

# LE PARCOURS DE SOINS COORDONNE A L'HOPITAL

---

## 1. Les textes de référence

---

- Articles [L 162-5-3](#), [L 162-26](#), [R 322-1-1](#), [D 162-1-6](#), [D 162-1-7](#) et [D162-1-8](#) du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale ;
- Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié.

## 2. La définition

---

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

## 3. Les principes

---

### 3.1. Le champ d'application

---

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonné s'appliquent, dans les établissements de santé :

- Aux séjours hospitaliers ;
- Aux consultations et actes externes dispensés, en urgence ou non.

**Le dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc.**

**En revanche, il ne s'applique pas :**

- Aux enfants de moins de 16 ans ;
- Aux migrants de passage<sup>1</sup> ;
- Aux bénéficiaires de l'AME ;
- Aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

### 3.2. Le médecin traitant

---

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

Les assurés ont le **libre 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 à **tout moment**. Il peut également être modifié à tout moment.

Il appartient à l'établissement de santé de s'assurer que l'assuré respecte le parcours de soins, en lui demandant les justificatifs nécessaires (relevé de prestations par exemple, consultation du service mis en place à cet effet au sein des caisses d'assurance maladie).

---

<sup>1</sup> Les migrants permanents, titulaires d'une carte vitale, doivent respecter le parcours de soins.

## 4. Les différentes situations du parcours de soins

---

Dans tous les cas, le patient doit avoir fait sa déclaration de médecin traitant auprès de sa caisse de sécurité sociale. A défaut, il sera considéré comme hors parcours de soins et se verra appliquer des majorations financières.

### 4.1. Le patient est dans le parcours de soins dans les cas suivants

---

- Il consulte son médecin traitant ;
  - Il consulte un autre médecin, désigné "médecin correspondant", à la demande de son médecin traitant :
    - o **Pour un avis ponctuel** : le médecin correspondant ne donne pas de soins continus et laisse au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions ;
    - o **Pour 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).
    - o **Pour des soins itératifs** :
      - Dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins ;
      - Dans le cadre d'un protocole de soins lorsque le patient est en affection de longue durée (ALD).
- 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.

**NB** : pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100% du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant. Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de 6 mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de 6 mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.

- Il consulte un médecin en cas d'urgence médicalement constatée ;
- Il consulte un médecin de l'une des spécialités suivantes au sein d'un établissement de santé<sup>2</sup> :
  - o Gynécologie médicale et obstétricale ;
  - o Ophtalmologie ;
  - o Psychiatrie ;
  - o Neuropsychiatrie.
- Il consulte un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie ;
- Il consulte un médecin en vue de la vaccination contre la fièvre jaune ;
- Il est hors de sa résidence habituelle (vacances par exemple) ;
- Il consulte un médecin de remplacement, son médecin traitant étant indisponible.

Le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient.

### 4.2. Le patient est hors parcours de soins dans les cas suivants

---

- Il n'a pas déclaré de médecin traitant ;
- Il consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant et hors situations particulières ci-dessus ;
- Il consulte un médecin à la demande d'une sage-femme.

---

<sup>2</sup> Les conditions sont légèrement différentes pour des consultations en ville ou dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

## 5. Les dispositions financières

---

Deux types de dispositions financières sont applicables :

- Dans le cadre du parcours de soins, de nouvelles cotations pour les actes réalisés par les médecins ;
- Des majorations facturables aux patients hors parcours de soins.

### 5.1. Dans le parcours de soins : les cotations des actes

---

#### 5.1.1. Par le médecin traitant

---

Les tarifs applicables sont ceux de la consultation ou de l'acte technique pratiqué.

#### 5.1.2. Par le médecin correspondant

---

**Pour un avis ponctuel :**

La cotation<sup>3</sup> applicable est :

- C2 pour les médecins spécialistes ;
- C2,5 pour les psychiatres ;
- C3 pour les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH).

**Condition** : le médecin correspondant ne doit recevoir le patient qu'une fois par semestre et doit adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques en lui laissant le soin d'en surveiller l'application.

**A noter :**

- Un spécialiste consulté pour émettre un avis ponctuel, à la demande d'un médecin correspondant (et non du médecin traitant) ne peut coter de C2. En revanche, il peut coter une CS et la majoration de coordination spécialiste (cf. infra) ;  
**Exception** : les chirurgiens peuvent coter une C2, qu'ils aient été sollicités par le médecin traitant ou le médecin correspondant,
- Les PU-PH peuvent coter une C3, qu'ils agissent à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant.

**Pour des soins itératifs ou séquencés :**

Le tarif est :

- Soit celui de la **consultation**, auquel est ajoutée une **majoration de coordination généraliste (MCG)** ou une **majoration de coordination spécialiste (MCS)**, d'un montant de 3€ ; cette majoration est de 4€ pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie ;
- Soit, le cas échéant, celui de l'acte technique, sans majoration.

**Rappel** : conformément aux dispositions de la CCAM et de la NGAP, les tarifs de la consultation et de l'acte technique ne peuvent se cumuler.

#### 5.1.3. Pour les consultations en accès direct (cf. § 4.1 ci-dessus)

---

La MCS est applicable, à condition que le médecin retourne un compte-rendu médical au médecin traitant.

---

<sup>3</sup> Telle que prévue par les dispositions en vigueur (CCAM, et NGAP)

## 5.2. Les majorations applicables aux patients hors parcours de soins

---

Le non respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des majorations tarifaires et à des majorations du ticket modérateur.

### 5.2.1. Le champ d'application

---

#### Les majorations tarifaires

La majoration tarifaire (☞ article [L 162-26](#) du code de la sécurité sociale et arrêté du 28 juillet 2005), est égale à :

- 8 € pour les consultations ;
- 17,5% du tarif pour les actes techniques.

La majoration tarifaire n'est remboursable ni par l'assurance maladie, ni par les organismes complémentaires.

#### La majoration du ticket modérateur

La majoration du ticket modérateur est applicable au titre des consultations et actes externes et des séjours hospitaliers. Elle s'élève à 20 % du tarif des actes et est plafonnée à :

- 5 € par acte ;
- 2,50 € par séjour.

Cette majoration n'est pas prise en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables.

#### **Exemple : une consultation spécialiste (CS) réalisée hors parcours de soins sera facturée**

*Tarif conventionné : 23€*

*Prise en charge **assurance maladie** : 50% soit **11,50 €***

*Prise en charge **organisme complémentaire** : 30% soit **6,90 €***

*Facturation au **patient** : **12,60 €** correspondant à*

*- Majoration du ticket modérateur : 20% soit 4,60 € ;*

*- Majoration tarifaire : 8 €.*

### 5.2.2. Les exceptions

---

Les majorations ne sont pas applicables :

- Aux femmes enceintes couvertes par l'assurance maternité (période débutant quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et se terminant douze jours après celui-ci) ;
- Aux assurés relevant du régime des accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) pour les soins en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle ;
- Aux patients reconnus atteints d'une ALD avec les anciens formulaires appelés PIREs (formulaires verts) et ne pouvant présenter les nouveaux protocoles de soins (formulaires violets), à condition qu'ils aient désigné leur médecin traitant. Cette disposition est applicable jusqu'au 1er juillet 2008, date à laquelle les formulaires PIREs auront tous été remplacés par les nouveaux protocoles.

# SCHEMA DISPOSITIF

