

3

Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie

PRESENTATION

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a recherché une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé. Parallèlement à la création du dossier médical personnel qui, selon son exposé des motifs, devait permettre « de suivre le cheminement du malade dans le système de soins », sa mesure phare était « le développement de parcours de soins coordonnés, autour d'un médecin traitant [...] qui se verra confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins ». A ce titre, tout assuré social de plus de 16 ans devait pouvoir désigner un médecin traitant, généraliste ou spécialiste, à consulter avant de recourir à un autre médecin.

Cette réforme ambitieuse visait ainsi à inscrire dans une organisation nouvelle l'ensemble des assurés et la totalité des médecins. Pour renforcer son acceptabilité, le législateur avait choisi d'associer les professionnels de santé à sa mise en œuvre dans le cadre des négociations entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux qui ont débouché sur la convention médicale du 12 janvier 2005.

La Cour a cherché à apprécier l'apport effectif de cette innovation, présentée comme majeure, à une meilleure efficacité médicale et économique des prises en charge.

Pour les assurés, qui ont, dans leur très grande majorité déclaré un médecin traitant, ce dispositif est demeuré un parcours essentiellement tarifaire, au demeurant peu compréhensible (I).

Pour les partenaires conventionnels, il a permis une augmentation et une diversification progressive de la rémunération des médecins, dont la mise en cohérence avec le rôle reconnu au médecin traitant reste cependant le point faible (II).

Dans ces conditions, l'amélioration de la coordination des soins a continué à faire l'objet de multiples expérimentations sans perspective d'ensemble (III).

I - Un dispositif ambitieux réduit pour les assurés à un parcours tarifaire complexe

L'insuffisante organisation du système de soins est une source générale d'inefficience médicale et économique¹³⁶, bien au-delà des manifestations de « nomadisme médical » souvent mises en avant, mais en réalité relativement peu fréquentes¹³⁷. Partant de ce constat, le dispositif mis en place en 2004 a entendu mieux structurer l'accès aux médecins de ville, tout en préservant les fondements de la médecine libérale (notamment le libre choix du patient) et en tenant compte d'une spécificité française, l'importance du nombre des médecins spécialistes¹³⁸.

A - Des principes innovants

La loi a établi deux principes simples : tout assuré de seize ans ou plus peut choisir un médecin traitant qu'il désigne à l'assurance maladie et ne consulte alors un autre médecin (dit « correspondant ») que sur prescription de son médecin traitant. Le non-respect de ces principes entraîne une pénalisation financière.

1 - Un dispositif généralisé mais non obligatoire

Le dispositif du médecin traitant s'impose à l'ensemble des assurés et des médecins. Contrairement à de précédentes tentatives d'amélioration de la coordination des soins, il ne s'agit ni

¹³⁶ Cf. rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HAS) de janvier 2004.

¹³⁷ Le « nomadisme médical » se définit comme la multiplication par un même assuré de consultations chez des praticiens différents pour un même objet dans une période de temps rapprochée. La Cour avait estimé en 2005 qu'il concernait 12 000 assurés et entraînait un surcoût de 7,5 M€ pour les seuls honoraires de médecins ou de 30 M€ en ajoutant les prescriptions.

¹³⁸ 53 422 médecins généralistes, 7 552 médecins à exercice particulier (tels les allergologues ou acupuncteurs) et 54 701 médecins spécialistes (données Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 2010 pour la France métropolitaine).

d'expérimentations (filiales et réseaux issus de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie) ni d'une option facultative comme celle du médecin référent instituée par la convention médicale du 4 décembre 1998.

Médecin référent et médecin traitant

La convention du 4 décembre 1998, signée entre les caisses et les seules organisations de médecins généralistes prévoyait notamment que l'assuré de 16 ans ou plus pouvait choisir pour un an renouvelable un généraliste qui avait opté pour s'inscrire comme médecin référent. L'assuré devait s'engager à ne pas consulter un autre médecin généraliste (sauf urgence, changement momentané de résidence ou autre situation exceptionnelle) ; il était alors dispensé d'avance de frais.

Le médecin référent, pour sa part, devait notamment respecter un seuil maximal annuel d'activité compatible avec une médecine de qualité, s'interdire l'usage des dépassements, tenir pour le compte de son patient un document médical de synthèse, et prescrire les médicaments les moins coûteux. En contrepartie, le médecin référent percevait une rémunération forfaitaire annuelle par tête (capitation). D'abord fixée à 150 F par patient, cette rémunération s'élevait à 45,73 € en janvier 2001.

Ce système, à la différence de celui du médecin traitant, ne concernait que les seuls omnipraticiens et n'était pas ouvert aux spécialistes. Il était fondé sur des incitations positives, au bénéfice de l'assuré comme du médecin référent, coûteuses pour l'assurance maladie. Il a été mis en extinction à partir de 2004, lors de l'institution du médecin traitant, alors qu'1,2 million d'assurés et 6 100 médecins généralistes y avaient adhéré.

De manière à éviter de rompre avec le principe de la liberté de choix du médecin par le patient, la désignation d'un médecin traitant n'est pas obligatoire. Elle résulte d'une démarche volontaire de l'assuré qui doit solliciter l'accord formel du praticien qu'il a choisi de désigner à l'assurance maladie comme tel.

2 - Une responsabilisation des assurés

La prise en charge financière de l'assuré est modulée, en fonction de son comportement, vertueux ou non. La loi prévoit en effet que la participation¹³⁹ de ce dernier peut être majorée s'il ne s'inscrit pas dans le parcours de soins coordonnés, c'est-à-dire s'il n'a pas choisi de médecin traitant ou consulte directement un autre médecin sans prescription préalable de son médecin traitant.

¹³⁹ Le « ticket modérateur ».

Ce système repose ainsi sur un mécanisme de pénalisation de l'assuré. Il n'y a pas d'incitation positive, par exemple sous forme de tiers payant ou de majoration de taux de remboursement si le parcours de soins coordonnés est strictement respecté. Dans un tel cas, ce sont simplement les modalités de droit commun de prise en charge qui s'appliquent.

3 - Une relation formalisée entre assurés et médecins et entre médecins

La réforme du médecin traitant institue une relation juridique nouvelle entre médecin et assuré, tout en structurant la pratique du médecin de famille, réalité qui préexistait à la réforme puisque 90 % des personnes interrogées en 2002 déclaraient avoir un généraliste habituel¹⁴⁰.

Sa mise en place s'est voulue pragmatique. Contrairement au médecin référent, qui était nécessairement un généraliste, le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste. Par ailleurs, l'accès direct¹⁴¹ a été autorisé à la plupart des spécialistes pour lesquels, avant la réforme, l'accès se faisait principalement à l'initiative des patients¹⁴².

Médecin traitant et médecin correspondant

Les partenaires conventionnels - union nationale des caisses d'assurance maladie d'une part et syndicats représentatifs des médecins libéraux généralistes et spécialistes d'autre part - qui négocient les conventions définissant les relations entre l'assurance maladie et les médecins ont été très précis sur la définition des missions spécifiques du médecin traitant. En revanche, ils n'ont défini le parcours de soins coordonnés qu'à partir de la relation que le médecin traitant établit avec les médecins, le plus souvent spécialistes, vers lesquels il oriente le patient.

Conformément à la convention du 12 janvier 2005, reprise pour l'essentiel par la convention du 26 juillet 2011, le médecin traitant doit assurer le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.), contribuer à la promotion de la santé, orienter le patient dans le système de soins, et en particulier si nécessaire vers un médecin spécialiste « correspondant », auquel l'accès est ainsi soumis à la reconnaissance préalable d'un besoin par le médecin traitant.

