

# questions

## d'économie de la santé

résultats

### Repères

La loi d'août 2004 réformant l'Assurance-maladie instaure une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins, le parcours de soins coordonnés, qui incite les patients de 16 ans ou plus à ne plus consulter directement certains spécialistes, mais à passer par leur médecin traitant qui éventuellement les dirigera vers un spécialiste.

La possibilité d'accéder directement aux soins de spécialistes persiste mais, dans ce cas, les sommes restant à la charge des patients sont plus importantes. La réforme prévoit que les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres pourront, dans certains cas, continuer à être consultés directement sans pénalités financières pour les patients.

Cette étude fait le point sur les modalités d'accès aux spécialistes avant la mise en place de la réforme. Elle repose sur les données de l'Enquête Santé et Protection sociale menée en 2004 par l'IRDES.

### Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés

Philippe Le Fur, Pascale Lengagne

D'après l'enquête Santé et Protection sociale menée par l'IRDES en 2004, et donc avant la mise en place de la réforme du médecin traitant, environ un tiers des séances de spécialistes résulte d'un accès direct des patients, avec d'importantes variations selon la spécialité du praticien. Trois catégories de spécialistes se distinguent :

- les spécialistes pour lesquels l'accès est principalement à l'initiative du patient : les dermatologues, les ophtalmologues et les gynécologues ;
- les spécialistes consultés très majoritairement après conseil médical (y compris celui du spécialiste consulté) : les anesthésistes, radiologues, endocrinologues, chirurgiens, pneumologues, cardiologues, gastro-entérologues et rhumatologues ;
- enfin, ceux qui ont un accès mixte : les psychiatres et les ORL.

Par ailleurs, nous montrons qu'avant la réforme, le mode d'accès (conseillé ou non par un médecin) est peu influencé par le statut socio-économique des patients, mais dépend principalement de leur état de santé, du lieu de la séance (ville ou hôpital) ou encore de la spécialité concernée.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

Web : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

Directrice de la publication :

Chantal Cases

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

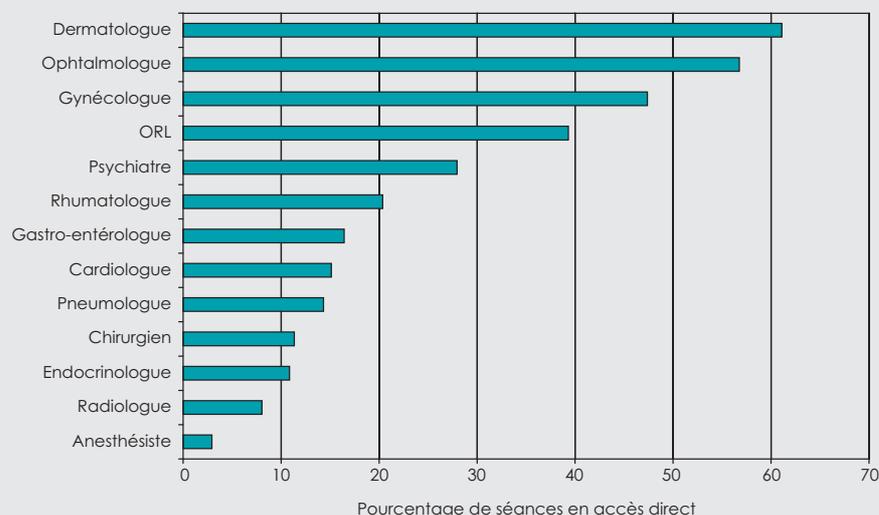
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr)

10 à 15 numéros par an

### Part des consultations en accès direct selon la spécialité pour les patients de 16 ans et plus, en 2004



Source : IRDES, Enquête Santé et Protection Sociale 2004

En nous appuyant sur les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) réalisée en 2004, nous présentons un état des lieux des modes d'accès aux soins de spécialistes avant la mise en place de la nouvelle réforme de l'Assurance-maladie, notamment le dispositif du médecin traitant (cf. encadré ci-contre). Dans un premier temps, nous présentons les différents modes d'accès (accès direct, conseil médical) pour plusieurs spécialités. Ensuite, nous étudions, le comportement des patients en fonction de leurs caractéristiques socio-économiques et de leur état de santé. Enfin, nous proposons une discussion sur la difficulté pour les patients d'appréhender la notion d'accès direct, en comparant les données de l'ESPS 2004 et de l'Enquête Santé 2002-2003 de l'INSEE.

## Modes d'accès aux spécialistes

Avant la réforme, l'accès direct aux spécialistes concerne un tiers des consultations

En 2004, d'après les déclarations des patients de 16 ans ou plus interrogés dans l'enquête ESPS (cf. encadré page 4), on constate que :

- trois consultations de spécialistes sur dix résultent d'un accès direct<sup>1</sup> ;

### La réforme de l'Assurance-maladie avec la mise en place du parcours de soins coordonnés

En France, jusqu'à la mise en application de la réforme de l'Assurance-maladie d'août 2004, tous les patients pouvaient consulter un médecin spécialiste de leur propre initiative sans que cela n'ait de conséquence sur les tarifs appliqués par les praticiens ou sur la prise en charge par l'Assurance-maladie et les organismes complémentaires.

Cette réforme est entrée progressivement en application. Les premières mesures ont été mises en place en juillet 2005 et la réforme s'est appliquée à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Cette réforme a notamment instauré un nouveau dispositif reposant sur le choix, par chaque personne de 16 ans ou plus, d'un médecin traitant chargé en particulier de coordonner le parcours de soins du patient.

Dans ce parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter en première intention son médecin traitant qui l'orien-

tera, si besoin, vers un médecin spécialiste. Le patient peut également, tout en restant dans le parcours, consulter directement, pour certains actes, des médecins relevant de spécialités dites à accès spécifique : la gynécologie et l'ophtalmologie ainsi que la psychiatrie pour les patients de moins de 26 ans. Pour tous les actes médicaux réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les tarifs et les taux de remboursement restent identiques à ceux pratiqués avant la mise en place de la réforme.

