

PARCOURS DE SOINS COORDONNES

1. Textes de référence

- ⇒ **Code de la sécurité sociale :**
 - Articles [L.162-5-3](#) et [L.162-26](#),
 - Article [R.322-1-1](#),
 - Articles [D.162-1-6](#), [D.162-1-7](#) et [D.162-1-8](#).

- ⇒ **Arrêtés :**
 - [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.
 - [Arrêté du 3 février 2005](#) portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et avenant n° 1 (article 1.4.4 Accès non coordonné).

- ⇒ **Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)** sur le montant de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L162-5-3 du code de la sécurité sociale.

2. 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. Principes

3.1 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 et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur.

En revanche, il ne s'applique pas :

- aux enfants de moins de 16 ans ;
- aux migrants de passage ¹;
- aux bénéficiaires de l'AME ;
- aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

¹ Les migrants permanents, titulaires d'une carte vitale, doivent respecter le parcours de soins

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)

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 :**

- 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 ;
- 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).
- 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 santé² :**
- gynécologie médicale et obstétricale ;
 - ophtalmologie ;
 - psychiatrie
 - 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.

5. Les dispositions financières applicables

5.1 Lorsque le patient est dans le parcours de soins

De nouvelles cotations ont été créées pour les actes réalisés par les médecins correspondants.

5.1.1 Pour le médecin traitant

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

5.1.2 Pour le médecin correspondant

- ⇒ **Pour un avis ponctuel**

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.

La cotation³ applicable est :

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

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).

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

³ Telle que prévue par les dispositions en vigueur (CCAM et NGAP)

- **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.

5.2 Lorsque le patient est 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.

Ces majorations ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et concernent tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur (cf article L.322-3 du code de la sécurité sociale en annexe).

5.2.1 La majoration du ticket modérateur

⇒ Textes de référence

- Articles L162-5-3, R322-1-1 et D162-1-6 à D162-1-8 du code de la sécurité sociale
- Avis relatif à la décision de l'UNCAM du 22 janvier 2009 (JO du 30 janvier 2009)

⇒ Depuis le 31 janvier 2009, les patients de plus de 16 ans qui n'ont pas choisi de médecin traitant (sauf urgence ou accès direct spécifique) voient leur taux de remboursement par l'assurance maladie diminuer de 40% et donc leur ticket modérateur majoré de 40%. Cette majoration du ticket modérateur est applicable aux consultations et actes externes ainsi qu'aux séjours hospitaliers.

Exemple : pour une CS réalisée hors parcours de soins, hors majoration tarifaire (cf infra point 6.2), soit un tarif conventionné de 23€ :

- Remboursement assurance maladie : 30% au lieu de 70% soit **6,60 €**
- Remboursement organisme complémentaire : 30% soit **6,90 €**
- Part du patient : **9,50 €** au lieu de 0 €

⇒ **Cette majoration n'est pas applicable :**

- Lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification familiale ;
- Lorsque l'assuré ou l'ayant droit se trouve dans l'une des situations énumérées :
 - à l'article R322-1-1
 - il est éloigné de son lieu de résidence habituelle,
 - il « *recourt à un médecin parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de 8 heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin* ».
 - aux articles D162-1-6 et d162-1-7 :
 - « *1° Lorsqu'à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;*
 - *2° En cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;*
 - *3° Pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 (du code de la sécurité sociale);*
 - *4° Pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe, par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux ;*
 - *5° Pour les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique⁴ ;*
 - *6° Pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;*
 - *7° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées ».*

5.2.2 Les majorations tarifaires.

Textes de référence :

- Article L.162-26 du code de la sécurité sociale
- Arrêté du 28 juillet 2005
- Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et avenant n° 1 (article 1.4.4 Accès non coordonné).

⁴ « *La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. ...* ».

Les patients qui consultent un médecin spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant supportent pour chaque acte clinique ou technique effectué une majoration non remboursable par l'assurance maladie ou les organismes complémentaires. Cette **majoration versée à l'établissement, est plafonnée à hauteur de 17,5%** par acte effectué, arrondi à l'€ supérieur.

5.2.3 Cas dans lesquels les majorations ne sont pas applicables.

⇒ **Textes de référence :**

- Articles R322-1-1 et D162-1-6 et D162-1-7 du code de la sécurité sociale relatifs à la majoration du ticket modérateur ;
- Article 2 de l'arrêté du 28 juillet 2005 relative aux majorations tarifaires.

⇒ **Les majorations ne sont pas applicables dans les cas suivants :**

- lorsque le patient est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;
- lorsque le patient recourt à un médecin « *parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu sa vie ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide du médecin* » ;
- lorsque, à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;
- en cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;
- pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ;
- pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ;
- pour les actes et consultations relatives à la vaccination contre la fièvre jaune ;
- pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;
- lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées.

ANNEXE

Article L322-3 du code de la sécurité sociale

« La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;

2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;

3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;

4°) Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

5°) lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse ;

6°) lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1 ;

7°) lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique ;

8°) lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (2) ;

9°) lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ;

10°) Abrogé ;

11°) Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat ;

12°) pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle ;

13°) pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes ;

14°) pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1 ;

15°) pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles [222-23](#) à 222-32 et [227-22](#) à 227-27 du code pénal ;

16°) Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ;

17°) Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 ;

18°) Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.

La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins.