

Tarifications conventionnelles : quelques actes médicaux applicables par les médecins mais peu utilisés, mal utilisés ou méconnus.

Notre ministre de tutelle, Madame Marisol Touraine, met aujourd'hui en place une «*modernisation de notre système de santé*» qui, dans les faits, n'est autre qu'une «*étatisation rampante, sournoise et surtout liberticide*» de la profession sous tutelle des Agences Régionale de Santé (ARS).

Compte tenu de la répercussion de cette Loi sur le moral des médecins en exercice, il est légitime de profiter de cette tribune pour vous apporter **un peu de soleil dans l'eau froide** que fait couler cette perspective.

C'est la tâche que je m'assigne aujourd'hui en vous rappelant ici les **principaux tarifs conventionnels opposables et autres**, applicables par les médecins généralistes de secteur 1 en France métropolitaine.

Contrairement à ce que laissent à penser l'analyse et l'observation des comportements tarifaires des médecins généralistes, la valeur de l'acte médical ne se résume pas à la seule tarification d'un C à 23 euros, dont nous savons tous qu'il est largement sous-évalué depuis des années. Raison de plus pour vous rappeler la valeur des principaux actes sous-utilisés par la profession.

Le C2 : Acte Ponctuel de Consultant dans le Parcours de Soins.

1- Définition :

C'est un avis donné par un médecin **spécialiste** quel qu'il soit, à la **demande explicite** du **médecin traitant**. Cette définition **exclut** donc ipso facto les médecins généralistes n'ayant pas demandé ou obtenu leur qualification de médecin spécialiste en médecine générale

2-Le médecin traitant est :

- soit le médecin tel qu'il est défini dans la convention médicale dans le cadre du parcours de soins coordonné, déclaré par le patient auprès de son organisme de rattachement (ou son remplaçant ou son associé), c'est-à-dire que le C2 n'est pas applicable si le patient est adressé par un autre spécialiste sauf dans le cas où ce spécialiste est lui-même le médecin traitant du patient.

- soit celui qui adresse le patient pour ce qui concerne les patients en déplacement, les patients de – de 16 ans et les patients relevant de l'aide médicale gratuite (AME)

3-Conditions de facturation :

Les règles :

- Ne pas avoir reçu le patient dans les **4 mois précédents** et ne pas le revoir dans les **4 mois suivants** dans le cadre de la pathologie qui a motivé l'avis ponctuel de consultant.
- Adresser au terme de la consultation un courrier au médecin traitant faisant clairement apparaître **la notion d'adressage, vos conclusions, vos propositions thérapeutiques** en lui laissant la charge d'en surveiller l'application. Il est toutefois possible de **rédiger la première ordonnance** (et non pas une ordonnance renouvelable) de mise route du traitement.
- Si le médecin spécialiste a besoin d'effectuer lui-même un **acte technique** (ECG par exemple pour un médecin généraliste) dans le même temps au décours de sa consultation pour rendre son avis, il peut coter **C2 + 50% de la valeur de l'acte technique**.
- Le médecin spécialiste peut prescrire **des examens complémentaires**, y compris des actes techniques effectués par un **autre professionnel de santé**, pour remplir sa mission et donner son avis ponctuel. **Il peut alors revoir son patient** lors d'une nouvelle consultation pour prendre connaissance des examens demandés et terminer sa mission, consultation qui **sera facturée en CS + MCG** puisque le patient reste dans le parcours de soins compte tenu du C2 initial.

Cas particulier :

Il est possible durant cette période **imposée** de quatre mois entre chaque avis de consultant pour un même patient, de le revoir de façon imprévisible à l'occasion d'un **évènement intercurrent indépendant du motif de consultation qui a donné lieu à la facturation d'un C2** en cotant un **CS** (+ MCG dans le cadre MTO ou CS seul si le patient est hors parcours de soins, mais en aucun cas un C2).

3-Au total :

En ce qui concerne les honoraires :

- Les médecins spécialistes en médecine générale peuvent utiliser la cotation C2,
- Il est possible d'associer une cotation C2 + un acte technique,
- Il est possible d'associer une cotation C2 + une cotation CS (MCG) au décours d'une même période de 4 mois.

