

Accès direct aux spécialistes en 2006 Quelle évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie ?

Sommaire

1 Communiqué de synthèse

2 Contexte

- ☞ En 2006, l'accès aux spécialistes est soumis à de nouvelles règles

3 Source des données

- ☞ L'Enquête Santé Protection Sociale, éditions 2004 et 2006

4 Résultats

- ☞ En 2006, 3 séances de spécialistes sur 10 résultent d'un accès direct
- ☞ En 2006, l'accès direct aux spécialistes est beaucoup moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant
- ☞ Entre 2004 et 2006, la proportion d'accès direct aux spécialistes a baissé au profit des accès conseillés par le médecin généraliste
- ☞ Dermatologie et ORL : forte baisse de la part des consultations issues d'un accès direct
- ☞ Pour les spécialités à accès direct spécifique, les comportements de recours n'ont pas changé
- ☞ Les déterminants de l'accès direct se sont-ils modifiés entre 2004 et 2006 ?
- ☞ Des résultats qui diffèrent de ceux de l'Assurance maladie. Explications

5 Annexes

- ☞ Questions de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 portant sur l'accès aux soins
- ☞ Historique de la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie
- ☞ Tarifs des consultations de spécialistes et remboursements de l'Assurance maladie
- ☞ Médecin traitant : bilan après la réforme
- ☞ Accès aux spécialistes : comment cela se passe-t-il dans d'autres pays européens ?

6 Bibliographie

Communiqué de synthèse

Depuis le 1^{er} janvier 2006, les patients de 16 ans et plus qui souhaitent bénéficier d'une prise en charge financière optimale de leurs soins par l'Assurance maladie doivent déclarer à leur caisse de Sécurité sociale un « médecin traitant », chargé de coordonner leur parcours de soins auprès des spécialistes.

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée tous les deux ans par l'IRDES auprès d'un échantillon représentatif d'assurés sociaux permet d'estimer la part de l'accès direct dans l'ensemble des consultations de spécialistes et d'analyser son évolution entre 2004 et 2006, donc avant et après la réforme de l'Assurance maladie. Les données de l'enquête ne permettent cependant pas d'analyser l'évolution de l'activité des spécialistes, dont on sait par ailleurs qu'elle a baissé en 2006 notamment pour certaines spécialités cliniques¹.

D'après les déclarations faites lors de l'enquête ESPS 2006, les consultations de spécialistes résultent **3 fois sur 10 d'un accès direct et 7 fois sur 10 d'un conseil médical** formulé le plus souvent soit par le spécialiste lui-même qui a souhaité revoir le patient, soit par le médecin traitant.

Toutes spécialités confondues, on note que l'accès direct est **deux fois moins fréquent** pour les patients ayant désigné un médecin traitant² : 26 % de leurs consultations contre 58 % des consultations des patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant à leur caisse d'Assurance maladie. Si l'on considère uniquement les spécialités directement visées par la réforme³, l'accès direct est alors près de **quatre fois**

moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant : 13 % contre 49 % pour les autres.

Selon les données des enquêtes ESPS, la proportion de consultations en accès direct a diminué entre 2004 et 2006, passant de 32 à 28 %. Toutefois, cette baisse générale cache d'importantes différences entre spécialités. Cette baisse est particulièrement forte **en dermatologie (- 33 %) et ORL (- 58 %)**, spécialités pour lesquelles l'accès direct était important en 2004. La baisse est également significative pour la psychiatrie chez les adultes de 26 ans et plus ainsi que pour la cardiologie et la radiologie où l'accès direct est cependant de plus faible ampleur. En revanche, la part de l'accès direct est restée stable pour les spécialités dites à accès direct spécifique (ophtalmologie, gynécologie et psychiatrie pour les jeunes de moins de 26 ans) et également en rhumatologie, pneumologie, chirurgie et endocrinologie.

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 varie selon les spécialités. Elle est particulièrement marquée en dermatologie, ORL et cardiologie. Enfin, on observe une relative stabilité de la part des accès conseillés par le spécialiste lui-même.

Il semble donc que tout juste un an après la mise en place de la réforme, les patients demandent plus souvent l'avis du médecin généraliste avant de consulter un spécialiste. Ceci dit, d'après l'enquête ESPS 2006, **13 % des consultations de spécialistes sans accès direct spécifique et qui sont réalisées pour des patients ayant désigné un médecin traitant ne respecteraient pas le parcours de soins coordonnés**⁴. Ce chiffre est supérieur aux 2 % annoncés par l'Assurance maladie pour l'ensemble des médecins généralistes et spécialistes réunis, sur la base des informations cochées par les médecins sur les feuilles de soins. Cette divergence incite à s'interroger sur l'application pratique de la réforme côté médecin et sur la compréhension de la notion d'accès direct, côté patient.

4 Cf. premier paragraphe de la partie [Contexte](#) p. 2-1.

1 Voir à ce sujet : Assurance Maladie (2006). *Médecin traitant et parcours de soins coordonnés : premier bilan*. Communiqué de presse du 6 juin 2006.

2 En juin 2006, 80 % des assurés ont fait parvenir leur formulaire de déclaration du médecin traitant (source : Assurance maladie).

3 Il s'agit de l'ensemble de spécialités pour lesquelles l'accès direct entraîne une baisse du taux de remboursement par l'Assurance maladie (cf. [Contexte](#) p. 2-1). Trois spécialités dites à accès direct spécifique ne sont pas concernées : l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie pour les 16-25 ans. En effet, sous certaines conditions, l'accès direct à ces spécialités n'est pas sanctionné par un différentiel de remboursement (cf. [Contexte](#) p. 2-1).

Contexte

En 2006, l'accès aux spécialistes est soumis à de nouvelles règles

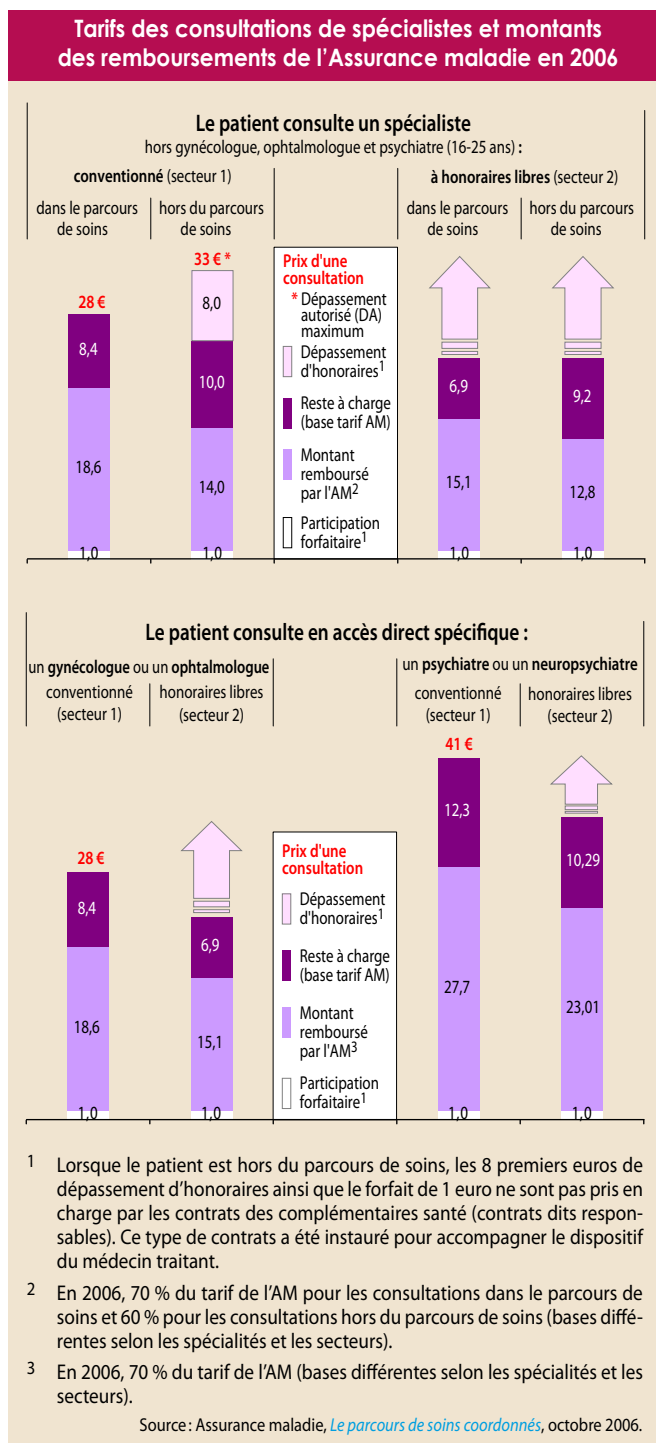
Depuis le 1^{er} janvier 2006¹, chaque assuré doit choisir un « médecin traitant », le déclarer en tant que tel à sa caisse de Sécurité sociale² et le consulter en premier recours pour bénéficier d'un remboursement optimal de ses soins³. Ce « médecin traitant » est chargé officiellement de coordonner le parcours de soins du patient et de le diriger, si besoin est, vers un médecin spécialiste.

En 2006, l'accès direct des patients à tous les spécialistes reste possible, mais pour certaines spécialités les patients sont financièrement moins bien pris en charge. On distingue :

- **l'accès direct aux spécialistes**, autrement dit l'accès non coordonné par le médecin traitant, qui entraîne une baisse du taux de remboursement des consultations (en 2006, ce taux est passé de 70 % à 60 %⁴). Il concerne toutes les spécialités en dehors de la gynécologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie (voir ci-après). Les spécialistes du secteur 1, consultés en accès direct, peuvent appliquer un dépassement dit dépassement autorisé « DA ». Ce dépassement est plafonné en valeur et en volume⁵.
- **l'accès direct spécifique** qui, sous certaines conditions⁶, n'est pas pénalisé en termes de remboursement par l'Assurance maladie. Il concerne la gynécologie, l'ophtalmologie et la psychiatrie des 16-25 ans.

Cas particuliers : Les personnes qui souffrent d'une affection de longue durée (ALD) sont prises en charge à 100 % lorsqu'elles consultent un spécialiste dans le cadre du protocole de soins établi par le médecin traitant. Pour certaines maladies chroniques, le patient peut également consulter directement le spécialiste, sans pénalités financières, après définition entre le « médecin traitant » et le spécialiste d'un plan de soins pour la maladie concernée. Enfin, le patient ne sera pas pénalisé en termes de remboursement lorsque le spécialiste auquel le généraliste a adressé le patient, l'adresse à son tour à un ou plusieurs autres spécialistes.

Voir notes au verso



Pour en savoir plus

Assurance maladie (2007). *Le parcours de soins coordonnés en 2007*. Dossier de presse mis à jour en octobre 2007.

- 1 L'historique de la réforme de l'Assurance maladie est rappelé en [Annexe](#), p. 5-3.
- 2 Voir le formulaire [Déclaration de choix du médecin traitant](#).
- 3 Consulter, sans différentiel de remboursement, un autre médecin que celui déclaré à sa caisse de Sécurité sociale est possible dans les cas suivants: urgence médicale, absence du médecin traitant, éloignement du domicile (ex.: vacances...).
- 4 Ce taux a été porté à 50 % en septembre 2007.
- 5 Ces dépassements sont plafonnés à hauteur de 17,5 % pour chaque acte effectué, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés, au maximum donc 33 € (28 + 17,5 % de 28 € = 33 €). Le reste à charge pour le patient sera de 8 € car la base de remboursement est de 25 € et non de 28 € puisque la majoration de coordination spécialiste n'est pas prise en compte lorsque le patient est hors parcours de soins.
Par ailleurs, chaque spécialiste de secteur 1 concerné devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70%.
- 6 Pour la gynécologie : dépistages périodiques, contraception, suivi de grossesse, IVG ; pour l'ophtalmologie : prescription et renouvellement de lunettes, dépistage et suivi du glaucome ; pour la psychiatrie : patients âgés de moins de 26 ans.

Source des données

L'Enquête Santé Protection Sociale, éditions 2004 et 2006

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) est réalisée par l'IRDES depuis 1988. D'abord annuelle puis bisannuelle à partir de 1998, elle a interrogé en 2006 environ 8 000 ménages et 22 000 personnes. L'échantillon est représentatif de l'ensemble des ménages vivant en France et comportant au moins un assuré des trois principaux régimes d'Assurance maladie (CNAMTS, MSA, RSI).

Les personnes enquêtées complètent un questionnaire autoadministré concernant leur santé et leur consommation de soins (cf. encadré ci-contre). Dans ce questionnaire, il leur est, en particulier, demandé s'ils ont consulté au moins un spécialiste au cours des douze derniers mois et, si c'est le cas, de décrire leur dernière séance de spécialiste. 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 (cf. questionnaire de l'enquête ESPS 2006 p. 5-1).

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 éclatée 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 sont pondérées pour tenir compte à la fois de la structure de la population enquêtée et du nombre annuel de consultations de spécialistes.

Les questionnaires de l'enquête ESPS 2006

Le recueil des réponses à l'enquête s'effectue par téléphone, en face à face (visites) et par des questionnaires autoadministrés.

Questionnaire principal (rempli par l'enquêteur)

Répondant : un par ménage, le plus souvent l'assuré principal (90 % des cas) ou un autre adulte

Contenu :

- composition du ménage
- revenu du ménage
- renoncement aux soins pour raison financière
- capital social
- réforme du médecin traitant
- conditions de vie dans l'enfance

Questionnaire Santé soins médicaux (autoadministré)

Répondant : chaque membre du ménage

Contenu :

- composition du ménage
- état de santé
- consommation médicamenteuse de la veille
- tabac, alcool
- problèmes respiratoires (asthme)
- dernière séance de généraliste
- dernière séance de spécialiste

Questionnaire Couverture complémentaire (autoadministré)

Répondant : un questionnaire par contrat

Contenu :

- mode d'obtention
- prix
- garanties

Pour en savoir plus

Une présentation de l'enquête menée en 2006 est disponible sur le site de l'IRDES :

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *L'enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé. Questions d'économie de la santé* n° 131.

Les questionnaires des enquêtes et l'ensemble des études publiées depuis la première enquête en 1988 sont également disponibles en ligne.

