

questions

d'économie de la santé

— analyses —

Repères

Le premier dispositif de médecin référent a été proposé par la convention des médecins généralistes de mars 1997. Ce dispositif passe par la signature d'un contrat de suivi médical entre un patient et son généraliste. Il est resté en vigueur au cours du seul 1er semestre 1998, avant d'être suspendu par l'annulation de la convention par le Conseil d'Etat le 3 juillet. Notre étude permet de tirer quelques enseignements de cette première expérience en analysant les comportements de consommation de soins des premiers optants avant leur adhésion. Toutefois, les résultats sont à prendre avec précaution dans la mesure où ils ne concernent qu'un nombre limité d'assurés.

La nouvelle convention de décembre 1998 propose pour 1999 un dispositif de médecin référent renforcé.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris
Téléphone : 01 53 93 43 02/17
Télécopie : 01 53 93 43 50
E-mail : document@credes.fr
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Secrétaire-maquettiste :
Céline Arnoux

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an
Environ 10 numéros par an

Prix : 30 F

Choisir d'avoir un médecin référent

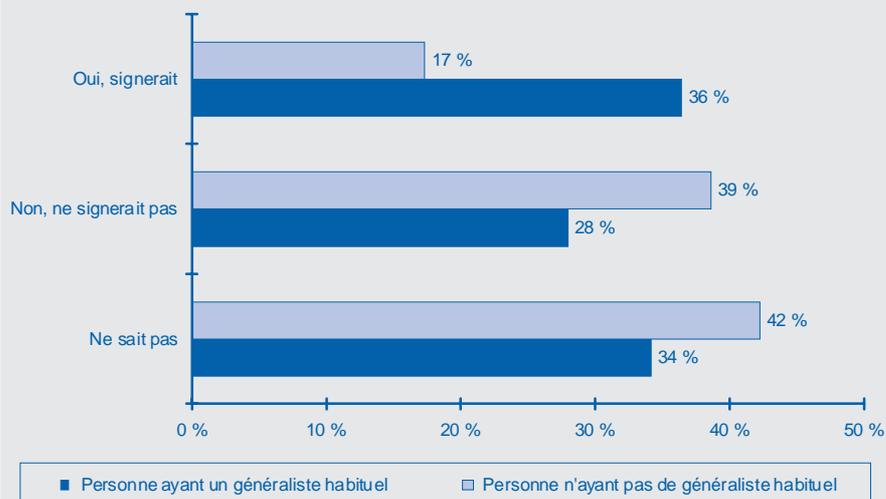
Une analyse réalisée à partir du premier dispositif mis en place début 1998

Fabienne Aguzzoli, Anne Alligon, Laure Com-Ruelle, Laurence Frérot

Quelles sont les caractéristiques des personnes ayant signé un contrat de suivi médical avec un médecin référent au cours du premier semestre 1998 ? Ces personnes avaient-elles un comportement de soins spécifique ? Quels sont les motifs évoqués par les assurés pour justifier l'adhésion ou le refus du dispositif ?

Globalement, un âge élevé et un mauvais état de santé encouragent la signature d'un contrat de suivi médical avec un médecin référent. Cependant, chez les personnes souffrant d'affection de longue durée, ce sont les jeunes qui adhèrent le plus. L'adhésion dépend évidemment de la relation de confiance déjà établie avec un généraliste mais aussi de la volonté des médecins de convaincre leurs patients de l'intérêt de cette filière de soins. Parmi les raisons évoquées pour justifier l'adhésion éventuelle au dispositif, la dispense d'avance de frais chez le médecin est l'argument le plus cité, surtout chez les bas revenus. Enfin, la progression de la prescription de médicaments moins onéreux montre que les médecins sont sensibles à cette mesure prise dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé.

Deux fois plus de personnes favorables au médecin référent chez celles déclarant avoir un généraliste habituel



Source : Enquête Santé et Protection Sociale 1998
vague de printemps 1998

Le suivi médical d'une personne par un même médecin généraliste représente la clé de voûte du dispositif de médecin référent. Celui-ci répond à des objectifs de qualité et de continuité de soins, de prévention, d'amélioration des conditions d'accès aux soins, l'ensemble devant aboutir à une optimisation des dépenses de santé.

