

Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie

Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006

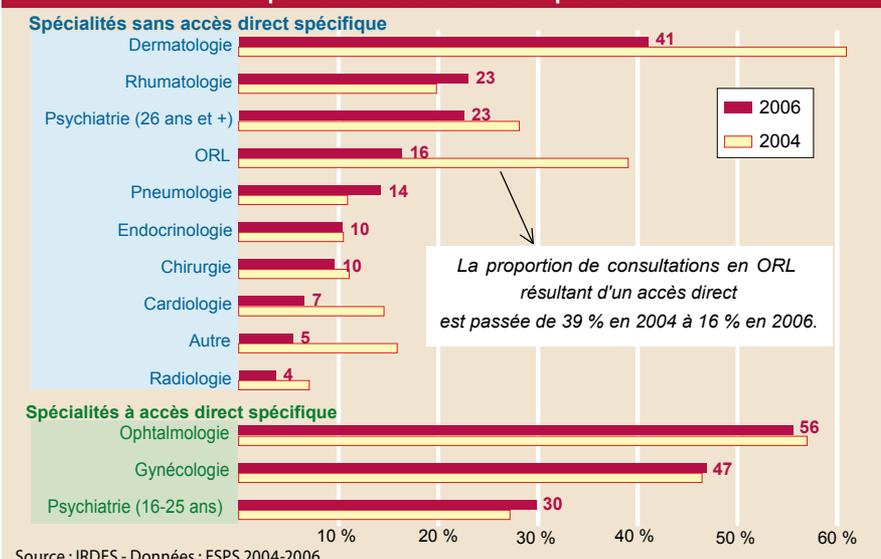
Philippe Le Fur, Engin Yilmaz

La réforme de l'Assurance maladie semble avoir eu en 2006 des répercussions notables sur les modes d'accès des patients au médecin spécialiste. En effet, d'après les données déclarées dans les Enquêtes Santé Protection Sociale en 2004 et 2006, la proportion de consultations en accès direct a fortement diminué, en particulier en dermatologie et en ORL, spécialités pour lesquelles elle était importante en 2004. Parallèlement, pour de nombreuses spécialités, on constate une progression de l'accès faisant suite au conseil du généraliste (médecin traitant le plus souvent), dont l'ampleur diffère selon les spécialités. Enfin, on observe une relative stabilité de la part des accès conseillés par le spécialiste lui-même.

Entre 2004 et 2006, les déterminants de l'accès direct aux soins de spécialistes (autres que gynécologues et ophtalmologues) se sont modifiés mais sans évolution majeure. Par rapport à 2004, « toutes choses égales par ailleurs », l'influence du milieu social et du niveau d'études s'est quelque peu réduite et celle de la taille du ménage est devenue significative. Ainsi, en 2006, la proportion de séances de spécialistes résultant d'un accès direct est plus faible pour les personnes vivant dans les ménages de trois personnes et plus que pour celles vivant seules, ce qui n'était pas le cas en 2004.

Cette étude propose une analyse de la répartition des modes d'accès aux spécialistes en 2006 (accès direct¹, conseil du médecin traitant ou autre...) et de leurs évolutions entre 2004 et 2006. Elle fait suite à celle réalisée en 2004 avant la mise en place de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés (Le Fur *et al.*, 2006). Les données utilisées proviennent des enquêtes ESPS 2004 et 2006 au cours desquelles il est demandé un descriptif de la dernière consultation de spécialiste réalisée au cours des douze derniers mois (*cf.* encadré p. 5). L'étude analyse uniquement la structure des modes d'accès des patients ayant consulté un spécialiste ; elle ne traite donc ni des non-recours, ni du niveau d'activité des spécialistes dont on sait par ailleurs qu'il a diminué pour certaines spécialités, notamment cliniques, après la mise en place de la réforme².

Part des consultations de spécialistes résultant d'un accès direct en 2004 et en 2006, d'après les déclarations à l'enquête ESPS



1 L'accès direct est défini dans cette étude comme l'ensemble des recours non conseillés par un médecin ou un autre personnel soignant (accès à l'initiative de la personne elle-même, de son entourage ou de toute autre personne).

2 Ce constat figure dans l'avenant n° 12 à la convention nationale des médecins, avenant conclu entre l'Assurance maladie et les syndicats signataires de la convention en mars 2006. Sont citées dans cet avenant les spécialités suivantes : la dermatologie, l'ORL, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation, l'endocrinologie et la cardiologie. Différentes mesures de revalorisation de certains actes spécifiques à ces spécialités ont été progressivement mises en place à la suite de ce constat.

Modes d'accès aux spécialistes en 2006

En 2006, une séance de spécialiste résulte 3 fois sur 10 d'un accès direct et 7 fois sur 10 du conseil d'un médecin, selon les patients

En 2006, 57 % des enquêtés de 16 ans et plus déclarent avoir consulté au moins une fois un spécialiste libéral ou hospitalier au cours des douze mois précédant l'enquête.

Sur 100 séances de spécialistes décrites dans l'enquête, 28 résultent, selon les patients, d'un accès direct et 70 font suite à un conseil donné par un médecin ; l'information est absente pour les 2 séances restantes.

Plus précisément, toujours selon les dires du patient :

- sur les 28 séances qui résultent d'un accès direct, une seule a eu lieu malgré l'avis contraire du médecin traitant ;

- sur les 70 séances conseillées par un médecin : 32 font suite à la demande du spécialiste lui-même qui a souhaité revoir le patient, 30 résultent du conseil du médecin traitant, 6 sont conseillées par d'autres spécialistes ou personnels soignants³ et moins de 2 séances le sont par un généraliste autre que le médecin traitant.