¹⁴⁰ Enquête « santé, soins et protection sociale » réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES).

¹⁴¹ L'accès est dit « direct » aux médecins relevant de certaines spécialités (gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie) car il ne nécessite pas de prescription du médecin traitant.

¹⁴² À l'exception toutefois des dermatologues (les gynécologues réalisaient 31 % des accès directs aux spécialistes, les ophtalmologues 21 % et les dermatologues 12,6 %).

Ce dernier peut adresser le patient au médecin correspondant soit pour un avis ponctuel¹⁴³, soit pour des soins itératifs confiés à un même médecin dans le cadre d'un plan de soins¹⁴⁴ ou d'un protocole relatif à une affection de longue durée (ALD), soit enfin pour une séquence de soins¹⁴⁵ nécessitant l'intervention de plusieurs médecins.

Le médecin traitant doit informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient, contribuer à la protocolisation des soins de longue durée en concertation avec les autres intervenants, favoriser la coordination en effectuant la synthèse des informations transmises par les différents acteurs et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel, et apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

L'ensemble de ces relations entre assuré et médecin traitant et entre médecin traitant et médecins correspondants définit le parcours de soins coordonnés.

La possibilité de changer facilement de médecin traitant a été un élément facilitateur, comme en témoigne le fait que la part des bénéficiaires ayant changé de médecin traitant au moins une fois dans l'année est passée de 5,3 % en 2007 à 8,5 % en 2011.

La réforme a ainsi institué un *gatekeeper* à la française, librement inspiré du schéma britannique où le médecin généraliste est un passage obligé (d'où son nom, littéralement le garde-barrière). Contrairement à ce dernier, où toute personne est tenue de s'inscrire chez un généraliste, payé en fonction du nombre de ses patients, qui la soigne gratuitement et l'oriente si nécessaire vers un spécialiste ou un hôpital, le système français préserve les fondements de la médecine libérale que sont notamment le libre choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte.

¹⁴³ Le médecin correspondant consulté pour avis ponctuel adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage par ailleurs à ne pas donner au patient de soins continus (ne pas avoir reçu le patient dans les six mois précédents et ne pas prévoir de le recevoir dans les six mois suivants) et à laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions (le délai de six mois a été ramené à quatre par l'avenant n° 8 de la convention de 2011).

¹⁴⁴ Prédéfini, en termes de contenu et de périodicité, entre le médecin traitant et le médecin correspondant.

¹⁴⁵ Réalisée en concertation avec le médecin traitant.

B - Une adhésion non démentie des assurés

Dès le départ, les assurés se sont dans leur quasi-totalité inscrits dans ce nouveau mécanisme, ce qui n'était pas acquis, dans un domaine aussi sensible que l'organisation des soins où l'échec du carnet de santé proposé en 1996 est resté dans les mémoires.

Leur respect des principes du parcours de soins coordonnés s'est, de surcroît, révélé durable.

1 - La désignation d'un médecin traitant par 90 % des assurés

Dès mai 2006, le taux d'adhésion, appréhendé à travers le nombre d'assurés du régime général (hors sections locales mutualistes) ayant déclaré un médecin traitant, était de 80 %. Il a ensuite continué à croître régulièrement pour atteindre 89,7 % en décembre 2011. Dans leur quasi-totalité (95 %), les assurés sociaux ont désigné comme médecin traitant un généraliste.

Tableau n° 1 : taux d'assurés ayant désigné un médecin traitant

	Fin 2007	Fin 2008	Fin 2009	Fin 2010	Fin 2011
Nombre de médecins traitants	92 514	94 954	95 896	95 677	94 909
Nombre d'assurés ayant désigné un médecin traitant	31 133 743	32 917 703	34 340 367	35 090 268	35 710 457
Taux	81,5 %	85,5 %	88,3 %	89,0 %	89,7 %

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Ce taux pourrait sans doute être encore amélioré en remédiant à quelques complications administratives, pour la plupart liées aux imperfections des systèmes d'information de l'assurance maladie. Ainsi, il ne devrait pas être nécessaire de redésigner un médecin traitant en cas de changement de caisse d'assurance maladie (cette absence de transfert automatique d'un régime à l'autre oblige par exemple un lycéen à refaire sa déclaration quand il devient étudiant) et la désignation de médecins traitants conjoints¹⁴⁷ devrait être facilitée.

¹⁴⁷ En application de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, « les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné peuvent être en principe conjointement désignés médecins traitants ».

2 - 91 % d'actes effectués dans le cadre du parcours de soins coordonnés

La part des consultations médicales effectuées dans le respect du parcours de soins coordonnés est passée de 87,2 % en 2008 à 91 % en 2011.

Tableau n° 2 : consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins coordonnés

	2008 ¹⁴⁸	2009	2010	2011
Nombre de consultations dans le parcours et assimilées	182 049 874	186 176 955	186 459 831	188 180 616
Nombre de consultations hors parcours	26 703 835	22 250 373	19 446 103	18 729 804
% de consultations dans le parcours	87,2 %	89,3 %	90,6 %	91,0 %
Nombre de consultations exclues ¹⁴⁹	61 439 163	64 096 193	61 818 516	64 539 695

Source : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Le niveau très élevé de cet indicateur s'explique cependant par le grand nombre de cas considérés règlementairement comme « assimilés au parcours », tels que la mise en œuvre de protocoles de soins¹⁵⁰, les situations de remplacement du médecin traitant, les actes relevant de la permanence des soins, ainsi que l'accès dit « direct » aux médecins relevant de certaines spécialités (gynécologie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie).

Au surplus, pour un patient ayant désigné un médecin traitant, ne sont considérés comme « hors parcours » que les cas expressément identifiés comme tels par le médecin correspondant¹⁵¹. Or, il n'est pas rare que le formulaire ne soit pas exactement rempli à cet égard, ce qui a pour effet de majorer dans une proportion toutefois difficile à apprécier le taux de respect du parcours de soins.

Par ailleurs, ce taux exclut par définition les consultations réalisées au bénéfice des patients de moins de 16 ans ainsi que diverses prises en

¹⁴⁸ Des données complètes par année ne sont disponibles qu'à partir de 2008.

¹⁴⁹ Ces consultations concernent essentiellement les patients de moins de 16 ans et les urgences.

¹⁵⁰ Protocoles « affections de longue durée », plans de soins itératifs, séquences de soins réalisées en concertation avec le médecin traitant.

¹⁵¹ Quand il coche la case « hors parcours » prévue à cet effet sur la feuille de soins.

charge liées notamment à l'urgence ou à l'éloignement du patient de son domicile, qui représentent près du quart de l'ensemble des consultations annuelles¹⁵². Leur importance ramène à 69 %¹⁵³ la part des consultations effectivement réalisées dans le cadre d'un parcours de soins par rapport au total annuel des consultations toutes catégories confondues.

C - Des mécanismes tarifaires contraignants et complexes

L'observance du parcours de soins coordonnés traduit certes pour une part l'attachement des assurés sociaux à leur médecin de famille et leur adhésion à l'idée que ce dernier puisse être le pivot autour duquel construire en cas de besoin leur trajectoire au sein d'un système de soins ressenti comme particulièrement compliqué et mal articulé.

Elle est aussi très fortement contrainte. Les pénalités prévues par la loi pour inciter les assurés à le respecter sont d'autant plus dissuasives que, dans le cadre des contrats responsables auxquels sont réservées certaines aides fiscales et sociales¹⁵⁴, elles ne peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire.

