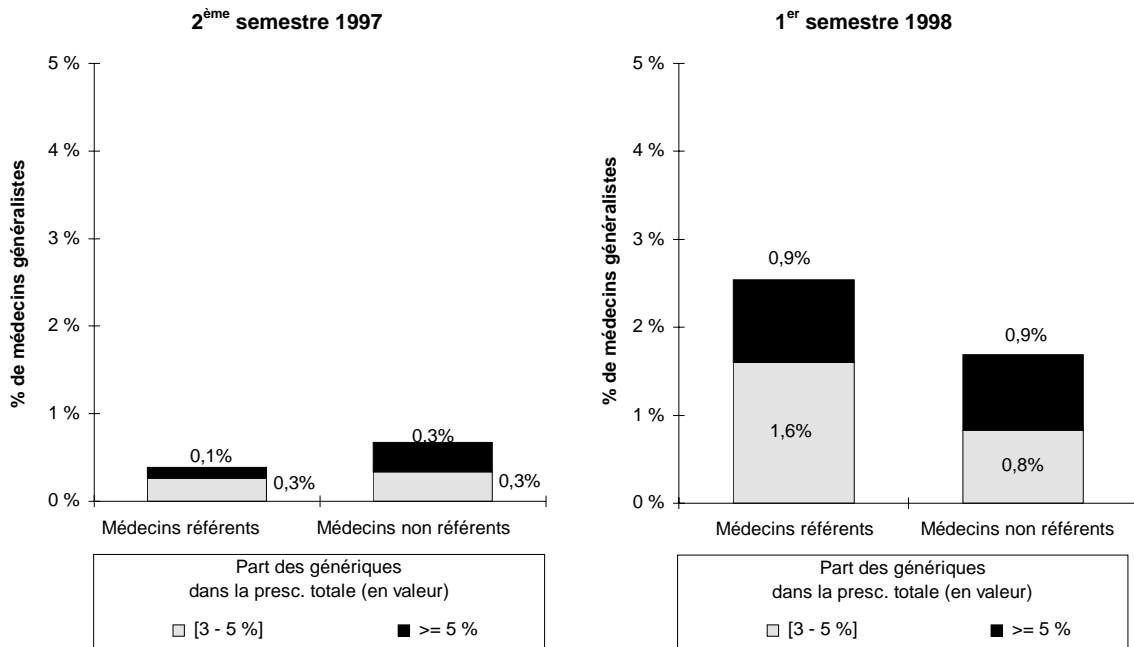
Le taux d'accroissement de la part des médecins référents qui prescrivent au moins 10 % d'équivalents thérapeutiques moins onéreux est 1,3 fois plus élevé que celui des médecins non référents : 3,8 versus 2,9 chez les non référents qui en prescrivent autant. Les médecins référents sont en effet 4,3 % à le dépasser et les non référents sont 3,9 %. Le seuil des 15 % reste par contre encore très élevé.

### 2.4.3 Les génériques

Le champ des médicaments génériques est moins large que celui des équivalents thérapeutiques moins onéreux. Les taux d'accroissement de la prescription de ces médicaments génériques entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, au seuil de 3 % de la prescription totale en valeur, sont respectivement de 5,2 chez les médecins référents et de 1,8 chez les non référents.

Au cours du second semestre 1997, 0,1 % des futurs généralistes référents et 0,3 % des autres généralistes (non référents) prescrivait des médicaments génériques à concurrence d'au moins 5 % de la valeur de leur prescription médicamenteuse totale. Même le seuil de 3 % est difficile à atteindre (respectivement 0,4 % et 0,6 %).

**Graphique n° 5** [Excel \ Cnam \ génériques.xls \ graph-2<sup>ème</sup> sem 97 et Graph-1<sup>er</sup> sem 98]  
**Répartition des généralistes selon la part de médicaments génériques au sein de leur prescription (estimée en valeur)**



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, on observe également une augmentation importante de la part des médecins généralistes référents et non référents prescrivant des médicaments génériques. Au cours du premier semestre 1998, les généralistes référents sont désormais 2,5 % à prescrire au moins 3 % de médicaments génériques (en valeur de leur prescription disponible dans nos fichiers) et les généralistes non référents sont 1,7 %. Le taux d'accroissement de la part des médecins atteignant ce seuil entre ces deux semestres consécutifs est de 5,2 chez les médecins référents contre 1,8 chez les médecins non référents, soit 2,9 fois plus élevé.

Par contre, le seuil de 5 % de prescription reste très difficile à atteindre, malgré une augmentation importante de la part des médecins qui le réalisent au premier semestre 1998, 0,9 % tant des généralistes référents que des non référents (contre respectivement 0,1 % et 0,3 % au second

semestre 1997). Le taux d'accroissement est ici respectivement de 8 et de 2, soit 4 fois plus élevé pour les référents.

***En conclusion, si les pourcentages de généralistes ayant atteint les seuils souhaités de prescription d'équivalents thérapeutiques moins onéreux et de médicaments génériques sont encore très modestes au premier semestre 1998, les taux d'accroissement observés entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998 sont très encourageants, d'autant qu'ils concernent tant les médecins référents que les non référents.***

*L'engagement de prescription ne concernait que les premiers mais le message semble également entendu par les seconds. On peut supposer qu'il s'agit là d'un effet général de sensibilisation à la maîtrise des dépenses de santé propulsé par le dispositif de médecin référent. En effet, la mise en place de ce dispositif fut accompagnée par la diffusion par la CNAMTS d'un guide des équivalents thérapeutiques par dénomination commune internationale (DCI) qui représente un outil pratique mis à jour régulièrement.*

## 2.5 La fidélité à un médecin généraliste

---

Le suivi médical d'une personne par un même médecin généraliste représente la clé de voûte du dispositif de médecin référent, sur laquelle s'appuient des objectifs de qualité des soins, de continuité des soins et les mesures de prévention, d'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'ensemble devant permettre une optimisation des dépenses de santé.

Nous avons donc cherché à apprécier le type recours au médecin généraliste, dans le but de savoir si, avant la mise en place du dispositif de médecin référent, les futurs bénéficiaires optants avaient d'ores et déjà un comportement spécifique différent des personnes n'ayant pas choisi de signer un contrat de suivi médical.

- ***Les résultats montrent que, quelle que soit l'intensité de recours au généraliste, les bénéficiaires optants étaient d'ores et déjà plus souvent fidèles à un médecin généraliste dit « habituel », recourant moins souvent à un ou plusieurs généralistes dits « occasionnels ».***

### **Choix méthodologiques**

Comme pour le coût de la consommation médicale moyenne par individu, nous considérons le recours au généraliste sur l'ensemble de la période de recueil des prestations, admettant que les 3 mois intégrés en moyenne dans l'option conventionnelle ne sont suffisants pour induire un changement de comportement des patients optants.

Il s'agit d'étudier plus particulièrement, au moyen des seules données de prestations d'Assurance maladie, le comportement de fidélité à un médecin généraliste « habituel » et le recours à d'éventuels généralistes « occasionnels ». Pour cela, nous observons l'ensemble des rencontres ou séances médecin-patient pour une même personne, au cabinet du praticien ou au domicile du patient (lettres-clés C, V et K), en repérant et classant celles qui sont réalisées par des médecins occasionnels.

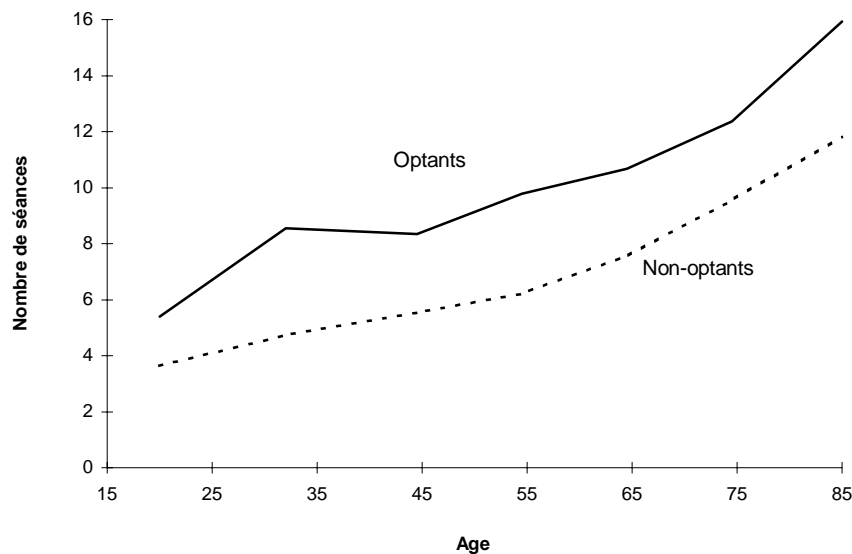
Notre but ici n'est pas de faire une étude sur le « nomadisme médical » qui supposerait que l'on regarde finement les séquences de rencontres médecin-patient en émettant des hypothèses quant au délai entre deux consultations réalisées par deux médecins différents et pour lequel on supposerait qu'il existe une forte présomption d'infidélité, voire de surconsommation médicale.

Nous restons à un niveau plus simple d'analyse, tentant d'identifier le recours à un ou plusieurs généralistes au cours de la période observée (du 1<sup>er</sup> juillet 1997 au 30 juin 1998) et que l'on peut qualifier d'« occasionnels ». Puis on compare l'intensité de recours à de tels généralistes occasionnels chez les patients qui ont fait le choix du système médecin référent et chez ceux qui ne l'ont pas fait.

### **2.5.1 L'intensité de recours au médecin généraliste et la notion de fidélité**

*Au cours de l'année, le nombre moyen de séances de généralistes consommées par un bénéficiaire optant est toujours supérieur à celui d'un bénéficiaire non optant, quel que soit l'âge du patient. Ceci est cohérent avec le fait que les patients optants sont en moyenne plus malades que les non-optants.*

**Graphique n° 6** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls\Graph-nb-séance]  
**Nombre moyen de séances selon l'âge chez les optants et chez les non-optants**



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Parmi l'ensemble des bénéficiaires, optants et non optants confondus, 38,8 % n'ont pas consulté de médecin généraliste dans au cours de l'année et 61,2 % ont vu au moins une fois un généraliste. Parmi ces 61,2 % de bénéficiaires, 19,0 % ont vu deux généralistes différents dans l'année et 11,3 % en ont vu trois différents ou plus.

**Tableau n° 7** [Excel \ Cnam \ OC.xls\Rép-bénéficiaires]  
**Répartition des bénéficiaires ayant consulté un généralistes dans l'année suivant le nombre de généralistes différents rencontrés**

Nombre de généralistes différents	Effectif extrapolé	Taux extrapolé
1	622 342	50,6%
2	380 448	31,0%
3 et plus	227 192	18,4%
Ensemble	1 230 982	100,0%

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Le nombre de généralistes différents rencontrés dans l'année s'explique principalement par le nombre de séances de généralistes que le patient a eu : plus les séances de généralistes sont nombreuses, plus le nombre de généralistes différents rencontrés augmente (coefficient de corrélation : 0,81).

En effet, a priori, plus on recourt à un médecin généraliste pour raison de santé et plus on a de chances d'en avoir besoin à certains moments où son généraliste habituel est absent de son cabinet.

Il peut s'agir de la nuit, des dimanches ou jours fériés, mais aussi des périodes de vacances du généraliste. Il peut s'agir aussi de ses propres vacances ou d'autres occasions de déplacements géographiques, toutes étant des cas de force majeure. De plus, ces circonstances ne sont pas de même fréquence selon que l'on soit jeune ou que l'on souffre uniquement de quelques maladies

aiguës au cours de l'année, ou selon que l'on soit vieux ou souffrant de maladies chroniques ou multiples. Toutes ces circonstances sont autant d'occasions de consulter un autre généraliste, que ce soit dans le cadre de la permanence organisée des soins (remplaçant désigné, service de garde, etc.) ou non (choix propre du patient), et sans qu'il s'agisse d'infidélité vis-à-vis de son généraliste habituel. Certaines de ces circonstances sont repérables facilement dans les fichiers de prestations d'Assurance maladie, d'autres non, telles les périodes de vacances du généraliste habituel.

On peut aussi choisir de consulter un second généraliste pour d'autres raisons, par exemple prendre un autre avis ou lorsque l'on désire changer de traitement. Ces circonstances peuvent être considérées comme des infidélités réelles à son généraliste habituel. Mais on ne peut pas toujours les différencier, par exemple des recours à un autre généraliste pendant les périodes de vacances de son généraliste habituel. Cependant, on peut tout de même parler de présomption d'infidélité lorsqu'aucun indice nous permet de considérer qu'il s'agit d'un cas de force majeure.

Qu'en est-il de la fidélité des bénéficiaires optants comparée à celle des non optants ?

### **2.5.2 La répartition des patients selon leur fidélité à un généraliste**

Pour pouvoir observer ce phénomène, on définit des classes regroupant des patients plus ou moins « fidèles » et on compare la répartition des patients optants dans ces classes à celle des patients non optants.

#### **La méthode**

Pour ce faire, après le repérage des séances de généralistes, une première étape consiste à marquer en tant que tels les patients n'ayant pas eu de recours à un médecin généraliste au cours de la période du 1<sup>er</sup> juillet 1997 au 30 juin 1998 et ceux n'ayant recours qu'une seule fois à un médecin généraliste. Par définition, ils ne peuvent être « infidèles ».

Pour ceux qui ont eu recours à deux médecins généralistes différents ou plus, nous classons les médecins consultés selon la fréquence de recours. Le généraliste consulté le plus souvent est considéré comme le généraliste « habituel » et les autres sont dits « occasionnels ». En effet, comme indiqué ci-dessus, dans certaines circonstances parfois indépendantes de la volonté du patient, celui-ci est amené à faire appel à un autre généraliste que son généraliste habituel.

Certains cas considérés de force majeure sont détectables facilement dans les fichiers de prestations et doivent permettre d'écarter la présomption d'infidélité au généraliste habituel. Par conséquent, les patients qui consultent un second généraliste uniquement en cas de force majeure seront rapprochés des précédents car ils ne présentent pas de cas vrai d'infidélité. Il s'agit en particulier des cas où les consultations d'un second généraliste se sont faites dans les circonstances suivantes :

- les visites sont effectuées la nuit, le dimanche ou un jour férié (repérées par des majorations) : elles peuvent être nécessaires en cas d'urgence alors que le généraliste habituel n'est pas de garde ;
- les séances ont eu lieu dans un département non contigu au département d'implantation du généraliste habituel : elles peuvent correspondre à un déplacement professionnel ou privé du patient ;

- les séances sont relatives à un accident du travail (elles représentent moins de 1 % des séances de généralistes) : elles pourraient être une source d'infidélité à un généraliste habituel, bien que l'on ne puisse pas le vérifier ici.

Par ailleurs et les cas de force majeure repérés ci-dessus étant déjà exclus, on considère que les patients ayant consulté une seule fois un second généraliste, quel que soit le nombre total de séances de généralistes dans l'année, ont pu le faire en cas d'absence du généraliste habituel sans que ce soit détectable dans les fichiers. Ces patients seront marqués d'une faible présomption d'infidélité à leur généraliste habituel.

Toujours les cas de force majeure repérés ci-dessus étant exclus, les patients qui ont rencontré deux généralistes différents, chacun plus d'une fois, et ceux qui ont rencontré trois généralistes différents ou plus au cours de l'année, sont affectés d'une présomption réelle d'infidélité, sans toutefois que l'on puisse la prouver.

Enfin, certains bénéficiaires ne peuvent être classés dans les classes précédentes car il nous manque une information sur le département d'implantation du cabinet de l'un des généralistes par exemple.

Voici les classes de fidélité ou de présomption d'infidélité ainsi obtenues.

#### **Définition des classes retenues de fidélité à un médecin généraliste**

Les visites de nuit ou de jours fériés, qui représentent moins de 3 % de l'ensemble des séances, sont considérées comme des cas de force majeure de recours à un généraliste occasionnel. Elles n'interviennent donc pas dans la définition des classes de fidélité.

1. Sans objet :  
les individus qui ont consommé aucune ou une seule séance de généraliste au cours de l'année ne peuvent, par définition, être qualifiés d'« infidèles » ni même de « fidèles ».
2. Pas d'infidélité :  
il s'agit des individus ayant consommé deux séances de généralistes ou plus, toutes avec le même médecin ; on leur adjoint certains cas de force majeure (vacances, déplacement, ...) : les individus rencontrant deux généralistes différents dans deux départements non contigus sont également considérés comme « fidèles ».
3. Faible présomption d'infidélité :  
quel que soit le nombre de séances au cours de l'année, les individus ayant rencontré une seule fois un deuxième généraliste, ont pu le faire en cas d'absence de leur généraliste habituel.
4. Présomption d'infidélité réelle :  
les patients qui ont rencontré deux généralistes différents, chacun plus d'une fois au cours de l'année ;  
ceux qui ont rencontré trois généralistes différents ou plus.
5. Inclassable :  
pour certains individus rencontrant deux généralistes différents, lorsque l'information concernant le département est inconnue pour au moins l'un des deux généralistes, il nous a été impossible de conclure. En effet, dans le cas où il s'agirait de deux départements éloignés, la personne ne doit pas être classée indûment comme infidèle.

La notion de « fidélité » est plus difficile à concevoir en médecine générale qu'en spécialité. Lorsqu'un patient qui fait appel à un généraliste autre que son généraliste habituel, c'est peut-être tout simplement par ce qu'il y avait urgence ou déplacement temporaire (vacances ...). Dans la définition ci-dessus, la fidélité ou l'infidélité sont établies en fonction du nombre de séances qu'un patient a eu au cours de l'année et du département d'exercice du médecin. Nous aurions pu affiner cette définition en tenant compte par exemple du motif de recours au généraliste, mais les fichiers dont nous disposons pour cette étude ne nous informent pas sur la pathologie du patient.

Ainsi, selon cette classification, on obtient la répartition suivante sur l'ensemble des bénéficiaires optants et non optants confondus.

**Tableau n° 8** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls\classe de nomadisme]  
**Répartition de l'ensemble des bénéficiaires en fonction des classes de fidélité établies**

Classes de fidélité au généraliste	Effectif de patients extrapolé	Pourcentage de patients extrapolé	Nombre de séances de généralistes étudiées
1. Sans objet	987 678	49,1 %	208 496
2. Pas d'infidélité	423 530	21,1 %	2 361 882
3. Présomption d'infidélité faible	236 063	11,7 %	1 232 327
4. Présomption d'infidélité réelle	307 391	15,3 %	3 392 016
5. Inclassable	55 502	2,8 %	578 247
<b>Ensemble</b>	<b>2 010 164</b>	<b>100,0 %</b>	<b>7 772 968</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

Si l'on tient compte des personnes classées « sans objet », la répartition de l'ensemble des patients optants est très différente de celle des patients non optants, ces derniers étant, comme nous l'avons déjà décrit plus haut, bien plus souvent en meilleure santé que les optants et recourant moins souvent au généraliste. En effet, parmi les non-optants, on a une proportion bien plus forte de « sans objet » (classe 1) que chez les optants, soit 49,5 % versus 13,4 %. Parmi les « sans objet », 75 % sont des individus qui n'ont pas rencontré de généraliste au cours de l'année.

**Tableau n° 9** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls - opt-non opt]  
**Répartition des optants et des non-optants en fonction des classes de fidélité établies**

	Optants	Non optants
Sans objet	13,4 %	49,5 %
Pas d'infidélité	35,9 %	20,9 %
Présomption d'infidélité faible	18,4 %	11,7 %
Présomption d'infidélité réelle	26,0 %	15,2 %
Inclassable	6,3 %	2,7 %
<b>Ensemble</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98



Il est donc logique de considérer les seuls patients susceptibles d'infidélité ou exposés à ce risque afin de comparer les pourcentages de bénéficiaires optants et non optants fidèles ou ceux présentant une présomption d'infidélité faible ou réelle, à l'exclusion des « sans objet » et des « inclassables ».

### Les résultats

Comme les patients optants recourent plus souvent au généraliste que les non optants du fait d'un état de santé en moyenne plus dégradé, et que le risque de recourir à plusieurs généralistes augmente avec le recours au médecin, nous avons distingué plusieurs classes d'intensité de recours au généraliste pendant l'année. Ainsi, nous pouvons comparer la répartition des groupes de population optante et non optante similaires du point de vue de la densité annuelle de recours au généraliste, selon les classes de fidélité.

- **Quelle que soit l'intensité de recours au généraliste, les bénéficiaires optants sont plus souvent fidèles à leur généraliste, que l'on se réfère au pourcentage de patients présentant aucune infidélité ou, à l'opposé, à ceux qui présentent une présomption réelle d'infidélité.**

**Tableau n° 10** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls - densité-opt-non opt]  
**Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel**  
**selon la densité de recours des patients au médecin**

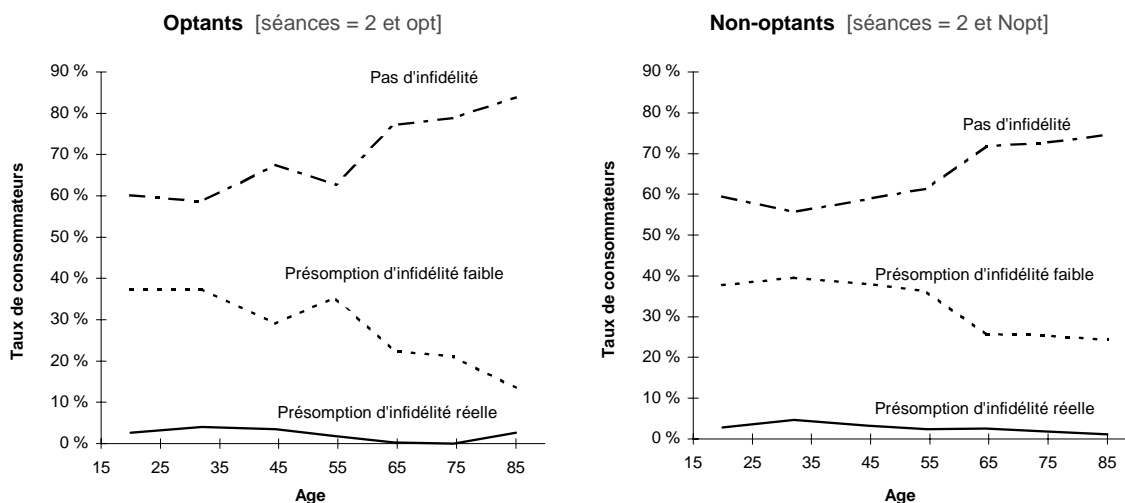
	Patients optants			Patients non optants		
	Densité de consommation de soins de généralistes par an					
	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus
<b>Effectif de patients</b>						
Pas d'infidélité	2 107	1 562	3 789	183 692	92 555	139 825
Présomption d'infidélité faible	1 078	806	1 946	109 404	55 041	67 788
Présomption d'infidélité réelle	94	535	4 772	10 245	55 945	235 800
Ensemble	3 279	2 903	10 507	303 341	203 541	443 413
<b>Pourcentage de patients</b>						
Pas d'infidélité	64,3 %	53,8 %	36,1 %	60,6 %	45,5 %	31,5 %
Présomption d'infidélité faible	32,9 %	27,8 %	18,5 %	36,1 %	27,0 %	15,3 %
Présomption d'infidélité réelle	2,9 %	18,4 %	45,4 %	3,4 %	27,5 %	53,2 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

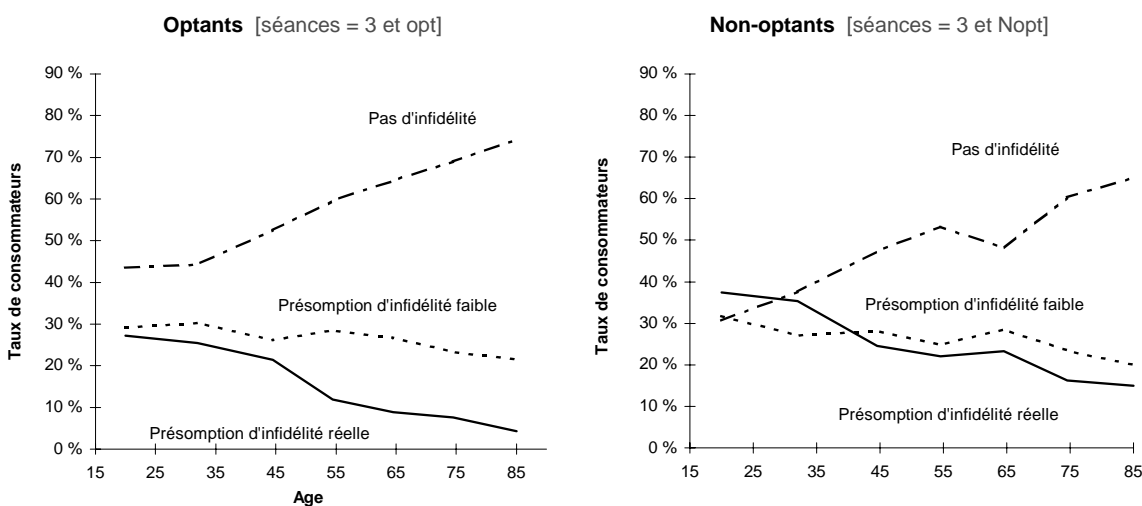
En effet, parmi les personnes ayant recouru à un médecin généraliste 2 à 3 fois au cours de l'année d'observation, les optants sont 64,3 % à être fidèles contre 60,6 % des non-optants. On compte 53,8 % d'optants fidèles contre 45,5 % de non-optants parmi ceux ayant recouru au généraliste 4 à 5 fois dans l'année et, enfin, respectivement 36,1 % contre 31,5 % parmi ceux ayant recouru 6 fois ou plus.

### Graphique n° 7 [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls] Evolution de la proportion de patients fidèles ou présumés infidèles selon l'âge

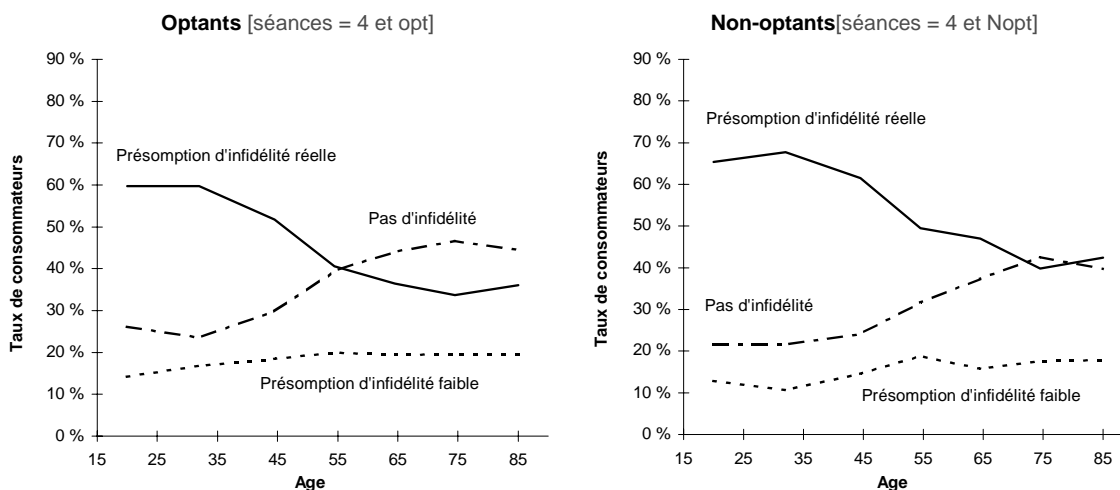
#### 2 ou 3 séances de généralistes au cours de l'année



#### 4 ou 5 séances de généralistes au cours de l'année



#### 6 séances de généralistes ou plus au cours de l'année



Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

De plus, à l'autre extrémité de l'échelle de fidélité, quelle que soit la densité de recours au généraliste, les non-optants présentent plus souvent une présomption réelle d'infidélité que les optants. En effet, parmi les personnes qui ont eu recours 2 ou 3 fois au généraliste pendant l'année, les non-optants sont 3,4 % à présenter une présomption réelle d'infidélité que les optants contre 2,9 % chez les optants. De même, on compte 27,5 % de non-optants présentant une réelle présomption d'infidélité parmi les personnes qui ont eu recours au généraliste 4 ou 5 fois dans l'année, contre 18,4 % d'optants et, enfin, respectivement 53,2 % contre 45,4 % parmi ceux y ayant recouru 6 fois ou plus.

Selon le sexe, pour les optants comme pour les non optants, les hommes ont tendance à être plus fidèles à leur généraliste que les femmes. Ce phénomène est plus marqué chez les consommateurs d'au moins quatre séances de généralistes au cours de l'année (Cf. Tableau n° 58).

L'âge joue un rôle important sur la fidélité au généraliste. Globalement, les personnes âgées sont plus fidèles à leur généraliste, et de façon plus marquée chez les optants (Cf. Tableau n° 59).

Chez les optants comme chez les non-optants, le taux de consommateurs fidèles augmente avec l'âge, mais il reste supérieur chez les optants. Dans le cas de 2 à 3 séances annuelles de généralistes, ce taux passe de 60,2 % pour les moins de 16 ans à 83,8 % pour les personnes âgées chez les optants, et de 59,5 % à 74,6 % chez les non-optants. De même, pour les patients ayant eu 4 ou 5 séances de généralistes au cours de l'année, ce taux passe de 43,6 % à 74,3 % pour les optants et de 30,7 % à 65,0 % pour les non-optants. Enfin, même parmi les patients ayant eu 6 séances de généralistes ou plus, ce taux, quoique plus bas, monte de 26,1 % à 44,5 % pour les optants et de 21,7 % à 39,7 % pour les non-optants.

De façon complémentaire et au-delà de trois séances de généralistes par an, pour les optants comme pour les non-optants, la présomption réelle d'infidélité diminue avec l'âge, mais elle reste inférieure chez les non-optants. Dans le cas des patients qui ont eu 4 ou 5 séances de généralistes au cours de l'année, le taux de consommateurs non optants présentant une présomption d'infidélité réelle passe de 37,8 % pour les moins de 16 ans à 15,0 % pour les personnes âgées ; chez les optants, ce taux passe de 27,2 % à 4,3 %. Pour les patients qui ont eu 6 séances ou plus au cours de l'année, ce taux passe respectivement de 65,4 % à 42,4 % chez les non-optants et de 59,7 % à 36,0 % chez les optants.

Quel que soit l'âge, avec l'augmentation du nombre de séances au cours de l'année, on vérifie que le taux de consommateurs ayant une présomption d'infidélité réelle augmente, mais plus fortement chez les non-optants que chez les optants. Parallèlement, le taux de consommateurs fidèles baisse mais il reste plus élevé chez les optants que chez les non-optants.

***En conclusion, les résultats de l'analyse montrent que les bénéficiaires optants étaient d'ores et déjà plus souvent fidèles à un médecin généraliste dit « habituel », recourant moins souvent à un ou plusieurs généralistes dits « occasionnels » en dehors des cas de force majeure.***

*L'analyse des données de l'enquête Santé et Protection Sociale du CREDES qui suit, basée sur les déclarations des personnes en réponse à des questions d'opinion, va également dans ce sens, montrant que, dans l'éventualité d'une prochaine proposition de contrat de suivi médical aux personnes non optantes, celles qui seraient les plus enclines à signer un tel contrat sont plus souvent celles qui déclarent avoir un généraliste habituel, signe d'une confiance déjà bien établie avec leur médecin.*



***3. La portée de l'information et  
les motivations à la signature  
d'un contrat de suivi médical  
(données ESPS)***

---



Les résultats issus des données provenant des CPAM sont complétés par des réponses à des questions issues de questionnaires spécifiques soumis lors de l'enquête ménage annuelle du CREDES, « l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) », à l'occasion de la vague de printemps 1998 qui interrogeait 10 000 bénéficiaires de l'Assurance Maladie, soit au démarrage de l'option conventionnelle.

### **3.1 Caractéristiques de la population des « non optants » et des « optants »**

---

L'enquête comptait deux questionnaires relatifs à l'option conventionnelle, interrogeant d'une part les bénéficiaires « non optants » et d'autre part les bénéficiaires « optants ».

Sur un échantillon de 9 418 personnes dans la vague de printemps 1998 d'ESPS, 6 185 bénéficiaires ont renvoyé le questionnaire « non optants » (appelés « patients non optants ») et 72, le questionnaire « optant » (appelés « patients optants »).

Représentant les deux tiers de l'échantillon total, les bénéficiaires « non optants » ne se distinguent pas sur des caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé de l'échantillon global. L'échantillon des optants est en revanche trop faible pour comparer sa structure à celle de l'échantillon global ou même à celle des non optants. Pour la même raison, les quelques résultats des réponses aux questionnaires « optant » ne sont donnés qu'à titre indicatif (Cf. Tableau n° 61, 62, 63 et 64 en annexe).

Dans la suite de cette partie, les résultats concernant les différents thèmes seront présentés le plus souvent pour les seuls patients non optants, le faible nombre de patients optants rendant délicate l'interprétation des données les concernant. Toutefois, le cas échéant, les résultats intéressants des optants apparaîtront au fil des thèmes à titre de comparaison et sans donner lieu à un chapitre distinct.

### **3.2 La connaissance du système de médecin référent avant l'enquête**

---

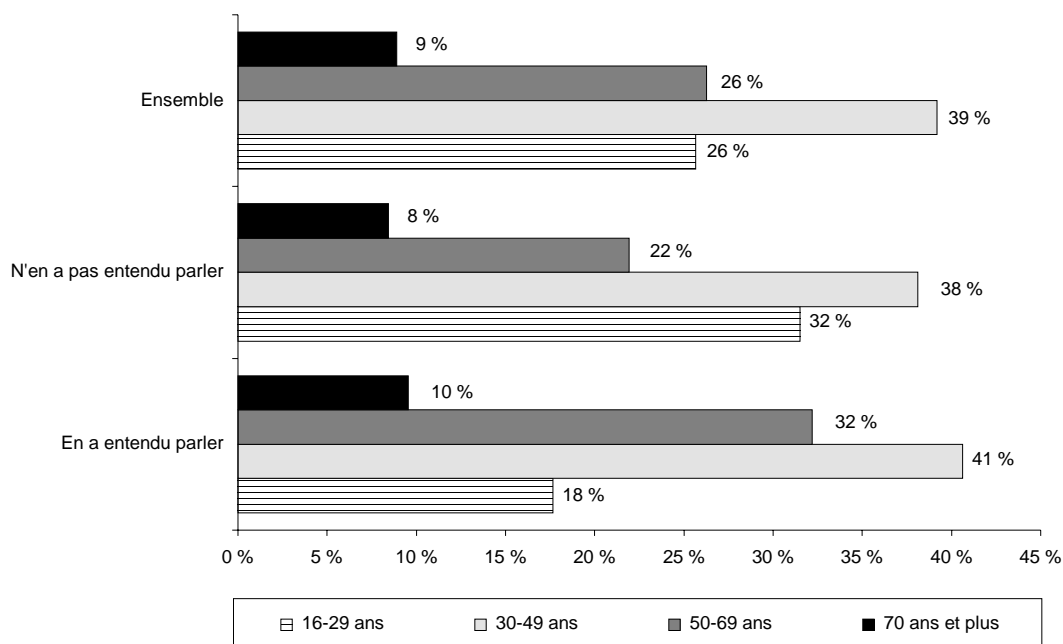
*« Vous n'avez pas signé un contrat de suivi médical. Mais avez-vous déjà entendu parler de ce contrat ? »*

#### **3.2.1 Taux de patients non optants informés de l'existence du contrat de suivi médical avant l'enquête**

Parmi les répondants au questionnaire non optant, 42 % déclarent avoir entendu parler du contrat de suivi médical avant l'enquête, ce qui représente une part importante.

Les personnes sont en moyenne plus âgées que celles qui n'en avaient jamais entendu parler : en effet, les personnes jeunes, en général moins concernées par un suivi médical du fait de leur meilleure santé, ont sans doute prêté une oreille moins attentive aux messages portant sur le système de médecin référent (Cf. Tableau n° 65 en annexe).

**Graphique n° 8** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph1]  
**Structures d'âge des bénéficiaires non optants**  
**ayant ou non entendu parler du contrat de suivi médical avant l'enquête**

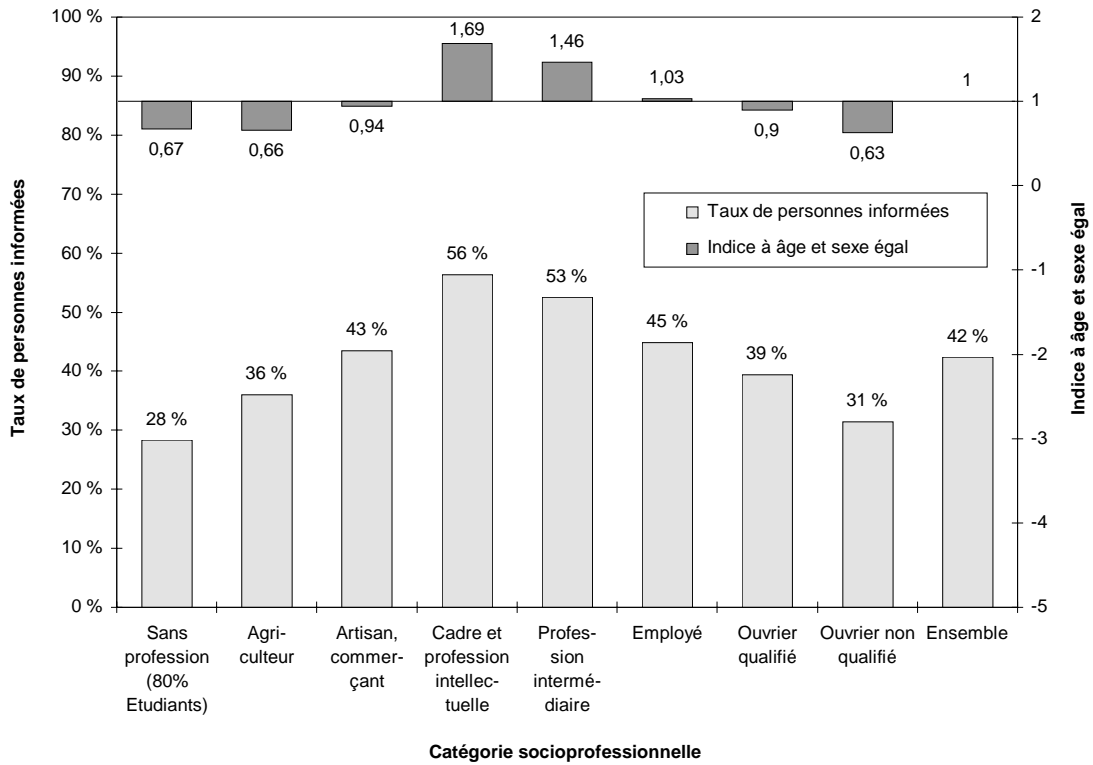


Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

La structure des personnes ayant déclaré être préalablement informées à l'enquête diffère également selon la catégorie socioprofessionnelle. En comparant les taux de personnes informées à âge et sexe égal, on constate que les cadres, professions intellectuelles et professions intermédiaires déclarent plus souvent avoir eu une connaissance du contrat avant enquête : plus de la moitié d'entre elles. En revanche, les agriculteurs sont moins nombreux à être informés : seulement 28 % (Cf. Tableau n° 66 en annexe).



**Graphique n° 9** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph2]  
**Taux de bénéficiaires non optants informés**  
**de l'existence du contrat de suivi médical avant l'enquête**  
**selon la catégorie socioprofessionnelle**  
 Indice à âge et sexe comparable



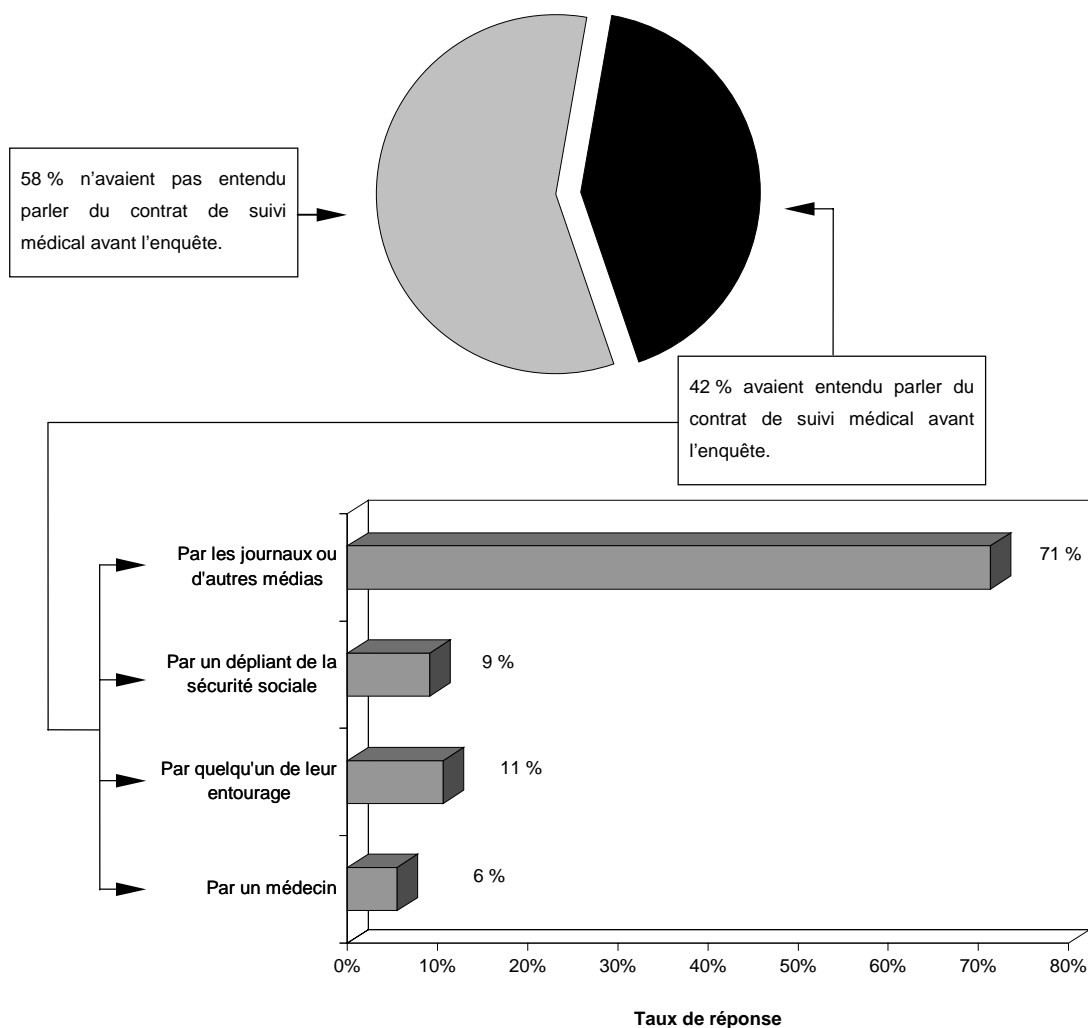
Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

### 3.2.2 Les sources d'information sur l'existence du contrat de suivi médical

Les médias sont le vecteur d'information dominant. En effet, 71 % des personnes informées ont coché, entre autres, cette source d'information parmi les items proposés dans le questionnaire. Une connaissance par le biais de l'entourage est citée dans 11 % des cas et par les dépliants des organismes de sécurité sociale, dans 9 % des cas.

En revanche seules 5,5 % des personnes affirment avoir entendu parler du contrat de suivi médical avant l'enquête par un médecin, généraliste ou autre (Cf. Tableau n° 67 en annexe). Toutefois l'enquête ne nous renseigne pas sur la teneur de l'information transmise.

**Graphique n° 10** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph3a-3b]  
**Les différentes sources d'information sur le contrat de suivi médical citées par les bénéficiaires non optants**



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

- **Les différents canaux d'information n'ont pas atteint les mêmes personnes, notamment selon leur âge ou leur catégorie socioprofessionnelle.**

Les journaux ou autres média semblent avoir touché davantage des personnes âgées de 30 à 69 ans. L'entourage semble être un canal d'information plus privilégié chez les jeunes de moins de 30 ans. Enfin, les personnes âgées de 70 ans et plus qui ont en moyenne un contact plus fréquent avec leur généraliste sont significativement plus nombreuses à avoir entendu parler du contrat de suivi médical par un médecin. Selon le sexe, en revanche, aucune distinction ne se dégage (Cf. Tableau n° 68 en annexe).

- **Selon la catégorie socioprofessionnelle, les différences sont également sensibles**

[Cf. Tableau n° 69 en annexe]

A âge et sexe comparable, les cadres et professions intellectuelles ont cité 1,8 fois plus souvent que l'ensemble les journaux et autres média comme mode d'information. Les agriculteurs sont 1,6 fois plus nombreux à avoir été informés par un dépliant des organismes de la sécurité sociale,

vraisemblablement la MSA. En revanche, les catégories les moins souvent informées par l'entourage sont les professions intermédiaires et les cadres, celles qui sont le moins souvent informées par les dépliants des organismes de sécurité sociale sont les étudiants et les ouvriers non qualifiés.

### A titre de comparaison chez les optants

#### **Le mode d'information**

Chez les 72 optants qui ont renvoyé un questionnaire « optant », les deux tiers déclarent avoir signé un contrat de suivi médical avec leur médecin traitant.

40 % des répondants optants avaient été informés sur le contrat de suivi médical, exclusivement par leur médecin, et 20 % par les média.