L'étude présentée ici trace le portrait de la population ayant choisi un médecin référent lors du premier dispositif mis en place début 1998 (voir encadrés page 2 et 3). L'arrêt précoce de ce dispositif ne permet pas d'évaluer l'impact de cette mesure sur les comportements de consommation médicale des assurés, objectif initialement prévu. Toutefois, les résultats montrent que les personnes ayant adhéré au dispositif avaient déjà des caractéristiques et un comportement de consommation de soins de ville spécifiques.

Une adhésion plutôt modeste

2 Le premier dispositif du médecin référent n'a pas duré suffisamment longtemps pour permettre aux médecins d'adhérer plus nombreux au système et de proposer un contrat de suivi médical à l'ensemble de leurs patients. Ceci explique en partie les scores modestes obtenus. Ainsi, en 1998, au cours du seul premier semestre de fonctionnement

du dispositif, 13 % des généralistes français avaient choisi de devenir médecins référents. Ceux-ci n'ont pu proposer un contrat de suivi médical qu'à ceux qui ont eu l'occasion de les consulter au cours de cette période très courte, c'est-à-dire en priorité ceux dont la fréquence habituelle de consultation était plus élevée que la moyenne. Au total, seuls 0,7 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie ont signé ce contrat, la montée en charge ayant été progressive.

Fortes disparités selon les caisses

Parmi les six caisses primaires d'Assurance maladie retenues pour l'étude (voir cadre ci-contre), les pourcentages de patients ayant signé un contrat de suivi médical varient de 0,5 % à 2,3 %.

L'adhésion des patients semble dépendre de la volonté des médecins à les convaincre de l'intérêt du dispositif. En effet, le nombre de patients adhérents par médecin varie fortement d'une caisse à l'autre et ne semble pas lié à la proportion de médecins référents dans chacune d'entre elles. Ainsi, 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, ces derniers ont convaincu beaucoup plus de patients (100 en moyenne par médecin) que ceux de Strasbourg

Présentation de l'étude et sources des données

L'objectif initial de cette étude était de contribuer à l'évaluation du dispositif de médecin référent prévue dans la convention médicale des généralistes. Etant donné l'arrêt précoce de ce dispositif, cet objectif n'a pu être atteint par manque de recul. Par contre, cette étude permet d'analyser les comportements de recours aux soins avant sa mise en place.

Cette étude est réalisée à partir de deux sources de données :

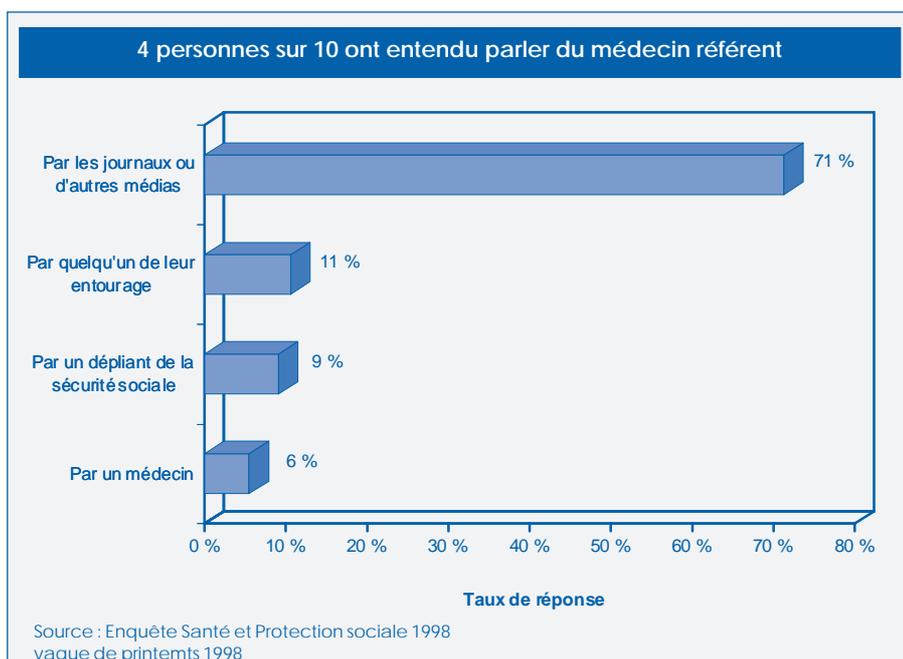
- les données de remboursement de six caisses primaires d'Assurance maladie pour la période du 1er juillet 1997 au 30 juin 1998 : Montbéliard, Nice, Privas, Sarreguemines, Strasbourg, Valence. Ces caisses ont été sélectionnées parmi celles ayant de bons scores d'adhésion tant chez les médecins que chez les patients.