1 - Un ticket modérateur majoré en cas de non-respect du parcours de soins

La majoration du ticket modérateur pour les assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant (hors les exceptions prévues) est devenue rapidement de plus en plus lourde : elle a quadruplé dans les trois ans qui ont suivi la mise en œuvre du dispositif, passant de 10 à 40 %.

¹⁵² Ces consultations, dites « exclues du parcours », représentent 24 % du total.

¹⁵³ 7 % pour les consultations hors parcours.

¹⁵⁴ Les contrats d'assurance maladie complémentaires qui n'imposent pas un questionnaire médical à leurs adhérents et qui, conformément à la loi de 2004 et à un décret du 29 septembre 2005, ne prennent notamment pas à leur charge les pénalisations pour non-respect du parcours de soins coordonnés sont dits contrats responsables. Ils bénéficient d'une réduction de la taxe sur les contrats d'assurance. Lorsqu'ils sont souscrits dans un cadre d'entreprise et obligatoires, la participation de l'employeur à leur financement bénéficie de diverses exonérations fiscales et sociales.

Tableau n° 3 : évolution du taux de la majoration du ticket modérateur

Encadrement (par décret) de la majoration	Taux fixé	Date d'effet
7,5 % - 12,5 %	10 %	1 ^{er} janvier 2006
12,5 % - 22,5 %	20 %	2 septembre 2007
37,5 % - 42,5 %	40 %	31 janvier 2009

Source : Cour des comptes

L'augmentation du ticket modérateur ne peut dépasser un certain montant par acte¹⁵⁵ mais, même plafonnée, cette pénalité s'est révélée dissuasive en laissant à la charge de l'assuré un surcroît de dépenses significatif. Ainsi le reste à charge¹⁵⁶ d'un assuré n'ayant pas désigné de médecin traitant est-il de 70 % du tarif de la consultation, soit 16,10 € (9,20 € s'il a une assurance complémentaire) quand il consulte un médecin généraliste de secteur 1, contre 30 %, soit 6,90 € (0 € s'il a une assurance complémentaire) pour celui qui consulte son médecin traitant¹⁵⁷.

Tous régimes confondus, cette majoration du ticket modérateur a représenté 206 M€ d'économies pour l'assurance maladie en 2011.

2 - Les dépassements autorisés pour les médecins de secteur 1 consultés en dehors du parcours de soins

La loi du 13 août 2004 avait prévu qu'il appartiendrait à la convention médicale de fixer « les modalités selon lesquelles les médecins [...] sont autorisés à pratiquer [...] des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent [hors parcours de soins coordonnés] ».

Les dispositions retenues par la convention de janvier 2005 ont inutilement compliqué le schéma initial. Ces dépassements incitatifs au respect du parcours, dits dépassements autorisés, avantagent paradoxalement le médecin que son patient vient consulter sans prescription du médecin traitant et promeuvent d'une certaine manière un contournement du parcours de soins coordonnés en dissuadant le médecin ainsi consulté d'en recommander le respect à l'assuré.

¹⁵⁵ 2,50 € à l'origine, 10 € aujourd'hui.

¹⁵⁶ En faisant abstraction des participations forfaitaires.

¹⁵⁷ Ici supposé généraliste de secteur 1 également.

Par ailleurs, distinctement de l'accès direct à certains spécialistes prévu par décret, la convention reconnaît un accès dit spécifique pour certaines consultations qui ne peuvent donner lieu à dépassement, même si elles interviennent sans prescription du médecin traitant¹⁵⁸. Le fait que le champ de l'accès direct (certains spécialistes) et celui de l'accès spécifique (seulement certaines consultations de ces spécialistes) ne se recouvrent pas introduit une complication supplémentaire.

Cette extrême complexité est accrue encore par les modalités retenues pour encadrer ces dépassements. La convention les limite en effet en pourcentage par acte (17,5 %) et plafonne en pourcentage leur part dans le chiffre d'affaires du médecin (la part des honoraires des actes sans dépassement doit être supérieure à 70 % du total des honoraires perçus).

Dans la pratique, ces dépassements sont toutefois restés marginaux et le mode de pénalisation de l'assuré par augmentation des honoraires d'un médecin consulté hors parcours a peu joué. Les dépassements autorisés sont très peu nombreux et ont diminué même fortement, passant de 2,1 millions de consultations en 2006 à 0,8 million en 2011. De fait les médecins concernés ne les facturent que rarement.

3 - Les majorations d'honoraires des médecins correspondants

Les médecins correspondants que l'assuré consulte dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés bénéficient pour leur part de divers types de majorations d'honoraires :

- pour un avis ponctuel de consultant, le tarif correspond au double du tarif de base de la consultation (C2¹⁵⁹, soit 46 €), que ce soit en secteur 1 ou 2 ;
- pour des soins séquencés ou itératifs, le tarif du médecin spécialiste est de 28 €, après application d'une majoration de coordination spécialiste (MCS) d'un montant de 3 €¹⁶⁰. Cette majoration de coordination ne peut être toutefois facturée que si

¹⁵⁸ Consultations d'ophtalmologie concernant la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et le suivi du glaucome ; consultations de gynécologie concernant les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse ; consultations de psychiatrie (à l'exclusion de la neurologie) concernant les patients de moins de 26 ans ; la plupart des consultations de stomatologie.

¹⁵⁹ C 2,5 pour un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue ; C3 pour un professeur d'université praticien hospitalier.

¹⁶⁰ 4 € en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie.

le médecin correspondant procède à un retour d'informations au médecin traitant et exerce en secteur 1.

Ces majorations pèsent sur l'assuré dont le reste à charge augmente proportionnellement¹⁶¹.

Le dispositif est d'autant moins compréhensible dans sa logique d'ensemble pour l'assuré social que la mise en œuvre a été contemporaine de la généralisation de la majoration provisoire clinique (MPC) à tous les spécialistes¹⁶² et de l'institution, puis de l'élargissement, des participations forfaitaires et franchises médicales qui ont contribué à brouiller encore davantage le système tarifaire.

Du fait que la majoration provisoire clinique n'est prise en charge par l'assurance maladie que pour les spécialistes de secteur 1, quand l'assuré consulte un spécialiste du secteur 2, même sur prescription de son médecin traitant, il est remboursé sur une base de 23 € au lieu de 28 €¹⁶³. Ce cas est fréquent puisque plus de 40 % des spécialistes sont établis en secteur 2.

Franchises médicales et participations forfaitaires

La loi du 13 août 2004 a introduit une participation forfaitaire de l'assuré, fixée à 1 euro, pour chaque consultation et chaque acte de biologie médicale. Par la suite, une franchise a été également instituée pour les médicaments (0,50 € par médicament), les actes des auxiliaires médicaux (0,50 € par acte) et les transports (2 € par trajet).

L'application du tiers payant par les pharmaciens et les laboratoires oblige l'assurance maladie à imputer ces participations forfaitaires et franchises, qui peuvent représenter, malgré divers plafonnements, jusqu'à 100 € par patient et par an, sur le remboursement des honoraires médicaux.

Comme elles ne sont pas prises en charge non plus par les assurances complémentaires, elles créent parfois une confusion avec les pénalités encourues pour non-respect du parcours de soins coordonnés, les relevés de comptes adressés aux assurés étant peu aisés à comprendre.

¹⁶¹ Voir davantage quand il consulte un correspondant du secteur 2.

¹⁶² Cette majoration de la consultation de spécialiste, d'une valeur de 2 €, a été créée pour certaines spécialités par arrêté du 22 septembre 2003, dans l'attente de l'élaboration d'une nouvelle classification des actes cliniques. Elle a été étendue à toutes les spécialités le 1^{er} mars 2005.