L'accès direct aux spécialistes est 2 fois moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant

En novembre 2006, d'après la Cnamts (CNAMTS, 2007), près de 80 % des assurés de plus de 16 ans, soit 40 millions de personnes, avaient déclaré leur médecin

³ Sur ces 6 séances, 4 sont conseillées par d'autres spécialistes (ces derniers étant en nombre insuffisant pour pouvoir être individualisés [oncologues, neurologues...]) et 2 par d'autres personnels soignants (dentistes, infirmerie d'entreprise...) ou par des médecins de spécialité indéterminée.

La loi d'août 2004 réformant l'Assurance maladie instaure une nouvelle organisation des soins reposant notamment sur deux principes : le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés, tous deux entrés pleinement en application au 1^{er} janvier 2006. Les patients de 16 ans et plus qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge optimale de leurs soins par l'Assurance maladie, doivent désigner un médecin traitant qui se chargera en particulier de coordonner leur parcours de soins auprès des spécialistes.

L'accès direct des patients aux spécialistes reste possible, moyennant une diminution de la prise en charge de ces consultations. La réforme prévoit toutefois que les patients puissent dans certains cas consulter directement un gynécologue, un ophtalmologue ou un psychiatre sans avoir à supporter de pénalité financière ; cet accès porte le nom d'accès direct spécifique. Cette étude fait le point d'une part, sur les différents modes d'accès des patients aux soins de spécialistes en 2006, d'autre part sur leurs évolutions entre 2004 et 2006 et les modifications des déterminants de l'accès direct aux spécialistes au cours de cette période.

traitant et choisi à 99,5 % un médecin généraliste⁴.

D'après l'enquête ESPS 2006 (cf. graphique p. 3) :

- lorsque les patients déclarent avoir un médecin traitant, l'accès direct concerne en moyenne 26 % de l'ensemble des séances de spécialistes.

Cette proportion est de 48 % pour les spécialités bénéficiant d'un accès direct spécifique (ophtalmologie, gynécologie et psychiatrie pour les jeunes de moins de 26 ans) et de 13 % pour les autres spécialités sans accès direct spécifique (cf. encadré ci-contre). Pour ces dernières, cette part d'accès direct diffère d'une spécialité à l'autre. Elle est élevée en dermatologie (38 % des séances), en rhumatologie (23 % des séances) et dans une moindre mesure en ORL et en psychiatrie pour les patients de 26 ans et plus (15 % des séances). Elle est plus faible pour les autres spécialités et tout particulièrement en radiologie (3 % des séances).

⁴ D'après l'enquête ESPS 2006, 93 % d'entre eux déclaraient avoir avant même la mise en place de la réforme un médecin généraliste habituel ou de famille. Ce dernier a d'ailleurs été choisi comme médecin traitant dans 92 % des cas (Dourgnon *et al.*, 2007).



DÉFINITION

Les différents modes d'accès aux spécialistes depuis la réforme de l'Assurance maladie

La réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 a été mise progressivement en application. Les premières mesures ont été mises en place en juillet 2005 et la réforme s'est appliquée à partir du 1^{er} janvier 2006. Celle-ci incite les patients de 16 ans ou plus à ne pas consulter les médecins spécialistes sans avoir pris l'avis de leur médecin traitant. Il est bien sûr possible de consulter tous les médecins spécialistes sans passer par le médecin traitant ou de ne pas choisir de médecin traitant, mais dans ce cas ces consultations sont considérées comme hors du parcours de soins coordonnés. Elles sont alors moins bien remboursées par l'Assurance maladie (60 % en 2006 *versus* 70 % en 2005¹) et peuvent donner lieu à un dépassement autorisé (DA) de la part des spécialistes de secteur 1². Ce dépassement est plafonné tant en valeur qu'en volume.

Les spécialités concernées par ces mesures sont : la dermatologie, la rhumatologie, la psychiatrie (26 ans et plus), l'ORL, la pneumologie, l'endocrinologie, la chirurgie, la cardiologie, la radiologie... (intitulées dans l'étude « spécialités sans accès direct spécifique »).

Trois spécialités, dites à accès direct spécifique, font exception, mais uniquement sous certaines conditions :

- la gynécologie, lorsqu'il s'agit de consultations périodiques effectuées dans le cadre du dépistage, de la contraception, de la grossesse ou lorsque la consultation est motivée par une interruption de grossesse médicamenteuse ;
- l'ophtalmologie, pour les prescriptions de verres correcteurs ou de lentilles et dans le cadre du suivi du glaucome ;
- la psychiatrie, pour les jeunes de 16 à 25 ans.

Enfin, les patients peuvent consulter tous les médecins en accès direct dans certaines circonstances telles que l'urgence, l'éloignement géographique, l'absence du médecin traitant...

¹ Ce taux de remboursement a été porté à 50 % en septembre 2007.

² Cette modulation du ticket modérateur et ce dépassement, appelé dépassement autorisé (DA), restent à la charge des patients, car ils ne sont pas couverts par les complémentaires santé dans le cadre des contrats dits responsables, qui représentent la quasi-totalité des contrats existants.



MÉTHODE

Accès direct ou sur recommandation du médecin traitant : des écarts entre les déclarations des patients et le codage des médecins

Depuis la réforme, les médecins doivent préciser sur la feuille de soins si le patient est ou non dans le parcours de soins. En effet, selon la situation de ce dernier, les modalités de facturation seront différentes : si le patient est hors parcours de soins il se verra appliquer une baisse du taux de remboursement de la consultation par l'Assurance maladie, et le médecin aura la possibilité de lui demander un supplément d'honoraires appelé dépassement autorisé (DA). L'Assurance maladie, via les feuilles de soins, dispose donc d'une source d'informations sur les modes d'accès. Ainsi, elle estime qu'« en un an - de juillet 2005 à juillet 2006 - la quasi-totalité des patients qui ont choisi leur médecin traitant respectent le parcours de soins coordonnés »¹ et que « moins de 2 % des consultations (généralistes et spécialistes réunis) des personnes ayant choisi un médecin traitant ne respectaient pas le parcours de soins coordonnés » (CNAMTS, 2006/06/06), autrement dit consultent en accès direct.

