

## Point sur le dispositif autour du médecin traitant

La loi du 9 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie a mis en place le **dispositif du médecin traitant**, entré en vigueur le 1er janvier 2005. Ce dispositif consiste à demander à tous les assurés âgés de plus de 16 ans de choisir un médecin comme médecin traitant, qui sera chargé de **coordonner son parcours dans le système de soins**.

### Pourquoi ce dispositif ?

En 2004, le déficit de la Sécurité Sociale s'élevait à plus de 13 milliards d'euros. Un des objectifs de la mise en place du médecin traitant était notamment de faire en sorte que les patients, en étant orientés par leur médecin traitant, évitent de multiplier les rendez-vous médicaux redondants et inutiles, l'objectif étant aussi qu'ils soient aussi dirigés vers le médecin spécialiste le plus approprié à leur situation.

Depuis l'entrée en vigueur de cette réforme le 1er janvier 2005, **l'assuré doit choisir et déclarer un médecin traitant** auquel il doit s'adresser en premier recours. Le médecin traitant pourra, le cas échéant, orienter le patient vers un autre professionnel de santé le plus apte à traiter sa situation.

Le fait de choisir un médecin traitant permet ainsi **d'éviter la multiplication des consultations inutiles et les examens redondants** (multiplication des prises de sang, des radios...). Il permet aussi de **limiter la multiplication des ordonnances** et donc d'éviter les interactions médicamenteuses.

### Le dispositif en pratique :

En pratique, la loi prévoit que chaque assuré âgé de plus de 16 ans doit déclarer un médecin traitant auprès de sa caisse d'Assurance Maladie. **L'assuré choisit librement son médecin traitant : il peut choisir comme médecin traitant un médecin généraliste ou, éventuellement un spécialiste en ville, exerçant en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé. L'assuré peut aussi changer de médecin traitant autant de fois qu'il le souhaite en remplissant une nouvelle déclaration.** Le médecin désigné peut de son côté accepter ou refuser de devenir médecin traitant.

Si l'assuré ne choisit pas de médecin traitant, il conserve un libre accès aux soins, mais ses consultations sont alors moins bien remboursées par l'Assurance Maladie (voir infra). Un assuré ayant déclaré un médecin traitant peut également aller consulter directement un spécialiste. Dans ce cas, le spécialiste consulté pourra appliquer un dépassement d'honoraires, qui ne sera pas pris en charge dans le remboursement par les caisses d'Assurance Maladie.

### Les dérogations au dispositif :

Il existe des cas pour lesquels le patient n'est pas obligé de passer par son médecin traitant avant de consulter un médecin spécialiste pour pouvoir être remboursé au taux le plus fort.

Ainsi, les **patients atteints d'une maladie chronique ou d'une Affection de Longue Durée (ALD)** peuvent continuer à se rendre directement chez le spécialiste qui traite leur maladie. Le médecin traitant prévoit ces soins dans le cadre du protocole de soins qu'il établit lorsque débute la prise en charge de l'ALD par l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, **certaines spécialités restent accessibles en accès direct**, c'est-à-dire sans qu'il soit besoin de passer par son médecin traitant au préalable. Ainsi, les pédiatres peuvent être consultés

directement car le dispositif du médecin traitant ne s'applique pas aux enfants de moins de 16 ans. Les patients peuvent également aller voir directement le **gynécologue, l'ophtalmologiste, le psychiatre ou neuropsychiatre** (pour un patient entre 16 et 25 ans) **et le stomatologue** (sauf pour les actes chirurgicaux lourds).

Les professions paramédicales (dentiste, sage-femme, kinésithérapeutes) ne sont pas concernées par le dispositif du médecin traitant. Ils peuvent continuer à être consultés directement par les patients sans pénalisation au niveau du taux de remboursement.

Pour toute autre consultation, le patient devra préalablement avoir été orienté par son médecin traitant - y compris pour les consultations dans les établissements hospitaliers - s'il veut garder les mêmes avantages en termes de remboursement.

### **Les conséquences pour le patient en termes de remboursement :**

Pour tous les actes médicaux réalisés et recommandés par le médecin traitant, dont les consultations y compris de spécialistes, **le remboursement du patient se fait à hauteur de 70%** (voir tableaux ci-dessous).

Sans médecin traitant déclaré ou si le patient va voir un médecin spécialiste sans avoir été adressé par son médecin traitant, **les actes médicaux (consultations, visites et actes techniques de médecins) ne sont remboursés qu'à hauteur de 30%** (voir tableaux ci-dessous).

### **Remboursements perçus par le patient selon les différents cas de figures :**

#### **Dans le cadre du parcours de soins coordonnés**

- **Le patient consulte son médecin traitant, qui est dans la majorité des cas un médecin généraliste :**

Tarifs des consultations du médecin traitant (applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
<b>Généraliste</b> <i>secteur 1</i>	23 €	23 €	70 %	15,10 €
<b>Généraliste</b> <i>secteur 2</i>	honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €

Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro par consultation

- **Le patient consulte un médecin correspondant spécialiste sur avis du médecin traitant :**

Tarifs des consultations des médecins correspondants (applicables au 1 <sup>er</sup> janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
<b>Spécialiste</b> - secteur 1 - ou secteur 2 avec option de coordination	28 €	28 €	70 %	18,60 €
<b>Spécialiste</b> secteur 2	honoraires libres	23 €	70 %	15,10 €

Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro par consultation

### Hors du parcours de soins coordonnés

- **Le patient consulte un médecin généraliste sans être orienté par un médecin traitant :**

Tarifs des consultations d'un médecin généraliste (tarifs applicables au 1er janvier 2011)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux de remboursement	Montant remboursé
<b>Généraliste</b> secteur 1	23 €	23 €	30 %	5,90 €
<b>Généraliste</b> secteur 2	honoraires libres	23 €	30 %	5,90 €

Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro par consultation

- **Le patient consulte un médecin spécialiste sans être orienté par son médecin traitant :**

Tarifs des consultations des médecins spécialistes (tarifs applicables au 31 janvier 2009)				
Médecin consulté	Tarif	Base du remboursement	Taux du remboursement	Montant remboursé
Spécialiste Secteur 1	33 € (maximum)	25 €	30 %	6,50 €
Spécialiste Secteur 2	honoraires libres	23 €	30 %	5,90 €

Les montants indiqués tiennent compte de la participation forfaitaire de 1 euro par consultation

A titre d'exemple :

- Un assuré n'ayant pas déclaré de médecin traitant consulte un médecin généraliste (qui applique les tarifs conventionnels) et paye une consultation de 23 €. Il ne sera remboursé que 5,90 € (30% de l'acte, moins 1 euro de participation forfaitaire) contre 15,10 € parce qu'il n'a pas déclaré de médecin traitant et est donc considéré comme n'ayant pas respecté le parcours de soins.
- Un assuré consulte un médecin spécialiste (qui applique les tarifs conventionnels) sans être passé au préalable par son médecin traitant : il paye une consultation de 28 €. Il sera remboursé 6,50 € (30% du tarif conventionnel, moins 1 euro de participation forfaitaire) contre 18,60 € s'il avait été orienté vers ce spécialiste par son médecin traitant.

Source :

<http://www.ameli.fr>