

## Sécurité sociale

### Le parcours de soins

#### ○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

Instauré par la réforme de l'Assurance maladie de 2004 et mis en place à partir du 1er juillet 2005 dans un objectif de rationalisation des dépenses, le parcours de soins coordonnés est le circuit que les patients doivent suivre pour bénéficier d'un suivi médical dont l'acteur pivot serait le médecin traitant.

Appliqué à tous les bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 16 ans, y compris les assurés pris en charge à 100%, il conditionne le niveau de remboursement des soins.

Les usagers ne respectant pas le parcours de soins s'exposent ainsi à des majorations financières qui ne sont remboursées ni par l'Assurance maladie obligatoire ni par les organismes complémentaires dans la très grande majorité des cas.

#### ○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

- Le médecin traitant, librement choisi par l'assuré

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'Assurance maladie.

Les assurés exercent leur liberté de choix et peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste ;
- un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer et être modifié à tout moment.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27

[www.leciss.org](http://www.leciss.org)

## • Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant coordonne les soins de l'ensemble des patients qui l'ont choisi en tant que tel en les mettant, si besoin, en relation avec d'autres professionnels de santé (médecins spécialistes, médecins hospitaliers, professionnel paramédical etc.).

De plus, le médecin traitant d'un patient souffrant d'une affection de longue durée doit établir un protocole de soins (formulaire de prise en charge qui ouvre droit à la prise en charge à 100 % dans les limites des tarifs de la Sécurité sociale), en concertation avec lui et avec le ou les autres médecins correspondants qui interviennent dans le suivi de sa maladie.

Au titre du suivi des patients en ALD, le médecin traitant perçoit un forfait annuel de 40 euros par patient.

Pour plus d'informations sur les affections de longue durée, voir les fiches *CISS Pratique n° 9 et n° 57*.

Par ailleurs, depuis l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale, les missions du médecin traitant ont été élargies. En complément de son rôle de coordonnateur des soins, il est chargé des missions suivantes :

- la réalisation, rémunérée, de la synthèse annuelle du dossier médical de ses patients,
- le suivi des indicateurs de santé publique sur sa patientèle l'ayant choisi comme médecin traitant,
- la participation au développement du programme *Sophia* d'accompagnement des patients chroniques.

## ○ COMMENT CA MARCHE ?

- Les majorations applicables aux usagers « hors parcours de soins »

### - La majoration du ticket modérateur

Dans le cadre du parcours de soins, la prise en charge par l'Assurance maladie est de 70 % du tarif conventionnel (moins un euro de participation forfaitaire) sauf pour les as-

surés bénéficiant du « 100% » (en affection de longue durée, femme enceinte de plus de six mois, ou bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire par exemple).

L'usager est hors du parcours de soins coordonnés s'il n'a pas déclaré son médecin traitant ou s'il consulte directement un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci. Dans ces situations, les soins ne sont remboursés qu'à hauteur de 30%, moins un euro de participation forfaitaire.

### - Le dépassement autorisé (DA)

Le médecin spécialiste conventionné en secteur à honoraires opposables peut pratiquer un dépassement autorisé plafonné (DA) dans le cas où un usager le consulte sans avoir été orienté par son médecin traitant.

Il informe le malade du montant du dépassement autorisé non remboursé par l'Assurance maladie et lui en explique le motif.

Ce dépassement ne peut se cumuler avec un dépassement pour exigence particulière du patient (DE).

- Situations dans lesquelles les majorations ne s'appliquent pas

Sous réserve d'avoir procédé préalablement à la déclaration de son médecin traitant, l'assuré peut directement consulter les médecins suivants sans pénalité :

- \* un **gynécologue**, pour les soins suivants : les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'I.V.G. médicamenteuse ;
- \* un **ophtalmologue**, pour les soins suivants : la prescription et le renouvellement de lunettes, les actes de dépistage et de suivi du glaucome ;
- \* un **psychiatre** ou un **neuropsychiatre**, pour les assurés âgés de 16 à 25 ans ;
- \* un **stomatologue**, sauf pour des actes chirurgicaux lourds ;

