

Les deux ans du parcours de soins coordonnés Seulement 5 % des patients se sentent mieux suivis après la réforme

L'Irdes publie aujourd'hui une étude sur le ressenti des patients et leurs motivations pour choisir un médecin traitant. Les patients, qui avaient déjà un médecin de famille dans leur grande majorité, pensent que le dispositif du médecin traitant est « obligatoire ». Quarante-deux pour cent estiment que la réforme n'a pas changé la qualité de leur prise en charge. Seulement 5 % ont le sentiment d'être mieux suivis et 2 %, moins bien suivis.

DEUX ANS presque jour pour jour après la mise en place des parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) publie aujourd'hui une étude sur le ressenti des patients face au dispositif issu de la réforme de 2004 (1). Cette enquête tombe à pic au moment où le gouvernement pourrait décider demain de réduire de 60 à 50 % le taux de remboursement de la Sécu sur les actes médicaux effectués hors parcours de soins, c'est-à-dire sans passer par la case médecin traitant ou en l'absence de médecin traitant déclaré. Cette mesure évaluée à

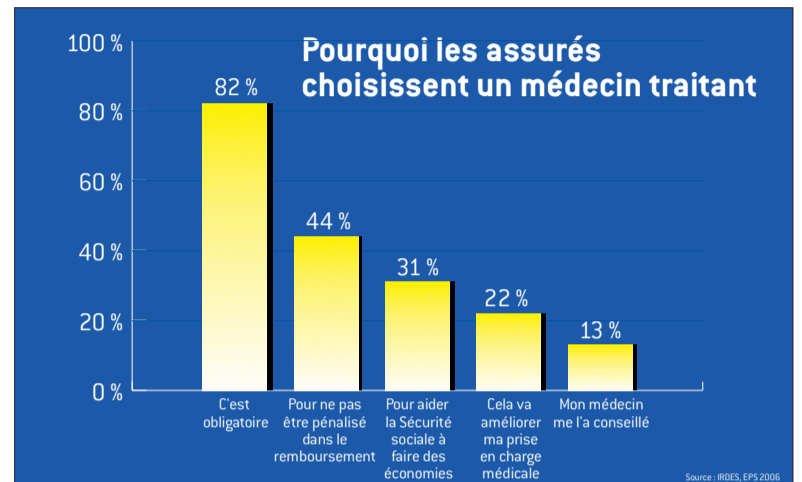
150 millions d'euros fait partie du plan d'économies de 1,455 milliard d'euros en année pleine proposé par l'assurance-maladie.

A partir des données fournies par l'enquête Santé Protection sociale 2006, l'Irdes constate, tout d'abord, que le dispositif du médecin traitant est perçu comme une obligation, alors qu'il reste facultatif officiellement. Parmi les 6 430 personnes interrogées ayant déclaré un médecin traitant, 82 % l'ont fait avant tout parce qu'il avait un « caractère obligatoire », ensuite pour des raisons économiques (44 %), civiques (31 %) et médicales (choix personnel à 22 % ou sur conseil à 13 %). « Au total, on observe que les personnes plus malades et plus âgées sont entrées dans le système au cours de leur prise en charge médicale et dans un cadre ressenti comme contraint, notent les auteurs de l'étude. A l'opposé, les personnes plus jeunes, en meilleure santé et plus éduquées font valoir des motivations plus étendues, dans lesquelles entrent, bien sûr, des considérations économiques, mais aussi les objectifs plus larges de la réforme. »