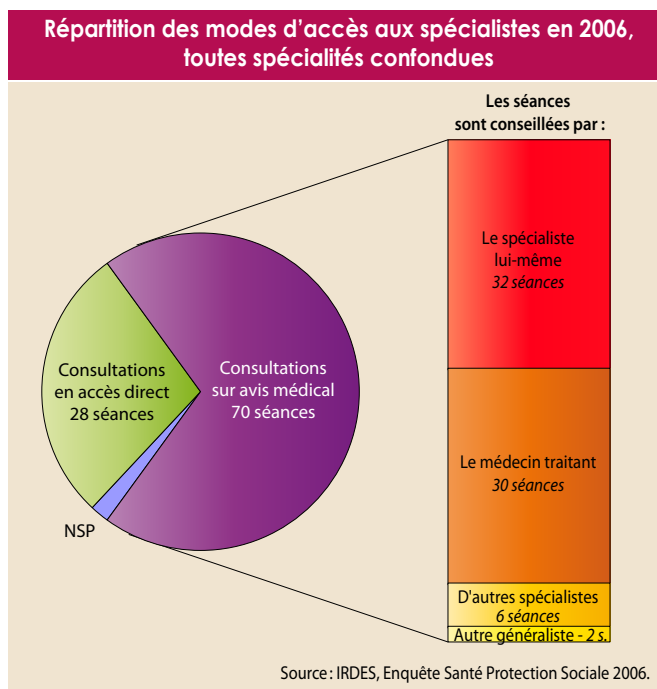
Résultats

En 2006, 3 séances de spécialistes sur 10 résultent d'un accès direct

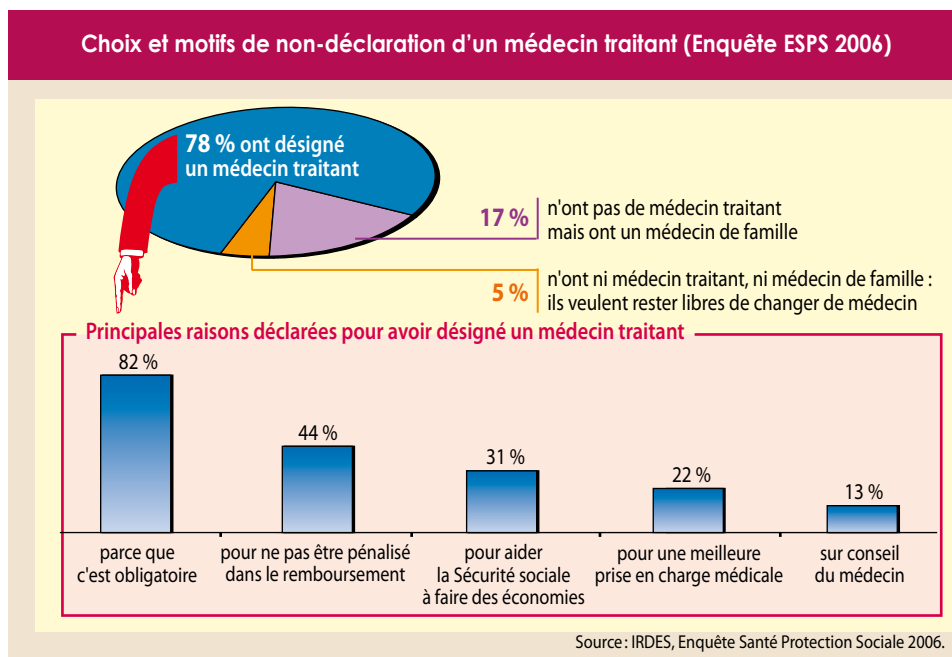
En 2006, les consultations de spécialistes résultent 3 fois sur 10 d'un accès direct et 7 fois sur 10 d'un conseil médical, d'après les déclarations à l'enquête ESPS (cf. [questionnaire de l'enquête ESPS 2006](#) p. 5-1).

Plus précisément :

- sur les 28 séances qui résultent d'un accès direct, une seule a eu lieu malgré l'avis contraire du médecin traitant (cf. dernier paragraphe) ;
- 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 soignants et moins de 2 séances le sont par un généraliste autre que le médecin traitant.



Fin 2006, huit Français sur dix ont déclaré un médecin traitant à leur caisse de Sécurité sociale. L'enquête Santé Protection Sociale 2006 montre que 82 % d'entre eux ont fait cette démarche en pensant que c'était obligatoire (cf. graphique ci-contre). 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.

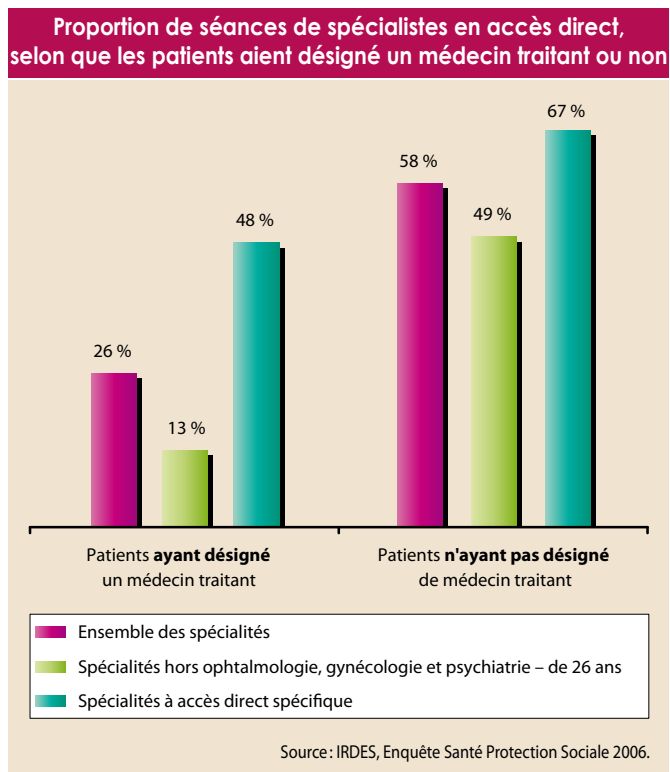


En 2006, l'accès direct aux spécialistes est beaucoup moins fréquent pour les patients ayant désigné un médecin traitant

Toutes spécialités confondues, on note que l'accès direct est **deux fois moins fréquent** pour les patients ayant désigné un médecin traitant¹ : 26 % de leurs consultations contre 58 % des consultations des patients n'ayant pas déclaré de médecin traitant à leur caisse d'Assurance maladie (cf. graphique ci-contre).

Si l'on considère uniquement les spécialités directement visées par la réforme², l'accès direct est alors près de **quatre fois moins fréquent** pour les patients ayant désigné un médecin traitant : 13 % contre 49 % pour les autres (cf. graphique ci-contre). En ce qui concerne les spécialités à accès direct spécifique³, la part d'accès direct est également plus faible pour les patients ayant désigné un médecin traitant que pour les autres, respectivement 48 % et 67 %. L'écart entre ces deux pourcentages est cependant plus faible que pour les autres spécialités.

Pour les patients ayant désigné un médecin traitant, la proportion d'accès directs varie 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).