Ces données permettent d'analyser les caractéristiques des personnes (âge, sexe, exonération du ticket modérateur...) ayant choisi un médecin référent, le niveau et la structure de leur consommation médicale, notamment de médicaments génériques, ainsi que leur mode de recours au généraliste.

- les données de l'enquête annuelle Santé et Protection Sociale menée par le CREDES au printemps 1998. Elles renseignent sur la portée de l'information relative au dispositif, sur le potentiel d'adhésion des patients et sur leur comportement dans le système de soins.

(53) ou de Sarreguemines (37). En outre, dans le sud-est de la France, le succès du dispositif auprès des médecins semble plus marqué que dans le nord-est (27 % de médecins référents à Privas et 30 % à Valence, mais seulement 14 % à Nice). Cependant, le nombre moyen de contrats signés par médecin référent est bien inférieur (moins de 40).

Une analyse plus fine confirme l'effet propre de la caisse, indépendamment des effets de l'âge des patients, de leur



Le dispositif de médecin référent

Le premier dispositif du médecin référent, appelé également option conventionnelle, a été mis en place par la convention nationale signée le 12 mars 1997 par les médecins généralistes. Il n'a fonctionné que pendant quelques mois, de janvier à juin 1998 avant l'annulation de la convention médicale des généralistes par le Conseil d'Etat en juillet 1998. Ce dispositif était offert pour la durée de la convention au libre choix des médecins généralistes et des patients. Il tendait à favoriser :

- la qualité et la coordination 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.

En adhérant à l'option conventionnelle, le médecin référent s'engageait :

- à respecter les tarifs conventionnels et à pratiquer le tiers payant ;
- à tenir le dossier médical de son patient ;
- à assurer la permanence et la continuité des soins ;
- à participer aux actions de prévention organisées par les pouvoirs publics ;
- à respecter les recommandations de bonne pratique ;
- à prescrire une part de médicaments moins onéreux et de génériques.

En contrepartie, le médecin référent percevait une rémunération forfaitaire de 150 francs par an et par patient ayant signé un contrat de suivi médical. Ce montant est majoré de 30 francs pour les médecins utilisant des services informatiques en réseau.

En adhérant à l'option conventionnelle, le patient s'engageait :

- à recourir en première intention à son médecin référent pour toute demande de soins (sauf cas de force majeure) ;
- à présenter son carnet de santé à chaque consultation ;
- à respecter les recommandations de son médecin référent en matière de prévention et de dépistage.

En contrepartie, le patient ne paie que le ticket modérateur, à savoir la part restant à sa charge après déduction du remboursement de la Sécurité sociale (soit 34,50 francs).

Depuis 1999, une nouvelle convention a été signée par les généralistes et propose un dispositif renforcé (Convention médicale des généralistes signée le 4 décembre 1998).

Une personne sur trois est prête à signer un contrat avec un médecin référent

Parmi les personnes n'ayant pas choisi un médecin référent :

- seul 0,6 % déclare avoir été sollicité par un médecin généraliste,
- les réactions à l'éventualité d'une prochaine proposition de contrat de suivi médical, sont très partagées : un tiers signeraient, 29 % s'opposeraient et 35 % seraient indécises.

Les raisons évoquées par les personnes prêtes à signer un contrat de suivi médical avec un médecin référent sont :

- payer moins cher les consultations mais aussi diminuer les dépenses de santé, pour la moitié d'entre elles ; l'intérêt de la dispense d'avance de frais (tiers payant) est très net chez les bas revenus, notamment les ouvriers (voir graphique ci-dessous) ;
- un meilleur suivi médical pour une personne sur cinq (tenue du dossier médical, continuité des soins, prévention...) ;
- une simple proposition de leur médecin pour une personne sur quatre, signe de leur confiance envers leur médecin.

