

2 0 2 5

Santé Info Droits PRATIQUE

C.7

SÉCURITE SOCIALE

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Instauré par la réforme de l'Assurance maladie de 2004 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, y compris ceux pris en charge à 100%, il conditionne le niveau de remboursement des soins. Le non respect du parcours de soins expose ainsi l'assuré à des majorations financières, remboursées ni par l'Assurance maladie obligatoire ni par les organismes complémentaires dans la très grande majorité des cas.

CE QU'IL FAUT SAVOIR

LES MODALITÉS DE CHOIX DU MÉDECIN TRAITANT

Chaque assuré de 16 ans ou plus est invité à choisir un médecin traitant qui peut être un médecin généraliste ou un médecin spécialiste, exerçant en libéral ou en établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer et être modifié à tout moment. Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, au moins l'un des deux titulaires de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme de Sécurité sociale.

Le choix de médecin traitant se formalise par l'établissement d'un document « Déclaration de choix du médecin traitant », soit transmis par le médecin par voie électronique via les téléservices de l'Assurance maladie soit signé et transmis par envoi postal par l'assuré.

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 à l'article L6323-1 du Code de la Santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. De son côté, le médecin est libre d'accepter ou de refuser d'être le médecin traitant et il est également libre de changer d'avis. Dans ce dernier cas, il doit nécessairement en informer l'utilisateur concerné. Un patient qui rencontre des difficultés à trouver un médecin traitant peut saisir le conciliateur de sa caisse de Sécurité sociale qui doit lui apporter un appui dans ses démarches en prenant contact avec les médecins installés dans une zone proche de la résidence du patient afin de voir si l'un d'eux peut le prendre en charge en tant que médecin traitant.

LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT

Le médecin traitant assure les soins habituels et de prévention dont a besoin son patient. Il met en place un suivi médical personnalisé et dirige son patient vers un médecin spécialiste en cas de nécessité, soit pour une consultation ponctuelle, soit pour des soins récurrents. Le médecin traitant rédige notamment le protocole de soins des personnes en affection de longue durée en tenant compte des propositions du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade (voir les fiches *Santé Info Droits* pratique [C.5](#) et [C.5.1](#) sur ce sujet).

Le médecin traitant de l'enfant doit, quant à lui, permettre de faciliter son suivi au long cours et favoriser la prévention et la réduction des comportements à risque.

Le médecin traitant s'assure de la coordination dans la prise

en charge avec les autres professionnels de santé de ses patients. Dans ce cadre, il tient à jour, pour chacun des patients qui l'ont choisi, le dossier médical qu'il enrichit, en tant que de besoin, des données cliniques et paracliniques (examen de biologie, radiologie, etc.) et centralise les avis des autres soignants. Il est en mesure, notamment à partir de ce dossier, d'établir une fiche de synthèse médicale reprenant le projet thérapeutique incluant le calendrier de suivi et les échanges avec les autres professionnels de santé pour avis ou suivi coordonné. Cette fiche de synthèse doit alimenter le dossier médical partagé du patient (voir [Fiche Santé Info Droits pratique A.3.5](#) sur le DMP). Le médecin traitant a par ailleurs accès à l'intégralité des informations contenues dans son DMP.

COMMENT ÇA MARCHE ?

LES DIFFÉRENTS TYPES DE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

- Médecin traitant vers médecin correspondant pour demande d'avis ponctuel :

Le médecin correspondant a un rôle de consultant. Il ne donne pas de soins continus à ce patient et laisse au médecin traitant la charge d'instaurer les prescriptions et d'en surveiller l'application, sauf urgence ou cas particuliers.

- Médecin traitant vers médecin correspondant pour soins itératifs :

Ces soins sont pratiqués selon un plan de soins prédéfini en termes de contenu et de périodicité entre le médecin traitant et le médecin correspondant ou selon un protocole d'affection de longue durée.

Le patient accède aux médecins correspondants sans passage par le médecin traitant. Dans ce cadre, le médecin

correspondant procède régulièrement à un retour d'informations vers le médecin traitant.

- Médecin traitant vers médecin correspondant avec nécessité d'une séquence de soins impliquant un ou plusieurs intervenants :

Cette séquence de soins est réalisée en concertation avec le médecin traitant. Le patient est alors orienté vers les médecins correspondants sans passage par le médecin traitant.

- Médecin traitant vers médecin correspondant généraliste :

Le médecin traitant peut conseiller une séquence de soins nécessitant l'intervention ponctuelle ou itérative (plan de soins) d'un médecin généraliste.

LES MODALITÉS DU REMBOURSEMENT DE SOINS

- Dans le cadre du parcours de soins coordonnés

Lorsque l'usager respecte le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, ses soins sont remboursés à hauteur de 70% du tarif conventionnel par l'Assurance maladie obligatoire (moins la somme prévue pour la participation forfaitaire), sauf dans les cas spécifiques de prise en charge à 100%.

- Hors parcours de soins coordonnés

Dans le cas où le patient n'aurait pas déclaré de médecin traitant ou s'il consulte des médecins vers lesquels son médecin traitant ne l'a pas orienté, ses soins ne seront pris en charge

qu'à hauteur de 30% par l'Assurance maladie obligatoire (moins la somme prévue pour la participation forfaitaire). C'est ce que l'on appelle le « majoration de ticket modérateur ».