1 CNAMTS (2006). *Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006*. Communiqué de Presse octobre 2006.

D'autre part, selon le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) sur la même période, seules 3,3 % des consultations des spécialistes du secteur 1 ont donné lieu à un dépassement autorisé (HCAAM, 2007). Or, d'après les données issues de l'enquête ESPS, au moins 13 % des consultations de spécialistes sans accès direct spécifique et qui sont effectuées pour les patients ayant désigné un médecin traitant, seraient hors parcours de soins coordonnés.

Quelles raisons peuvent expliquer que l'accès direct soit plus important dans l'enquête que dans les données de l'Assurance maladie ? Au-delà de quelques problèmes de mesure mineurs², les différences observées conduisent à s'interroger sur l'application pratique de la réforme côté médecin et sur la

compréhension du dispositif côté patient.

Côté patient, l'accès direct comme les différents modes d'adressage comportent une part importante d'interprétation de ce qui a souvent été 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 » ou « revenez si vous ne supportez pas le traitement » phrases prononcées par le spécialiste lors d'une consultation préalable ? Le patient va-t-il déclarer avoir consulté de sa propre initiative ou avoir consulté sur les conseils du spécialiste lui-même ?

Autre situation fréquemment rencontrée, notamment chez les généralistes, souvent médecins traitants : « si ça ne s'arrange pas (suite au traitement que je vous prescris) 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 ? Comment le patient va-t-il présenter sa situation au dermatologue ? Va-t-il lui dire qu'il consulte de lui-même et/ou qu'il vient sur les conseils de son médecin traitant ? Pour éviter le risque de pénalités financières, il a tout intérêt à dire

qu'il consulte sur les conseils de son médecin traitant, ce qui d'ailleurs dans ce cas est formellement vrai, même si ce patient ne dispose pas d'un courrier de ce dernier pour en attester.

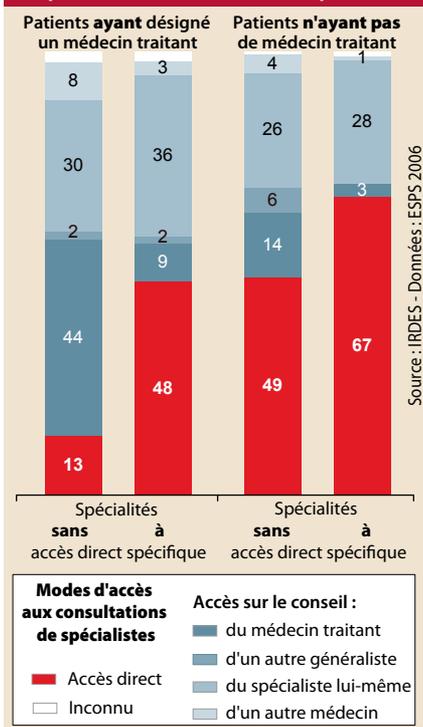
Inversement, le patient peut également consulter directement le dermatologue, sans avoir vu auparavant son médecin traitant, et rien ne l'empêche de dire, sous réserve qu'il ait déclaré un médecin traitant, qu'il est adressé par ce dernier.

Pour leur part, afin de ne pas pénaliser les patients, les médecins pourraient choisir de les sur-déclarer dans le parcours de soins. Avec l'application du dépassement et la modulation du ticket modérateur, certains peuvent craindre, en effet, de trop mécontenter les patients qui dès lors ne les consulteraient plus.

En tout état de cause, ces différentes sources d'information révèlent des divergences de perception ou d'usage du parcours de soins coordonnés entre médecins et patients. Elles pointent les difficultés d'appréhender clairement la notion « d'accès direct », ces difficultés ayant certainement des répercussions dans l'application pratique de la réforme.

2 Les résultats issus de l'enquête ESPS risquent de surestimer légèrement l'accès direct. En effet, nous ne disposons pas dans l'enquête d'information concernant l'urgence, l'éloignement du patient ou l'absence du médecin traitant, circonstances prévues par la réforme et qui placent le patient dans le parcours de soins, même s'il consulte de sa propre initiative.

Répartition des modes d'accès aux consultations de spécialistes en 2006, d'après les déclarations à l'enquête ESPS



Chez ces spécialistes ne bénéficiant pas d'un accès direct spécifique, on notera la proportion importante de consultations conseillées par le médecin traitant (44 %) et de celles résultant de la demande du spécialiste lui-même qui souhaite revoir le patient (30 %).

- lorsque les patients n'ont pas désigné de médecin traitant, l'accès direct est considérablement plus élevé puisque, d'après leurs déclarations, il concerne 58 % de l'ensemble des séances de spécialistes :
- plus des deux tiers des consultations d'ophtalmologues et de gynécologues, spécialités à accès direct spécifique ;
- presque la moitié des consultations des autres spécialistes ne bénéficiant pas d'un accès direct spécifique.

Cette première analyse met donc en évidence le comportement différent des patients qui n'ont pas désigné de médecin traitant et qui, considérés comme hors du parcours de soins par l'Assurance maladie, subissent donc une diminution de leur prise en charge. Elle montre également que parmi les patients ayant déclaré un médecin traitant, un pourcentage non négligeable dit accéder directement aux spécialistes qui ne disposent pas d'un accès direct spécifique. Ces patients devraient donc être considérés comme hors parcours de soins coordonnés par l'Assurance maladie, sauf en cas d'urgence, lorsque le patient est éloigné de son domicile ou que le médecin traitant est absent. Ces résultats issus de l'enquête ESPS 2006 sont plus élevés que ceux issus des relevés de l'Assurance maladie (cf. encadré ci-dessus).

Évolution des modes d'accès aux spécialistes entre 2004 et 2006

Entre 2004 et 2006, la proportion de consultations en accès direct a diminué

Toutes spécialités confondues, la proportion d'accès direct aux spécialistes libéraux ou salariés déclarée par les patients, a diminué depuis la mise en place du parcours de soins coordonnés, passant de 32 % en 2004 à 28 % en 2006. Parallèlement, la part des recours au spécialiste faisant suite au conseil d'un généraliste ou à celui du spécialiste consulté lui-même a augmenté.

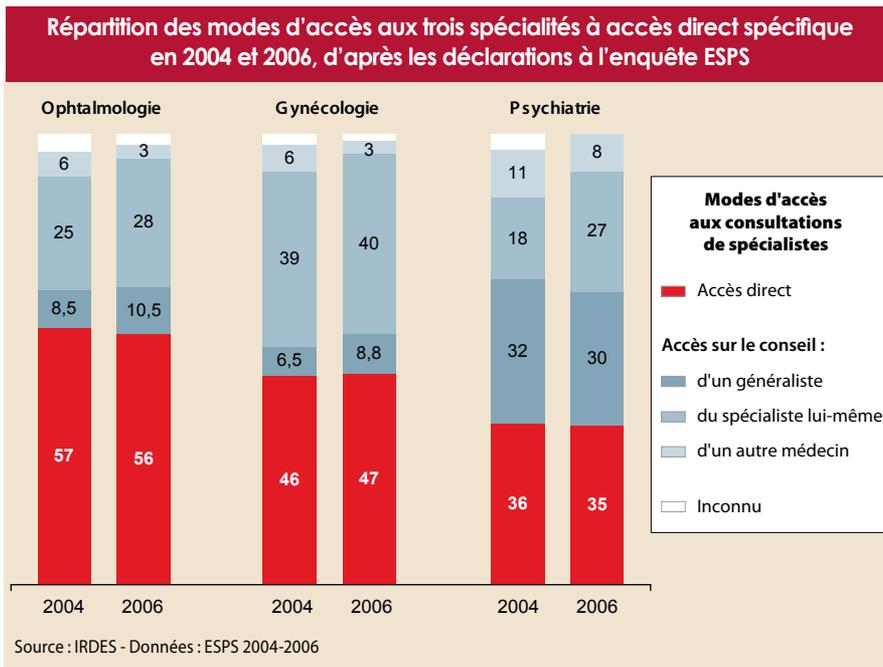
Ces premiers résultats mettent donc en évidence une modification des modes d'accès aux spécialistes entre 2004 et 2006 et ce, dès la première année de la mise en place du parcours de soins coordonnés.

Ces modifications des modes d'accès aux spécialistes diffèrent d'une spécialité à l'autre, en particulier entre spécialités disposant d'un accès direct dit spécifique – gynécologie, ophtalmologie et psychiatrie pour les patients de moins de 26 ans – et les autres spécialités.

Spécialités à accès direct spécifique : la part de l'accès direct des patients est restée stable

En gynécologie ou en ophtalmologie, spécialités pour lesquelles le parcours de soins prévoit un accès direct, les modes d'accès se sont globalement peu modifiés. En particulier, la proportion de séances en accès direct est restée strictement identique entre 2004 et 2006.

La part des séances conseillées par un généraliste a pourtant augmenté de manière significative entre les deux enquêtes pour les gynécologues (+ 35 %) et pour les ophtalmologues (+ 24 %). Toutefois, étant donné la faible part des séances conseillées par un généraliste dans ces spécialités, cette augmentation modifie peu la structure globale des différents modes d'accès à ces spécialités (cf. graphique ci-dessous).



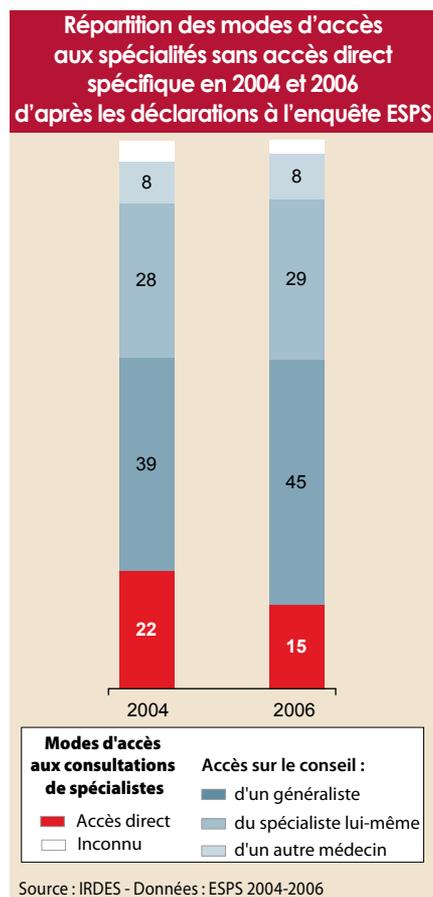
Quant aux consultations de psychiatres réalisées pour les patients de moins de 26 ans, on observe une augmentation de la part des séances résultant d'une demande du psychiatre lui-même alors que les proportions des autres modes d'accès varient relativement peu.

Spécialités sans accès direct spécifique : la part de l'accès direct a baissé, avec des évolutions contrastées

Rappelons que nous analysons ici les modifications entre 2004 et 2006 concernant la manière de s'y prendre pour consulter un spécialiste et non pas l'évolution du nombre de recours.

La mise en place du parcours de soins semble avoir eu un effet sensible sur les modes de recours aux spécialités ne bénéficiant pas d'un accès direct spécifique. Ainsi, en 2006, les patients enquêtés déclarent que sur 100 consultations (ou visites) réalisées par ces spécialistes 15 font suite à un accès direct⁵ des patients *versus* 22 en 2004. Simultanément, ils déclarent une forte aug-

mentation de la part des séances résultant du conseil d'un généraliste, 45 séances sur 100 en 2006 *versus* 39 en 2004. Enfin, globalement, la part de l'auto référencement par le spécialiste lui-même augmente à peine (cf. graphique ci-dessous). Cette évolution générale diffère cependant selon les spécialités.