Deux facteurs semblent favoriser la signature d'un contrat :

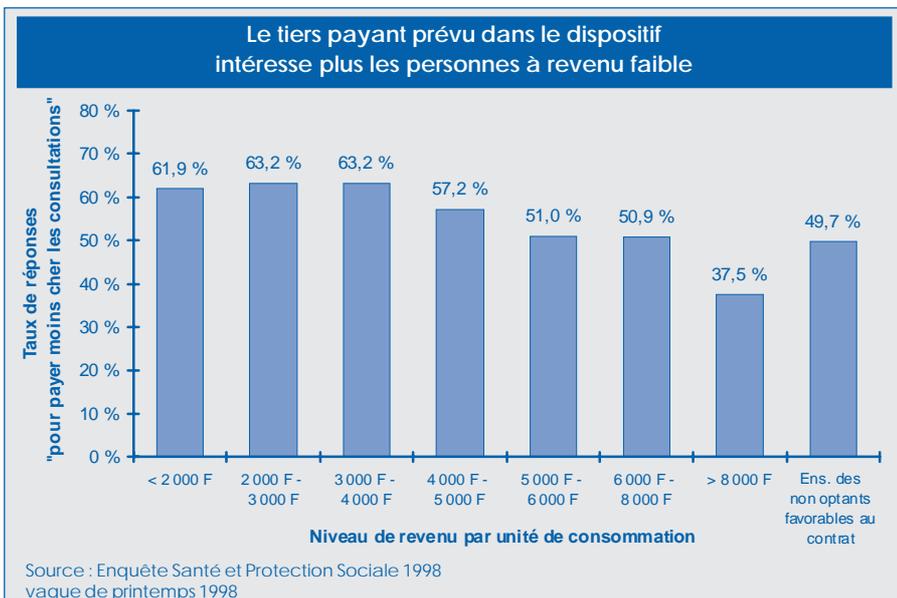
- avoir reçu une information préalable : 42 % des personnes ayant entendu parler du dispositif avant l'enquête signeraient, contre 26 % des personnes informées seulement au moment de l'enquête ;
- avoir déjà un généraliste habituel ; 36 % des personnes déclarant avoir un médecin traitant signeraient, contre 17 % dans le cas contraire ; le contrat de suivi médical concrétiserait la relation de confiance mutuelle déjà établie entre le patient et son généraliste.

Source : Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (vague du printemps 1998)

sexe, de leur statut d'assuré ou d'ayant droit et de leur état de santé. Ainsi, les assurés de Montbéliard sont 3,5 fois plus nombreux que ceux de Nice à choisir un médecin référent.

Un mauvais état de santé incite les patients à adhérer, en particulier chez les jeunes

Notre étude confirme les premiers résultats des dénombrements effectués



par la Cnamts. Ceux-ci montrent que, globalement, l'adhésion des patients augmente avec l'âge et qu'elle est plus forte pour les patients exonérés du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD). Ceci n'est pas étonnant car les plus âgés ou les plus malades consultent évidemment plus souvent leur généraliste ; ils ont donc eu plus d'occasions de se voir proposer un con-

L'accès direct au spécialiste est la raison principale des opposants au dispositif de médecin référent

Les raisons évoquées par les opposants au dispositif sont :

- la liberté de consulter librement un spécialiste de leur choix, pour la moitié d'entre eux ;
- la possibilité de voir un autre généraliste sans que leur généraliste habituel soit au courant, pour une personne sur trois ;
- le manque d'intérêt pour la formule, par deux personnes sur cinq.

Source : Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (vague du printemps 1998)

4 **trat de suivi médical. De plus, les personnes souffrant d'affection de longue durée forment une première cible à atteindre du fait du bénéfice plus immédiat pour elles d'un suivi médical coordonné. En outre, notre étude révèle que parmi ces personnes, ce sont les jeunes qui adhèrent le plus et ce, indépendamment des effets propres de la caisse d'affiliation, du sexe du patient et de son statut d'assuré ou d'ayant droit. Ainsi, les personnes âgées de 25 à 49 ans souffrant d'affection de longue durée s'engagent 3,7 fois plus que les personnes du même âge n'en souffrant pas, alors que ce risque relatif diminue avec l'âge**

chez les ALD, passant à 3,3 pour les personnes âgées de 50 à 69 ans, puis à 2,6 pour celles âgées de 70 à 79 ans. Il semble donc que lorsque l'on souffre déjà d'une maladie grave ou chronique et coûteuse, 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.

Par ailleurs, les ayants droit (conjoint ou enfants) adhèrent moins souvent que les assurés. Par contre, le sexe n'influence en rien l'adhésion : les hommes adhèrent aussi souvent que les femmes.

Plus malades, les adhérents ont des dépenses de soins de ville plus élevées

Le manque de recul ne permet pas d'analyser l'impact du premier dispositif du médecin référent sur les comportements de consommation médicale. Cependant, les résultats montrent que les personnes ayant signé un contrat de suivi médical avaient, avant même la mise en place du dispositif, un comportement de soins particulier, principalement lié à leur état de santé. Ainsi, comme nous l'avons vu plus haut, les personnes ayant adhéré au dispositif sont en moyenne plus âgées ou plus malades

8 personnes sur 10 déclarent avoir un généraliste habituel

Les personnes interrogées et n'ayant pas adhéré au dispositif de médecin référent sont globalement fidèles à leur généraliste : seules 2 personnes sur 10 déclarent ne pas avoir de généraliste habituel. Chez les autres, les raisons justifiant le recours à un généraliste occasionnel concernent en grande majorité des cas de force majeure :

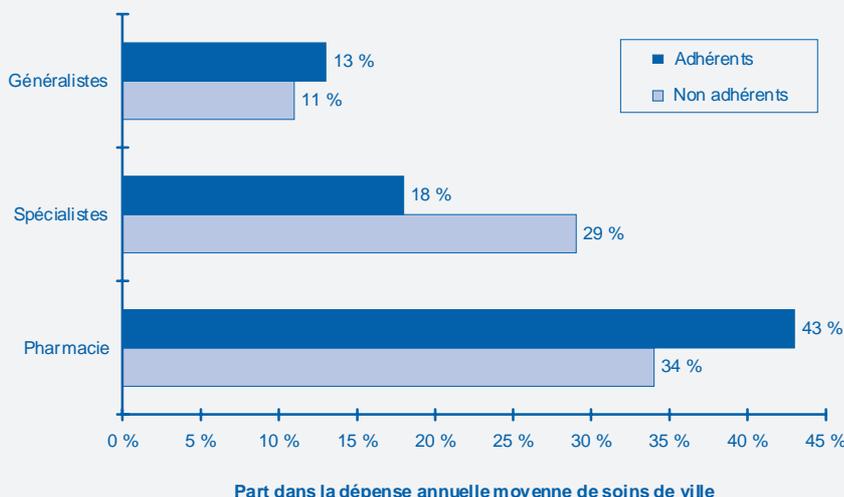
- 61 % des consultations auprès d'un autre généraliste sont des cas d'urgence en l'absence du médecin traitant ;
- 20 % sont occasionnées par les déplacements du patient, l'éloignant de son généraliste habituel.

L'utilisation du carnet de santé est loin d'être courante. En effet, si la grande majorité des personnes enquêtées déclarent avoir reçu leur carnet de santé, seule une personne sur trois l'a apporté lors de sa dernière consultation chez le généraliste, celui-ci ne l'ayant rempli que six fois sur dix. A l'inverse, la transmission des documents médicaux remis par des médecins spécialistes (analyses, radiographies...) par le patient est fréquente : sept personnes sur dix déclarent transmettre ces documents à leur généraliste 'très souvent' et 15 %, seulement 'parfois'.

Source : Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (vague du printemps 1998)

que les non signataires. Elles sont d'ailleurs seulement 2 % à ne pas avoir eu recours à des soins médicaux au cours des deux semestres d'observation, contre plus d'un quart des personnes n'ayant pas signé de contrat de suivi médical. Il est donc normal que leur niveau de consommation médicale soit supérieur. De fait, elles dépensent en moyenne sur l'année 8 900 francs, soit 1,8 fois plus que les non-adhérents (4 900 francs). En proportion, elles consomment plus d'actes de médecins généralistes et surtout de médicaments que les personnes n'ayant pas adhéré. Ces dernières consomment par contre plus d'actes de médecins spécialistes (Cf. graph. ci-contre).