Les patients peuvent également consulter hors du parcours de soins coordonnés mais, dans ce cas, les consultations sont moins remboursées et peuvent faire l'objet, dans certaines limites, d'un dépassement.

Il s'agit là d'une importante transformation des conditions d'accès aux soins de spécialistes dont on peut penser qu'elle va entraîner de fortes modifications du comportement des patients et/ou des médecins.

- trois consultations sur dix font suite au conseil du spécialiste déjà consulté et qui souhaite revoir le patient,
- presque trois consultations sur dix découlent du conseil d'un généraliste,
- et moins d'une consultation sur dix du conseil d'un autre spécialiste.

Les modalités de recours varient énormément selon la spécialité du médecin. Il existe des spécialités caractérisées par un accès direct important et d'autres pour lesquelles l'accès résulte majoritairement, ou très majoritairement, d'une

demande médicale. Notons en particulier que l'orientation issue des médecins généralistes varie très fortement selon les spécialités consultées.

Les spécialistes à fort accès direct : les dermatologues, les gynécologues et les ophtalmologues

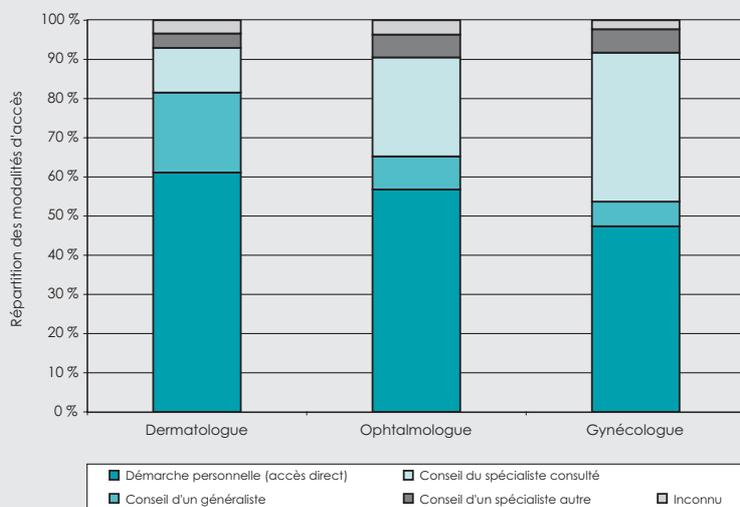
Trois spécialités se détachent des autres par l'importante proportion de séances initiées par le patient lui-même (cf. graphique ci-dessous). Ces spécialités sont la dermatologie (61 % en accès direct), l'ophtalmologie (57 %) et dans une moindre mesure la gynécologie et/ou obstétrique (47 %).

Remarquons que les séances en ophtalmologie et gynécologie représentent plus de la moitié de toutes les consultations de spécialistes n'ayant pas donné lieu à orientation médicale préalable. La réforme entérine d'ailleurs cet état de fait en prévoyant de maintenir, pour ces deux spécialités, la possibilité d'un accès direct pour certains actes, sans conséquences financières.

Après l'accès direct, le recours à l'ophtalmologue ou au gynécologue résulte le

<sup>1</sup>Pour cette exploitation, l'accès direct est défini comme l'ensemble des accès effectués à l'initiative de la personne elle-même ou à la suite des conseils de son entourage ou d'une personne autre qu'un médecin.

Spécialistes consultés essentiellement en accès direct pour les patients de 16 ans et plus, en 2004

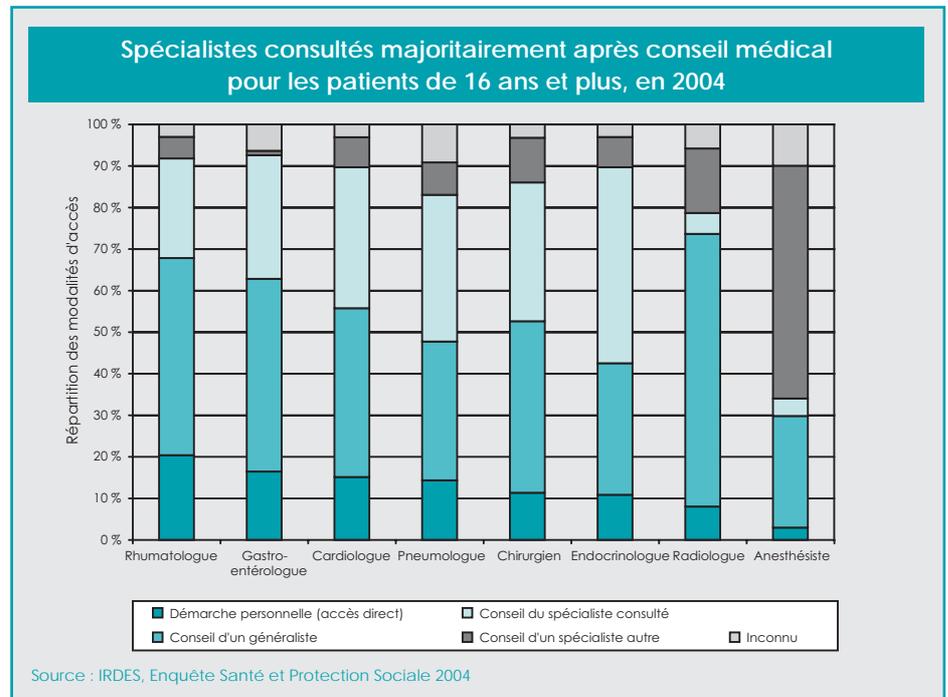


Source : IRDES, Enquête Santé et Protection Sociale 2004

plus souvent d'une demande du praticien lui-même qui souhaite revoir le patient ; c'est le cas de 25 % des séances d'ophtalmologie et de 38 % des séances de gynécologie. Par contre, pour les séances de dermatologie, après l'accès direct, le recours fait plus fréquemment suite au conseil d'un généraliste (20 % contre seulement 8 % des séances d'ophtalmologie et 6 % des séances de gynécologie).