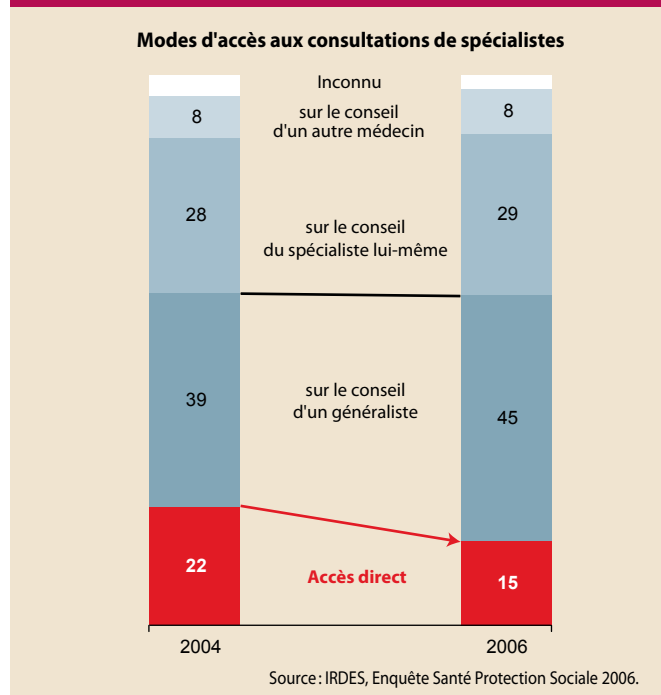
- 1 En juin 2006, 80 % des assurés ont fait parvenir leur formulaire de déclaration du médecin traitant (source : Assurance maladie).
- 2 L'accès direct à ces spécialités conduit théoriquement à une baisse du taux de remboursement par l'Assurance maladie (cf. graphique du haut p. 2-1 et Barème p. 5-4).
- 3 Ces spécialités sont l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie pour les 16–25 ans. Elles ne sont pas soumises au même régime que les autres spécialités puisque l'accès direct est autorisé sous certaines conditions par l'Assurance maladie, c'est-à-dire qu'il n'entraîne pas de pénalité de remboursement (cf. Contexte p. 2-1).

Entre 2004 et 2006, la proportion d'accès direct aux spécialistes a baissé au profit des accès conseillés par le médecin généraliste

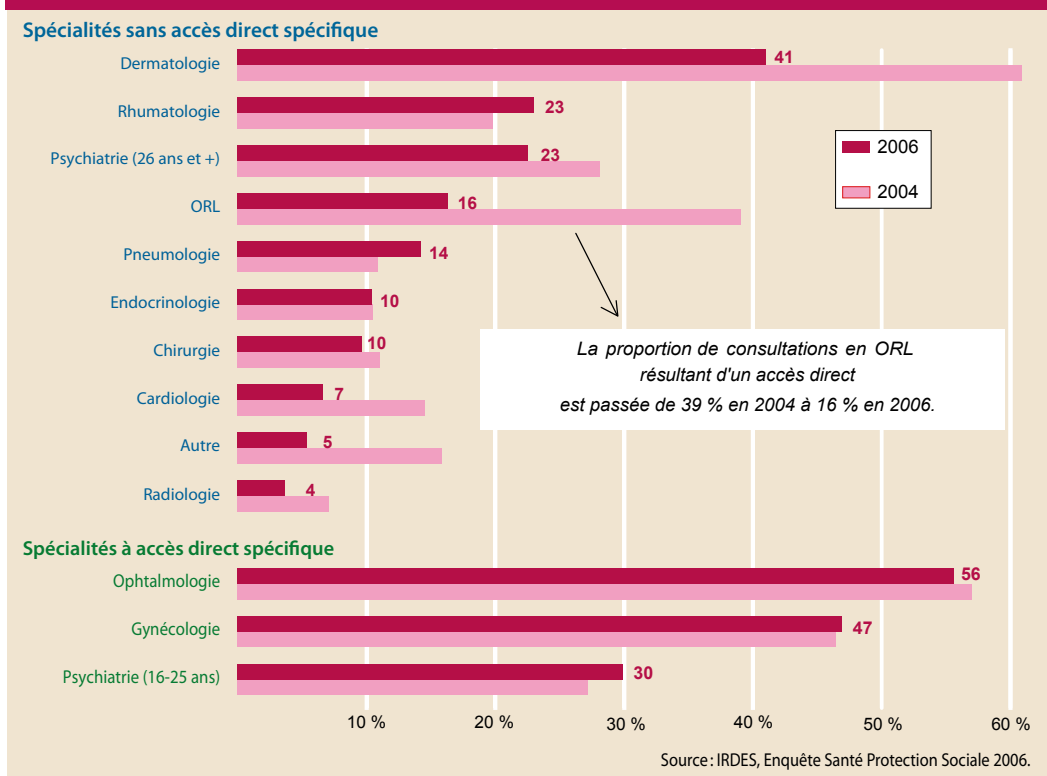
D'après les déclarations faites lors de l'enquête ESPS, toutes spécialités confondues, la proportion d'accès direct aux spécialistes a diminué entre 2004 et 2006, passant de 32 % en 2004 à 28 % en 2006. Toutefois, cette baisse générale cache d'importantes différences selon les spécialités. Cette baisse est particulièrement forte en dermatologie et ORL alors que la part de l'accès direct est restée stable pour les spécialités dites à accès direct spécifique (ophtalmologie, gynécologie et psychiatrie pour les moins de 26 ans).

Pour l'ensemble des spécialités (hors ophtalmologie, gynécologie et psychiatrie pour les moins de 26 ans), les déclarations des patients enquêtés en 2006 montrent que sur 100 consultations (ou visites) de spécialistes, 15 font suite à un accès direct⁴ des patients, versus 22 en 2004 (cf. graphique ci-contre). Cette baisse significative de l'accès direct est compensée par une augmentation de la part des recours au spécialiste faisant suite au conseil d'un généraliste : 45 séances sur 100 en 2006 versus 39 en 2004. La part des consultations réalisées suite à une demande du spécialiste lui-même augmente à peine. Cette évolution générale diffère cependant selon les spécialités (voir ci-après).

Répartition des modes d'accès aux consultations de spécialistes, hors ophtalmologie, gynécologie et psychiatrie (- de 26 ans) en 2004 et 2006



Évolution de la part des consultations de spécialistes en accès direct entre 2004 et 2006



4 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, l'accès direct a été comparé pour l'ensemble des patients, sans les départager selon qu'ils aient ou non déclaré un médecin traitant à l'Assurance maladie puisque cette formalité n'existait pas en 2004.

Dermatologie et ORL : forte baisse de la part des consultations issues d'un accès direct

Parmi les spécialités visées par la réforme, la proportion de séances résultant d'un accès direct a diminué entre 2004 et 2006 pour cinq spécialités, dans des proportions diverses :

- de façon très nette pour deux spécialités pour lesquelles l'accès direct représentait un mode d'accès majoritaire en 2004 : la dermatologie, de 61 à 41 % (- 33 %) ; l'ORL, de 39 à 16 % (- 58 %) ;
- de façon importante mais avec des conséquences plus limitées pour trois spécialités pour lesquelles l'accès direct n'était pas le principal mode d'accès en 2004 : la psychiatrie, de 28 à 23 % (-20 %), la cardiologie, de 15 à 7 % (- 55 %) et la radiologie, de 6 à 4 % (- 41 %).