Selon la Caisse nationale d'assurance-maladie (Cnam), 83 % des assurés ont déjà désigné leur médecin traitant. Mais l'étude de

l'Irdes laisse entendre que la part des assurés vraiment récalcitrants serait en fait bien inférieure à 17 %. Si l'on met de côté ceux qui n'ont simplement pas eu l'occasion ou le temps de consulter pour accomplir cette formalité (au moment de l'enquête), seulement « 5 % de la population » se montre réfractaire et « préfère rester en dehors du schéma en assumant les dépenses supplémentaires éventuelles ». L'Irdes relève que ces irréductibles « ont dans une moindre proportion un médecin habituel (75 % contre 92 % ». Et pour cause. « Le facteur le plus déterminant est le fait d'avoir un médecin de famille : l'absence de médecin de famille multiplie par plus de cinq la probabilité de ne pas avoir de médecin traitant, explique l'étude. Cela confirme définitivement l'hypothèse que le dispositif s'est plaqué sur un schéma informel préexistant, les assurés y basculant naturellement dans le cadre de leurs relations avec leur médecin habituel ou de famille. » Résultat : les « bons élèves » et les « cancre » de la réforme Douste-Blazy de 2004 pouvaient être connus d'avance.

A la lumière de l'étude de l'Irdes, on peut se demander si la nouvelle pénalité financière envisagée par la Cnam incitera davantage les patients hors parcours à revenir dans le droit chemin ou si son impact sera essentiellement économique. « Cela ne devrait pas changer beaucoup les comportements », affirme au « Quotidien » Paul Dourgnon, responsable de l'étude. A moins que cela ne change un peu les habitudes « chez les jeunes en bonne santé et dans les grandes villes où l'ac-



cess aux spécialistes est quand même très facile », nuance ce chercheur de l'Irdes.

Le frein à l'accès du spécialiste. Son enquête est, par ailleurs, riche d'enseignements sur la perception qu'ont les patients de la plus-value médicale des parcours de soins. En l'occurrence, le bilan est peu glorieux, même s'il doit être relativisé : il n'est que provisoire, faute de recul suffisant, et s'appuie sur des déclarations et non des faits. « Huit personnes sur dix (82 %) ont eu le sentiment d'une absence de changement dans leur suivi, note l'Irdes. 11 % n'ayant pas consulté depuis lors n'ont pas été en mesure de constater un éventuel changement. Au final, seulement 5 % ont eu le sentiment d'être mieux suivies et 2 % moins bien suivies. »

Enfin, le dispositif du médecin traitant a un peu « freiné l'accès au spécialiste ». En janvier dernier, la Cnam faisait déjà état d'une baisse de 4 % de l'activité des spécialistes cliniciens (dermatologues, rhumatologues, endocrinologues...) sur les neuf premiers mois de 2006, du

fait du recentrage sur leur métier de consultant. L'étude de l'Irdes souligne, pour sa part, que seulement 5 % des personnes interrogées déclarent avoir « renoncé à consulter un médecin spécialiste depuis la réforme du médecin traitant ». Le nouveau dispositif du médecin traitant est invoqué directement pour 3,7 % d'entre eux qui avancent les arguments suivants : « c'était trop cher pour moi », « c'était trop compliqué de passer par le médecin traitant », « je voulais voir un spécialiste directement, mais c'était devenu trop cher ». L'Irdes n'a, en tout cas, pas dit son dernier mot sur la réforme. Ses chercheurs promettent de passer à la loupe dans les prochains mois ses autres facettes, et notamment son impact sur l'équité d'accès aux soins et sur les pratiques médicales.

> AGNÈS BOURGUIGNON

(1) « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », par Paul Dourgnon, Stéphanie Guillaume, Michel Naiditch, Catherine Ordonneau. « Questions d'économie de la santé », n° 124.

Une réforme bancaire

Le dispositif du médecin traitant et des parcours de soins attend toujours son outil indispensable à la coordination et au suivi des soins : le dossier médical personnel (DMP), reporté à 2008. En janvier, la Cnam relevait déjà que la réforme avait été neutre pour quatre types de traitements (asthme, migraine, dépression et acné). Le dernier avenant conventionnel n° 23 vise à mettre plus de prévention dans le dispositif du médecin traitant en fonction de priorités de santé publique (iatrogénie médicamenteuse, dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale). Enfin, la Cnam veut faire jouer un rôle pivot aux médecins traitants dans son projet d'accompagnement des malades chroniques.

Les facs de médecine et la réforme des universités L'inquiétude des doyens

Le projet de réforme des universités, sur lequel le gouvernement a fait des concessions aux syndicats d'enseignants et d'étudiants, continue d'inquiéter les doyens qui reprochent aux présidents d'université de vouloir mettre à mal le statut dérogatoire des facultés de médecine.