- \* le **remplaçant** de son médecin traitant déclaré ;
- \* **en cas d'éloignement de sa résidence habituelle.** Dans ce cas, le praticien conventionné peut, en contrepartie du retour qu'il doit adresser au médecin traitant, appliquer à ses honoraires une majoration de coordination, variable selon les spécialités et éventuellement l'âge du patient. Cette majoration est prise en compte dans la base du remboursement effectué par la Sécurité sociale (70% du tarif conventionnel) ;
- \* **en cas d'urgence**, définie par la convention médicale comme « *une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient, ou l'intégrité de son organisme, et entraînant la mobilisation rapide du médecin* » ;
- \* dans le cadre d'une consultation hospitalière de **tabacologie**, d'**alcoologie** ou de lutte **contre la toxicomanie** ;
- \* lorsque le patient consulte un « **médecin correspondant** », à la demande du médecin traitant. Intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés.  
Il rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.  
Le médecin correspondant peut intervenir pour :
  - un avis ponctuel de consultant ;
  - des séquences de soins nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie. Ces séquences identifient les spécialités et les consultations d'accès direct (sans passage préalable par le médecin traitant) ;
  - des soins itératifs avec un retour d'information au médecin traitant : dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins ou d'un protocole de soins lorsque le patient est en ALD.

Ainsi, dès lors qu'il respecte le plan ou le protocole de soins, le patient peut s'adresser directement au médecin correspondant sans passer par le médecin traitant.

- Situations pour lesquelles les règles du parcours de soins ne s'appliquent pas (y compris l'obligation de déclarer un médecin traitant)
- \* Consultations des professionnels de santé suivants : chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, laboratoires, biologistes, pharmaciens, transporteurs sanitaires, fournisseurs d'appareillages ;
- \* Les enfants, ayants-droit d'un assuré social, de moins de 16 ans ;
- \* Les titulaires de la Carte européenne d'Assurance maladie, venant se faire soigner sur le territoire français ;
- \* Les ressortissants de la caisse de Sécurité sociale de Mayotte ;
- \* Consultations assurées par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral ou par un médecin qui s'installe dans une zone déficitaire (zonage MRS 2005) ou dans une zone où les besoins en implantation de professionnels de santé ne sont pas satisfaits (zonage SROS en cours).

## ○ BON A SAVOIR

La plupart des contrats complémentaires d'assurance maladie (contrats dits « responsables ») exclut la prise en charge des majorations tarifaires en cas de non-respect du parcours de soins.

## ○ TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L162-5-3, L162-5-4, D162-1-6 à D162-1-8 et R322-1-1 du Code de la Sécurité sociale ;
- Article L1411-11 du Code de la Santé publique ;
- Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 26 juillet 2011 (article 14 et 15).

## ○ POSITIONS DU CISS

La réforme du médecin traitant et du parcours de soins introduite en 2004, qui incite fortement les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin de leur choix, a posé le principe de la graduation de l'accès au système de soins. Sans doute a-t-on fait du médecin traitant un outil trop financier, l'équivalent d'un « péage » dont le refus ouvre sur une prise en charge financière plus faible, de sorte que les aspects les plus dynamiques que l'on aurait pu attendre de cette innovation n'ont pas été au rendez-vous.

Cette loi aurait dû ouvrir des perspectives nouvelles en termes d'organisation des soins de premier recours et de pratiques dans les domaines de la prévention, l'éducation thérapeutique, la coordination des soins et la réduction des inégalités de santé. La réforme a en réalité créé un « parcours de tarifs », là où les patients attendaient un « parcours de soins ».

Le bilan de ce dispositif est décevant,

soit que la réalisation de ces actions a été empêchée par de trop fortes résistances culturelles, soit qu'elle n'a pas été accompagnée des investissements nécessaires en restructuration de l'offre de soins. Dans son rapport annuel 2013, la Cour des comptes relève 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 de santé* ».

Environ 90% des assurés sociaux ont aujourd'hui déclaré un médecin traitant et la dernière convention médicale conforte son rôle de coordonnateur, en lui confiant notamment la réalisation de la synthèse annuelle du dossier médical de ses patients. Notre système de santé aurait tout à gagner à ce que le médecin traitant, comme point d'entrée dans le système de soins et « conseiller d'orientation », s'enracine véritablement dans l'organisation du parcours de santé des usagers.

## ○ S'INFORMER

**Santé Info Droits** : 0 810 004 333 (N° Azur, tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)



La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h - 18h

Mardi, jeudi : 14h - 20h

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur [www.leciss.org/santeinfo-droits](http://www.leciss.org/santeinfo-droits).

### Fiches CISS pratique

- N° 9 - Assurance maladie - Le protocole de soins
- N° 44 - Assurance maladie - L'exercice libéral de la médecine
- N° 57 - Assurance Maladie - Le régime des affections de longue durée