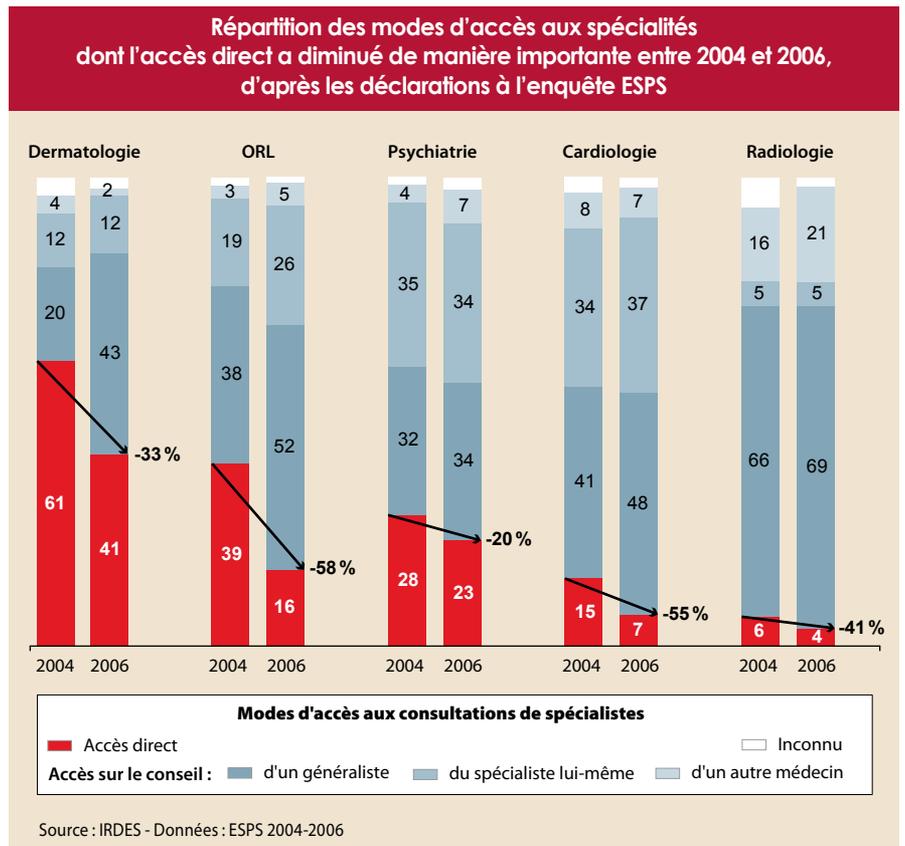


5 Ce chiffre de 15 % diffère du chiffre de 13 % cité précédemment qui concernait la part de l'accès direct des seuls patients qui en 2006 avaient déclaré un médecin traitant. Pour analyser l'évolution de l'accès direct entre 2004 et 2006, nous avons comparé l'accès direct pour l'ensemble des patients, sans distinguer ceux qui avaient désigné un médecin traitant à l'Assurance maladie des autres puisque cette formalité n'existait pas en 2004.

Forte baisse pour cinq spécialités, tout particulièrement en dermatologie et en ORL

Selon les patients, la proportion de séances résultant d'un accès direct a diminué dans des proportions diverses pour cinq spécialités⁶ : la dermatologie, de 61 à 41 % (- 33 %) ; l'ORL, de 39 à 16 % (- 58 %) ; la psychiatrie, de 28 à 23 % (- 20 %) ; la cardiologie, de 15 à 7 % (- 55 %) et la radiologie, de 7 à 4 % (- 41 %). Cette baisse de la part des séances en accès direct s'est logiquement répercutée sur les autres modes d'accès (cf. graphique ci-contre) :

- en dermatologie, elle est en totalité contrebalancée par une hausse de la part des recours conseillés par un généraliste ;
- en ORL, elle est compensée pour deux tiers environ par une augmentation de la part des consultations liées au conseil d'un généraliste et pour un tiers par un accroissement de la part des séances demandées par l'ORL lui-même ;



6 Les évolutions des modes d'accès en gastroentérologie ne sont pas isolées dans les exploitations détaillées, car le recueil de l'information a été fait de manière différente en 2004 et en 2006. Il en est de même pour les « spécialités autres » qui rassemblent un agrégat peu informatif.

- en psychiatrie, la compensation résulte d'une légère augmentation de la part des séances faisant suite aux conseils du généraliste et des autres spécialistes ou personnel soignant ;

- en cardiologie, elle est contrebalancée par la hausse des consultations faisant suite au conseil d'un généraliste et par une légère augmentation des recours résultant de la demande du cardiologue lui-même ;
- enfin, en radiologie, on observe une augmentation de la part des recours faisant suite au conseil d'un généraliste et, de manière plus marquée, des recours conseillés par un autre spécialiste ou personnel soignant.

Peu d'évolution en rhumatologie, pneumologie, chirurgie et endocrinologie

La proportion des spécialités en accès direct est restée relativement stable entre 2004 et 2006 pour quatre spécialités : la rhumatologie, la pneumologie, la chirurgie et l'endocrinologie. On relève cependant quelques modifications pour les autres modes d'accès. Ainsi, on observe :

- en rhumatologie, une légère augmentation de la proportion des consultations en accès direct mais aussi de celle résultant de l'adressage par un généraliste. En revanche, la part des séances faisant suite



SOURCES

Présentation de l'enquête ESPS

L'Enquête Santé 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 comportant au moins un assuré 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 soins, la couverture complémentaire et le statut économique et social.

En 2006 comme en 2004, les personnes enquêtées (qui diffèrent d'une année à l'autre) complètent un questionnaire autoadministré concernant leur santé et leur consommation de soins. Dans ce questionnaire, il leur est en particulier demandé, s'ils ont consulté au moins un spécialiste au cours des douze derniers mois, de décrire la dernière séance auprès du spécialiste concerné. Ils doivent notamment préciser de quelle manière ils ont contacté ce praticien : de leur propre initiative ou suite à un conseil médical. Il s'agit donc de données déclaratives.