En outre, lorsqu'ils sont consultés en dehors du parcours de soins coordonnés, sauf dans des cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient, les médecins spécialistes appliquant habituellement des tarifs opposables, sont autorisés à pratiquer des dépassements (DA) plafonnés à hauteur de 17,5% sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés.

Les DA peuvent se cumuler avec les dépassements pour exigences particulières du patient (DE).

EXCEPTIONS ET CAS PARTICULIERS

- Pour les mineurs de moins de 16 ans

Même si une déclaration de médecin traitant doit être communiquée à la caisse de Sécurité sociale, il n'y a pas de réduction du remboursement en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés.

- Les accès spécifiques

Sous réserve d'avoir préalablement déclaré un médecin traitant, les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) peuvent être consultés directement par le patient sans majoration de ticket modérateur

- * Les gynécologues pour les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi de grossesse et l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- * Les ophtalmologues pour les troubles de la réfraction oculaire (dont prescription et renouvellement de verres correcteurs), les actes de dépistage et de suivi du glaucome, les actes de dépistage et de suivi de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ;
- * Les psychiatres ou neuropsychiatres pour les patients âgés de 16 à 25 ans ;
- * Les stomatologues et médecins spécialistes en chirurgie orale ou en chirurgie maxillo-faciale pour les actes thérapeutiques et radiographiques incluant les soins de prévention bucco-dentaire, les soins conservateurs (obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire), les soins chirurgicaux (extractions dentaires, lésions osseuses et lésions gingivales), les soins de prothèses dentaires, les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.
- *La consultation d'un autre médecin en cas d'éloignement de sa résidence habituelle ou en cas d'urgence (« situation non prévue plus de 8 heures auparavant et qui concerne 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 »), sous réserve d'avoir préalablement déclaré un médecin traitant.*
- *Les consultations hospitalières de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies*
- *Les consultations des chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux dans certains cas*
- *Les consultations de génétique*

- *Les actes et consultations de médecine préventive et de promotion de la santé*
- *Les consultations sur demande d'un infirmier exerçant en pratique avancée*
- *Les mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires pour les moins de 18 ans ;*
- *Militaire consultant sur prescription d'un médecin des armées ;*
- *Patient adressé à une sage-femme à un autre médecin à l'occasion des soins qu'elle est amenée à lui dispenser ;*
- *Année suivant le départ à la retraite ou le changement de département du médecin traitant jusqu'alors déclaré.*

Sont assimilés à des médecins traitants : les médecins remplaçants consultés pour la continuité des soins et ceux exerçant une même spécialité au sein d'un cabinet médical ou d'une maison de santé et étant enregistré auprès de l'organisme de sécurité sociale

Ne sont concernés ni par la déclaration du médecin traitant, ni par le respect du parcours de soins coordonnés : les étrangers de passage sur le territoire français, les assurés affiliés à une caisse de sécurité sociale des territoires d'outre-mer (TOM) et les bénéficiaires de l'Aide médicale de l'État.

BON A SAVOIR

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

Pour plus d'informations sur cette question, se reporter à la [Fiche Santé Info Droits pratique C.2.1 – Complémentaire santé : les contrats responsables et solidaires.](#)

POINT DE VUE

Le parcours de soins coordonnés vise à consacrer le rôle du médecin traitant dans l'offre de soins de premier recours. La dernière convention médicale renforce son rôle de pivot, notamment pour accompagner le virage ambulatoire qui suppose une médecine de parcours organisée autour du patient, en lien avec les spécialistes correspondants.

Dans la pratique, le passage par le médecin traitant est souvent vécu comme une contrainte par les patients, notamment lorsque des rendez-vous tardifs retardent la prise en charge par un spécialiste.

Plus grave encore est la situation des patients qui peinent à trouver un médecin traitant en raison d'une pénurie de l'offre médicale et de la charge de travail des médecins en exercice dans les déserts médicaux. De fait, 11% de la population en est dépourvu.

Déterminant pour définir le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie, le parcours de soins coordonnés s'impose négativement aux patients et contribue assez peu au décloisonnement de leur trajectoire dans le système de santé.

Une meilleure coordination des soins repose principalement sur la mise en oeuvre d'une politique permettant une offre de soins effective sur l'ensemble des territoires et sur l'amélioration des pratiques professionnelles et non sur le comportement des patients qui cherchent avant tout des réponses médicales à leurs problèmes de santé. De nombreux exemples démontrent que la sanction des usagers ne permet pas d'améliorer les performances de notre système santé. Enfin, la crise épidémique due à la COVID-19 a montré la nécessité de parfois dépasser cette obligation de respect du parcours de soins coordonné, pour permettre l'effectivité de l'accès aux soins (pour des téléconsultations lors des phases de confinement, notamment).

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- Articles L162-5-3, L162-5-4, R322-1-1, D162-1-6 à D162-1-8 et R160-6 du Code de la Sécurité sociale ;
- Article L1411-11 du Code de la Santé publique ;

- Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 4 juin 2024.



EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

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

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Fiches Santé Info Droits pratique :

- [C.9.1 - L'exercice libéral de la médecine](#)
- [C.5 - Le régime des affections de longue durée](#)
- [C.5.1 - Le protocole de soins](#)

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<http://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !