

# questions

## d'économie de la santé

résultats

### Repères

Le dispositif du médecin traitant constitue l'un des éléments centraux de la réforme de l'Assurance maladie du 13 août 2004. Bien que non obligatoire, il est encouragé par des incitations financières à partir de janvier 2006. Si son objectif premier est de mieux réguler l'accès aux spécialistes, les promoteurs de la réforme en donnent aussi des justifications plus larges : maîtrise des dépenses de ville, meilleure qualité de la prise en charge médicale, meilleure équité de traitement.

L'enquête Santé et Protection Sociale menée en 2006 permet de dresser un premier bilan de l'impact de la réforme, au travers des opinions des assurés.

### Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme

*Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Michel Naiditch, Catherine Ordonneau*

La réforme de l'Assurance maladie entrée en vigueur en 2006 encourage le « parcours de soins coordonnés » au sein duquel le « médecin traitant » occupe un rôle pivot. Choisi par le patient, le médecin traitant réalise les soins primaires et oriente si besoin le patient vers les soins de spécialité.

Selon les chiffres de l'Assurance maladie, à la mi-2006, huit Français sur dix ont déclaré un médecin traitant à la Sécurité sociale<sup>1</sup>. L'enquête Santé et Protection Sociale 2006 montre que les personnes réfractaires au dispositif ne représentent qu'environ 5% des assurés, le reste n'ayant pas encore eu, au moment de l'enquête, l'occasion de consulter. Le nouveau dispositif est considéré comme obligatoire par beaucoup et le médecin traitant se substitue très souvent au schéma informel du médecin de famille. Le nouveau système apparaît neutre en termes de satisfaction des patients sur leur prise en charge médicale. En ce qui concerne l'accès aux spécialistes, moins de 4% déclarent avoir renoncé à des soins de spécialistes pour des motifs directement liés à la réforme : soins devenus trop chers ou démarche perçue trop compliquée. L'enquête ne permet toutefois pas de juger si ce renoncement touche les soins non justifiés qui étaient visés par la réforme.

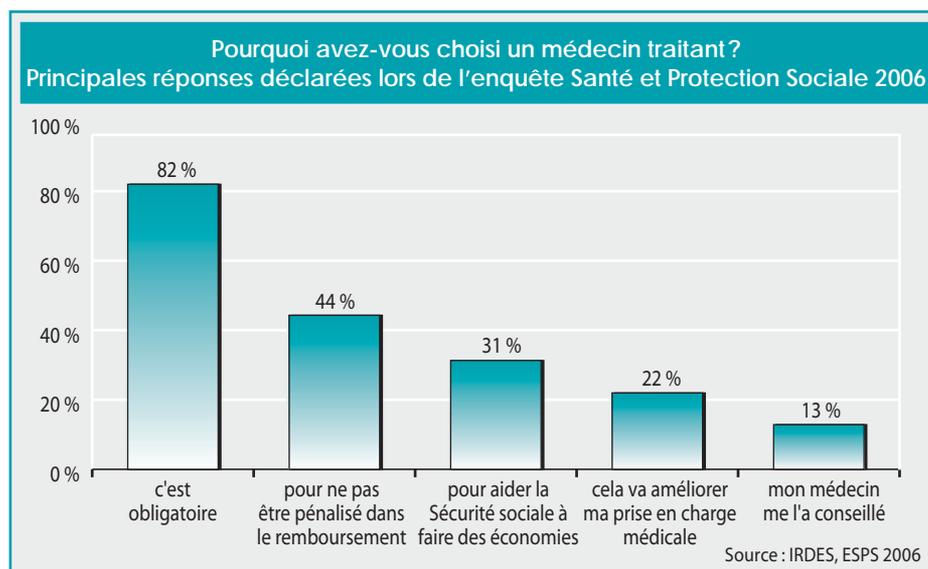
INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

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 technique :  
Nathalie Meunier  
Relecteurs :  
Yann Bourgueil, Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur  
Correctrice :  
Martine Broïdo  
Maquettiste :  
Nicole Guervin

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

<sup>1</sup> Cf. point d'information mensuel de la CNAMTS, 6 juin 2006.