### Les spécialistes pour lesquels l'accès fait principalement suite à un conseil médical

Pour huit spécialités (cf. graphique ci-contre), les patients recourent aux praticiens essentiellement à la suite d'un conseil médical, dans au moins 8 cas sur 10. Ces spécialités sont l'anesthésie, la radiologie, l'endocrinologie, la chirurgie, la pneumologie, la cardiologie, la gastro-entérologie et la rhumatologie. Ce conseil médical résulte soit d'une demande d'un médecin généraliste ou spécialiste, soit du souhait du spécialiste déjà consulté de revoir le patient. Cette dernière modalité concerne presque la moitié des séances d'endocrinologie et plus du tiers des séances de pneumologie, de cardiologie et de chirurgien. Inversement, plus de 80 % des séances d'anesthésiste et de radiologue font suite à la demande d'un médecin autre que le praticien consulté lui-même



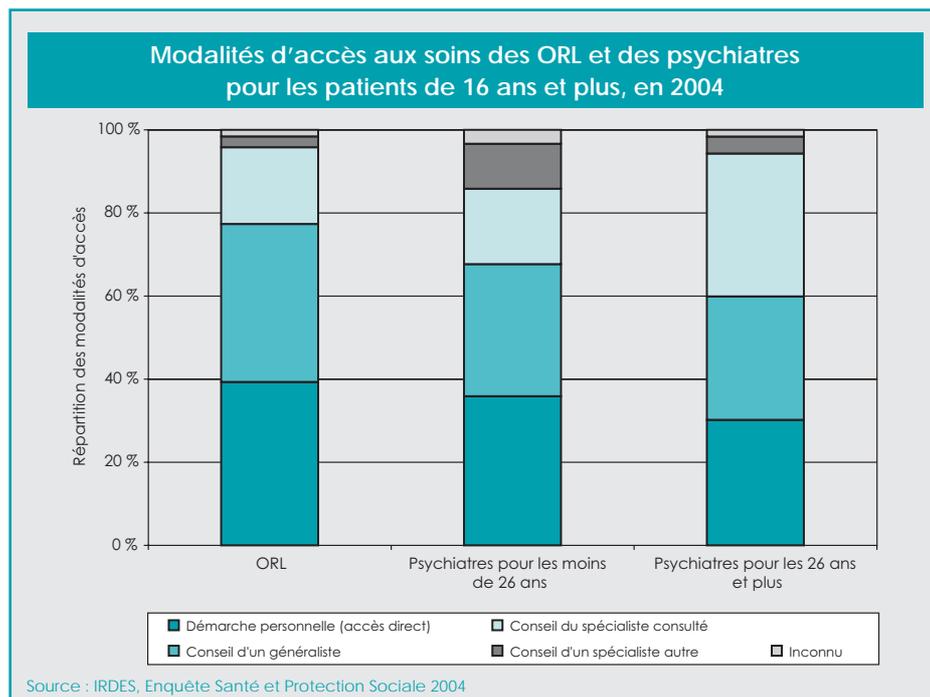
Parmi ces spécialités à accès essentiellement dirigé, l'accès direct n'est cependant pas négligeable, en particulier pour la rhumatologie, la gastro-entérologie, la cardiologie et la pneumologie puisqu'il concerne entre 20 et 14 % des séances.

### ORL et psychiatres, entre accès direct et accès conseillé par un médecin

L'ORL et la psychiatrie se trouvent dans une situation intermédiaire, où l'accès direct reste important.

Pour l'ORL, presque quatre consultations sur dix résultent d'un accès direct des patients et autant de la demande d'un généraliste (cf. graphique ci-dessous).

En psychiatrie, l'accès direct est un peu plus fréquent chez les jeunes de moins de 26 ans (36 % des séances), qui conserveront cette possibilité dans le parcours de soins coordonnés, que chez les adultes plus âgés (30 %). L'orientation préalable par un généraliste ou un spécialiste (autre que le psychiatre consulté lui-même) est également un peu plus fréquente chez les jeunes, respectivement 43 % et 34 %.



### Avant la réforme, l'adressage par un médecin généraliste est déjà important pour certaines spécialités

Si l'on considère l'ensemble des spécialités, moins de trois séances de spécialistes sur dix font suite à une demande de généraliste. Ce résultat peut paraître faible, d'autant plus que 9 adultes sur 10 déclarent à cette période (Auvray *et al.*, 2003) avoir un médecin généraliste habituel, susceptible donc de les diriger en cas de besoin vers un spécialiste. Toutefois, l'adressage par un généraliste est fréquent pour certaines spécialités :

- en radiologie, pour 66 % des séances,
- rhumatologie, 47 %,
- gastro-entérologie, 46 %,

- chirurgie, 41 %,
- et en cardiologie, 40 %.

### Les recours réalisés à l'initiative des patients sont plus fréquents en ville qu'à l'hôpital

Il est possible dans l'enquête de distinguer les séances de spécialistes réalisées en cabinet de celles réalisées en clinique ou à l'hôpital. Par contre, on ne peut pas différencier au sein de ce dernier item les séances effectuées par des spécialistes salariés hospitaliers et des spécialistes libéraux.

Quelle que soit la spécialité, en dehors de la rhumatologie, les recours réalisés à l'initiative des patients sont plus fréquents en ville qu'à l'hôpital ou en clinique.

En effet, 40 % des séances réalisées en cabinet de ville sont à l'initiative des patients *versus* 16 % pour les séances réalisées en clinique ou à l'hôpital. L'analyse des recours en cabinet de ville retrouve, comme pour l'ensemble des séances étudiées précédemment, les mêmes trois groupes de spécialités aux modes d'accès différents. Les spécialités à accès essentiellement direct sont la dermatologie, l'ophtalmologie et la gynécologie ; les spécialités à accès intermédiaire, l'ORL

et la psychiatrie et les autres spécialités majoritairement ou très majoritairement liées à une demande médicale.

Les séances de spécialistes réalisées à l'hôpital ou en clinique résultent pour l'essentiel d'une demande médicale, sauf pour l'ophtalmologie, la gynécologie et la rhumatologie, pour lesquelles environ trois séances sur dix font suite à un accès direct des patients. Pour la plupart des spécialités, sauf en particulier la psychiatrie, on constate que la proportion de séances faisant suite à la demande du spécialiste lui-même est plus importante en clinique ou à l'hôpital qu'en ville. Il est probable que ces écarts s'expliquent en grande partie par des différences de pathologies prises en charge en ville et dans les établissements hospitaliers.

### Déterminants de l'accès direct

#### L'accès direct aux soins de spécialistes est modérément influencé par le statut socio-économique

Si le fait de recourir ou non aux soins de spécialistes est fortement influencé par les caractéristiques socio-économiques des personnes<sup>2</sup>, qu'en est-il des modalités d'accès ?

La méthode utilisée dans ce travail pour mettre en évidence d'éventuels effets socio-économiques sur les modalités d'accès est décrite en encadré (cf. encadré « Méthode d'analyse »). Il s'agit d'analyses multivariées mesurant les liens entre le mode d'accès (direct ou conseillé par un médecin) et le statut socio-économique, « toutes choses égales par ailleurs ».

Ces analyses montrent que le revenu et l'occupation principale<sup>3</sup> des personnes n'ont pas d'influence sur le mode d'accès. Par contre, on relève des effets du niveau d'éducation, du milieu social et de la couverture complémentaire. Toutefois, les effets de ces variables sont modérés et semblent opposer les hommes aux femmes.

Ainsi, parmi les hommes, plus le niveau d'éducation est élevé, plus l'accès direct aux soins de spécialistes est fréquent. De même, dans les ménages de cadres, les hommes accèdent plus souvent directement que ceux vivant dans des ménages d'ouvriers non qualifiés ou d'agriculteurs.

Parmi les femmes en revanche, un niveau d'éducation élevé est associé à un accès direct moins fréquent. De plus, les femmes disposant d'une couverture complémentaire (CMUC ou non) accèdent moins souvent de leur propre initiative que celles n'en bénéficiant pas.

Deux hypothèses opposées semblent pouvoir expliquer ces résultats. D'une part, le fait de consulter des médecins régulièrement, comportement propre

#### Source des données : l'Enquête Santé et Protection Sociale 2004

L'Enquête Santé et Protection Sociale a été réalisée en 2004 auprès de 22 460 personnes, dont 17 937 personnes de 16 ans et plus.

Dans cette enquête, les individus complètent un questionnaire autoadministré concernant leur santé et leur consommation médicale. Il leur est demandé en particulier de préciser s'ils ont consulté au moins un spécialiste au cours des douze mois précédant l'enquête et, dans l'affirmative, d'indiquer sa spécialité. Parmi les enquêtés de 16 ans et plus ayant renvoyé leur questionnaire (75 % des enquêtés), environ 60 % déclarent avoir eu recours à au moins un spécialiste au cours de cette période.

Dans la suite de ce questionnaire, il est demandé aux enquêtés de décrire la dernière séance de spécialiste ayant eu lieu au cours de l'année. Il leur est notamment demandé de préciser s'ils ont consulté le spécialiste de leur propre initiative ou si cette consultation leur a été conseillée. L'intitulé exact de la

question est le suivant : « Qui vous a conseillé cette consultation ? ».

- personne, j'ai consulté de moi-même ;
- un médecin généraliste ;
- le même spécialiste qui m'a dit de revenir ;
- un autre médecin spécialiste ;
- un proche (famille, ami) ;
- autre (précisez).

Parmi les enquêtés de 16 ans et plus, 6 206 déclarent avoir consulté, dans les 12 mois précédant l'enquête, au moins l'un des 13 spécialistes étudiés ici, et ont rempli le questionnaire sur la dernière séance de spécialiste.

Les données descriptives présentées dans cette publication sont pondérées pour tenir compte à la fois de la structure de la population enquêtée et du nombre annuel de consultations de spécialistes (Allonier *et al.*, 2006).

<sup>2</sup>Plusieurs études démontrent que le recours aux soins de spécialistes est plus fréquent dans les populations les plus aisées. L'enquête ESPS 2004 permet également de vérifier ce résultat. Une analyse multivariée du recours au spécialiste en 2004 nous montre que celui-ci est influencé par le niveau d'éducation, la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage et la couverture complémentaire. Ainsi, les personnes vivant dans des ménages d'agriculteurs, d'ouvriers et d'employés de commerce recourent moins souvent aux soins de spécialistes que les personnes vivant dans des ménages de cadres. De même, le taux de recours aux spécialistes est moins fort parmi les personnes n'ayant pas fait d'études supérieures ou secondaires. Enfin, les personnes bénéficiant de la CMUC ou ne possédant aucune couverture complémentaire recourent moins souvent aux soins de spécialistes que celles qui bénéficient d'une couverture complémentaire (hors CMUC).

<sup>3</sup>Actifs, chômeurs, retraités, femmes au foyer, étudiants, autres.

aux catégories sociales les plus favorisées, augmente les chances d'être suivi dans le cadre d'un parcours de soins et donc d'être adressé par un médecin. D'autre part, l'accès direct aux soins de spécialistes peut être lié au comportement social des personnes : les personnes vivant dans des milieux sociaux plus favorisés que d'autres auraient une propension plus forte à accéder directement à des soins de spécialistes. Nos résultats semblent indiquer que le comportement des femmes relève de la première hypothèse alors que le comportement des hommes s'explique plutôt par la seconde hypothèse.

### L'état de santé et les caractéristiques des séances ont un effet plus marqué

Les effets des variables d'état de santé et des caractéristiques des séances ressortent de façon plus nette que les effets du statut socio-économique.

Parmi les femmes, plus l'état de santé se dégrade, moins l'accès direct est fréquent. Ainsi, les femmes se percevant en mauvaise santé ou présentant un risque sur le plan vital accèdent moins souvent directement aux soins de spécialistes. Par contre, parmi les hommes, l'effet de l'état de santé est moins marqué, et opposé à celui observé chez les femmes. On constate en effet que les hommes se percevant en mauvaise santé recourent plus souvent directement aux soins de spécialistes.

Ces résultats concernant l'état de santé semblent suggérer, qu'avant même la réforme du médecin traitant et du parcours de soins, les femmes en mauvaise santé avaient plus souvent tendance à s'inscrire dans un parcours de soins que les hommes en mauvaise santé.

Les modalités d'accès aux spécialistes apparaissent très liées aux caractéristiques des séances :

- l'accès direct est moins fréquent lorsque la séance a lieu dans un établissement hospitalier plutôt qu'en cabinet ;
- chez les hommes, l'accès direct est plus fréquent en ophtalmologie qu'en

### Méthode d'analyse

Des analyses multivariées nous ont permis de mesurer les effets de plusieurs caractéristiques des patients sur leur mode d'accès aux soins de spécialistes (accès direct ou conseillé par un médecin), « toutes choses égales par ailleurs ».

Les variables introduites dans ces différentes analyses sont les suivantes :

- des variables décrivant la situation socio-économique des patients : le revenu \*, le niveau d'éducation, l'occupation principale, la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage, la couverture complémentaire, le nombre de personnes du ménage ;
- des variables de contrôle : l'âge, l'état de santé \*\*, la taille de la commune, le lieu de la consultation (en ville ou dans un établissement hospitalier), la spécialité du spécialiste consulté.

Deux sortes d'analyses multivariées ont été mises en œuvre.

- Les premières ne portent que sur l'ensemble des personnes ayant eu recours aux soins de spécialistes au cours des douze

derniers mois (estimation de modèles dichotomiques simples). Les résultats de ces analyses, qui ne sont pas présentés dans cette étude, montrent que le statut socio-économique des patients n'a pratiquement aucun effet sur les modalités d'accès aux soins de spécialistes.

- Les secondes analyses, dont les résultats sont décrits dans cette publication, concernent l'ensemble des individus, qu'ils aient recouru ou non à un spécialiste dans l'année (estimation de modèles de sélection). Ces analyses permettent d'estimer les effets des variables citées ci-dessus sur le mode d'accès indépendamment du recours annuel aux soins de spécialistes.

\* Il s'agit du revenu total déclaré par le ménage.

\*\* Deux indicateurs d'état de santé ont été utilisés : le risque vital et l'état de santé perçu. Le risque vital correspond à une probabilité de risque de décès. Il est évalué par les médecins chargés du chiffrage médical de l'enquête, à partir des seules données déclarées par les enquêtés. Il est établi à partir d'une échelle en six positions allant de « aucun risque sur le plan vital » à « pronostic sûrement mauvais » (signifiant 80 % de probabilité de décès dans les 5 ans). L'état de santé perçu correspond à une évaluation par les enquêtés eux-mêmes de leur état de santé.

dermatologie et moins fréquent dans toutes les autres spécialités. Parmi ces dernières, les accès directs les plus courants s'observent en ORL, psychiatrie et rhumatologie ;

- chez les femmes, l'accès direct est aussi fréquent en ophtalmologie qu'en dermatologie et moins fréquent dans toutes les autres spécialités. Parmi celles-ci, les accès directs les plus courants s'observent en gynécologie, ORL et rhumatologie.

En définitive, les caractéristiques socio-économiques des individus, en dehors du niveau d'éducation, influencent relativement peu la façon d'accéder aux soins de spécialistes, contrairement à l'état de santé et aux caractéristiques des consultations. Notre analyse met également en évidence des différences dans l'accès aux soins des hommes et des femmes selon le niveau d'éducation et l'état de santé. Enfin, elle confirme toutes choses égales par ailleurs, la prééminence des accès directs en dermatologie, ophtalmologie et gynécologie et dans une moindre mesure en ORL, psychiatrie et rhumatologie.

Ces résultats peuvent sembler contradictoires avec ceux de Pascale Breuil-Genier

(2000) et ceux de Bénédicte Boisguérin et Denis Raynaud (2006) qui montrent notamment que, lors du début d'un épisode de soins, les cadres consultent plus souvent d'abord un spécialiste. Ils sont en fait complémentaires dans la mesure où nous nous intéressons non pas au début des épisodes mais à l'ensemble des recours aux spécialistes.

### De la difficulté de la mesure

Afin de vérifier la robustesse de nos résultats sur les modes d'accès aux spécialistes, nous les avons comparés à ceux de l'enquête Santé réalisée en 2002-2003 par l'Insee. Après avoir montré en quoi l'accès direct était une notion difficile à cerner, nous présentons les principales différences observées entre les deux enquêtes et nous tentons de les expliquer.

#### Accès direct ou non : une frontière difficile à cerner

Contrairement à ce que certains pourraient penser, la notion d'adressage n'apparaît pas comme une donnée uniquement factuelle. Elle comporte également une part importante d'interprétation,

probablement différente selon les individus, car la décision de consulter résulte souvent d'un échange verbal entre le médecin et le patient.