Le NR : actes ou prestations non remboursables

Nous redisons ici combien il est primordial pour les médecins de secteur 1 de s'approprier cette codification qui leur donne une véritable bouffée d'oxygène tarifaire à l'heure où le secteur 2 leur est fermé !

a) Définition

Titre 5 de la Convention - L'exercice conventionnel – Moderniser et simplifier les conditions d'exercice - Sous-titre 2 - Modalités des échanges électroniques relatifs à la facturation à l'assurance maladie - Art 54 : Facturation des honoraires

« Lorsque le médecin réalise des actes ou prestations non remboursables par l'assurance maladie, ce dernier n'établit pas de feuille de soins ni d'autre support en tenant lieu, conformément à l'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale.

Dans les situations où le médecin réalise des actes ou prestations remboursables et non remboursables au cours de la même séance, il porte les premiers sur la feuille de soins et les seconds sur un support différent. ...»

Cet article 54 de la convention médicale autorise donc sans aucune ambiguïté tout médecin à cumuler une consultation au tarif opposable et un acte **Non Remboursable** par l'assurance maladie.

a) Champ d'application du NR

Le NR couvre les honoraires **d'un acte à valeur ajoutée** dont le contenu échappe à l'offre de soins prise en charge par l'assurance maladie comme c'est très souvent le cas pour :

La consultation homéopathique caractérisée par sa longueur :

- en raison de la richesse sémiologique qui caractérise son expertise,
- qui nécessite un interrogatoire minutieux à la recherche de symptômes caractéristiques de la maladie du patient mais aussi de la personnalité qui porte cette maladie,
- qui nécessite une écoute toute particulière pour laisser libre cours à l'expression spontanée de patient,
- dont le contenu est complexe dans la mesure où les doléances le sont tout autant et souvent depuis longtemps,
- qui s'appuie sur une pharmacopée spécifique à l'homéopathie,
- qui donne lieu à des conseils nutritionnels,
- qui est empreinte d'un souci de prise en charge préventive en délivrant des conseils d'éducation sanitaire,
- etc.

Les consultations particulières par leur prise en charge psychothérapique sollicitée par le patient,

Les consultations d'expertise quel qu'en soit la mission,

Les consultations de synthèse demandée par un patient venu consulter à seule fin de faire le point sur son état de santé médical avec un lourd dossier à l'appui.

La liste n'est pas exhaustive ...

b) Les honoraires

- Sont libres mais restent malgré tout **encadrés** par le respect du « tact et mesure » Rappel : Il doivent s'inscrire dans tous les cas dans le respect de la notion du **tact et mesure** en **tenant compte** de la réglementation en vigueur, des actes dispensés, des circonstances particulières, des capacités financières du patient, du temps passé et de la complexité de l'acte, de la notoriété et des exigences

éventuelles du patient. (*Art 53 du code de déontologie médicale, Art R.4127-53 du code de la santé publique*).

- Ne regardent pas l'assurance maladie et ne doivent en aucun cas figurer sur la feuille de soins,
- Doivent donner lieu à la délivrance d'une quittance pour prise en charge par un organisme complémentaire,
- Doivent bien évidemment intégrer la déclaration fiscale ...

c) **Pour conclure**

Le NR répond pleinement à la pratique du médecin homéopathe qui s'appuie sur l'excellence sémiologique exprimé par le patient dans le cadre de consultations souvent longues et approfondies.

Le DE : dépassement exceptionnel

1-Définition :

*Titre 4 de la Convention - L'exercice conventionnel - Sous-titre 3 - art 42.1 — « Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels - **Cas de circonstance exceptionnelle de temps ou de lieu due à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical** »*

C'est un **dépassement d'honoraires autorisé dans certaines circonstances et sous certaines conditions.**

Dans ces circonstances :

- « *le praticien peut facturer un montant supérieur au tarif opposable uniquement pour l'acte principal qu'il a effectué et non pour les frais accessoires* ».
- « *Le praticien fournit au malade toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui indique notamment le montant et le motif* ».
- « *L'indication DE est portée sur la feuille de soins.* »
- « *Ce dépassement n'est pas cumulable avec un dépassement autorisé plafonné (DA)* ».