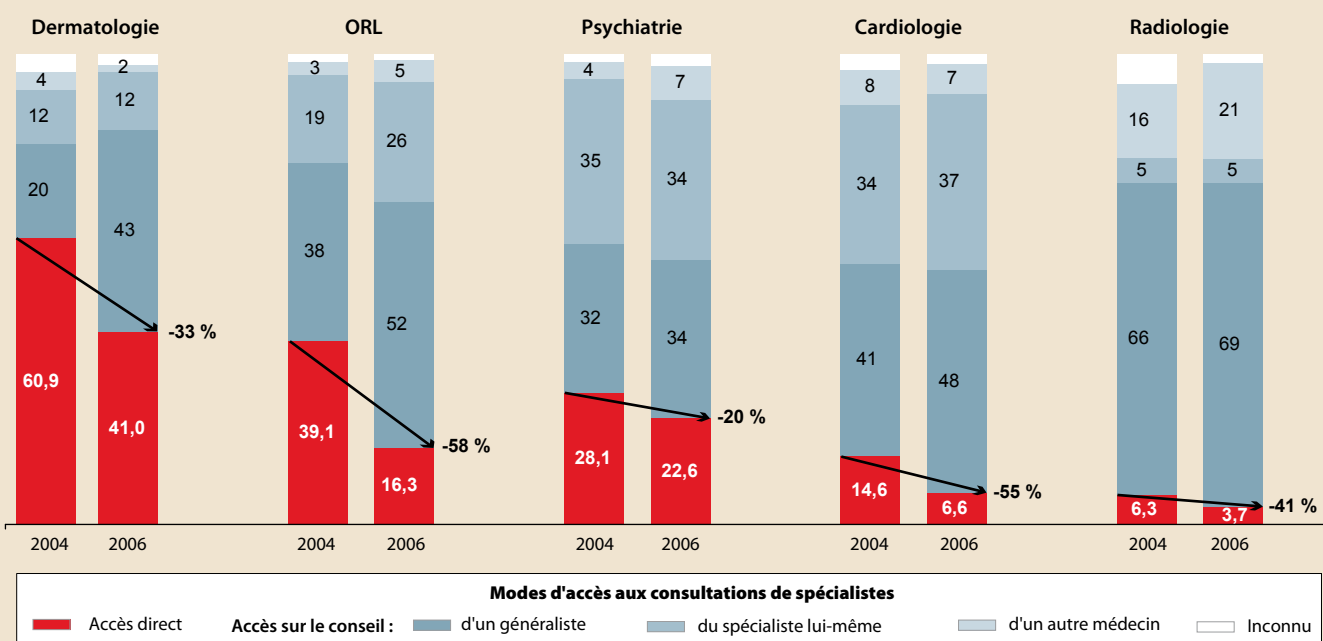
La baisse de la part des séances en accès direct s'est logiquement répercutée sur les autres modes d'accès, notamment sur l'accès faisant suite au conseil du médecin généraliste (cf. graphique ci-dessous). Ainsi :

- en dermatologie, cette baisse est contrebalancée en totalité 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 ;
- 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 un autre membre du personnel soignant.

En revanche, pour les quatre autres spécialités pour lesquelles l'accès direct est pénalisé en termes de remboursement : rhumatologie, pneumologie, chirurgie et endocrinologie, on constate peu d'évolution, voire une légère augmentation de la part de l'accès direct en rhumatologie et pneumologie.

Répartition des modes d'accès aux spécialités dont l'accès direct a fortement diminué entre 2004 et 2006

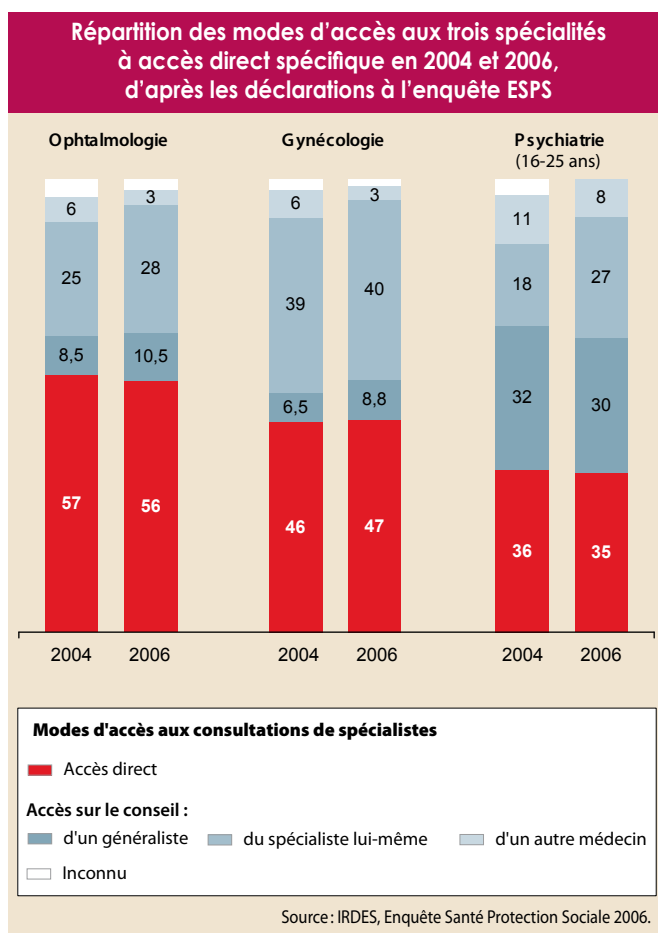


Source : IRDES, Enquête Santé Protection Sociale 2006.

Pour les spécialités à accès direct spécifique, les comportements de recours n'ont pas changé

Trois spécialités sont dites à accès direct spécifique: l'ophtalmologie, la gynécologie et la psychiatrie pour les jeunes de 16 à 25 ans. Sous certaines conditions, l'accès direct à ces spécialités n'est pas pénalisé en termes de remboursement. Pour ces trois spécialités, la part des consultations en accès direct est restée stable entre 2004 et 2006.

On constate toutefois en ophtalmologie et en gynécologie une progression de la part des séances conseillées par un généraliste (resp. + 24 % et + 35 %). Cependant, 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-contre). 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 autres modes d'accès varient relativement peu.



Les déterminants de l'accès direct se sont peu modifiés entre 2004 et 2006

L'analyse descriptive qui précède a mis en évidence un certain nombre de modifications concernant les modalités d'accès des patients aux soins des spécialistes entre 2004 et 2006. Cette analyse a été complétée par une modélisation statistique qui permet d'évaluer « toutes choses égales par ailleurs » l'influence respective des différentes modalités des variables sociodémographiques sur la probabilité d'accéder directement aux spécialistes en 2004 et en 2006.

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

Globalement, entre 2004 et 2006, les déterminants de l'accès direct aux consultations de ces spécialistes se sont modifiés mais de manière très limitée.

L'**influence du milieu social** sur la probabilité d'accéder directement aux spécialistes se réduit en 2006 par rapport à 2004, avec un rapprochement de la proportion de consultations en accès direct observée chez les agriculteurs et les ouvriers non qualifiés avec la proportion observée chez les employés.

Concernant le **niveau d'études**, alors qu'on constatait en 2004 un niveau d'accès direct significativement plus important chez les personnes ayant un niveau d'études supérieur par rapport à celles ayant un niveau correspondant au collège, cet écart n'est plus significativement différent en 2006.

Enfin, alors qu'en 2004, la **taille du ménage** n'avait pas d'influence sur la proportion de consultations en accès direct des patients ayant consulté un de ces spécialistes, on voit apparaître en 2006 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.

L'influence des autres variables n'est pas différente en 2006 de celle observée en 2004.

La proportion de consultations résultant d'un accès direct est en 2006 comme en 2004, « toutes choses égales par ailleurs » :

- plus importante pour les femmes, pour les revenus du ménage supérieurs à 3 100 € par rapport aux revenus compris entre 1 300 et moins de 2 200 € et pour les personnes en moins bonne santé par rapport à celles se déclarant en bonne et très bonne santé ;
- moins importante lors des consultations ayant lieu à l'hôpital que lors de celles se déroulant au cabinet du praticien ;
- enfin, « toutes choses égales par ailleurs » cette proportion d'accès direct n'est plus statistiquement différente en ORL et en psychiatrie de celle observée en dermatologie, du fait de la baisse plus importante de l'accès direct dans cette dernière spécialité.

Des résultats qui diffèrent de ceux de l'Assurance maladie. Explications

Depuis la mise en place du dispositif du médecin traitant⁵, les médecins doivent préciser sur la feuille de soins⁶ si le patient est ou non dans le parcours de soins (cf. encadré ci-dessous).

L'Assurance maladie, via les feuilles de soins, dispose donc d'une source d'informations sur les modes d'accès. C'est sur cette base qu'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 »⁷. 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 cet écart ?

Au-delà de quelques problèmes de mesure mineurs⁸, les différences observées conduisent à s'interroger sur l'application pratique de la réforme côté médecin et sur la compréhension de la notion d'accès direct, côté patient :

- **Côté patient**, l'accès direct comporte une part importante d'interprétation de ce qui a souvent été un

5 L'historique de la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie est rappelée en [Annexe](#), p. 5-3.

6 Voir la [Feuille de soins](#).

7 Assurance maladie (2006). *Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006*. Dossier de Presse. Octobre 2006.

8 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.

échange verbal entre lui et son médecin. Ainsi, comment va-t-il interpréter les propos de son médecin tels que « Si ça ne va pas mieux, n'hésitez pas à revenir » ou « Revenez si vous ne supportez pas le traitement ». Le patient va-t-il déclarer avoir consulté de sa propre initiative ou avoir consulté sur les conseils du médecin ? 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 ». Si sur ces conseils, le patient décide de consulter un dermatologue comment va-t-il lui présenter sa situation ? 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.

- **Côté médecin**, une tendance à surdéclarer leurs patients dans le parcours de soins n'est pas à exclure. En effet, pour ne pas mécontenter certains et risquer qu'ils ne viennent plus les consulter, les médecins peuvent choisir de les déclarer dans le parcours de soins afin qu'ils ne soient pas pénalisés en termes de remboursement.

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.

Partie de la feuille de soins dans laquelle le médecin doit renseigner le contexte de la consultation

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante)
nom et prénom du médecin traitant :

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

Annexes

Questions de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 portant sur l'accès aux soins

Extrait du Questionnaire Santé 2006 : questions portant sur l'accès aux soins

Médecin spécialiste



Ne concerne pas : les médecins spécialistes vus au cours d'une hospitalisation ou d'un passage aux urgences.

55 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin spécialiste pour vous-même ?

₁ Oui ₂ Non → Vous avez terminé ce questionnaire.



Si oui,
de quel(s) spécialiste(s)
s'agissait-il ?
plusieurs réponses possibles

Combien de fois
au cours des
12 derniers mois

Radiologue	<input type="checkbox"/> ₀₁	__ __
Gynécologue	<input type="checkbox"/> ₀₂	__ __
Ophthalmologue	<input type="checkbox"/> ₀₃	__ __
Pédiatre	<input type="checkbox"/> ₀₄	__ __
Dermatologue	<input type="checkbox"/> ₀₅	__ __
Cardiologue	<input type="checkbox"/> ₀₆	__ __
Rhumatologue	<input type="checkbox"/> ₀₇	__ __
Psychiatre	<input type="checkbox"/> ₀₈	__ __
ORL	<input type="checkbox"/> ₀₉	__ __
Chirurgien	<input type="checkbox"/> ₁₀	__ __
Gastro-entérologue	<input type="checkbox"/> ₁₁	__ __
Pneumologue	<input type="checkbox"/> ₁₂	__ __
Diabétologue, endocrinologue	<input type="checkbox"/> ₁₃	__ __
Autre, précisez :	<input type="checkbox"/> ₁₄	__ __

56 Quelle est la spécialité du dernier spécialiste que vous avez consulté ?

.....

57 Quelle est la date de cette dernière consultation ?

|_|_| |_|_|_|_|
mois année



Les questions qui suivent concernent **CETTE DERNIÈRE SÉANCE** de spécialiste.

58 Cette consultation a-t-elle eu lieu

- ₁ Dans son cabinet ?
- ₂ Dans une clinique ?
- ₃ A l'hôpital ?
- ₄ Autre, précisez :

59 Qui vous a conseillé cette consultation ?

- ₁ Personne, j'ai consulté de moi-même malgré l'avis contraire de mon médecin traitant
- ₂ Personne, j'ai consulté de moi-même
- ₃ Mon médecin traitant
- ₄ Un autre médecin généraliste
- ₅ Ce même médecin spécialiste qui m'a dit de revenir
- ₆ Un autre médecin spécialiste
- ₇ Autre, précisez :



Télécharger le Questionnaire Santé 2006

Historique de la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie (Source Assurance maladie)

Date	Fait	Informations complémentaires
2004		
13 août	Promulgation de la loi de réforme de l'Assurance maladie	Cette réforme vise à : <ul style="list-style-type: none"> ■ rendre plus performante l'organisation des soins en France et changer les comportements des patients et des praticiens. Elle encadre l'accès aux soins avec la mise en place du parcours de soins coordonnés par un médecin traitant. ■ clarifier les compétences respectives de l'État et de l'Assurance maladie, notamment avec la création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), créée pour améliorer la gestion du régime de base et la coordination avec les régimes complémentaires. ■ définir des programmes de maîtrise médicalisée des dépenses.
2005		
1er janv.	Début de la période de déclaration du médecin traitant auprès des caisses d'Assurance maladie.	La loi d'août 2004 prévoit que tous les assurés de 16 ans et plus (majorité médicale) déclarent un médecin traitant avant 1 ^{er} juillet 2005. Pour ce faire, les caisses d'Assurance maladie envoient un formulaire de déclaration (entre janvier et mars 2005) que l'assuré doit leur retourner.
12 janv.	Signature de la convention médicale entre l'Assurance maladie et les représentants des médecins	La loi d'août 2004 confère à l'UNCAM et aux syndicats une responsabilité importante dans la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie. À cette fin, ils ont signé cette convention dont le but est d'améliorer la coordination des soins (parcours de soins coordonnés); de préserver et d'améliorer l'accès aux soins (libre choix du médecin, maîtrise des tarifs...); et de réaliser des économies (maîtrise médicalisée des dépenses).
12 février	Publication de la convention médicale au Journal Officiel	
25 mars	Fin de la phase d'envoi des formulaires de déclaration	Un courrier d'information et un formulaire de déclaration du médecin traitant ont été envoyés à chaque assuré.
17 juin	Signature d'un accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux	Cet accord rend obligatoire à partir du 1 ^{er} janvier 2006 la dispense d'avance de frais pour les personnes dont les ressources sont légèrement au-dessus du plafond de la CMU complémentaire.
1er juillet	Mise en oeuvre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant	<ul style="list-style-type: none"> ■ une nouvelle feuille de soins permet au médecin traitant de préciser si les soins sont réalisés dans le parcours ou en dehors du parcours de soins coordonnés. ■ application de nouveaux tarifs et de bases de remboursements des soins
	Point sur les déclarations...	40 % d'assurés ont choisi leur médecin traitant.
Nov.	Nouveau formulaire de prise en charge des personnes atteintes d'une affection de longue durée	Le médecin traitant établit un protocole de soins qui renforce la coordination entre tous les médecins qui suivent le patient. Le formulaire précise les soins et les traitements pris à 100 % dans le cadre d'une ALD et liste les spécialités médicales auxquelles le patient peut accéder directement sans baisse du taux de prise en charge.
17 nov.	Baisse du taux de remboursement pour les soins réalisés hors parcours de soins	À l'issue d'un vote, le Conseil de l'UNCAM majore de 10 % la participation de l'assuré (ticket modérateur) pour des soins réalisés hors parcours de soins.
31 déc.	Point sur les déclarations...	70 % d'assurés ont choisi leur médecin traitant.
2006		
1 ^{er} janv.	Mise en place des incitations financières	Les incitations financières prévues pour favoriser la coordination des soins entrent en application.
7 février	Avenant à la Convention médicale	La psychiatrie et la neuro-psychiatrie sont en accès spécifique pour les patients de moins de 26 ans.
3 mars	Définition des actions de prévention	Signature d'un accord conventionnel entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux. Cet accord, couvrant les années 2006 et 2007, prévoit que des actions de prévention menées en direction des assurés concerneront : la prévention des interactions médicamenteuses pour les patients de plus de 65 ans; le développement du dépistage organisé du cancer du sein qui est proposé tous les deux ans aux femmes de plus de 50 ans; la prévention des complications pour les patients atteints d'un diabète de type 2.
31 mars	Nouveaux tarifs des consultations de médecins	Mise en application des hausses de tarifs prévues dans le cadre du programme de maîtrise médicalisée des dépenses (Convention médicale, 2005) : les tarifs des médecins conventionnés en secteur 1 sont revalorisés (pour les généralistes : uniquement les médecins correspondants). Le taux de remboursement reste identique.
1 ^{er} août	Nouveau tarif des consultations de médecins généralistes	L'Assurance maladie met en application les hausses de tarifs prévues dans le cadre du programme de maîtrise médicalisée des dépenses (Convention médicale, 2005).
27 nov.	Annonce de l'assouplissement des critères d'éligibilité à la dispense d'avance de frais	À compter du 1 ^{er} janvier 2007, cette mesure sera étendue aux personnes dont les ressources sont jusqu'à 20 % au-dessus du seuil de la CMU complémentaire.
Déc.	Point sur les déclarations...	80 % des assurés de plus de 16 ans ont déclaré leur médecin traitant, soit 40 millions de personnes.

Tarifs des consultations de spécialistes et remboursements de l'Assurance maladie

Les barèmes de remboursement des consultations de spécialistes des assurés pris en charge à 100 %¹ ne sont pas présentés ici. Il en est de même pour les consultations de cardiologues dont les tarifs sont différents des autres spécialités.

Tarifs et taux de remboursement appliqués en 2006 (au 31 mars 2006)

	A	B	C	D	E	
	Honoraires pour une consultation	Base de remboursement	Taux de remboursement	Total brut	Forfait 1 €	Montant remboursé par l'AM
Calcul				A x B		C - D
Consultation d'un médecin spécialiste (hors gynécologue, ophtalmologue et psychiatre) dans le parcours de soins						
Spécialiste conventionné (secteur 1)	28 € *	28 €	70 %	19,60 €	1 €	18,60 €
Spécialiste à honoraires libres (secteur 2)	-	23 €	70 %	16,10 €	1 €	15,10 €
Consultation d'un médecin spécialiste (hors gynécologue, ophtalmologue et psychiatre) hors du parcours de soins						
Spécialiste conventionné (secteur 1)	25-33 €	25 €	60 %	15,00 €	1 €	14,00 €
Spécialiste à honoraires libres (secteur 2)	-	23 €	60 %	13,80 €	1 €	12,80 €
Consultation en accès direct spécifique d'un gynécologue, d'un ophtalmologue ou d'un psychiatre						
Gynécologue ou ophtalmologue (secteur 1)	28 €	28 €	70 %	19,60 €	1 €	18,60 €
Gynécologue ou ophtalmologue (secteur 2)	-	23 €	70 %	16,10 €	1 €	15,10 €
Psychiatre ou neuropsychiatre (secteur 1)	41 €	41 €	70 %	28,70 €	1 €	27,70 €
Psychiatre ou neuropsychiatre (secteur 2)	-	34,30 €	70 %	24,01 €	1 €	23,01 €

* 25 € + 3 € de Majoration de coordination spécialiste (MCS).

Tarifs et taux appliqués depuis le 3 septembre 2007

Le taux de remboursement des consultations hors parcours de soins coordonnés est passé de 60 % à 50 % en septembre 2007 :

	A	B	C	D	E	
	Honoraires pour une consultation	Base de remboursement	Taux de remboursement	Total brut	Forfait 1 €	Montant remboursé par l'AM
Calcul				A x B		C - D
Consultation d'un médecin spécialiste (hors gynécologue, ophtalmologue et psychiatre) hors du parcours de soins						
Spécialiste conventionné (secteur 1)	25-33 €	25 €	50 %	12,50 €	1 €	11,50 €
Spécialiste à honoraires libres (secteur 2)	-	23 €	50 %	11,50 €	1 €	10,50 €

1 Liste des personnes dont les soins sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie: Bénéficiaires de pensions d'invalidité, de rentes d'accidents du travail ou de pensions militaires; Personnes atteintes d'affections de longue durée; Femmes enceintes (à partir du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse); Bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Pour en savoir plus

Assurance maladie (2007). *Le parcours de soins coordonnés en 2007*. Dossier de presse. Mis à jour en octobre 2007. 13 p.

Assurance maladie (2006). *Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006*. Dossier de presse. Octobre 2006. 16 p.

Médecin traitant : bilan après la réforme

Le bilan posé par l'Assurance maladie

Extrait du *Bilan mensuel d'information de juin 2006*

Début juin 2006, 77 % des assurés de plus de 16 ans (soit 38,3 millions de personnes) avaient choisi un médecin traitant (alors qu'il s'agit d'un dispositif non obligatoire).

Plus de 98 % des consultations des patients ayant un médecin traitant sont effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Parmi celles-ci, 83 % correspondent à des consultations du médecin traitant ou à des consultations recommandées par lui, 12 % sont des consultations de spécialistes dites à accès direct spécifique (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres pour les moins de 26 ans), seuls 4 % sont des consultations réalisées en urgence, lors du déplacement ou en l'absence du médecin traitant.

Au total, moins de 2 % des consultations des personnes ayant choisi un médecin traitant ne respectaient pas le parcours de soins coordonnés.

La mise en place du parcours de soins coordonnés a favorisé un recours plus rationnel aux soins de premier recours (en réduisant les consultations redondantes auprès des médecins généralistes) et de second recours (en réduisant les consultations inadaptées auprès des médecins spécialistes). Ainsi, entre les périodes septembre 2005–février 2006 et septembre 2004–février 2005, l'activité des médecins libéraux a légèrement fléchi, le nombre de consultations et de visites des médecins généralistes a diminué de 1,2 % par médecin. Pour les spécialistes, l'activité est également en légère baisse - dans des proportions différentes d'une spécialité à l'autre - sur les actes cliniques comme sur les actes techniques, les médecins spécialistes évoluant vers une activité de consultant.

On constate enfin que le taux moyen des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est stable. Il est de 34,3 % contre 34,4 % l'année précédente pour les médecins de secteur 2 et de 2,2 % contre 2,6 % l'année précédente pour les médecins de secteur 1.

Pour en savoir plus

Assurance maladie (2006). *Médecin traitant et parcours de soins coordonnés : premier bilan*. Point d'information mensuel. 6 juin 2006. 7p.