Lors de l'enquête ESPS 2006, le questionnement relatif aux modes d'accès au spécialiste a été légèrement modifié par rapport à l'enquête 2004 pour tenir compte de la mise en place de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés. Ainsi, la modalité d'accès au spécialiste qui correspondait en 2004 à « suite au conseil d'un médecin généraliste » a été élargie en 2006 en deux modalités « suite au conseil de mon médecin traitant » et « suite au conseil d'un autre médecin généraliste ». Par ailleurs, la modalité qui était en 2004 « personne, j'ai consulté de moi-même » a également été séparée en deux : « personne, j'ai consulté de moi-même malgré l'avis contraire de mon médecin traitant » et « personne, j'ai consulté de moi-même ».

Les autres modalités sont restées inchangées : « le même spécialiste qui m'a dit de revenir », « un autre médecin spécialiste » et « autre ».

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., 2008).

à un autoadressage par le rhumatologue lui-même diminue ;

- en endocrinologie comme en pneumologie, une forte augmentation des accès faisant suite au conseil d'un généraliste et une baisse de l'autoadressage en particulier en pneumologie ;
- en chirurgie, une diminution de la proportion de consultations résultant du conseil d'un généraliste et parallèlement une augmentation du recours faisant suite à la demande du chirurgien lui-même. Cette évolution diffère donc de celle des autres spécialités.

Au total, cette analyse de l'évolution des modes d'accès aux spécialistes, en particulier aux spécialistes hors accès direct spécifique, montre qu'il existe une tendance au recentrage de l'accès aux spécialistes autour du médecin généraliste, et ce dès la première année de la mise en place de la réforme du parcours de soins.

Reste cependant que 15 % des séances de ces spécialistes résultent, selon les patients, d'un accès direct. S'agit-il d'une part incompressible d'accès direct ou celle-ci diminuera-t-elle encore ? La réduction supplémentaire de 10 points du taux de remboursement des consultations réalisées hors du parcours de soins (prise en charge à 50 % par l'Assurance maladie depuis septembre 2007, *versus* 60 % depuis l'application de la réforme au 1^{er} janvier 2006) vise à réduire encore cette proportion.

Les déterminants de l'accès direct se sont-ils modifiés entre 2004 et 2006 ?

L'analyse descriptive qui précède a mis en évidence un certain nombre de modifications des modes d'accès des patients aux soins des spécialistes entre 2004 et 2006. À l'aide d'un modèle (*cf.* encadré ci-dessous), nous cherchons maintenant à évaluer « toutes choses égales par ailleurs » l'influence respective des variables socio-démographiques sur l'accès direct aux spécialistes en 2004 et en 2006.

Cette modélisation concerne uniquement les séances des spécialistes qui ne disposent pas d'un accès direct spécifique, la réforme étant axée sur ces spécialités.

Analyses séparées des effets des différentes variables pour les années 2004 et 2006

Accès direct aux spécialistes : en 2006, les effets du milieu social, du niveau d'études et de la taille du ménage différent par rapport à 2004

Entre 2004 et 2006, les déterminants de l'accès direct aux consultations de spécialistes ne disposant pas d'un accès direct spécifique se sont modifiés mais sans véritable bouleversement (*cf.* tableau page 7).

L'influence du milieu social⁷ sur la probabilité d'accéder directement aux spécialis-

tes se réduit en 2006 par rapport à 2004. En effet, si, selon les patients, la part des consultations en accès direct des personnes vivant dans des ménages d'agriculteurs et d'ouvriers non qualifiés est moindre que celle des employés en 2004 comme en 2006⁸, ces différences ne sont plus significatives en 2006. Autrement dit, la baisse de l'accès direct semblerait avoir été moins forte pour les patients vivant dans les ménages d'agriculteurs et d'ouvriers non qualifiés que pour ceux vivant dans des ménages d'employés. Ceci contribue donc à rapprocher les niveaux et à faire disparaître la significativité des différences relevées.

Concernant le niveau d'études, deux modifications apparaissent. Alors qu'en 2004, on constatait un niveau d'accès direct significativement plus important chez les personnes ayant un niveau d'études supérieures par rapport à celles ayant un niveau correspondant au collège, cet écart n'est plus significativement différent en 2006. La baisse de l'accès direct a donc été proportionnellement plus forte en 2006, toutes choses égales par ailleurs, chez les personnes ayant fait des études supérieures que chez celles ayant un niveau correspondant au collège. Concernant les personnes ayant un très faible niveau d'études (études primaires et personnes jamais scolarisées), elles ont en 2004 comme en 2006 un niveau de recours en accès direct significativement plus faible que les personnes ayant atteint un niveau correspondant au collège.

⁷ Le milieu social correspond pour tous les membres du ménage à la profession et catégorie socio-professionnelle du chef de ménage.

⁸ Toutes choses égales par ailleurs et notamment à revenu du ménage comparable.



MÉTHODE

Méthode d'analyse des déterminants de l'accès direct aux spécialistes

La méthode d'analyse utilisée, à savoir des **analyses multivariées**, permet de mesurer les effets de plusieurs caractéristiques des patients et des séances, sur l'accès direct aux soins de spécialistes, « toutes choses égales par ailleurs ».

Seules les séances de spécialistes ne disposant pas d'un accès direct spécifique (toutes les spécialités sauf la gynécologie et l'ophtalmologie) ont été retenues pour les patients ayant recouru à un spécialiste au cours des 12 mois précédant l'enquête. L'analyse a été effectuée à l'aide d'un modèle de sélection

sur l'ensemble des personnes qu'elles aient consulté ou non un spécialiste. Ce modèle s'impose pour éviter de biaiser l'étude. En effet, le fait de ne pas recourir aux spécialistes peut lui-même être lié aux mêmes déterminants que ceux qui expliquent l'accès direct aux spécialistes.