**Tableau n° 11** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - encart1]  
**Mode de connaissance du contrat de suivi médical chez les optants**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
<b>Votre médecin généraliste est-il votre médecin référent?</b>			
Oui	43	54,2	66,5 %
Non	15	14,3	17,6 %
Non réponse	14	12,9	15,9 %
<b>Par quels moyens avez vous entendu parlé du contrat ? (taux de réponses) (plusieurs réponses possibles)</b>			
Par personne d'autre	25	31,9	39,2 %
Par un autre médecin	3	4,6	5,6 %
Par une personne de mon entourage	7	6,4	7,8 %
Par un dépliant de la sécu	2	2,7	3,4 %
Par les journaux, les médias	13	16,4	20,1 %
Je ne sais plus comment	25	1,3	1,5 %
Par autre	1	0,8	1,0 %
Nombre de réponses totales	76	64,1	78,6 %
Nombre de réponses exclut " je ne sais plus comment "	51	62,8	77,1 %
Ensemble des répondants optants	72	81,5	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

### 3.3 L'éventualité d'une adhésion au contrat de suivi médical

[Cf. Tableau n° 70 en annexe]

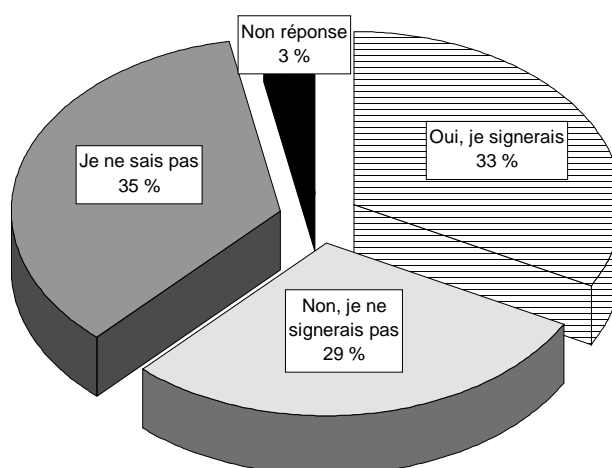
- **Adhérer ou non : les avis sont partagés, influencés par la connaissance préalable du contrat de suivi médical et le fait d'avoir un généraliste habituel.**

Point central dans l'évaluation des signataires éventuels, l'adhésion des non optants à l'option conventionnelle est abordée par deux questions. D'une part, on demande aux 63 % de non optants qui avaient consulté leur généraliste depuis le début 1998, s'ils avaient eu une proposition concrète de contrat. Très peu, 0,6 % ont répondu affirmativement. D'autre part, l'ensemble des répondants est interrogé sur l'éventualité d'une signature en cas de proposition.

Les réactions sont très partagées. Un tiers des personnes signerait un contrat de suivi médical si on le leur proposait, 29 % s'y opposeraient, tandis que 35 % restent indécises (Cf. Tableau n° 71 en annexe).

**Graphique n° 11** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph4]  
**Taux d'adhésion éventuelle des patients non optants à un contrat de suivi médical**

Si, prochainement, un médecin généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez vous de le signer ?



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

#### 3.3.1 Facteurs influençant la signature d'un contrat de suivi médical

- **Premier facteur dominant : l'information**

Un des facteurs dominants qui joue sur l'adhésion éventuelle est le fait d'avoir ou non été informé de l'existence du système avant l'enquête. Cette influence ne porte pas sur la part des opposants qui reste stable dans l'un ou l'autre cas, mais joue sur la part des indécis et des signataires potentiels. Les signataires potentiels sont les plus nombreux chez les personnes ayant entendu parler du contrat de suivi médical, alors que la part des indécis est la plus importante chez ceux qui n'avaient jamais eu connaissance du système (Cf. Tableau n° 72 en annexe). L'indécision semble donc liée à une méconnaissance du principe du contrat de suivi médical.

En distinguant les sources d'information, c'est-à-dire les dépliants de la sécurité sociale, l'entourage, les médias, on constate que les taux d'adhésion varient peu, respectivement 41, 43 et 44 %. Les différences portent sur le pourcentage des personnes hostiles et le pourcentage de personnes indécises.

L'hostilité est davantage marquée chez les personnes qui ont entendu parler entre autres du système médecin référent par des dépliants de la sécurité sociale. On rencontre plus d'indécis parmi les personnes informées entre autres par leur entourage (Cf. Tableau n° 73 en annexe).

➤ **Deuxième facteur dominant : le généraliste habituel**

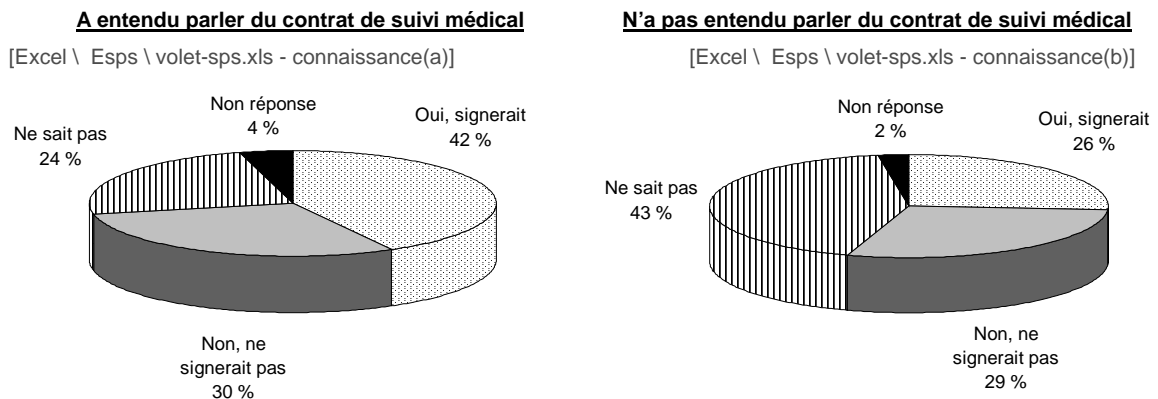
Le fait d'avoir ou non un généraliste habituel est lié fortement aux réponses données. Ainsi on rencontre proportionnellement 2 fois plus de personnes favorables à l'adhésion quand elles ont l'habitude d'un même généraliste par rapport à celles qui n'ont pas de médecin traitant (Cf. Graphique n° 12).

Ce second facteur conforte l'idée selon laquelle le système du médecin référent intéresse en premier lieu les patients qui ont déjà l'habitude d'un suivi régulier ou de consultation chez le même généraliste.

D'ailleurs plusieurs outils d'analyse statistique n'ont pu montrer de lien direct entre les caractéristiques d'état de santé, de couverture complémentaire, d'âge, ... et l'éventualité d'une signature. Tous les outils utilisés n'ont toujours montré qu'une seule relation : le fait d'avoir un généraliste habituel et le fait d'avoir été informé sont les deux facteurs liés directement toutes choses égales par ailleurs à la signature.

**Graphique n° 12 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls]**  
**Réactions à une proposition éventuelle de signer un contrat de suivi médical**

a) Selon que le bénéficiaire a eu ou non une connaissance du contrat de suivi médical avant enquête chez l'ensemble des répondants « non optants »

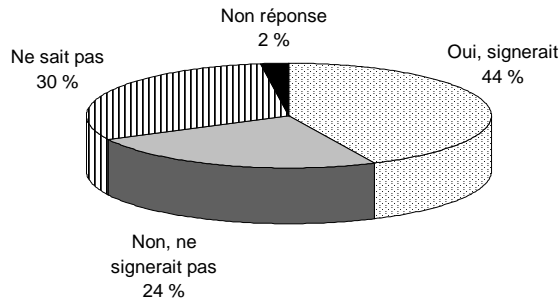


Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

b) Selon la source d'information, chez les personnes préalablement informées de l'existence du contrat de suivi médical

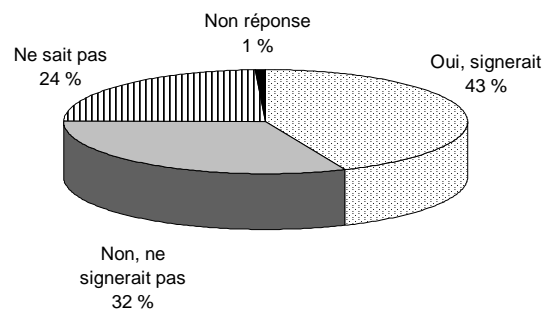
**Entourage**

[Excel \ Esps \ volet-sps.xls - entourage]

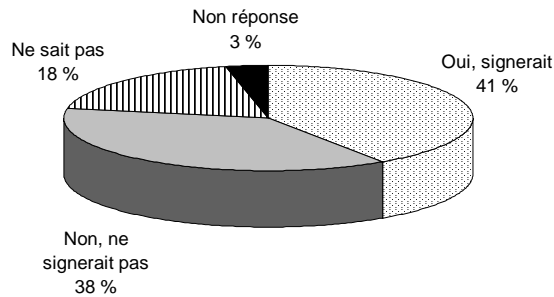


**Média**

[Excel \ Esps \ volet-sps.xls - média]



**Dépliants d'organismes de sécurité sociale** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - dépliant]

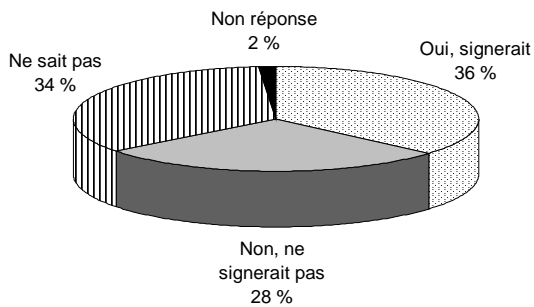


Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

c) Selon que le bénéficiaire a un généraliste habituel ou non chez l'ensemble des répondants optants

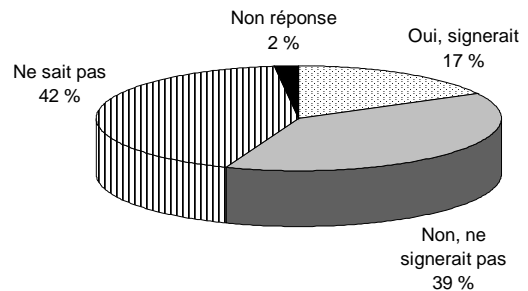
**A un généraliste habituel**

[Excel \ Esps \ volet-sps.xls - géné-hab]



**N'a pas de généraliste habituel**

[Excel \ Esps \ volet-sps.xls - non-généhab]



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

### **3.3.2 Raisons d'une adhésion éventuelle et motifs de refus**

Afin de mieux comprendre l'accord ou le refus face à une proposition éventuelle de signature, le questionnaire proposait dans une question à choix multiple plusieurs motifs.

A une réponse positive, les raisons suivantes étaient proposées :

- 1 : pour payer moins cher les consultations (bénéficiaire de la dispense d'avance de frais),
- 2 : pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi,
- 3 : pour contribuer à la diminution des dépenses de santé,
- 4 : tout simplement parce que mon généraliste me l'aurait proposé.

A un refus éventuel, les motifs suivants étaient proposés :

- 1 : je n'en ressens pas le besoin,
- 2 : pour pouvoir consulter directement le spécialiste de mon choix,
- 3 : pour pouvoir consulter un autre généraliste sans que mon généraliste habituel soit au courant,
- 4 : ca va augmenter les dépenses de santé,
- 5 : pour d'autres raisons, préciser (« mobilité géographique, liberté de choix »...).

#### **3.3.2.1 Motivations des signataires potentiels**

- **La faveur des patients pour le tiers payant se dégage mais aussi la sensibilité à l'intérêt économique collectif de diminution des dépenses de santé.**

Les personnes qui ont répondu favorablement à une proposition éventuelle (42 % de l'ensemble des non optants répondants) ont marqué le plus souvent un intérêt pour les avantages individuels qu'offre le contrat de suivi médical (Cf. Tableau n° 75 en annexe).

Près d'une fois sur deux, l'adhésion serait motivée par l'intérêt de ne payer que le tiers payant et, dans 43 % des cas, le motif « pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi » est signalé ; cette dernière raison, de type plus médical, recouvre des notions diverses telles que la tenue du dossier médical, la continuité des soins en cas d'absence du généraliste référent et les mesures de prévention auxquelles s'engage le médecin référent.

Cependant, on remarque qu'une fois sur deux également, les adhérents potentiels ont aussi entendu l'argument économique collectif relatif aux diminutions des dépenses de santé, soit aussi souvent que l'argument individuel du tiers payant.

Enfin, une personne sur quatre se laisserait simplement convaincre par le médecin qui lui proposerait un contrat : c'est le reflet d'une confiance sans doute déjà établie entre le patient et son médecin.

Au total, les arguments économiques, qu'il s'agisse de la dispense d'avance de frais ou de la diminution des dépenses de santé, sont un peu plus souvent évoqués que les raisons médicales.

### 3.3.2.2 Motifs de refus des opposants potentiels

#### ➤ L'accès direct au spécialiste et à un autre généraliste prime

Chez les bénéficiaires non optants qui s'opposeraient à la signature du contrat de suivi médical, l'attachement à l'accès direct à un praticien de leur choix domine leurs motifs de refus (Cf. Tableau n° 77 en annexe).

En effet :

- une personne sur deux a coché l'item « je veux pouvoir consulter directement un spécialiste de mon choix » ;
- 30 % des personnes ont coché l'item concernant la liberté de consulter un autre généraliste sans que leur généraliste habituel soit au courant ;

Enfin, 43 % des personnes opposées au contrat de suivi médical n'en ressentent tout simplement pas le besoin.

#### A titre de comparaison chez les optants

##### **Motifs d'adhésion au contrat de suivi médical**

Le bénéfice du tiers payant est la principale raison qui a motivé l'adhésion au contrat de suivi médical (46 %). Plus du tiers a simplement répondu à la proposition de leur généraliste. L'argument collectif de diminution des dépenses de santé ne concerne que 15 % des optants répondants et 12 % ont évoqué l'argument de suivi médical, « pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi ».

**Tableau n° 12** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - encart2]  
**Les motivations à l'adhésion chez les optants**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
Pour payer moins cher les consultations	28	37,2	45,7 %
Pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi	8	10,0	12,3 %
Pour diminuer les dépenses de santé	7	12,8	15,7 %
Parce que mon généraliste me l'a proposé	27	30,8	37,7 %
Pour d'autres raisons	2	2,7	3,3 %
<b>Ensemble des répondants optants</b>	<b>72</b>	<b>81,5</b>	

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



### **3.3.3 Motifs d'adhésion ou de refus selon les caractéristiques individuelles des patients non optants**

#### **3.3.3.1 Variabilité des motifs chez les adhérents potentiels**

➤ **Le tiers payant : une raison d'autant plus avancée que la personne est jeune, peu aisée, employée ou ouvrier, ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire.**

- Chez les adhérents potentiels, l'intérêt pour le tiers payant est d'autant plus marqué que la personne est jeune : le taux de réponse à cet item est de 63 % chez les 16-19 ans et décroît à 54 % chez les 40-49 ans, à peine plus de 27 % au delà de 70 ans. (Cf. Tableau n° 76 en annexe).
- Le taux de réponse pour ce motif varie aussi en fonction inverse du revenu par unité de consommation (Cf. Tableau n° 77 en annexe). A âge et sexe comparable, on constate que ce sont pour les niveaux de revenu par unité de consommation compris entre 2 000 et 4 000 Francs que le motif du tiers payant est le plus souvent avancé (environ 1,5 fois plus que la moyenne). (Cf. Tableau n° 78 en annexe).
- Selon la catégorie socioprofessionnelle, à âge et sexe égal, les employés et, plus encore les ouvriers qualifiés ou non, sont ceux qui évoquent le plus souvent le tiers payant.  
En redressant selon l'âge et les revenus par unité de consommation, ce sont les ouvriers qui citent le plus cet argument, à raison de 1,2 à 1,3 fois plus que la moyenne (Cf. Tableau n° 78 en annexe).
- Enfin, l'absence de couverture complémentaire suscite l'intérêt pour le tiers payant : 60 % des personnes non couvertes par une couverture complémentaire ont signalé leur faveur pour le tiers payant, contre 48 % chez les bénéficiaires d'une couverture complémentaire.

L'ensemble de ces résultats corrobore ce que l'on sait par ailleurs depuis longtemps sur la couverture complémentaire en fonction de l'âge et de la catégorie socioprofessionnelle. En effet, les adultes jeunes et les personnes âgées, ainsi que les familles d'ouvriers non qualifiés, sont les moins souvent couverts par une protection complémentaire<sup>2</sup>.

---

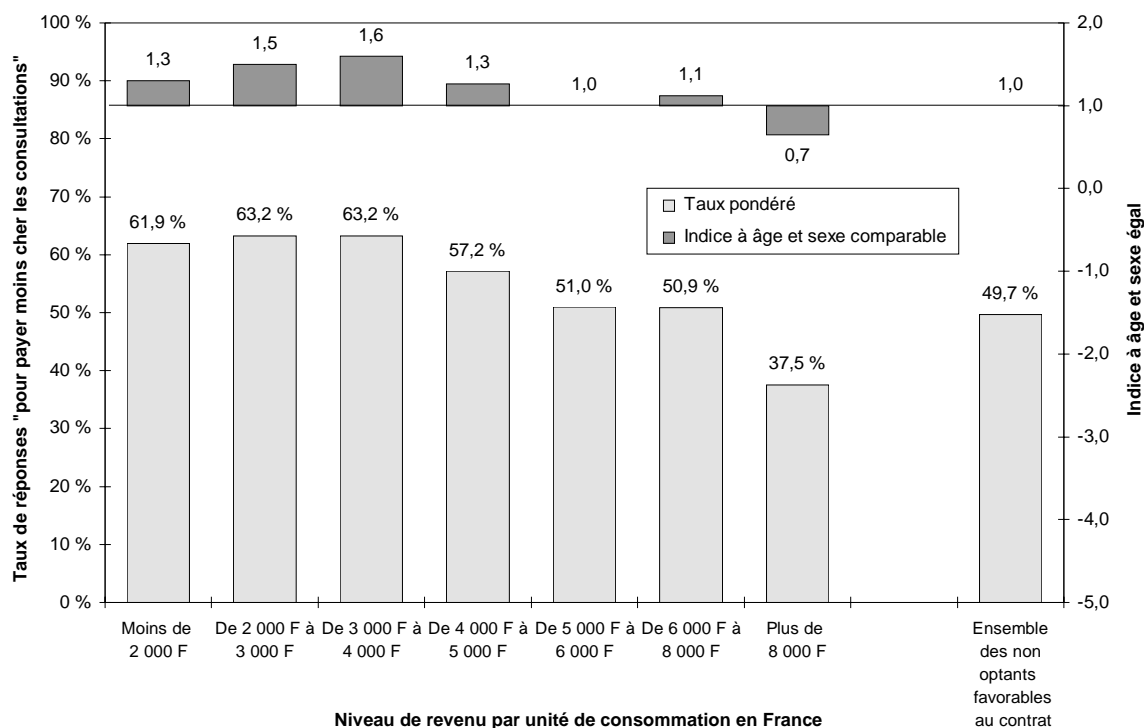
<sup>2</sup> Santé, soins et protection sociale en 1997, Sylvie Dumesnil, Nathalie Grandfils, Michel Grignon, Catherine Ordonneau, Catherine Sermet, CREDES, 1999

**Tableau n° 13** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - CC-tierspayant]  
**Pourcentage de personnes favorables au contrat**  
**« pour payer moins cher les consultations »,**  
**selon la couverture complémentaire**

	Je signerais pour payer moins cher les consultations		
	Nombre brut de réponses	Nombre pondéré de réponses	Taux de réponse pondéré
Couverts par une couverture complémentaire	839	858,6	48,4%
Non couverts par une couverture complémentaire	129	140,5	59,9%
Non réponse	2	2,7	52,9%
<b>Ensemble de non optants répondants favorables au contrat de suivi médical au motif du tiers payant</b>	<b>970</b>	<b>1 001,8</b>	<b>49,7%</b>

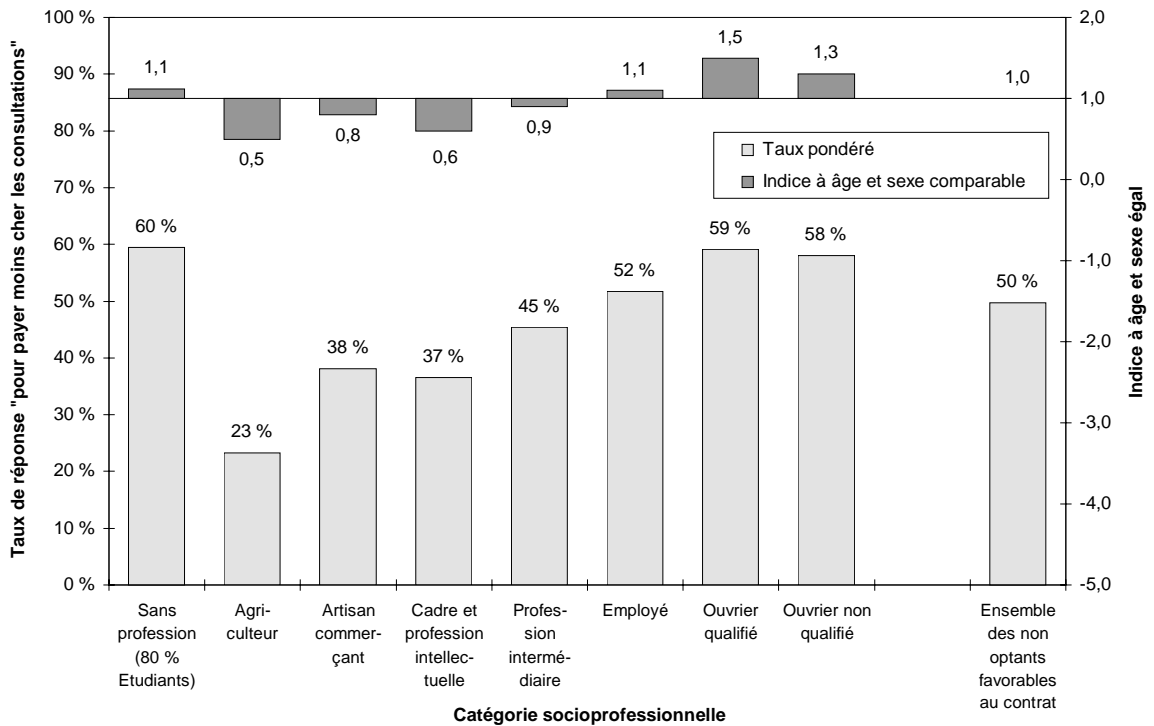
Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Graphique n° 13** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph6]  
**L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical**  
**Influence du niveau de revenu sur le motif du tiers payant**  
 Taux de réponses et indices à âge et sexe égal



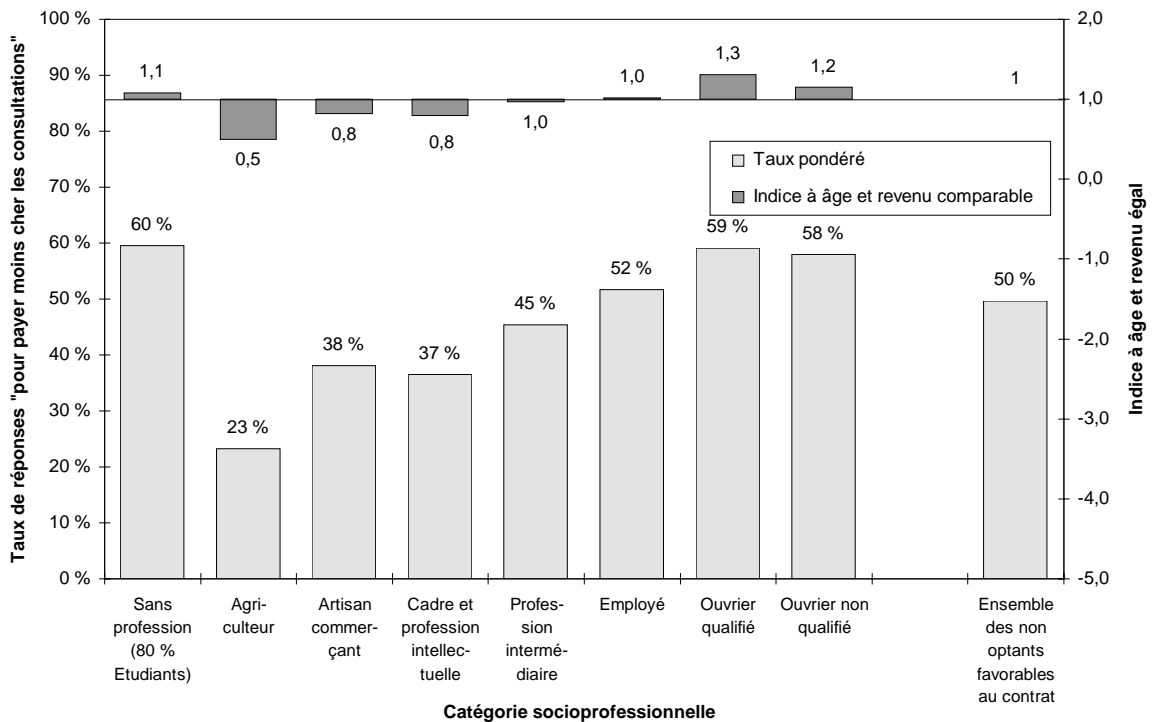
Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Graphique n° 14** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph7]  
**L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical**  
**Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur le motif du tiers payant**  
**Taux de réponses et indices à *âge et sexe égal***



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Graphique n° 15** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph8]  
**L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical**  
**Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur le motif du tiers payant**  
**Taux de réponses et indices comparatifs à *âge et revenu égal***



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

- **Les arguments économiques collectifs sont davantage entendus par les cadres et professions intermédiaires, tandis que l'argument personnel médical est plus souvent avancé par les agriculteurs**

Les arguments économiques collectifs sont davantage entendus par les jeunes de (16-19 ans) et les adultes âgés de 30 à 49 ans (Cf. Tableau n° 76 en annexe). A âge et sexe égal ce sont particulièrement les étudiants mais aussi les cadres et les professions intermédiaires qui sont le plus sensibles à l'argument de diminution des dépenses de santé (Cf. Tableau n° 78 en annexe). Rappelons que ces professions étaient celles qui avaient le plus souvent cité les média comme source d'information au sujet du contrat de suivi médical.

En revanche, à structure d'âge et sexe équivalente, l'argument « pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi », lié à la prévention et la prise en charge globale par le généraliste, est plus souvent cité par les agriculteurs.

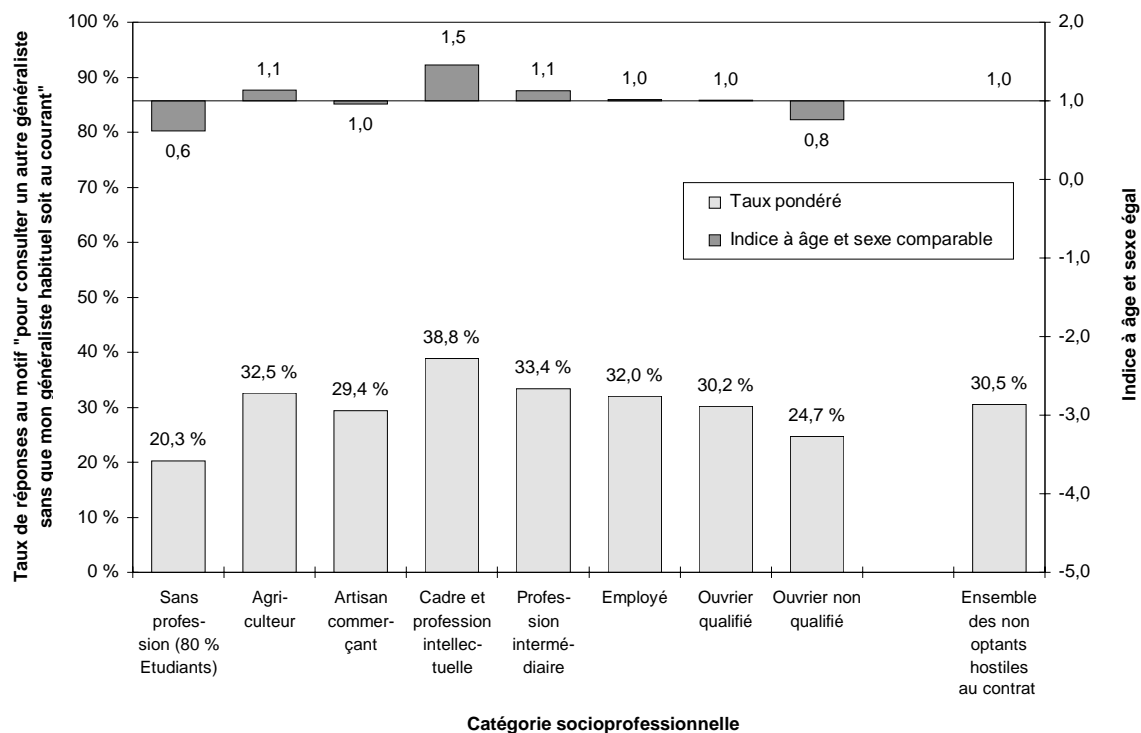
### **3.3.3.2 Variabilité des motifs chez les opposants potentiels**

- **L'accès direct au spécialiste de leur choix concerne moins souvent les agriculteurs que les autres catégories socioprofessionnelles.**

La proportion de personnes signalant cette raison est significativement plus importante entre 30 et 69 ans. En effet, un peu plus de la moitié des adultes âgés de 30 à 49 ans ont avancé ce motif de refus alors qu'ils sont respectivement 55 % et 58 % à l'évoquer lorsqu'ils sont âgés de 50 à 59 ans et de 60 à 69 ans. Au delà de 70 ans, l'attachement à cette liberté d'accès est moins vive. La prise en charge par le généraliste plus importante aux âges élevés peut expliquer ce moindre intérêt (Cf. Tableau n° 80 en annexe).

En comparant les réponses des catégories socioprofessionnelles à structure d'âge et sexe égale, on constate que les agriculteurs revendiquent deux fois moins cette liberté de choix. Chez les cadres et professions intermédiaires, la proportion des personnes qui citent ce motif est apparemment plus important. En fait cela traduit essentiellement un effet de structure d'âge : en effet à âge égal et sexe égal, les cadres et professions intermédiaires ne sont pas plus attachés que l'ensemble des catégories à cette liberté (Cf. Tableau n° 81 en annexe).

**Graphique n° 16** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph9]  
**Refus potentiel d'un contrat de suivi médical**  
**Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur**  
**l'attachement à l'accès direct au spécialiste**  
 Taux de réponses et indices à âge et sexe égal



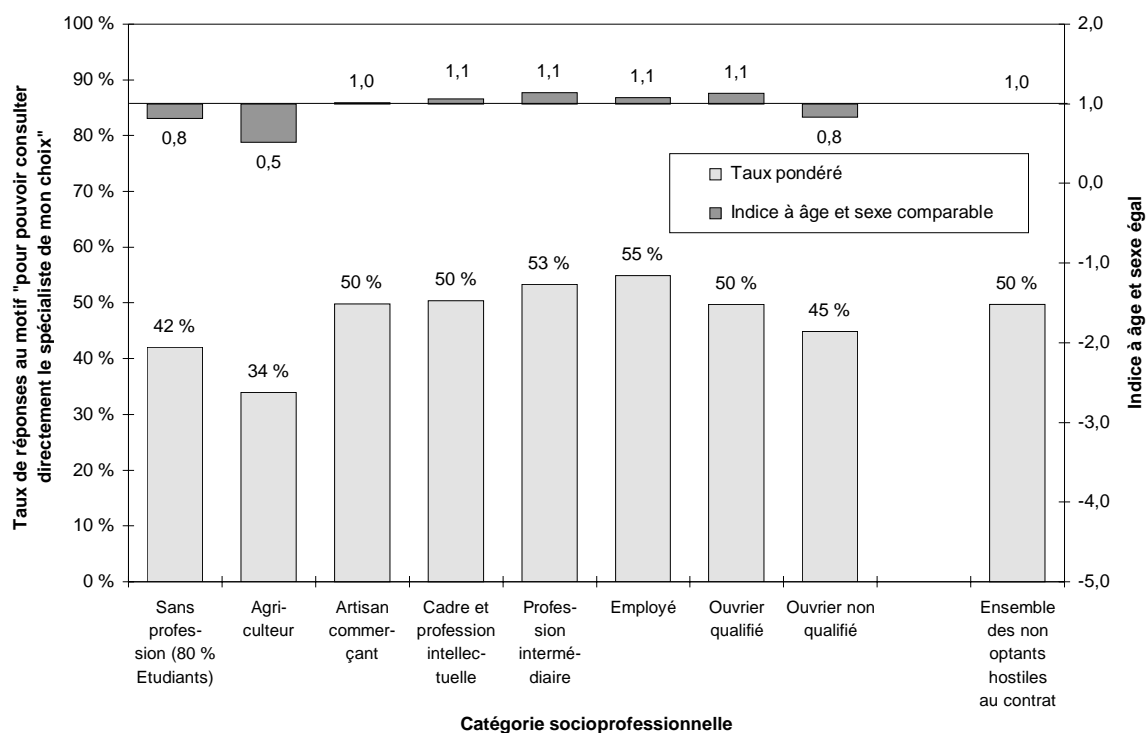
Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

➤ **La possibilité de consulter un autre généraliste sans que leur généraliste habituel en soit informé : bien plus revendiqué par les cadres et professions intellectuelles**

Ce sont les personnes âgées entre 30 et 59 ans qui semblent le plus attachées à pouvoir consulter un généraliste autre que leur généraliste habituel : entre 34 % et 35 % d'entre elles ont coché cet item (Cf. Tableau n° 80 en annexe).

A âge et sexe égal ce sont les cadres et professions intellectuelles qui accordent le plus d'importance à cette liberté tandis que les étudiants sont ceux qui sont le moins attachés à cette liberté (Cf. Tableau n° 81 en annexe).

**Graphique n° 17** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph10]  
**Refus potentiel d'un contrat de suivi médical**  
**Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'attachement**  
**d'accès direct à un autre généraliste**  
**Taux de réponses et indices à âge et sexe égal**

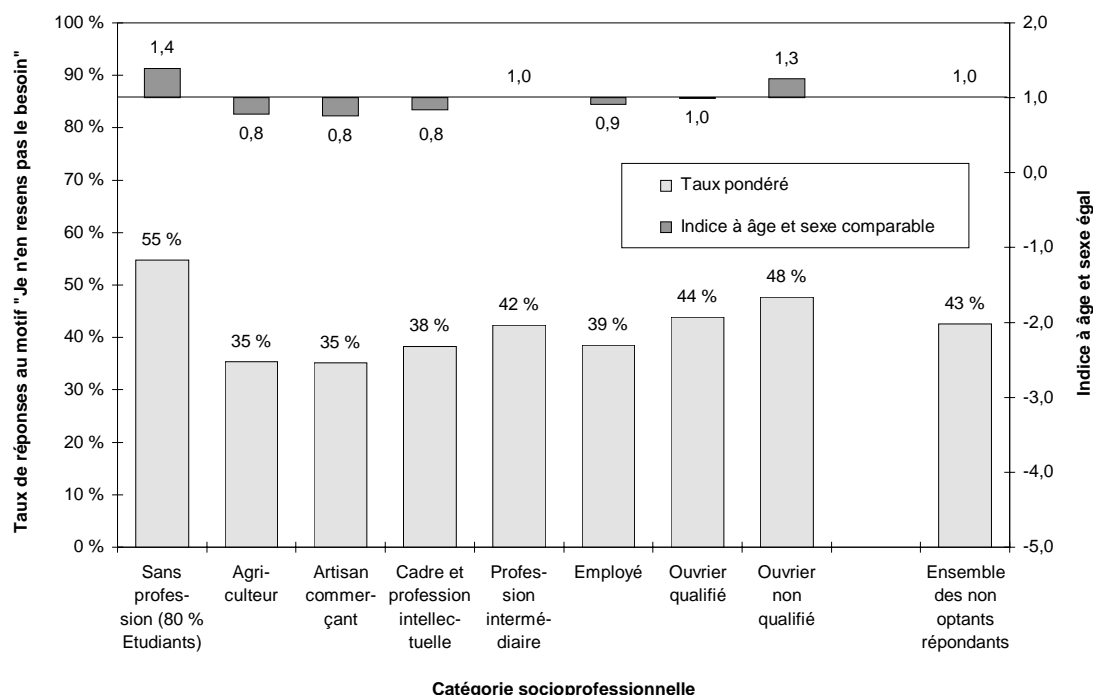


Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

➤ **Les personnes les plus jeunes et les plus âgées ne ressentent pas le besoin de signer un contrat de suivi médical**

Les jeunes adultes de moins de 30 ans et les personnes âgées de plus de 70 ans et plus, sont plus nombreuses que les autres à avoir coché item « je n'en ressens pas le besoin ». On peut supposer que les plus jeunes, généralement en bonne santé, ne se soucient pas d'un suivi régulier ni de la prévention, ni même du tiers payant car ils sont de faibles consommateurs de soins. D'autre part, les personnes très âgées sont suivies la plupart du temps par un généraliste habituel et ne voient pas l'intérêt de signer un contrat spécifique (Cf. Tableau n° 80 en annexe).

**Graphique n° 18** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph11]  
**Refus potentiel d'un contrat de suivi médical**  
**Influence de la catégorie socioprofessionnelle**  
**sur le motif d'absence de besoin d'un contrat de suivi médical**  
 Taux de réponses et indices à âge et sexe égal



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

### 3.3.4 Les raisons évoquées par les personnes préalablement informées selon les sources d'information

Parmi les personnes qui avaient entendu parler du contrat de suivi médical avant l'enquête, les raisons évoquées pour ou contre le contrat de suivi médical varient selon les sources d'information (Cf. **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** en annexe). Toutefois, il faut moduler ces résultats avec les proportions des populations concernées : rappelons qu'un tiers des personnes de l'échantillon non optants avait été informé de l'existence du contrat par les médias et environ 4 % par l'entourage et/ou un dépliant des organismes de sécurité sociale.

#### 3.3.4.1 Variabilité des motifs chez les adhérents potentiels

##### ➤ La dispense d'avance de frais est un message qui passe plus facilement par l'entourage

Bénéficiaire du tiers payant est plus souvent évoqué lorsque la personne a eu connaissance de l'existence de l'option par son entourage (54 %, contre 46 % tous vecteurs d'information confondus).

En revanche, l'argument économique collectif (« pour diminuer les dépenses de santé ») est davantage avancé lorsque les personnes ont été informées par les media (60 %), et/ou par un dépliant d'un organisme de Sécurité sociale (65 %). Tous vecteurs d'information confondus, ce pourcentage s'élève à 55 %.

### **3.3.4.2 Variabilité des motifs chez les opposants potentiels**

#### **➤ Conserver un accès libre à un spécialiste est une revendication plus vive lorsque l'information provient des médias ou des organismes de sécurité sociale**

Alors que chez l'ensemble des opposants, un tiers s'opposerait au contrat pour pouvoir consulter un autre généraliste sans que leur généraliste habituel soit au courant, ils représentent 37 % s'ils ont reçu une information des médias, et même 51 % s'il s'agissait des organismes de Sécurité sociale.

Enfin, le taux de personnes s'opposant à l'option pour conserver un accès direct au spécialiste de leur choix, qui est de 56 % chez l'ensemble des opposants, est de 59 % lorsqu'ils sont informés par les médias et s'élève à 72 % si l'information provient des organismes de Sécurité sociale.

## **3.4 La continuité des soins et le circuit des patients**

---

La continuité des soins et le circuit des patients recouvre des notions faisant référence à l'organisation des soins autour d'un même patient. Ainsi, aux patients déclarant avoir un médecin traitant, les questions suivantes étaient posées :

- Avant de consulter un spécialiste, prenez-vous l'avis du généraliste ?
- Quels spécialistes consultez-vous directement sans prendre l'avis du généraliste ?
- Quand vous avez des documents médicaux vous concernant et remis par un spécialiste, les transmettez-vous à votre généraliste ?

Ces questions abordent le comportement du patient dans le système actuel de soins, comportement qui est en rapport avec les problèmes soulevés par l'option.

Les réponses sont de l'ordre du déclaratif et elles sont complétées par une question factuelle posée aux seules personnes interviewées dans le ménage à l'occasion d'une troisième visite alimentant un questionnaire principal. Cette question factuelle concerne l'usage du contrat de santé, garant objectif de la continuité des soins. Enfin, le cœur de ce thème reste bien évidemment l'existence du médecin traitant.

### **3.4.1 Patients non optants déclarant avoir un généraliste habituel**

Près de 83 % des non optants ayant répondu à l'enquête déclarent avoir un généraliste habituel (Cf. Tableau n° 83 en annexe) soit la grande majorité. Toutefois selon certaines caractéristiques individuelles ce taux est plus ou moins élevé.

La proportion de personnes déclarant avoir un généraliste habituel augmente avec leur âge : 79 % des personnes âgées de moins de 40 ans sont concernées et près de 90 % des 65 ans et plus déclarent avoir un généraliste habituel. Enfin davantage de femmes que d'hommes ont un généraliste habituel (Cf. Tableau n° 60 en annexe).



➤ **Des différences selon les caractéristiques sociales...**

A âge et sexe comparable, on constate également des différences selon les caractéristiques sociales.

Ainsi, les agriculteurs et employés sont plus nombreux que les autres catégories à avoir un généraliste habituel (les indices indiquent respectivement un rapport de 1,5 et 1,10 fois plus élevés que la moyenne).

Le fait de vivre en couple ou en famille favorise l'habitude d'un médecin généraliste unique : les personnes mariées ou en ménage le déclarent 1,10 fois plus fréquemment. Ce constat est particulièrement sensible selon la taille du ménage : l'indice est particulièrement faible pour les personnes isolées tandis qu'il augmente notablement régulièrement à partir de 3 personnes par ménage.

Les faibles revenus (moins de 2 000 F par unité de consommation) mais davantage encore les personnes déclarant un revenu entre 3 000 F et 8 000 F par unité de consommation disent avoir un généraliste habituel bien plus que les personnes dépassant les 8 000 F par unité de consommation.

➤ **... selon le niveau de protection sociale...**

De même une couverture complémentaire ou une exonération du ticket modérateur favorisent le recours à un médecin habituel

➤ **... et l'état de santé**

Enfin à âge et sexe égal, la proportion de personnes ayant un généraliste habituel varie en raison directe du degré d'invalidité et du risque vital. Les indices passent de 0,8 pour un degré d'invalidité nul à 3,6 pour des personnes n'ayant aucune autonomie domestique. De même les indices s'élèvent de 0,9 pour un risque vital nul à 2,3 pour un pronostic sûrement mauvais.

### **3.4.2 Le circuit des patients non optants dans le système de soins**

#### **3.4.2.1 L'accès au spécialiste avec ou sans avis du généraliste**

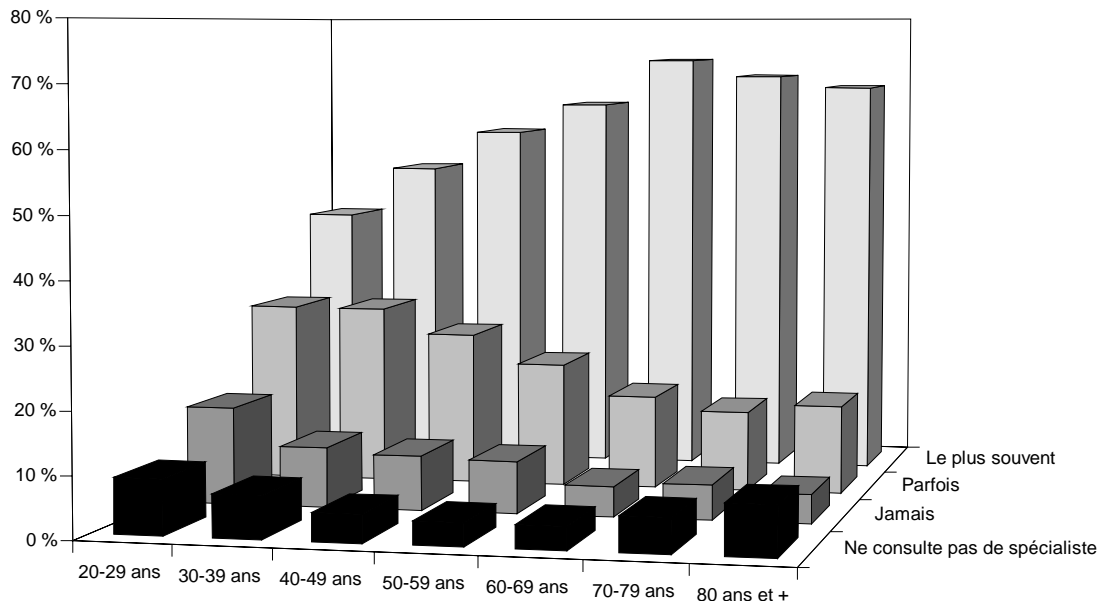
Parmi les personnes déclarant avoir un généraliste habituel, plus d'une sur deux affirme prendre le plus souvent l'avis du généraliste avant de consulter un spécialiste, et un peu moins du quart déclare le faire parfois. Enfin 9% déclarent ne jamais demander l'avis du généraliste (Cf. Tableau n° 84 en annexe).

Les spécialités les plus fréquemment consultées sans avis du généraliste sont : le gynécologue (63 % des cas chez les femmes), l'ophtalmologue (33 %) et les dermatologues (17 %). (Cf. Tableau n° 87 en annexe).

### 3.4.2.2 Des différences selon l'âge, le sexe et la catégorie socioprofessionnelle du patient

Demander l'avis du médecin traitant avant de voir un spécialiste varie selon l'âge (Cf. Tableau n° 84 en annexe) : ce sont les jeunes adultes et les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont les plus nombreuses à déclarer prendre le plus souvent l'avis du généraliste. En revanche les personnes qui déclarent plus que les autres ne jamais demander l'avis du généraliste sont les adultes de 20 à 29 ans et les personnes de 80 ans et plus.

**Graphique n° 19** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph12]  
**Fréquence de la demande de l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste selon l'âge**



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

Les hommes sont plus nombreux que les femmes à demander le plus souvent l'avis du généraliste avant de consulter un spécialiste. Ces différences entre hommes et femmes naissent très probablement de l'accès direct au gynécologue par les femmes.

Enfin selon la catégorie socioprofessionnelle, les comportements diffèrent (Cf. Tableau n° 85 en annexe) : les agriculteurs, artisans commerçants et les ouvriers sont les personnes qui déclarent plus fréquemment que les autres prendre le plus souvent l'avis du généraliste avant de consulter un spécialiste. Les professions intermédiaires, les cadres et professions intellectuelles déclarent plus fréquemment le prendre parfois.

Enfin si on regroupe les réponses « le plus souvent » et « parfois » en les opposant aux réponses « jamais » et « ne consulte pas de spécialistes », on constate qu'à âge et sexe égal, les agriculteurs et artisans commerçants sont respectivement 1,4 et 1,2 fois plus nombreux que l'ensemble à demander l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste (Cf. Tableau n° 86 en annexe).

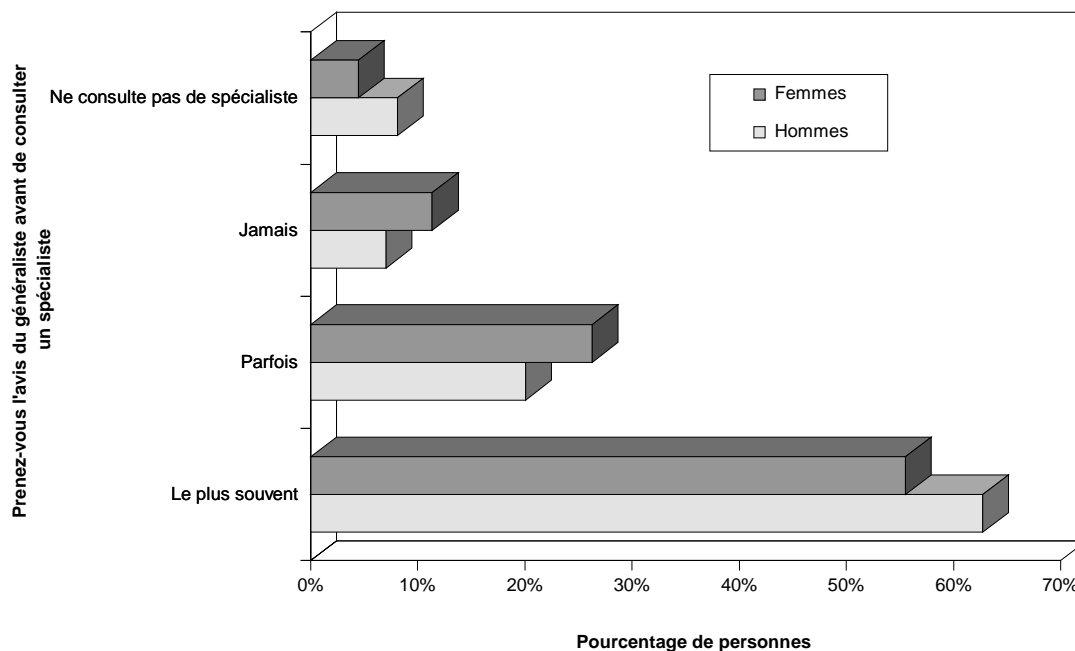
Des questions factuelles sur l'accès au spécialiste ont été posées dans le questionnaire principal en troisième visite. Parmi les répondants au questionnaire non optant, 44 % ont répondu (2 727 personnes).

Parmi ces dernières 57 % avaient consulté un spécialiste au cours de l'année précédente. Cette consultation était directe dans 35 % des cas (de leur propre initiative), conseillée par un généraliste dans 29 % des cas et à la demande d'un autre spécialiste dans 28 % des cas (Cf. Tableau n° 88 en annexe).

Lorsque le patient avait consulté un spécialiste sur les conseils d'un autre médecin, ce dernier avait rédigé une lettre dans 60 % des cas.

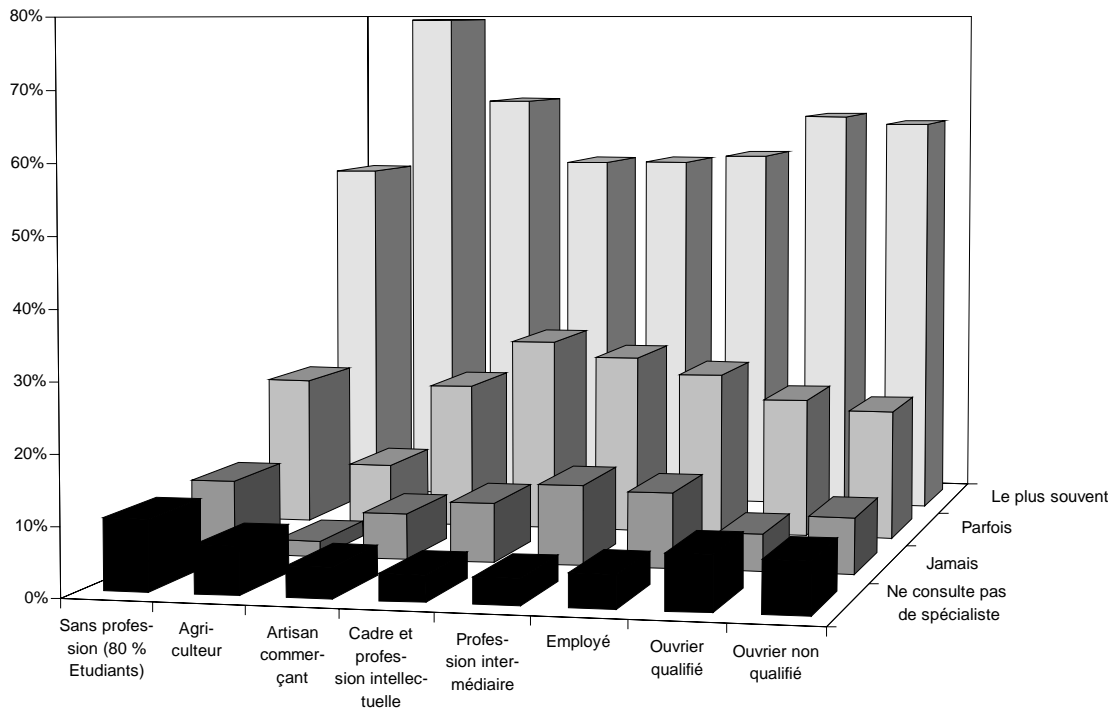
Enfin dans 31 % des cas à l'issue de la séance du spécialiste, ce dernier a rédigé une lettre ou un compte-rendu à l'attention du médecin traitant ou d'un autre médecin.

**Graphique n° 20** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph13]  
**Fréquence de la demande de l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste selon le sexe du patient**



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Graphique n° 21 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Graph15]**  
**Fréquence de la demande de l'avis du généraliste**  
**avant la consultation d'un spécialiste**  
**selon la catégorie socioprofessionnelle**



Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**A titre de comparaison chez les optants**

**Circuit des patients avant d'avoir signé le contrat**

Dans près de 70 % des cas, le patient optant avant d'opter, demandait l'avis du généraliste avant de consulter un spécialiste : le plus souvent pour 45 % des optants et parfois dans un quart des cas.

**Tableau n° 14 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - encart3]**  
**Circuit des patients avant d'avoir opté pour le système de médecin référent**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
<b>Demandez vous l'avis du généraliste avant consultation d'un spécialiste?</b>			
Oui, le plus souvent	29	36,9	45,3 %
Oui, parfois	17	19,7	24,2 %
Non, jamais	3	2,7	3,4 %
Non ne consulte pas de spécialistes	3	3,2	3,9 %
Non réponse	20	19,0	23,3 %
<b>Ensemble des répondants optants</b>	<b>72</b>	<b>81,5</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

### 3.4.3 L'usage du carnet de santé

La continuité des soins fait référence au suivi du patient entre le médecin traitant et les autres professionnels de santé dont les médecins spécialisés, par le biais notamment d'une correspondance, de documents médicaux et/ou du carnet de santé que le patient transmet ou non à son médecin traitant.

➤ **La transmission des documents semble être la règle fréquente**

La continuité des soins porte entre autres sur la circulation des documents médicaux (entre spécialiste et médecin traitant et un même patient). La fréquence de transmission de ces documents est abordée par une question posée aux patients non optants. Les réponses traduisent davantage l'intention que la réalité des faits (Cf. Tableau n° 89 en annexe).

#### A titre de comparaison chez les optants

##### Transmission des documents

Les patients optants déclarent qu'ils transmettaient le plus souvent (62 %) des cas les documents remis par un spécialiste à leur généraliste.

Enfin la majorité de ceux qui avaient consulté leur médecin référent depuis le début de l'année 1998 déclarent ne pas avoir modifié leur comportement après la signature du contrat.

**Tableau n° 15** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - encart4]  
**Habitudes de transmission des documents remis avant d'avoir opté pour le système de médecin référent**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
<b>Transmission des documents au généraliste</b>			
Oui, le plus souvent	42	51,1	62,7 %
Oui, parfois	5	4,6	5,6 %
Non, pas de documents	3	3,2	3,9 %
Non réponse	22	22,6	27,8 %
Ensemble des répondants optants	72	81,5	100,0 %
<b>Depuis la signature du contrat, combien de fois avez vous vu votre médecin référent?</b>			
Jamais	16	21,1	25,9 %
1 à 2 fois	17	22,5	27,6 %
3 à 5 fois	5	4,6	5,6 %
6 fois ou plus	8	8,3	10,2 %
Non réponse	26	25,0	30,7 %
Ensemble des répondants optants	72	81,5	100,0 %
<b>Pour ceux qui ont vu le médecin référent au moins une fois depuis le début de l'année 1998, avez vous le sentiment d'avoir modifié votre propre comportement depuis le début de l'année?</b>			
Oui	4	6,4	10,6 %
Non	26	29,0	48,0 %
Non réponse	26	25,0	41,4 %
Ensemble des répondants optants	56	60,3	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

Parmi les personnes ayant un généraliste habituel, 8 % déclarent ne jamais avoir de documents à transmettre. Parmi les patients ayant eu des documents remis par un spécialiste, une très forte majorité, 70,5 %, affirme les transmettre le plus souvent à leur médecin traitant et 15,3 % les transmettent parfois (Cf. Tableau n° 89 en annexe).

➤ ***L'utilisation du carnet de santé est moins ancrée dans les habitudes***

Autre aspect de la continuité des soins, l'utilisation du carnet de santé tant par le patient que le médecin est abordée dans une question posée à l'ensemble des personnes dans le questionnaire principal. En sélectionnant les seuls répondants au questionnaire « non optant », les réponses sont les suivantes (Cf. Tableau n° 90 en annexe).

Si le carnet a été reçu par la majorité (86,5 %), son utilisation n'est pas unanime : 80 % de ces personnes ont consulté un médecin depuis, mais globalement seules 35 % d'entre elles l'ont emporté lors de leur dernière consultation et, dans ce cas, le médecin ne l'a rempli que 6 fois sur 10.

L'utilisation du carnet de santé est d'autant plus fréquente que la personne est âgée : 47 % des personnes de plus de 65 ans l'ont emporté lors de leur dernière consultation. Les femmes en ont un peu plus l'habitude que les hommes (respectivement 36 % et 33 %). Les personnes vivant en ménage en ont une utilisation plus fréquente que l'ensemble mais ce sont surtout les veufs qui sont plus nombreux à l'utiliser (Cf. Tableau n° 91 en annexe).

Le taux d'utilisation diminue lorsque le niveau de revenus par unité de consommation (U.C) augmente : parmi les personnes ayant un revenu inférieur à 2 000 F, 45 % ont emporté le carnet de santé lors de leur dernière consultation, le taux passant à 40 % pour les tranches de revenus comprises entre 2 000 et 3 000 F. Enfin, ce taux reste stable aux alentours de 34 % pour des revenus immédiatement supérieurs et tombe à 30 % pour les plus aisés (plus de 8 000 F).

Les personnes qui consultent fréquemment leur médecin généraliste (au moins 6 fois depuis le début de l'année 98) sont bien plus nombreuses que les autres à faire l'usage du carnet de santé (47 %).

L'utilisation du carnet de santé est plus restreinte (26 %) chez les personnes n'ayant pas de généraliste habituel.

### 3.5 La permanence des soins et la pratique d'actes techniques spécialisés

Le médecin référent doit informer son patient de la démarche à suivre en cas d'absence. Chez les patients non optants, quelles sont les informations dont ils disposent lorsque leur médecin traitant est absent ?

#### 3.5.1 L'information sur la démarche à suivre en cas d'absence de leur généraliste habituel : la majorité des patients son informés

20 % des personnes interrogées n'ont jamais été informées de la démarche à suivre en cas d'absence de leur médecin traitant. Parmi les autres, c'est le secrétariat du médecin (ou le répondeur téléphonique) qui les a renseignées pour 36 % d'entre elles, tandis qu'un quart affirme avoir eu connaissance de la démarche à suivre par un document distribué par la mairie (Cf. Tableau n° 92 en annexe).

#### A titre de comparaison chez les optants

##### Permanence de soins

Un quart des optants a été informé de la démarche à suivre en cas d'absence de leur médecin référent par ce dernier oralement. Une fois sur 10, ils ont été informés par le répondeur téléphonique ou le secrétariat. Toutefois près du tiers déclare ne jamais avoir été informé. Dans 40 % des cas, ils ont obtenu les coordonnées d'un autre médecin.

**Tableau n° 16** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - encart5]  
**Permanence des soins chez les optants**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
Par le généraliste référent oralement	20	21,3	26,2 %
Par le généraliste référent par écrit	4	3,7	4,5 %
Par le répondeur, secrétariat	6	7,9	9,6 %
Par un document de la mairie	5	6,2	7,6 %
Par le pharmacien	2	1,8	2,2 %
Jamais été informé	22	27,9	34,2 %
Autre	1	1,8	2,2 %
Sans réponse			
Ensemble des répondants non optants	72	81,5	100,0 %
<b>Quelles informations avez vous eues?</b>			
Les références d'un autre médecin	19	21,4	39,9 %
Les références d'un médecin de garde	8	10,8	20,1 %
Les références d'un hôpital ou d'un clinique	1	0,9	1,7 %
Autre	3	3,7	6,8 %
<b>Quand avez vous été informés de la démarche à suivre?</b>			
Ddepuis le début de l'année 1998	12	12,8	23,8 %
Bien avant	14	14,8	27,5 %
Non réponse	24	26,1	48,6 %
<b>Etiez-vous satisfait de ces informations ?</b>			
Oui	27	28,3	52,7 %
Non	3	4,6	8,5 %
Ne sait pas	1	1,8	3,4 %
Non réponse	19	19,0	35,4 %
Ensemble des répondants non optants	50	53,6	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

Les informations obtenues sont généralement les références d'un autre praticien : celles d'un médecin de garde dans près de la moitié des cas et/ou celle d'un autre médecin généraliste dans 43 % des cas. Les références d'un établissement hospitalier ne sont communiquées que dans 60 % des cas.

Enfin, ces informations étaient connues des patients bien avant 1998 et ils s'en disent en majorité satisfaits.

### **3.5.2 Quels sont les cas qui occasionnent le plus souvent les rares infidélités au médecin traitant ?**

13 % des personnes déclarant avoir un généraliste habituel ont cependant consulté un autre médecin généraliste que leur médecin traitant. La plupart du temps, il s'agissait d'un cas de force majeure : en effet dans 61 % des cas, il s'agissait d'une urgence, alors que leur médecin traitant était absent de son cabinet et, dans 20 % des cas, le patient était loin de son domicile (Cf. Tableau n° 93 en annexe).

### **3.5.3 La pratique et le conseil d'actes techniques spécialisés et actes de prévention par le généraliste**

[Cf. Tableau n° 94 en annexe]

#### **➤ Les médecins généralistes pratiquent peu d'actes techniques spécialisés.**

Pour plus de la moitié des personnes interrogées, les actes tels que les électrocardiogrammes, les infiltrations ou les ponctions et, pour les femmes, les frottis et les mammographies, ne sont pas réalisés par le médecin généraliste lui-même, ni même souvent conseillé.

Tout au plus constate-t-on que les frottis sont un peu plus conseillés aux femmes âgées en période d'activité génitale de 42 ou 44 ans : 6,1 % des femmes âgées de 16 à 39 ans se sont vues conseiller un frottis et 5,4 % des femmes âgées de 40 à 64 ans. Conformément aux recommandations, la mammographie, quant à elle, est plus souvent conseillée chez les femmes de plus de 40 ans : 13 % des femmes âgées de 40 à 64 ans et 9 % des femmes âgées de plus de 64 ans.

Les électrocardiogrammes sont plus fréquemment conseillés aux personnes de 65 ans ou plus : 10 % des cas.



## ***Conclusion***

---



## Conclusion

---

L'arrêt précoce du premier dispositif de médecin référent rend impossible toute mesure d'impact de cette filière de soins sur les comportements de consommation médicale par manque de recul. Toutefois, notre étude a permis d'analyser les comportements de recours aux soins des premiers optants avant même la mise en place du dispositif et de pointer les différences de consommation pré-existantes entre les adhérents au système (ou patients optants) et les non adhérents (ou non optants). Ainsi, à un moment où le nombre des médecins généralistes s'engageant en tant que médecins référents atteignait un score de 13 % France entière, l'adhésion des bénéficiaires au système était-elle plutôt modeste avec moins de 1 % et ce, bien que quatre personnes sur dix déclaraient avoir entendu parler du médecin référent au printemps 1998. L'information provenait plus souvent des media que des dépliants de la Sécurité sociale ou d'un médecin. Les premiers optants, « pionniers » de l'option conventionnelle, furent tout naturellement plus souvent des personnes âgées ou très malades car, consultant fréquemment, elles avaient eu réellement l'occasion de se voir proposer un contrat de suivi médical au cours de cette courte période. De plus, ces personnes formaient une première cible à atteindre du fait du bénéfice plus immédiat pour elles des aspects d'un suivi médical coordonné.

Au sein des six caisses primaires d'Assurance maladie volontaires ayant transmis leurs données de remboursement, on observe un effet propre de la caisse, l'adhésion des personnes semblant dépendre largement de la volonté des médecins à les convaincre de l'intérêt du dispositif. L'état de santé est le déterminant majeur de l'adhésion des patients, en particulier chez les jeunes. En effet, il semble que lorsque l'on souffre déjà d'une maladie grave ou chronique et coûteuse (reconnue en tant qu'affection de longue durée), plus on est jeune et plus on est sensibilisé aux avantages qu'offre la formule de médecin référent, en particulier par le suivi à long terme de l'état de santé global, la coordination des soins et les mesures de prévention. En conséquence, les dépenses de soins de ville sont plus élevées chez les optants mais l'écart s'explique principalement par l'état de santé. Les optants avaient d'ores et déjà plus souvent recours au médecin généraliste et aux médicaments, alors que les non optants consacraient une part plus importante de leurs dépenses en soins de médecins spécialistes.

Les données de consommation médicale ne permettent qu'une approche imparfaite de la prescription de médicaments. Cependant, si les pourcentages de généralistes ayant atteint les seuils souhaités de prescription d'équivalents thérapeutiques moins onéreux et de génériques étaient encore très modestes, les taux d'accroissement observés entre le second semestre 1997 et le premier semestre 1998, sont très encourageants tant chez les médecins référents que chez les non référents. Ils signent une sensibilisation à la maîtrise des dépenses de santé propulsée par le dispositif de médecin référent.

Enfin, le recours à des généralistes occasionnels était déjà moindre chez les optants, comparé aux non optants. Le comportement de fidélité à un généraliste habituel augmente avec l'âge, ce qui relève non seulement du besoin de coordination des soins des plus malades, mais également d'un effet de génération, les aînés ayant conservé l'intérêt du médecin de famille.

C'est ce rôle pivot du médecin traitant et une reconnaissance accrue du généraliste que le dispositif de médecin référent cherche à redynamiser, notamment chez les jeunes. Il tente d'écarter les comportements de nomadisme médical, en particulier par l'accès direct au spécialiste, et met l'accent sur la prévention et sur un meilleur accès aux soins tous par la pratique de la dispense d'avance de frais (tiers payant).

C'est bien cet accès direct au spécialiste qui motive le plus souvent les refus d'adhésion (une fois sur deux, en particulier les cadres) des personnes se déclarant opposées au système et qui représentent 29 % des personnes interrogées au printemps 1998 par l'Enquête Santé et Protection Sociale. Un opposant sur trois réclame la possibilité de consulter un autre généraliste sans que leur généraliste habituel soit au courant. En revanche, un tiers des personnes sont prêtes à signer un contrat de suivi médical. Parmi elles, si la dispense d'avance de frais est entendue comme un bénéfice personnel par la moitié d'entre elles, en particulier les personnes aux revenus moins élevés, une moitié est également sensible à l'argument économique collectif consistant en la diminution des dépenses de santé. Une personne sur cinq seulement attendent un meilleur suivi médical et, enfin, la simple proposition de leur généraliste convaincra une personne sur quatre, preuves que la plupart des personnes ont une confiance déjà bien établie avec leur médecin. D'ailleurs, ce sont les nombreuses personnes qui disent avoir un médecin traitant (83 % des non optants) qui approuvent le plus souvent le système. L'autre facteur influençant la signature d'un contrat de suivi médical consiste évidemment en une information préalable sur le système. Les indécis formaient en fait la majorité avec 35 % des personnes.

Si ce premier dispositif n'a laissé le temps qu'à certains patients, d'adhérer souvent les plus âgés ou les plus malades, un second dispositif renforcé est en place depuis début 1999. Au bout de 9 mois de fonctionnement, et malgré un nombre plus restreint de médecins s'engageant (un peu plus de 5 300, soit 9 % versus 13 % mi 1998), les scores des patients ayant adhéré voisinent à nouveau 1 %. La campagne d'information a été bien plus large cette fois. Cependant, ces chiffres sont loin des objectifs de départ de leurs promoteurs (l'Assurance maladie et le syndicat MG France) qui espéraient 20 000 médecins référents et 20 % de patients au bout d'un an. Les médecins sont plus réticents à s'engager pour plusieurs raisons : la menace d'une nouvelle annulation de la convention, la lourdeur administrative, en particulier la gestion informatique, et les exigences plus élevées du nouveau dispositif (seuils minimal et maximal d'activité, prescription plus importante de médicaments équivalents thérapeutiques moins onéreux et de génériques, bilans de compétence réguliers, formation professionnelle continue conventionnelle...).

Pour cette deuxième version du dispositif, le CREDES doit poursuivre son analyse des données de remboursement de l'Assurance maladie à partir de l'observation d'échantillons à la fois plus grands et représentatifs au niveau de la France entière. Ce n'est qu'au bout de plusieurs semestres, voire plusieurs années de fonctionnement qu'une mesure d'impact de cette filière de soins sera réellement possible.

## ***Bibliographie***

---



## Bibliographie

### Convention nationale des médecins : petit bref législatif 1997-1999

---

Sont surlignés en gras les textes relatifs aux nouvelles versions de la Convention et à l'option conventionnelle.

Les autres textes concernent des modifications intervenant sur d'autres points de la Convention.

- **Arrêtés (2) du 28 mars 1997** portant approbation des conventions médicales (médecins généralistes, médecins spécialistes) (JO du 29 mars 1997).
- **Arrêté du 17 octobre 1997** portant approbation de l'avenant n° 1 à la Convention nationale des médecins généralistes : option conventionnelle « médecin référent » (JO du 18 octobre 1997).
- **24 juin 1998** : annulation de la convention des spécialistes par le Conseil d'Etat.
- **3 juillet 1998** : annulation de la convention des généralistes par le Conseil d'Etat.
- **10 juillet 1998** : arrêté portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de » convention nationale (JO, n° 160, 12 juillet 1998).
- **11 août 1998** : arrêté modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale.
- **7 septembre 1998** : arrêté fixant le modèle du formulaire « option conventionnelle - acte d'adhésion » (JO, n° 247, 24 octobre 1998).
- **2 octobre 1998** : arrêté modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale (JO, n° 231, 6 octobre 1998).
- **13 novembre 1998** : arrêté portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale).
- **4 décembre 1998** : arrêté portant approbation de la convention nationales des médecins généralistes (JO du 15 décembre 1998).
- **24 février 1999** : arrêté modifiant l'annexe 4 du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale (JO, n° 47, 25 février 1999).
- **Avril 1999** : validation de la convention des médecins par amendement au projet de loi CMU.
- **15 avril 1999** : Annulation partielle de la convention par le Conseil d'Etat. Sont annulés : les mécanismes de maîtrise de régulation des dépenses de médecine de ville (sanctions), la dispense d'avance de frais pour une consultation de spécialiste sur renvoi d'un médecin référent, le chapitre 6 sur la formation professionnelle.

- **28 juillet 1999** : un arrêt du Conseil d'Etat annule partiellement le règlement conventionnel minimal (sanctions financières).
- **Arrêté du 12 août 1999** modifiant l'arrêté du 13 novembre 1998 portant règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention médicale rectificatif).

---

### Médecins de famille

---

- [1] **FALAISE D., CARPENTIER J. P., COGNEAU J., VOL S.,** *Antécédent familial de cancer colo-rectal et hémoculture IIR : évaluation de 2 méthodes de dépistage avec le concours du médecin de famille.* Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 1994/05/02 ; n° 17 : 73-74, 1 graph., 1 tabl.
- [2] **OBADIA Y., MOATTI J. P., BREGEAULT A.,** *SIDA : l'importance du médecin généraliste.* La Recherche, 1994/09 ; n° 268 : 912-914.
- [3] **GALAM E. / dir.,** *Infiniment médecins : les généralistes entre la science et l'humain.* Autrement, 1996/02 ; n° 161 : 202p.
- [4] **TABELLION G.,** *Le rôle social et économique des médecins généralistes.* Institut de la Communication Médicale. (I.N.C.M.). FRA, Boulogne-Billancourt : INCM : 1996 ; 23p., tabl., graph.

---

### Le médecin référent en France

---

- [5] **CONGRES,** *Journées des statisticiens de l'Assurance maladie, 25-26 mars 1998, La Rochelle : compte rendu et dossier - Journées des statisticiens de l'Assurance maladie, 23-24 mars 1999, Tours : compte rendu et dossier.* Paris : CNAMTS : 1998/08, 77p. ; 1998/03/25-26, pag. Mult.
- [6] **U.R.C.A.M.,** *Eléments de bilan du dispositif "Médecin Référent" : données de la CPAM de Nevers et données régionales (1er semestre 1998).* Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne (U.R.C.A.M.). FRA, Dijon : 1999/03 ; 19p., tabl., graph. Carte.
- [7] **DOSSIER DE PRESSE,** *Le contrat de suivi médical, mode d'emploi : conférence de presse : mardi 9 décembre 1997.* Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, Service de presse (C.N.A.M.T.S.). FRA, Paris : 1997/12/09 ; 25p., 1 tabl.
- [8] **POINDRON P.-Y.,** *Convention des généralistes : Mode d'emploi du médecin référent.* Espace Social Européen, 1998/11/27 ; n° 442 : 26-27.
- [9] **JOHANET G.,** *L'assurance maladie, la nouvelle approche - Santé : l'impossible choix.* Revue politique et parlementaire, 1999/01-02 ; n° 998 : 26-30.

---

### Filières de soins en France

---

- [10] **GUIGNON N.,** *Du généraliste au spécialiste : qui conseille de consulter ? - Les Français et leur santé :: enquête 1991-1992.* Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale (M.S.S.P.S.), Service des Statistiques - des Etudes et des Systèmes d'Information. (S.E.S.I.), Solidarité Santé Etudes Statistiques. FRA, Paris : 1994/01-03 ; 109-116, 4 graph.



- [11] **LE PEN C.**, *Gérer le risque maladie - Risque santé*. Risques, 1998/01-03 ; n° 33 : 9-16.
- [12] **CONGRES**, *La réforme du système de santé : régulations et priorités - 22èmes journées des Economistes Français de la Santé*. Université de la Méditerranée. FRA, Aix-Marseille. Paris : 1998/10/30 ; 2 vol (150 ; 150p.).
- [13] **DANGOUMAU J. / préf.**, *Filières et réseaux de soins : les nouveaux partenaires*. Communication Partenaires Santé. FRA, Paris : Communication Partenaires Santé : 1998/12 ; 48p.
- [14] **LE PEN C.**, *Les habits neufs d'Hippocrate. Du médecin artisan au médecin ingénieur*. Paris : Calmann Lévy : 1999/03 ; 270p.
- [15] **MEYER Ch., COUFFINHAL A.**, *Partenariats, coordination, réseaux et filières dans le système de santé : conditions et propositions. Rapport pour le Commissariat Général du Plan*. Compagnie Française de Gestion de Services de Santé. Sanesco. FRA, Boulogne Billancourt : 1996/04 ; 113p., ann.

---

### Le nomadisme médical

---

- [16] **BOHET Pascal**, *La fidélité des malades à leur médecin*. C.N.A.M.T.S., Etudes & Recherches n°1, 1985/12, 8 pages.
- [17] **BOHET Pascal**, *Quelques aspects du nomadisme de la clientèle des omnipraticiens*. C.N.A.M.T.S., Dossier Etudes et Statistiques, 1992/12, n° 21 : 52 p., tabl.
- [18] **JALOUX C.**, *Une approche statistique du nomadisme médical au Régime Agricole*. Caisses Centrales de Mutualité Sociale Agricole (C.C.M.S.A.). Direction des Etudes Economiques et du Financement. FRA, Paris : 1992 ; 22p., tabl., graph., ann.
- [19] **U.R.C.A.M.**, *Quelques aspects du nomadisme médical*. Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne (U.R.C.A.M.). Notes et Documents. FRA, Dijon : 1998/07 ; n° 3 : 8p.

---

### Le médicament générique en France

---

- [20] **DORION G.**, *Rapport sur le développement du médicament générique et le remboursement forfaitaire*. Inspection Générale des Affaires Sociales (I.G.A.S.). FRA, Paris : MSSPS : 1994/07 ; 100p., tabl., ann.
- [21] **BURSTIN E., HABOUCHA S., TRIBY M.**, *Sécurité sociale et marché du médicament en Europe : vers une nouvelle approche de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques*. Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale (C.N.E.S.S.). FRA, Saint-Etienne : 1995 ; 76p., ann.
- [22] **DUMONT S.**, *Economie de l'officine : conséquence des différents plans de maîtrise des dépenses de santé*. 1993/12/17 ; 150p., tabl., graph., ann.
- [23] **JOLLY D. / dir.**, *Quelle place pour les médicaments génériques en France ?* Institut d'Etudes des Politiques de santé (I.E.P.S.). FRA, Paris : Médecine - Sciences Flammarion : 1996 ; 94p.

- [24] **MARMOT M.**, *Le développement des médicaments génériques : rapport à Monsieur le Ministre de Travail et des Affaires Sociales*. Comité Economique du Médicament (C.E.M.). FRA, Paris : 1996/03 ; 33p., ann.
- [25] **PIERRIN-LEPINARD S., ROSIER P.**, *Les enjeux du médicament générique en France*. Paris : Frison-Roche : 1995 ; 142p.
- [26] **LEVY A.**, *Le guide des médicaments génériques*. Paris : Editions Générales First : 1996 ; 223p., index.
- [27] **F.N.M.F.**, *Guide des médicaments de référence et des spécialités comparables*. Fédération Nationale de la Mutualité Française (F.N.M.F.). FRA, Paris : 1996/11 ; 72p., tabl., index.
- [28] **LEVY D., DUAN B. D. H.**, *Médecins et maîtrise médicalisée*. Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (S.N.I.P.). Centre de Sociologie et de Démographie Médicale (C.S.D.M.). FRA, Paris : John Libbey Eurotext : 1996/05 ; 93p., tabl., ann.
- [29] **WEILL A., PFISTER P., RICATTE M., MARTY C., PAITA M., GARRIGUE P., PRUNET D., FENDER P.**, *La prescription des médicaments essentiellement similaires et des génériques*. Revue Médicale de l'Assurance Maladie. 1996 ; n° 4 : 23-31, 6 tabl.
- [30] **LE PEN C.**, *L'économie des médicaments génériques*. Journal d'Economie Médicale. 1996/11-12 ; vol. 14 : n° 7-8 : 413-437.
- [31] **C.N.A.M.T.S.**, *Guide des équivalents thérapeutiques par dénomination commune internationale (DCI) : spécialités pharmaceutiques : liste arrêtée au 24 décembre 1997, au 31 mars 1998 et au 30 juin 1998 (3 listes)*. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.). FRA, Paris : 1997 ; 58p. 1998 ; 61p.
- [32] **F.N.M.F.**, *Les enjeux du médicament*. Fédération Nationale de la Mutualité Française. FRA, Paris : 1997/05 ; 125p.
- [33] **DULAURIER P., VANACKERE C.**, *Médicaments génériques : où en est la France ?* Espace Social Européen. 1998/01/16-22 ; n° 405 : 15-19.
- [34] **ALLAERT F.-A.**, *Evolution de l'image des médicaments génériques dans la population française de 1996 à 1997*. Journal d'Economie Médicale. 1998/02 ; vol. 16 : n° 1 : 93-96, graph.
- [35] **MARTIN E., RUPPRECHT F.**, *Les enjeux du médicament générique - Le médicament : enjeux industriels, santé publique et maîtrise des dépenses*. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.). Economie et Statistique. FRA, Paris : 1998/02-03 ; n° 312-313 : 55-66.
- [36] **WALLERSTEIN K. R. B.**, *Prix des médicaments et remboursement en Europe - Pharmaceutical pricing and reimbursement in Europe*. Surrey : Scrip Reports : 1997 ; 258p., tabl.
- [37] **BRETEL C., DUCOMBS L., NOUVEL K., STANGHELLINI A., DURAFFOURG M. / dir.**, *Le remboursement des médicaments génériques par l'Assurance maladie, obstacles et perspectives*. St-Etienne : CNESSS : 1997/12 ; 81p., 9 ann., 1 dess., tabl.
- [38] **SCIENCES ET AVENIR**, *1999, l'an 1 des génériques*. Sciences et Avenir. FRA, Paris : 1999/06 ; n° 2667 : 60-130.

- [39] **PHILBET T. et al**, *Génériques : la liste officielle des médicaments*. Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires (Le). 1999/06/26 ; vol. 3 : n° 2312 : 30p.
- [40] **LE PEN C.**, 1999 : *l'an I du générique - Santé : l'impossible choix*. Revue Politique et Parlementaire. 1999/01-02 ; n° 998 : 83-90.

---

### Profils des consommateurs de soins

---

- [41] **DEVEVEY J.**, *La clientèle des médecins*. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries (C.N.A.M.T.S.). Bloc-Notes Statistiques. 1989/12 ; n° 45 : 23 p.
- [42] **JOLLY D., dir., JOLLY C. dir.**, *Malade ou client ?* Paris : Economica : 1993 ; 164 p.
- [43] **BEJEAN S.**, *L'induction de la demande par l'offre en médecine ambulatoire : quelques évidences empiriques issues du contexte français*. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales. 1997/07-12 ; vol. 37 : n° 3-4 : 311-339, tabl.
- [44] **SOURTY-LE-GUELLEC M.-J.**, *Profils de consommateurs de soins. France 1995*. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.). FRA, Paris : 1999/03 ; 94p., tabl., graph.
- [45] **COM-RUELLE (L. ), DUMESNIL (S.)**, *Concentration des dépenses et grands consommateurs de soins médicaux. France 1995*. Centre de Recherche - d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (C.R.E.D.E.S.). FRA, Paris : 1999/06 ; 170p., tabl., graph.

---

### Expériences étrangères

---

- [46] **VOLOVITCH P.**, *La réforme du NHS anglais - Europe : vers une maîtrise des dépenses de santé*. Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale, Solidarité Santé Etudes Statistiques, 1993/04-06 ; n° 2 : 45-53.
- [47] **STARFIELD B.**, *Primary Care : concept, evaluation, and policy*. Oxford : Oxford University Press : 1992 ; 262p., tabl., graph., index.
- [48] **FRANCOIS B., BROUWERE V.-I., LAABID A., DUJARDIN B.**, *L'évolution des filières dans les systèmes de santé*. Santé Publique, 1996/12 ; n° 4 : 443-459.
- [49] **VANACKERE C.**, *Gestion de la santé - Les nouvelles stratégies de soins*. Espace Social Européen, 1996/09/27 ; n° 347 : 12-15.
- [50] **SCHOENMAN J. A., EVANS W.-N., SCHUR C.-L.**, *Primary care case management for Medicaid recipients : evaluation of the Maryland access to care program. Increasing health information : does it help consumers ?* Inquiry, 1997/07-09 ; vol. 34 : n° 2 : 155-170, 3 tabl.
- [51] **KERR E. A., HAYS R. D., MITTMAN B. S., SIU A. L., LEAKE B., BROOK R.H.**, *Primary care physicians'satisfaction with quality of care in California capitated medical groups*. Department of

Medicine. University of California. Los Angeles. USA, Rand. Santa Monica Calif. USA, Jama Journal of the American Medical Association. 1997 ; vol. 278 : n° 4 : 308-312.

- [52] **HALM E.-A., CAUSINO N., BLUMENTHAL D.,** *Is gatekeeping better than traditional care ? A survey of physicians'attitudes.* Health Policy Research and Development Unit. Department of Medicine. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston Mass. USA, Jama Journal of the American Medical Association. JAMA 1997/11 ; vol. 278 : n° 20 : 1677-1681.
- [53] **FORREST C.-B., REID R.-J.,** *Passing the baton : HMOs'influence on referrals to specialty care. Regulating managed care.* Health Affairs, 1997/11-12 ; vol. 16 : n° 6 : 157-162, 1 graph., 2 tabl.
- [54] **FLOOD A.-B., FREMONT A.-M., JIN K., BOTT D.-M.,** *How do HMOs achieve savings ? The effectiveness of one organization's strategies.* Health Services Research, 1998/04 ; vol. 33 : n° 1 : 79-99, 1 graph., 4 tabl.
- [55] **KULU-GLASGOW I., DELNOIJ D., BAKKER D. (de),** *Self-referral in a gatekeeping system : patients' reasons for skipping the general-practitioner.* Health Policy, 1998/09 ; vol. 45 : n° 3 : 221-238.
- [56] **FELDMAN S.-R., FLEISCHER A.-B. Jr, CHEN J.-G.,** *The gatekeeper model is inefficient for the delivery of dermatologic services.* Westwood-Squibb Center for Dermatology Research and the Department of Dermatology, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, NC 27157-1071, USA. J Am Acad Dermatol, 1999/03.
- [57] **DUMONT J.-P.,** *Les réseaux de soins coordonnés en Suisse.* Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne (U.R.C.A.M.). Notes et Documents. FRA, Dijon : 1999/06 ; n° 12 : 63p., tabl., graph.
- [58] **BODENHEIMER T., LO B., CASALINO L.,** *Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers.* Department of Family and Community Medicine, University of California at San Francisco School of Medicine, USA. JAMA 1999/06.
- [59] **ETTER J.-F., PERNEGER T.-V.,** *Health care expenditures after introduction of a gatekeeper and a global budget in a Swiss health insurance plan - Introducing managed care in Switzerland: impact on use of health services.* Institute of Social and Preventive Medicine, University of Geneva, Switzerland. J Epidemiol Community Health, Public Health 1998/06.
- [60] **TABENKIN H., GROSS R., BRAMMLI S., SHVARTZMAN P.,** *Patients' views of direct access to specialists: an Israeli experience.* Department of Family Medicine, Ha'emek Hospital, Kupat Holim Clalit Northern District, Afula, Israel. JAMA 1998/06.
- [61] **GRUMBACH K., SELBY J.-V., DAMBERG C., BINDMAN A.-B., QUESENBERRY C.-Jr, TRUMAN A., URATSU C.,** *Resolving the gatekeeper conundrum: what patients value in primary care and referrals to specialists.* Department of Family and Community Medicine, Primary Care Research Center, University of California, San Francisco, USA. JAMA 1999/07.
- [62] **MADDOX G.-L.,** *General Practice Fundholding in the British National Health Service Reform, 1991-1997 : GP accounts of the dynamics of change. Challenging conventions in health policy.* Journal of Health Politics, Policy and Law, 1999/08 ; vol. 24 : n° 4 : 815-834.

***Annexe 1***  
***Convention médicale et avenant n°1***

---



## **Annexe 1**

### **Convention médicale de 1997 et avenant n°1**

#### **Extrait de la convention médicale des médecins généralistes de mars 1997 relatif à l'option conventionnelle**

##### **Section 2 - Option conventionnelle**

###### **Article 19 :**

Les Parties Signataires considèrent que la coordination des soins est un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des soins, de la santé et de la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses médicales. Elle implique la responsabilisation du médecin et du patient.

Conformément aux dispositions de l'article L.162-5 du Code de la Sécurité Sociale, elles conviennent de favoriser cette coordination en offrant aux médecins généralistes qui le souhaitent la possibilité d'assurer un rôle de médecin référent pour ceux de leurs patients qui en feront le choix.

Elles sont convaincues que les expérimentations de filières et réseaux de soins auxquelles participeront notamment des médecins généralistes et des médecins spécialistes, dans les conditions prévues à l'article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale permettront d'offrir des prolongements indispensables à la présente option conventionnelle, en élargissant progressivement la coordination des soins à l'ensemble des intervenants, des secteurs ambulatoire et hospitalier concourant à la réponse aux besoins sanitaires des patients.

Dans ce cadre, elles précisent les principes régissant la coordination des soins vers laquelle elles souhaitent tendre au travers des expérimentations :

- Les médecins généralistes constituent le premier étage du système de soins. Médecins de la personne, ils apportent une réponse globale et appropriée à la demande de soins de première intention, et assurent la synthèse des différents intervenants médicaux. Conseillers de santé et thérapeutes à tous les âges de la vie, ils gèrent le dossier médical de leur patient et le guident utilement quand il est nécessaire d'accéder à des soins de deuxième ou troisième intention.
- Les médecins spécialistes constituent le second étage du système de soins. Médecins consultants, ils apportent une réponse appropriée aux problèmes qui leur sont posés dans le cadre de leur spécialité. Ils interviennent alors en accord avec le médecin généraliste référent du malade.

Les médecins généralistes peuvent être amenés à conseiller à leur patient l'intervention d'un médecin spécialiste dans 3 types de situations médicales : demande d'avis diagnostique ou thérapeutique, demande d'acte ou de suite d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique, suivi thérapeutique. Dans ce dernier cas, le médecin référent confie le suivi médical de son patient pour ce problème particulier et pour une période déterminée, à un médecin spécialiste.

Les Parties Signataires, après avis du conseil d'orientation, rechercheront les conditions dans lesquelles les médecins spécialistes qui le souhaiteraient pourraient intégrer leur pratique dans le cadre des filières de soins.

**Article 20 :**

Elles décident dans un premier temps d'ouvrir dans les conditions qu'elles préciseront, avant le 1<sup>er</sup> juillet 1997, par avenant à la présente convention, une option conventionnelle au libre choix des médecins conventionnés.

Elle leur sera ouverte dès l'entrée en vigueur de cet avenant, le médecin formalisant son adhésion par acceptation des clauses du cahier des charges défini par ce même avenant.

## **De l'organisation de l'option**

**Article 21 : Du libre choix**

En adhérant à cette option, les médecins généralistes pourront offrir à ceux de leurs patients qui le souhaitent, la possibilité d'établir avec eux une relation privilégiée favorisant la continuité et la coordination des différents intervenants.

Pour établir une telle relation, le patient choisit son médecin comme médecin référent.

**Article 22 : Droits et engagements du patient :**

Afin d'améliorer tant la qualité que l'efficacité des soins, le patient qui opte pour cette nouvelle forme d'approche globale de sa santé, s'adresse au médecin référent qu'il a choisi, pour toute demande de soins, sauf circonstances particulières qui l'en empêcheraient et susceptibles d'être justifiées.

L'avenant visé à l'article 20 précisera les engagements souscrits par le patient et les conséquences de leur éventuel non respect, ainsi que les modalités selon lesquelles ces éléments sont portés à la connaissance du patient au moment où il choisit son médecin référent.

Dès lors, pour les actes réalisés par son médecin généraliste référent, le patient bénéficie de l'application des tarifs conventionnels opposables ainsi que de la dispense d'avance de frais.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales, et qui bénéficient d'une couverture complémentaire pour le risque maladie, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires, les conditions permettant au patient d'être également dispensé de l'avance du ticket modérateur.

**Article 23 : Des engagements du médecin référent :**

**CAHIER DES CHARGES**

En adhérant à l'option, les médecins généralistes s'engagent à respecter les termes d'un cahier des charges, fixé dans l'avenant visé à l'article 20. Il comporte notamment des dispositions relatives à la tenue d'un dossier médical, à son articulation avec le carnet de



santé, à la prévention et aux vaccinations, aux garanties de permanence et de continuité des soins, à l'informatisation du cabinet et à la formation médicale continue.

### **Le dossier médical**

Afin d'améliorer la qualité des soins par un suivi et une synthèse médicale, le médecin référent fait figurer dans le dossier médical du patient toutes les données disponibles concernant la santé de celui-ci.

Le dossier médical comporte des données confidentielles et personnelles. Le médecin qui en est le dépositaire en assume l'entière responsabilité (article 226.13 du Code Pénal).

Les Parties Signataires, dans le cadre de l'avenant, dressent la liste des éléments transmissibles du dossier et élaborent le ou les supports à joindre au dossier préexistant les plus appropriés pour les recueillir et les transmettre. Elles arrêtent également la liste et la qualité des destinataires de ces informations dans le respect du code de déontologie et des lois en vigueur.

### **Prévention-épidémiologie**

Les médecins s'engagent à participer à toute action de prévention individuelle ou collective qui serait décidée par les partenaires conventionnels. De même, ils participent en tant que de besoin à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, accompagné le cas échéant, d'une action de formation spécifique.

### **De la permanence des soins**

Les médecins référents s'engagent, lors de leur adhésion à l'option, à communiquer à la commission paritaire ad hoc, les moyens qu'ils mettent en oeuvre pour garantir la permanence des soins, notamment sous forme d'un tour de garde local formalisé.

#### **Article 24 : Rémunération spécifique**

Les Parties Signataires ont la volonté de créer, à travers cette option conventionnelle nouvelle, les conditions d'une médecine moderne et de qualité au service des malades. Elles sont conscientes aussi des missions et engagements nouveaux qu'elle implique pour les médecins référents.

L'avenant visé à l'article 20 définira la rémunération forfaitaire annuelle par patient, correspondant à l'ensemble des obligations posées par le cahier des charges, arrêtera les conditions et modalités de son versement et de son éventuelle modulation ainsi que son articulation avec les rémunérations actuelles des actes médicaux.

Les dépenses résultant chaque année du versement de la rémunération forfaitaire seront incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales fixées pour ladite année.