¹⁶³ Du fait de la non-opposabilité de certaines majorations (majoration de coordination spécialiste, majoration provisoire clinique) en secteur 2.

Ces mécanismes contraignants ont joué un rôle fortement dissuasif pour éviter qu'une observance trop lâche du dispositif n'entraîne tout à la fois la multiplication des consultations des médecins traitants due au passage obligé par ces derniers et une augmentation corrélative des avis ponctuels demandés à des médecins consultants.

La mise en place du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés s'est cependant traduite pour l'assuré par un parcours tarifaire d'une considérable complexité qui visait certes à le responsabiliser mais surtout à limiter la charge des remboursements pour l'assurance maladie et également à rendre le secteur 1 plus attractif.

De fait, les préoccupations des partenaires conventionnels, auxquels a été déléguée, dans un contexte de volonté de redressement financier de l'assurance maladie, la mise en œuvre opérationnelle du dispositif, ont largement pris le pas le contenu médical du parcours de soins.

II - Un facteur déterminant de la diversification de la rémunération des médecins

Alors que le parcours tarifaire de l'assuré, à la seule exception de la rapide progression de la majoration de ticket modérateur, est demeuré stable depuis son institution, les négociations successives des partenaires conventionnels ont nettement fait évoluer les modes de rémunération des médecins.

Les préoccupations des syndicats médicaux de voir revaloriser le tarif des actes se sont de fait conjuguées avec le souci de l'assurance maladie de mieux cibler son effort financier et d'en faire un levier pour renforcer progressivement la maîtrise médicalisée des dépenses.

A - La mise en œuvre de compléments de rémunération ciblés

Dans un contexte marqué par la persistance de déficits élevés de l'assurance maladie, les responsables de cette dernière se sont appuyés sur l'opportunité offerte par la mise en place du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés pour privilégier autant que possible des revalorisations ciblées, selon des modalités différentes entre généralistes et spécialistes.

1 - Pour les généralistes, un ciblage sur le suivi des patients en affection de longue durée

Le montant de la consultation du généraliste a augmenté de 20 € à 21 € au 1^{er} août 2006, puis à 22 € au 1^{er} juillet 2007 et enfin à 23 € (soit la valeur de la consultation de spécialiste) au 1^{er} janvier 2011.

Cette revalorisation a été complétée par le réajustement à la hausse du « forfait ALD », déjà mis en place antérieurement pour faciliter l'élaboration du protocole de soins d'un patient entrant dans le dispositif de prise en charge des affections de longue durée¹⁶⁴.

Avant la loi de 2004, l'expression « médecin traitant » existait en effet déjà mais était réservée au médecin qui, pour un patient en ALD, établissait le protocole définissant « les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée ». La rédaction du protocole donnait lieu au paiement d'un forfait de 50 € au médecin traitant pour chaque nouveau patient entrant en ALD.

Si le montant du forfait a été ramené de 50 à 40 €, il n'est plus établi sur la base du flux des nouveaux protocoles signés, mais désormais versé pour tout patient suivi en ALD, c'est-à-dire calculé sur le stock. Un tel mécanisme n'incite ni à limiter l'entrée en affection de longue durée, ni à faciliter la sortie des patients de ce dispositif. Il se révèle d'autant plus onéreux que le nombre total de patients concernés a progressé d'un tiers entre 2006 et 2011.

Le surcroît de rémunération correspondant, donc le surcoût net qui en résulte pour l'assurance maladie, a atteint ainsi 285 M€ en 2011. Il s'agit de la seule rémunération spécifiquement liée au rôle du médecin traitant (le plus souvent un généraliste) et à la mise en place du parcours de soins coordonnés, jusqu'à l'avenant résultant des négociations conventionnelles d'octobre 2012.

2 - Pour les spécialistes, des rémunérations complémentaires non négligeables

Pour les spécialistes, les partenaires conventionnels ont donné la préférence à des compléments de rémunération à prise en charge

¹⁶⁴ En application de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les affections de longue durée, qui figurent sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité de santé, ouvrent droit à la suppression du ticket modérateur, donc à la prise en charge à 100 % des soins correspondants.

modulable (en fonction du respect du parcours de soins par le patient¹⁶⁵, en fonction du secteur du praticien¹⁶⁶) par rapport à une hausse uniforme du tarif de la consultation. Celui-ci est effectivement resté stable sur toute la période.

Les médecins correspondants ont de fait bénéficié de rémunérations complémentaires significatives, directement liées à la mise en place du parcours de soins coordonnés.

En 2011, le supplément de rémunération net dont ils ont bénéficié au titre des avis ponctuels de consultants peut être estimé à 183 M€, tandis que celui des majorations de coordination s'élève à 118 M€.

Les rémunérations supplémentaires liées aux dépassements autorisés sont, pour leur part, très faibles : leur montant total s'est élevé à 8,8 M€ en 2011.

3 - Un effort financier paradoxalement plus favorable aux spécialistes

Les suppléments de rémunération médicale directement induits par le parcours de soins coordonnés s'élèvent ainsi au total à près de 600 M€ par an, dont 285 M€ au bénéfice des médecins traitants et 310 M€ au bénéfice des médecins correspondants (qui sont des spécialistes).

Les médecins traitants étant à 95 % des généralistes, on peut estimer qu'au total l'effort financier annuel de l'assurance maladie se répartit entre 324 M€ (soit 54,5 %) pour les spécialistes et 271 M€ (soit 45,5 % pour les généralistes).

¹⁶⁵ Dépassement autorisé pour un patient hors parcours, consultation majorée à C2 ou majoration de coordination spécialiste pour un patient dans le parcours.

¹⁶⁶ Le dépassement autorisé et la majoration de coordination spécialiste de 3€ (comme la majoration provisoire clinique de 2 €) ne sont facturables que par des médecins du secteur 1.

Tableau n° 4 : estimation des rémunérations médicales complémentaires directement liées au parcours de soins de 2005

En M€	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Forfaits ALD 40 € sur stock	261	286	307	322	341	348
Forfaits ALD 50 € sur flux à déduire	-51	-56	-57	-60	-65	-63
Différentiel affection de longue durée (ALD)	210	230	250	262	276	285
Montant total C2 et C2,5	329	389	440	470	499	574
C2 chirurgiens à déduire	-114	-128	-140	-145	-152	-172
valorisation des C2 au coût C+ majoration provisoire clinique à déduire (au prorata)	-132	-152	-170	-185	-197	-218
Différentiel C2 (avis de consultants)	83	109	130	140	150	183
Total majorations de coordination spécialistes (ou équivalent)	113	123	124	122	120	118
Montant total dépassement autorisé	20	15	12	9	9	9
TOTAL	426	477	516	533	555	595
Dont médecins traitants	210	230	250	262	276	285
Dont médecins correspondants	216	247	266	271	279	310

Source : Cour des comptes à partir de données fournies par la CNAMTS

Ce constat est d'autant plus paradoxal et singulier que la création du médecin traitant visait à revaloriser le rôle du médecin généraliste en lui donnant une fonction pivot.

4 - Une prise en charge très partielle par l'assurance maladie obligatoire

L'assurance maladie obligatoire prend en charge l'intégralité des forfaits ALD versés aux médecins traitants mais, pour les avis de consultants et les majorations de coordination spécialistes, laisse à la charge de l'assuré et/ou de l'assurance maladie complémentaire le ticket modérateur et les dépassements d'honoraires du secteur 2.

La majoration du ticket modérateur se traduit par un transfert de dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les ménages, qui supportent également la totalité des dépassements autorisés.