Les données de l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 permettent de dresser un premier bilan du dispositif du médecin traitant, un des piliers de la réforme de l'Assurance maladie de 2004 (cf. encadré ci-dessous). Elles permettent notamment de répondre aux questions suivantes : quelles catégories de population n'ont pas opté pour un médecin traitant ? pour quelles raisons les uns l'ont-ils choisi et les autres non ? y-a-t-il d'ores et déjà un impact sur l'accès aux spécialistes ? sur la qualité de la prise en charge ?

### Qui déclare un médecin traitant et pour quels motifs ?

#### Pour huit optants sur dix, choisir un médecin traitant est obligatoire

Les 6 430 personnes interrogées qui déclarent avoir opté pour un médecin traitant désignent massivement comme premier motif de leur choix (82 %) le caractère obligatoire du dispositif. En réalité, il ne l'est pas, les assurés restant libres de ne pas désigner de médecin traitant mais au prix de péna-

lités financières sur leurs remboursements d'Assurance maladie. Ce malentendu semble provenir de la communication des pouvoirs publics, de l'Assurance maladie et des médias autour de la réforme. Les autres raisons invoquées pour cette désignation sont ensuite économiques : une personne sur deux a préféré ne pas être pénalisée dans ses remboursements (44 %) ; civiques : une personne sur trois a la volonté de faire réaliser des économies à la Sécurité sociale (31 %) ; et médicales : près d'une personne sur quatre y voit un moyen d'améliorer sa prise en charge médicale (22 %). Enfin, pour un peu plus d'un optant sur dix, la sélection d'un médecin traitant résulte d'un conseil médical (13 %) (cf. graphique p. 1).

#### Le médecin traitant se substitue au médecin de famille

Parmi les personnes ayant choisi un médecin traitant, 93 % ont déclaré avoir déjà un médecin habituel ou de famille. Ce médecin a été choisi presque systématiquement (92 %). Le dispositif apparaît donc dans l'immense majorité des cas s'être superposé à l'existant. Ceci peut expliquer la faible

place prise par l'amélioration de la prise en charge dans les motifs de désignation invoqués. Au total, si 78 % ont un médecin traitant, 17 % sont restés dans l'ancienne configuration du médecin de famille et 5 % restent en dehors de ces deux formes de prise en charge. Ces derniers sont en général plus jeunes et déclarent un meilleur état de santé.

#### Pourquoi faire le choix d'un médecin traitant ?

Les motifs de désignation d'un médecin traitant sont le plus souvent multiples. L'analyse des corrélations entre ces motifs fait apparaître quelques régularités dans les profils de répondants<sup>2</sup> :

Les motifs d'amélioration de la prise en charge et d'économies pour le système de santé sont plus souvent évoqués et associés par des personnes plus jeunes, en bonne santé et d'un niveau d'éducation supérieur à la moyenne.

À l'inverse, le caractère présumé obligatoire du médecin traitant est souvent évoqué comme seul motif, en particulier par les CMUistes ; six sur dix sont dans ce cas. C'est aussi le fait des personnes plus âgées et en moins bonne santé, qui disent avoir choisi plus souvent par obligation ou à la suite d'un conseil médical.

Au-delà de l'état de santé ou de l'âge, ces façons de se situer par rapport au nouveau dispositif varient assez peu selon le profil économique et social.

Au total, on observe que les personnes plus malades et plus âgées sont entrées dans le système au cours de leur prise en charge médicale et dans un cadre ressenti comme contraint. À l'opposé, les personnes plus jeunes, en meilleure santé et plus éduquées font valoir des motivations plus étendues, dans lesquelles entrent bien sûr des considérations économiques, mais aussi les objectifs plus larges de la réforme.

#### Le médecin traitant : pas d'obligation mais des sanctions financières pour l'assuré qui ne respecte pas le parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005, les assurés de plus de 16 ans ont été invités à choisir leur médecin traitant et à le déclarer à leur caisse d'Assurance maladie. Les nouvelles conditions de prise en charge pour l'assuré sont effectives depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

**Assurés dans le parcours de soins :** les assurés qui consultent leur médecin traitant ou son remplaçant ou un autre médecin sur orientation de leur médecin traitant sont remboursés comme avant : 70 % du tarif

de convention. Ils gardent la possibilité de consulter directement, dans le cadre d'un suivi régulier, un gynécologue ou un ophtalmologue sans pénalisation de remboursement. Les jeunes âgés de 16 à 25 ans peuvent également consulter directement un psychiatre, sans pénalités. Pour les soins dentaires, l'accès au chirurgien-dentiste reste libre.