Les adhérents consomment plus de soins de généralistes et de médicaments alors que les non-adhérents s'orientent plus souvent vers des soins de spécialistes



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

Comparer de façon brute la population des adhérents au dispositif de médecin référent à celle des non-adhérents ne tient pas compte des caractéristiques très différentes de chacune de ces populations. Pour ce faire, on a réduit l'effet lié à l'état de santé en éliminant les personnes a priori en bonne santé, car n'ayant pas consommé de soin médical au cours de l'année. De même, on a soustrait celles n'ayant pas consulté de médecin généraliste au cours du premier semestre 1998, qui plus est, représentait la seule occasion d'adhérer.

Au total, on a écarté la moitié des non-adhérents et seulement 11 % des adhérents, preuve de leurs besoins de soins de santé supérieurs. La différence entre ces populations plus homogènes diminue alors nettement : les adhérents ne dépensent plus que 1,2 fois plus que les non-adhérents, soit 9 700 francs contre 8 200 francs.

La différence de dépenses concerne plus particulièrement les hommes et les jeunes qui consomment 20 à 30 % de plus lorsqu'ils sont adhérents. On peut donc supposer que ces personnes sont en moins bon état de santé. Par contre, parmi les personnes souffrant d'affection de longue durée, les adhérents ne dé-

pensent pas plus que les non-adhérents, même à âge et sexe égal.

La prescription des médicaments génériques a progressé

Les résultats présentés ici ne sont qu'une approche imparfaite de la prescription car nous ne disposons pas de l'ensemble de la prescription de chaque médecin.

Toutefois, ils permettent d'avoir une idée de l'évolution de la prescription de médicaments moins onéreux. L'engagement de prescrire cette catégorie de médicaments au-delà d'un certain seuil représente une clause importante du dispositif de médecin référent (voir encadré ci-contre).

En effet, si les pourcentages de généralistes ayant atteint les seuils souhaités de prescription d'équivalents thérapeutiques moins onéreux (ETMO) et de médicaments génériques, sont encore très modestes au premier semestre 1998, la progression observée depuis le second semestre 1997 est très encourageante, d'autant qu'elle concerne tant les médecins référents que les non-référents.

En ce qui concerne les médicaments équivalents thérapeutiques moins onéreux, 4,3 % des généralistes référents

Les médicaments moins onéreux

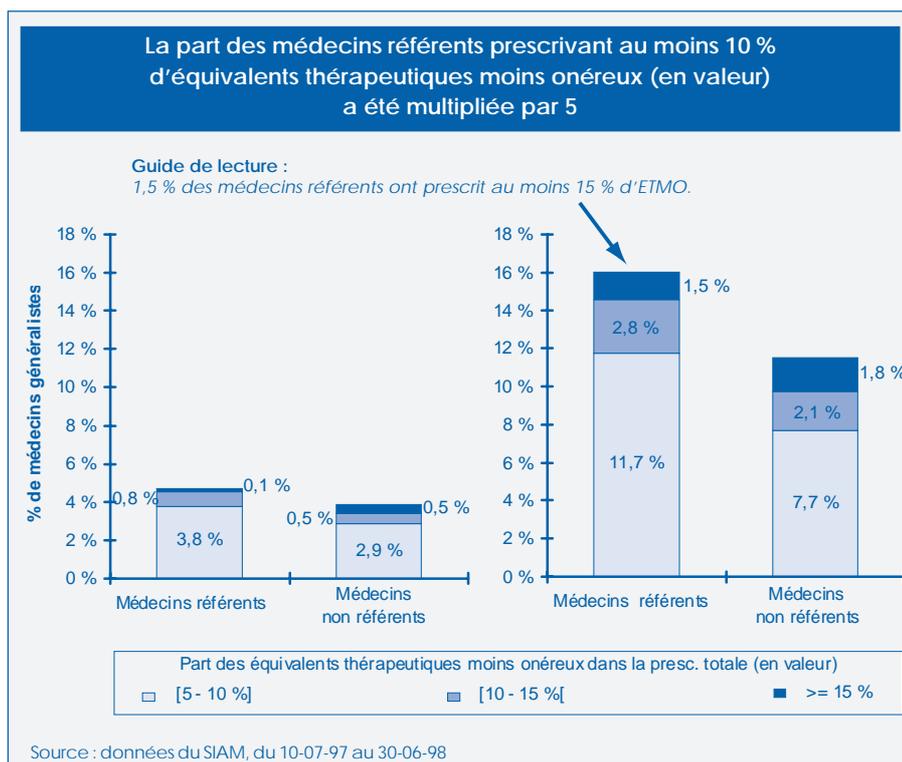
Le premier dispositif de médecin référent prévoit que « le médecin référent s'engage à prescrire les médicaments les moins onéreux parmi plusieurs équivalents thérapeutiques ayant la même dénomination commune internationale (D.C.I.) [...] dans un premier temps, à concurrence d'au moins 10 % de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 3 % au titre des médicaments génériques ». La liste de ces médicaments est publiée par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et une mise à jour est envoyée à tous les médecins chaque trimestre.

