

**Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »**  
**Objectif n°3 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins**

**Indicateur n° 3-1 : Veiller à la mise en œuvre du parcours de soins**

**1<sup>er</sup> sous-indicateur : part des assurés disposant d'un médecin traitant**

*Finalité* : afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus est incité à indiquer à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Ce médecin peut être un généraliste, un spécialiste, ou un médecin hospitalier. Cette disposition est entrée en vigueur avec la loi de réforme de l'assurance maladie mise en place en août 2004.

*Résultats* : la part des assurés disposant d'un médecin traitant est donnée dans le tableau suivant :

	Octobre 2005	Novembre 2006	Novembre 2007	Novembre 2008	Novembre 2009	Mars 2010	Mars 2011	Objectif
Valeur	65 %	78 %	81,2 %	85,2%	88,2%	88,6%	89,3%	Augmentation

Source : DCIR, CNAMTS, France entière.

Cette mesure est entrée en vigueur en mai 2005 et a connu ensuite une montée en charge régulière. A son démarrage, la part des assurés ayant choisi leur médecin traitant était de 21 %. À fin mars 2011, elle est supérieure à 89 %. Cette proportion est en moyenne plus élevée chez les patients souffrant d'affection de longue durée (ALD) et chez les personnes âgées de plus de 60 ans : plus de 97 % de ces patients ont un médecin traitant en mars 2011. À l'inverse seulement 77 % des patients âgés de moins de 25 ans et 87 % des patients sans ALD avaient un médecin traitant à cette date.

*Construction de l'indicateur* : depuis juillet 2007, cet indicateur est calculé pour les patients consommateurs, c'est-à-dire ceux ayant bénéficié d'un acte ou d'une prescription au cours des douze mois écoulés. Il rapporte le nombre de consommateurs ayant choisi un médecin traitant à l'ensemble des consommateurs dénombrés au cours des douze derniers mois. Les données antérieures à juillet 2007 ont été recalculées selon cette méthodologie.

*Précisions méthodologiques* : les chiffres présentés concernent le régime général, hors sections locales mutualistes. Il est à noter que les personnes qui changent de médecin traitant ne sont pas comptabilisées deux fois.

**2<sup>ème</sup> sous-indicateur : pourcentage des consultations effectuées dans le parcours de soins**

*Finalité* : cet indicateur documente l'adhésion des assurés au parcours de soins instauré par la réforme.

*Processus de mise en œuvre* : deux types de pénalités financières s'appliquent en cas de non respect du parcours de soins. Elles ont été instaurées en deux temps :

- depuis le mois de juillet 2005, les assurés se rendant chez un médecin spécialiste de secteur 1 sans avoir une recommandation de son médecin traitant peuvent se voir facturer d'un dépassement d'honoraire de 17,5 %, non pris en charge par l'assurance maladie ;
- en outre, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, la participation de l'assuré est majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou ne respectant pas le parcours de soins. Cette majoration n'est pas applicable lorsque la consultation concerne une urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus. De même, certains médecins spécialistes peuvent être consultés en accès direct sans recommandation du médecin traitant (gynécologues, psychiatre pour les 16-25

ans,...) ; dans ce cas, l'assuré n'est pas pénalisé. Depuis le 1<sup>er</sup> février 2009, la participation de l'assuré atteint ainsi 70 % du tarif opposable contre 30 % dans le parcours de soins.

Résultats : les consultations effectuées dans le parcours de soins ou assimilées sont présentées ci-après :

	Juillet 2006	Juillet 2007	Novembre 2008	Novembre 2009	Mars 2010	Mars 2011	Objectif
<b>Valeur</b>	<b>81,6 %</b>	<b>84,6 %</b>	<b>88,2 %</b>	<b>89,8 %</b>	<b>90,5 %</b>	<b>90,8 %</b>	<b>Augmentation</b>
- dont dans le parcours	70,1 %	73,4 %	77,6 %	79,4 %	79,6 %	80,1 %	
- dont assimilées au parcours	11,5 %	11,2 %	10,6 %	10,5 %	10,9 %	10,7 %	

Source : DCIR, CNAMTS, champ : France entière.

Au début du mois de septembre 2005, la part des consultations dans le parcours de soins s'élevait à 53 %. Depuis cette date, la montée en charge a été continue : ce taux dépassait 81 % en juillet 2006, 88 % en novembre 2008 et 90 % en mars 2010. Fin mars 2011, 90,8 % des consultations étaient effectuées dans le cadre du parcours de soins ou assimilés.

Parmi les situations en accès non coordonné, près de la moitié correspondent à des patients qui n'ont pas choisi de médecin traitant. Dans les autres cas, des patients ont enregistré leur déclaration auprès d'un médecin traitant mais ne respectent pas le parcours de soins.

Construction de l'indicateur : sont comprises dans le parcours de soins les consultations auprès du médecin traitant ou de son remplaçant, ainsi que les consultations où le patient a été orienté par son médecin traitant. Dans les consultations assimilées au parcours de soins, sont regroupées les consultations avec accès direct spécifique ou hors résidence du patient, ainsi que les consultations effectuées par des généralistes primo-installés depuis moins de 5 ans.

Précisions méthodologiques : les données proviennent du régime général hors sections locales mutualistes. Ces pourcentages sont calculés par rapport au nombre de consultations entrant dans le dispositif (donc hors urgences et moins de 16 ans).