Elles sont provisionnées dans l'objectif fixé pour 1997.

#### **Article 25 : De l'évaluation**

Au regard des objectifs qu'elles ont arrêtés, les Parties Signataires mettent en place en commun les procédures de suivi et d'évaluation de cette option conventionnelle.

L'évaluation porte notamment sur les effectifs et la composition de la population ainsi couverte, l'évolution de son mode de consommation de soins et de ses dépenses de santé comparées à celle de populations identiques n'ayant pas choisi de médecin référent. Elle porte aussi sur la qualité des soins dispensés dans ce cadre ainsi que sur l'appréciation portée tant par les malades que par les médecins sur ce nouveau mode d'organisation des soins.

Les Parties Signataires confient à un groupe de travail le soin d'arrêter la méthodologie d'évaluation à partir des objectifs notamment d'intérêt médico-économiques qu'elles ont assignés à l'option.

#### **Article 26 : Des instances paritaires**

L'évaluation et le suivi de cette option conventionnelle en application de la méthodologie précitée relèvent de comités paritaires de suivi de l'option conventionnelle, national et locaux, constitués au sein des instances paritaires instaurées par la présente convention.

Leur composition, leurs missions et leurs modalités de fonctionnement sont fixées par l'avenant visé à l'article 20.

## **Avenant n° 1 à la convention médicale des médecins généralistes de mars 1997**

En application de l'article 20 de la convention médicale des médecins généralistes, le présent avenant organise les conditions de l'option conventionnelle offerte, pour la durée de la convention nationale, au libre choix de l'ensemble des médecins généralistes conventionnés.

Au travers de cette option, les parties signataires entendent favoriser :

- la qualité des soins,
- la prévention et les actions de santé publique,
- le suivi médical et la continuité des soins,
- l'amélioration des conditions d'accès aux soins,
- l'optimisation des dépenses de santé.

Les médecins généralistes peuvent offrir aux assurés ou ayants droit âgés de 16 ans ou plus qui le souhaitent, la possibilité d'établir avec eux une relation s'inscrivant dans la continuité des soins et la coordination des différents intervenants.

En adhérant à cette option, le médecin généraliste s'engage à devenir le médecin référent de ceux de ses patients qui le souhaiteront.

### **Section 1 - Organisation de l'option**

#### **Article 1 : Libre choix du patient**

Pour établir une telle relation, les assurés ou leurs ayants droit âgés de 16 ou plus ont la possibilité d'établir avec un médecin généraliste adhérant à la présente option une relation favorisant la continuité et la coordination des différents intervenants. Cette option est formulée par le patient auprès de sa caisse de rattachement dans les conditions visées à l'article 10.

La durée de cette option est d'un an, renouvelable par expresse reconduction ; elle peut être transférée sur un autre médecin référent dans les mêmes conditions que la décision initiale. Sauf cas exceptionnel et justifiable, le patient ne peut adhérer à l'option plus d'une fois par année.

#### **Article 2 : Libre choix du médecin**

Les médecins généralistes formalisent, auprès de la caisse du lieu d'implantation de leur cabinet principal, leur entrée dans l'option par le biais d'un formulaire prévu à l'article 10 du présent avenant.

Toutefois, le médecin peut renoncer à l'option et dans ce cas, il doit assurer jusqu'à leur terme le suivi des malades qui l'ont choisi comme référent. Il en informe la caisse selon les modalités arrêtées en CCPN.

Après information du patient, médecin peut dénoncer avant son échéance, le contrat conclu avec ce dernier. Dans ce cas, il en informe la caisse selon les modalités arrêtées en CCPN et ne peut prétendre à la deuxième moitié de la rémunération forfaitaire prévue à l'article 5.

### **Article 3 : Engagements et droits du médecin référent**

En adhérant à la présente option, le médecin référent s'engage à respecter les clauses ci-après :

#### **3.1 - Respect des tarifs conventionnels**

Le médecin référent s'engage à faire bénéficier son patient d'une part des tarifs conventionnels, en s'interdisant l'usage des dépassements visés à l'article 10b et 10c de la convention nationale, et d'autre part de la procédure de dispense d'avance des frais décrite à l'article 6.

#### **3.2 - Dossier médical**

Le médecin référent s'engage à tenir pour le compte de son patient un dossier médical dans lequel il fait figurer toute information disponible concernant la santé de son patient.

Ce dossier médical, élément essentiel de la qualité et de la coordination des soins, est la propriété du patient qui peut à tout moment obtenir communication de tout ou partie de ses éléments conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Dans les cas où le dossier médical fait l'objet d'une gestion informatisée, le médecin référent s'engage à ce que l'ensemble des dispositions législatives, réglementaires, éthiques et déontologiques en vigueur soit scrupuleusement respecté, de même que les recommandations de la CNIL.

Lorsqu'il conseille à son patient de consulter un autre médecin, le médecin référent s'engage à obtenir de ce dernier les informations médicales nécessaires dans le respect du code de déontologie médicale, en particulier de ses articles 45 et 46 et dans le respect du droit du malade.

En cas de changement par le patient de médecin référent, dans les conditions prévues à l'article 1, ce dernier s'engage à transmettre toutes les données médicales utiles en sa possession au nouveau médecin référent désigné par le patient.

Il s'engage en outre à porter l'ensemble des informations pertinentes sur le carnet de santé de son patient conformément à la réglementation en vigueur.

### **3.3 - Permanence et continuité des soins**

Le médecin référent s'engage à offrir à son patient une réponse organisée à sa demande de soins. Pendant les jours et heures d'ouverture de son cabinet, il assure la permanence et la continuité des soins, soit seul, soit dans le cadre du cabinet de groupe auquel il appartient, soit en collaboration avec d'autres médecins référents proches du domicile du patient.

En dehors des heures et jours d'ouverture de son cabinet, le médecin référent s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient bénéficie à tout moment d'une réponse adaptée à ses besoins. Il s'assure que les patients bénéficient des services d'un système de permanence des soins et d'urgence auquel il participe et auprès duquel il obtient, dans le respect du code de déontologie, les données médicales issues du recours éventuel de son patient à ce système. Il en informe le patient.

### **3.4 - Dépistage, prévention**

Dans le cadre des actions de prévention décidées par les pouvoirs publics, , le médecin référent s'engage à participer aux actions retenues par les parties signataires et, dans les mêmes conditions, à toute enquête ou recueil d'information à caractère épidémiologique, notamment à l'initiative du réseau nationale de santé publique.

Le médecin référent propose à ses patients le bénéfice d'un suivi personnalisé de dépistage et de prévention. Dans le cadre de la prescription des examens systématiques notamment de nature préventive, il s'engage au respect des référentiels, établis notamment en fonction de l'âge, du sexe et le cas échéant des facteurs de risques, et des conclusions des conférences de consensus validées par les instances scientifiques d'experts (ANAES, Agence du Médicament...) et adoptées par les parties signataires.

Dans les situations de comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, état suicidaire...), il s'engage à pratiquer une médecine préventive privilégiant écoute et dialogue dans le cadre d'un suivi planifié entre lui-même et le malade.

### **3.5 - Recommandations, référentiels et plans de soins**

Le médecin référent s'engage à respecter les recommandations de bonne pratique en médecine générale, les référentiels élaborés par l'ANAES et l'Agence du Médicament et adoptés par les parties signataires.

Les Parties signataires engagent une démarche qualité dans le traitement et le suivi des affections particulièrement fréquentes et notamment de certaines ALD qui constituent un axe privilégié pour la coordination des soins tant en termes d'amélioration de la qualité des soins que de maîtrise médicalisée.

A cette fin, le médecin référent élabore un plan de soins en s'appuyant sur les référentiels de pratique validés par l'ANAES et l'agence du médicament.

Les parties signataires conviennent de mettre en place un dispositif permettant le suivi de la mise en œuvre de cette démarche, notamment en organisant un retour d'information vers le professionnel.

### **3.6 - Prescriptions pharmaceutiques**

Le médecin référent se tient régulièrement informé de la mise sur le marché des médicaments génériques.

Lorsqu'il existe plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale (DCI), le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi ceux-ci. Les parties signataires dresseront en CCPN, après avis du CMPN, et à partir des fiches de transparence, une liste de ces équivalents, avant le 1.11.97. Cette liste est révisée trimestriellement. Dans un premier temps, le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments visés ci-dessus à concurrence d'au moins 10 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 3 % au titre des médicaments génériques tels que définis par la réglementation en vigueur.

Ces taux seront revus par les parties signataires, au vu des constatations faites à l'issue d'une première période d'application de la présente option et des évolutions des catégories de médicaments susvisées.

Les dispositions du présent article pourront être réexaminées par les parties signataires en cas de modification substantielle de la législation et/ou de la réglementation relative aux modalités de prescription et de distribution des médicaments et aux systèmes de formation des prix des produits pharmaceutiques.

Les parties signataires s'engagent par ailleurs à intervenir auprès des pouvoirs publics de sorte que ces dispositions soient prises en compte dans le cadre de la politique du médicament et en particulier dans le cadre des décisions du comité économique du médicament.

### **3.7 - Evaluation de la pratique**

Le médecin référent s'engage à participer avec ses pairs à des actions d'évaluation de sa pratique.

Il s'engage également à rechercher auprès de ses confrères et le cas échéant auprès des acteurs du domaine médico-social, un dialogue critique et constructif sur certaines situations médicales rencontrées.

## **Article 4 : Engagements et droits des patients**

### **4.1 - Tarifs conventionnels et dispense d'avance des frais**

En choisissant un médecin référent, le patient bénéficie, pour les actes effectués par celui-ci, d'une part des tarifs conventionnels excluant les dépassements visés aux articles 10b et 10c de la convention médicale et, d'autre part de la procédure de dispense d'avance de frais décrite à l'article 6.

### **4.2 - Respect de l'option**

Le patient qui opte pour cette nouvelle forme d'approche globale de la santé s'adresse pour toute demande de soins au médecin référent qu'il a choisi sauf circonstance particulière qui l'en empêcherait et susceptible d'être justifiée.

## **Section 2 - Financement**

## **Article 5 : Rémunération forfaitaire**

En contrepartie des obligations définies par l'article 3, le médecin référent perçoit une rémunération forfaitaire annuelle par patient ayant choisi la présente option. Le montant de cette rémunération est fixée par l'annexe annuelle à la convention médicale des généralistes. Elle est versée par la caisse d'affiliation du patient.

Cette rémunération, dont la valeur est fixée à 150 F jusqu'à fin 1998, peut faire l'objet d'une modulation, selon les critères qui seront définis par les parties signataires et notamment à l'occasion du 1<sup>er</sup> bilan qu'elles dresseront de l'application de cette option conventionnelle.

Ces critères pourront notamment prendre en compte les spécificités de certaines zones géographiques d'exercice, ou l'usage fait par le médecin référent des services informatiques en réseau concourant à l'efficacité des soins qu'il dispense.

En particulier, afin de favoriser, à son démarrage, l'utilisation par les médecins d'une informatique utile à leur pratique, cette rémunération est majorée de 30 F jusqu'à fin 1998, pour les médecins référents qui utilisent des services informatiques en réseau selon les modalités qui auront été définies par un protocole entre les parties signataires élaboré au sein de la commission conventionnelle paritaire nationale, après avis du conseil supérieur de l'information médicale.

Ce protocole précisera les conditions d'utilisation des services informatiques en réseau concourant à la qualité des soins et pouvant concerner notamment :

- l'aide à la prescription avec utilisation des banques de données notamment médicamenteuses,

- la diffusion et la réactualisation des recommandations médicales issues de l'ANAES et de l'Agence du Médicament et des références médicales opposables,
- l'aide au diagnostic avec liaison aux banques de données médicales et scientifiques,
- la communication tant avec les laboratoires d'analyse médicale que, les autres professionnels de santé et les structures hospitalières,
- le suivi de la pratique avec un retour sur le médecin d'informations médico-économiques.

La somme due au titre de cette rémunération forfaitaire est versée pour moitié au vu de l'acte d'adhésion conjoint du médecin et de son patient. La deuxième moitié est versée à son échéance, sauf dans le cas où l'option a été interrompue en cours d'année pour quelque motif que ce soit, par le fait du patient ou par celui du médecin.

Lorsque l'annexe annuelle révisé la rémunération forfaitaire visée au présent article, son nouveau montant s'applique lors des renouvellements ou des nouvelles adhésions postérieures à l'entrée en vigueur de ladite annexe.

#### **Article 6 : Application de la dispense d'avance des frais**

Le versement de la part des honoraires dus aux médecins référents par l'organisme de prise en charge est assuré par la procédure de « Dispense d'Avance des frais ». La feuille de soins ou son support électronique sur laquelle sont notamment notés la cotation de l'acte effectué, le tarif et la date d'exécution des soins ainsi que la mention « dispense d'avance des frais » est transmise par le médecin à la caisse d'affiliation du patient.

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur pour des raisons médicales ou sociales, et qui bénéficient d'une couverture complémentaire, les caisses chercheront à favoriser par le biais d'accords conclus avec les régimes complémentaires les conditions permettant aux patients d'être également dispensés du règlement direct du ticket modérateur.

Les assurés ayant choisi un médecin référent, peuvent bénéficier de cette procédure de dispense d'avance des frais pour les actes réalisés par ce médecin et concernant leurs ayants droit âgés de moins de 16 et figurant sur leur carte d'assuré social.

A défaut de droit aux prestataires, il ne peut y avoir de prise en charge des honoraires par les organismes d'assurance maladie.

Les caisses s'engagent à émettre l'ordre de virement de la facturation dans un délai maximum de 8 jours à compter de la réception par celles-ci des feuilles de soins ou de leurs supports électroniques. S'il s'avérait, pour des raisons nationales et/ou locales que le règlement des honoraires aux praticiens soit impossible ou s'il devait excéder le délai susvisé, les parties signataires pourraient suspendre



temporairement la procédure de dispense d'avance des frais et autoriser les praticiens à percevoir directement leurs honoraires.

Par ailleurs, les parties signataires rechercheront tous les moyens pour favoriser l'utilisation de support monétique assurant un règlement rapide des honoraires des médecins.

## **Section 2 - Financement**

### **Article 7 : Bilan et évaluation de l'option**

Conscientes de la dimension innovante de la présente option, les parties signataires en dresseront un bilan dès l'issue de sa première année d'application, elles s'engagent à prendre en compte les résultats de ce bilan lors des décisions qui leur incombent dans le cadre de l'annexe annuelle à la convention médicale et à procéder aux aménagements qui s'imposeraient.

### **Article 8 : Evaluation**

Le suivi de l'option relève de la compétence de la CCPN et de la CCPL. Dans ce cadre, elles procèdent à un suivi régulier du nombre de médecins ayant choisi d'adhérer à cette option et de la montée en charge de cette option auprès de la population.

Les instances conventionnelles examinent l'évolution des dépenses de soins générés par les médecins généralistes dans le cadre de cette option. Elles mettent en œuvre pour cela les éléments de recueils d'information qui leur sont nécessaires.

Ces instances peuvent en tant que de besoin saisir la CMPN ou les CMPL.

Conformément à l'article 25 de la convention médicale, une évaluation est effectuée sur la base d'une méthodologie et d'un plan d'organisation et de financement qui seront arrêtés par les Parties Signataires au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 1997.

L'évaluation a notamment vocation à analyser :

- les effectifs et la composition de la population ayant un médecin référent, l'évolution de son mode de consommations de soins et de ses dépenses de santé comparées à celle de populations identiques n'ayant pas fait un tel choix,
- la qualité des soins dispensés dans ce cadre, ainsi que l'appréciation portée tant par les malades que par les médecins sur cette nouvelle relation entre les généralistes et leurs patients.

### **Article 9 : Information des médecins et des assurés**

Les Parties Signataires s'engagent à faire connaître l'option du présent avenant auprès des assurés sociaux et des médecins dès son approbation. Elles

déterminent au niveau national et local les moyens de communication les mieux adaptés.

**Article 10 : Modalités d'adhésion à l'option**

Dès la réception de cet avenant, adressé par les caisses dans les six semaines suivant son entrée en vigueur, le médecin généraliste peut à tout moment formuler son choix d'adhérer à cette option. Il formule ce choix auprès de la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal selon les modalités arrêtées par la CCPN.

L'adhésion individuelle ainsi que son renouvellement entre un médecin et un assuré ou son ayant droit à l'option sont formalisés par un acte d'adhésion conjoint, dont le modèle est arrêté en CCPN.

Cet acte d'adhésion signé conjointement par l'assuré et le médecin est retourné par le patient à sa caisse d'affiliation. La caisse en accuse réception auprès du patient par tout moyen.

**Article 11 : Des instances conventionnelles**

L'article 26 de la convention médicale est supprimé.

En cas de non respect de ses engagements par un médecin référent, celui-ci peut perdre, pour une durée déterminée, le bénéfice de la présente option après mise en œuvre de la procédure visée à l'article 45 paragraphe 3 de la convention nationale médicale.

Par dérogation à l'alinéa précédent, lors que le médecin référent ne respecte pas ses engagements en matière de tarifs d'honoraires ou de procédure de dispense d'avance des frais, il est fait application de la procédure visée à l'article 45 paragraphe 2 de la convention nationale.

**Article 12 :** Pour permettre de rendre opérationnelle dès 1997 la présente option, les parties signataires décident d'abroger les dispositions de l'article 1 de l'annexe pour 1997 à la convention nationale des généralistes selon lesquelles la provision de 850 millions de F est prioritairement affectée au financement des dépenses liées à la présente option.

***Annexe 2***  
***Protocole général et***  
***calendrier prévisionnel initial***

---



## **Annexe 2**

### **Protocole général et calendrier prévisionnel initial**

*Agnès Bocognano, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur, Dominique Polton, Nadine Raffy-Pihan*

### **Modalités d'évaluation de l'option conventionnelle**

#### ***Les questions auxquelles l'évaluation devra chercher à répondre***

Elles sont retracées à l'article 8 de l'avenant n°1, qui stipule que l'évaluation aura notamment vocation à analyser :

- les effectifs et la composition de la population ayant un médecin référent,
- l'évolution de son mode de consommation de soins et de ses dépenses de santé comparées à celles de populations identiques n'ayant pas fait un tel choix,
- la qualité des soins dispensés,
- l'appréciation portée par les malades et l'appréciation portée par les médecins sur cette nouvelle relation entre les généralistes et leurs patients.

On peut y ajouter la question des effectifs et des caractéristiques des médecins référents qui, bien que non mentionnée explicitement, est aussi une question préalable nécessaire.

Pour répondre à ces questions, un schéma combinant plusieurs modalités de recueil et de traitement d'information est proposé ci-dessous.

Ces recueils d'information seront orientés d'une part vers le patient, d'autre part vers le médecin. Par commodité, ils sont envisagés successivement.

#### **A/ Le patient**

##### **QUESTION 1 :**

**QUELS SONT LES EFFECTIFS ET LA COMPOSITION DE LA POPULATION AYANT UN MÉDECIN RÉFÉRENT ?**

##### ***Données à recueillir :***

Caractéristiques démographiques, socioprofessionnelles, de couverture sociale et de morbidité

##### ***Outils d'analyse :***

- Tableaux de bord (exhaustifs) ⇒ Département Statistique
- EPAS et panels des autres régimes ⇒ exploitation CREDES  
*(ou solution de repli : extraction exhaustive des SIAM locaux pour tous les optants)*
- Relevé spécifique ALD ⇒ Service Médical  
*(solution alternative à l'intégration de cette information dans les panels)*
- ESPS 98 et ESPS 2 000 ⇒ enquête et exploitation CREDES  
(Enquête Santé Protection Sociale)  
mini-enquête « module option conventionnelle » 99 ?

→ **Les tableaux de bord**

(Champ : CNAMTS, MSA, CANAM - Responsabilité : Département Statistique CNAMTS)

A partir des tableaux de bord mensuels, consolidés au niveau national, le département statistique assure le suivi exhaustif de la montée en charge de l'option. Chaque personne qui entre dans l'option est comptabilisée : quand on disposera des sorties, on en déduira le stock de bénéficiaires optants ainsi que le stock de leurs ayants droit (les mutations ne sont pas identifiées au niveau national).

Après 6 mois, l'information sera dans les fichiers des assurés sociaux.

A partir de janvier 98, les résultats du mois m -1 seront disponibles pour caractériser la population des optants et de leurs ayants droit de moins de 16 ans :

- la date d'entrée dans l'option
- l'âge :
  - - de 16 ans (données disponibles pour les enfants à partir de juin 1998 seulement),
  - de 16 à 24 ans,
  - de 25 à 29 ans,
  - puis par tranches de 5 ans,
  - de 60 à 69 ans et enfin
  - 70 ans et +
- le sexe
- l'exo. TM : exo ALD, autre exo, non exo
- la date de sortie
- les motifs de sortie (semestriel)

→ **Les échantillons permanents d'assurés sociaux**

(Recueil : services statistiques des régimes - Exploitation CREDES)

L'exploitation de l'EPAS et des panels d'assurés sociaux des deux autres régimes principaux (MSA, CANAM) permet d'ajouter la localisation (rural/urbain) aux caractéristiques des patients déjà contenues dans les tableaux de bord (résultats avec comparaison population optante / non optante). Les évolutions pourraient être appréhendées en confrontant les résultats de l'analyse des panels des années 1997 à 2000.

**Remarque :**

*Tous les travaux d'évaluation de l'option prévus à partir de l'EPAS ne seront possibles que si le nombre d'adhérents est suffisant : 1 000 optants pour 40 000 bénéficiaires dans l'EPAS.*

*Dans le cas contraire, on pourrait envisager une solution de repli consistant en une extraction exhaustive des informations des SIAM locaux pour l'ensemble des optants.*

## → **Relevé spécifique ALD**

*(Si nécessaire - Recueil et exploitation : Services Médicaux des régimes)*

La connaissance de l'ALD n'est possible actuellement à partir d'aucune des deux sources précédemment citées.

Deux solutions :

- l'information est récupérée dans l'EPAS ; cela suppose de faire un dossier à la CNIL car l'EPAS est nominatif jusqu'au niveau national ; il faut compter un délai de 2 à 4 mois pour obtenir une réponse de la CNIL, une fois le dossier déposé ;
- si ceci n'est pas possible, l'information est récupérée dans un tableau de bord, soit au niveau de quelques caisses, soit de façon exhaustive ; cela suppose de rattacher, à l'échelon local, les bénéficiaires de l'échantillon EPAS (à partir des FAC) aux informations médicales disponibles dans MEDICIS, avec anonymisation au niveau local.

## → **ESPS**

Le CREDES réalise annuellement une enquête auprès d'un échantillon de ménages. Un quart de l'EPAS du régime général et des panels similaires des deux autres principaux régimes (MSA, CANAM) est enquêté chaque année, soit environ 10 000 personnes. L'enquête a lieu en 2 vagues, l'une au printemps et l'autre à l'automne.

Des questions sont posées sur les caractéristiques socio-économiques des personnes, leur couverture complémentaire, leur morbidité ressentie, leurs consommations de soins. Des volets plus approfondis sur certaines pathologies courantes, des questions d'opinion, des questions spécifiques sur des comportements de recours aux soins sont également ajoutées selon les années à ce socle permanent.

En 1998, il est prévu d'enquêter un échantillon double, soit 20 000 personnes, réparties en deux vagues de 10 000 personnes chacune. La question de l'adhésion à l'option conventionnelle sera posée et la connaissance de la composition de la population adhérente pourra ainsi, par rapport aux fichiers administratifs des caisses, s'enrichir d'une analyse de l'environnement social des optants (PCS, niveau d'instruction, couverture complémentaire), de leur morbidité, de la composition du ménage. Les motivations des patients optants et celles des patients non optants pourront être également recueillies.

En l'an 2000, une nouvelle enquête de type ESPS sera menée, permettant notamment, à deux ans d'intervalle, de mesurer les éventuelles évolutions des caractéristiques socio-économiques des patients optants et non optants et de leurs motivations.

Une mini-enquête en 1999 sous forme de cohorte serait destinée uniquement à suivre les éléments concernant l'option conventionnelle. Étant donné le coût induit par cette enquête spécifique, elle ne serait menée que si l'on jugeait utile d'appréhender à un an d'intervalle, en termes qualitatifs surtout et sur une base déclarative, une évolution des motivations et de la satisfaction des patients ainsi qu'une approche des circuits des patients. Or, par ailleurs, les études annuelles de l'EPAS et du SNIR apporteront des éléments quantitatifs sur les caractéristiques administratives et sur le mode de consommation médicale et de recours aux soins des patients, ainsi que sur la fidélité au généraliste chaque année et notamment en 1999.

## **QUESTION 2 :**

**QUELLE EST L'ÉVOLUTION DU MODE DE CONSOMMATION DE SOINS ET DES DÉPENSES DES SANTÉ DE LA POPULATION AYANT UN MÉDECIN RÉFÉRENT ?**

**Y A-T-IL DES DIFFÉRENCES PAR RAPPORT AUX POPULATIONS IDENTIQUES N'AYANT PAS FAIT UN TEL CHOIX ?**

### ***Données à recueillir et méthodes d'analyse***

Une double approche est nécessaire :

- analyse de l'évolution dans le temps pour la population ayant un médecin référent,
- comparaison avec la population non adhérente.

Ces deux approches sont croisées, de façon à analyser :

- a) si la population optante avait d'ores et déjà un comportement spécifique par rapport à la population générale,
- b) si ce comportement a été influencé significativement par la relation médecin-patient mise en place dans le cadre de l'option.

Les « modes de consommation de soins » peuvent s'appréhender à partir :

- de données quantitatives sur le niveau et la structure des recours aux soins pendant une période donnée,
- d'éléments plus qualitatifs sur les filières suivies, l'orientation, la fidélisation... ces notions étant évidemment importantes à cerner pour évaluer un dispositif dont un objectif majeur est précisément une meilleure organisation du parcours du patient dans le système de soins (mais étant également beaucoup plus complexes à recueillir).

### ***Outils d'analyse***

- EPAS et panels des autres régimes                   ⇒ exploitation CREDES
- ESPS    ⇒ enquête et exploitation CREDES

### **→ Les échantillons permanents d'assurés sociaux**

*(Recueil : services statistiques des régimes - Exploitation : CREDES)*

- La consommation des patients pourra être analysée, en niveau et en structure : nombre d'actes et de lettres-clés de généralistes et de spécialistes et dépenses correspondantes, prescriptions en volume ou en dépenses selon les cas (comparaisons optants / non optants, comparaison avec la même période de l'année précédente pour les optants).
- La fidélité à un généraliste peut aussi être approchée à partir de l'EPAS. On observera si les patients optants ont recours à plusieurs généralistes dans une période de temps donnée et, si c'est le cas, si cela est explicable par une situation de force majeure détectable (déplacements, mutations...). La méthodologie sera comparable à celle utilisée dans une étude antérieure de la CNAMTS.

La première année, l'exploitation de l'EPAS se ferait en distinguant le premier semestre 98 du second. Ensuite, l'étude ne se ferait que par année de consommation complète (1999, 2000).



Compte tenu des délais de remontée de l'information concernant l'hospitalisation publique dans l'EPAS, la consommation hospitalière ne pourrait être étudiée qu'avec un décalage d'un an : on privilégierait alors son étude à partir de l'appariement des données de l'EPAS enrichies par les données recueillies par l'ESPS (Cf. calendrier).

→ **ESPS**

On tentera d'approcher par l'enquête santé et protection sociale les notions plus qualitatives de parcours des patients par des questions spécifiques posées aux ménages, la première vague de l'ESPS 98 servant de période de référence pour la seconde vague 98. L'évolution plus tardive serait appréhendée par la confrontation des réponses de l'ESPS 1998 à celles de l'ESPS 2000.

Dans le carnet de soins servant au relevé des consultations et visites pendant un mois, des questions pourraient par exemple être rajoutées, interrogeant sur la personne qui a conseillé la consultation (initiative personnelle, orientation par le généraliste...).

L'enquête étant déclarative, il ne faut évidemment pas exclure un possible biais dans les réponses.

**QUESTION 3 :**

**QUELLE EST L'APPRÉCIATION PORTÉE PAR LES MALADES ?**

***Outil d'analyse***

- ESPS ⇒ enquête et exploitation CREDES

→ **ESPS**

A partir de questions spécifiques posées dans l'enquête SPS, on peut mesurer le niveau de satisfaction des optants et leur appréciation sur la qualité des soins qui leurs sont prodigués, notamment concernant :

- le mode d'organisation de la permanence et de la continuité des soins,
- l'information donnée par le médecin au patient.

## **B/ Le médecin**

### **QUESTION 1 :**

**QUELS SONT LES EFFECTIFS ET LES CARCTÉRISTIQUES DES MÉDECINS RÉFÉRENTS ?**

#### ***Outils d'analyse :***

- Tableaux de bord (exhaustifs) ⇒ Département Statistique
- SNIR ⇒ exploitation CREDES
- Enquête médecins ad hoc 1999 (EMAH 99) ⇒ enquête et exploitation CREDES (Généralistes et Spécialistes)  
EMAH 2000 ?

#### **→ Les tableaux de bord**

*(Champ : CNAMTS, MSA, CANAM - Responsabilité : Département Statistique CNAMTS)*

A partir des tableaux de bord trimestriels exhaustifs, les régimes suivront la montée en charge de l'option du point de vue des médecins. A partir de janvier 98, les résultats trimestriels seront disponibles pour caractériser la population des médecins référents :

- nombre de référents
- la date d'entrée dans l'option
- âge :
  - - 25 ans,
  - 25-29 ans,
  - puis par tranches de 5 ans, et enfin
  - 70 ans et +

sexe

secteur : Secteur I avec DP, Secteur I sans DP, Secteur II, NC (normalement = 0)

la date de sortie

les motifs de sortie du médecin

Des tableaux croisés semestriels bénéficiaires / médecins par classes (âge/sexe du médecin d'une part et secteur conventionnel d'autre part) présentent les nombres de médecins et les nombres de contrats.

#### **→ Le SNIR**

*(Production CNAMTS - Exploitation CREDES)*

L'utilisation du SNIR avec le marquage des médecins référents ou non référents pour le premier semestre 98 sera possible dès le quatrième trimestre 98. Son exploitation permet d'ajouter une caractéristique : le lieu d'implantation (rural/urbain) du médecin.

En revanche l'information sur la part de la clientèle optante ne sera enregistrée en routine qu'à partir du second semestre 1998. Sur le premier semestre, une solution de rapprochement manuel avec les fichiers permettant d'alimenter les tableaux de bord pourrait être envisagée (à valider),

ou bien le montage d'un protocole avec les caisses locales qui peuvent, au niveau de la liquidation, rattacher au médecin les informations patients optants/non optants.

Les évolutions pourraient être appréhendées en confrontant les résultats de l'analyse des fichiers du SNIR des années 1997 à 2000.

→ **Enquête auprès des médecins (partie Généralistes)**

*(Enquête et exploitation CREDES)*

La conduite d'une enquête ad hoc lors du troisième trimestre 98 permettra, entre autres, de relever les motivations des référents et non référents. Une seconde enquête médecins ad hoc pourrait être réalisée à 18 mois d'intervalle pour mesurer les évolutions.

**QUESTION 2 :**

**L'OPTION A-T-ELLE UN IMPACT EN TERMES DE PRATIQUE MÉDICALE ET DE QUALITÉ DES SOINS ?**

***Les questionnements***

- Les médecins référents pratiquent-ils une médecine accessible, économe... ?
- Leurs pratiques sont-elles significativement différentes de celles de leurs confrères n'ayant pas choisi l'option ?
- L'adhésion à l'option a-t-elle fait évoluer ces pratiques ?

***Outils d'analyse***

- SNIR ⇒ exploitation CREDES
- Tableaux de bord (exhaustifs) ⇒ Département Statistique de la CNAMTS
  - tableau de bord sur le tarif opposable (TO)
  - tableau de bord sur le tiers payant (TP)
  - tableau de bord du suivi de la pharmacie (TBSP)
- Enquêtes du service médical : évaluation ⇒ enquête et exploitation Service médical
  - d'une part du respect pour les ALD des référentiels correspondant à l'HTA et au diabète,
  - d'autre part du respect des référentiels de prévention)
- Enquête médecins ad hoc (Généralistes et Spécialistes) ⇒ enquête et exploitation CREDES
- ESPS ⇒ enquête et exploitation CREDES

→ **Le SNIR**

*(Production CNAMTS - Exploitation CREDES)*

L'exploitation du SNIR permet d'obtenir des résultats globaux d'activité et de prescription de médecins référents et non référents et :

- d'analyser leur évolution dans le temps pour la même population de médecins référents,
- de les comparer à leurs confrères non référents, à structure de clientèle comparable (âge, sexe et exonération).

**Remarque :**

Comme pour la question précédente relative à la typologie du médecin en fonction du % de clientèle optante, l'analyse des comportements de prescription en fonction de la clientèle (optants/non optants) ne pourra être réalisée qu'avec un décalage d'un semestre et ne sera donc disponible que pour le second semestre 98. L'alternative est la même, le montage d'un protocole avec les caisses locales au niveau de la liquidation.

→ **Les tableaux de bord**

(Production CNAMTS)

- a) L'accessibilité : → respect du tarif opposable (TBTO)  
→ respect du tiers payant (TBTP)

Le respect du tarif opposable et du tiers payant sera suivi au niveau de chaque caisse locale dès le second semestre 98 (avec contrôle a priori, au niveau de la liquidation). Ces résultats seront disponibles en mars 1999.

Pour disposer de résultats dès le 2<sup>nd</sup> semestre 98, on propose qu'il soit construit un outil pour les caisses locales qui consisterait à tenir une sorte de tableau de bord (2 tableaux : 1 pour les patients optants, 1 pour les non optants). Ces tableaux de bord seront produits à la fin de chaque semestre à partir de fin décembre 98.

Pour l'évaluation de l'option, une synthèse sera faite au niveau des caisses, avec remontée nationale (médecins référents et ensemble médecins).

**Tableau n° 17** [Excel \ annexe2.xls - tableau de bord]  
**Exemple de tableau de bord de respect du tarif opposable (TBTO) et du tiers payant (TBTP)**

Secteurs	I	I avec DP	II	Total
<u>TBTO :</u>				
Nb d'actes pratiqués dans l'option (hors gratuits)				
Nb d'actes pratiqués au tarif convent.				
Nb d'actes pratiqués avec DE				
Nb d'actes pratiqués avec dépassement hors DE				
<u>TBTP :</u>				
Nb d'actes pratiqués avec Tiers payant				

- b) La prescription pharmaceutique (TBSP) :

Le suivi de la prescription pharmaceutique se fera à partir des tableaux de bord du suivi de la pharmacie (TBSP) qui sont des tableaux préétablis comportant le pourcentage de génériques et le pourcentage des équivalents thérapeutiques les moins onéreux. Tout comme les précédents, ces tableaux de bord seront produits à la fin de chaque semestre à partir de fin décembre 98.

→ **Enquêtes du service médical :**

- **évaluation pour les ALD du respect des référentiels correspondant à l'HTA et au diabète,**
- **évaluation du respect des référentiels de prévention**

*(Enquêtes et exploitation Service Médical)*

a) *Le respect des référentiels ALD*

L'évaluation du respect des référentiels ALD (HTA et diabète) au travers des plans de soins ne portera dans un premier temps que sur l'HTA. L'évaluation se fera au regard du référentiel défini et fourni par l'ANAES. Une enquête sera lancée 6 mois après la date de diffusion de ce référentiel. Ultérieurement, des modalités identiques seront suivies dans le cas du diabète.

b) *Le respect des référentiels portant sur les actes de nature préventive*

Cinq référentiels de prévention devraient être définis et fournis par l'ANAES et l'Agence du Médicament dans le courant du premier semestre 1998. L'évaluation du respect de ces référentiels (Hépatite C, bilans lipidiques, marqueurs tumoraux, mammographie, frottis cervicaux) ne portera que sur les trois premiers. Une enquête serait lancée également 6 mois après la date de diffusion de ces référentiels.

→ **Enquête auprès des médecins (Généralistes et Spécialistes)**

*(Enquête et exploitation CREDES)*

Une enquête ad hoc, conduite au troisième trimestre 1998 auprès des médecins généralistes référents et non référents ainsi qu'auprès des médecins spécialistes, permettra de relever des informations qualitatives et éventuellement quantitatives sur :

- l'organisation du dossier du patient et de l'information médicale (pour les médecins eux-mêmes, par rapport aux autres médecins. Cf. la notion d'informations transmissibles dont une liste doit être élaborée dans le courant 1998),
- les procédures mises en place pour améliorer la coordination des soins,
- l'optimisation du parcours du patient, la perception d'un éventuel changement dans la pratique.

Ces questions sont posées à la fois aux généralistes et aux spécialistes pour recueillir leurs points de vue respectifs sur les évolutions perçues. Cette enquête pourrait être relancée 18 à 24 mois plus tard (entre le premier et le troisième trimestre 2000) pour évaluer l'évolution des comportements.

Réalisée sur une base déclarative, elle enregistrera des perceptions plutôt qu'elle ne permettra de vérifier objectivement des évolutions.

→ **Enquête SPS**

*(Enquête et exploitation CREDES)*

On peut approcher l'organisation de la pratique médicale et la qualité des soins également au travers de la perception des patients. Comment les patients apprécient-ils la permanence des soins ? Comment apprécient-ils la continuité des soins (notamment par l'utilisation du carnet de santé et la transmission de documents entre praticiens via le patient et par l'approche des circuits des patients) ? De quelle information disposent-ils ?

Comme pour les autres éléments étudiés à partir de données recueillies dans l'ESPS, l'évolution peut être appréhendée en confrontant les réponses de l'ESPS 1998 à celles de l'ESPS 2000, voire à celle d'une éventuelle mini-enquête « module option conventionnelle » de 1999.

**QUESTION 3 :**

**QUELLE EST L'APPRÉCIATION PORTÉE PAR LES MÉDECINS SUR CETTE NOUVELLE RELATION ENTRE LES GÉNÉRALISTES ET LEURS PATIENTS ?**

***Outil d'analyse***

- Enquête médecins ad hoc (EMAH) ⇒ enquête et exploitation CREDES  
(Généralistes et Spécialistes)

**→ Enquête ad hoc auprès des médecins**

Cette enquête permettra également de connaître la satisfaction des médecins et leur appréciation globale sur ce nouveau dispositif. L'évolution pourrait être appréciée en confrontant les déclarations des médecins à 18 ou 24 mois d'intervalle.

Calendrier prévisionnel initial : volet patient [Excel \ annexe2.xls - CNAM(2)]

Année 1998	Volet Patient : 3 types d'information : caractéristiques, consommation, satisfaction		1/5
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<p><u>Janvier 1998</u> Alimentation des Tableaux de Bord (mois-1) [TBPat]                      → Dénombrement exhaustif                      → Caractéristiques des patients optants (âge, sexe, exo TM, date d'entrée)                      ↳ Suivi mensuel : janv. 98 à déc. 99</p> <p><u>Janvier 1998</u> : TBPat1</p> <p>→ Motifs de sortie [TBSort]                      ↳ Suivi semestriel : juin 98 et déc. 98</p>		<p><u>Mars-Juin 1998</u> : Enquête Santé et Protection Sociale [ESPS] Terrain de la vague 1 de l'ESPS 98 (10 000 personnes)</p> <p><u>2ème trimestre 1998</u> : Réception de l'EPAS de l'année 1997 devant servir de référence (40 000 personnes)</p>
JUIN	<p><u>Juin 1998</u> : → TBPat6 TBSort1</p> <p>Consolidation nationale au fur et à mesure de la montée en charge</p>		<p><u>Septembre-Décembre 1998</u> : Enquête Santé et Protection Sociale [ESPS] Terrain de la vague 2 de l'ESPS 98 (10 000 personnes)</p>
SEPTEMBRE			
DECEMBRE	<p><u>Décembre 1998</u> : → TBPat12 TBSort2</p>	<p><u>Décembre 1998</u> : → Motifs d'exo. TM : système ad hoc pour la nature de l'ALD 30 (alternative à l'EPAS enrichi)</p>	<p><u>4ème trimestre 1998</u> : Réception de l'EPAS du 1er semestre 1998 (40 000 personnes) enrichi des marqueurs spécifiques de l'option conventionnelle Début d'exploitation</p>

Année 1999	Volet Patient : 3 types d'information : caractéristiques, consommation, satisfaction		2/5
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<u>Janvier 1999</u> : → TBPat13		
MARS			<u>? 2ème trimestre 1999 ?</u> Terrain mini-ESPS 99 CREDES "module option conventionnelle" ?
JUIN	<u>Juin 1999</u> : → TBPat18 TBSort3		<u>2ème trimestre 1999</u> : Réception de l'EPAS du deuxième semestre 1998 (40 000 personnes)
SEPTEMBRE			<u>Juin 1999</u> : <b>résultats EPAS du 1er semestre 1998*</b> (40 000 personnes) (sans hospitalisation) * si effectifs suffisants ; sinon, extractions SIAM locaux pour les optants → Caractéristiques administratives (idem Tableaux de Bord TBPat + localisation) → Nature de l'ALD (sous réserve accord CNIL, sinon cf. enquête ad hoc ENSM) → Consommation, recours aux soins, fidélité au généraliste
DECEMBRE	<u>Décembre 1999</u> : → TBPat24 TBSort4		<u>Décembre 1999</u> : <b>résultats EPAS du 2ème semestre 1998*</b> (40 000 personnes) (sans hospitalisation) → <b>Mêmes variables</b>
			<u>Décembre 1999</u> : <b>résultats ESPS 1998</b> (20 000 personnes dont 6 000 directement interrogées) → Caractéristiques : morbidité, PCS, couverture complémentaire, niveau de revenu, taille du ménage → Motivation à l'adhésion ou à la non adhésion → Approche des circuits des patients → Satisfaction (permanence et continuité des soins, information par le médecin référent)

- comparaison Optants/ Non Optants  
- comparaison des Optants : avant/après option

- idem 1er semestre

- comparaison Optants / Non Optants  
- impact par rapport à situation de référence



Année 2000	Volet Patient : 3 types d'information : caractéristiques, consommation, satisfaction		3/5
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<u>Janvier 2000</u> : → TBPat25		<p><u>? 1er trimestre 2000 ?</u>  <b>Résultats mini-ESPS 99 "module option conventionnelle" ?</b>            → Caractéristiques socio-économiques            → Motivation à l'adhésion ou à la non adhésion            → Approche des circuits des patients            → Satisfaction</p> <p><u>Mars-Juin 2000</u> : Terrain de la vague 1 de l'ESPS 2000 (10 000 personnes ?)</p> <p><u>2ème trimestre 2000</u> : Début de l'opération technique d'appariement des données EPAS-ESPS 98 y compris l'hospitalisation</p> <p><u>3ème trimestre 2000</u> : Début d'exploitation des données appariées EPAS-ESPS 98</p> <p><u>Septembre-Décembre 2000</u> : Terrain de la vague 2 de l'ESPS 2000 (10 000 personnes ?)</p> <p><u>Décembre 2000</u> : <b>résultats EPAS année 1999</b> (40 000 personnes) (sans hospitalisation)            → Mêmes variables            → + Evolution 1998-1999</p> <p><u>Décembre 2000</u> :  <b>Résultats de l'appariement EPAS-ESPS 98</b> y compris l'hospitalisation            → Consommation médicale selon :            caractéristiques socio-économiques des patients            et caractéristiques de morbidité des patients</p>
MARS			
JUIN	<u>Juin 2000</u> : → TBPat30 TBSort5		
SEPTEMBRE			
DECEMBRE	<u>Décembre 2000</u> : → TBPat36 TBSort6		

- Optants /  
Non Optants  
- évolution  
98-99

- Optants /  
Non Optants  
- évolution  
98-99

- comparaison  
Optants /  
Non Optants

Année 2001	Volet Patient : 3 types d'information : caractéristiques, consommation, satisfaction		4/5
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<p><u>Janvier 2001</u> :</p> <p>→ TBPat37</p>		
MARS	<p><u>1er trimestre 2001</u> :</p> <p>→ Analyse de l'évolution 1998-2000</p>		<p><u>2ème à 4ème trimestre 2000</u> :</p> <p>Exploitation des données de l'EPAS année 2000</p>
JUIN	<p><u>Juin 2001</u> :</p> <p>→ TBPat42 TBSort7</p>		<p><u>2ème à 4ème trimestre 2000</u> :</p> <p>Exploitation des données de l'ESPS année 2000</p>
SEPTEMBRE			
DECEMBRE	<p><u>Décembre 2001</u> :</p> <p>→ TBPat48 TBSort8</p>		<p><u>Décembre 2001</u> : <b>résultats</b> EPAS année 2000 (40 000 personnes) (sans hospitalisation)</p> <p>→ + Mêmes variables → + Evolution 1998-2000</p> <p><u>Décembre 2001</u> : <b>résultats</b> ESPS 2000 (20 000 personnes dont 6 000 directement interrogées)</p> <p>→ + Mêmes variables → + Evolution 1998-2000</p>

- Optants /  
Non Optants

- évolution  
98-2000

Année 2002	Volet Patient : 3 types d'information : caractéristiques, consommation, satisfaction		5/5
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<u>Janvier 2002</u> : → TBPat49		
MARS			
JUIN	<u>Juin 2002</u> : → TBPat54 TBSort9		<u>? 2ème trimestre 2002 ?</u> Opération technique d'appariement des données EPAS-ESPS 2000 ? y compris l'hospitalisation
SEPTEMBRE			<u>? 3ème trimestre 2002 ?</u> Début d'exploitation des données appariées EPAS-ESPS 2000 ?
DECEMBRE	<u>Décembre 2002</u> : → TBPat60 TBSort10		<u>? Décembre 2002 ?</u> <b>Résultats de l'appariement EPAS-ESPS 2000 ?</b> y compris l'hospitalisation → Consommation médicale selon : caractéristiques socio-économiques des patients et caractéristiques de morbidité des patients → + Evolution 1998-2000

- comparaison  
Optants /  
Non Optants  
- évolution  
98-2000

Calendrier prévisionnel initial : volet médecin [Excel \ annexe2.xls - CNAM(3)]

