



Information presse
Janvier 2005

Le Médecin traitant en pratique

Contacts presse :

Isabelle Prigent - TBWA\PR - 01 49 09 26 84 - isabelle.prigent@tbwa-corporate.com

Sandra Garnier - 01 72 60 15 91 - sandra.garnier@cnamts.fr

Le médecin traitant en pratique

La réforme de l'Assurance Maladie adoptée en août 2004 prévoit notamment que tous les assurés de 16 ans et plus déclarent un médecin traitant avant le 1^{er} juillet 2005. Concrètement, les assurés vont recevoir un formulaire de déclaration du médecin traitant à remplir avec le médecin de leur choix. Cela va permettre à chacun de bénéficier de soins coordonnés et personnalisés, pour être mieux soigné en dépensant mieux.



Qui est le médecin traitant ?

Le médecin traitant est celui à qui l'on s'adresse en premier, celui qui nous **soigne habituellement, qui nous connaît bien et a une vision globale de notre santé**. C'est le médecin que l'on choisit comme **interlocuteur privilégié**, avec qui l'on peut discuter.

Le médecin traitant soigne et suit le patient tout au long de ses soins et tient à jour son dossier médical : résultats d'examen, diagnostics, traitements... Si nécessaire, il oriente son patient vers d'autres soins, vers un médecin spécialiste ou un service hospitalier. Il recueille les informations et les résultats et coordonne le suivi médical.

Pour tous les actes médicaux réalisés ou recommandés par le médecin traitant, **le taux de remboursement reste identique** (70% ou 100 % selon les cas).



Pourquoi choisir un médecin traitant ?

Un suivi médical coordonné par un médecin qui vous connaît bien vous permet d'être mieux soigné et mieux orienté vers les soins adaptés à votre état de santé. Cette vision d'ensemble évitera également des consultations et examens inutiles ou redondants, coûteux pour vous et pour tous.

Le saviez-vous ?

La plupart de nos voisins européens ont déjà un système de médecin traitant : Danemark, Finlande, Norvège, Suède, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Irlande, Suisse, Pays-Bas.



► Choisir son médecin traitant : mode d'emploi

Tous les assurés reçoivent un formulaire destiné à choisir leur médecin traitant, avec un mode d'emploi précis. Les jeunes de plus de 16 ans recevront leur formulaire en même temps que celui des parents auxquels ils sont rattachés.

Pour choisir son médecin traitant, il suffit de remplir et signer avec le médecin choisi le « formulaire de déclaration de choix du médecin traitant ». Pas besoin de consulter exprès pour remplir la déclaration ! On peut profiter d'une prochaine consultation ou d'un déplacement au cabinet sans consultation pour effectuer cette formalité gratuite.

On peut par ailleurs se procurer le formulaire chez son médecin, dans sa caisse d'Assurance Maladie ou en ligne, sur www.ameli.fr.

Ensuite, **on dépose ou on envoie le formulaire** à sa caisse d'Assurance Maladie.

Chacun peut effectuer son choix sans précipitation : les effets sur les remboursements ne seront effectifs qu'à partir du **1^{er} juillet 2005**. Si l'on a pas de soins avant le 1^{er} juillet, on peut attendre la première consultation qui suit pour faire sa déclaration.

Généraliste ou spécialiste, tout médecin peut devenir médecin traitant, s'il accepte d'assumer cette fonction pour l'assuré qui le choisit. Il peut exercer en cabinet, à l'hôpital ou dans un centre de santé.

Les dates à retenir

- De **janvier à mars 2005**, les assurés reçoivent leur formulaire de déclaration de choix du médecin traitant à leur domicile.
 - *du 3 au 25 janvier* : les assurés nés de janvier à avril
 - *du 1^{er} au 25 février* : les assurés nés de mai à août
 - *du 1^{er} au 25 mars* : les assurés nés de septembre à décembre
- A partir du **3 janvier 2005**, les assurés peuvent appeler la ligne dédiée « La réforme en pratique » au **0 820 77 33 33** (0,118€/ minute depuis un poste fixe).
- A partir du **1^{er} juillet 2005**, le remboursement des actes médicaux pourra être réduit si l'assuré n'est pas orienté par son médecin traitant.



▶ Les questions que je me pose

▶ Je choisis qui... ?