L'analyse séparée du modèle en 2004 d'une part et en 2006 d'autre part ne permettant pas d'étudier l'évolution (à la hausse ou à la baisse) du niveau de l'accès direct durant la période, un modèle regroupant les deux années avec des

interactions entre l'année d'enquête et chaque variable explicative a été mise en œuvre.

Les **variables introduites dans ces analyses** sont les suivantes :

- des **variables décrivant la situation socio-économique des patients** : le revenu total du ménage, le niveau d'éducation, l'occupation principale, la catégorie socioprofessionnelle du chef du ménage, la couverture complémentaire, le nombre de personnes du ménage ;

- des **variables de contrôle** : l'âge, le sexe, l'état de santé perçue*, la taille de la commune, le lieu de la consultation (en ville ou dans un établissement hospitalier), la spécialité du dernier spécialiste consulté.

* Cet indicateur est mesuré par la question générale suivante : « Comment est votre état de santé général ». Les items proposés sont : très bon, bon, moyen, mauvais, très mauvais.

En 2004, la taille du ménage n'avait pas d'influence sur la proportion de consultations en accès direct des patients ayant consulté un spécialiste ne disposant pas d'un accès direct spécifique. Par contre en 2006, on voit apparaître une forte liaison de cette modalité d'accès avec la taille du ménage. Plus celle-ci augmente, plus la proportion de consultations en accès direct diminue. Par rapport aux patients vivant seuls, ceux vivant dans des ménages de trois personnes ou plus consultent significativement moins souvent en accès direct en 2006.

En 2004, comme en 2006, la probabilité d'accéder directement aux soins des spécialistes (hors gynécologues et ophtalmologues) est significativement plus élevée pour les femmes et pour les patients vivant dans des ménages dont les revenus sont supérieurs à 3 100 € par rapport à ceux vivant dans des ménages dont le revenu est compris entre 1 300 et 2 200 €.

Les effets de l'état de santé perçu et du lieu de consultation (cabinet ou hôpital) varient peu entre 2004 et 2006

En 2004 comme en 2006, les consultations réalisées pour les patients qui ne se perçoivent pas en bonne santé (état de santé perçu moyen à mauvais) résultent plus souvent d'un accès direct que celles effectuées pour des patients qui se perçoivent en bonne santé (état de santé bon et très bon).

De même, la proportion de consultations en accès direct est plus faible lors des séances réalisées dans le milieu hospitalier que lors des séances effectuées au cabinet du spécialiste ou en visite au domicile du malade.

En 2006, la proportion d'accès direct en ORL et psychiatrie n'est plus significativement différente de celle relevée en dermatologie

Comme nous l'avons vu, la dermatologie qui était en 2004 la spécialité ayant la plus importante proportion de séances résultant d'un accès direct a vu cette proportion chuter fortement en 2006.

Si les proportions de consultations en accès direct en ORL et en psychiatrie restent, en 2006, encore inférieures à celles constatées en dermatologie, ces différences ne sont plus

Modélisation de la probabilité d'accéder directement aux soins de spécialistes ne disposant pas d'un accès direct spécifique en 2004 et 2006
Toutes les spécialités en dehors de l'ophtalmologie et la gynécologie [♦]

♦ **TOUTES les consultations de psychiatrie ont été intégrées dans les modèles**, y compris celles des jeunes adultes de moins de 26 ans afin d'éviter des problèmes de colinéarité (ce sont en principe des consultations à accès direct spécifique). Elles sont cependant peu nombreuses dans notre échantillon.

	Modèle en 2004	Modèle en 2006
	Coefficients	Coefficients
Sexe		
Hommes	Réf.	Réf.
Femmes	0,15***	0,18***
Niveau d'éducation		
Primaire, jamais scolarisé	-0,19**	-0,29***
1 ^{er} cycle	Réf.	Réf.
2 ^e cycle	0,08	-0,06
Supérieur	0,18***	0,11
Milieu social		
Agriculteur	-0,31**	-0,28*
Artisan, commerçant, chef d'entreprise	0,00	-0,11
Cadre et prof. intellectuelle supérieure	0,11	-0,02
Profession intermédiaire	0,05	-0,05
Employé	Réf.	Réf.
Ouvrier qualifié	-0,10	-0,11
Ouvrier non qualifié	-0,23**	-0,16
Revenu mensuel du ménage		
Moins de 1 300 €	-0,11	-0,09
De 1 300 à moins de 2 200 €	Réf.	Réf.
De 2 200 à moins de 3 100 €	0,05	0,03
Plus de 3 100 €	0,17***	0,24***
Nombre de personnes dans le ménage		
Une personne	Réf.	Réf.
Deux personnes	-0,02	-0,15*
Trois personnes	-0,07	-0,33***
Quatre personnes et plus	-0,08	-0,41***
Santé perçue		
Bonne et très bonne santé	Réf.	Réf.
Moins bonne santé	0,21**	0,22***
Dernière spécialité consultée		
Dermatologie	Réf.	Réf.
ORL	-0,4***	-0,24*
Psychiatrie	-0,8***	-0,21
Rhumatologie	-0,63***	-0,46***
Autre spécialité ¹	-1,03***	-0,66***
Lieu de consultation		
Cabinet	Réf.	Réf.
Établissement hospitalier	-0,19***	-0,16**

Les variables occupation principale, âge, taille de la commune et couverture complémentaire (CMU, couverture complémentaire hors CMU et absence de couverture complémentaire) n'étant pas significatives, elles ne figurent pas dans le tableau.

Seuils de significativité : *10%, **5%, ***1%.

1 Cet agrégat regroupe toutes les autres spécialités qui ont une proportion d'accès direct relativement faible voire très faible.