Année 1998	Volet Médecin : 3 types d'information : caractéristiques, activité et pratique médicale, satisfaction		CREDES
	CNAMTS		
	Département statistique	ENSM	
JANVIER	<p><u>Janvier 1998</u> :</p> <p>Alimentation des Tableaux de Bord (mois-1) [TBMéd]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dénombrement exhaustif</li> <li>→ Caractéristiques des médecins référents (âge, sexe, secteur conventionnel, CPAM)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▼ Suivi trimestriel : mars, juin, sept., déc. 98 + mars, juin, sept., déc. 99</li> </ul> </li> </ul>		
MARS	<p><u>Mars 1998</u> : TBMéd1</p>		<p><u>2ème trimestre 1998</u> :</p> <p>Réception du SNIR année 1997 (réception volet clientèle au 4ème semestre)</p>
JUIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Croisement Médecin X Patient [TBMP] par classe d'âge-sexe du médecin et par secteur conventionnel                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▼ Suivi semestriel : juin 98, déc. 98, juin 99...</li> </ul> </li> </ul> <p><u>Juin 1998</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TBMéd2</li> <li>TBMP1</li> </ul>		<p><u>3ème trimestre 1998</u> :</p> <p>Terrain de l'Enquête Médecins ad hoc [EMAH 98]</p>
SEPTEMBRE	<p><u>Septembre 1998</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TBMéd3</li> </ul>		
DECEMBRE	<p><u>Décembre 1998</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ TBMéd4</li> <li>TBMP2</li> </ul> <p><u>Décembre 1998</u> :</p> <p>Tableaux de Bord Prescription [TBP 98] : Optants/Non Optants</p> <p>Périodicité semestrielle : déc. 98, juin 99, déc. 99...</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Pharmacie [TBSP 1] :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• % de génériques prescrits</li> <li>• % d'équivalents thérapeutiques les moins onéreux prescrits</li> </ul> </li> <li>→ Tarif Opposable [TBTO 1] :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect du TO (sous réserve de la tenue des TB, sinon mars 99)</li> </ul> </li> <li>→ Tiers Payant [TBTP 1] :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Respect du TP (sous réserve de la tenue des TB, sinon mars 99)</li> </ul> </li> </ul>		<p><u>? Décembre 1998 ?</u></p> <p>Comparaison des prescriptions aux patients Optants / Non Optants : " Protocole caisses locales " : (alternative au SNIR volet Clientèle)</p> <p><u>4ème trimestre 1998</u> :</p> <p>Réception du SNIR du 1er semestre 1998 (non compris le volet clientèle)</p> <p>Début d'exploitation</p>

Année 1999	Volet Médecin : 3 types d'information : caractéristiques, activité et pratique médicale, satisfaction		2/4
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER		<p><u>1er trimestre 1999 :</u>                      - <b>Résultats 1er référentiel ALD</b>                      → Respect du référentiel hypertension artérielle (HTA)</p>	<p><u>2ème trimestre 1999 :</u>                      Réception du SNIR du 2eme semestre 1998                      Début d'exploitation</p>
MARS	<p><u>Mars 1999 :</u>                      → TBMéd5</p>		<p><u>Juin 1999 :</u>                      - <b>Résultats globaux du SNIR du 1er semestre 1998</b>                      - <b>Résultats globaux de l'enquête Médecins ad hoc [EMAH 98]</b>                      → Caractéristiques administratives (idem Tableaux de Bord TBMéd + implantation) [SNIR]                      → Motivations [EMAH 98]                      → Activité et prescription [SNIR] : comparaison Médecin Référent / Non Référent                      → Satisfaction des médecins [EMAH 98]                      → Perception de l'évolution de la pratique [EMAH98] :                      • organisation de l'information                      • procédures mises en place pour                      améliorer la coordination des soins      optimiser le parcours du patient</p>
JUIN	<p><u>Juin 1999 :</u>                      → TBMéd6                      TBMP3                      TBP 99 : TBSP 2                      TBTO 2                      TBTP 2</p>		<p>- comparaison Référents/ Non Référents                      - comparaison des Référents : avant/après option</p>
SEPTEMBRE	<p><u>Septembre 1999 :</u>                      → TBMéd7</p>	<p><u>? Courant 1999 ou 2000 ? :</u>                      - <b>Résultats 2ème réf. ALD</b>                      - <b>Résultats réf. de prévention</b>                      → Respect du référentiel diabète ?                      → Respect de 3 référentiels de prévention sur 5 : en fonction des dates de sortie de ces référentiels par l'ANAES et l'Agence du l'Agence du Médicament</p>	<p><u>Décembre 1999 :</u>                      - idem 1er semestre</p>
DECEMBRE	<p><u>Décembre 1999 :</u>                      → TBMéd8                      TBMP4                      TBP 99 : TBSP 3                      TBTO 3                      TBTP 3</p>		<p><u>Décembre 1999 :</u>  <b>Résultats globaux du SNIR du 2ème semestre 1998</b>                      → Mêmes variables                      → + Comportement de prescription aux patients Optants / Non Optants [SNIR volet Clientèle]</p>

Année 2000	Volet Médecin : 3 types d'information : caractéristiques, activité et pratique médicale, satisfaction		3/4
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER			<u>1er ou 1ème trimestre 2000</u> Terrain de l'EMAH 2000
MARS	<u>Mars 2000</u> : → TBMéd9		<u>2ème trimestre 2000</u> : Réception du SNIR de l'année 1999
JUIN	<u>Juin 2000</u> : → TBMéd10 TBMP5 TBP 2000 : TBSP 4 TBTO 4 TBTP 4		
SEPTEMBRE	<u>Septembre 2000</u> : → TBMéd11		
DECEMBRE	<u>Décembre 2000</u> : → TBMéd12 TBMP6 TBP 2000 : TBSP 5 TBTO 5 TBTP 5		<u>Décembre 2000</u> : <b>Résultats</b> du SNIR de l'année 1999 → Mêmes variables → Evolution 1998-1999  <u>Décembre 2000</u> : <b>Résultats</b> de l'EMAH 2000 → Mêmes variables → + Evolution 1998-2000

- Référents /  
Non Référents  
- évolution  
98-99

- Référents /  
Non Référents  
- évolution  
98-2000

Année 2001	Volet Médecin : 3 types d'information : caractéristiques, activité et pratique médicale, satisfaction		4/4
	CNAMTS		CREDES
	Département statistique	ENSM	
JANVIER			<p>2ème trimestre 2001 : Réception du SNIR de l'année 2000 ?</p>
MARS	<p><u>Mars 2001</u> :</p> <p>→ TBMéd13</p>		
JUIN	<p><u>Juin 2001</u> :</p> <p>→ TBMéd14</p> <p>TBMP7</p> <p>TBP 2001 : TBSP 6 TBTO 6 TBTP 6</p>		
SEPTEMBRE	<p><u>Septembre 2001</u> :</p> <p>→ TBMéd15</p>		
DECEMBRE	<p><u>Décembre 2001</u> :</p> <p>→ TBMéd16</p> <p>TBMP8</p> <p>TBP 2001 : TBSP 7 TBTO 7 TBTP 7</p>		
			<p>? <u>Décembre 2001</u> ?</p> <p><b>Résultats</b> du SNIR de l'année 2000 ?</p> <p>→ Mêmes variables</p> <p>→ + Evolution 1998-2000</p>

- Référents /  
Non Référents  
- évolution  
98-2000





***Annexe 3***  
***Tableaux de résultats du volet CPAM***

---



### Annexe 3 Tableaux de résultats du volet CPAM

#### Adhésion au dispositif de médecin référent France, Régime général

Pourcentage de médecins généralistes référents : 13,38 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 0,67 %

**Tableau n° 18** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline France]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
France, Régime général

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	10,9 %	9,2 %	10,1 %
35-39 ans	13,9 %	10,2 %	12,6 %
40-44 ans	16,0 %	11,9 %	15,0 %
45-49 ans	15,3 %	10,4 %	14,4 %
50-54 ans	14,7 %	10,0 %	14,2 %
55-59 ans	12,3 %	7,4 %	11,7 %
Plus de 59 ans	7,1 %	6,7 %	7,1 %
Ensemble	14,3 %	10,4 %	13,4 %

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 19** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline France]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
France, Régime général

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	21	9	16
35-39 ans	33	16	28
40-44 ans	37	22	34
45-49 ans	42	24	40
50-54 ans	41	22	40
55-59 ans	32	76	35
Plus de 59 ans	25	16	24
Ensemble	38	20	34

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 20** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline France]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
 France, Régime général

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,3 %	0,3 %	0,3 %
20-24 ans	0,2 %	0,4 %	0,3 %
25-29 ans	0,4 %	0,6 %	0,5 %
30-34 ans	0,6 %	0,7 %	0,7 %
35-39 ans	0,7 %	0,7 %	0,7 %
40-44 ans	0,7 %	0,7 %	0,7 %
45-49 ans	0,6 %	0,6 %	0,6 %
50-54 ans	0,7 %	0,7 %	0,7 %
55-59 ans	0,8 %	0,8 %	0,8 %
60-64 ans	0,9 %	0,9 %	0,9 %
65-69 ans	1,1 %	1,0 %	1,1 %
70-74 ans	1,2 %	1,2 %	1,2 %
75-79 ans	1,3 %	1,2 %	1,2 %
80-84 ans	1,2 %	1,2 %	1,2 %
85-89 ans	1,1 %	1,1 %	1,1 %
Plus de 89 ans	0,5 %	0,9 %	0,8 %
<b>Ensemble</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>0,7 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 21** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline France]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
 France, Régime général

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	0,7 %	0,8 %	0,3 %	0,3 %
20-24 ans	1,1 %	1,2 %	0,3 %	0,3 %
25-29 ans	1,4 %	1,0 %	0,5 %	0,5 %
30-34 ans	1,7 %	0,9 %	0,6 %	0,7 %
35-39 ans	1,9 %	1,1 %	0,7 %	0,7 %
40-44 ans	2,0 %	1,5 %	0,6 %	0,7 %
45-49 ans	2,1 %	1,5 %	0,5 %	0,6 %
50-54 ans	2,1 %	1,6 %	0,5 %	0,7 %
55-59 ans	2,2 %	1,3 %	0,6 %	0,8 %
60-64 ans	2,1 %	1,3 %	0,7 %	0,9 %
65-69 ans	2,2 %	1,6 %	0,8 %	1,1 %
70-74 ans	2,1 %	1,5 %	0,8 %	1,2 %
75-79 ans	2,1 %	1,4 %	0,8 %	1,2 %
80-84 ans	1,8 %	1,2 %	0,7 %	1,2 %
85-89 ans	1,7 %	1,3 %	0,6 %	1,1 %
Plus de 89 ans	1,4 %	0,8 %	0,4 %	0,8 %
<b>Ensemble</b>	<b>2,0 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>0,5 %</b>	<b>0,7 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Montbéliard

Pourcentage de médecins généralistes référents : 20,65 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 2,21 %

**Tableau n° 22** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Montbéliard]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Montbéliard**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	0,0 %	0,0 %	0,0 %
35-39 ans	23,5 %	6,7 %	15,6 %
40-44 ans	24,0 %	50,0 %	29,0 %
45-49 ans	12,9 %	33,3 %	16,2 %
50-54 ans	26,7 %	100,0 %	29,0 %
55-59 ans	30,0 %	0,0 %	30,0 %
Plus de 59 ans	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Ensemble</b>	<b>20,2 %</b>	<b>22,6 %</b>	<b>20,6 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 23** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Montbéliard]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Montbéliard**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	0	0	0
35-39 ans	80	0	64
40-44 ans	111	47	89
45-49 ans	149	39	112
50-54 ans	130	67	123
55-59 ans	97	0	97
Plus de 59 ans	0	0	0
<b>Ensemble</b>	<b>116</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 24** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Montbéliard]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Montbéliard**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	1,9 %	2,0 %	1,9 %
20-24 ans	1,2 %	2,1 %	1,6 %
25-29 ans	1,3 %	2,1 %	1,7 %
30-34 ans	2,3 %	2,8 %	2,6 %
35-39 ans	2,9 %	3,3 %	3,1 %
40-44 ans	2,3 %	3,2 %	2,8 %
45-49 ans	2,2 %	2,5 %	2,3 %
50-54 ans	2,1 %	2,1 %	2,1 %
55-59 ans	2,3 %	1,9 %	2,1 %
60-64 ans	2,2 %	2,1 %	2,2 %
65-69 ans	2,1 %	1,9 %	2,0 %
70-74 ans	2,5 %	2,3 %	2,4 %
75-79 ans	1,8 %	2,1 %	2,0 %
80-84 ans	2,6 %	1,6 %	2,0 %
85-89 ans	1,2 %	1,8 %	1,6 %
Plus de 89 ans	0,7 %	1,8 %	1,5 %
<b>Ensemble</b>	<b>2,1 %</b>	<b>2,3 %</b>	<b>2,2 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 25** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Montbéliard]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Montbéliard**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	2,8 %	4,7 %	1,9 %	1,9 %
20-24 ans	3,8 %	3,3 %	1,6 %	1,6 %
25-29 ans	2,4 %	3,0 %	1,7 %	1,7 %
30-34 ans	2,3 %	4,5 %	2,5 %	2,6 %
35-39 ans	4,8 %	1,6 %	3,0 %	3,1 %
40-44 ans	5,2 %	0,0 %	2,6 %	2,8 %
45-49 ans	5,0 %	0,0 %	2,1 %	2,3 %
50-54 ans	4,5 %	10,5 %	1,8 %	2,1 %
55-59 ans	4,6 %	0,0 %	1,7 %	2,1 %
60-64 ans	3,7 %	0,0 %	1,8 %	2,2 %
65-69 ans	3,5 %	0,0 %	1,5 %	2,0 %
70-74 ans	3,6 %	0,0 %	1,9 %	2,4 %
75-79 ans	3,1 %	2,2 %	1,3 %	2,0 %
80-84 ans	2,5 %	2,0 %	1,4 %	2,0 %
85-89 ans	2,2 %	0,0 %	1,0 %	1,6 %
Plus de 89 ans	3,0 %	0,0 %	0,0 %	1,5 %
<b>Ensemble</b>	<b>3,7 %</b>	<b>2,5 %</b>	<b>2,0 %</b>	<b>2,2 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Nice

Pourcentage de médecins généralistes référents : 13,61 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 0,46 %

**Tableau n° 26** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Nice]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Nice**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	7,3 %	29,4 %	13,8 %
35-39 ans	12,8 %	16,7 %	14,0 %
40-44 ans	16,3 %	5,0 %	13,3 %
45-49 ans	14,5 %	12,4 %	14,0 %
50-54 ans	17,6 %	7,4 %	16,5 %
55-59 ans	10,8 %	0,0 %	9,8 %
Plus de 59 ans	7,2 %	0,0 %	6,6 %
<b>Ensemble</b>	<b>14,2 %</b>	<b>11,3 %</b>	<b>13,6 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 27** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Nice]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Nice**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	8	12	11
35-39 ans	18	18	18
40-44 ans	14	7	14
45-49 ans	34	21	32
50-54 ans	27	34	27
55-59 ans	22	0	22
Plus de 59 ans	5	0	5
<b>Ensemble</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>22</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 28** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Nice]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Nice**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,2 %	0,2 %	0,2 %
20-24 ans	0,1 %	0,2 %	0,2 %
25-29 ans	0,2 %	0,3 %	0,3 %
30-34 ans	0,4 %	0,4 %	0,4 %
35-39 ans	0,4 %	0,4 %	0,4 %
40-44 ans	0,5 %	0,4 %	0,4 %
45-49 ans	0,5 %	0,4 %	0,5 %
50-54 ans	0,4 %	0,5 %	0,5 %
55-59 ans	0,7 %	0,6 %	0,6 %
60-64 ans	0,7 %	0,7 %	0,7 %
65-69 ans	0,8 %	0,7 %	0,8 %
70-74 ans	0,8 %	0,8 %	0,8 %
75-79 ans	0,8 %	0,7 %	0,7 %
80-84 ans	0,8 %	0,9 %	0,9 %
85-89 ans	0,8 %	0,7 %	0,7 %
Plus de 89 ans	0,3 %	0,6 %	0,5 %
<b>Ensemble</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,5 %</b>	<b>0,5 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 29** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Nice]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Nice**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	0,3 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
20-24 ans	1,1 %	0,4 %	0,1 %	0,2 %
25-29 ans	1,8 %	0,6 %	0,2 %	0,3 %
30-34 ans	2,4 %	0,8 %	0,3 %	0,4 %
35-39 ans	1,8 %	1,1 %	0,3 %	0,4 %
40-44 ans	2,0 %	0,9 %	0,3 %	0,4 %
45-49 ans	1,8 %	1,3 %	0,3 %	0,5 %
50-54 ans	1,9 %	1,4 %	0,3 %	0,5 %
55-59 ans	2,2 %	1,4 %	0,4 %	0,6 %
60-64 ans	1,9 %	1,6 %	0,4 %	0,7 %
65-69 ans	1,9 %	1,3 %	0,5 %	0,7 %
70-74 ans	1,6 %	1,3 %	0,5 %	0,8 %
75-79 ans	1,5 %	1,3 %	0,4 %	0,7 %
80-84 ans	1,7 %	0,9 %	0,4 %	0,9 %
85-89 ans	1,3 %	1,0 %	0,3 %	0,7 %
Plus de 89 ans	1,1 %	0,9 %	0,1 %	0,5 %
<b>Ensemble</b>	<b>1,7 %</b>	<b>1,1 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,5 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98



## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Sarreguemines

Pourcentage de médecins généralistes référents : 16,73 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 0,78 %

**Tableau n° 30** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Sarreguemines]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Sarreguemines**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	0,0 %	0,0 %	0,0 %
35-39 ans	22,6 %	0,0 %	15,2 %
40-44 ans	18,0 %	5,9 %	15,4 %
45-49 ans	17,5 %	50,0 %	18,6 %
50-54 ans	24,2 %	0,0 %	21,6 %
55-59 ans	25,0 %	0,0 %	21,4 %
Plus de 59 ans	10,0 %	0,0 %	9,1 %
<b>Ensemble</b>	<b>19,2 %</b>	<b>4,7 %</b>	<b>16,7 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 31** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Sarreguemines]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Sarreguemines**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	0	0	0
35-39 ans	20	0	20
40-44 ans	34	0	31
45-49 ans	39	6	36
50-54 ans	72	0	72
55-59 ans	30	0	30
Plus de 59 ans	0	0	0
<b>Ensemble</b>	<b>39</b>	<b>3</b>	<b>37</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 32** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Sarreguemines]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Sarreguemines**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,5 %	0,4 %	0,5 %
20-24 ans	0,3 %	0,6 %	0,4 %
25-29 ans	0,8 %	0,6 %	0,7 %
30-34 ans	0,7 %	0,8 %	0,8 %
35-39 ans	0,8 %	0,8 %	0,8 %
40-44 ans	0,9 %	0,8 %	0,8 %
45-49 ans	0,6 %	0,7 %	0,7 %
50-54 ans	0,7 %	0,7 %	0,7 %
55-59 ans	1,1 %	1,0 %	1,0 %
60-64 ans	1,1 %	1,1 %	1,1 %
65-69 ans	1,3 %	1,2 %	1,2 %
70-74 ans	1,0 %	1,1 %	1,1 %
75-79 ans	1,3 %	1,3 %	1,3 %
80-84 ans	1,2 %	1,9 %	1,7 %
85-89 ans	1,9 %	1,4 %	1,5 %
Plus de 89 ans	0,0 %	1,6 %	1,2 %
<b>Ensemble</b>	<b>0,7 %</b>	<b>0,8 %</b>	<b>0,8 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 33** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Sarreguemines]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Sarreguemines**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	1,8 %	5,1 %	0,5 %	0,5 %
20-24 ans	3,0 %	0,8 %	0,4 %	0,4 %
25-29 ans	1,1 %	1,6 %	0,6 %	0,7 %
30-34 ans	2,0 %	0,0 %	0,7 %	0,8 %
35-39 ans	1,5 %	0,0 %	0,8 %	0,8 %
40-44 ans	2,4 %	0,0 %	0,7 %	0,8 %
45-49 ans	1,8 %	0,0 %	0,6 %	0,7 %
50-54 ans	1,8 %	0,0 %	0,6 %	0,7 %
55-59 ans	1,9 %	1,1 %	0,8 %	1,0 %
60-64 ans	2,2 %	1,3 %	0,8 %	1,1 %
65-69 ans	2,2 %	1,0 %	0,9 %	1,2 %
70-74 ans	1,4 %	0,3 %	1,0 %	1,1 %
75-79 ans	1,5 %	3,4 %	1,0 %	1,3 %
80-84 ans	2,1 %	1,0 %	1,6 %	1,7 %
85-89 ans	2,8 %	6,3 %	0,8 %	1,5 %
Plus de 89 ans	2,0 %	0,0 %	1,0 %	1,2 %
<b>Ensemble</b>	<b>1,9 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>0,7 %</b>	<b>0,8 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Strasbourg

Pourcentage de médecins généralistes référents : 17,62 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 1,47 %

**Tableau n° 34** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Strasbourg]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	16,7 %	22,2 %	19,0 %
35-39 ans	10,1 %	18,4 %	13,1 %
40-44 ans	17,2 %	18,4 %	17,5 %
45-49 ans	22,0 %	27,6 %	23,2 %
50-54 ans	20,3 %	14,3 %	19,8 %
55-59 ans	5,1 %	50,0 %	9,3 %
Plus de 59 ans	11,8 %	0,0 %	11,1 %
<b>Ensemble</b>	<b>16,5 %</b>	<b>21,4 %</b>	<b>17,6 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 35** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Strasbourg]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	6	7	7
35-39 ans	30	21	26
40-44 ans	87	66	82
45-49 ans	59	59	59
50-54 ans	35	21	34
55-59 ans	0	44	22
Plus de 59 ans	64	0	64
<b>Ensemble</b>	<b>56</b>	<b>45</b>	<b>53</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 36** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Strasbourg]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,6 %	0,8 %	0,7 %
20-24 ans	1,1 %	1,5 %	1,3 %
25-29 ans	1,6 %	1,4 %	1,4 %
30-34 ans	1,7 %	1,4 %	1,6 %
35-39 ans	1,6 %	1,6 %	1,6 %
40-44 ans	1,6 %	1,5 %	1,5 %
45-49 ans	1,8 %	1,4 %	1,6 %
50-54 ans	1,8 %	1,2 %	1,5 %
55-59 ans	1,8 %	1,6 %	1,7 %
60-64 ans	2,4 %	1,8 %	2,1 %
65-69 ans	1,6 %	1,7 %	1,7 %
70-74 ans	1,9 %	1,8 %	1,8 %
75-79 ans	1,7 %	1,4 %	1,5 %
80-84 ans	1,7 %	1,1 %	1,3 %
85-89 ans	0,8 %	1,0 %	1,0 %
Plus de 89 ans	0,5 %	0,7 %	0,6 %
<b>Ensemble</b>	<b>1,5 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>1,5 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 37** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Strasbourg]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	2,3 %	2,2 %	0,7 %	0,7 %
20-24 ans	3,6 %	4,9 %	1,2 %	1,3 %
25-29 ans	4,7 %	2,0 %	1,4 %	1,4 %
30-34 ans	4,5 %	1,9 %	1,5 %	1,6 %
35-39 ans	5,0 %	2,4 %	1,5 %	1,6 %
40-44 ans	4,9 %	0,0 %	1,4 %	1,5 %
45-49 ans	5,1 %	0,0 %	1,4 %	1,6 %
50-54 ans	4,0 %	0,0 %	1,3 %	1,5 %
55-59 ans	5,0 %	2,3 %	1,3 %	1,7 %
60-64 ans	4,8 %	1,9 %	1,6 %	2,1 %
65-69 ans	3,5 %	0,7 %	1,3 %	1,7 %
70-74 ans	4,0 %	0,9 %	1,3 %	1,8 %
75-79 ans	3,1 %	0,9 %	1,1 %	1,5 %
80-84 ans	2,7 %	0,6 %	0,9 %	1,3 %
85-89 ans	2,1 %	1,3 %	0,7 %	1,0 %
Plus de 89 ans	1,7 %	0,0 %	0,4 %	0,6 %
<b>Ensemble</b>	<b>4,0 %</b>	<b>1,8 %</b>	<b>1,3 %</b>	<b>1,5 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Privas

Pourcentage de médecins généralistes référents : 27,47 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 0,85 %

**Tableau n° 38** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Privas]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Privas**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	16,7 %	25,0 %	20,0 %
35-39 ans	37,5 %	40,0 %	37,9 %
40-44 ans	48,3 %	11,1 %	39,5 %
45-49 ans	18,2 %	33,3 %	20,8 %
50-54 ans	22,6 %	0,0 %	21,2 %
55-59 ans	23,1 %	0,0 %	23,1 %
Plus de 59 ans	16,7 %	0,0 %	16,7 %
<b>Ensemble</b>	<b>28,1 %</b>	<b>24,1 %</b>	<b>27,5 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 39** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Privas]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Privas**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	24	1	13
35-39 ans	12	2	10
40-44 ans	21	4	20
45-49 ans	28	8	22
50-54 ans	32	0	32
55-59 ans	66	0	66
Plus de 59 ans	0	0	0
<b>Ensemble</b>	<b>25</b>	<b>4</b>	<b>22</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 40** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Privas]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,2 %	0,2 %	0,2 %
20-24 ans	0,3 %	0,4 %	0,3 %
25-29 ans	0,3 %	0,8 %	0,6 %
30-34 ans	0,5 %	0,7 %	0,6 %
35-39 ans	0,5 %	0,8 %	0,7 %
40-44 ans	0,6 %	0,7 %	0,7 %
45-49 ans	0,7 %	0,9 %	0,8 %
50-54 ans	0,9 %	0,9 %	0,9 %
55-59 ans	1,2 %	0,9 %	1,1 %
60-64 ans	1,0 %	1,3 %	1,2 %
65-69 ans	1,8 %	1,6 %	1,7 %
70-74 ans	1,8 %	1,4 %	1,6 %
75-79 ans	1,7 %	1,4 %	1,5 %
80-84 ans	1,3 %	1,9 %	1,7 %
85-89 ans	1,2 %	1,5 %	1,4 %
Plus de 89 ans	0,3 %	1,0 %	0,9 %
<b>Ensemble</b>	<b>0,8 %</b>	<b>0,9 %</b>	<b>0,8 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 41** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Privas]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Strasbourg**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	1,3 %	0,0 %	0,2 %	0,2 %
20-24 ans	3,7 %	0,0 %	0,3 %	0,3 %
25-29 ans	2,3 %	1,0 %	0,5 %	0,6 %
30-34 ans	1,8 %	1,8 %	0,5 %	0,6 %
35-39 ans	3,0 %	1,4 %	0,6 %	0,7 %
40-44 ans	3,1 %	15,4 %	0,5 %	0,7 %
45-49 ans	3,5 %	0,0 %	0,6 %	0,8 %
50-54 ans	3,8 %	14,3 %	0,5 %	0,9 %
55-59 ans	3,9 %	0,0 %	0,6 %	1,1 %
60-64 ans	3,5 %	1,9 %	0,7 %	1,2 %
65-69 ans	3,8 %	0,0 %	1,0 %	1,7 %
70-74 ans	2,9 %	0,0 %	1,1 %	1,6 %
75-79 ans	2,4 %	0,0 %	1,1 %	1,5 %
80-84 ans	3,0 %	0,0 %	0,7 %	1,7 %
85-89 ans	2,4 %	4,5 %	0,5 %	1,4 %
Plus de 89 ans	1,5 %	0,0 %	0,3 %	0,9 %
<b>Ensemble</b>	<b>3,1 %</b>	<b>1,2 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,8 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

## Adhésion au dispositif de médecin référent CPAM de Valence

Pourcentage de médecins généralistes référents : 30,18 %

Pourcentage de bénéficiaires optants : 1,29 %

**Tableau n° 42** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Valence]  
**Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Valence**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	38,9 %	50,0 %	43,3 %
35-39 ans	34,1 %	13,6 %	27,0 %
40-44 ans	33,3 %	20,0 %	29,7 %
45-49 ans	35,8 %	14,3 %	32,3 %
50-54 ans	25,0 %	8,3 %	22,8 %
55-59 ans	37,5 %	33,3 %	36,8 %
Plus de 59 ans	44,4 %	0,0 %	44,4 %
Ensemble	33,0 %	20,0 %	30,2 %

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 43** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Valence]  
**Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent**  
**CPAM de Valence**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
Moins de 35 ans	38	25	32
35-39 ans	35	1	29
40-44 ans	56	16	48
45-49 ans	50	31	49
50-54 ans	28	3	27
55-59 ans	7	32	11
Plus de 59 ans	53	0	53
Ensemble	42	19	39

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 44** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Valence]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe**  
**CPAM de Valence**

Classe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19 ans	0,4 %	0,5 %	0,5 %
20-24 ans	0,4 %	0,5 %	0,5 %
25-29 ans	0,7 %	1,1 %	0,9 %
30-34 ans	1,3 %	1,5 %	1,4 %
35-39 ans	1,2 %	1,5 %	1,4 %
40-44 ans	1,0 %	1,2 %	1,1 %
45-49 ans	1,1 %	1,3 %	1,2 %
50-54 ans	1,2 %	1,4 %	1,3 %
55-59 ans	1,5 %	1,6 %	1,6 %
60-64 ans	1,9 %	1,8 %	1,9 %
65-69 ans	2,4 %	2,4 %	2,4 %
70-74 ans	2,6 %	2,5 %	2,5 %
75-79 ans	2,8 %	2,4 %	2,6 %
80-84 ans	1,8 %	2,3 %	2,1 %
85-89 ans	1,5 %	2,3 %	2,1 %
Plus de 89 ans	1,0 %	2,1 %	1,7 %
<b>Ensemble</b>	<b>1,2 %</b>	<b>1,4 %</b>	<b>1,3 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 45** [Excel \ Cnam \ Tab-Caisses.xls - Céline Valence]  
**Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération**  
**CPAM de Valence**

Classe d'âge	ALD	Autre	Sans	Total
15-19 ans	0,9 %	0,0 %	0,4 %	0,5 %
20-24 ans	2,6 %	2,6 %	0,4 %	0,5 %
25-29 ans	3,5 %	2,0 %	0,8 %	0,9 %
30-34 ans	3,7 %	1,5 %	1,3 %	1,4 %
35-39 ans	4,9 %	2,9 %	1,2 %	1,4 %
40-44 ans	3,9 %	0,0 %	1,0 %	1,1 %
45-49 ans	4,8 %	0,0 %	1,0 %	1,2 %
50-54 ans	4,3 %	8,1 %	1,0 %	1,3 %
55-59 ans	4,2 %	4,5 %	1,2 %	1,6 %
60-64 ans	4,9 %	3,4 %	1,3 %	1,9 %
65-69 ans	5,7 %	2,8 %	1,5 %	2,4 %
70-74 ans	4,4 %	5,7 %	1,8 %	2,5 %
75-79 ans	5,1 %	1,2 %	1,5 %	2,6 %
80-84 ans	3,7 %	3,7 %	1,1 %	2,1 %
85-89 ans	3,5 %	1,5 %	1,1 %	2,1 %
Plus de 89 ans	3,2 %	0,0 %	0,7 %	1,7 %
<b>Ensemble</b>	<b>4,4 %</b>	<b>2,4 %</b>	<b>1,0 %</b>	<b>1,3 %</b>

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98



**Tableau n° 46** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - total]  
**Dépenses de soins par âge et par poste de la population totale**

Population totale	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	290 444	598 766	360 492	264 351	227 523	174 056	94 532	2 010 164
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	137 875	356 904	209 387	162 963	161 594	135 344	73 047	1 237 114
Pourcentage de consommateurs	47,5 %	59,6 %	58,1 %	61,6 %	71,0 %	77,8 %	77,3 %	61,5 %
Dépense moyenne par personne	220 F	378 F	438 F	532 F	743 F	1 019 F	1 327 F	527 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	70 461	205 947	141 966	116 535	112 756	99 669	45 387	792 721
Pourcentage de consommateurs	24,3 %	34,4 %	39,4 %	44,1 %	49,6 %	57,3 %	48,0 %	39,4 %
Dépense moyenne par personne	199 F	405 F	587 F	723 F	954 F	1 166 F	818 F	597 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	50 870	174 604	106 340	78 192	68 701	61 107	30 032	569 846
Pourcentage de consommateurs	17,5 %	29,2 %	29,5 %	29,6 %	30,2 %	35,1 %	31,8 %	28,3 %
Dépense moyenne par personne	80 F	200 F	131 F	130 F	154 F	249 F	253 F	163 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	55 772	180 004	100 605	73 147	69 343	49 924	17 530	546 325
Pourcentage de consommateurs	19,2 %	30,1 %	27,9 %	27,7 %	30,5 %	28,7 %	18,5 %	27,2 %
Dépense moyenne par personne	250 F	591 F	674 F	755 F	895 F	958 F	531 F	641 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	153 396	397 158	234 865	182 940	172 653	142 630	74 874	1 358 516
Pourcentage de consommateurs	52,8 %	66,3 %	65,2 %	69,2 %	75,9 %	81,9 %	79,2 %	67,6 %
Dépense moyenne par personne	384 F	920 F	1 190 F	1 850 F	3 067 F	4 263 F	4 416 F	1 710 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	17 325	44 697	39 492	40 762	29 370	24 213	10 131	205 990
Pourcentage de consommateurs	6,0 %	7,5 %	11,0 %	15,4 %	12,9 %	13,9 %	10,7 %	10,2 %
Dépense moyenne par personne	72 F	110 F	201 F	351 F	289 F	305 F	199 F	194 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	27 875	86 555	59 502	47 591	59 479	59 124	43 318	383 444
Pourcentage de consommateurs	9,6 %	14,5 %	16,5 %	18,0 %	26,1 %	34,0 %	45,8 %	19,1 %
Dépense moyenne par personne	39 F	163 F	218 F	364 F	452 F	906 F	1 295 F	332 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	52 730	194 919	124 346	108 557	118 242	103 677	51 357	753 828
Pourcentage de consommateurs	18,2 %	32,6 %	34,5 %	41,1 %	52,0 %	59,6 %	54,3 %	37,5 %
Dépense moyenne par personne	97 F	237 F	208 F	262 F	401 F	502 F	461 F	267 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	22 699	86 765	55 003	52 632	65 488	66 518	43 222	392 327
Pourcentage de consommateurs	7,8 %	14,5 %	15,3 %	19,9 %	28,8 %	38,2 %	45,7 %	19,5 %
Dépense moyenne par personne	102 F	151 F	183 F	323 F	674 F	1 262 F	3 905 F	504 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	174 787	430 987	256 051	194 355	180 251	147 087	78 636	1 462 154
Pourcentage de consommateurs	60,2 %	72,0 %	71,0 %	73,5 %	79,2 %	84,5 %	83,2 %	72,7 %
Dépense moyenne par personne	1 443 F	3 156 F	3 829 F	5 290 F	7 628 F	10 629 F	13 205 F	4 936 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 47** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Homme]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des hommes**

Homme	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	149 203	288 817	166 021	128 256	100 935	68 176	29 759	931 167
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	63 525	160 714	88 987	77 254	72 344	51 922	20 550	535 296
Pourcentage de consommateurs	42,6 %	55,6 %	53,6 %	60,2 %	71,7 %	76,2 %	69,1 %	57,5 %
Dépense moyenne par personne	173 F	284 F	329 F	451 F	690 F	923 F	1 082 F	413 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	31 178	84 023	53 524	51 552	48 534	39 283	14 646	322 740
Pourcentage de consommateurs	20,9 %	29,1 %	32,2 %	40,2 %	48,1 %	57,6 %	49,2 %	34,7 %
Dépense moyenne par personne	175 F	299 F	420 F	649 F	950 F	1 312 F	850 F	511 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	11 281	33 598	24 999	25 019	22 995	20 518	7 982	146 392
Pourcentage de consommateurs	7,6 %	11,6 %	15,1 %	19,5 %	22,8 %	30,1 %	26,8 %	15,7 %
Dépense moyenne par personne	17 F	32 F	42 F	58 F	112 F	184 F	227 F	61 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	25 553	78 767	40 142	33 113	31 366	19 774	5 553	234 268
Pourcentage de consommateurs	17,1 %	27,3 %	24,2 %	25,8 %	31,1 %	29,0 %	18,7 %	25,2 %
Dépense moyenne par personne	219 F	543 F	563 F	642 F	887 F	1 146 F	504 F	589 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	70 717	178 480	99 597	87 386	77 249	55 329	21 587	590 345
Pourcentage de consommateurs	47,4 %	61,8 %	60,0 %	68,1 %	76,5 %	81,2 %	72,5 %	63,4 %
Dépense moyenne par personne	317 F	757 F	1 070 F	1 607 F	3 133 F	4 363 F	4 155 F	1 489 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	6 660	19 240	17 051	20 034	12 770	8 799	2 733	87 287
Pourcentage de consommateurs	4,5 %	6,7 %	10,3 %	15,6 %	12,7 %	12,9 %	9,2 %	9,4 %
Dépense moyenne par personne	54 F	101 F	190 F	335 F	264 F	263 F	144 F	172 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	14 374	36 032	21 623	22 879	25 938	23 549	12 262	156 657
Pourcentage de consommateurs	9,6 %	12,5 %	13,0 %	17,8 %	25,7 %	34,5 %	41,2 %	16,8 %
Dépense moyenne par personne	43 F	193 F	247 F	516 F	576 F	1 134 F	1 268 F	368 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	14 129	51 179	39 903	45 968	52 496	41 095	15 408	260 178
Pourcentage de consommateurs	9,5 %	17,7 %	24,0 %	35,8 %	52,0 %	60,3 %	51,8 %	27,9 %
Dépense moyenne par personne	41 F	106 F	148 F	233 F	402 F	554 F	426 F	196 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	7 957	30 572	20 567	23 417	27 832	25 517	11 853	147 715
Pourcentage de consommateurs	5,3 %	10,6 %	12,4 %	18,3 %	27,6 %	37,4 %	39,8 %	15,9 %
Dépense moyenne par personne	106 F	145 F	153 F	269 F	952 F	1 243 F	2 824 F	411 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	83 951	199 983	112 592	94 582	81 347	57 128	22 615	652 198
Pourcentage de consommateurs	56,3 %	69,2 %	67,8 %	73,7 %	80,6 %	83,8 %	76,0 %	70,0 %
Dépense moyenne par personne	1 144 F	2 460 F	3 161 F	4 761 F	7 967 F	11 122 F	11 479 F	4 210 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 48** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Femme]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des femmes**

Femme	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	141 241	309 949	194 471	136 095	126 588	105 880	64 773	1 078 997
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	74 350	196 190	120 400	85 709	89 250	83 422	52 497	701 818
Pourcentage de consommateurs	52,6 %	63,3 %	61,9 %	63,0 %	70,5 %	78,8 %	81,0 %	65,0 %
Dépense moyenne par personne	269 F	466 F	531 F	608 F	785 F	1 080 F	1 439 F	626 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	39 283	121 924	88 442	64 983	64 222	60 386	30 741	469 981
Pourcentage de consommateurs	27,8 %	39,3 %	45,5 %	47,7 %	50,7 %	57,0 %	47,5 %	43,6 %
Dépense moyenne par personne	225 F	503 F	730 F	793 F	957 F	1 071 F	803 F	671 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	39 589	141 006	81 341	53 173	45 706	40 589	22 050	423 454
Pourcentage de consommateurs	28,0 %	45,5 %	41,8 %	39,1 %	36,1 %	38,3 %	34,0 %	39,2 %
Dépense moyenne par personne	147 F	355 F	207 F	198 F	188 F	290 F	264 F	250 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	30 219	101 237	60 463	40 034	37 977	30 150	11 977	312 057
Pourcentage de consommateurs	21,4 %	32,7 %	31,1 %	29,4 %	30,0 %	28,5 %	18,5 %	28,9 %
Dépense moyenne par personne	282 F	636 F	768 F	861 F	901 F	836 F	543 F	687 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	82 679	218 678	135 268	95 554	95 404	87 301	53 287	768 171
Pourcentage de consommateurs	58,5 %	70,6 %	69,6 %	70,2 %	75,4 %	82,5 %	82,3 %	71,2 %
Dépense moyenne par personne	456 F	1 073 F	1 294 F	2 080 F	3 014 F	4 199 F	4 536 F	1 901 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	10 665	25 457	22 441	20 728	16 600	15 414	7 398	118 703
Pourcentage de consommateurs	7,6 %	8,2 %	11,5 %	15,2 %	13,1 %	14,6 %	11,4 %	11,0 %
Dépense moyenne par personne	92 F	119 F	210 F	365 F	309 F	332 F	224 F	212 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	13 501	50 523	37 879	24 712	33 541	35 575	31 056	226 787
Pourcentage de consommateurs	9,6 %	16,3 %	19,5 %	18,2 %	26,5 %	33,6 %	47,9 %	21,0 %
Dépense moyenne par personne	35 F	136 F	193 F	220 F	353 F	759 F	1 308 F	300 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	38 601	143 740	84 443	62 589	65 746	62 582	35 949	493 650
Pourcentage de consommateurs	27,3 %	46,4 %	43,4 %	46,0 %	51,9 %	59,1 %	55,5 %	45,8 %
Dépense moyenne par personne	156 F	360 F	259 F	289 F	399 F	468 F	478 F	329 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	14 742	56 193	34 436	29 215	37 656	41 001	31 369	244 612
Pourcentage de consommateurs	10,4 %	18,1 %	17,7 %	21,5 %	29,7 %	38,7 %	48,4 %	22,7 %
Dépense moyenne par personne	97 F	156 F	208 F	374 F	452 F	1 275 F	4 402 F	584 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	90 836	231 004	143 459	99 773	98 904	89 959	56 021	809 956
Pourcentage de consommateurs	64,3 %	74,5 %	73,8 %	73,3 %	78,1 %	85,0 %	86,5 %	75,1 %
Dépense moyenne par personne	1 759 F	3 804 F	4 399 F	5 789 F	7 358 F	10 311 F	13 998 F	5 561 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 49** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Optant]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des optants**

Optants	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	1 871	5 782	3 629	2 941	3 052	2 433	1 058	20 766
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	1 593	5 340	3 326	2 779	2 974	2 391	1 050	19 453
Pourcentage de consommateurs	85,1 %	92,4 %	91,7 %	94,5 %	97,4 %	98,3 %	99,2 %	93,7 %
Dépense moyenne par personne	560 F	999 F	1 038 F	1 197 F	1 336 F	1 636 F	2 262 F	1 183 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	656	2 561	1 881	1 807	1 899	1 548	562	10 914
Pourcentage de consommateurs	35,1 %	44,3 %	51,8 %	61,4 %	62,2 %	63,6 %	53,1 %	52,6 %
Dépense moyenne par personne	269 F	508 F	737 F	1 080 F	1 020 F	1 115 F	829 F	770 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	484	1 946	1 232	974	1 077	910	373	6 996
Pourcentage de consommateurs	25,9 %	33,7 %	33,9 %	33,1 %	35,3 %	37,4 %	35,3 %	33,7 %
Dépense moyenne par personne	118 F	200 F	129 F	135 F	154 F	246 F	247 F	172 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	574	2 182	1 278	985	993	690	222	6 924
Pourcentage de consommateurs	30,7 %	37,7 %	35,2 %	33,5 %	32,5 %	28,4 %	21,0 %	33,3 %
Dépense moyenne par personne	416 F	659 F	713 F	763 F	727 F	782 F	536 F	679 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	1 667	5 477	3 397	2 819	2 990	2 393	1 044	19 787
Pourcentage de consommateurs	89,1 %	94,7 %	93,6 %	95,9 %	98,0 %	98,4 %	98,7 %	95,3 %
Dépense moyenne par personne	1 030 F	2 933 F	2 761 F	4 025 F	5 117 F	5 950 F	6 297 F	3 732 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	161	500	561	516	540	416	136	2 830
Pourcentage de consommateurs	8,6 %	8,6 %	15,5 %	17,5 %	17,7 %	17,1 %	12,9 %	13,6 %
Dépense moyenne par personne	88 F	112 F	235 F	331 F	353 F	332 F	235 F	230 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	385	1 571	1 069	1 013	1 151	1 095	640	6 924
Pourcentage de consommateurs	20,6 %	27,2 %	29,5 %	34,4 %	37,7 %	45,0 %	60,5 %	33,3 %
Dépense moyenne par personne	236 F	343 F	476 F	812 F	967 F	1 197 F	1 555 F	677 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	624	2 821	1 906	1 872	2 231	1 787	762	12 003
Pourcentage de consommateurs	33,4 %	48,8 %	52,5 %	63,7 %	73,1 %	73,4 %	72,0 %	57,8 %
Dépense moyenne par personne	214 F	351 F	346 F	462 F	557 F	619 F	595 F	428 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	241	1 234	965	1 024	1 167	1 205	639	6 475
Pourcentage de consommateurs	12,9 %	21,3 %	26,6 %	34,8 %	38,2 %	49,5 %	60,4 %	31,2 %
Dépense moyenne par personne	153 F	253 F	395 F	782 F	1 061 F	2 178 F	6 172 F	990 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	1 783	5 653	3 522	2 874	3 017	2 409	1 054	20 312
Pourcentage de consommateurs	95,3 %	97,8 %	97,1 %	97,7 %	98,9 %	99,0 %	99,6 %	97,8 %
Dépense moyenne par personne	3 085 F	6 357 F	6 829 F	9 588 F	11 294 F	14 056 F	18 728 F	8 860 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 50** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Non optant]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des non optants**