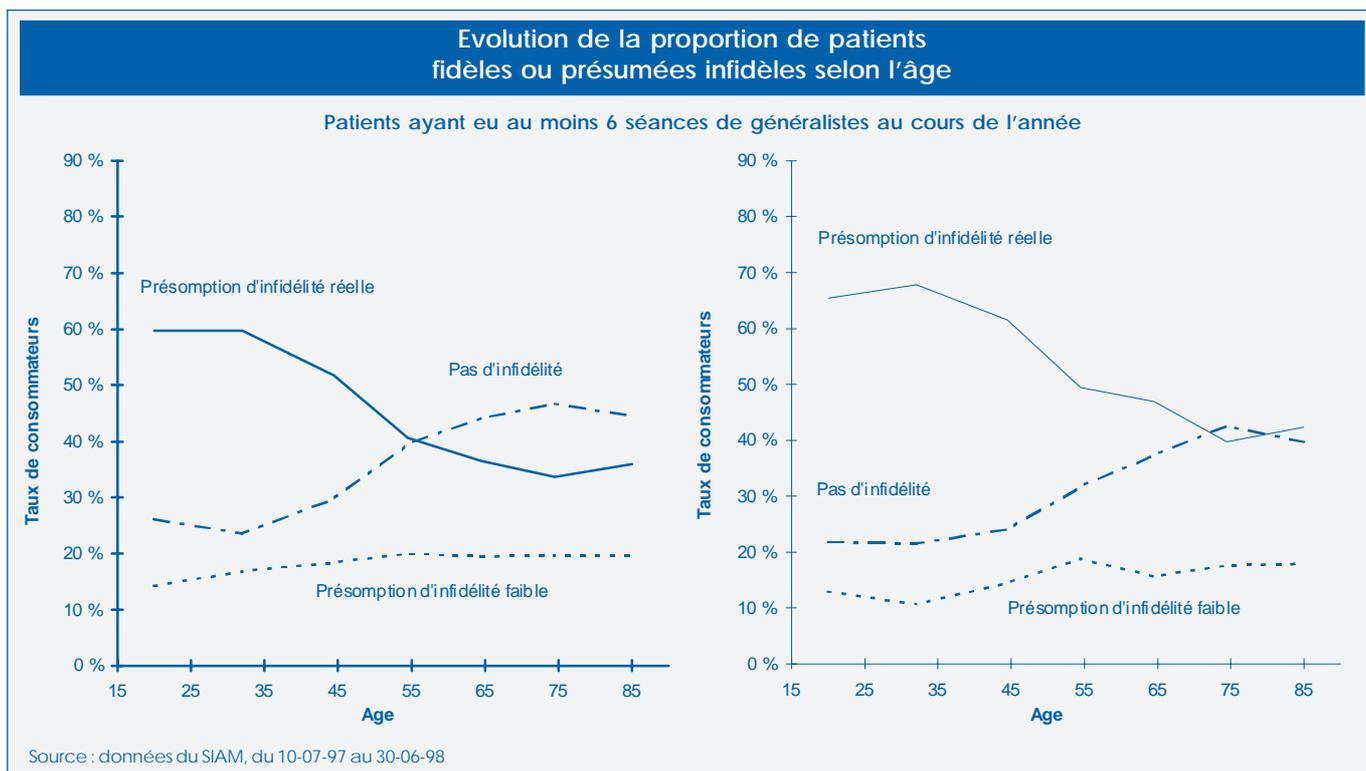
Les équivalents thérapeutiques sont des groupes de spécialités pharmaceutiques remboursables ayant le même principe actif, la même voie d'administration et le même dosage par unité de prise. A l'intérieur de ces groupes, les moins chers sont appelés équivalents thérapeutiques moins onéreux (ETMO).