Puis-je choisir un cabinet de groupe comme médecin traitant ?

Le médecin traitant doit être choisi nominativement. Mais si mon médecin traitant qui travaille dans un cabinet de groupe n'est pas disponible, je peux consulter un médecin du même cabinet avec le même taux de remboursement.

Puis-je choisir un spécialiste comme médecin traitant ?

Oui. Je peux choisir un médecin généraliste ou un spécialiste, selon ce qui me convient le mieux. Mais je dois réfléchir à ce qui sera le plus adapté. Car un médecin spécialiste soigne les affections qui relèvent de son domaine d'expertise.

Je souffre d'une maladie chronique et je suis habitué à être suivi par mon spécialiste. Peut-il devenir mon médecin traitant ?

En tant que malade chronique, je peux aller voir mon spécialiste sans avoir été orienté par mon médecin traitant, et je peux choisir un médecin traitant pour les autres affections courantes.

Puis-je choisir un médecin qui exerce loin de mon domicile ?

Oui. Il n'y a pas de contrainte géographique. Je choisis ce qui est le plus pratique pour moi.

Si j'ai déjà un médecin référent, je n'ai pas besoin de médecin traitant ?

Si. Je dois déclarer un médecin traitant et peux bien sûr choisir de confirmer mon choix en déclarant mon médecin référent comme médecin traitant.

Le saviez-vous ?

*92% des Français déclarent avoir un médecin de famille auquel ils s'adressent en priorité en cas de problème de santé.
(sondage réalisé par TNS SOFRES pour la CNAMTS auprès de 1009 personnes âgées de 18 ans et plus.)*

► Les questions que je me pose

Et si je veux changer de médecin traitant ?

Rien de plus simple. Il me suffit d'informer ma caisse d'assurance maladie du nouveau choix, en renvoyant simplement un nouveau formulaire.

Que se passe-t-il si je ne déclare pas de médecin traitant ?

Sans médecin traitant déclaré, les actes médicaux pourront être moins bien remboursés, sauf cas particuliers (voir question suivante).

► Quand consulter son médecin traitant ?

Dans quels cas faut-il consulter son médecin traitant ?

Je consulte mon médecin traitant pour mon **suivi médical habituel**.

Mais dans certaines situations, ce n'est **pas nécessaire** :

- pour mon **suivi gynécologique**
- pour **mes soins dentaires**
- pour mes **problèmes de vue**

Dans d'autres cas, **ce n'est pas possible** et je n'ai pas à consulter mon médecin traitant :

- Si **mon médecin traitant est absent**, je consulte son remplaçant, désigné par lui.
- Si je suis **en vacances** ou **en déplacement**
- **En cas d'urgence** (aussi bien à l'hôpital qu'auprès d'un médecin de permanence)

Dans tous ces cas, le taux actuel de remboursement est maintenu. Pour les pédiatres, il n'y a pas de problème car les moins de 16 ans ne sont pas concernés par le médecin traitant.

► Les questions que je me pose

► Moi et mon spécialiste

Dois-je passer par le médecin traitant pour consulter mon gynécologue ?

Non. Je peux consulter mon gynécologue directement pour mon suivi gynécologique, sans orientation préalable par le médecin traitant.

Avoir un médecin traitant m'empêche-t-il de voir d'autres médecins ?

Non. Le médecin traitant que j'ai choisi peut me recommander, s'il le juge nécessaire, de consulter un médecin spécialiste. Je peux aussi consulter d'autres médecins sans indication de mon médecin traitant, mais alors les frais restant à ma charge seront plus importants.

Puis-je choisir mon médecin spécialiste ?

Bien sûr. Mon médecin traitant m'orientera vers le spécialiste qui répondra le mieux à mon problème de santé et peut m'en recommander un. Mais je reste libre du choix de ce spécialiste.

Est-ce que je suis obligé de consulter à chaque fois le médecin traitant pour revoir le spécialiste qui prend en charge mon problème de santé ?

Non. Il n'est pas nécessaire de revoir mon médecin traitant à chaque fois pour un même problème de santé, dès lors que je consulte ce spécialiste sur le conseil de mon médecin traitant. Le médecin traitant et le médecin spécialiste conviennent ensemble d'un plan de soins me concernant. Le spécialiste le tiendra informé du suivi qu'il estime nécessaire et échangera avec lui sur mon cas.