Non optants	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	288 573	592 984	356 863	261 410	224 471	171 623	93 474	1 989 398
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	136 282	351 564	206 061	160 184	158 620	132 953	71 997	1 217 661
Pourcentage de consommateurs	47,2 %	59,3 %	57,7 %	61,3 %	70,7 %	77,5 %	77,0 %	61,2 %
Dépense moyenne par personne	218 F	372 F	432 F	524 F	735 F	1 010 F	1 316 F	521 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	69 805	203 386	140 085	114 728	110 857	98 121	44 825	781 807
Pourcentage de consommateurs	24,2 %	34,3 %	39,3 %	43,9 %	49,4 %	57,2 %	48,0 %	39,3 %
Dépense moyenne par personne	198 F	404 F	586 F	719 F	953 F	1 166 F	818 F	595 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	50 386	172 658	105 108	77 218	67 624	60 197	29 659	562 850
Pourcentage de consommateurs	17,5 %	29,1 %	29,5 %	29,5 %	30,1 %	35,1 %	31,7 %	28,3 %
Dépense moyenne par personne	80 F	200 F	131 F	130 F	154 F	249 F	253 F	162 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	55 198	177 822	99 327	72 162	68 350	49 234	17 308	539 401
Pourcentage de consommateurs	19,1 %	30,0 %	27,8 %	27,6 %	30,4 %	28,7 %	18,5 %	27,1 %
Dépense moyenne par personne	248 F	591 F	673 F	755 F	897 F	960 F	531 F	641 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	151 729	391 681	231 468	180 121	169 663	140 237	73 830	1 338 729
Pourcentage de consommateurs	52,6 %	66,1 %	64,9 %	68,9 %	75,6 %	81,7 %	79,0 %	67,3 %
Dépense moyenne par personne	380 F	901 F	1 174 F	1 826 F	3 039 F	4 239 F	4 395 F	1 689 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	17 164	44 197	38 931	40 246	28 830	23 797	9 995	203 160
Pourcentage de consommateurs	5,9 %	7,5 %	10,9 %	15,4 %	12,8 %	13,9 %	10,7 %	10,2 %
Dépense moyenne par personne	72 F	110 F	200 F	351 F	288 F	305 F	199 F	194 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	27 490	84 984	58 433	46 578	58 328	58 029	42 678	376 520
Pourcentage de consommateurs	9,5 %	14,3 %	16,4 %	17,8 %	26,0 %	33,8 %	45,7 %	18,9 %
Dépense moyenne par personne	38 F	162 F	215 F	359 F	445 F	902 F	1 292 F	328 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	52 106	192 098	122 440	106 685	116 011	101 890	50 595	741 825
Pourcentage de consommateurs	18,1 %	32,4 %	34,3 %	40,8 %	51,7 %	59,4 %	54,1 %	37,3 %
Dépense moyenne par personne	96 F	236 F	207 F	260 F	399 F	500 F	460 F	265 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	22 458	85 531	54 038	51 608	64 321	65 313	42 583	385 852
Pourcentage de consommateurs	7,8 %	14,4 %	15,1 %	19,7 %	28,7 %	38,1 %	45,6 %	19,4 %
Dépense moyenne par personne	101 F	150 F	180 F	318 F	669 F	1 249 F	3 879 F	499 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	173 004	425 334	252 529	191 481	177 234	144 678	77 582	1 441 842
Pourcentage de consommateurs	60,0 %	71,7 %	70,8 %	73,2 %	79,0 %	84,3 %	83,0 %	72,5 %
Dépense moyenne par personne	1 433 F	3 125 F	3 799 F	5 242 F	7 578 F	10 580 F	13 142 F	4 895 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 51** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Homme optant]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des hommes optants**

Hommes optants	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	854	2 673	1 680	1 482	1 404	996	305	9 394
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	699	2 424	1 505	1 386	1 356	977	303	8 650
Pourcentage de consommateurs	81,9 %	90,7 %	89,6 %	93,5 %	96,6 %	98,1 %	99,3 %	92,1 %
Dépense moyenne par personne	518 F	1 060 F	1 036 F	1 081 F	1 250 F	1 424 F	2 037 F	1 108 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	271	1 079	797	848	844	618	188	4 645
Pourcentage de consommateurs	31,7 %	40,4 %	47,4 %	57,2 %	60,1 %	62,0 %	61,6 %	49,4 %
Dépense moyenne par personne	245 F	453 F	656 F	991 F	1 035 F	1 003 F	957 F	717 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	114	360	351	329	373	327	108	1 962
Pourcentage de consommateurs	13,3 %	13,5 %	20,9 %	22,2 %	26,6 %	32,8 %	35,4 %	20,9 %
Dépense moyenne par personne	30 F	35 F	56 F	91 F	101 F	223 F	241 F	84 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	223	900	548	481	446	279	73	2 950
Pourcentage de consommateurs	26,1 %	33,7 %	32,6 %	32,5 %	31,8 %	28,0 %	23,9 %	31,4 %
Dépense moyenne par personne	362 F	563 F	673 F	745 F	671 F	686 F	612 F	624 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	730	2 470	1 532	1 408	1 363	976	301	8 780
Pourcentage de consommateurs	85,5 %	92,4 %	91,2 %	95,0 %	97,1 %	98,0 %	98,7 %	93,5 %
Dépense moyenne par personne	1 156 F	3 734 F	2 750 F	3 779 F	4 982 F	5 863 F	6 597 F	3 836 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	72	186	242	246	243	157	43	1 189
Pourcentage de consommateurs	8,4 %	7,0 %	14,4 %	16,6 %	17,3 %	15,8 %	14,1 %	12,7 %
Dépense moyenne par personne	87 F	96 F	206 F	303 F	306 F	322 F	228 F	207 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	183	705	473	503	524	440	178	3 006
Pourcentage de consommateurs	21,4 %	26,4 %	28,2 %	33,9 %	37,3 %	44,2 %	58,4 %	32,0 %
Dépense moyenne par personne	350 F	479 F	511 F	834 F	1 147 F	1 393 F	1 544 F	760 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	157	902	711	871	1 018	744	225	4 628
Pourcentage de consommateurs	18,4 %	33,7 %	42,3 %	58,8 %	72,5 %	74,7 %	73,8 %	49,3 %
Dépense moyenne par personne	89 F	240 F	288 F	420 F	569 F	651 F	652 F	369 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	84	444	418	489	504	467	170	2 576
Pourcentage de consommateurs	9,8 %	16,6 %	24,9 %	33,0 %	35,9 %	46,9 %	55,7 %	27,4 %
Dépense moyenne par personne	203 F	251 F	359 F	808 F	940 F	1 844 F	4 410 F	761 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	799	2 592	1 609	1 443	1 381	985	304	9 113
Pourcentage de consommateurs	93,6 %	97,0 %	95,8 %	97,4 %	98,4 %	98,9 %	99,7 %	97,0 %
Dépense moyenne par personne	3 041 F	6 911 F	6 536 F	9 052 F	11 002 F	13 408 F	17 278 F	8 467 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 52** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Femme optante]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des femmes optantes**

Femmes optantes	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	1 017	3 109	1 949	1 459	1 648	1 437	753	11 372
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	894	2 916	1 821	1 393	1 618	1 414	747	10 803
Pourcentage de consommateurs	87,9 %	93,8 %	93,4 %	95,5 %	98,2 %	98,4 %	99,2 %	95,0 %
Dépense moyenne par personne	595 F	947 F	1 039 F	1 316 F	1 409 F	1 783 F	2 353 F	1 244 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	385	1 482	1 084	959	1 055	930	374	6 269
Pourcentage de consommateurs	37,9 %	47,7 %	55,6 %	65,7 %	64,0 %	64,7 %	49,7 %	55,1 %
Dépense moyenne par personne	289 F	555 F	806 F	1 170 F	1 007 F	1 192 F	778 F	814 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	370	1 586	881	645	704	583	265	5 034
Pourcentage de consommateurs	36,4 %	51,0 %	45,2 %	44,2 %	42,7 %	40,6 %	35,2 %	44,3 %
Dépense moyenne par personne	192 F	342 F	192 F	180 F	199 F	263 F	249 F	245 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	351	1 282	730	504	547	411	149	3 974
Pourcentage de consommateurs	34,5 %	41,2 %	37,5 %	34,5 %	33,2 %	28,6 %	19,8 %	34,9 %
Dépense moyenne par personne	462 F	741 F	747 F	781 F	775 F	848 F	506 F	725 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	937	3 007	1 865	1 411	1 627	1 417	743	11 007
Pourcentage de consommateurs	92,1 %	96,7 %	95,7 %	96,7 %	98,7 %	98,6 %	98,7 %	96,8 %
Dépense moyenne par personne	925 F	2 244 F	2 771 F	4 275 F	5 232 F	6 011 F	6 176 F	3 646 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	89	314	319	270	297	259	93	1 641
Pourcentage de consommateurs	8,8 %	10,1 %	16,4 %	18,5 %	18,0 %	18,0 %	12,4 %	14,4 %
Dépense moyenne par personne	89 F	126 F	260 F	359 F	394 F	340 F	238 F	249 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	202	866	596	510	627	655	462	3 918
Pourcentage de consommateurs	19,9 %	27,9 %	30,6 %	35,0 %	38,0 %	45,6 %	61,4 %	34,5 %
Dépense moyenne par personne	140 F	226 F	445 F	791 F	813 F	1 061 F	1 560 F	607 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	467	1 919	1 195	1 001	1 213	1 043	537	7 375
Pourcentage de consommateurs	45,9 %	61,7 %	61,3 %	68,6 %	73,6 %	72,6 %	71,3 %	64,9 %
Dépense moyenne par personne	319 F	446 F	396 F	505 F	548 F	597 F	572 F	476 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	157	790	547	535	663	738	469	3 899
Pourcentage de consommateurs	15,4 %	25,4 %	28,1 %	36,7 %	40,2 %	51,4 %	62,3 %	34,3 %
Dépense moyenne par personne	111 F	254 F	426 F	756 F	1 165 F	2 410 F	6 885 F	1 179 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	984	3 061	1 913	1 431	1 636	1 424	750	11 199
Pourcentage de consommateurs	96,8 %	98,5 %	98,2 %	98,1 %	99,3 %	99,1 %	99,6 %	98,5 %
Dépense moyenne par personne	3 123 F	5 881 F	7 083 F	10 132 F	11 542 F	14 504 F	19 316 F	9 185 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 53** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Homme non optant]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des hommes non optants**

Hommes non optants	16 - 24 ans	25 - 39 ans	40 - 49 ans	50 - 59 ans	60 - 69 ans	70 - 79 ans	80 ans et plus	Ensemble
Effectif	148 349	286 144	164 341	126 774	99 531	67 180	29 454	921 773
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	62 826	158 290	87 482	75 868	70 988	50 945	20 247	526 646
Pourcentage de consommateurs	42,4 %	55,3 %	53,2 %	59,8 %	71,3 %	75,8 %	68,7 %	57,1 %
Dépense moyenne par personne	171 F	276 F	322 F	444 F	682 F	916 F	1 072 F	406 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	30 907	82 944	52 727	50 704	47 690	38 665	14 458	318 095
Pourcentage de consommateurs	20,8 %	29,0 %	32,1 %	40,0 %	47,9 %	57,6 %	49,1 %	34,5 %
Dépense moyenne par personne	174 F	297 F	418 F	645 F	949 F	1 316 F	849 F	509 F
<b>Ophthalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	11 167	33 238	24 648	24 690	22 622	20 191	7 874	144 430
Pourcentage de consommateurs	7,5 %	11,6 %	15,0 %	19,5 %	22,7 %	30,1 %	26,7 %	15,7 %
Dépense moyenne par personne	17 F	32 F	42 F	58 F	112 F	184 F	227 F	61 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	25 330	77 867	39 594	32 632	30 920	19 495	5 480	231 318
Pourcentage de consommateurs	17,1 %	27,2 %	24,1 %	25,7 %	31,1 %	29,0 %	18,6 %	25,1 %
Dépense moyenne par personne	218 F	543 F	562 F	641 F	890 F	1 153 F	503 F	588 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	69 987	176 010	98 065	85 978	75 886	54 353	21 286	581 565
Pourcentage de consommateurs	47,2 %	61,5 %	59,7 %	67,8 %	76,2 %	80,9 %	72,3 %	63,1 %
Dépense moyenne par personne	312 F	729 F	1 052 F	1 581 F	3 107 F	4 341 F	4 130 F	1 465 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	6 588	19 054	16 809	19 788	12 527	8 642	2 690	86 098
Pourcentage de consommateurs	4,4 %	6,7 %	10,2 %	15,6 %	12,6 %	12,9 %	9,1 %	9,3 %
Dépense moyenne par personne	54 F	101 F	190 F	336 F	263 F	262 F	143 F	172 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	14 191	35 327	21 150	22 376	25 414	23 109	12 084	153 651
Pourcentage de consommateurs	9,6 %	12,3 %	12,9 %	17,7 %	25,5 %	34,4 %	41,0 %	16,7 %
Dépense moyenne par personne	41 F	191 F	244 F	513 F	568 F	1 130 F	1 265 F	364 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	13 972	50 277	39 192	45 097	51 478	40 351	15 183	255 550
Pourcentage de consommateurs	9,4 %	17,6 %	23,8 %	35,6 %	51,7 %	60,1 %	51,5 %	27,7 %
Dépense moyenne par personne	41 F	105 F	146 F	231 F	400 F	553 F	424 F	194 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	7 873	30 128	20 149	22 928	27 328	25 050	11 683	145 139
Pourcentage de consommateurs	5,3 %	10,5 %	12,3 %	18,1 %	27,5 %	37,3 %	39,7 %	15,7 %
Dépense moyenne par personne	105 F	144 F	151 F	263 F	952 F	1 234 F	2 807 F	407 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	83 152	197 391	110 983	93 139	79 966	56 143	22 311	643 085
Pourcentage de consommateurs	56,1 %	69,0 %	67,5 %	73,5 %	80,3 %	83,6 %	75,7 %	69,8 %
Dépense moyenne par personne	1 133 F	2 419 F	3 126 F	4 710 F	7 924 F	11 088 F	11 419 F	4 167 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98



**Tableau n° 54** [Excel \ Cnam \ tabl dépenses par âge ss les inf 16 ans 99.xls - Femme non optante]  
**Dépenses de soins par âge et par poste des femmes non optantes**

<b>Femmes non optantes</b>	<b>16 - 24 ans</b>	<b>25 - 39 ans</b>	<b>40 - 49 ans</b>	<b>50 - 59 ans</b>	<b>60 - 69 ans</b>	<b>70 - 79 ans</b>	<b>80 ans et plus</b>	<b>Ensemble</b>
Effectif	140 224	306 840	192 522	134 636	124 940	104 443	64 020	1 067 625
<b>Généralistes</b>								
Nb de consommateurs	73 456	193 274	118 579	84 316	87 632	82 008	51 750	691 015
Pourcentage de consommateurs	52,4 %	63,0 %	61,6 %	62,6 %	70,1 %	78,5 %	80,8 %	64,7 %
Dépense moyenne par personne	267 F	461 F	525 F	601 F	777 F	1 071 F	1 428 F	619 F
<b>Autres spécialistes</b>								
Nb de consommateurs	38 898	120 442	87 358	64 024	63 167	59 456	30 367	463 712
Pourcentage de consommateurs	27,7 %	39,3 %	45,4 %	47,6 %	50,6 %	56,9 %	47,4 %	43,4 %
Dépense moyenne par personne	224 F	503 F	729 F	789 F	956 F	1 070 F	803 F	670 F
<b>Ophtalmologues-Gynécologues-Obstétriciens-Pédiatre</b>								
Nb de consommateurs	39 219	139 420	80 460	52 528	45 002	40 006	21 785	418 420
Pourcentage de consommateurs	28,0 %	45,4 %	41,8 %	39,0 %	36,0 %	38,3 %	34,0 %	39,2 %
Dépense moyenne par personne	147 F	355 F	208 F	198 F	188 F	290 F	265 F	250 F
<b>Autres praticiens (dentistes et sages femmes)</b>								
Nb de consommateurs	29 868	99 955	59 733	39 530	37 430	29 739	11 828	308 083
Pourcentage de consommateurs	21,3 %	32,6 %	31,0 %	29,4 %	30,0 %	28,5 %	18,5 %	28,9 %
Dépense moyenne par personne	280 F	635 F	768 F	862 F	902 F	836 F	544 F	687 F
<b>Pharmacie-Médicaments-Produits d'origine humaine</b>								
Nb de consommateurs	81 742	215 671	133 403	94 143	93 777	85 884	52 544	757 164
Pourcentage de consommateurs	58,3 %	70,3 %	69,3 %	69,9 %	75,1 %	82,2 %	82,1 %	70,9 %
Dépense moyenne par personne	452 F	1 061 F	1 279 F	2 056 F	2 985 F	4 174 F	4 517 F	1 883 F
<b>Optique médicale</b>								
Nb de consommateurs	10 576	25 143	22 122	20 458	16 303	15 155	7 305	117 062
Pourcentage de consommateurs	7,5 %	8,2 %	11,5 %	15,2 %	13,0 %	14,5 %	11,4 %	11,0 %
Dépense moyenne par personne	92 F	119 F	209 F	365 F	308 F	332 F	224 F	212 F
<b>Autres prestations sanitaires diverses</b>								
Nb de consommateurs	13 299	49 657	37 283	24 202	32 914	34 920	30 594	222 869
Pourcentage de consommateurs	9,5 %	16,2 %	19,4 %	18,0 %	26,3 %	33,4 %	47,8 %	20,9 %
Dépense moyenne par personne	35 F	135 F	190 F	213 F	347 F	755 F	1 305 F	297 F
<b>Biologie médicale</b>								
Nb de consommateurs	38 134	141 821	83 248	61 588	64 533	61 539	35 412	486 275
Pourcentage de consommateurs	27,2 %	46,2 %	43,2 %	45,7 %	51,7 %	58,9 %	55,3 %	45,5 %
Dépense moyenne par personne	155 F	359 F	258 F	287 F	397 F	466 F	476 F	327 F
<b>Auxiliaires médicaux</b>								
Nb de consommateurs	14 585	55 403	33 889	28 680	36 993	40 263	30 900	240 713
Pourcentage de consommateurs	10,4 %	18,1 %	17,6 %	21,3 %	29,6 %	38,6 %	48,3 %	22,5 %
Dépense moyenne par personne	97 F	155 F	206 F	370 F	443 F	1 259 F	4 373 F	578 F
<b>Dépenses ambulatoires</b>								
Nb de consommateurs	89 852	227 943	141 546	98 342	97 268	88 535	55 271	798 757
Pourcentage de consommateurs	64,1 %	74,3 %	73,5 %	73,0 %	77,9 %	84,8 %	86,3 %	74,8 %
Dépense moyenne par personne	1 749 F	3 783 F	4 372 F	5 742 F	7 303 F	10 253 F	13 935 F	5 523 F

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 55** [Excel \ Cnam \ tabl 2 dep opt-non opt 99.xls - benef-ambu]  
**Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire en ambulatoire  
chez les optants et les non optants**

	Bénéficiaires							
	Effectif		Dépense annuelle moyenne		Âge moyen		Sexe ratio H / F	
	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant
<b>Ensemble</b>	20 766	1 989 398	8 860 F x 1,8	4 895 F	49	45	0,83	0,86
<b>Caisse</b>								
Montbéliard	3 362	143 752	5 904 F x 1,4	4 075 F	45	45	0,84	0,97
Nice	4 271	840 101	13 936 F x 2,3	6 074 F	55	47	0,75	0,82
Privas	1 129	118 624	9 789 F x 2,4	4 098 F	54	46	0,73	0,89
Sarreguemines	1 556	193 349	7 482 F x 1,6	4 680 F	46	42	0,82	0,91
Strasbourg	5 386	319 354	7 762 F x 1,7	4 488 F	44	43	0,95	0,88
Valence	5 062	374 218	7 926 F x 2,4	3 271 F	51	44	0,78	0,89
<b>Sexe du bénéficiaire</b>								
Homme	9 394	921 773	8 467 F x 2,0	4 167 F	48	44		
Femme	11 372	1 067 625	9 185 F x 1,7	5 523 F	50	47		
<b>Age du bénéficiaire</b>								
16 - 24 ans	1 871	288 573	3 085 F x 2,2	1 433 F	20	20	0,84	1,06
25 - 49 ans	9 411	949 847	6 539 F x 1,9	3 378 F	37	37	0,86	0,90
50 - 69 ans	5 993	485 881	10 457 F x 1,7	6 321 F	60	59	0,93	0,87
70 - 79 ans	2 433	171 623	14 056 F x 1,3	10 580 F	74	74	0,69	0,64
80 ans et plus	1 058	93 474	18 728 F x 1,4	13 142 F	85	87	0,41	0,46
<b>Qualité du bénéficiaire</b>								
Assuré	17 303	1 477 514	9 551 F x 1,6	5 814 F	51	47	1,06	1,03
Conjoint (dont 119 veufs)	2 370	323 771	5 791 F x 2,1	2 731 F	48	52	0,02	0,33
Concubin	166	13 507	4 133 F x 1,3	3 290 F	34	36	0,06	0,33
Enfant	785	159 106	2 197 F x 1,9	1 168 F	18	19	1,04	1,03
Conjoint divorcé ou séparé	34	3 159	5 791 F x 1,9	2 971 F	42	47	0,00	0,05
Autre ayant droit	108	12 341	3 367 F x 1,8	1 838 F	28	38	0,48	1,09
<b>Exonéré</b>								
Oui	5 886	228 435	16 682 F x 1,1	15 317 F	60	61	0,87	0,77
Non	14 880	1 760 963	5 766 F x 1,6	3 543 F	45	43	0,81	0,88
<b>Motif d'exonération</b>								
ALD	5 471	201 073	17 403 F x 1,1	16 268 F	61	63	0,93	0,83
Autres motifs	415	27 362	7 176 F x 0,9	8 332 F	38	43	0,31	0,47
Non exonéré	14 880	1 760 963	5 766 F x 1,6	3 543 F	45	43	0,81	0,88
<b>Âge * ALD</b>								
16 - 24 ans tous	1 871	288 573	3 085 F x 2,2	1 433 F	20	20	0,84	1,06
25 - 49 ans et non ALD	8 175	908 386	4 931 F x 1,7	2 927 F	37	37	0,82	0,90
50 - 69 ans et non ALD	3 750	415 977	7 435 F x 1,5	4 848 F	59	58	0,83	0,85
70 - 79 ans et non ALD	1 220	123 710	9 612 F x 1,3	7 582 F	74	74	0,59	0,58
80 ans et plus et non ALD	364	56 453	11 325 F x 1,3	8 438 F	85	87	0,39	0,50
25 - 49 ans et ALD	1 236	41 461	17 175 F x 1,3	13 254 F	39	39	1,16	0,97
50 - 69 ans et ALD	2 243	69 904	15 508 F x 1,0	15 084 F	61	61	1,11	1,02
70 - 79 ans et ALD	1 213	47 913	18 525 F x 1,0	18 322 F	74	74	0,81	0,75
80 ans et plus et ALD	694	37 021	22 611 F x 1,1	20 315 F	85	86	0,41	0,40
<b>Sexe * ALD</b>								
Homme et non ALD	6 758	830 812	5 218 F x 1,9	2 810 F	43	42		
Femme et non ALD	8 537	957 513	6 269 F x 1,5	4 315 F	45	44		
Homme et ALD	2 636	90 961	16 795 F x 1,0	16 562 F	59	61		
Femme et ALD	2 835	110 112	17 968 F x 1,1	16 025 F	63	65		

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 56** [Excel \ Cnam \ tabl 2 dep opt-non opt 99.xls - consommateur]  
**Dépense annuelle moyenne par consommateur d'au moins un soin médical de ville au cours de l'année chez les optants et les non optants**

Consommateurs d'au moins un soin sur l'année											
	Taux		Effectif		Dépense annuelle moyenne			Âge moyen		Sexe ratio H / F	
	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant		Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant
<b>Ensemble</b>	97,9 %	72,7 %	20 320	1 447 247	9 054 F	x 1,3	6 728 F	49	47	0,81	0,81
<b>Caisse</b>											
Montbéliard	97,7 %	82,5 %	3 286	118 666	6 040 F	x 1,2	4 937 F	45	45	0,83	1,02
Nice	98,3 %	70,9 %	4 199	595 805	14 175 F	x 1,7	8 565 F	55	50	0,74	0,77
Privas	98,3 %	72,1 %	1 110	85 484	9 957 F	x 1,8	5 686 F	55	47	0,71	0,81
Sarreguemines	98,8 %	82,7 %	1 537	159 872	7 575 F	x 1,3	5 660 F	46	43	0,81	0,86
Strasbourg	96,8 %	77,1 %	5 215	246 279	8 017 F	x 1,4	5 820 F	44	44	0,93	0,79
Valence	98,2 %	64,4 %	4 973	241 141	8 068 F	x 1,6	5 077 F	51	45	0,78	0,79
<b>Sexe du bénéficiaire</b>											
Homme	97,1 %	70,1 %	9 120	645 988	8 720 F	x 1,5	5 946 F	48	45		
Femme	98,5 %	75,1 %	11 200	801 259	9 326 F	x 1,3	7 359 F	50	48		
<b>Age du bénéficiaire</b>											
16 - 24 ans	95,5 %	60,2 %	1 786	173 817	3 230 F	x 1,4	2 378 F	20	20	0,81	0,93
25 - 49 ans	97,5 %	71,6 %	9 178	680 483	6 705 F	x 1,4	4 715 F	37	37	0,85	0,84
50 - 69 ans	98,3 %	76,0 %	5 892	369 391	10 636 F	x 1,3	8 314 F	60	59	0,92	0,88
70 - 79 ans	99,1 %	84,5 %	2 410	145 080	14 190 F	x 1,1	12 515 F	74	74	0,69	0,64
80 ans et plus	99,6 %	84,0 %	1 054	78 476	18 799 F	x 1,2	15 654 F	85	86	0,41	0,40
<b>Qualité du bénéficiaire</b>											
Assuré	98,1 %	81,2 %	16 975	1 200 392	9 736 F	x 1,4	7 157 F	51	49	1,04	0,96
Conjoint (dont 119 veufs)	97,3 %	42,9 %	2 305	138 960	6 835 F	x 1,1	6 363 F	48	51	0,02	0,05
Concubin	96,4 %	78,2 %	160	10 566	4 288 F	x 1,0	4 206 F	34	36	0,05	0,31
Enfant	95,0 %	55,2 %	746	87 798	2 309 F	x 1,1	2 116 F	18	18	1,01	1,02
Conjoint divorcé ou séparé	100,0 %	41,5 %	34	1 311	5 791 F	x 0,8	7 160 F	42	48	0,00	0,00
Autre ayant droit	92,6 %	66,6 %	100	8 220	3 637 F	x 1,3	2 760 F	29	38	0,41	0,72
<b>Exonéré</b>											
Oui	99,7 %	95,7 %	5 870	218 667	16 727 F	x 1,0	16 002 F	60	61	0,87	0,78
Non	97,1 %	69,8 %	14 450	1 228 580	5 938 F	x 1,2	5 078 F	45	44	0,79	0,81
<b>Motif d'exonération</b>											
ALD	99,7 %	95,5 %	5 456	192 020	17 451 F	x 1,0	17 035 F	61	63	0,93	0,84
Autres motifs	99,8 %	97,4 %	414	26 647	7 193 F	x 0,8	8 555 F	38	43	0,31	0,44
Non exonéré	97,1 %	69,8 %	14 450	1 228 580	5 937 F	x 1,2	5 078 F	45	44	0,79	0,81
<b>Âge * ALD</b>											
16 - 24 ans tous	95,5 %	60,2 %	1 786	173 817	3 230 F	x 1,4	2 374 F	20	20	0,81	0,93
25 - 49 ans et non ALD	97,2 %	70,6 %	7 944	641 129	5 074 F	x 1,2	4 146 F	37	36	0,80	0,83
50 - 69 ans et non ALD	97,5 %	72,7 %	3 656	302 261	7 626 F	x 1,1	6 669 F	59	59	0,82	0,85
70 - 79 ans et non ALD	98,4 %	79,6 %	1 200	98 466	9 772 F	x 1,0	9 525 F	74	74	0,59	0,56
80 ans et plus et non ALD	99,2 %	77,6 %	361	43 791	11 418 F	x 1,0	10 877 F	85	86	0,39	0,40
25 - 49 ans et ALD	99,8 %	94,9 %	1 234	39 354	17 203 F	x 1,2	13 964 F	39	39	1,16	1,00
50 - 69 ans et ALD	99,7 %	96,0 %	2 236	67 130	15 556 F	x 1,0	15 708 F	61	61	1,11	1,04
70 - 79 ans et ALD	99,8 %	97,3 %	1 210	46 614	18 571 F	x 1,0	18 833 F	74	74	0,81	0,84
80 ans et plus et ALD	99,9 %	93,7 %	693	34 685	22 644 F	x 1,0	21 683 F	85	86	0,41	0,40
<b>Sexe * ALD</b>											
Homme et non ALD	96,1 %	67,2 %	6 494	558 512	5 429 F	x 1,3	4 179 F	44	43		
Femme et non ALD	98,0 %	72,8 %	8 370	696 715	6 394 F	x 1,1	5 826 F	45	45		
Homme et ALD	99,6 %	96,2 %	2 626	87 476	16 859 F	x 1,0	17 222 F	59	61		
Femme et ALD	99,8 %	94,9 %	2 830	104 544	18 000 F	x 1,1	16 879 F	64	66		

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 57** [Excel \ Cnam \ tabl 2 dep opt-non opt 99.xls - Méd-géné]  
**Dépense annuelle moyenne par consommateur d'au moins un soin de médecin généraliste après le 1<sup>er</sup> janvier 1998**

	Consommateurs d'au moins un soin sur l'année									
	Taux		Effectif		Dépense annuelle moyenne		Âge moyen		Sexe ratio H / F	
	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant	Optant	Non optant
<b>Ensemble</b>	88,9 %	50,9 %	18 456	1 013 145	9 717 F x 1,2 x 1,2	8 165 F	50	49	0,79	0,71
<b>Caisse</b>										
Montbéliard	86,6 %	59,8 %	2 913	85 940	6 543 F x 1,1	6 023 F	47	48	0,80	0,94
Nice	91,6 %	49,3 %	3 911	413 917	14 973 F x 1,4	10 462 F	56	52	0,72	0,68
Privas	92,5 %	51,5 %	1 044	61 123	10 415 F x 1,6	6 691 F	55	49	0,72	0,75
Sarreguemines	87,5 %	63,0 %	1 361	121 824	8 327 F x 1,3	6 543 F	48	44	0,78	0,75
Strasbourg	87,0 %	52,4 %	4 685	167 447	8 688 F x 1,2	7 132 F	45	47	0,90	0,69
Valence	89,7 %	43,5 %	4 542	162 894	8 545 F x 1,4	6 286 F	52	47	0,74	0,68
<b>Sexe du bénéficiaire</b>										
Homme	86,4 %	45,7 %	8 119	421 687	9 475 F x 1,3	7 499 F	49	48		
Femme	90,9 %	55,4 %	10 337	591 458	9 907 F x 1,1	8 640 F	51	50		
<b>Age du bénéficiaire</b>										
16 - 24 ans	75,8 %	33,9 %	1 419	97 750	3 619 F x 1,2	3 022 F	20	20	0,76	0,76
25 - 49 ans	85,4 %	47,1 %	8 040	447 457	7 346 F x 1,3	5 643 F	37	37	0,81	0,73
50 - 69 ans	93,5 %	57,7 %	5 604	280 420	10 982 F x 1,1	9 563 F	60	59	0,90	0,83
70 - 79 ans	96,9 %	71,6 %	2 357	122 849	14 427 F x 1,1	13 491 F	74	74	0,68	0,60
80 ans et plus	97,9 %	69,2 %	1 036	64 669	18 911 F x 1,1	17 217 F	85	86	0,40	0,39
<b>Qualité du bénéficiaire</b>										
Assuré	90,3 %	58,3 %	15 625	861 306	10 341 F x 1,2 x 1,2	8 530 F	52	50	0,99	0,85
Conjoint (dont 119 veufs)	86,5 %	29,7 %	2 050	96 055	7 445 F x 1,0 x 1,0	7 806 F	49	53	0,02	0,04
Concubin	80,1 %	51,2 %	133	6 917	4 885 F x 1,0 x 1,0	4 934 F	35	36	0,06	0,23
Enfant	68,7 %	28,4 %	539	45 147	2 443 F x 0,9 x 0,9	2 689 F	18	17	0,98	0,86
Conjoint divorcé ou séparé	88,2 %	29,1 %	30	918	6 427 F x 0,7 x 0,7	8 885 F	43	47	0,00	0,00
Autre ayant droit	73,1 %	22,7 %	79	2 802	4 266 F x 1,0 x 1,0	4 182 F	29	45	0,36	0,53
<b>Exonéré</b>										
Oui	97,3 %	78,3 %	5 729	178 880	16 931 F x 1,0	17 318 F	60	62	0,87	0,74
Non	85,5 %	47,4 %	12 727	834 265	6 470 F x 1,0	6 203 F	46	46	0,75	0,71
<b>Motif d'exonération</b>										
ALD	97,8 %	78,6 %	5 348	158 124	17 601 F x 1,0 x 1,0	18 344 F	62	64	0,92	0,79
Autres motifs	91,8 %	75,9 %	381	20 756	7 519 F x 0,8 x 0,8	9 498 F	39	44	0,31	0,48
Non exonéré	85,5 %	47,4 %	12 727	834 265	6 470 F x 1,0 x 1,2	6 203 F	46	46	0,75	0,71
<b>Âge * ALD</b>										
16 - 24 ans tous	75,8 %	33,9 %	1 419	97 750	3 619 F x 1,2	3 022 F	20	20	0,76	0,76
25 - 49 ans et non ALD	83,8 %	46,1 %	6 847	418 325	5 555 F x 1,1	4 972 F	37	36	0,76	0,72
50 - 69 ans et non ALD	90,6 %	53,7 %	3 398	223 335	8 001 F x 1,0	7 745 F	59	59	0,78	0,80
70 - 79 ans et non ALD	95,4 %	66,3 %	1 164	82 012	9 981 F x 1,0	10 429 F	74	74	0,58	0,52
80 ans et plus et non ALD	96,7 %	63,8 %	352	36 042	11 623 F x 1,0	12 207 F	85	86	0,39	0,37
25 - 49 ans et ALD	96,5 %	53,4 %	1 193	22 132	17 628 F x 1,2	15 275 F	39	39	1,17	0,90
50 - 69 ans et ALD	98,4 %	81,7 %	2 206	57 085	15 574 F x 0,9	16 673 F	61	61	1,12	0,97
70 - 79 ans et ALD	98,4 %	85,2 %	1 193	40 837	18 764 F x 1,0	19 641 F	74	74	0,80	0,80
80 ans et plus et ALD	98,6 %	77,3 %	684	28 627	22 661 F x 1,0	23 524 F	85	86	0,41	0,41
<b>Sexe * ALD</b>										
Homme et non ALD	82,1 %	42,4 %	5 551	352 052	6 011 F x 1,1	5 238 F	44	45		
Femme et non ALD	88,5 %	52,5 %	7 557	502 969	6 860 F x 1,0	7 014 F	46	47		
Homme et ALD	97,4 %	76,6 %	2 568	69 635	16 965 F x 0,9	18 933 F	59	63		
Femme et ALD	98,1 %	80,4 %	2 780	88 489	18 189 F x 1,0	17 880 F	64	66		

\* Indice à âge et sexe comparable

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 58** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls - fidélité-sexe]  
**Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel**  
**selon le sexe des patients et leur densité de recours au médecin**

HOMMES	Patients optants			Patients non optants		
	Densité de consommation de soins de généralistes par an					
	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus
<b>Effectif de patients</b>						
Pas d'infidélité	1 065	706	1 559	88 919	41 246	53 517
Présomption d'infidélité faible	566	356	812	53 302	22 575	25 870
Présomption d'infidélité réelle	45	267	1 878	4 541	22 720	75 346
Ensemble	1 676	1 329	4 249	146 762	86 541	154 733
<b>Pourcentage de patients</b>						
Pas d'infidélité	63,5 %	53,1 %	36,7 %	60,6 %	47,7 %	34,6 %
Présomption d'infidélité faible	33,8 %	26,8 %	19,1 %	36,3 %	26,1 %	16,7 %
Présomption d'infidélité réelle	2,7 %	20,1 %	44,2 %	3,1 %	26,3 %	48,7 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

FEMMES	Patients optants			Patients non optants		
	Densité de consommation de soins de généralistes par an					
	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus	2 ou 3 séances	4 ou 5 séances	6 séances et plus
<b>Effectif de patients</b>						
Pas d'infidélité	1 042	856	2 230	94 773	51 309	86 308
Présomption d'infidélité faible	512	450	1 134	56 102	32 466	41 918
Présomption d'infidélité réelle	49	268	2 894	5 704	33 225	160 454
Ensemble	1 603	1 574	6 258	156 579	117 000	288 680
<b>Pourcentage de patients</b>						
Pas d'infidélité	65,0 %	54,4 %	35,6 %	60,5 %	43,9 %	29,9 %
Présomption d'infidélité faible	31,9 %	28,6 %	18,1 %	35,8 %	27,7 %	14,5 %
Présomption d'infidélité réelle	3,1 %	17,0 %	46,2 %	3,6 %	28,4 %	55,6 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

**Tableau n° 59** [Excel \ Cnam \ nomadisme.xls - fidélité-âge]  
**Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel**  
**selon l'âge des patients et leur densité de recours au médecin**

<b>Patients optants</b>							
	<b>16-24 ans</b>	<b>25-39 ans</b>	<b>40-49 ans</b>	<b>50-59 ans</b>	<b>60-69 ans</b>	<b>70-79 ans</b>	<b>80 ans et plus</b>
<b>2 ou 3 séances</b>							
Pas d'infidélité	60,2 %	58,6 %	67,6 %	62,8 %	77,2 %	78,9 %	83,8 %
Présomption d'infidélité faible	37,2 %	37,4 %	29,0 %	35,4 %	22,5 %	21,1 %	13,5 %
Présomption d'infidélité réelle	2,6 %	4,0 %	3,4 %	1,8 %	0,3 %	0,0 %	2,7 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>4 ou 5 séances</b>							
Pas d'infidélité	43,6 %	44,3 %	52,5 %	59,6 %	64,4 %	69,0 %	74,3 %
Présomption d'infidélité faible	29,2 %	30,3 %	26,1 %	28,5 %	26,7 %	23,4 %	21,4 %
Présomption d'infidélité réelle	27,2 %	25,4 %	21,4 %	11,9 %	8,9 %	7,6 %	4,3 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>6 séances ou plus</b>							
Pas d'infidélité	26,1 %	23,5 %	29,8 %	39,5 %	44,1 %	46,7 %	44,5 %
Présomption d'infidélité faible	14,2 %	16,8 %	18,4 %	19,9 %	19,4 %	19,6 %	19,5 %
Présomption d'infidélité réelle	59,7 %	59,7 %	51,8 %	40,6 %	36,5 %	33,7 %	36,0 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>Patients non optants</b>							
	<b>16-24 ans</b>	<b>25-39 ans</b>	<b>40-49 ans</b>	<b>50-59 ans</b>	<b>60-69 ans</b>	<b>70-79 ans</b>	<b>80 ans et plus</b>
<b>2 ou 3 séances</b>							
Pas d'infidélité	59,5 %	55,7 %	58,8 %	61,4 %	71,8 %	72,6 %	74,6 %
Présomption d'infidélité faible	37,7 %	39,6 %	38,0 %	36,2 %	25,7 %	25,5 %	24,3 %
Présomption d'infidélité réelle	2,8 %	4,7 %	3,2 %	2,4 %	2,5 %	1,9 %	1,2 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>4 ou 5 séances</b>							
Pas d'infidélité	30,7 %	37,6 %	47,3 %	53,2 %	48,1 %	60,3 %	65,0 %
Présomption d'infidélité faible	31,8 %	27,1 %	28,1 %	24,8 %	28,6 %	23,5 %	20,0 %
Présomption d'infidélité réelle	37,5 %	35,3 %	24,6 %	22,0 %	23,3 %	16,2 %	15,0 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %
<b>6 séances ou plus</b>							
Pas d'infidélité	21,7 %	21,5 %	24,0 %	31,7 %	37,3 %	42,6 %	39,7 %
Présomption d'infidélité faible	12,9 %	10,7 %	14,5 %	18,8 %	15,7 %	17,6 %	17,9 %
Présomption d'infidélité réelle	65,4 %	67,8 %	61,5 %	49,5 %	47,0 %	39,8 %	42,4 %
Ensemble	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : données du SIAM : du 10-07-97 au 30-06-98

***Annexe 4***  
***Questionnaires***

---





## Annexe 4 Questionnaires

CREDES - Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé  
Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1998

### Questionnaire « optant »

8		
Année	Vague	Mode d'enquête

**QUESTIONNAIRE CONTRAT DE SUIVI MEDICAL**  
**VOUS AVEZ SIGNÉ un contrat de suivi médical pour un an  
chez un médecin généraliste référent**

N° adresse N° individuel

Enquêteur préremplir les parties grisées :

<p>Prénom : _____</p> <p><b>Vous avez signé un contrat de suivi médical chez un médecin généraliste référent.</b></p> <p><b>Veillez remplir ce questionnaire.</b></p> <p><i>En signant un contrat de suivi médical chez un généraliste, ce médecin devient votre généraliste référent. Vous vous engagez à vous adresser à lui en priorité pour toute demande de soins et vous bénéficiez d'avantages financiers en ne payant qu'une partie du prix de sa consultation ou de sa visite. Votre généraliste référent prend en charge l'ensemble de vos problèmes de santé, il vous conseille et vous dirige en cas de besoin vers un spécialiste, il tient à jour votre dossier médical et vous assure un suivi préventif (vaccinations, dépistage).</i></p>
--

1. Vous avez signé un contrat de suivi médical chez un médecin généraliste référent. Ce médecin était-il votre généraliste habituel auparavant ?

- <sub>1</sub> oui                      <sub>2</sub> non

2. En dehors de votre généraliste référent, par quels moyens avez-vous entendu parler de ce contrat de suivi médical ? (plusieurs réponses possibles)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> par personne d'autre              | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> par un dépliant de la Sécurité sociale, MSA ... |
| <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> par un autre médecin              | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> par les journaux ou par d'autres médias         |
| <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> par une personne de mon entourage | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> je ne sais plus                                 |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>7</sub> autre, précisez .....                           |

3. Quand avez-vous signé votre contrat de suivi médical (date) ?

_	_
mois	année

4. Pour quelles raisons avez-vous signé ce contrat de suivi médical ? (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> pour payer moins cher les consultations médicales (c'est-à-dire bénéficier du tiers payant)
- <sub>2</sub> pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi et de ma famille
- <sub>3</sub> pour contribuer à la diminution des dépenses de santé
- <sub>4</sub> tout simplement parce que mon généraliste me l'a proposé
- <sub>5</sub> autre, précisez .....

5. Si votre médecin référent est absent (week-end, nuit...) et que vous avez besoin de consulter un généraliste, vous êtes donc amené à faire appel à un autre médecin ou à un système de garde :

5.1 Comment avez-vous été informé de la démarche à suivre dans ce cas ? (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> par mon généraliste référent lui-même qui me l'a expliqué oralement
- <sub>2</sub> par mon généraliste référent lui-même qui m'a remis un document écrit
- <sub>3</sub> par son secrétariat ou son répondeur téléphonique
- <sub>4</sub> par un document distribué par la mairie, le journal local...
- <sub>5</sub> par le pharmacien
- <sub>6</sub> je n'ai jamais été informé de la démarche à suivre (passez directement à la question 6)
- <sub>7</sub> autre, précisez .....

5.2 Quelles informations vous a-t-on données ? (plusieurs réponses possibles)

- <sub>1</sub> les références d'un autre médecin généraliste                      <sub>3</sub> les références d'un hôpital ou d'une clinique
- <sub>2</sub> les référence d'un médecin de garde (ou SOS)                      <sub>4</sub> autre, précisez .....

5.3 Quand avez-vous été informé de ces différentes possibilités ?

- <sub>1</sub> depuis que j'ai signé mon contrat de suivi médical
- <sub>2</sub> bien avant

5.4 Les informations que l'on vous a fournies vous ont-elles satisfait ?

- <sub>1</sub> oui                      <sub>2</sub> non                      <sub>3</sub> ne sait pas



Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.** La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.  
Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 Septembre 92130 Issy les Moulineaux

**AVANT d'avoir signé votre contrat de suivi médical**

**6. Avant de consulter un médecin spécialiste pour vous-même, preniez-vous l'avis d'un médecin généraliste ?**

- <sub>1</sub> oui, le plus souvent      <sub>2</sub> oui, parfois      <sub>3</sub> non, jamais      <sub>4</sub> je ne consultais jamais de spécialiste

**7. Quand vous aviez des documents médicaux vous concernant et remis par un médecin spécialiste, les transmettiez-vous à votre généraliste ? (radios, analyses, comptes rendus...)**

- <sub>1</sub> oui, le plus souvent      <sub>2</sub> oui, parfois      <sub>3</sub> non, jamais      <sub>4</sub> je n'ai jamais eu de document à lui transmettre

**APRÈS avoir signé votre contrat de suivi médical**

**8. Depuis la signature de votre contrat, combien de fois avez-vous consulté votre généraliste référent pour vous-même ?**

- <sub>1</sub> jamais, passez directement à la question 15      <sub>2</sub> 1 à 2 fois      <sub>3</sub> 3 à 5 fois      <sub>4</sub> 6 fois ou plus

**9. Avez-vous le sentiment d'avoir modifié votre propre comportement par rapport à vos habitudes antérieures ?**

- <sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

☛ **Si oui :** **9.1 Avant de consulter un spécialiste pour vous-même, prenez-vous l'avis de votre généraliste référent ?**

- <sub>1</sub> oui, le plus souvent      <sub>3</sub> non, je ne prends jamais son avis  
<sub>2</sub> oui, parfois      <sub>4</sub> non, je ne consulte jamais de spécialiste

**9.2 Quand vous avez des documents médicaux vous concernant et remis par un spécialiste, les transmettez-vous à votre généraliste référent ? (radios, analyses, comptes rendus...)**

- <sub>1</sub> oui, le plus souvent      <sub>3</sub> non, jamais  
<sub>2</sub> oui, parfois      <sub>4</sub> non, je n'ai jamais de document à lui transmettre

**9.3 Sur quels autres aspects avez-vous modifié votre propre comportement ?**

précisez : .....

**10. Quels spécialistes consultez-vous directement pour vous-même sans prendre l'avis de votre généraliste référent ?**

précisez la ou les spécialités : .....