Tableau n° 5 : répartition du financement des suppléments de rémunération médicale entre assurance maladie obligatoire (AMO) et ménages/assurances maladie complémentaires (AMC)

Coûts directs parcours de soins coordonnés 2011 (en M€)	Gains médecins	AMO	Ménages et/ou AMC		
			Total	Ménages	AMC s'il y a lieu
Affection de longue durée	285	285	0		
Avis de consultant (estimation)	183	128	55		55
Majoration de coordination spécialiste (estimation)	118	83	35		35
Dépassement autorisé	9		9	9	
Majoration du ticket modérateur	0	-206	206	206	
TOTAL	595	290	305	215	90

Source : Cour des comptes

La part assumée par les ménages, directement ou indirectement¹⁶⁷, soit 305 M€, apparaît ainsi légèrement supérieure à celle qui incombe à l'assurance maladie obligatoire, soit 290 M€. La mise en œuvre conventionnelle du parcours de soins coordonnés a contribué¹⁶⁸ à la hausse non négligeable du reste à charge des assurés, qui est passé de 8,8 % à 9,6 % du coût des soins entre 2004 et 2011¹⁶⁹.

B - Un levier pour introduire de nouveaux modes de rémunération

Conséquence de la relation juridique instaurée entre médecin traitant et assuré du fait d'un accord de désignation réciproque et formalisé, tout médecin généraliste se voit rattacher une population désormais clairement identifiée de patients

Cette donnée nouvelle ouvre la possibilité de développer des actions ciblées en direction des médecins en fonction des caractéristiques particulières de leurs patients. L'assurance maladie a trouvé ainsi l'outil nécessaire à la mise en place progressive d'un système d'incitations positives à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et,

¹⁶⁷ Par l'intermédiaire de l'assurance maladie complémentaire.

¹⁶⁸ D'autres mesures, telles les franchises et participations forfaitaires, ont joué un rôle déterminant dans cette dynamique.

¹⁶⁹ Voir direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Etudes et résultats* n° 809. Septembre 2012.

parallèlement, a pris appui sur le dispositif pour élargir la part forfaitaire des rémunérations.

1 - La construction progressive d'une rémunération sur objectifs

a) La déclinaison individuelle des objectifs collectifs

La convention de 2005 a retenu cinq thèmes prioritaires parmi ceux fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004 pour la période 2004-2008 et déterminé, pour certains d'entre eux, des objectifs de progression collectifs¹⁷⁰.

En 2007, l'avenant 23 à la convention de 2005, prenant appui sur le fait que le rattachement d'une patientèle à chaque médecin traitant permet d'apprécier plus finement l'impact de ses actions de prévention, a instauré une déclinaison individuelle de ces objectifs collectifs, sans toutefois que l'atteinte des objectifs individuels entraîne un bénéfice pour le médecin concerné. Pour faciliter la tâche du médecin, l'assurance maladie a élaboré des indicateurs précis, permettant un suivi régulier et rapproché de l'évolution des objectifs nationaux, départementaux et par médecin pour chacun des thèmes. Les profils qui en résultent servent de base aux entretiens confraternels conduits avec les médecins conseil de l'assurance maladie ou aux visites des délégués de l'assurance maladie.

b) Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)

À la mi-2009, l'assurance maladie a proposé à ceux des médecins traitants qui le souhaitaient de conclure un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) d'une durée de trois ans qui introduit, dans une logique d'intéressement financier, une rémunération¹⁷¹ conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique, à l'instar de la rémunération à la performance instaurée en Grande-Bretagne en 2004.

Pour en bénéficier, le médecin doit atteindre au moins 25 % des objectifs sur chacun des deux champs du contrat : dépistage et suivi des pathologies chroniques d'une part (indicateurs pondérés à 60 %), optimisation des prescriptions d'autre part (indicateurs pondérés à 40 %).

¹⁷⁰ Dépistage du cancer du sein, diminution des prescriptions sensibles telles que les vasodilatateurs pour prévenir les risques d'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Par la suite, de nouveaux programmes ont été lancés : prévention des risques de la grossesse et amélioration du contrôle de l'asthme en 2008, prévention des risques cardio-vasculaires en 2009.

¹⁷¹ Qui s'ajoute à la rémunération à l'acte acquittée par le patient.

Deux ans après son introduction, près de 16 000 médecins traitants libéraux avaient signé un CAPI, soit plus d'un médecin éligible¹⁷² sur trois. Plus de 70 % des médecins signataires ont perçu une prime au terme de la première année du contrat. En moyenne de 3 000 €, elle a varié de 1 500 € pour le décile le moins rémunéré à près de 4 900 € pour le décile le plus rémunéré, avec un montant maximum de plus de 17 000 €¹⁷³.

Cette nouvelle forme de rémunération pour les médecins libéraux est demeurée néanmoins très minoritaire. Elle a représenté en moyenne pour ses bénéficiaires à peine plus de 1 % de leurs revenus totaux, soit une part plus faible que celle des forfaits (forfaits ALD et permanence des soins) qui correspondent pour leur part à 7 % du total, la rémunération à l'acte en constituant 92 %.

c) La généralisation d'une rémunération à la performance par la convention du 26 juillet 2011

Sans attendre le terme du CAPI, et sans évaluation méthodologiquement rigoureuse et complète de ses résultats¹⁷⁴, la convention du 26 juillet 2011 a généralisé à compter du 1^{er} janvier 2012 une rémunération à la performance pour tous les médecins libéraux (sauf ceux qui ont fait connaître leur refus avant le 26 décembre 2011¹⁷⁵). Son champ d'application dépasse celui du CAPI puisqu'il concerne l'ensemble des médecins, généralistes et spécialistes, indépendamment de leur qualité de médecins traitants ou non, et qu'au-delà d'objectifs de santé publique il s'étend à la gestion du cabinet médical.

¹⁷² Pour que le médecin soit éligible au contrat, son activité devait atteindre, pour chaque indicateur, un seuil minimal (par exemple : nombre minimal de patients ou quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées) permettant de le calculer.

¹⁷³ Cf. rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2011.

¹⁷⁴ L'observation par la CNAMTS des résultats obtenus par le CAPI (en comparant un panel de signataires et de non-signataires du contrat), qui n'a d'ailleurs montré une amélioration significative que pour cinq des quinze indicateurs retenus, ne peut être qualifiée d'évaluation.

¹⁷⁵ Seulement 3,5 % des médecins ont manifesté leur refus, dont 2,8 % des médecins généralistes et 4,4 % des médecins spécialistes.

Un mécanisme complexe

Le dispositif est basé sur un système de points (1 300 au total) attribués à 29 indicateurs répartis par thème (400 points pour l'organisation du cabinet, 500 points pour la prévention et le suivi des pathologies chroniques et 400 points pour l'efficacité). La valeur du point, fixée à 7 € pour 800 patients, est proportionnelle à la patientèle (elle sera ainsi de 10,50 € pour 1 200 patients).

Pour chaque indicateur, le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 % de l'objectif. Mais la rémunération tient compte à la fois de l'atteinte des objectifs et des progrès accomplis. Pour chaque indicateur sont ainsi définis un taux de départ, un objectif intermédiaire et un objectif cible, communs à l'ensemble des médecins. Les médecins qui, avec 800 patients, réaliseront 50 % de leurs objectifs (taux moyen constaté pour les signataires du CAPI) verront leur rémunération annuelle majorée de 4 500 € environ. Le coût annuel est estimé par la CNAMTS à 250 M€¹⁷⁶.

Le volet « rémunération sur objectifs de santé publique » s'adresse principalement aux médecins traitants mais la convention prévoit d'étendre ce dernier aux spécialistes, même quand ils n'assurent pas les fonctions de médecin traitant¹⁷⁷.