Parmi les équivalents thérapeutiques, les médicaments génériques sont des copies conformes de médicaments originaux, réalisés après l'expiration des délais de protection de ces derniers (vingt ans). La seule différence se situe au niveau du prix qui n'intègre pas l'investissement de la recherche pour les génériques.

et 3,9 % des généralistes non référents atteignent, au cours du premier semestre 1998, le seuil de prescription prévu par le dispositif, à savoir au moins 10 % en valeur de leur prescription médicamenteuse totale. Ces parts ont été multipliées respectivement par 5 et par 4 depuis le dernier semestre 97. Il est intéressant de voir que si l'on considère un seuil moins ambitieux, soit 5 % d'ETMO, on compte 16 % de médecins référents qui le dépassent contre près de 12 % de non référents, à savoir trois fois plus qu'au second semestre 1997.

Si l'on ne considère que les médicaments dits génériques, au cours du premier semestre 1998, les généralistes ré-





6
férents sont seulement 2,5 % à respecter le seuil souhaité, soit au moins 3 % du montant total de leur prescription et les généralistes non référents 1,7 %. Ces faibles proportions ont tout de même été multipliées respectivement par 6 et par 3 depuis le second semestre 1997, la progression étant 2 fois plus forte pour les médecins 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.

Les patients ayant adhéré étaient déjà fidèles à leur généraliste

Afin d'apprécier la fidélité d'un patient à un médecin généraliste, on a comparé l'intensité de recours à un généraliste « habituel » ainsi qu'à un ou plusieurs autres généralistes « occasionnels », chez les adhérents et les non-adhérents ayant consulté plus d'une fois un médecin généraliste pendant un an. On a écarté au préalable les cas décelables de recours par force majeure à un second généraliste, voire plus.

Ainsi, qu'ils recourent plus ou moins souvent aux soins de généralistes, les adhérents faisaient déjà moins souvent appel à des généralistes occasionnels que les non-adhérents. On remarque en particulier que plus l'âge augmente, plus les personnes sont fidèles à un généraliste. Ceci relève sans aucun doute d'un effet de génération, les aînés ayant gardé dans leur comportement de recours aux soins, l'intérêt du médecin de famille pour la coordination des soins.

C'est ce rôle pivot du médecin traitant que le dispositif de médecin référent cherche à redynamiser, notamment chez les jeunes. En effet, ce dispositif tente d'écarter les comportements de nomadisme médical, en particulier l'accès direct au spécialiste, et met l'accent sur la prévention médicale.

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 neuf mois de fonctionnement, les scores de patients ayant adhéré voisinent à nouveau 1 %, la campagne d'information

ayant été plus large. Cependant, ces chiffres sont loin des objectifs de départ de leurs promoteurs (l'Assurance maladie et le syndicat MG France), à savoir 20 % de patients adhérents.

Il semble par ailleurs que les médecins soient plus réticents à s'engager, 9 % contre 13 % en 1998. Plusieurs raisons sont évoquées : 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 moins onéreux, bilans de compétence, formation professionnelle continue conventionnelle...).

Pour ce deuxième dispositif, le CREDES doit poursuivre son analyse à partir de l'observation d'échantillons à la fois plus grands et représentatifs France entière.

Pour en savoir plus :

Choisir d'avoir un médecin référent, F. Aguzzoli, A. Aligon, L. Com-Ruelle, L. Frérot, CREDES, 11/1999, 204 pages, biblio n° 1281, Prix : 230 francs.