**11. Depuis la signature de votre contrat, votre généraliste référent vous a-t-il fait lui-même ou vous a-t-il conseillé ... ?**

- |                                      |  |  |   |
|--------------------------------------|--|--|---|
| • un électrocardiogramme             | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui, il l'a fait lui-même  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> oui, il l'a conseillé  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> non |
| • une infiltration ou une ponction   | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui, il l'a faite lui-même | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> oui, il l'a conseillée | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> non |
| • un frottis                         | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> oui, il l'a fait lui-même  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> oui, il l'a conseillé  | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> non |
| • une mammographie (radio des seins) |  | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> oui, il l'a conseillée | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> non |

**12. Selon vous, vos relations avec votre généraliste référent se sont-elles modifiées depuis la signature de votre contrat ?**

- <sub>1</sub> oui, en mieux      <sub>2</sub> oui, en moins bien      <sub>3</sub> non, elles n'ont pas changé      <sub>4</sub> ne se prononce pas

**13. Votre généraliste référent vous consacre-t-il :**

- <sub>1</sub> plus de temps qu'auparavant ?      <sub>2</sub> moins de temps ?      <sub>3</sub> autant de temps ?      <sub>4</sub> ne se prononce pas

**14. Votre généraliste référent vous adresse-t-il chez le médecin spécialiste :**

- <sub>1</sub> plus souvent qu'auparavant ?      <sub>3</sub> aussi souvent ?  
<sub>2</sub> moins souvent ?      <sub>4</sub> il ne m'adresse jamais chez le spécialiste

**15. Depuis la signature de votre contrat, avez-vous consulté pour vous-même un généraliste autre que votre généraliste référent ?**

- <sub>1</sub> oui      <sub>2</sub> non

**16. Si oui, pour quelles raisons ? Répondez pour la dernière consultation ou visite (plusieurs réponses possibles)**

- <sub>1</sub> je me trouvais loin de mon domicile (voyage, congés, déplacement...)  
<sub>2</sub> j'avais besoin de consulter rapidement et mon généraliste était absent  
<sub>3</sub> je souhaitais prendre l'avis d'un autre généraliste  
<sub>4</sub> je souhaitais bénéficier d'un autre traitement  
<sub>5</sub> autre, précisez .....

**17. Envisagez-vous de reprendre un contrat de suivi médical l'an prochain ?**

- <sub>1</sub> oui      <sub>3</sub> je ne sais pas, je n'ai pas assez de recul  
<sub>2</sub> non      <sub>4</sub> je ne sais pas, je ne suis pas au courant de la possibilité de renouvellement

☛ **Si oui**, précisez pour quelles raisons : .....

☛ **Si non**, précisez pour quelles raisons : .....

Questionnaire « non optant »

8 Année    Vague    Mode d'enquête	<b>QUESTIONNAIRE CONTRAT DE SUIVI MEDICAL</b> <b>VOUS N'AVEZ PAS SIGNÉ un contrat de suivi médical chez un médecin généraliste référent</b>	N° adresse    N° individuel
--	--	-----------------------------

Enquêteur préremplir les parties grisées :

Prénom :	Vous n'avez pas signé un contrat de suivi médical chez un médecin généraliste référent.
<b>Veillez remplir ce questionnaire.</b> <i>En signant un contrat de suivi médical chez un généraliste, ce médecin devient votre généraliste référent. Vous vous engagez à vous adresser à lui en priorité pour toute demande de soins et vous bénéficiez d'avantages financiers en ne payant qu'une partie du prix de sa consultation ou de sa visite. Votre généraliste référent prend en charge l'ensemble de vos problèmes de santé, il vous conseille et vous dirige en cas de besoin vers un spécialiste, il tient à jour votre dossier médical et vous assure un suivi préventif (vaccinations, dépistage).</i>	

1. Vous n'avez pas signé un contrat de suivi médical. Mais avez-vous déjà entendu parler de ce contrat ?

- 1 oui                       2 non

2. Si oui, par qui ? (plusieurs réponses possibles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 par mon médecin généraliste habituel | <input type="checkbox"/> 4 par un dépliant de la Sécurité sociale, MSA ... |
| <input type="checkbox"/> 2 par un autre médecin                 | <input type="checkbox"/> 5 par les journaux ou par d'autres médias         |
| <input type="checkbox"/> 3 par une personne de mon entourage    | <input type="checkbox"/> 6 je ne sais plus                                 |
|   | <input type="checkbox"/> 7 autre, précisez .....                           |

3. Avez-vous consulté un médecin généraliste pour vous-même depuis le début de l'année 1998 ?

- 1 oui                       2 non

4. Si oui, vous a-t-on déjà proposé de signer un contrat de suivi médical ?                       1 oui                       2 non

5. Si, prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de le signer ?

- 1 oui                       2 non                       3 ne sait pas

6. Si oui, pourquoi ?                       1 pour payer moins cher les consultations médicales (c'est-à-dire bénéficier du tiers payant)

- (plusieurs réponses possibles)
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 2 pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi et de ma famille |
| <input type="checkbox"/> 3 pour contribuer à la diminution des dépenses de santé           |
| <input type="checkbox"/> 4 tout simplement parce que mon généraliste me l'aurait proposé   |
| <input type="checkbox"/> 5 autre, précisez .....   |

7. Si non, pourquoi ?                       1 je n'en ressens pas le besoin

- (plusieurs réponses possibles)
- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 2 je veux pouvoir consulter directement un spécialiste de mon choix                                |
| <input type="checkbox"/> 3 je veux pouvoir consulter un autre généraliste sans que mon généraliste habituel soit au courant |
| <input type="checkbox"/> 4 ça va augmenter les dépenses de santé  |
| <input type="checkbox"/> 5 autre, précisez .....  |

8. Avez-vous un médecin généraliste habituel ?

- 1 oui                      ⇨ **Si oui, poursuivez le questionnaire**  
 2 non                      ⇨ **Si non, arrêtez le questionnaire**

**Vous avez un médecin généraliste habituel**

9. Votre généraliste habituel a-t-il choisi d'être un médecin référent ?

- 1 oui                       2 non                       3 ne sait pas

10. Quand vous avez des documents médicaux vous concernant et remis par un spécialiste, les transmettez-vous à votre généraliste habituel ? (radios, analyses biologiques, comptes rendus...)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 oui, le plus souvent | <input type="checkbox"/> 3 non, jamais                                       |
| <input type="checkbox"/> 2 oui, parfois         | <input type="checkbox"/> 4 non, je n'ai jamais de document à lui transmettre |



Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, **cette enquête est reconnue d'intérêt général et n'a pas de caractère obligatoire.**  
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.

Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 Septembre 92130 Issy les Moulineaux

**11. Avant de consulter un médecin spécialiste pour vous-même, prenez-vous l'avis de votre généraliste habituel ?**

- 1 oui, le plus souvent
- 2 oui, parfois
- 3 non, je ne prends jamais son avis
- 4 non, je ne consulte jamais de spécialiste

**12. Quels spécialistes consultez-vous directement pour vous-même sans prendre l'avis de votre généraliste habituel ?**

précisez la ou les spécialités : .....

**13. Si votre médecin habituel est absent (week-end, nuit...) et que vous avez besoin de consulter un généraliste, vous êtes donc amené à faire appel à un autre médecin ou à un système de garde :**

**13.1 Comment avez-vous été informé de la démarche à suivre dans ce cas ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 par mon généraliste habituel lui-même qui me l'a expliqué oralement
- 2 par mon généraliste habituel lui-même qui m'a remis un document écrit
- 3 par son secrétariat ou son répondeur téléphonique
- 4 par un document distribué par la mairie, par le journal local...
- 5 par le pharmacien
- 6 je n'ai jamais été informé de la démarche à suivre (passez directement à la question 14)
- 7 autre, précisez .....

**13.2 Quelles informations vous a-t-on données ? (plusieurs réponses possibles)**

- 1 les références d'un autre médecin généraliste
- 2 les référence d'un médecin de garde (ou SOS)
- 3 les références d'un hôpital ou d'une clinique
- 4 autre, précisez .....

**13.3 Quand avez-vous été informé de ces différentes possibilités ?**

- 1 depuis le début de l'année 1998
- 2 bien avant

**13.4 Les informations que l'on vous a fournies vous ont-elles satisfait ?**

- 1 oui
- 2 non
- 3 ne sait pas

**14. Depuis le début de l'année 1998, avez-vous consulté pour vous-même un généraliste autre que votre généraliste habituel ?**

- 1 oui
- 2 non

**15. Si oui, pour quelles raisons ? Répondez pour la dernière consultation ou visite (plusieurs réponses possibles)**

- 1 je me trouvais loin de mon domicile (voyage, congés, déplacement...)
- 2 j'avais besoin de consulter rapidement et mon généraliste était absent
- 3 je souhaitais prendre l'avis d'un autre généraliste
- 4 je souhaitais bénéficier d'un autre traitement
- 5 autre, précisez .....

**16. Depuis le début de l'année 1998, combien de fois avez-vous consulté pour vous-même votre généraliste habituel ?**

- 1 jamais
  - 2 1 à 2 fois
  - 3 3 à 5 fois
  - 4 6 fois ou plus
- ⇒ Si vous n'avez pas consulté votre généraliste habituel en 1998, arrêtez le questionnaire
- ⇒ Si vous avez consulté votre généraliste habituel en 1998, poursuivez le questionnaire

**Vous avez consulté votre médecin généraliste habituel pour vous-même depuis le début de l'année 1998**

**17. Depuis le début de l'année 1998, votre généraliste habituel vous a-t-il fait lui-même ou vous a-t-il conseillé ... ?**

- un électrocardiogramme  1 oui, il l'a fait lui-même  2 oui, il l'a conseillé  3 non
- une infiltration ou une ponction  1 oui, il l'a faite lui-même  2 oui, il l'a conseillée  3 non
- un frottis  1 oui, il l'a fait lui-même  2 oui, il l'a conseillé  3 non
- une mammographie (radio des seins)  2 oui, il l'a conseillée  3 non

**18. Selon vous, depuis le début de l'année 1998, vos relations avec votre généraliste habituel se sont-elles modifiées ?**

- 1 oui, en mieux
- 2 oui, en moins bien
- 3 non, elles n'ont pas changé
- 4 ne se prononce pas

**19. Depuis le début de l'année 1998, votre généraliste habituel vous consacre-t-il :**

- 1 plus de temps qu'auparavant ?
- 2 moins de temps ?
- 3 autant de temps ?
- 4 ne se prononce pas

**20. Depuis le début de l'année 1998, votre généraliste habituel vous adresse-t-il chez le médecin spécialiste :**

- 1 plus souvent qu'auparavant ?
- 2 moins souvent ?
- 3 aussi souvent ?
- 4 il ne m'adresse jamais chez le spécialiste

## Option Conventiennelle

Question à insérer dans le questionnaire principal

*La personne interviewée par l'enquêteur répond pour chaque personne du ménage*

### Questions issues du questionnaire principal

**Carnet de santé de la Sécurité Sociale** : à remplir pour toutes les personnes du ménage :

17. La personne a-t-elle reçu un carnet de santé de la Sécurité Sociale ?

- <sub>1</sub> oui                       <sub>2</sub> non, passez à la question 21

18. Si oui : depuis qu'elle l'a reçu, a-t-elle consulté un médecin ?

- <sub>1</sub> oui                       <sub>2</sub> non, passez à la question 21

19. Si oui : lors de la dernière consultation, a-t-elle emporté son carnet de santé ?

- <sub>1</sub> oui                       <sub>2</sub> non, passez à la question 21

20. Si oui : le médecin l'a-t-il rempli ?

- <sub>1</sub> oui                       <sub>2</sub> non

**Questions « filtre »** pour aiguiller l'interviewé et les personnes appartenant à son ménage vers les questionnaires Patients Optants et Patients Non Optants :

21. Depuis le début de cette année, la personne a-t-elle signé avec un médecin généraliste un contrat de suivi médical ?

*En signant un contrat de suivi médical chez un généraliste, ce médecin devient votre généraliste référent. Vous vous engagez à vous adresser à lui en priorité pour toute demande de soins et vous bénéficiez d'avantages financiers en ne payant qu'une partie du prix de sa consultation ou de sa visite. Votre généraliste référent prend en charge l'ensemble de vos problèmes de santé, il vous conseille et vous dirige en cas de besoin vers un spécialiste, il tient à jour votre dossier médical et vous assure un suivi médical préventif (vaccinations, dépistage).*

- <sub>1</sub> oui                      ⇒ **Si oui**, remplissez le questionnaire « Contrat de suivi médical : VOUS AVEZ SIGNÉ... »  
 <sub>2</sub> non                     ⇒ **Si non**, remplissez le questionnaire « Contrat de suivi médical : VOUS N'AVEZ PAS SIGNÉ... »  
 <sub>3</sub> n.s.p.

### Option Conventiennelle

Question à insérer dans le carnet de soins

**Document confidentiel**  
**A ne pas diffuser**

• **Qui a conseillé cette séance ?**

- <sub>1</sub> Personne
- <sub>2</sub> Votre généraliste habituel
- <sub>3</sub> Un autre généraliste
- <sub>4</sub> Un médecin spécialiste, préciser sa spécialité .....
- <sub>5</sub> Autre (dentiste, entourage...), préciser : .....

## Option Conventiennelle

Question à insérer dans le questionnaire principal et à poser en 2<sup>ème</sup> visite

*La personne interviewée par l'enquêteur répond pour elle seulement*

### Questions issues du questionnaire principal (suite)

**Question factuelle** sur l'adressage médecin spécialiste et son mode :

**55. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté au moins une fois pour vous-même un médecin spécialiste ?**

- <sub>1</sub> oui                       <sub>2</sub> non, passez à la question 67                       <sub>3</sub> n.s.p., passez à la question 67

**56. Si oui, a-t-elle eu lieu en :**

- <sub>1</sub> 1998, précisez le mois.....                       <sub>2</sub> 1997                       <sub>3</sub> 1996                       <sub>4</sub> n.s.p.  
(pour la suite, se référer à la dernière consultation de la dernière année)

**57. Si oui, précisez sa spécialité :** .....

**58. Si oui, avez-vous consulté ce spécialiste :**

- <sub>1</sub> sur les conseils de votre généraliste habituel  
 <sub>2</sub> sur les conseils d'un autre médecin généraliste  
 <sub>3</sub> à la demande de ce spécialiste lui-même qui vous a demandé de revenir  
 <sub>4</sub> sur les conseils d'un autre médecin spécialiste, précisez : .....  
 <sub>5</sub> sur les conseils d'une personne de votre entourage  
 <sub>6</sub> de votre propre initiative

**59. A la fin de la séance, ce spécialiste :**

- <sub>1</sub> a-t-il rédigé une lettre ou un compte rendu destiné à votre généraliste habituel ou à un autre médecin ?  
 <sub>2</sub> vous a-t-il remis lui-même une ordonnance de médicaments ?  
 <sub>3</sub> vous a-t-il remis lui-même une ordonnance pour d'autres types de soins ?  
(radios, analyses, kinésithérapie...)  
 <sub>4</sub> a-t-il conseillé la prescription de certains médicaments à votre généraliste habituel ?  
 <sub>5</sub> a-t-il conseillé la prescription d'autres types de soins à votre généraliste habituel ?  
(radios, analyses, kinésithérapie...)  
 <sub>6</sub> vous a-t-il adressé lui-même à un autre spécialiste ou à l'hôpital ?





***Annexe 5 :***  
***Tableaux ESPS***

---



## Annexe 5 Tableaux ESPS

**Tableau n° 60** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Généraliste habituel]  
**Caractéristiques des non optants répondants  
ayant un généraliste habituel**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% de personnes sur l'ensemble des répondants non optants	Indices comparatifs à âge et sexe égal
<b>Ensemble des personnes déclarant un généraliste habituel</b>	<b>5 128,0</b>	<b>5 080,4</b>	<b>82,9 %</b>	
<b>Age</b>				
16 à 39 ans	2 307,0	2 229,0	79,2 %	
40 à 64 ans	2 141,0	2 073,3	84,8 %	
65 ans et plus	680,0	778,1	89,6 %	
<b>Sexe</b>				
Homme	2 436,0	2 336,2	79,4 %	
Femme	2 692,0	2 744,2	86,2 %	
<b>Catégorie socio-professionnelle individuelle</b>				
Sans profession (80 % Etudiants)	1 104,0	1 022,7	80,4 %	1,00
Agriculteur	214,0	199,5	90,3 %	1,48
Artisan commerçant	223,0	200,9	83,9 %	0,98
Cadre et profession intellectuelle	477,0	513,6	77,2 %	0,72
Profession intermédiaire	865,0	864,3	82,9 %	0,99
Employé	1 306,0	1 353,5	86,3 %	1,10
Ouvrier qualifié	709,0	681,7	81,9 %	1,07
Ouvrier non qualifié	446,0	444,6	83,1 %	1,02
<b>Etat marital</b>				
Mariée ou en ménage	3 420,0	3 315,3	84,6 %	1,09
Divorcée ou séparée	167,0	248,3	81,7 %	<b>0,76</b>
Veuf(ve)	226,0	307,0	88,2 %	0,89
Célibataire	1 315,0	1 209,8	77,7 %	0,89
<b>Revenu par unité de consommation en France</b>				
Moins de 2 000 F/ UC	138,0	161,0	84,2 %	1,19
De 2 000 F à 3 000 F/UC	350,0	356,2	82,0 %	0,97
De 3 000 à 4 000 F/UC	384,0	420,6	85,1 %	1,22
De 4 000 à 5 000 F/UC	567,0	553,9	86,7 %	1,38
De 5 000 à 6 000 F/UC	509,0	518,2	84,9 %	1,18
De 6 000 à 8 000 F/UC	682,0	703,4	84,8 %	1,11
Plus de 8 000 F/UC	1 019,0	995,2	81,0 %	0,87
<b>Degré d'invalidité</b>				
Pas de gêne	592,0	544,5	74,9 %	0,80
Gênée, de façon infime	593,0	551,1	77,0 %	0,81
Peu gêné	1 018,0	987,1	78,8 %	0,81
Gêné, mais vit normalement	1 528,0	1 507,5	86,9 %	1,30
Doit diminuer activité	906,0	976,2	91,4 %	1,80
Activité réduite	298,0	323,3	91,9 %	1,65
Pas autonomie domestique	74,0	68,9	96,2 %	3,62
Alitement permanent	7,0	6,5	100,0 %	-
<b>Risque vital</b>				
Aucun indice de risque vital	1 277,0	1 162,5	78,5 %	0,86
Pronostic péjoratif très faible	770,0	740,3	79,6 %	0,89
Pronostic péjoratif faible	1 754,0	1 775,2	85,1 %	1,16
Risque possible	891,0		89,1 %	1,41
Pronostic probablement mauvais	277,0	306,8	93,0 %	1,96
Pronostic sûrement mauvais	47,0	46,3	93,6 %	2,28
<b>Existence d'une couverture complémentaire</b>				
A une couverture complémentaire	5 386,0	5 306,9	84,5 %	1,11
N'a pas de couverture complémentaire	783,0	802,2	73,1 %	0,59
<b>Exonération du ticket modérateur</b>				
Oui	558,0	612,0	90,3 %	1,64
Non	4 480,0	4 377,2	82,1 %	0,96

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Note :** Toutes les modalités ne sont pas présentées sur le tableau, notamment les non réponses, mais tous les calculs présentés en tiennent compte.

**Tableau n° 61** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Age-sexe-situation familiale]  
**Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale**  
**selon l'âge, le sexe et la situation familiale**

	Ont renvoyé le questionnaire " non optant "			Population générale			Ont renvoyé le questionnaire " optant "		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne
<b>Age</b>									
16-19 ans	491	460,8	7,5 %	773	714,1	7,8 %	6	8,2	10,1 %
20-29 ans	1 270	1 110,4	18,1 %	2 003	1 703,7	18,6 %	14	14,6	17,9 %
30-39 ans	1 150	1 241,6	20,3 %	1 647	1 762,2	19,3 %	15	17,9	22,0 %
40-49 ans	1 206	1 158,4	18,9 %	1 834	1 741,2	19,1 %	15	17,3	21,2 %
50-59 ans	904	850,8	13,9 %	1 423	1 297,8	14,2 %	6	6,5	8,0 %
60-69 ans	696	758,6	12,4 %	995	1 063,0	11,6 %	5	6,2	7,6 %
70-79 ans	344	397,2	6,5 %	537	621,3	6,8 %	8	9,0	11,0 %
80 ans et +	124	148,2	2,4 %	206	235,8	2,6 %	3	1,8	2,3 %
<b>Sexe</b>									
Homme	3 064	2 943,0	48,0 %	4 708	4 432,0	48,5 %	35	39,5	48,5 %
Femme	3 121	3 182,9	52,0 %	4 710	4 707,0	51,5 %	37	41,9	51,5 %
<b>Etat matrimonial</b>									
Non indiqué	-	-	-	5	5,0	0,1 %	-	-	-
Marié(e) / en ménage	4 050	3 917,8	64,0 %	5 994	5 720,7	62,6 %	48	54,2	66,5 %
Divorcé(e) / séparé(e)	203	303,8	5,0 %	326	466,7	5,1 %	4	5,3	6,5 %
Veuf / veuve	256	348,1	5,7 %	384	512,2	5,6 %	3	2,4	3,0 %
Célibataire (18 ans et plus)	1 676	1 556,1	25,4 %	2 709	2 434,5	26,6 %	17	19,6	24,0 %
<b>Taille du ménage</b>									
1 personne	472	840,6	13,7 %	679	1 209,0	13,2 %	3	5,3	6,5 %
2 personnes	1 581	1 741,3	28,4 %	2 324	2 535,4	27,7 %	25	27,1	33,3 %
3 personnes	1 339	1 206,8	19,7 %	1 989	1 770,0	19,4 %	7	6,5	8,0 %
4 personnes	1 699	1 444,9	23,6 %	2 541	2 116,6	23,2 %	16	17,1	21,0 %
5 personnes	710	586,5	9,6 %	1 163	950,8	10,4 %	12	10,8	13,3 %
6 personnes et plus	384	305,8	5,0 %	722	557,3	6,1 %	9	14,6	17,9 %
<b>Ensemble</b>	<b>6 185</b>	<b>6 125,8</b>	<b>100,0 %</b>	<b>9 418</b>	<b>9 139,1</b>	<b>100,0 %</b>	<b>72</b>	<b>81,5</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 62** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - CSP-revenu]  
**Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale**  
**selon la catégorie socioprofessionnelle et le revenu mensuel par unité de consommation**

	Ont renvoyé le questionnaire " non optant "			Population générale			Ont renvoyé le questionnaire " optant "		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne
<b>Catégorie socioprofessionnelle de la personne</b>									
Sans profession (80 % Etudiants)	1 104	1 022,7	16,7 %	1 770	1 619,7	17,7 %	14	17,6	21,6 %
Agriculteur	242	220,9	3,6 %	366	328,3	3,6 %	3	2,0	2,4 %
Artisan commerçant	267	239,3	3,9 %	441	384,9	4,2 %	1	0,7	0,9 %
Cadre et profession intellectuelle	617	665,3	10,9 %	901	945,3	10,3 %	3	3,3	4,1 %
Profession intermédiaire	1 038	1 042,1	17,0 %	1 447	1 429,0	15,6 %	6	8,2	10,1 %
Employé	1 520	1 568,2	25,6 %	2 259	2 279,5	24,9 %	16	17,6	21,6 %
Ouvrier qualifié	862	832,0	13,6 %	1 320	1 255,6	13,7 %	17	19,3	23,7 %
Ouvrier non qualifié	535	535,3	8,7 %	914	896,9	9,8 %	12	12,8	15,7 %
<b>Revenu mensuel par unité de consommation</b>									
Inconnu	1 835	1 698,0	27,7 %	4 140	3 836,4	42,0 %	25	27,6	33,8 %
Moins de 2 000 F/UC	160	191,3	4,3 %	234	269,1	5,1 %	3	3,7	4,5 %
De 2 000 F à 3 000 F/UC	426	434,4	9,8 %	570	574,3	10,8 %	5	9,1	11,2 %
De 3 000 F à 4 000 F/UC	463	494,1	11,2 %	554	585,5	11,0 %	8	9,7	11,9 %
De 4 000 F à 5 000 F/UC	651	638,7	14,4 %	775	742,8	14,0 %	5	4,6	5,6 %
De 5 000 F à 6 000 F/UC	607	610,4	13,8 %	717	711,1	13,4 %	8	9,0	11,1 %
De 6 000 F à 8 000 F/UC	801	829,9	18,7 %	975	996,4	18,8 %	11	10,0	12,3 %
Plus de 8 000 F/UC	1 242	1 229,0	27,8 %	1 453	1 423,5	26,8 %	7	7,8	9,6 %
<b>Ensemble</b>	<b>6 185</b>	<b>6 125,8</b>	<b>100,0 %</b>	<b>9 418</b>	<b>9 139,1</b>	<b>100,0 %</b>	<b>72</b>	<b>81,5</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 63** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - protection sociale]  
**Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale  
selon le degré de protection sociale de la personne**

	Ont renvoyé le questionnaire " non optant "			Population générale			Ont renvoyé le questionnaire " optant "		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne
<b>Régime</b>									
Autre régime ou Inconnu	121	189,4	3,1 %	191	283,9	3,1 %	1	1,8	2,2 %
Régime général	5 354	5 305,3	86,6 %	8 098	7 873,8	86,2 %	61	68,9	84,6 %
CANAM	291	246,4	4,0 %	498	414,8	4,5 %	1	0,7	0,9 %
MSA	419	384,7	6,3 %	631	566,7	6,2 %	9	10,0	12,2 %
<b>Exonération et mode de couverture complémentaire</b>									
100 % avec CC*	443	478,6	7,8 %	712	753,2	8,2 %	10	9,7	11,9 %
100 % sans CC	170	198,5	3,2 %	283	325,0	3,6 %	6	6,4	7,9 %
TM** avec CC	4 878	4 769,8	<b>77,9 %</b>	7 218	6 910,4	75,6 %	48	55,0	67,5 %
TM sans CC	570	552,7	9,0 %	971	930,3	10,2 %	6	7,8	9,5 %
Inconnu	124	126,2	2,1 %	234	220,3	2,4 %	2	2,6	3,1 %
<b>Motifs d'exonération pour les exonérés</b>									
ALD (Affectation de longue durée)	364	391,2	57,7 %	595	682,4	<b>63,2 %</b>	9	7,3	45,4 %
Autres motifs médicaux	116	121,9	18,0 %	184	190,6	17,6 %	3	3,3	20,6 %
RMI, aide médicale gratuite	85	108,1	15,9 %	137	176,6	16,4 %	1	0,9	5,6 %
Autres	84	98,6	14,6 %	139	153,4	14,2 %	3	4,6	28,3 %
Nombre de personnes	614	677,5		998	1 080,4		16	16,1	
Ensemble	6 185	6 125,8	100,0 %	9 418	9 139,1	100,0 %	72	81,5	100,0 %

\* CC : couverture complémentaire

\*\* TM : ticket modérateur

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 64** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Etat de santé]  
**Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale  
selon l'état de santé de la personne**

	Ont renvoyé le questionnaire " non optant "			Population générale			Ont renvoyé le questionnaire " optant "		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne
<b>Risque vital</b>									
Inconnu	111	117,6	1,9 %	2 427	2 287,0	25,0 %	8	11,9	14,6 %
<b>% sur risque vital connu :</b>									
Aucun indice de risque vital	1 625	1 480,9	24,6 %	1 748	1 594,4	23,3 %	11	11,9	17,0 %
Pronostic péjoratif très faible	954	930,1	15,5 %	1 026	996,9	14,5 %	25	27,5	39,5 %
Pronostic péjoratif faible	2 060	2 086,5	34,7 %	2 209	2 225,1	32,5 %	18	20,4	29,2 %
Risque possible	993	1 048,4	17,5 %	1 095	1 149,7	16,8 %	7	6,2	9,0 %
Pronostic probablement mauvais	296	330,0	5,5 %	319	350,5	5,1 %	3	3,7	5,2 %
Pronostic sûrement mauvais	50	49,5	0,8 %	56	53,5	0,8 %			
Indéterminable	96	82,9	1,4 %	537	481,5	7,0 %			
<b>Degré d'invalidité</b>									
Inconnu	112	118,0	1,9 %	2 429	2 288,3	25,0 %			
<b>% sur degré d'invalidité connu :</b>									
Pas de gêne	784	727,3	12,1 %	867	807,4	11,8 %	6	7,3	9,0 %
Gênée, de façon infime	767	715,5	11,9 %	825	769,7	11,2 %	9	11,5	14,1 %
Peu gêné	1 276	1 253,5	20,9 %	1 354	1 323,4	19,3 %	12	11,0	13,6 %
Gêné, mais vit normalement	1 759	1 734,5	28,9 %	1 881	1 851,6	27,0 %	15	19,1	23,4 %
Doit diminuer activité professionnelle/domestique	986	1 067,6	17,8 %	1 078	1 152,6	16,8 %	20	21,2	26,0 %
Activité réduite	324	351,6	5,9 %	353	378,4	5,5 %	5	5,9	7,2 %
Pas autonomie domestique	77	71,6	1,2 %	89	82,1	1,2 %	2	1,8	2,2 %
Alitement permanent	7	6,5	0,1 %	7	6,5	0,1 %			
Indéterminable	93	79,8	1,3 %	534	478,4	7,0 %	3	3,7	4,5 %
Décès en cours d'enquête				1	0,6	0,0 %			
<b>Etat de santé perçu : note de 0 (en très mauvaise santé) à 10 (en excellente santé)</b>									
Inconnu	492	503,0	8,2 %	3 285	3 107,4	34,0 %	4	5,5	6,7 %
Note moyenne			8,1 %			8,1 %			7,9 %
Ecart-type			1,7 %			1,8 %			2,0 %
<b>Ensemble</b>	<b>6 185</b>	<b>6 125,8</b>	<b>100,0 %</b>	<b>9 418</b>	<b>9 139,1</b>	<b>100,0 %</b>	<b>72</b>	<b>81,5</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



**Tableau n° 65** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Contrat-suivi-méd-age]  
**La connaissance de l'existence du contrat de suivi médical selon l'âge**

	Oui, avait déjà entendu parlé du contrat avant l'enquête				Non, n'avait jamais entendu parlé du contrat avant l'enquête				Ensemble			
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	% colonne
16-19 ans	98	89,4	19,4 %	3,4 %	393	371,4	<b>80,6 %</b>	<b>10,5 %</b>	491	460,8	100,0 %	7,5 %
20-29 ans	396	368,5	33,2 %	14,2 %	874	741,9	<b>66,8 %</b>	<b>21,0 %</b>	1 270	1 110,4	100,0 %	18,1 %
30-39 ans	509	544,7	43,9 %	21,0 %	641	696,9	56,1 %	19,7 %	1 150	1 241,6	100,0 %	20,3 %
40-49 ans	536	509,0	43,9 %	19,6 %	670	649,3	56,1 %	18,4 %	1 206	1 158,4	100,0 %	18,9 %
50-59 ans	434	424,5	<b>49,9 %</b>	<b>16,4 %</b>	470	426,3	50,1 %	12,1 %	904	850,9	100,0 %	13,9 %
60-69 ans	365	410,2	<b>54,1 %</b>	<b>15,8 %</b>	331	348,4	45,9 %	9,9 %	696	758,6	100,0 %	12,4 %
70-79 ans	159	188,8	<b>47,5 %</b>	<b>7,3 %</b>	185	208,4	52,5 %	5,9 %	344	397,2	100,0 %	6,5 %
80 ans et +	45	58,9	39,8 %	2,3 %	79	89,3	60,2 %	2,5 %	124	148,2	100,0 %	2,4 %
Ensemble des répondants non optants	2 542	2 594,1	42,3 %	100,0 %	3 643	3 531,7	57,7 %	100,0 %	6 185	6 125,8	100,0 %	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 66** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - Contrat-suivi-méd-CSP]  
**La connaissance de l'existence du contrat de suivi médical selon la catégorie socioprofessionnelle**

	Taux de réponses et indices à âge et sexe égal			
	Effectifs bruts dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	% de personnes ayant entendu parler du contrat (pondéré)	Indice à âge et sexe égal
Sans profession (80 % Etudiants)	1 104	1 022,7	28,3 %	0,7
Agriculteur	242	220,9	36,0 %	0,7
Artisan, commerçant	267	239,3	43,4 %	0,9
Cadre et profession intellectuelle	617	665,3	56,3 %	1,7
Profession intermédiaire	1 038	1 042,1	52,5 %	1,5
Employé	1 520	1 568,2	44,9 %	1,0
Ouvrier qualifié	862	832,0	39,4 %	0,9
Ouvrier non qualifié	535	535,3	31,4 %	0,6
Ensemble des répondants non optants	6 185	6 125,8	42,4 %	1,0

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 67** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - connaissance-contrat]  
**Les vecteurs d'information du contrat de suivi médical**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
Ont entendu parlé du contrat de suivi médical	2 542	2 594,1	42,3 %
Ensemble des répondants non optants	6 185	6 125,8	100,0 %
<b>Comment en ont ils entendu parler ?</b> (plusieurs réponses possibles)			
Par leur médecin généraliste habituel	133	130,3	5,0 %
Par un autre médecin	13	13,1	0,5 %
Par quelqu'un de leur entourage	259	275,2	10,6 %
Par un dépliant de la sécurité sociale, MSA...	222	236,1	9,1 %
Par les journaux ou d'autres médias	1 803	1 849,6	71,3 %
Par l'environnement professionnel	14	12,6	0,5 %
Ne sait plus comment	81	81,8	3,2 %
Autres réponses	128	133,4	5,1 %
<i>Nombre de réponses</i>	2 653	2 732,1	105,3 %
<i>Nombre de répondants</i>	2 542	2 594,1	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 68** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - connaissance-contrat-agesexe]  
**Les vecteurs d'information du contrat de suivi médical**  
**selon l'âge et le sexe de la personne**

	Ont entendu parlé du contrat de suivi médical avant l'enquête												Ensemble des personnes qui avaient déjà entendu parler du contrat (Nombre de répondants)			
	Par un médecin : 5,5 %			Par l'entourage : 11 %			Par les médias : 71 %			Par un dépliant de la sécurité sociale, MSA... : 9 %			Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse	% colonne
	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse				
<b>Age</b>																
16-19 ans	12	9,9	<b>11,1 %</b>	16	18,4	<b>20,6 %</b>	44	40,1	44,9 %	7	9,1	10,2 %	98	89,4	100,0%	3,4 %
20-29 ans	14	16,2	4,4 %	59	58,2	<b>15,8 %</b>	277	258,9	70,3 %	17	17,0	4,6 %	396	368,5	100,0%	14,2 %
30-39 ans	16	14,9	2,7 %	57	64,3	11,8 %	383	409,1	<b>75,1 %</b>	49	53,5	9,8 %	509	544,7	100,0%	21,0 %
40-49 ans	34	33,7	6,6 %	51	48,5	9,5 %	380	362,2	71,2 %	58	57,6	<b>11,3 %</b>	536	509,0	100,0%	19,6 %
50-59 ans	28	23,8	5,6 %	27	24,5	5,8 %	327	325,7	<b>76,7 %</b>	35	35,0	8,2 %	434	424,5	100,0%	16,4 %
60-69 ans	24	25,8	6,3 %	28	34,8	8,5 %	263	298,1	72,7 %	39	42,7	10,4 %	365	410,2	100,0%	15,8 %
70-79 ans	12	13,5	<b>7,2 %</b>	16	20,1	10,6 %	102	121,2	64,2 %	14	16,4	8,7 %	159	188,8	100,0%	7,3 %
80 ans et +	6	5,4	<b>9,2 %</b>	5	6,3	10,7 %	27	34,2	58,1 %	3	4,4	7,5 %	45	58,9	100,0%	2,3 %
<b>Sexe</b>																
Homme	71	68,0	5,7 %	130	130,2	11,0 %	839	837,6	70,7 %	100	105,7	8,9 %	1 195	1 185,0	100,0%	45,7 %
Femme	75	75,4	5,4 %	129	145,0	10,3 %	964	1 012,0	71,8 %	122	130,4	9,3 %	1 347	1 409,0	100,0%	54,3 %
<b>Ensemble</b>	<b>146</b>	<b>143,3</b>	<b>5,5 %</b>	<b>259</b>	<b>275,2</b>	<b>10,6 %</b>	<b>1 803</b>	<b>1 850,0</b>	<b>71,3 %</b>	<b>222</b>	<b>236,1</b>	<b>9,1 %</b>	<b>2 542</b>	<b>2 594,0</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0 %</b>
Rappel sur l'échantillon total des non optants	6 185	6 125,8	2,3 %	6 185	6 126	4,5 %	6 185	6 125,8	30,2 %	6 185	6 125,8	3,9 %	6 185	<b>6 125,8</b>	<b>42,3%</b>	

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

Tableau n° 69 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - connaissance-contrat-CSP]

**Vecteurs à l'origine de l'information contrat  
selon la catégorie socioprofessionnelle  
Taux de réponses et indices comparables à âge et sexe égal**

	Age moyen dans la classe	Ecart-type	Effectifs brut dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	Ont entendu parler du contrat					
					Par l'entourage : 11 %		Par un dépliant de la sécurité sociale, MSA : 9 %		Par les journaux et autres médias : 71 %	
					Taux de réponses pondérées	Indice comparatif à âge et sexe égal	Taux de réponses pondérées	Indice comparatif à âge et sexe égal	Taux de réponses pondérées	Indice comparatif à âge et sexe égal
Sans profession (80 % Etudiants)	26,9	15,1	305	290	<b>13,4 %</b>	<b>1,0</b>	<b>4,6 %</b>	<b>0,5</b>	<b>59,7 %</b>	<b>0,6</b>
Agriculteurs	59,4	16,0	88	79	9,7 %	1,1	14,6 %	1,6	65,1 %	0,8
Artisan, commerçant	54,2	15,0	114	104	11,3 %	1,2	8,7 %	0,9	76,3 %	1,3
Cadre et profession intellectuelle	49,5	13,3	344	375	7,9 %	0,8	11,5 %	1,3	82,0 %	1,8
Professions intermédiaire	47,1	14,2	536	548	7,7 %	0,7	9,0 %	1,0	76,7 %	1,3
Employé	45,7	14,8	674	703	12,1 %	1,2	11,2 %	1,2	69,6 %	0,9
Ouvrier qualifié	46,8	14,8	319	328	<b>11,8 %</b>	<b>1,1</b>	<b>6,7 %</b>	<b>0,7</b>	<b>69,4 %</b>	<b>0,9</b>
Ouvrier non qualifié	44,8	16,6	162	168	<b>12,9 %</b>	<b>1,2</b>	<b>5,6 %</b>	<b>0,6</b>	<b>60,6 %</b>	<b>0,6</b>
Ensemble des non optants ayant entendu parler du contrat avant l'enquête	46,2	16,9	2 542	2 594	10,6 %	1,0	9,1 %	1,0	71,3 %	1,0

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 70** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - prop-adhésion-contrat]  
**Proposition réelle de signer un contrat de suivi médical**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% Colonne
<b>Avez-vous consulté un généraliste depuis le début 98?</b>			
Oui	3 809	3 843,5	62,7 %
<b>Si oui, vous-a-t-on proposé un contrat de suivi médical ?</b>			
<i>Oui</i>	24	24,6	0,6 %
<i>Non</i>	3 574	3 605,0	93,8 %
<i>Non réponse</i>	211	213,8	5,6 %
<i>Ensemble</i>	3 809	3 843,5	100,0 %
Non	2 245	2 156,9	35,2 %
Non réponse	131	125,3	2,0 %
Ensemble des répondants non optants	6 185	6 125,8	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 71** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - prop-adhésion-contrat-bis]  
**Proposition éventuelle de signer un contrat de suivi médical**

Si prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de le signer ?