La plus grande partie du thème « organisation du cabinet » qu'il inclut s'adresse à tous les médecins. Un embryon de rémunération spécifique de la mission de coordination du médecin traitant y a cependant été rattaché : il est en effet prévu 150 points pour le médecin traitant qui aura établi le volet annuel de synthèse de 100 % des patients l'ayant désigné. Sur une base de 800 patients, ce nombre de points correspond à une rémunération de 1 050 €, soit 1,3125 € par patient. La CNAMTS a estimé son coût annuel à 45 M€.

2 - L'extension du forfait « médecin traitant »

L'avenant conventionnel n° 8 du 25 octobre 2012 a généralisé un « forfait médecin traitant », d'un montant annuel de 5 € par assuré, étendant ainsi à l'ensemble de la patientèle du médecin traitant le dispositif jusque-là prévu pour ses seuls patients en ALD (à hauteur de 40 € par an). Le coût de cette nouvelle mesure, qui bénéficiera essentiellement aux généralistes, peut être évalué à 135 M€.

¹⁷⁶ 83 M€ pour les indicateurs d'amélioration des pratiques cliniques, 122 M€ pour la modernisation des cabinets et 45 M€ pour la synthèse du dossier médical.

¹⁷⁷ L'avenant n° 7 signé le 14 mars 2012 prévoit ainsi une rémunération sur objectifs pour les spécialistes en cardiologie et en médecine vasculaire.

Tableau n° 6 : coût annuel estimé du nouveau forfait (base 2011)

Nombre de bénéficiaires ayant désigné un médecin traitant (1)	35 710 457
Nombre de forfaits ALD (2)	8 692 685
Nombre de nouveaux forfaits (1) - (2)	27 017 772
Coût estimé du nouveau forfait de 5 € par patient non ALD	135 M€

Source : Cour des comptes, à partir de l'avenant et de données CNAMTS (régime général hors sections locales mutualistes)

Progressivement se construit ainsi un dispositif de rémunération spécifique du médecin traitant, représentant désormais un montant total, tous éléments compris (forfait ALD, forfait hors ALD, rémunération du volet annuel de synthèse), de l'ordre de 528 M€ par an.

La délégation de la mise en œuvre du dispositif aux partenaires conventionnels a eu pour conséquence de largement faire prévaloir les préoccupations tarifaires des médecins, dans un jeu d'autant plus complexe que généralistes et spécialistes portaient des revendications différentes. Dans ce contexte, la stratégie de l'assurance maladie a consisté à prendre appui sur le système du médecin traitant pour limiter les revalorisations générales au bénéfice de hausses ciblées et faire évoluer la rémunération des médecins vers plus de diversité, tout en maintenant le libre choix du médecin par le patient et le paiement à l'acte, fondements de la médecine libérale.

La convention du 26 juillet 2011 a organisé un mode de rémunération mixte, en complétant la rémunération à l'acte qui demeure principale, d'une rémunération à la performance modulée en fonction de l'atteinte d'objectifs quantifiés et de forfaits destinés à reconnaître certaines missions particulières.

Ces évolutions, certes structurantes, entraînent des surcoûts certains qui se superposent. En regard, les économies attendues de l'optimisation des soins médicaux, n'ont jamais donné lieu à évaluation, ni ex ante ni ex post, de la part de l'assurance maladie. Il est vrai que, de manière générale, le contenu proprement médical du parcours de soins coordonnés a fait l'objet d'une faible attention.

III - Une réforme toujours inaboutie

Huit ans après la création du médecin traitant et l'institution du parcours de soins coordonnés, le vieillissement de la population, le développement des pathologies chroniques, l'évolution de la démographie médicale rendent encore plus aiguë la nécessité de généraliser une « médecine de parcours ».

Les expérimentations visant à une prise en charge des patients chaînée et coordonnée entre les divers acteurs du système de soins se sont multipliées, en ne faisant pourtant que peu appel au médecin traitant.

A - La place incertaine du médecin traitant

1 - Une articulation insuffisante entre les différents acteurs

Malgré le rôle pivot que visait à donner au médecin traitant la mise en place du parcours de soins coordonnés, celui-ci souffre du manque de relations formalisées entre les médecins.

Le préambule de la convention de 2005 indiquait que le médecin traitant, pour remplir sa mission, « s'appuie sur un réseau de professionnels de santé qu'il sait pouvoir consulter sur les différents aspects de la prise en charge diagnostique ou thérapeutique de son patient ». Ce constat mettait d'emblée en exergue le fait que la coordination est le plus souvent le fruit de réseaux relationnels personnels que d'une démarche construite, entérinant ainsi paradoxalement une lacune du système de soins à laquelle la loi de 2004 avait précisément entendu remédier.

L'adressage et le retour d'information, principales modalités de la relation entre les médecins traitant et correspondants, n'ont été de fait ni rigoureusement organisés (délais, contrôle, sanction éventuelle) ni méthodiquement outillés (formulaire ou modèle, messagerie sécurisée, annuaire professionnel détaillé).

Plus généralement, la coordination du médecin traitant avec les autres professionnels de santé libéraux ou les établissements de soins n'a pas été précisément établie. La loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a certes défini une offre de soins de premier recours¹⁷⁸, à laquelle concourent « les professionnels de santé, dont les médecins traitants, [...] en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux », mais elle met les différents contributeurs à cette offre de soins de premier recours sur un même plan. En introduisant une nouvelle notion, celle de « médecin généraliste de premier recours », qui ne se superpose pas exactement à celle de médecin traitant, elle contribue davantage à brouiller son rôle qu'à l'affermir.

Ces insuffisances, jointes aux retards de mise en place du dossier médical personnel, ont contribué à vider de tout contenu médical les notions de médecin traitant et de parcours de soins coordonnés, petit à petit réduites aux étapes obligées d'un dispositif essentiellement tarifaire.

2 - L'important retard du dossier médical personnel

La mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) devait, aux termes de la loi de 2004, accompagner la création du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés et faciliter une organisation chaînée des soins, au-delà même de la médecine de ville. La loi prévoyait en effet que le DMP contienne toutes les données de santé recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins et faisait obligation à chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, d'y reporter, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge¹⁷⁹.

Les retards de déploiement du DMP¹⁸⁰ (seuls 260 000 dossiers étaient ouverts fin 2012) ont été particulièrement préjudiciables au médecin traitant et à l'organisation du parcours de soins coordonnés. Faute de DMP, les médecins traitants ont dû, pour la plupart, se doter de

¹⁷⁸ Article L. 1411-11 du code de santé publique. Les soins de premier recours comprennent prévention, dépistage, diagnostic, traitement et suivi des patients ; dispensation et administration des médicaments, ainsi que conseil pharmaceutique ; orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; éducation pour la santé.

¹⁷⁹ Les professionnels de santé habilités des établissements de santé devaient également y reporter les principaux éléments résumés relatifs aux séjours du patient.

¹⁸⁰ Cour des comptes, tome II du présent rapport annuel 2013, *Les téléservices publics de santé : un pilotage toujours insuffisant*.

logiciels permettant la création et la gestion des dossiers dématérialisés de leurs patients.

Au demeurant, la relance récente du DMP s'effectue principalement auprès des établissements de santé car le réseau de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés¹⁸¹ n'est pas véritablement mobilisé sur ce sujet comme il l'a été sur la télétransmission des feuilles de soins ou sur l'établissement des profils servant de base à la rémunération individualisée des médecins.

Devant ce constat, les signataires de la convention de 2011 ont affirmé « leur volonté de mettre en place les outils nécessaires à l'amélioration des pratiques médicales et de leur efficacité, notamment l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à favoriser la tenue du dossier médical, les échanges dématérialisés entre professionnels et l'élaboration du volet de synthèse par le médecin traitant ».

Ce volet, susceptible d'être produit directement par l'extraction de données médicalement significatives du dossier « patient » du médecin traitant, se pose aujourd'hui en alternative au DMP, considéré par les professionnels comme peu utilisable en raison, d'une part, de l'accumulation d'informations ni synthétisées ni hiérarchisées qui le caractérise et, d'autre part, de la possibilité ouverte au patient de s'opposer à l'incorporation de certaines données (droit au « masquage »).

À ce stade, aucun examen de la compatibilité et de la convergence de ces deux démarches conduites en parallèle, l'une par l'État, l'autre par les partenaires conventionnels, n'a été effectué.

B - Une médecine de parcours toujours expérimentale

La création des agences régionales de santé¹⁸² par la loi « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 avait notamment pour objectif de contribuer à assurer une plus grande cohérence des parcours des patients et une meilleure coordination sur le terrain entre les professionnels libéraux et les établissements de santé et médico-sociaux.

C'est dans ce contexte que, devant l'incapacité du parcours de soins coordonnés à installer effectivement et à généraliser une approche décloisonnée et transversale de la trajectoire des patients dans le système

¹⁸¹ Les délégués de l'assurance maladie mais aussi les médecins conseils.

¹⁸² Rassemblant au niveau régional les ressources de l'État et de l'assurance maladie, l'agence régionale de santé est un établissement public, dont le champ d'intervention comprend la santé publique (prévention, promotion de la santé, ainsi que veille et sécurité sanitaire) et l'organisation de l'offre de soins (professionnels de santé, établissements de santé, structures d'accueil médico-social).

de santé, les pouvoirs publics comme l'assurance maladie ont multiplié les initiatives.

À côté des expérimentations de nouveaux modes de rémunération inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, se sont développés en particulier les protocoles de coopération interprofessionnelle de l'article 51 de la loi « hôpital, patients, santé et territoires »¹⁸³, les contrats ayant pour objet l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de l'article 118 de la même loi, ou les parcours pour personnes âgées en risque de perte d'autonomie de la loi de financement pour 2012, repris dans celle pour 2013 au titre des parcours de soins découplés pour personnes âgées.

Toutes ces expérimentations sont limitées à un territoire, une pathologie¹⁸⁴ ou une population, et mises en œuvre à petite échelle sans s'inscrire dans une logique de préfiguration, alors même que la loi de 2004 avait entendu rompre avec ces approches fragmentées et souvent sans lendemain au bénéfice d'une réforme générale et structurelle. Elles ne s'appuient qu'exceptionnellement sur le médecin traitant qui aurait pourtant dû en être le pivot. Même les programmes de la CNAMTS (programmes Prado¹⁸⁵ et Sophia¹⁸⁶) font principalement appel à d'autres professionnels de santé que les médecins.

Certes, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹⁸⁷, distingue les cas pour lesquels la coordination se confond avec la fonction de « synthèse médicale », assurée par le médecin traitant, des cas pour lesquels la fonction de « coordination soignante et sociale » peut être exercée par une infirmière, un autre professionnel de santé, voire une

¹⁸³ C'est ainsi par exemple que le dispositif Asalée de coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2, expérimenté dans les Deux-Sèvres, devrait être validé par la Haute Autorité de santé puis étendu.

¹⁸⁴ Ainsi pour les malades d'Alzheimer : cf. dans ce même rapport « La lutte contre la maladie d'Alzheimer : une politique de santé publique à consolider ».

¹⁸⁵ Dans le programme d'aide au retour à domicile des personnes hospitalisées (PRADO), des conseillers de l'assurance maladie anticipent la sortie du patient hospitalisé et le mettent en relation avec les professionnels de santé libéraux qui le prendront en charge à son domicile. Il s'est agi d'abord des sages-femmes pour des jeunes mamans, puis le dispositif a été étendu à des kinésithérapeutes et/ou infirmiers pour des personnes ayant subi une intervention orthopédique.

¹⁸⁶ Le programme SOPHIA d'accompagnement personnalisé de patients atteints de maladies chroniques comporte l'envoi de documents d'information, la mise à disposition d'un site Internet dédié et surtout des entretiens téléphoniques avec des infirmiers-conseillers en santé. D'abord destiné aux diabétiques, il va être étendu à l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies vasculaires et respiratoires.

¹⁸⁷ « Avenir de l'assurance maladie : les options du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie », avis du 22 mars 2012.

assistante sociale, mais toujours « sous la supervision du médecin traitant ».

Le respect par les patients du dispositif voulu par le législateur en 2004 donne en effet au seul médecin traitant la pleine légitimité pour être le tiers de confiance à même de les orienter, les conseiller, les accompagner dans le système de soins.

Encore faut-il que cette fonction pivot essentielle soit reconnue par les différentes parties prenantes, dont chacune tend à vouloir que la coordination s'exerce à partir de sa propre sphère de responsabilité. Tout l'enjeu est pourtant de réussir à surmonter des oppositions culturelles, des segmentations de financement, des défauts d'interopérabilité des bases de données et des rivalités de positionnements institutionnels qui prennent souvent le pas sur l'intérêt du patient.

Il appartient ainsi aux pouvoirs publics de redonner un cadre global de cohérence à la coordination des soins et de piloter fermement et de manière unifiée l'ensemble des acteurs qui doivent y concourir, en particulier l'assurance maladie.

L'avenant n° 8 à la convention du 26 juillet 2011, signé le 25 octobre 2012 sous l'impulsion déterminante du gouvernement, traduit à cet égard une première évolution qui doit en appeler d'autres. Il prévoit en effet la création, à partir du 1^{er} juillet 2013, de deux consultations de suivi de sortie d'hospitalisation¹⁸⁸, valorisées à hauteur de 2C¹⁸⁹, réalisées par le médecin traitant. Cette reconnaissance du rôle à jouer par le médecin traitant dans l'articulation des deux segments de la chaîne de soins que sont la ville et l'hôpital est un premier signe pour sa réaffirmation comme l'acteur clef de la prise en charge coordonnée des patients.

¹⁸⁸ La première pour les patients ayant subi une intervention chirurgicale avec altération de l'autonomie ou chez lesquels a été diagnostiquée une pathologie chronique grave, la seconde pour les patients insuffisants cardiaques au retour d'un épisode de décompensation de leur affection.

¹⁸⁹ Par l'application d'une majoration pour les médecins traitants en secteur à honoraires opposables (ou adhérent au nouveau contrat d'accès aux soins).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La volonté du législateur de 2004 de réorganiser le système de soins autour du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés est loin d'être réalisée en 2012.

L'adhésion des assurés au dispositif ne se dément pas. En pratique, il se traduit pourtant pour eux par un mécanisme de sanctions financières, fortement accrues au fil des années, en cas de non-respect d'un parcours contraignant et difficilement intelligible.

Sa déclinaison opérationnelle par les partenaires conventionnels a abouti à ce que se conjuguent les préoccupations financières des caisses et des syndicats de médecins. Il en est résulté un début de réorganisation du mode de rémunération des médecins de ville, dont les conséquences structurelles peuvent certes être à terme importantes pour l'efficacité du système de soins, mais qui pour l'heure est à l'origine de surcoûts non négligeables. Cette mise en œuvre a aussi produit de curieux paradoxes. Ainsi les médecins spécialistes en ont-ils davantage bénéficié financièrement que les généralistes, alors que ces derniers étaient censés être la clé de voûte de la nouvelle organisation.