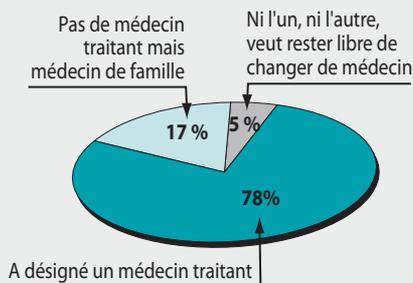
**Assurés hors parcours de soins :** les assurés n'ayant pas fait le choix du médecin traitant et préférant rester libres d'accéder directement aux soins de spécialistes sont moins bien remboursés : 60 % du tarif de convention. De plus, l'assuré consultant

un spécialiste de secteur 1 hors « parcours de soins » et « hors situation d'urgence ou d'éloignement occasionnel de son domicile » peut se voir imposer une majoration plafonnée par consultation. Dans les faits, c'est le spécialiste qui au final décide de classer ou non le patient dans le parcours de soins.

Il est prévu que les complémentaires maladie, sous peine de ne plus bénéficier des avantages fiscaux afférents aux contrats d'assurance dits « responsables », ne compensent pas ces diverses pénalités qui demeurent donc entièrement à la charge de l'assuré.

<sup>2</sup> Nous utilisons des techniques d'analyse de données (analyse des correspondances multiples, techniques de classification) pour étudier l'ensemble de ces corrélations, puis une modélisation logistique (cf. encadré méthodes p. 3).

### Situation des assurés en 2006 par rapport au médecin traitant



Source : IRDES, ESPS 2006

### Le refus du principe du médecin traitant reste marginal

Les 22 % qui n'ont pas déclaré de médecin traitant font majoritairement valoir l'absence d'occasion ou le manque de temps (14 %) ; le fait de vouloir rester libre de changer de médecin (5 %) ; le fait que leur médecin ne le leur ait pas proposé (3 %). Les personnes qui préfèrent rester en dehors du schéma en assumant les dépenses supplémentaires éventuelles, ne représentent donc au total que 5 % de la population. Notons que ces personnes ont dans une moindre proportion un médecin habituel (75 % contre 92 %). Cette caractéristique apparaît déterminante, comme le montre l'analyse ci-dessous.

### Désigner un médecin traitant est avant tout lié au fait d'avoir un médecin de famille

Qui ne déclare pas de médecin traitant et pourquoi ? L'étude du rôle joué par le statut économique et social, l'état de santé, sur la probabilité de ne pas déclarer avoir un médecin traitant aboutit aux résultats suivants (cf. tableau p. 4) :

Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir un médecin de famille : l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant. Ceci confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est plaqué sur un schéma informel préexistant, les assurés y basculant naturellement dans le cadre de leurs relations avec leur médecin habituel ou de famille. Les hommes, les jeunes adul-

### Méthodes : analyse de données factorielles et modélisations

Les données utilisées dans cette analyse sont individuelles et déclaratives.

Deux types de méthodes sont mis en œuvre pour les analyser. Les méthodes dites d'analyse de données factorielles fournissent des représentations synthétiques de vastes ensembles de données. Elles sont souvent combinées avec des classifica-

tions statistiques permettant de regrouper les individus en classes homogènes. Ces outils sont utilisés dans ce travail pour analyser simultanément les motifs de choix du médecin traitant, en quoi ils sont déclarés conjointement ou non, et par qui.

Les méthodes de modélisation de type régression logistique permettent d'isoler les

impacts de variables explicatives dans l'explication de la survenue d'un événement. Ainsi a-t-on recours à des modélisations lorsque l'on cherche à expliquer ce qui motive la désignation d'un médecin traitant ou à distinguer l'effet propre du fait d'avoir un médecin traitant sur le renoncement à des soins de spécialistes.

tes, les actifs, en particulier les chômeurs, ont une probabilité plus forte de ne pas désigner de médecin traitant. À l'inverse, les personnes plus âgées ou en mauvaise santé ont plus souvent un médecin traitant.