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
Oui, je signerais	1 964	2 015,5	32,9 %
Non, je ne signerais pas	1 772	1 783,2	29,1 %
Je ne sais pas	2 239	2 131,4	34,8 %
Inconnu	210	195,7	3,2 %
Ensemble des répondants non optants	6 185	6 125,8	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 72** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - influence1]  
**La connaissance préalable de l'existence du contrat de suivi médical**

	Avaient déjà entendu parlé du contrat de suivi médical			Ensemble des répondants non optants			N'avait pas entendu parler du contrat de suivi médical		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Si, prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de signer ?</b>									
Oui, signerait	1 040	1 091,1	<b>42,1 %</b>	1 964	2 015,5	32,9 %	924	924,4	26,2 %
Non, ne signerait pas	743	766,0	29,5 %	1 772	1 783,2	29,1 %	1 029	1 017,2	28,8 %
Ne sait pas	638	625,3	24,1 %	2 239	2 131,4	34,8 %	1 601	1 506,1	<b>42,6 %</b>
Non réponse	121	111,6	4,3 %	210	195,7	3,2 %	89	84,1	2,4 %
<b>Ensemble</b>	<b>2 542</b>	<b>2 594,0</b>	<b>100,0 %</b>	<b>6 185</b>	<b>6 125,8</b>	<b>100,0 %</b>	<b>3 643</b>	<b>3 531,7</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 73** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - influence2]  
**La source d'information chez les personnes préalablement informées de l'existence du contrat de suivi médical**

	Ont été informés par l'entourage : 11 %			Ont été informés par les journaux, les média : 71 %			Ont été informés par un dépliant de la Sécurité sociale, MSA... : 9 %		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Si, prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de signer ?</b>									
Oui, signerait	110	118,8	43,2 %	756	806,2	43,6 %	93	95,8	40,6 %
Non, ne signerait pas	68	67,2	<b>24,4 %</b>	574	587,2	31,7 %	78	88,5	<b>37,5 %</b>
Ne sait pas	76	83,0	30,2 %	455	440,5	<b>23,8 %</b>	45	43,6	<b>18,5 %</b>
Non réponse	5	6,1	2,2 %	18	15,7	0,8 %	6	7,9	3,3 %
<b>Ensemble</b>	<b>259</b>	<b>275,2</b>	<b>100,0 %</b>	<b>1 803</b>	<b>1 849,6</b>	<b>100,0 %</b>	<b>222</b>	<b>235,8</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 74** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - adhésion-potentielle]  
**Adhésion potentielle au contrat de suivi médical**  
**selon que les personnes ont ou non un généraliste habituel**

	Ont un généraliste habituel			N'ont pas de généraliste habituel			Non réponse	Ensemble		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne	% colonne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Si prochainement un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de le signer ?</b>										
Oui	1 816	1 849,3	<b>36,4 %</b>	131	147,8	17,3 %	9,5 %	1 964	2 015,5	32,9 %
Non	1 400	1 420,3	28,0 %	334	329,0	<b>38,6 %</b>	17,6 %	1 772	1 783,2	29,1 %
Ne sait pas	1 830	1 733,3	34,1 %	369	360,2	42,2 %	19,6 %	2 239	2 131,4	34,8 %
Non réponse	82	77,4	1,5 %	19	15,5	1,8 %	53,2 %	210	195,7	3,2 %
Ensemble des non optants	5 128	5 080,3	100,0 %	853	852,5	100,0 %	100,0 %	6 185	6 125,8	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 75** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - motiv-adhésion1]  
**Les motivations d'adhésion potentielle au contrat de suivi médical**

	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse	Taux sur la population des non optants
<b>Si, prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de signer ?</b>				
<i>Si oui, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)</i>				
Pour payer moins cher les consultations (tiers payant)	970	1 002,0	<b>49,7 %</b>	16,4 %
Pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi	840	861,7	42,8 %	14,1 %
Pour diminuer les dépenses de santé	976	1 017,0	<b>50,5 %</b>	16,6 %
Parce que mon généraliste me l'aurait proposé	507	525,9	26,1 %	8,6 %
Pour d'autres raisons	123	134,2	6,7 %	2,2 %
<i>Dont :</i>				
Pour une raison de confiance en mon généraliste	27	26,0	1,3 %	0,4 %
Par fidélité à mon généraliste	15	18,6	0,9 %	0,3 %
Pour la prévention	5	6,1	0,3 %	0,1 %
<i>N'ont pas répondu</i>	32	31,7	1,6 %	0,5 %
<i>Nombre de réponses</i>	3 416	3 540,8	175,7 %	
Nombre de non optants favorables à la signature d'un contrat de suivi médical	1 964	2 015,5		

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 76** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - motiv-adhésion2]  
**Les motivations d'adhésion potentielle selon l'âge**

	Effectifs bruts dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	Pour payer moins cher les consultations (taux de réponse)	Pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi (taux de réponse)	Pour diminuer les dépenses de santé (taux de réponse)
<b>Age</b>					
16-19 ans	113	101,8	<b>62,6 %</b>	41,3 %	<b>57,3 %</b>
20-29 ans	356	332,5	<b>60,8 %</b>	<b>49,7 %</b>	48,0 %
30-39 ans	401	442,5	<b>58,9 %</b>	<b>49,8 %</b>	<b>56,4 %</b>
40-49 ans	396	388,1	<b>54,4 %</b>	42,4 %	<b>57,5 %</b>
50-59 ans	285	278,0	38,2 %	37,0 %	52,2 %
60-69 ans	250	291,4	37,1 %	37,6 %	41,6 %
70-79 ans	126	138,4	27,6 %	28,5 %	34,9 %
80 ans et +	37	42,8	27,4 %	40,7 %	27,0 %
Ensemble des non optant favorables au contrat de suivi médical	1 964	2 015,5	49,7 %	42,8 %	50,5 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



**Tableau n° 77** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - tx-adhésion-revenu]  
**Pourcentage de personnes favorables au contrat**  
**« pour payer moins cher les consultations »**  
**selon le niveau de revenu**

	Taux motifs confondus		Pour payer moins cher les consultations	
	Effectifs bruts dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable
<b>Niveau de revenu par unité de consommation (en francs)</b>				
Inconnu	496	471,3	<b>45,0 %</b>	<b>0,9</b>
Moins de 2 000 F	46	56,2	<b>61,9 %</b>	<b>1,3</b>
De 2 000 F à 3 000 F	150	162,2	<b>63,2 %</b>	<b>1,5</b>
De 3 000 F à 4 000 F	148	166,0	<b>63,2 %</b>	<b>1,6</b>
De 4 000 F à 5 000 F	226	230,2	57,2 %	1,3
De 5 000 F à 6 000 F	197	193,8	51,0 %	1,0
De 6 000 F à 8 000 F	290	302,7	50,9 %	1,1
Plus de 8 000 F	411	433,1	37,5 %	0,7
Ensemble des non optants répondants favorables au contrat de suivi médical	1 964	2 015,5	49,7 %	1,0

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 78** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - motif-CSP1]  
**Pourcentage de personnes favorables au contrat de suivi médical pour les principaux motifs selon la catégorie socioprofessionnelle**

	Effectifs bruts dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	Pour payer moins cher les consultations			Pour que mon généraliste s'occupe mieux de moi		Pour diminuer les dépenses de santé	
			Taux pondéré	Indice à âge et revenu comparable	Indice à âge et sexe comparable	Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable	Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>									
Sans profession (80 % Etudiants)	264	253,5	<b>59,5 %</b>	<b>1,1</b>	<b>1,1</b>	43,0 %	0,9	<b>51,9 %</b>	1,0
Agriculteur	71	64,4	<b>23,3 %</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>	<b>45,9 %</b>	<b>1,5</b>	35,9 %	0,8
Artisan commerçant	86	74,6	<b>38,1 %</b>	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>	<b>33,4 %</b>	<b>0,8</b>	<b>41,7 %</b>	0,8
Cadre et profession intellectuelle	225	260,1	<b>36,5 %</b>	<b>0,8</b>	<b>0,6</b>	36,4 %	0,8	<b>58,4 %</b>	1,3
Profession intermédiaire	358	370,0	45,4 %	1,0	0,9	40,0 %	0,9	56,4 %	1,2
Employé	520	545,2	51,7 %	1,0	1,1	46,5 %	1,2	47,0 %	0,9
Ouvrier qualifié	258	291,0	59,1 %	1,3	1,5	40,7 %	0,9	49,1 %	0,8
Ouvrier non qualifié	182	196,8	58,0 %	1,2	1,3	50,8 %	1,4	46,3 %	0,8
Ensemble des non optants répondants favorables au contrat de suivi médical	1 964	2 015,5	49,7 %	1,0	1,0	42,8 %	1,0	50,5 %	0,5

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 79** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - refus-contrat1]  
**Les raisons d'un refus éventuel du contrat de suivi médical**

	Nbre brut de réponses	Nbre pondéré de réponses	Taux de réponse	Taux sur la population des non optants
<b>Si, prochainement, un généraliste vous proposait un contrat de suivi médical, accepteriez-vous de signer ?</b> <i>Si non, pourquoi ? (plusieurs réponses possibles)</i>				
Je n'en ressens pas le besoin	737	760,0	42,6 %	12,4 %
Pour pouvoir consulter le spécialiste de mon choix	894	887,4	49,8 %	14,5 %
Pour pouvoir consulter un autre généraliste librement	539	543,5	30,5 %	8,9 %
Ca va augmenter les dépenses de santé	85	82,7	4,6 %	1,4 %
Pour d'autres raisons	255	296,7	16,6 %	4,8 %
<i>Dont:</i>				
Mobilité géographique	36	42,9	2,4 %	0,7 %
Liberté de choix du médecin	10	13,8	0,8 %	0,2 %
<i>N'ont pas répondu</i>	72	60,7	3,4 %	1,0 %
<i>Nombre de réponses</i>	2 510	2 570,3	144,1 %	
Nombre de non optants répondants opposés au contrat de suivi médical	1 772	1 783,2		

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 80** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - refus-contrat2]  
**Les raisons d'un refus éventuel selon l'âge**

	Effectifs pondérés dans la classe	Effectifs bruts dans la classe	Pour pouvoir consulter le spécialiste de mon choix <i>(taux de réponse)</i>	Je n'en ressens pas le besoin <i>(taux de réponse)</i>	Pour consulter librement un généraliste de mon choix <i>(taux de réponse)</i>
<b>Age</b>					
16-19 ans	92,2	101	42,0 %	58,1 %	19,8 %
20-29 ans	290,3	317	42,1 %	48,4 %	25,6 %
30-39 ans	333,7	318	50,2 %	43,9 %	34,3 %
40-49 ans	362,6	366	50,1 %	37,4 %	34,1 %
50-59 ans	274,8	298	54,6 %	41,0 %	35,2 %
60-69 ans	246,8	225	58,8 %	35,9 %	29,8 %
70-79 ans	137,1	108	49,9 %	44,8 %	23,9 %
80 ans et +	45,5	39	29,8 %	46,2 %	21,4 %
Ensemble des non optants répondants opposés au contrat de suivi médical	1 783,1	1 772	49,8 %	42,6 %	30,5 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 81** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - motif-CSP2]  
**Pourcentage de personnes opposées au contrat de suivi médical pour les principaux motifs  
selon la catégorie socioprofessionnelle**

	Effectifs bruts dans la classe	Effectifs pondérés dans la classe	Pour pouvoir consulter un autre généraliste		Pour pouvoir consulter le spécialiste de mon choix		Je n'en ressens pas le besoin	
			Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable	Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable	Taux pondéré	Indice à âge et sexe comparable
<b>Catégorie socioprofessionnelle</b>								
Sans profession (80 % Etudiants)	261	239,1	20,3 %	<b>0,6</b>	42,1 %	<b>0,8</b>	54,7 %	<b>1,4</b>
Agriculteur	78	70,3	32,5 %	1,1	34,0 %	<b>0,5</b>	35,4 %	0,8
Artisan commerçant	84	80,8	29,4 %	1,0	49,8 %	1,0	35,2 %	0,8
Cadre et profession intellectuelle	187	193,7	38,8 %	<b>1,5</b>	50,4 %	1,1	38,3 %	0,8
Profession intermédiaire	325	332,1	33,4 %	1,1	53,3 %	1,1	42,4 %	1,0
Employé	448	470,0	32,0 %	1,0	54,9 %	1,1	38,5 %	0,9
Ouvrier qualifié	244	248,8	30,2 %	1,0	49,7 %	1,1	43,8 %	1,0
Ouvrier non qualifié	145	148,4	24,7 %	0,8	44,8 %	<b>0,8</b>	47,7 %	<b>1,3</b>
Ensemble des non optants répondants opposés au contrat de suivi médical	1 772	1 783,2	30,5 %	1,0	49,8 %	1,0	42,6 %	1,0

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 82** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - CSM]  
**Motivation d'adhésion ou motifs de refus**  
**selon la source d'information**

(ensemble des personnes ayant entendu parler du CSM avant l'enquête)

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Toutes raisons confondues, effectifs bruts	Toutes raisons confondues, effectifs pondérés	% ligne
<b>Signeraient :</b>						
<b>Pour payer moins cher les consultations</b>						
Et a entendu parler par l'entourage	60	64,3	54,1 %	110	118,8	100,0 %
Ensemble(*), tous canaux d'informations confondus	480	497,6	45,6 %	1 040	1 091,1	100,0 %
<b>Pour diminuer les dépenses de santé</b>						
Et a eu connaissance par un dépliant de la sécurité sociale, MSA...	61	62,7	65,4 %	93	95,8	100,0 %
Et a eu connaissance du CSM par les journaux et autres médias	429	486,6	60,4 %	756	806,2	100,0 %
Ensemble(*), tous canaux d'informations confondus	566	600,1	55,0 %	1 040	1 091,1	100,0 %
<b>Ne signeraient pas :</b>						
<b>Pour pouvoir consulter librement un autre généraliste</b>						
Et a eu connaissance du CSM par les journaux et autres médias	212	216,5	36,9 %	574	587,2	100,0 %
Et a eu connaissance par un dépliant de la sécurité sociale, MSA...	43	45,4	51,1 %	78	88,8	100,0 %
Ensemble(*), tous canaux d'informations confondus	255	262,1	34,2 %	743	766,0	100,0 %
<b>Pour pouvoir consulter librement le spécialiste de mon choix</b>						
Et a eu connaissance du CSM par les journaux et autres médias	343	347,2	59,1 %	574	587,2	100,0 %
Et a eu connaissance par un dépliant de la sécurité sociale, MSA...	58	63,9	72,0 %	78	88,8	100,0 %
Ensemble(**), tous canaux d'informations confondus	419	425,2	55,5 %	743	766,0	100,0 %

\* Ensemble des signataires potentiels qui ont eu une connaissance préalable du CSM et cité la raison concernée.

\* Ensemble des opposants potentiels qui ont eu une connaissance préalable du CSM et cité la raison concernée.

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 83** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - avis-géné1]  
**L'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Avez-vous un généraliste habituel ?</b>			
Oui	5 128	5 080,4	<b>82,9 %</b>
Non	853	852,5	13,9 %
Non réponse	204	193,0	3,2 %
Ensemble des non optants répondants	6 185	6 125,8	100,0 %
<b>▶ Avant de consulter un spécialiste pour vous-même, prenez-vous l'avis de votre généraliste habituel ?</b>			
Oui, le plus souvent	3 022	2 989,6	58,8 %
Oui, parfois	1 202	1 189,9	23,4 %
Non, jamais	492	476,7	9,4 %
Non, ne consulte pas de spécialiste	307	310,9	6,1 %
Non réponse	105	113,3	2,2 %
Ensemble des non optants ayant un généraliste habituel	5 128	5 080,4	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 84** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - avis-géné-agesexe]  
**Avis demandé du généraliste selon l'âge et le sexe**

Avant de consulter un spécialiste pour vous même, prenez-vous l'avis de votre généraliste habituel ?

	Le plus souvent			Parfois			Jamais			Ne consulte pas de spécialiste			Inconnu	Ensemble		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne
<b>Age</b>																
16-19 ans	234	221,0	58,6 %	82	74,3	19,7 %	40	37,0	9,8 %	40	40,3	10,7 %	1,2 %	402	377,3	100,0 %
20-29 ans	444	369,2	43,9 %	274	250,3	<b>29,7 %</b>	150	133,7	<b>15,9 %</b>	83	75,1	8,9 %	1,6 %	967	841,6	100,0 %
30-39 ans	485	531,7	52,6 %	289	299,8	<b>29,7 %</b>	89	98,9	<b>9,8 %</b>	65	68,9	6,8 %	1,1 %	938	1 010,1	100,0 %
40-49 ans	599	567,3	<b>59,4 %</b>	251	243,4	<b>25,5 %</b>	96	85,4	8,9 %	45	43,0	4,5 %	1,7 %	1 006	955,3	100,0 %
50-59 ans	502	467,5	<b>64,5 %</b>	166	149,8	20,7 %	63	61,6	8,5 %	26	27,1	3,7 %	2,6 %	775	725,2	100,0 %
60-69 ans	449	488,4	<b>72,6 %</b>	91	104,0	15,5 %	33	33,2	4,9 %	25	25,3	3,8 %	3,3 %	615	672,9	100,0 %
70-79 ans	230	253,8	<b>69,7 %</b>	35	48,5	13,3 %	16	20,8	5,7 %	15	20,4	5,6 %	5,7 %	314	364,2	100,0 %
80 ans et +	79	90,7	<b>67,8 %</b>	14	19,7	14,7 %	5	6,2	4,6 %	8	10,8	8,1 %	4,8 %	111	133,8	100,0 %
<b>Sexe</b>																
Homme	1 526	1 465,6	62,7 %	494	469,2	20,1 %	183	165,1	7,1 %	189	189,0	8,1 %	2,0 %	2 436	2 336,3	100,0 %
Femme	1 496	1 524,0	55,5 %	708	720,7	26,3 %	309	311,6	11,4 %	118	121,9	4,4 %	2,4 %	2 692	2 744,2	100,0 %
Ensemble des non optants ayant un généraliste habituel	3 022	2 989,6	58,8 %	1 202	1 189,8	23,4 %	492	476,8	9,4 %	307	310,9	6,1 %	2,2 %	5 128	5 080,4	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 85 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - avis-géné-CSP]  
Avis demandé du généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle**

Avant de consulter un spécialiste pour vous même, prenez-vous l'avis de votre généraliste habituel ?

	Le plus souvent			Parfois			Jamais			Ne consulte pas de spécialiste			Inconnu	Ensemble		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne	% ligne	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% ligne
<b>Catégorie socioprofessionnelle individuelle</b>																
Sans profession (80 % Etudiants)	469	444,3	54,0 %	210	183,1	22,3 %	100	89,6	10,9 %	87	84,4	<b>10,3 %</b>	2,5 %	888	822,3	100,0 %
Agriculteur	169	158,4	<b>79,4 %</b>	20	18,1	9,1 %	6	4,6	2,3 %	14	13,8	6,9 %	2,3 %	214	199,4	100,0 %
Artisan commerçant	144	132,4	<b>65,9 %</b>	52	44,1	22,0 %	14	13,6	6,8 %	10	8,8	4,4 %	0,9 %	223	200,9	100,0 %
Cadre et profession intellectuelle	269	286,8	55,8 %	133	149,8	<b>29,2 %</b>	46	44,9	8,7 %	18	19,4	3,8 %	2,5 %	477	513,6	100,0 %
Profession intermédiaire	481	483,8	56,0 %	236	232,8	<b>26,9 %</b>	105	101,3	<b>11,7 %</b>	30	32,6	3,8 %	1,6 %	865	864,3	100,0 %
Employé	754	772,4	57,1 %	319	332,5	24,6 %	147	149,2	<b>11,0 %</b>	58	64,7	4,8 %	2,6 %	1 306	1 353,5	100,0 %
Ouvrier qualifié	453	433,9	<b>63,6 %</b>	149	142,7	20,9 %	37	37,1	5,4 %	56	54,0	<b>7,9 %</b>	2,1 %	709	681,7	100,0 %
Ouvrier non qualifié	283	277,7	<b>62,5 %</b>	83	86,6	19,5 %	37	36,5	8,2 %	34	33,2	<b>7,5 %</b>	2,4 %	446	444,6	100,0 %
<b>Ensemble des non optants ayant un généraliste habituel</b>	<b>3 022</b>	<b>2 989,6</b>	<b>58,8 %</b>	<b>1 202</b>	<b>1 189,9</b>	<b>23,4 %</b>	<b>492</b>	<b>476,7</b>	<b>9,4 %</b>	<b>307</b>	<b>310,9</b>	<b>6,1 %</b>	<b>2,2 %</b>	<b>5 128</b>	<b>5 080,4</b>	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



**Tableau n° 86** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - taux-avis-CSP]  
**Taux de personnes déclarant prendre l'avis du généraliste le plus souvent ou parfois  
 avant de consulter un spécialiste  
 selon la catégorie socioprofessionnelle**

	Effectifs bruts totaux*	Effectifs pondérés totaux	Taux de personnes	Indice comparatif à âge et sexe égal
<b>Catégorie socioprofessionnelle individuelle</b>				
Sans profession (80 % Etudiants)	866	801,4	78,3	0,9
Agriculteur	209	194,9	90,6	1,4
Artisan commerçant	220	198,9	88,8	1,2
Cadre et profession intellectuelle	466	501,0	87,2	1,1
Profession intermédiaire	852	850,5	84,3	1,0
Employé	1 278	1 318,8	83,8	1,0
Ouvrier qualifié	695	667,7	86,4	1,1
Ouvrier non qualifié	437	433,9	83,9	1,0
Ensemble des non optants ayant un généraliste habituel	5 023	4 967,0	84,1	1,0

\* Les effectifs totaux incluent les réponses manquantes à la fréquence de demande de l'avis du généraliste.

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 87 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - sans-avis-sexe]**  
**Spécialistes consultés sans avis du généraliste**  
**selon le sexe**

	Hommes			Femmes			Ensemble		
	Nombre brut de réponses	Nombre pondéré de réponses	Taux de réponses	Nombre brut de réponses	Nombre pondéré de réponses	Taux de réponses	Nombre brut de réponses	Nombre pondéré de réponses	Taux de réponses
Gynécologue	28	28,4	3,2 %	1 037	1 039,5	62,7 %	1 065	1 068,0	41,9 %
Ophtalmologue, oculiste	363	348,5	39,2 %	495	479,0	28,9 %	858	827,5	32,5 %
Dermatologue, vénéréologue	143	136,9	15,4 %	294	285,6	17,2 %	437	422,5	16,6 %
O.R.L.	85	90,3	10,1 %	72	76,3	4,6 %	157	166,6	6,5 %
Rhumatologue	53	53,9	6,1 %	88	106,3	6,4 %	141	160,2	6,3 %
Cardiologue	62	59,9	6,7 %	35	34,2	2,1 %	97	94,2	3,7 %
Pédiatre	4	2,9	0,3 %	13	13,3	0,8 %	17	16,2	0,6 %
Nombre de répondants	908	889,7		1 635	1 657,3		2 543	2 547,0	

*Sont exclues les personnes ne consultant jamais de spécialiste ou qui n'ont pas répondu.*

*Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps*

**Tableau n° 88** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - circuit]  
**Circuit du patient : consultations de spécialistes et suites de consultation**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Au cours de l'année dernière, avez-vous consulté pour vous-même au moins une fois un spécialiste?</b>			
Oui	1 557	1 736,8	56,8 %
Non	1 159	1 305,7	42,7 %
Ne sait pas	11	13,9	0,5 %
Ensemble des non optants ayant répondu à la question	2 727	3 056,4	100,0 %
<b>► Avez-vous consulté ce spécialiste ?</b>			
Sur les conseils de votre généraliste habituel	428	501,9	28,9 %
Sur les conseils d'un autre médecin généraliste	25	27,5	1,6 %
A la demande de ce spécialiste lui-même	453	486,2	28,0 %
Sur les conseils d'un autre spécialiste	38	42,4	2,4 %
Sur les conseils d'une personne de votre entourage	54	63,2	3,6 %
De votre propre initiative	549	604,3	34,8 %
Autres, Non réponse	10	11,2	0,6 %
Ensemble des répondants déclarant avoir consulté un spécialiste au cours de l'année passée	1 557	1 736,7	100,0 %
<b>Le médecin qui vous a adressé à ce spécialiste avait-il rédigé une lettre à son attention?</b>			
Oui	297	338,6	59,2 %
Non	153	184,7	32,3 %
Ne sait pas	41	48,5	8,5 %
Ensemble	491	571,8	100,0 %
<b>► A la fin de la séance, ce spécialiste :</b>			
A rédigé une lettre ou un compte rendu destiné au généraliste habituel ou autre médecin ?	475	541,6	31,2 %
Vous a-t-il remis lui-même une ordonnance de médicaments ?	891	983,4	56,6 %
Vous a-t-il remis lui-même une ordonnance pour d'autres types de soins (radios, analyses, kiné...) ?	454	498,8	28,7 %
A-t-il conseillé la prescription de certains médicaments à votre généraliste habituel?	102	121,4	7,0 %
A-t-il conseillé la prescription de certains autres types de soins à votre généraliste habituel ?	55	59,0	3,4 %
Vous a-t-il adressé lui-même à un autre spécialiste ou hôpital?	148	163,0	9,4 %
Ensemble	1 557	1 736,8	

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 89** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - non-optants]  
**La transmission des documents au généraliste**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Avez-vous un généraliste habituel ?</b>			
Oui	5 128	5 080,4	<b>82,9 %</b>
Non	853	852,5	13,9 %
Non réponse	204	193,0	3,2 %
Ensemble des non optants répondant	6 185	6 125,8	100,0 %
<b>Quand vous avez des documents médicaux vous concernant et remis par un spécialiste, les transmettez-vous à votre généraliste habituel ? (radios, analyses biologiques, comptes-rendus...)</b>			
Oui, le plus souvent	3 625	3 580,0	70,5 %
Oui, parfois	773	777,5	15,3 %
Non, jamais	256	253,3	5,0 %
Non, pas de documents à remettre	436	431,1	8,5 %
Non réponse	38	38,4	0,8 %
Ensemble des non optants ayant un généraliste habituel	5 128	5 080,4	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 90** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - carnet-santé1]  
**L'utilisation du carnet de santé**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	% colonne
<b>Avez-vous reçu un carnet de santé?</b>			
Oui	5 335	5 316,3	86,4 %
Non	552	544,3	8,8 %
Ne sait pas	298	265,2	4,3 %
Ensemble des non optants répondants	6 185	6 152,8	<b>100,0 %</b>
<b>Avez-vous consulté un médecin depuis</b>			
Oui	4 180	4 233,7	79,6 %
Ensemble des non optants ayant reçu un carnet de santé	5 335	5 316,3	<b>100,0 %</b>
<b>Lors de la dernière consultation avez-vous emporté votre carnet de santé?</b>			
Oui	1 387	1 465,4	34,6 %
Ensemble des personnes non optants ayant consulté depuis	4 180	4 233,7	<b>100,0 %</b>
<b>Le médecin a-t-il rempli le carnet de santé?</b>			
Oui	798	872,1	59,5 %
Ensemble des non optants ayant emporté le carnet de santé	1 387	1 465,4	<b>100,0 %</b>

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 91 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - carnet-santé2]**  
**Qui emporte son carnet de santé : caractéristiques socio-démographiques**

	Emportent leur carnet de santé			Ensemble		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de personnes	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Indice à âge et sexe égal
Ensemble	1 387	1 465,8	34,6 %	4 180	4 233,7	
<b>Age</b>						
16-39 ans	493	502,4	29,1 %	1 744	1 728,6	
40-64 ans	597	623,1	34,9 %	1 803	1 785,2	
65 ans et plus	297	339,9	<b>47,2 %</b>	633	719,8	
<b>Sexe</b>						
Hommes	615	626,2	32,9 %	1 939	1 900,8	
Femmes	772	839,2	<b>36,0 %</b>	2 241	2 332,9	
<b>Catégorie socioprofessionnelle individuelle</b>						
Sans profession (80 % Etudiants)	156	162,6	33,7 %	509	482,4	1,1
Agriculteurs	42	42,8	26,5 %	173	161,7	0,5
Artisans commerçants	64	64,9	<b>40,6 %</b>	176	159,7	1,1
Cadres et professions intellectuelles	105	122,8	25,3 %	444	486,3	0,6
Profession intermédiaire	245	260,8	33,0 %	777	789,9	1,0
Employé	420	457,2	<b>37,9 %</b>	1 141	1 207,0	1,1
Ouvrier qualifié	204	199,2	<b>35,2 %</b>	587	566,7	1,1
Ouvrier non qualifié	151	155,1	<b>40,8 %</b>	373	379,9	1,3
<b>Etat matrimonial</b>						
Mariée ou en ménage	991	1 004,3	34,5 %	1 997	2 914,6	1,0
Divorcée ou séparée	51	75,7	34,4 %	93	219,8	0,9
Veuf	92	130,8	<b>47,0 %</b>	110	278,2	1,2
Célibataire	253	255,0	31,1 %	593	821,1	1,0
<b>Tranche de revenu par unité de consommation</b>						
Moins de 2 000 F/UC	46	59,7	<b>44,6 %</b>	111	133,9	1,7
De 2 000 F à 3 000 F/UC	96	106,2	<b>40,0 %</b>	267	265,4	1,3
De 3 000 F à 4 000 F/UC	110	113,2	34,9 %	301	324,2	1,1
De 4 000 F à 5 000 F/UC	154	155,6	34,3 %	456	453,2	1,0
De 5 000 F à 6 000 F/UC	152	156,1	35,6 %	432	438,6	1,1
De 6 000 F à 8 000 F/UC	208	220,8	34,8 %	602	634,1	1,0
Plus de 8 000 F/UC	245	268,8	29,8 %	650	902,1	0,8
<b>A un généraliste habituel</b>						
A un généraliste habituel	1 231	1 302,1	<b>35,3 %</b>	3 641	3 687,0	1,0
N'a pas de généraliste habituel	105	110,4	26,3 %	412	420,0	0,8
<b>Fréquence des visites au généraliste habituel depuis 1998</b>						
Jamais	274	278,8	33,9 %	833	822,2	1,1
1 ou 2 fois	610	648,7	34,6 %	1 864	1 874,3	1,0
3 à 5 fois	236	254,7	<b>36,3 %</b>	673	702,4	1,0
6 ou plus	66	69,6	<b>46,9 %</b>	142	148,4	1,6

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 92** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - absence-géné]  
**Information obtenues sur la démarche à suivre en cas d'absence du généraliste habituel**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
<b>Comment avez vous été informé de la démarche à suivre en cas d'absence du généraliste habituel ?</b>			
Par mon généraliste habituel lui-même oralement	729	730,5	14,4 %
Par mon généraliste habituel lui-même par document écrit	74	73,3	1,4 %
Par son secrétariat/répondeur téléphone	1 863	1 812,8	35,7 %
Par un document distribué par la mairie	1 328	1 261,6	24,8 %
Par le pharmacien	290	265,0	5,2 %
Jamais été informé	1 011	1 027,5	20,2 %
Autre moyen d'information	590	620,5	12,2 %
<i>dont :</i>			
Par le commissariat	57	60,3	1,2 %
Démarche personnelle	31	32,0	0,6 %
Par l'entourage	49	48,4	1,0 %
Ensemble des non optants répondants ayant un généraliste habituel	5 128	5 080,4	
<b>Pour ceux qui ont été informés et qui ont un généraliste habituel</b>	<b>4 117,0</b>	<b>4 052,8</b>	
<b>Quelles sont les informations que vous avez eues ?</b>			
Références d'un autre médecin généraliste	1 755	1 732,2	42,7 %
Références d'un médecin de garde	2 082	1 997,4	49,3 %
Références d'un hôpital/clinique	237	226,7	5,6 %
Autres informations obtenues	186	200,3	4,9 %
Composer les nos d urgence	38	42,4	1,0 %
<b>Quand avez vous été informé sur ces possibilités ?</b>			
Depuis le début de l'année 1998	228	217,1	5,4 %
Bien avant	3 165	3 098,9	76,5 %
Non réponse	724	736,8	18,2 %
<b>Etiez vous satisfait des informations obtenues?</b>			
Oui	3 113	3 026,8	74,7 %
Non	122	130,3	3,2 %
Ne sait pas	274	269,9	6,7 %
Non réponse	608	625,8	15,4 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 93** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - permanence-soins]  
**Motifs de recours à un autre généraliste que le généraliste habituel**

	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	Taux de réponse
<b>Depuis le début de l'année 1998, avez-vous consulté pour vous-même un autre généraliste que votre généraliste habituel ?</b>			
Oui	679	672,7	13,2 %
Non	4 449	4 407,7	86,8 %
Ensemble des non optants répondants ayant un généraliste habituel	5 128	5 080,3	100,0 %
<b>► Pour quelles raisons?</b>			
Je me trouvais loin de mon domicile	135	134,1	19,9 %
J'avais besoin de consulter rapidement et mon généraliste était absent	415	410,0	61,0 %
Je souhaitais prendre l'avis d'un autre généraliste	46	43,9	6,5 %
Je souhaitais bénéficier d'un autre traitement	60	60,6	9,0 %
Autres raisons	23	24,1	3,6 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 94 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - examens]**  
**Examens pratiqués ou conseillés par le généraliste habituel**

	Oui, il l' a fait lui-même			Oui, il l' a conseillé			Non			Inconnu			Ensemble		
	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	%	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	%	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	%	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	%	Effectifs bruts	Effectifs pondérés	%
<b>16-39 ans</b>															
Electrocardiogramme	9	11	0,7 %	12	15	1,0 %	1 141	1 116	76,7 %	331	313	21,5 %	1 493	1 454	100,0 %
Infiltration ou ponction	3	3	0,2 %	9	8	0,6 %	1 142	1 117	76,8 %	339	324	22,3 %	1 493	1 453	100,0 %
<i>Pour les femmes :</i>															
Frottis	32	31	3,5 %	46	53	6,1 %	628	623	71,9 %	164	159	18,4 %	870	866	100,0 %
Mammographie	-	-	-	17	16	1,8 %	666	663	76,6 %	187	187	21,6 %	870	866	100,0 %
<b>40 à 64 ans</b>															
Electrocardiogramme	24	24	1,7 %	78	77	5,3 %	898	898	61,6 %	489	459	31,5 %	1 489	1 457	100,0 %
Infiltration ou ponction	20	16	1,1 %	21	17	1,1 %	919	927	63,6 %	529	497	34,1 %	1 489	1 457	100,0 %
<i>Pour les femmes :</i>															
Frottis	38	41	5,0 %	41	44	5,4 %	485	480	59,1 %	255	247	30,5 %	819	812	100,0 %
Mammographie	-	-	-	101	102	12,6 %	464	464	57,1 %	254	246	30,3 %	819	812	100,0 %
<b>65 ans et plus</b>															
Electrocardiogramme	18	20	2,9 %	56	71	10,3 %	289	324	47,1 %	231	273	39,8 %	594	688	100,0 %
Infiltration ou ponction	4	4	0,5 %	7	9	1,2 %	302	341	49,5 %	281	335	48,7 %	594	688	100,0 %
<i>Pour les femmes :</i>															
Frottis	3	3	0,7 %	11	14	3,6 %	165	191	49,3 %	139	180	46,3 %	318	387	100,0 %
Mammographie	-	-	-	30	36	9,2 %	163	190	49,0 %	125	162	41,7 %	318	387	100,0 %
<b>Ensemble</b>															
Electrocardiogramme	51	55	1,5 %	146	162	4,5 %	2 328	2 337	64,9 %	1 051	1 045	29,0 %	3 576	3 599	100,0 %
Infiltration ou ponction	27	23	0,6 %	37	33	0,9 %	2 363	2 385	66,3 %	1 149	1 157	32,1 %	3 576	3 598	100,0 %
<i>Pour les femmes :</i>															
Frottis	73	74	3,6 %	98	111	5,4 %	1 278	1 294	62,6 %	558	586	28,4 %	2 007	2 066	100,0 %
Mammographie	-	-	-	148	154	7,4 %	1 293	1 317	63,7 %	566	595	28,8 %	2 007	2 066	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



**Tableau n° 95 [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - consultation (%ligne)]  
Fréquence des recours au généraliste pour le patient lui-même  
(pourcentage en ligne)**

Depuis le début de l'année combien de fois avez-vous consulté pour vous-même un généraliste ?

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 5 fois	6 fois ou plus	Sans réponse	Total
<b>Hommes</b>						
Brut	867,0	1 112,0	299,0	64,0	94,0	2 436,0
Pondéré	803,7	1 082,5	302,2	61,0	86,8	2 336,2
% ligne	34,4	46,3	12,9	2,6	3,7	100,0
<b>Femmes</b>						
Brut	685,0	1 287,0	498,0	104,0	118,0	2 692,0
Pondéré	678,4	1 299,7	533,2	112,0	120,9	2 744,2
% ligne	24,7	47,4	19,4	4,1	4,4	100,0
<b>16 à 39 ans</b>						
Brut	814,0	1 081,0	267,0	65,0	80,0	2 307,0
Pondéré	775,3	1 043,5	269,2	71,3	69,6	2 228,9
% ligne	34,8	46,8	12,1	3,2	3,1	100,0
<b>40 à 64 ans</b>						
Brut	652,0	1 002,0	336,0	68,0	83,0	2 141,0
Pondéré	616,2	965,6	341,9	68,9	80,8	2 073,4
% ligne	29,7	46,6	16,5	3,3	3,9	100,0
<b>65 ans et plus</b>						
Brut	86,0	316,0	194,0	35,0	49,0	680,0
Pondéré	90,5	373,1	224,3	32,9	57,3	778,1
% ligne	11,6	47,9	28,8	4,2	7,4	100,0
<b>Ensemble</b>						
Brut	1 552,0	2 399,0	797,0	168,0	212,0	5 128,0
Pondéré	1 482,0	2 382,2	835,4	173,0	207,7	5 080,4
% ligne	29,2	46,9	16,4	3,4	4,1	100,0

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps

**Tableau n° 96** [Excel \ Esps \ volet-sps.xls - consultation (%colonne)]  
**Fréquence des recours au généraliste pour le patient lui-même**  
**(pourcentage en colonne)**

Depuis le début de l'année combien de fois avez-vous consulté pour vous-même un généraliste ?

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 5 fois	6 fois ou plus	Sans réponse	Total
<b>Hommes</b>						
Brut	867,0	1 112,0	299,0	64,0	94,0	2 436,0
Pondéré	803,7	1 082,5	302,2	61,0	86,8	2 336,2
% colonne	54,2 %	45,4 %	36,2 %	35,3 %	41,8 %	46,0 %
<b>Femmes</b>						
Brut	685,0	1 287,0	498,0	104,0	118,0	2 692,0
Pondéré	678,4	1 299,7	533,2	112,0	120,9	2 744,2
% colonne	45,8 %	54,6 %	63,8 %	64,7 %	58,2 %	54,0 %
<b>16 à 39 ans</b>						
Brut	814,0	1 081,0	267,0	65,0	80,0	2 307,0
Pondéré	775,3	1 043,5	269,2	71,3	69,6	2 228,9
% colonne	52,3 %	43,8 %	32,2 %	41,2 %	33,5 %	43,9 %
<b>40 à 64 ans</b>						
Brut	652,0	1 002,0	336,0	68,0	83,0	2 141,0
Pondéré	616,2	965,6	341,9	68,9	80,8	2 073,4
% colonne	41,6 %	40,5 %	40,9 %	39,8 %	38,9 %	40,8 %
<b>65 ans et plus</b>						
Brut	86,0	316,0	194,0	35,0	49,0	680,0
Pondéré	90,5	373,1	224,3	32,9	57,3	778,1
% colonne	6,1 %	15,7 %	26,8 %	19,0 %	27,6 %	15,3 %
<b>Ensemble</b>						
Brut	1 552,0	2 399,0	797,0	168,0	212,0	5 128,0
Pondéré	1 482,0	2 382,2	835,4	173,0	207,7	5 080,4
% colonne	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : données de l'ESPS 1998 - vague de printemps



## ***Liste des tableaux et graphiques***

---



## Liste des tableaux et graphiques

### Liste des tableaux

<b>Tableau n° 1</b>	
Résumé des termes du Contrat de Suivi Médical (CSM).....	8
<b>Tableau n° 2</b>	
Schéma du protocole général initial d'évaluation de l'option conventionnelle .....	10
<b>Tableau n° 3</b>	
Taux de médecins référents selon l'âge par caisse.....	19
<b>Tableau n° 4</b>	
Caractéristiques démographiques des bénéficiaires optants.....	19
<b>Tableau n° 5</b>	
Le statut et l'état de santé des bénéficiaires optants.....	21
<b>Tableau n° 6</b>	
Les déterminants du choix de l'option « médecin référent » ou la modélisation du fait d'opter. ....	24
<b>Tableau n° 7</b>	
Répartition des bénéficiaires ayant consulté un généralistes dans l'année suivant le nombre de généralistes différents rencontrés .....	37
<b>Tableau n° 8</b>	
Répartition de l'ensemble des bénéficiaires en fonction des classes de fidélité établies .....	40
<b>Tableau n° 9</b>	
Répartition des optants et des non optants en fonction des classes de fidélité établies .....	40
<b>Tableau n° 10</b>	
Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel selon la densité de recours des patients au médecin.....	41
<b>Tableau n° 11</b>	
Mode de connaissance du contrat de suivi médical chez les optants.....	51
<b>Tableau n° 12</b>	
Les motivations à l'adhésion chez les optants.....	56
<b>Tableau n° 13</b>	
Pourcentage de personnes favorables au contrat « pour payer moins cher les consultations », selon la couverture complémentaire .....	58
<b>Tableau n° 14</b>	
Circuit des patients avant d'avoir opté pour le système de médecin référent.....	68
<b>Tableau n° 15</b>	
Habitudes de transmission des documents remis avant d'avoir opté pour le système de médecin référent.....	69
<b>Tableau n° 16</b>	
Permanence des soins chez les optants .....	71
<b>Tableau n° 17</b>	
Exemple de tableau de bord de respect du tarif opposable (TBTO) et du tiers payant (TBTP). ....	108

<b>Tableau n° 18</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe. France, Régime général .....	123
<b>Tableau n° 19</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent. France, Régime général.....	123
<b>Tableau n° 20</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe. France, Régime général.....	124
<b>Tableau n° 21</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération. France, Régime général .....	124
<b>Tableau n° 22</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Montbéliard .....	125
<b>Tableau n° 23</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Montbéliard.....	125
<b>Tableau n° 24</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Montbéliard.....	126
<b>Tableau n° 25</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Montbéliard .....	126
<b>Tableau n° 26</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Nice .....	127
<b>Tableau n° 27</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Nice.....	127
<b>Tableau n° 28</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Nice .....	128
<b>Tableau n° 29</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Nice .....	128
<b>Tableau n° 30</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Sarreguemines .....	129
<b>Tableau n° 31</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Sarreguemines.....	129
<b>Tableau n° 32</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Sarreguemines .....	130
<b>Tableau n° 33</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Sarreguemines .....	130
<b>Tableau n° 34</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Strasbourg.....	131
<b>Tableau n° 35</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Strasbourg.....	131
<b>Tableau n° 36</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Strasbourg.....	132

<b>Tableau n° 37</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Strasbourg.....	132
<b>Tableau n° 38</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Privas .....	133
<b>Tableau n° 39</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Strasbourg .....	133
<b>Tableau n° 40</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Strasbourg.....	134
<b>Tableau n° 41</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Strasbourg.....	134
<b>Tableau n° 42</b>	
Ratio des référents/généralistes par classe d'âge et sexe, CPAM de Valence.....	135
<b>Tableau n° 43</b>	
Nombre moyen d'optants par référent selon l'âge et le sexe du référent, CPAM de Valence ....	135
<b>Tableau n° 44</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et sexe, CPAM de Valence .....	136
<b>Tableau n° 45</b>	
Ratio optant/protégé par classe d'âge et situation d'exonération, CPAM de Valence.....	136
<b>Tableau n° 46</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste de la population totale .....	137
<b>Tableau n° 47</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des hommes .....	138
<b>Tableau n° 48</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des femmes .....	139
<b>Tableau n° 49</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des optants .....	140
<b>Tableau n° 50</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des non optants.....	141
<b>Tableau n° 51</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des hommes optants .....	142
<b>Tableau n° 52</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des femmes optantes .....	143
<b>Tableau n° 53</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des hommes non optants .....	144
<b>Tableau n° 54</b>	
Dépenses de soins par âge et par poste des femmes non optantes .....	145
<b>Tableau n° 55</b>	
Dépense annuelle moyenne par bénéficiaire en ambulatoire chez les optants et les non optants.....	146



<b>Tableau n° 56</b>	
Dépense annuelle moyenne par consommateur d'au moins un soin médical de ville au cours de l'année chez les optants et les non optants.....	147
<b>Tableau n° 57</b>	
Dépense annuelle moyenne par consommateur d'au moins un soin de médecin généraliste après le 1 <sup>er</sup> janvier 1998.....	148
<b>Tableau n° 58</b>	
Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel selon le sexe des patients et leur densité de recours au médecin.....	149
<b>Tableau n° 59</b>	
Comportement de fidélité ou non à un généraliste habituel selon l'âge des patients et leur densité de recours au médecin.....	150
<b>Tableau n° 60</b>	
Caractéristiques des non optants répondants ayant un généraliste habituel.....	164
<b>Tableau n° 61</b>	
Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale selon l'âge, le sexe et la situation familiale.....	165
<b>Tableau n° 62</b>	
Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale selon la catégorie socioprofessionnelle et le revenu mensuel par unité de consommation.....	166
<b>Tableau n° 63</b>	
Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale selon le degré de protection sociale de la personne.....	167
<b>Tableau n° 64</b>	
Caractéristiques des populations « non optant », « optant » et générale selon l'état de santé de la personne.....	168
<b>Tableau n° 65</b>	
La connaissance de l'existence du contrat de suivi médical selon l'âge.....	169
<b>Tableau n° 66</b>	
La connaissance de l'existence du contrat de suivi médical selon la catégorie socioprofessionnelle.....	169
<b>Tableau n° 67</b>	
Les vecteurs d'information du contrat de suivi médical.....	170
<b>Tableau n° 68</b>	
Les vecteurs d'information du contrat de suivi médical selon l'âge et le sexe de la personne..	171
<b>Tableau n° 69</b>	
Vecteurs à l'origine de l'information contrat selon la catégorie socioprofessionnelle. Taux de réponses et indices comparables à âge et sexe égal.....	172
<b>Tableau n° 70</b>	
Proposition réelle de signer un contrat de suivi médical.....	173
<b>Tableau n° 71</b>	
Proposition éventuelle de signer un contrat de suivi médical.....	173

<b>Tableau n° 72</b>	
La connaissance préalable de l'existence du contrat de suivi médical.....	174
<b>Tableau n° 73</b>	
La source d'information chez les personnes préalablement informées de l'existence du contrat de suivi médical .....	174
<b>Tableau n° 74</b>	
Adhésion potentielle au contrat de suivi médical selon que les personnes ont ou non un généraliste habituel.....	175
<b>Tableau n° 75</b>	
Les motivations d'adhésion potentielle au contrat de suivi médical .....	176
<b>Tableau n° 76</b>	
Les motivations d'adhésion potentielle selon l'âge .....	176
<b>Tableau n° 77</b>	
Pourcentage de personnes favorables au contrat « pour payer moins cher les consultations » selon le niveau de revenu .....	177
<b>Tableau n° 78</b>	
Pourcentage de personnes favorables au contrat de suivi médical pour les principaux motifs selon la catégorie socioprofessionnelle .....	178
<b>Tableau n° 79</b>	
Les raisons d'un refus éventuel du contrat de suivi médical .....	179
<b>Tableau n° 80</b>	
Les raisons d'un refus éventuel selon l'âge .....	179
<b>Tableau n° 81</b>	
Pourcentage de personnes opposées au contrat de suivi médical pour les principaux motifs selon la catégorie socioprofessionnelle .....	180
<b>Tableau n° 82</b>	
Motivation d'adhésion ou motifs de refus selon la source d'information.....	181
<b>Tableau n° 83</b>	
L'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste.....	182
<b>Tableau n° 84</b>	
Avis demandé du généraliste selon l'âge et le sexe .....	183
<b>Tableau n° 85</b>	
Avis demandé du généraliste selon la catégorie socioprofessionnelle.....	184
<b>Tableau n° 86</b>	
Taux de personnes déclarant prendre l'avis du généraliste le plus souvent ou parfois avant de consulter un spécialiste selon la catégorie socioprofessionnelle .....	185
<b>Tableau n° 87</b>	
Spécialistes consultés sans avis du généraliste selon le sexe .....	186
<b>Tableau n° 88</b>	
Circuit du patient : consultations de spécialistes et suites de consultation .....	187
<b>Tableau n° 89</b>	
La transmission des documents au généraliste .....	188

<b>Tableau n° 90</b>	
L'utilisation du carnet de santé.....	188
<b>Tableau n° 91</b>	
Qui emporte son carnet de santé : caractéristiques socio-démographiques.....	189
<b>Tableau n° 92</b>	
Information obtenues sur la démarche à suivre en cas d'absence du généraliste habituel .....	190
<b>Tableau n° 93</b>	
Motifs de recours à un autre généraliste que le généraliste habituel.....	191
<b>Tableau n° 94</b>	
Examens pratiqués ou conseillés par le généraliste habituel.....	192
<b>Tableau n° 95</b>	
Fréquence des recours au généraliste pour le patient lui-même (pourcentage en ligne).....	193
<b>Tableau n° 96</b>	
Fréquence des recours au généraliste pour le patient lui-même (pourcentage en colonne) .....	194

## Liste des graphiques

<b>Graphique n° 1</b>	
Pourcentage d'optants par âge .....	18
<b>Graphique n° 2</b>	
Structure par poste de la dépense annuelle moyenne de ville.....	28
<b>Graphique n° 3</b>	
Dépense annuelle moyenne de ville selon l'âge des optants et des non optants chez l'ensemble des bénéficiaires et chez les seuls consommateurs d'au moins un acte de généraliste au cours du 1 <sup>er</sup> semestre 1998 .....	29
<b>Graphique n° 4</b>	
Répartition des généralistes selon la part des équivalents thérapeutiques moins onéreux au sein de leur prescription (estimée en valeur).....	33
<b>Graphique n° 5</b>	
Répartition des généralistes selon la part de médicaments génériques au sein de leur prescription (estimée en valeur) .....	34
<b>Graphique n° 6</b>	
Nombre moyen de séances selon l'âge chez les optants et chez les non-optants.....	37
<b>Graphique n° 7</b>	
Evolution de la proportion de patients fidèles ou présumés infidèles selon l'âge .....	42
<b>Graphique n° 8</b>	
Structures d'âge des bénéficiaires non optants ayant ou non entendu parler du contrat de suivi médical avant l'enquête.....	48
<b>Graphique n° 9</b>	
Taux de bénéficiaires non optants informés de l'existence du contrat de suivi médical avant l'enquête selon la catégorie socioprofessionnelle Indice à âge et sexe comparable .....	49
<b>Graphique n° 10</b>	
Les différentes sources d'information sur le contrat de suivi médical citées par les bénéficiaires non optants .....	50
<b>Graphique n° 11</b>	
Taux d'adhésion éventuelle des patients non optants à un contrat de suivi médical .....	52
<b>Graphique n° 12</b>	
Réactions à une proposition éventuelle de signer un contrat de suivi médical .....	53
<b>Graphique n° 13</b>	
L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical Influence du niveau de revenu sur le motif du tiers payant. Taux de réponses et indices à âge et sexe égal .....	58
<b>Graphique n° 14</b>	
L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur le motif du tiers payant. Taux de réponses et indices à <i>âge et sexe égal</i> .....	59
<b>Graphique n° 15</b>	
L'accord potentiel pour un contrat de suivi médical Influence de la catégorie	

socioprofessionnelle sur le motif du tiers payant. Taux de réponses et indices comparatifs à <i>âge et revenu égal</i> .....	59
<b>Graphique n° 16</b>	
Refus potentiel d'un contrat de suivi médical Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'attachement à l'accès direct au spécialiste. Taux de réponses et indices à <i>âge et sexe égal</i> .....	61
<b>Graphique n° 17</b>	
Refus potentiel d'un contrat de suivi médical Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur l'attachement d'accès direct à un autre généraliste. Taux de réponses et indices à <i>âge et sexe égal</i> .....	62
<b>Graphique n° 18</b>	
Refus potentiel d'un contrat de suivi médical Influence de la catégorie socioprofessionnelle sur le motif d'absence de besoin d'un contrat de suivi médical. Taux de réponses et indices à <i>âge et sexe égal</i> .....	63
<b>Graphique n° 19</b>	
Fréquence de la demande de l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste selon l'âge .....	66
<b>Graphique n° 20</b>	
Fréquence de la demande de l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste selon le sexe du patient.....	67
<b>Graphique n° 21</b>	
Fréquence de la demande de l'avis du généraliste avant la consultation d'un spécialiste selon la catégorie socioprofessionnelle .....	68

Achévé d'imprimer le 29 novembre 1999  
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart  
75009 PARIS  
Dépôt légal : Novembre 1999