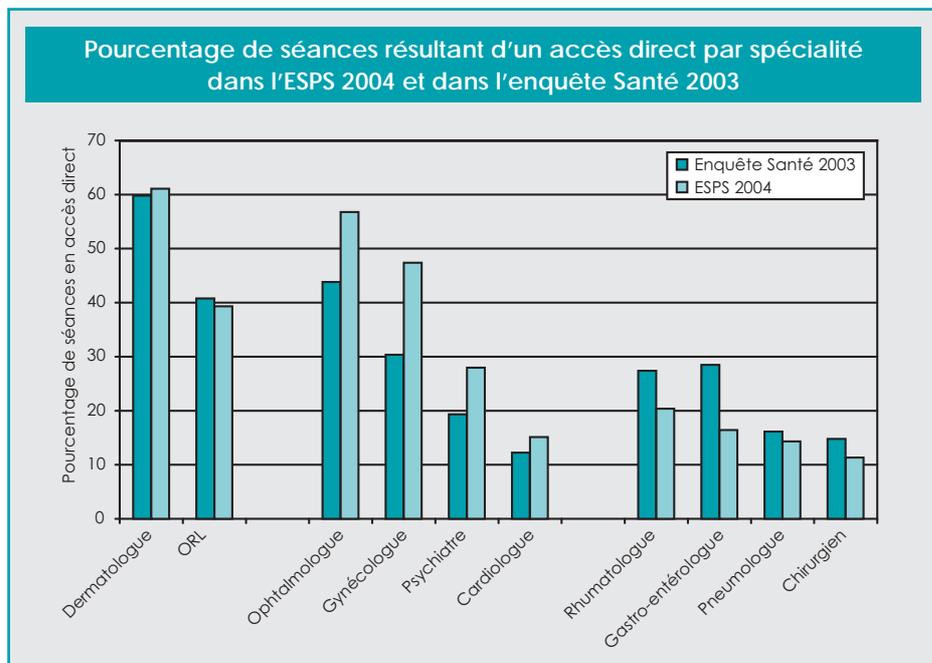
Ainsi, comment le patient va-t-il interpréter des phrases telles que « si ça ne va pas mieux, n'hésitez pas à revenir me voir » ou « revenez si vous ne supportez pas le traitement » phrases prononcées par le spécialiste lors d'une consultation préalable? Est-ce le spécialiste lui-même qui a conseillé de revenir ou le patient qui a décidé de revoir le médecin? Ou encore, lorsqu'une femme revoit son gynécologue pour une prescription annuelle de contraception, est-ce le médecin qui, du fait de son rythme annuel de prescription, est à l'origine de la séance ou la patiente qui a décidé de poursuivre et de renouveler sa contraception?

De même, lorsqu'un médecin généraliste ou spécialiste dit à un patient « si ça ne s'arrange pas vous devriez voir un dermatologue », est-ce le patient qui est à l'origine de la décision de consulter ou le praticien qui a formulé cette phrase?

Ces difficultés d'interprétation, influencées elles-mêmes par des propositions de réponses hétérogènes, sont bien mises en évidence par la comparaison des données de l'enquête Santé 2002-2003, avec celles que nous venons de présenter issues de l'ESPS 2004.

### Le mode de recueil n'influence pas les résultats

Soulignons tout d'abord que si la question est la même dans les enquêtes Santé et ESPS « qui a conseillé les séances de spécialiste? », le mode de recueil est différent. En effet, dans l'enquête Santé, la question est posée pour chacune des séances ayant eu lieu pendant une période de deux mois correspondant à la période d'enquête, et les réponses sont reportées sur un carnet de soins. Dans l'enquête ESPS 2004, la question est posée seulement pour la dernière séance de spécialiste.



Grâce à l'analyse des résultats des enquêtes agrégées ESPS 2000 et 2002, nous pouvons écarter l'hypothèse que les différences existant entre l'enquête Santé et l'ESPS puissent s'expliquer par des effets du mode de recueil. En effet, si dans les enquêtes ESPS 2000 et 2002 la formulation de la question était similaire à celle posée en 2004, le mode de recueil y était différent. Ainsi, en 2000 et 2002, ces informations étaient relevées sur un carnet de soins laissé aux ménages durant une période d'observation d'un mois. Comme dans l'enquête Santé de l'Insee, toutes les consommations de soins, notamment les soins de spécialistes, devaient y être notées. Malgré ces méthodologies différentes, il s'avère que les résultats relatifs aux modalités d'accès aux spécialistes dans les enquêtes ESPS 2000-2002 agrégées et ESPS 2004 sont pratiquement similaires pour toutes les spécialités (sauf la rhumatologie<sup>4</sup>).

Ce constat laisse donc penser que l'utilisation d'un carnet de soins ne modifie pas significativement les résultats<sup>5</sup>.

Si le mode de recueil ne semble pas contribuer aux écarts observés entre l'enquête Santé et l'ESPS, il est probable qu'une grande partie d'entre eux puissent s'expliquer par les différences existant entre les réponses proposées et l'ordre de ces réponses.

### Un accès résultant du conseil du spécialiste consulté nettement plus important dans l'enquête Santé

La formulation et l'ordre des items proposés dans l'enquête Santé de l'Insee diffèrent de ceux de l'ESPS.

Dans l'enquête Santé, les intitulés exacts de la question et des réponses relatives au mode d'accès aux médecins sont les suivants : « Cette consultation a été conseillée par » :

- ce médecin,
- un médecin du travail, de PMI, scolaire ou d'un centre d'examen de santé,
- un autre médecin,
- un pharmacien,
- un autre professionnel de santé,
- aucun de ces professionnels de santé.

Cette dernière modalité fait principalement référence à l'accès direct, sans pour autant l'expliquer.

