



# ASSEMBLÉE NATIONALE

12ème législature

## réforme

Question écrite n° 101163

### Texte de la question

M. Bruno Gilles appelle l'attention de M. le ministre de la santé et des solidarités sur le souhait de l'un des plus importants syndicats de médecins libéraux de voir « le parcours de soins étendu à l'hôpital, parce qu'il est efficace et contribuera à améliorer les échanges entre médecins de ville et médecins hospitaliers ». Il lui demande de bien vouloir lui indiquer s'il entend procéder à ce nécessaire approfondissement de la réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004.

### Texte de la réponse

L'attention du ministre de la santé et des solidarités est appelée sur le dispositif du parcours de soins. Le parcours de soins coordonnés s'applique, conformément à la loi du 13 août 2004, aux praticiens hospitaliers, l'assuré ayant en effet la possibilité de désigner comme médecin traitant un médecin d'un établissement de santé. À cet égard, l'arrêté du 2 août 2005 détermine les missions du médecin traitant exerçant en établissement de santé. Ces missions, comparables à celles d'un médecin traitant exerçant en ville sont le médecin traitant salarié assure le premier niveau de recours aux soins ; il oriente le patient dans le parcours de soins coordonnés et informe tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ; il concourt aux soins de prévention, notamment aux dépistages et à l'éducation sanitaire, et contribue à la promotion de la santé ; il contribue à l'élaboration et au suivi des protocoles de soins pour les patients atteints d'une affection de longue durée, en concertation avec les autres intervenants. La rédaction du protocole est faite par le médecin traitant en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ; il favorise la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale ; il apporte au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture de ses consultations. En outre, un assuré qui consulte un médecin sans orientation de son médecin traitant (libéral ou salarié) supporte une majoration de son ticket modérateur. Quand il se rend dans un établissement de santé sans prescription de son médecin traitant, l'assuré supporte une majoration spécifique aux établissements de santé et dont le montant correspond aux dépassements autorisés pour un médecin spécialiste exerçant en secteur 2. L'arrêté du 28 juillet 2005 précise dans quels cas cette majoration n'est pas demandée aux patients. Ainsi, ces derniers peuvent accéder à un médecin sans orientation du médecin traitant dans les cas suivants : lorsque le patient est éloigné de son lieu de résidence habituelle ou lorsqu'il 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 ; lorsque le patient consulte des médecins relevant des spécialités suivantes : gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, psychiatrie et neuropsychiatrie, lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées.

## Données clés

**Auteur :** [M. Bruno Gilles](#)

**Circonscription :** Bouches-du-Rhône (5<sup>e</sup> circonscription) - Union pour un Mouvement Populaire

**Type de question :** Question écrite

**Numéro de la question :** 101163

**Rubrique :** Assurance maladie maternité : généralités

**Ministère interrogé :** santé et solidarités

**Ministère attributaire :** santé et solidarités

## Date(s) clé(e)s

**Question publiée le :** 1er août 2006, page 7973

**Réponse publiée le :** 20 février 2007, page 1930