► Les questions que je me pose

► Le médecin traitant et ma famille

Quand on a déjà un médecin de famille, doit-on quand même faire la démarche de le déclarer ?

Oui. Si comme 9 personnes sur 10 j'ai déjà un médecin de famille, je peux le choisir comme médecin traitant.

Pour mes enfants, est-ce que je dois choisir un médecin traitant ?

Non. Jusqu'à 16 ans, les enfants ne sont pas concernés par cette mesure car ils bénéficient déjà d'une coordination des soins grâce au carnet de santé de l'enfant renseigné par le pédiatre ou le médecin de famille.

Ils n'ont pas à déclarer de médecin traitant. Je peux directement les emmener chez le pédiatre, chez un généraliste ou un spécialiste.

A partir de 16 ans, mon enfant choisit son médecin traitant en accord avec au moins un des parents ou avec le titulaire de l'autorité parentale.

Pour un jeune de plus de 16 ans dont les parents sont séparés, à quel médecin traitant s'adresser ?

Je ne peux avoir qu'un médecin traitant. Si le jeune n'est pas à proximité de son médecin traitant, il peut en consulter un plus proche, sans conséquence sur le remboursement.

► Les questions que je me pose

► Les jeunes et leur médecin traitant

Les jeunes peuvent-ils choisir seuls leur médecin traitant ?

De 16 à 18 ans, les jeunes choisissent leur médecin traitant mais le formulaire est signé par l'un des parents ou le titulaire de l'autorité parentale.

Je suis étudiant. Mon médecin traitant doit-il être dans la ville de mes parents ou dans celle où j'étudie ?

Il n'y a pas de contrainte géographique. Je choisis la solution que je considère la plus pratique. Vis-à-vis de la coordination des soins, c'est la règle de l'éloignement ou de l'urgence qui s'applique.

► Le médecin traitant et les seniors

Lorsque l'on vit en maison de retraite, doit-on choisir le médecin de l'établissement comme médecin traitant ?

Non, ce n'est pas une obligation. Chacun peut choisir librement son médecin traitant. Il ne s'agit pas de changer de médecin mais plutôt de confirmer son choix en déclarant le professionnel qui nous suit habituellement.

Si on est atteint d'une maladie chronique prise en charge à 100%, peut-on choisir le spécialiste de cette pathologie ?

Oui, en principe on peut choisir le spécialiste qui nous suit pour l'affection de longue durée (ALD).

Mais est-ce bien à lui que l'on souhaite s'adresser pour toutes maladies bénignes que l'on est susceptible d'avoir (grippe, gastro-entérite...)? Peut-être qu'un médecin généraliste est plus à même d'être médecin traitant.

Et comme les soins liés à l'affection de longue durée sont indiqués dans le protocole de soins, on peut voir son spécialiste au rythme prévu dans le cadre du suivi de cette maladie, sans repasser par son médecin traitant.



Rappel sur la réforme de l'Assurance Maladie

Soigner mieux en dépensant mieux

La réforme votée en août 2004 par le Parlement a pour but de **sauvegarder notre régime d'Assurance Maladie, tout en consolidant ses principes essentiels : l'égalité d'accès au soins, la qualité des soins, la solidarité.**

Cette réforme doit permettre de **soigner mieux en dépensant mieux**. Elle nous implique tous car chacun est amené à changer de comportement.

Trois mesures clés de cette réforme viennent accompagner cette évolution :

- **Le médecin traitant :**

Les assurés bénéficieront d'un **suivi médical coordonné par un médecin traitant**. Ainsi, la loi prévoit que les personnes de 16 ans et plus ont à déclarer un médecin traitant avant le 1^{er} juillet 2005. Les enfants ne sont pas concernés.

- **Le dossier médical personnel :**

Le dossier médical personnel est à **la base du suivi médical efficace**. C'est la mémoire des consultations, examens et traitements réalisés pour un assuré. Il est tenu et géré par le médecin traitant choisi par le patient. Sa version électronique sera disponible courant 2007. Il pourra également être consulté par les autres professionnels de santé avec l'accord du patient dans le respect du secret médical.