LA RÉFORME DES UNIVERSITÉS menée par le gouvernement constitue-t-elle un danger pour les facultés de médecine ? A en croire les réactions épidermiques exprimées depuis plusieurs jours par les doyens de médecine, les directeurs généraux des CHU, les présidents des CME de CHU, la Fédération des hôpitaux de France (FHF), les internes (Isnih), les chefs de clinique (Isncca), les étudiants en médecine (Anemf) et le Conseil national de l'Ordre des médecins (Cnom), l'absence d'un volet spé-

cifique à la santé dans le projet de réforme des universités pourrait être à l'origine de bien des maux (« le Quotidien » du 22 juin). Les doyens craignent une révision de leurs prérogatives. Le Pr Bernard Charpentier, président de la Conférence des doyens, est le premier monté au créneau pour dénoncer la remise en cause du statut dérogatoire des facultés de médecine qui permet, selon lui, aux centres hospitalo-universitaires (CHU) de remplir correctement leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. « Nous redoutons, avec ce projet de loi, qu'il n'y ait plus d'affectation de postes hospitalo-universitaires par les ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé, mais directement par les présidents d'université, confie le Pr Charpentier. Notre angoisse, c'est que l'on touche au fonctionnement du CHU, que l'on nuise à la santé publique, à la formation à l'hôpital, que les jeunes talents

soient davantage attirés, comme c'est le cas aujourd'hui en chirurgie, par le secteur privé plutôt que public. Les doyens ne veulent pas finir gardiens de square. » Paul Castel, président de la Conférence des directeurs généraux de CHU, partage les mêmes inquiétudes. « Cette réforme des universités contient des points qui vont vers plus d'assouplissement, de réactivité et d'autonomie, que nous réclamons depuis longtemps, mais elle risque de mettre à mal la richesse que constituent nos CHU qui ont réussi à allier enseignement et recherche. »

« Beaucoup de bruit autour de cette question ». L'article 15 du projet de réforme des universités stipule que les doyens ont qualité pour signer les conventions qui lient le centre hospitalier à l'université même si « ces conventions ne peuvent être exécutées qu'après avoir été approuvées par le président et votées par le

conseil d'administration de l'université. Le président peut déléguer sa signature au directeur pour ordonnancer les recettes et les dépenses de l'UFR ».

Jean-Pierre Finance, premier vice-président de la Conférence des présidents d'université (CPU), juge excessives les inquiétudes des doyens des facultés de médecine. « Il y a beaucoup de bruit autour d'une question qui n'en mérite pas autant, assure-t-il. L'enjeu de cette réforme est de recoller au peloton de tête des universités à l'échelle européenne. Cet article ne va rien changer à l'organisation actuelle. Le seul changement est que, lorsqu'un doyen prendra des décisions anormales, le président pourra lui retirer sa délégation de signature. Ce n'était pas le cas auparavant. La logique de la loi est de définir plus clairement les responsabilités de chacun. »

Jean-Pierre Finance, président de la faculté Henri-Poincaré de

Nancy, rejette catégoriquement l'argument des doyens selon lequel les présidents d'université pourraient retirer des emplois d'hospitalo-universitaires. « C'est une contre-vérité, indique-t-il, en citant l'article L952-21 du code de l'Éducation : Dans le cadre des fonctions hospitalo-universitaires, la décision de créer ou de supprimer des emplois relève d'une décision des ministères de l'Enseignement supérieur et de la Santé. Comment peut-on soupçonner en permanence les présidents d'université d'être des ennemis du système d'enseignement en santé ? »

Doyens, directeurs de CHU et présidents de CME espèrent que Roselyne Bachelot, qui les recevra cette semaine, saura les rassurer sur les intentions du gouvernement. Doyens et présidents d'université refusent aujourd'hui de parler de lutte de pouvoir, mais c'est bien de cela dont il s'agit.

> CHRISTOPHE GATTUSO