En comparant les résultats issus de l'enquête Santé 2003 avec ceux provenant de l'ESPS 2004, nous notons certaines différences (cf. graphique ci-dessus) :

- un niveau plus élevé, pour toutes les spécialités, de la proportion d'accès

<sup>4</sup>D'après les résultats agrégés des enquêtes ESPS 2000 et 2002, l'accès direct au rhumatologue est estimé à 35 % contre 20 % dans l'ESPS 2004.

<sup>5</sup>On ne s'attendait pas à ce que ceux-ci, de nature assez structurelle, soient modifiés entre ces deux dates proches et en l'absence d'évolution des règles de recours ou de prise en charge.

résultant de la modalité « consultation conseillée par ce médecin », ce médecin étant le spécialiste consulté ;

- un niveau plus faible, pour toutes les spécialités, de la modalité « adressé par un médecin » : il s'agit ici des séances faisant suite au conseil d'un médecin autre que celui consulté ;
- une différence de déclaration variant selon la spécialité pour la modalité « accès direct ».

La situation en première position de la modalité « conseillé par ce médecin » dans l'enquête Santé, alors qu'elle n'est qu'en troisième position dans l'enquête ESPS, explique certainement une grande partie de la « surreprésentation » de ce mode d'accès dans l'enquête Santé. Dans cette enquête, cette réponse concerne entre 45 % et 75 % des accès en gynécologie, ophtalmologie, cardiologie, rhumatologie, pneumologie, gastro-entérologie, psychiatrie et chirurgie et 30 % des séances en ORL et dermatologie. Dans l'ESPS 2004, la modalité similaire « le même spécialiste qui m'a dit de revenir » concerne entre 25 et 40 % des séances dans presque toutes les spécialités, sauf également en ORL et dermatologie où elle est moins fréquente.

En revanche, on observe quel que soit le spécialiste consulté, une « sous représentation » importante de la modalité « conseillé par un autre médecin » dans l'enquête Santé par rapport à l'ESPS comprise entre - 30 et - 80 %.

Contrairement à l'enquête Santé, la réponse correspondant à l'accès direct dans l'ESPS est proposée en première position (cf. encadré source des données) avec un intitulé différent « personne, j'ai consulté de moi-même ». Ceci explique certainement une partie de la « surreprésentation » de l'accès direct observée dans l'ESPS par rapport à l'enquête Santé. C'est effectivement le cas en gynécologie, psychiatrie, ophtalmologie et cardiologie (entre + 25 et + 50 %). Par contre, le poids des accès directs est similaire dans les deux enquêtes en dermatologie et en ORL. Il est même paradoxalement supérieur dans l'enquête Santé par rapport à l'ESPS en

gastro-entérologie, en rhumatologie, en pneumologie et en chirurgie.

### Des différences qui peuvent s'expliquer

Comme nous l'avons dit précédemment, il peut être difficile pour un enquêté de faire la différence entre un accès direct et un accès sur conseil médical, notamment pour des spécialités qui requièrent un suivi médical régulier comme par exemple la gynécologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie, la rhumatologie, la cardiologie ou encore la gastro-entérologie. Or, c'est surtout pour ces spécialités que l'on note de fortes différences de résultats entre les deux enquêtes. En revanche, pour les spécialistes consultés plus souvent ponctuellement les résultats sont équivalents dans les deux enquêtes, en particulier pour les dermatologues et les ORL.

Bien entendu, la mise en évidence de ces écarts consécutifs à des questionnements différents doivent conduire à une analyse particulièrement prudente des résultats présentés à partir de ces deux sources de données et, plus généralement, de ceux issus des déclarations décrivant les modalités d'accès à un médecin.

\* \* \*

Cette étude éclaire la façon dont les patients accédaient aux soins de spécialistes peu avant la mise en place de la réforme de l'Assurance-maladie instaurant le principe du médecin traitant et le parcours de soins coordonnés.

Les résultats s'appuient cependant sur des déclarations de patients. Or, la notion d'adressage qui repose souvent sur une simple relation verbale entre le praticien et le patient (pas toujours confirmée par un courrier) est elle-même susceptible d'interprétation de la part des patients. Le point de vue de ce dernier sur l'adressage ne rejoint donc pas obligatoirement celui du spécialiste consulté, en particulier lorsque celui-ci n'a pas eu d'échange (épistolaire ou verbal) avec le praticien « adresseur ».

Quoi qu'il en soit, au moment de la mise en place de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, l'accès direct des patients au spécialiste, tel que déclaré dans l'enquête ESPS, était important pour cinq spécialités : la dermatologie, l'ophtalmologie, la gynécologie et dans une moindre mesure l'ORL et la psychiatrie.

Pour deux d'entre elles, l'ophtalmologie et la gynécologie, la réforme prévoit de conserver la possibilité d'un accès direct sans conséquences financières (appelé accès spécifique) pour certains actes qui représentent une forte part de l'activité de ces spécialistes. L'incidence de la réforme ne devrait donc pas se traduire par des changements importants dans les recours à ces deux spécialités, sauf à penser que certains patients n'ayant pas bien assimilé les différents principes de cette réforme renoncent à consulter de manière transitoire par crainte d'avoir davantage de frais à leur charge. Soulignons que cet éventuel comportement risque de concerner l'ensemble des spécialités et d'être probablement plus marqué chez les personnes vivant dans les milieux les moins favorisés, qui sont déjà celles qui renoncent le plus souvent aux soins pour des raisons financières (Auvray *et al.*, 2001).

La dermatologie avait également un accès direct très important puisque celui-ci concernait plus de 6 séances sur 10. Mais pour cette spécialité, la réforme ne prévoit pas d'accès spécifique. Quels vont être les comportements des patients, des médecins traitants et des dermatologues ? C'est certainement pour cette spécialité, mais aussi pour l'ORL où l'accès direct concernait 4 séances sur 10, que l'on est susceptible d'observer le plus de modifications dans le recours et les modalités d'accès.