Les personnes sans couverture complémentaire ni CMU complémentaire (CMUC) ont près de trois fois plus de chances de ne pas avoir de médecin traitant. Les personnes ayant la CMUC ont également, toutes choses égales par ailleurs, une relativement moindre propension à désigner un médecin traitant. On retrouve ici un résultat connu par ailleurs (cf. Assurance maladie, 06/2006), qui apparaît donc ne pas être seulement le reflet d'autres facteurs comme l'état de santé ou l'âge. Deux raisons peuvent expliquer ce résultat. Tout d'abord parce qu'aucune pénalité ne s'applique dans les faits aux CMUistes qui ne choisiraient pas de médecin traitant. Ensuite parce que les CMUistes recourant moins aux spécia-

listes, ils ont moins de raisons de désigner un médecin dont l'un des rôles est justement de les orienter vers les soins de spécialistes.

Enfin l'environnement rural ou urbain, la nature de la profession exercée, le niveau d'études ne sont pas associés à une désignation plus fréquente, une fois prises en compte les dimensions précédentes.

### Les effets de la réforme

#### Peu de changements ressentis dans la prise en charge médicale

Nous manquons encore de recul pour pouvoir véritablement mesurer les effets de la réforme sur la qualité des soins. Le sentiment des patients nous apporte cependant sur ce plan un premier éclairage : Huit personnes sur dix (82 %) ont eu le senti-

### Source des données : l'enquête ESPS 2006

L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est réalisée par l'IRDES depuis 1988. D'abord annuelle puis bisannuelle à partir de 1998, elle interroge en 2006 environ 8 000 ménages et 22 000 personnes.

L'échantillon est constitué de ménages d'assurés des trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI). L'enquête permet d'étudier, au niveau de l'individu, les relations entre l'état de santé, l'accès aux services

de santé, la couverture complémentaire et le statut économique et social.

En 2006, ESPS intégrait un module spécifique sur le médecin traitant, qui portait sur les points suivants : choix et motif du choix ou non du médecin traitant, impact ressenti sur la prise en charge, renoncements aux soins de spécialistes depuis la réforme. Ces questions ont été posées à une personne, dans chaque ménage.

La pondération des données utilisée dans ce travail tient compte des caractéristiques démographiques des participants, de la taille du ménage, de l'occupation et du fait d'avoir désigné un médecin traitant, cette dernière donnée de cadrage étant tirée des résultats de la CNAMTS. En effet, le taux de personnes déclarant avoir un médecin traitant est plus élevé dans notre échantillon.

## Modélisation de la probabilité de ne pas déclarer avoir un médecin traitant

	Odds ratio	Pr > ChiSq
Homme vs femme	<b>1,896</b>	< <b>0,001</b>
Référence du médecin de famille : pas de médecin de famille		
Avoir un médecin de famille	<b>0,217</b>	< <b>0,001</b>
Référence de l'âge : moins de 40 ans		
de 40 à 65 ans	<b>0,588</b>	< <b>0,001</b>
de 65 ans et plus	<b>0,248</b>	< <b>0,001</b>
Référence de l'assurance complémentaire : disposer d'une complémentaire		
Bénéficiaire de la CMUC	<b>1,391</b>	<b>0,0227</b>
Pas d'assurance complémentaire ni CMUC	<b>2,750</b>	< <b>0,001</b>
Référence de l'état de santé : bon ou assez bon état de santé		
État de santé : très bon	1,083	0,4355
État de santé : mauvais ou très mauvais	<b>0,525</b>	< <b>0,001</b>
Référence du lieu de résidence : grandes agglomérations hors de Paris		
Milieu rural	0,881	0,2773
Commune de moins de 20 000 habitants	0,912	0,4858
Commune de moins de 200 000 habitants	0,827	0,1303
Paris	1,085	0,5339
Référence du niveau d'études : lycée		
Niveau d'études : aucun	1,438	0,2625
Niveau d'études : certificat d'études primaires	<b>0,698</b>	<b>0,0448</b>
Niveau d'études : collège, CAP, BEP	0,864	0,2099
Niveau d'études : supérieur	1,078	0,5131

**Guide de lecture :** avoir un médecin de famille divise approximativement par 5 la probabilité de ne pas déclarer avoir un médecin traitant.