- **La nouvelle carte Vitale :**

Une nouvelle carte Vitale intégrant la photo de l'assuré jouera, à partir de 2007, le rôle d'une véritable carte d'identité de santé. Elle deviendra la clé d'accès au dossier médical personnel et contiendra des données médicales utiles en cas d'urgence.

Rappel sur la réforme de l'Assurance Maladie Soigner mieux en dépensant mieux

Soigner mieux en dépensant mieux



Avril 2005

- Relevé annuel de prestations pour les assurés

Juin 2005

- Accès des médecins à l'historique des remboursements des assurés

- Premiers tests du dossier médical personnel

Jusqu'à fin juin

- Déclaration du médecin traitant

Janvier 2006

- Développement de l'information sur l'offre de soins auprès des assurés

Janvier 2007

- Nouvelle carte Vitale
- Dossier médical personnel

2005

2006

2007

Janvier 2005

- Participation forfaitaire d'un euro
- Hausse d'un euro du forfait hospitalier
- Contrôles renforcés et plus ciblés des arrêts de travail
- Aide à l'acquisition d'une complémentaire de santé
- Mise en place de la maîtrise médicalisée

Mars 2005

- Facture pharmacien plus détaillée sur le coût des médicaments

Et aussi ...



Faire chacun un effort



Contrôler mieux pour lutter contre les abus et les gaspillages

source : CNAMTS



Les tarifs du parcours de soins à partir du 1^{er} juillet 2005

Pour les consultations du parcours de soins coordonné
(assurés de 16 ans et plus)

Consultation	Tarif et remboursement	Date
Consulter un médecin sur recommandation du médecin traitant (médecins secteur 1)	Généraliste : 22 € Spécialiste : 27 € Psychiatre : 40 € Certaines consultations de cardiologues : 48 € remboursement à 70%	A partir du 1 ^{er} juillet 2005 <i>A partir du 1^{er} mars 2005 pour la dermatologie, rhumatologie, endocrinologie, psychiatrie, neuropsychiatrie, gynécologie, ophtalmologie, médecine interne et du 1^{er} juillet pour les autres spécialités</i>
Consulter un médecin spécialiste sur recommandation du médecin traitant (spécialistes secteur 2 – honoraires libres – option coordination)	Consultation : 27 € Actes techniques : tarifs conventionnels + 15% au maximum remboursement à 70%	1 ^{er} juillet 2005 <i>A noter : Auparavant, il n'existait pas de tarif maximum pour les médecins du secteur 2 (tarif librement fixé par le médecin avec tact et mesure).</i>
Consulter un médecin spécialiste sur recommandation du médecin traitant (médecins secteur 2 – honoraires libres)	Honoraires libres Remboursement à 70% sur la base de 23€ (pas de changement)	Pas de changement

Ce qui ne change pas

Consultation et remboursement à 70%	Tarif secteur 1
Consulter un médecin traitant généraliste	20 €
Consulter un médecin généraliste - en cas de déplacement loin de mon domicile - ou d'absence de mon médecin traitant	20 €
Consulter un médecin traitant spécialiste de secteur 1	25 €

*N.B : Le médecin traitant peut toujours orienter son patient vers un spécialiste pour une **consultation d'expertise** sans soins consécutifs. Comme auparavant, ce type de consultation est facturé 40 euros et remboursé sur la base de 40 euros.*

Les tarifs du parcours de soins à partir du 1^{er} juillet 2005

Ce qui va changer

Dans le parcours de soins coordonné, les spécialistes conventionnés en secteur 2 (c'est-à-dire à honoraires libres) ayant choisi *l'option de coordination* ne font **plus de dépassement d'honoraires sur leurs consultations**. Ils respectent le tarif conventionnel de 27 €. Leurs dépassements sont plafonnés sur les actes techniques.

Et en dehors du parcours de soins

Consultation	Tarif	Remboursement
Consulter un médecin spécialiste (secteur 1) sans recommandation d'un médecin traitant	25 € + dépassements plafonnés. Maximum : 32 € Base de remboursement : 25 €	Le remboursement sera inférieur à 70%
Consulter un médecin spécialiste (secteur 2) sans recommandation	Honoraires libres Base de remboursement : 23 € (pas de changement)	Le remboursement sera inférieur à 70%