Avant la mise en place de la réforme, l'accès direct à la psychiatrie concernait presque 3 consultations sur 10. Pour cette spécialité, la réforme prévoit un accès spécifique pour les patients de moins de 26 ans. Comme pour les spécialités précédentes, on peut se demander comment le dispositif du médecin traitant va mo-

difier le comportement des adultes qui antérieurement consultaient en accès direct. Il est possible que la spécificité des pathologies prises en charge conduise à observer des comportements différents des autres spécialités.

Pour les huit autres spécialités que nous avons pu étudier, l'accès direct était moins important bien que non négligeable, en particulier pour la rhumatologie, la gastroentérologie, la cardiologie et la pneumologie pour lesquelles 14 à 20 % des consultations de ces spécialistes étaient concernées.

Par ailleurs, avant la réforme, les caractéristiques socio-économiques des patients ont relativement peu d'influence sur leur mode d'accès (direct ou dirigé). La seule véritable barrière socio-économique dont on peut faire état se situe à l'entrée du système de soins. En effet, plusieurs enquêtes, dont l'ESPS, montrent que le recours aux soins de spécialistes est marqué par un fort gradient socio-économique.

8 De manière générale, nous pouvons nous attendre à ce que la réforme engagée conduise à des modifications du comportement des patients et des médecins. Mais quelles seront ces modifications de comportement ? Seront-elles à l'origine de nouvelles inégalités sociales de consommation de soins de spécialistes ? Au contraire, le rôle central confié au généraliste dans le parcours de soins contribuera-t-il à améliorer l'accès aux soins spécialisés des plus défavorisés ? Quelles seront les conséquences sur l'activité des médecins spécialistes et la nature des pathologies prises en charge ? Enfin, les généralistes prendront-ils davantage en charge certaines pathologies relevant antérieurement du spécialiste ?

D'ores et déjà, les caisses d'Assurance maladie relèvent une diminution de l'activité libérale dans un certain nombre de spécialités<sup>6</sup>. Ceci a conduit les partenaires conventionnels à mettre en place, en mars 2006, des mesures d'accompagnement<sup>7</sup> pour ces spécialités afin

de contrebalancer cette baisse d'activité observée depuis la mise en place des premières mesures de la réforme en juillet 2005.

La montée en charge de la réforme de l'Assurance maladie va se poursuivre et il sera particulièrement intéressant d'en observer les effets tant au niveau des comportements de la population que de ceux des médecins.

L'IRDES dispose, grâce à son enquête bisannuelle ESPS, de l'opportunité d'observer les comportements de soins de la population au cours de l'année 2006. Cette nouvelle enquête, réalisée selon la même méthodologie qu'en 2004, devrait permettre d'apprécier les évolutions de ces comportements en particulier en termes de recours aux soins et de modalités d'accès à ces soins.

6 *Dermatologie, ORL, rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, endocrinologie. Une baisse d'activité est également relevée pour les qualifications d'allergologue et d'angiologue.*

7 *Mesures aboutissant, par différentes modifications de la nomenclature (variables selon les spécialités), à une revalorisation d'un certain nombre d'actes de ces spécialités.*

### Pour en savoir plus

Auvray L., Doussin A., Le Fur P. (2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002, Questions d'économie de la santé* n° 78, 8 p.

Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P. (2001), *Santé, soins et protection sociale en 2000*, IRDES, n°1364, 194 p.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2006), *Santé, soins et protection sociale en 2004*, IRDES, n° 1621, 212 p.

Boisguérin B., Raynaud D. (2006), Les trajectoires de soins en 2003, DREES, *Etudes et résultats*, n° 463, 12 p.

Breuil-Genier P. (2000), Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent, *Insee Première*, n° 709, 4 p.

### Vient de paraître

#### Santé, soins et protection sociale 2004

Tous les deux ans, l'Enquête Santé et Protection Sociale interroge un échantillon représentatif de la population française afin d'étudier les relations entre l'état de santé, le recours aux services de santé, l'accès à l'assurance maladie publique et privée et le statut économique et social.

Le rapport présentant les résultats de l'édition 2004 vient de paraître. Au sommaire :

- les objectifs et la méthodologie de l'enquête (en 2004, ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et 22 000 individus)
- les tableaux et exploitations statistiques de l'enquête pour différents thèmes :
  - protection sociale : exonération du ticket modérateur, couverture maladie complémentaire y compris CMUC, mode d'obtention des contrats, niveau de remboursement, rapport qualité/prix...
  - maladies et troubles de santé déclarés : taux de prévalence, nombre de maladies, indicateurs d'état de santé...
  - séances de médecin : description des séances de généralistes et de spécialistes
  - consommation de pharmacie prescrite et non prescrite, par classe thérapeutique.

Les données sont présentées, dans la mesure du possible, selon les différentes caractéristiques de la population enquêtée (âge, sexe, milieu social, revenu par unité de consommation, niveau d'études, taille du ménage, état de santé...)

- de nouvelles problématiques :
  - Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque (M. Grignon)
  - Etude des délais d'attente dans différentes spécialités : une approche originale des relations entre demande et offre de soins locale (Ph. Le Fur, I. Leroux, V. Lucas-Gabrielli)
  - Vulnérabilité sociale et santé (E. Cambois, F. Jusot).

La périodicité bisannuelle et la dimension longitudinale de l'enquête ESPS lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestations de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins.

L'enquête 2006 a débuté en mars selon différentes modalités : contacts téléphoniques et visites. La collecte des données doit s'étaler sur une période d'environ huit semaines (vague de printemps) et sera renouvelée à l'automne 2006. Cette édition permettra notamment de suivre l'évolution des comportements de soins après la mise en place de la réforme du médecin traitant.