

**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 :

Mois - Année	Octobre 2005	Novembre 2006	Novembre 2007	Mai 2008	Novembre 2008	Mai 2009	Objectif
Valeur	65 %	78 %	81 %	84 %	85%	87%	Augmentation

Source : Erasme National V1, CNAMTS, France entière.

Cette mesure est entrée en vigueur en mai 2005, connaissant ensuite une montée en charge régulière. A son démarrage, la part des assurés ayant choisi leur médecin traitant était de 21 %. Elle a dépassé les 60 % au début septembre 2005, pour atteindre 70 % à la fin de l'année 2005 et 80 % à l'automne 2007. Le taux d'assurés de plus de 16 ans ayant déclaré un médecin traitant s'élevait à 84 % à fin mai 2008, et à 87% à fin mai 2009.

*Construction de l'indicateur* : depuis juillet 2007, cet indicateur est calculé en dénombrant les patients ayant bénéficié d'un acte ou d'une prescription au cours des douze mois écoulés. Les données antérieures à juillet 2007 ont été recalculées selon cette méthodologie

*Précisions méthodologiques* : Les réalisations présentées concernent le régime général uniquement, à partir de données fournies mensuellement à la DSS. 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* : à compter du mois de juillet 2005, les assurés se rendant chez un médecin spécialiste de secteur 1 sans avoir une recommandation d'un médecin généraliste 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 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant. Cette majoration n'est pas applicable lorsque cette consultation se fait en cas d'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.

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

Année	2006	2007	Mai 2008*	Novembre 2008	Mai 2009	Objectif
Valeur	81,6 %	84,6 %	87,4 %	88,2 %	89,6 %	Augmentation
- dont dans le parcours	70,1 %	73,4 %	75,9 %	77,6 %	78,7 %	
- dont assimilées au parcours	11,5 %	11,2 %	11,5 %	10,6 %	10,9 %	

Source : Erasme National V1, CNAMTS, France entière.

\* : Données de mai 2008.

\*\* : Données d'avril 2009.

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 est passé à 75 % à la mi-février 2006, puis à plus de 81 % en juillet de cette même année et plus de 87 % au 31 mai 2008 pour s'établir finalement à près de 90 % au mois de mai 2009.

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 : l'indicateur est présenté pour la valeur observée au 1<sup>er</sup> juillet de chaque année (sauf en 2008 et 2009). 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 : données régime général. Ces pourcentages sont calculés par rapport au nombre de consultations entrant dans le dispositif (donc hors urgences et moins de 16 ans).