Guide de lecture : ce tableau présente l'influence de différentes variables sur la probabilité d'accéder directement aux soins de spécialistes. La valeur 0,17*** indiquée au niveau du revenu mensuel du ménage en 2004 s'interprète de la manière suivante : toutes choses égales par ailleurs, la probabilité qu'ont les patients vivant dans un ménage disposant d'un revenu mensuel de plus de 3 100 € de consulter directement un spécialiste est 0,17 fois supérieure à celle des patients vivant dans les ménages de référence ayant un revenu de 1 300 à moins de 2 200 € ; cet effet étant significatif au seuil de 1 %.

Source : IRDES - Données : ESPS 2004-2006

statistiquement significatives. Ceci signifie que la baisse constatée en 2006, en ORL et en psychiatrie sont, toutes choses égales par ailleurs, moins importantes que celle observée en dermatologie. Pour les autres spécialités, en 2004 comme en 2006, la probabilité d'accès direct est significativement plus faible qu'en dermatologie, ce qui confirme les faits observés.

Analyse regroupant les années 2004 et 2006

Lorsque l'on intègre l'ensemble des données des deux années dans un seul modèle, les coefficients diffèrent très peu de ceux qui figurent dans le tableau page 7.

Ce modèle qui permet d'étudier l'évolution entre 2004 et 2006 de la valeur des coefficients associés aux différentes variables ne met en évidence aucune différence statistiquement significative entre ces deux années.

On relève tout de même un effet modéré ($p < 10$) de la taille du ménage avec une réduction de l'accès direct dans les ménages de trois personnes et plus par rapport aux personnes vivant seules. Cet effet semble difficilement explicable, puisqu'il concerne aussi bien des ménages de 3 personnes (donc de petite taille) que des ménages de taille nettement plus importante. Pour ces derniers, souvent défavorisés, on peut en effet penser que la crainte d'éventuelles pénalités financières les conduise à restreindre leur accès direct.



En conclusion, grâce aux enquêtes ESPS 2004 et 2006 nous avons donc eu la possibilité d'étudier les comportements des enquêtés, concernant l'accès aux soins des spécialistes, juste avant et juste après la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie créant notamment le principe du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés.

Comme l'a montré une précédente étude de l'IRDES (Dourgnon et al., 2007), la grande majorité des enquêtés avaient un médecin habituel ou de famille avant la

mise en place de la réforme et ils l'ont désigné la plupart du temps comme médecin traitant. Ce constat amenait à conclure que sur ce point précis, la réforme n'avait fait qu'entériner une situation préexistante. Notre étude montre en revanche que, dès l'année de la mise en place de la réforme, les patients déclarent avoir modifié très sensiblement leurs comportements d'accès aux spécialistes sans accès direct spécifique (toutes spécialités sauf gynécologie, ophtalmologie et psychiatrie pour les jeunes de moins de 26 ans). Ainsi, la part des consultations en accès direct a diminué, en particulier en dermatologie, en ORL, mais aussi en psychiatrie, en cardiologie ou encore en radiologie. Dans le même temps, la part des séances résultant du conseil d'un généraliste (le plus souvent le médecin traitant) a beaucoup augmenté, sauf en psychiatrie. En revanche, la proportion de séances conseillées par le spécialiste lui-même est restée relativement stable. Pour les autres spécialités, la part de l'accès direct s'est moins, voire peu modifiée, même si l'on observe une augmentation, en général plus limitée, de l'adressage par le médecin traitant. Enfin, les personnes qui n'ont pas choisi de médecin traitant disent accéder beaucoup plus souvent directement au spécialiste que ceux qui en ont choisi un, semblant ainsi assumer les conséquences financières de leur choix.

Bien entendu, ces évolutions de comportement qui concernent la période 2004-2006 sont susceptibles de modifications dans le temps en fonction des différents aménagements de la réforme, d'éventuelles réformes à venir et des transformations des perceptions des patients et des médecins. Pour ces différentes raisons, nous avons maintenu à l'identique notre questionnement de 2006 sur les modes d'accès aux soins de spécialistes, dans

l'enquête ESPS 2008, ce qui nous permettra un suivi de ces évolutions. Une étude sur l'évolution du niveau de recours de la population aux soins de spécialistes entre 2004 et 2006 est également prévue, ce qui permettra d'aborder la question des éventuels non-recours. Cette étude s'appuiera sur les données des enquêtes ESPS ainsi que sur les consommations de soins de spécialistes relevées par l'Assurance maladie.



POUR EN SAVOIR PLUS

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES n° 1701.
- CNAMTS (2006/06/06). Médecin traitant et parcours de soins coordonnés. Premier bilan. Point d'information mensuel, 7p.
- CNAMTS (2007). Chiffres et repères. Edition 2006. Paris : CNAMTS.
- CNAMTS (2007/01/23). En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant est entré dans les moeurs. Point d'information mensuel, 7p.
- Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C. (2007), *Les assurés et le médecin traitant premier bilan après la réforme*, *Questions d'économie de la santé* (124).
- HCAAM (2007). Note sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux adopté par le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie.
- Le Fur Ph., Lengagne P. (2006), *Modes d'accès aux spécialistes : état des lieux avant la mise en place du parcours de soins coordonnés*, *Questions d'économie de la santé* (106).
- Ministère de la Santé et des Solidarités (2006). Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 à la Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal officiel de la République française, n° 76, 4768.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ - 10, rue Vauvenargues 75018 Paris
 Tél. : 01 53 93 43 02/17 - Fax : 01 53 93 43 07 - Site : www.irdes.fr - Email : diffusion@irdes.fr
 Directrice de la publication : Chantal Cases - Rédactrice en chef technique : Nathalie Meunier Masson
 Relecteurs : Paul Dourgnon, Pascale Lengagne, Anna Marek, Michel Naiditch
 Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault
 ISSN : 1283-4769 - Diffusion par abonnement : 60 € par an - Prix du numéro : 6 € - 10 à 15 numéros par an.