2-Analyse des circonstances :

Exigence de temps :

- Horaire imposé par le patient **hors urgence** dans le cadre du déroulement normal de la consultation en cours (par exemple, un patient *pressé* désireux de rencontrer le médecin entre deux patients pour un motif ne rentrant pas dans le cadre de l'urgence, tel la délivrance d'un certificat ou d'un courrier d'introduction auprès d'un autre professionnel de santé).
- Horaire imposé par le patient hors des heures normales de consultation affichées par le praticien ou à une heure correspondant à une période légitime de repos : heure des repas, en soirée, tôt le matin etc.

- Durée de consultation inadéquate au regard du motif initial de consultation. Dans ce cas, libre au praticien d'accepter de façon concertée d'effectuer la consultation en facturant un DE (*dans le respect de l'article 42.1*) ou de proposer un rendez-vous ultérieurement.

Exigence de lieu :

- Demande de **consultation** hors du cabinet médical, à domicile ou ailleurs, pour convenance personnelle de la part du patient, exigence se cumulant de fait avec une exigence temps.
- Demande de visite à domicile avérée injustifiée au terme du déplacement. Le DE dans cette circonstance couvre le temps passé à se déplacer.

Exclusions du champ d'application du DE :

- La seule notion de rendez-vous qui ne relève pas d'une circonstance exceptionnelle mais d'un choix d'organisation de l'exercice du praticien.
- Le caractère systématique de son application en raison d'une expertise particulière telle que l'homéopathie.
- « *Le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire* ». Ils ne peuvent donc justifier une facturation d'un DE qui ne peut être appliqué que dans le cadre d'un acte réellement effectué.

3-Le dépassement en pratique: (*Art 53 du code de déontologie médicale, Art R.4127-53 du code de la santé publique*).

- Il relève de l'appréciation du médecin.
- Il doit s'inscrire dans tous les cas dans le respect de la notion du **tact et mesure** en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés, des circonstances particulières, des capacités financières du patient, du temps passé et de la complexité de l'acte, de la notoriété et des exigences éventuelles du patient. (*Art 53 du code de déontologie médicale, Art R.4127-53 du code de la santé publique*).
- Bien qu'il ne soit pas remboursé par l'assurance maladie, le DE doit néanmoins être porté sur la feuille de soins, **ce qui implique que les caisses ont ici un droit de regard pour sanctionner un médecin facturant abusivement en DE sans en respecter l'esprit.**
- Sa prise en charge par certains organismes complémentaires relève du contenu contractuel négocié par le patient.

Le DA : dépassements autorisés plafonnés

Si le DE est bien connu des médecins et particulièrement des médecins à expertise particulière, le DA en pratique est très peu utilisé pour ne pas dire jamais semble-t-il, probablement faute d'être connu. Je vous invite à prendre connaissance de deux articles conventionnels qui régissent son application :

Titre 4 de la Convention - *L'exercice conventionnel* - Sous-titre 3 - **art 42.2** – « *Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels - le cas de dépassements autorisés plafonnés (DA), pour les soins non coordonnés, au sens de la présente convention*»

Titre 4 de la Convention - *L'exercice conventionnel* - Sous-titre 2 – *Les secteurs conventionnels* - **art 34.1** – « *Cas particulier de l'accès non coordonné* ».

D'autres cotations existent : à charge pour chacun d'entre vous de vous les approprier en vous référant aux articles de la convention en vigueur :

MCG : 3€ - MNO : 5 € - FPE : 5 € - MIC : 23 € - MSH :23 € - MU : 22,60 € - CA : 26 € - VL : 46 €

Au terme de cette revue synthétique, il est convenu de mentionner que toutes ces données sont susceptibles de subir quelques modifications dans le cadre de la nouvelle convention qui doit rentrer en négociation après la promulgation définitive des décrets d'application de la Loi.

Le Syndicat National des Médecins Homéopathes sera présent à la table des négociations pour défendre avec vigueur les acquis importants dont il est à l'origine (en particulier le NR ...). La future convention doit être l'occasion pour les médecins homéopathes de se mobiliser en nombre pour soutenir le SNMHF par leur adhésion dont il a besoin pour affirmer haut et fort ses légitimes revendications.

Docteur Pascal NEVEU

Secrétaire Général