**En gras :** significatif au seuil de 5%

Source : IRDES, ESPS 2006

4 ment d'une absence de changement dans leur suivi. 11 % n'ayant pas consulté depuis lors, n'ont pas été en mesure de constater un éventuel changement. Au final, seules 5 % ont eu le sentiment d'être mieux suivies et 2 % moins bien suivies.

### Un impact significatif sur le renoncement déclaré au spécialiste

Un des objectifs de la réforme est « d'encadrer » l'accès aux soins des spécialistes. La réforme encourage l'assuré à ne plus accéder directement à la majorité des spécialistes (cf. encadré p. 2) mais à passer par son médecin traitant. Trois raisons pourraient néanmoins pousser l'assuré à différer ou renoncer à consulter un spécialiste : le refus d'orientation du médecin traitant ; le coût financier supplémentaire et le coût d'opportunité (le temps perdu) induits par la consultation du médecin traitant ; enfin le coût financier supplémentaire associé à un accès direct.

3 Les spécialités dorénavant sans accès direct (ORL, médecine interne, rhumatologie, endocrinologie, dermatologie et médecine physique réadaptation) ont vu leurs honoraires diminués de 2,2 à 5,6% sur la période janvier - février 2006, par rapport à la même période douze mois plus tôt (Assurance maladie, juin 2006). Notons que ces baisses ont été dans l'ensemble compensées.

Seule une personne sur vingt (5%) déclare avoir « renoncé à consulter un médecin spécialiste, depuis la réforme du médecin traitant ». Le taux de personnes ayant renoncé pour des motifs directement liés à la réforme est lui de 3,7% (« c'était trop cher pour moi », « c'était trop compliqué de passer par le médecin traitant », « je voulais voir un spécialiste directement mais c'était devenu trop cher »).

Si ce dernier pourcentage est du même ordre de grandeur que les baisses d'honoraires de spécialistes constatées sur les premiers mois de 2006<sup>3</sup>, il n'est pas révélateur en lui-même et ce, pour trois raisons. Rappelons d'abord que près d'un Français sur dix ne consomme pas de soins de santé au cours d'une année (8% en 2004) et que deux sur trois ne consultent pas de spécialiste (64% en 2004). Ensuite parce que le questionnaire intervient trop peu de temps après la mise en œuvre de la réforme. Ainsi 14% des enquêtés répondent ne pas avoir eu l'occasion de consulter un spécialiste depuis la réforme. Enfin parce que le renoncement est une notion subjective, les besoins de soins non satisfaits n'étant pas strictement comparables d'un individu à l'autre. En particu-

lier, on ne sait pas s'ils portent sur des soins médicalement justifiés ou non.

Mais si le niveau de renoncement déclaré n'est pas instructif en tant que tel, l'étude de l'influence de la désignation d'un médecin traitant sur le renoncement déclaré apporte, quant à elle un éclairage sur l'impact de la réforme et l'accès au spécialiste, une fois contrôlés les effets de la situation socio-économique et de la santé perçue des individus. En effet, parmi les personnes qui renoncent, le motif économique revient dans les mêmes proportions que l'on ait choisi un médecin traitant ou non. Il apparaît cependant qu'à profil socio-économique et état de santé comparables, l'impact du médecin traitant sur le renoncement aux soins de spécialiste est très significatif. Il augmente de 40% la probabilité de déclarer renoncer, même si cette situation reste peu fréquente.

\* \* \*

Ces résultats constituent un premier état des lieux, côté patients, après la mise en place du médecin traitant. Mais ce tableau est encore incomplet. La majeure partie de l'évaluation de cette réforme reste à mener : elle devrait porter, au fur et à mesure de la mise à disposition des données issues des systèmes d'information en santé, sur l'impact de la réforme, sur l'équité d'accès aux soins, sur les modifications éventuelles des parcours de soins, et côté offre de soins, sur les pratiques médicales (niveau d'activité, coordination des soins, relations entre médecins...). Plusieurs projets de recherche seront entrepris par l'IRDES au cours des prochains mois sur ces différents sujets.

#### Pour en savoir plus

Assurance maladie (oct. 2006), *Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006*. Communiqué de presse.

Assurance maladie (juin 2006), *Médecin traitant et parcours de soins coordonnés : premier bilan*.

Assurance maladie (janvier 2007), *En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs*. Point mensuel

Bras P.L. (2006), *Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique*. *Droit social*, 1 : 59-72