Les problématiques tarifaires ont au demeurant prévalu sur la question pourtant centrale du contenu médical effectif du parcours de soins, dans un contexte où les considérables retards de conception et de mise en place du dossier médical personnel ont privé le médecin traitant de l'outil qui lui est indispensable. Au-delà du risque de redondance et de mauvaise articulation du DMP et du volet annuel de synthèse qui en résulte, la prolifération des expérimentations de coordination des soins, sans qu'aucune ne s'appuie sur le médecin traitant qui avait pourtant vocation à en être le pivot naturel, en affaiblit le sens et la portée.

Dans ce paysage brouillé, il appartient aux pouvoirs publics de redonner rapidement un cadre de cohérence globale aux différents acteurs pour mettre le patient au cœur du dispositif et le médecin traitant en mesure de réellement coordonner son parcours tout au long de la chaîne de soins. A défaut de mise en perspective d'ensemble et de capacité à rendre rapidement visibles des progrès concrets dans l'organisation des prises en charge, l'adhésion des assurés sociaux finira inéluctablement par se déliter.

La Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. réaffirmer clairement le médecin traitant comme le coordonnateur des soins de ses patients vis-à-vis de l'ensemble des autres acteurs du système de santé ;*
 - 2. mettre sans délai à sa disposition les outils indispensables à sa mission et à sa relation avec les autres intervenants du système de soins, notamment :
 - une messagerie sécurisée ;*
 - un dossier médical personnel pour chaque patient, intégrant pleinement ses préoccupations opérationnelles et reprenant le volet annuel de synthèse prévu par la convention du 26 juillet 2011 ;**
 - 3. mettre en place un dispositif d'évaluation rigoureux des suppléments de rémunération accordés aux médecins et subordonner toute nouvelle évolution au constat documenté de gains d'efficacité du système de soins et d'économies pour l'assurance maladie ;*
 - 4. faciliter le parcours administrativo-tarifaire de l'assuré, notamment :
 - en supprimant l'obligation de déclarer une nouvelle fois son médecin traitant en cas de changement de régime ;*
 - en étudiant la suppression du mécanisme des « dépassements autorisés » facturables par un spécialiste à honoraires conventionnels (secteur 1) à un patient hors parcours de soins coordonnés ;*
 - en faisant en sorte que puisse être proposé à tout patient un de soins coordonnés en tarifs opposables.**
-

Sommaire des réponses

Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	216
Directeur général de la CNAMTS	217

Destinataire n'ayant pas répondu

Ministre des affaires sociales et de la santé

**RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE
DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET**

Je partage le scepticisme exprimé par la Cour sur le bilan du parcours de soin institué autour du médecin traitant dont elle souligne à juste titre que les « économies attendues de l'optimisation des soins médicaux n'ont jamais donné lieu à évaluation ni ex ante ni ex post ».

Je note, toutefois, avec la Cour, que le dispositif médecin traitant, en permettant de rattacher une population identifiée à un médecin, a permis la mise en place d'une rémunération à la performance dont on peut attendre qu'elle contribue aux progrès de la qualité de soins.

Par ailleurs, il ne faut pas négliger l'importance symbolique de cette réforme qui au prix d'un dispositif certainement trop complexe a permis de réaffirmer le rôle de pivot du médecin généraliste dans l'organisation de notre système de soins. Quelles que soient les limites du dispositif, il consacre la fonction de coordination des soins qui revient au généraliste, fonction à partir de laquelle doivent s'organiser les réformes de notre système de santé.

Aussi je partage l'inquiétude exprimée par la Cour devant la « prolifération des expérimentations de coordination des soins » qui ne s'organise pas à partir du médecin traitant qui a pourtant vocation à en être le pivot naturel. Je partage donc les propositions de la Cour visant à réaffirmer clairement le rôle du médecin traitant comme coordonnateur des soins vis-à-vis de l'ensemble des autres acteurs du système de santé et à mettre à sa disposition les outils indispensables à l'exercice de cette mission.

**RÉPONSE DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA CAISSE NATIONALE
D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS
(CNAMTS)**

Je vous remercie d'avoir pris en compte les informations que je vous ai fournies, lors de mon audition notamment.

Tout en soulignant les imperfections de cette réforme, vous avez indiqué qu'elle comportait des avancées importantes, que le dispositif du médecin traitant avait rencontré une adhésion massive de la population et ouvert la possibilité d'introduire des innovations dans la rémunération des praticiens. C'est sur l'amélioration du service rendu aux assurés que l'accent a été mis dans ces nouveaux modes de rémunération, avec le CAPI, puis la rémunération sur objectifs de santé publique, qui récompensent la qualité des soins, la prévention, le bon suivi des pathologies chroniques : en ce sens, l'objectif est bien d'engranger des bénéfices en termes de santé publique pour la population, au-delà du seul aspect tarifaire du mécanisme du parcours de soins que vous soulignez.

Ces bénéfices me paraissent d'ailleurs démontrés quand on analyse les résultats de l'expérimentation du CAPI. De ce point de vue, il ne me semble pas exact de dire que la généralisation de la rémunération sur objectifs s'est faite sans évaluation de l'expérimentation CAPI, car la CNAMTS a suivi très précisément l'impact de ce dispositif, dont les résultats principaux sont les suivants :

- Alors qu'il n'y avait pas de différence notable entre signataires et non signataires au départ (en termes de caractéristiques et de niveaux de performance sur les indicateurs), après un an de mise en œuvre de l'expérimentation, en juin 2010, les résultats montraient déjà pour la première vague de signataires une progression des indicateurs meilleure que celle des non signataires, avec des différences statistiquement significatives sur tous les indicateurs.*
- Au bout de deux ans, en juin 2011, ces écarts entre signataires et non signataires s'étaient encore accrus, pour la première vague comme pour les trois premières vagues de signataires, pour les indicateurs sur lesquels on observait déjà les différences les plus importantes.*
- Des résultats étaient donc déjà disponibles et ont été analysés, lors de la généralisation de ce dispositif dans la convention de 2011.*

Les derniers résultats analysés en mars 2012, au bout de 2 ans et trois mois, ont mis encore en évidence un creusement de l'écart, particulièrement marqué sur les indicateurs du suivi des diabétiques (résultat souvent observé également dans les expériences étrangères) et sur le taux de prescription dans le répertoire pour les statines et le ratio IEC/(IEC + Sartans).

Vous trouverez dans la fiche annexée au présent courrier les données chiffrées correspondantes.

Enfin deux passages du rapport appellent de ma part une remarque :

- 1. la Cour titre « un effort financier paradoxalement plus favorable aux spécialistes ». Or l'effort financier est du même ordre de grandeur en valeur absolue jusqu'en 2011, il est supérieur en valeur absolue pour les généralistes si l'on inclut la rémunération à la performance à partir de 2012, et en tout état de cause, il est supérieur en taux d'évolution, les honoraires des spécialistes étant très supérieurs à ceux des généralistes ;*
 - 2. la formulation pourrait faire penser que la hausse de la participation financière des ménages constatée dans les comptes de la santé entre 2004 et 2011, de 8,8 % à 9,6 % des dépenses totales, est imputable à la mise en œuvre du parcours de soins coordonnés. Or, cette évolution du reste à charge, qui concerne l'ensemble des soins et des biens médicaux, a été touchée par des mesures qui n'ont rien à voir avec le parcours de soins, telles que l'instauration des franchises en 2008, les hausses du forfait hospitalier, la sortie de la liste des médicaments remboursés des produits à service médical rendu insuffisant... L'impact de ces mesures de rééquilibrage a été très largement supérieur à celui du parcours de soins en termes d'augmentation des restes à charge.*
-