Des résultats complémentaires issus de l'Enquête Santé Protection sociale 2006

D'après l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, **78 % des personnes déclarent avoir désigné un médecin traitant** à leur caisse de Sécurité sociale. Le dispositif du médecin traitant est considéré comme obligatoire par 8 personnes sur 10. Les autres raisons invoquées pour justifier la désignation d'un médecin traitant sont économiques : ne pas être pénalisé en termes de remboursements (44 %) ; civiques : volonté de faire réaliser des économies à la Sécurité sociale (31 %) et médicales : moyen d'améliorer sa prise en charge médicale (22 %). Enfin, pour 1 personne sur 10, le choix d'un médecin traitant résulte d'un conseil médical (13 %).

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 comme médecin traitant (92 %). Le dispositif apparaît donc dans l'immense majorité des cas s'être superposé à l'existant. Le nouveau système apparaît neutre en termes de satisfaction des patients sur leur prise en charge médicale. Ainsi huit personnes sur dix (82 %) ont eu le sentiment 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, seuls 5 % ont eu le sentiment d'être mieux suivis et 2 % moins bien suivis.

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 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.

En ce qui concerne le **renoncement aux soins de spécialistes**, moins de 4 % des enquêtés invoquent 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.

Pour en savoir plus

Hourcade 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).

Accès aux spécialistes : comment cela se passe-t-il dans d'autres pays européens ?

En France, la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004 a prévu notamment la mise en place d'un parcours de soins coordonnés par un médecin traitant, dispositif par ailleurs déjà existant dans la quasi-totalité des autres pays européens.

En Europe, on distingue deux cas de figure : soit l'accès à un spécialiste nécessite obligatoirement un « adressage » du patient par le médecin généraliste, soit l'accès direct à un spécialiste est possible.

Pays où l'accès aux spécialistes est strictement encadré

Dans certains pays, l'accès aux spécialistes nécessite un adressage. Ce type d'organisation est en place **aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Norvège, au Danemark, en Espagne ou encore en Italie**. Cette situation est souvent ancienne (1941 aux Pays-Bas et 1948 au Royaume-Uni). Aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, les spécialistes sont tous employés par l'hôpital et le généraliste joue un rôle strict de *gate-keeper*. En Finlande, si une prescription du médecin généraliste est requise dans le secteur public pour des soins spécialisés, celle-ci n'est en revanche pas nécessaire pour voir un spécialiste travaillant dans le secteur privé. Au Danemark, les patients ont la possibilité de consulter directement les ophtalmologues et les ORL. En Espagne, cette possibilité existe également pour les ophtalmologues dans le cadre des examens de la vue et pour les obstétriciens.

De manière générale, le *gate-keeping* va de pair avec de larges compétences assumées par les généralistes.

Définition : *Gate-keeping, Gate-keeper*

Gate-keeping : terme anglo-saxon définissant le type d'accès aux soins. Le patient doit s'inscrire auprès d'un médecin généraliste dont la prescription est nécessaire pour avoir accès à un médecin spécialiste exerçant en ville ou à l'hôpital.

Gate-keeper : caractérise le rôle du professionnel de santé dans le système de santé.

Pays où l'accès direct aux spécialistes est plus souple

Dans d'autres pays, l'accès direct à un médecin spécialiste est possible sans prescription d'un généraliste. Mais dans la plupart des pays, des mesures financières sont en place pour inciter le patient à s'adresser en premier recours au médecin généraliste, renforçant ainsi son rôle de *gate-keeper*.

Ainsi, **en Suède**, l'adressage n'est pas obligatoire mais le ticket modérateur (montant restant à la charge du patient) est plus élevé si le patient consulte un spécialiste sans recommandation médicale d'un généraliste. L'accès aux spécialistes est donc direct, mais une prescription du médecin généraliste est préférable. **En Allemagne**, la réforme introduite en janvier 2004 encourage, avec le forfait trimestriel de 10 euros, le principe de l'adressage par le médecin de famille à un spécialiste. Ce principe avait été posé en 1989, mais n'était pas appliqué jusque-là.

C'est donc ce type d'accès aux spécialistes plus souple que la France a choisi de mettre en place.

Bibliographie

Publications IRDES

Questions d'économie de la santé

Le Fur P, Yilmaz E. (2008), *Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie*. Enquêtes Santé Protection Sociale 2004 et 2006. *Questions d'économie de la santé* n° 134.

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *L'enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé*. *Questions d'économie de la santé* n° 131.

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* n° 124.

Le Fur P, 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* n° 106.

Rapport

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *Enquête sur la santé et la protection sociale en 2006*. Rapport IRDES n° 1701, 238 p., 39 €.

Autres (liens vers le site de l'IRDES)

Équipe ESPS 2006, *Présentation de l'Enquête Santé Protection Sociale*.

Équipe ESPS 2006, *Questionnaires de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006*.

Meunier N. (2008), *Premiers résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006*. Dossier de presse du 2 avril 2008, 24 p.

Sites Internet

www.ameli.fr (site de l'Assurance maladie)

Le parcours de soins coordonnés en 2007. Communiqué de presse. Mise à jour octobre 2007. 13 p.

En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les moeurs. Point d'information mensuel. 23 janvier 2007. 7p.

Médecin traitant et tiers payant. Communiqué de presse. 27 novembre 2006.

Le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant en 2006. Communiqué de presse. Octobre 2006. 16 p.

Revalorisation de la consultation des médecins généralistes à partir du 1^{er} août 2006. Communiqué de presse. 28 juillet 2006.

Médecin traitant et parcours de soins coordonnés : premier bilan. Point d'information mensuel. 6 juin 2006. 7p.

Nouveaux tarifs des consultations de médecins. Communiqué de presse. 31 mars 2006.

Information presse du 21 mars 2006.

Signature d'un accord conventionnel entre l'Assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux. Communiqué de presse. 3 mars 2006.

Communiqué de presse du 17 novembre 2005.

Le médecin traitant en pratique. Point d'information mensuel. 13 janvier 2005. 12 p.

Autres sites

La Documentation Française. *L'avenir de l'Assurance maladie en France : la réforme de 2004*. Dossier. Août 2005.

La Documentation Française. *Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Article.

Legifrance. *Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*. Texte de loi.

Legifrance. *Avenants à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes*. Textes de loi.

Mutualité française. *Présentation des contrats responsables des mutuelles*. Article

Portail de la Sécurité sociale. *La nouvelle Convention médicale*. Article. 3 p.

Portail du service public. *La loi réformant l'assurance maladie en vigueur en 2005*. Article.

Enquête sur la santé et la protection sociale 2006

Caroline Allonier, Paul Dourgnon, Thierry Rochereau



IRDES - Service diffusion
10, rue Vauvenargues
75018 Paris
www.irdes.fr

Prix : 39 €

Ce rapport présente les premiers résultats et analyses de l'édition 2006 de l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS). Depuis 1988, ESPS interroge les personnes résidant en France sur leur état de santé, leur recours aux services de santé et leur couverture santé. En 2006, ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et 22 000 individus. Ce document expose la méthodologie de l'enquête puis propose deux analyses : un premier bilan de la réforme du médecin traitant et une étude du poids des contrats individuels de complémentaire santé dans le budget des ménages. Enfin, il présente, sous forme de tableaux, les premiers résultats de l'enquête 2006 sur les thèmes suivants : protection sociale, maladies et troubles déclarés, indicateurs synthétiques d'état de santé, comportements et habitudes de vie, recours aux soins.

Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, l'enquête ESPS participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé et sciences sociales.

Conception et rédaction du dossier de presse :

Nathalie Meunier-Masson en collaboration avec Anna Marek

Mise en page : Franck-Séverin Clérembault