

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

Sous-indicateur n°3-1-1: part des assurés disposant d'un médecin traitant et pourcentage des consultations effectuées dans le parcours de soins.

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. L'adhésion au parcours de soins est ici mesurée par la part des assurés ayant un médecin traitant et la part des consultations effectuée dans le parcours.

Précisions sur le parcours de soins : 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 un dépassement d'honoraire de 17,5%, non pris en charge par l'assurance maladie.

- en outre, depuis le 1^{er} 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, psychiatres pour les 16-25 ans,...) ; dans ce cas, l'assuré n'est pas pénalisé. Depuis le 1^{er} février 2009, la participation de l'assuré atteint ainsi 70% du tarif opposable contre 30% dans le parcours de soins.

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

	Oct. 2005	Nov. 2006	Nov. 2007	Nov. 2008	Nov. 2009	Mars 2010	Mars 2011	Mars 2012	Objectif
% d'assurés	65%	78%	81.2%	85.2%	88.2%	88.6%	89.3%	90%	Augmentation

Source : DCIR, CNAMTS, France entière.

Le dispositif du parcours de soins est entré 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%. Depuis fin mars 2011, elle se stabilise autour de 90%.

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 98% de ces patients ont un médecin traitant en mars 2012. A l'inverse seulement 77% des patients âgés de moins de 25 ans et 88% des patients sans ALD avaient un médecin traitant à cette date.

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

Année	Juillet 2006	Juillet 2007	Nov. 2008	Nov. 2009	Mars 2010	Mars 2011	Mars 2012	Objectif
% de consultations	81,6%	84,6%	88.2%	89.8%	90.5%	90.8%	91.3%	Augmentation
dont effectuées dans le parcours	70,1%	73,4%	77.6%	79.4%	79.6%	80.1%	80.9%	
dont assimilées au parcours	11,5%	11,2%	10.6%	10.5%	10.9%	10.7%	10.4%	

Source : DCIR, CNAMTS, 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 atteignait 81% en février 2006, plus de 87% au 31 mai 2008 et dépassait les 90% en mai 2009. Comme pour l'indicateur précédent,

la stabilisation de la part des consultations à 91% témoigne de la fin de la montée en charge du dispositif.

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 :

Part des assurés ayant déclaré un médecin traitant : 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.

Part des consultations effectuées dans le parcours de soins : 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 réalisations présentées 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. La part des consultations est calculée par rapport au nombre de consultations entrant dans le dispositif (donc hors urgences et moins de 16 ans).

Sous-indicateur n°3-1-2 : proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours

Finalité : le courrier de fin d'hospitalisation résume les conclusions de l'hospitalisation et établit des préconisations de prise en charge après la sortie afin d'assurer une bonne coordination « hôpital - ville » ou « hôpital - structure de transfert ». Signé par le médecin de l'établissement, il est adressé au médecin de ville, à la structure de transfert, ou est remis au patient le jour de sa sortie. Réglementairement, ce courrier doit être envoyé dans un délai de 8 jours suivant la sortie du patient.

Le délai d'envoi du courrier (DEC) permet d'apprécier le lien entre la médecine hospitalière et ambulatoire (ou la structure de transfert), garantissant la continuité de la prise en charge du patient. Les éléments qualitatifs recherchés rendent compte notamment du suivi médical réalisé pendant le séjour, et du traitement de sortie (cf. *construction de l'indicateur*). L'objectif de performance, fixé à 80%, correspond à une exigence de qualité : il est attendu que 80% des courriers de fin d'hospitalisation respectent les critères de qualité de l'indicateur DEC (cf. *construction de l'indicateur*).

Cet indicateur est intégré dans le manuel de certification des établissements V2010, au niveau du critère 14a : « gestion du dossier du patient ». Il fait partie du recueil des indicateurs portant sur la qualité du dossier patient dans le secteur MCO, généralisé par la HAS depuis 2008 à l'ensemble des établissements de santé.

Résultats : la proportion de courriers, avec l'ensemble des informations requises et envoyées dans un délai inférieur ou égal à 8 jours est retracée dans le tableau suivant :

	2008	2009	2010	2011	Objectif
Nb d'établissements de santé	1116	1141	1 195	1 192	
Nb de dossiers	89 218	90 780	94 536	93 967	
Proportion de courriers envoyés en moins de 8 jours	26%	34%	40%	48%	80%

Source : HAS

En 2011, en moyenne au niveau national, 48% des courriers de fin d'hospitalisation ont été envoyés en moins de 8 jours. Cette proportion est en progression de 8 points par rapport à 2010, après une augmentation de 6 points par rapport à la campagne 2009.

Ces taux varient fortement selon les régions, de 33% en Réunion à 57% dans le Nord Pas de Calais. En 2011, seulement 20% des établissements de santé ont atteint ou dépassé l'objectif de performance de 80%. Ceci est retrouvé au niveau de la variation du pourcentage d'établissements de santé en région ayant atteint ou dépassé l'objectif de performance, allant de 0% (Guyane) à 34% (Midi Pyrénées).

Des analyses complémentaires montrent qu'entre 2008 et 2011, la proportion de courriers répondant aux critères de l'indicateur a significativement augmenté en médecine (+ 20 points : passage de 34% à 54%), a doublé en obstétrique (+ 21 points : passage de 20% à 41%), et a presque triplé en chirurgie (+ 25 points : passage de 16% à 41%).

D'autre part, la proportion de courriers répondant aux critères augmente avec la durée de séjour. En 2011, elle est passée de 37% (séjour de 1 jour) à 57% (séjour de plus de 7 jours) en 2011.

Construction de l'indicateur : l'indicateur de délai d'envoi du courrier, présenté sous forme de taux, évalue la proportion de séjours pour lesquels le courrier de fin d'hospitalisation (ou compte-rendu d'hospitalisation) est envoyé dans un délai inférieur ou égal à huit jours, et dont le contenu comprend les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins.

Les éléments qualitatifs indispensables à la continuité des soins à retrouver sont les suivants :

- l'identité du médecin destinataire (nom et adresse) ou du service en cas de mutation ou de transfert ;
- une référence aux dates du séjour (date d'entrée et date de sortie) ;
- une synthèse du séjour (contenu médical de la prise en charge du patient) ;

- et une trace écrite d'un traitement de sortie (au minimum, dénomination des médicaments).

Précisions méthodologiques : l'indicateur est calculé sur un échantillon aléatoire de 80 séjours, commun à l'ensemble des indicateurs du thème « Dossier Patient » en MCO. Seuls les séjours hors séances d'au moins un jour stratifiés selon l'activité MCO sont inclus dans le calcul de l'indicateur.

Les séjours suivants sont exclus du calcul de l'indicateur : séances sélectionnées à partir des groupes homogènes de malades (GHM) relevant de la catégorie majeure de diagnostics (CMD) 28, spécifique aux séances ; séjours dont la date d'entrée est égale à la date de sortie ; séjours des nouveau-nés dits « non hospitalisés » ; séjours faisant l'objet d'une prestation inter-établissement, que ce soit en établissement « demandeur » ou en établissement « prestataire » ; séjours avec un GHM erreur ; séjours avec un GHM 23K02Z (explorations nocturnes et apparentées) ; séjours en UHCD non suivis d'un séjour en MCO ; séjours de patients décédés ; séjours de patients mutés.

Pour plus de détails, se reporter au rapport de la HAS, « Indicateurs de qualité généralisés en MCO, campagne 2011 », juin 2012.