



Description et valorisation de l'activité de consultation en rhumatologie

M. Maravic*

Disposer d'outils de description de leur activité et en maîtriser les règles de facturation sont deux étapes primordiales pour les spécialistes. Cet article vise à donner les informations relatives à l'activité de consultation (ou à l'activité externe, c'est-à-dire hors hospitalisation, si elle a lieu dans un microenvironnement hospitalier) réalisée dans le secteur public ou privé.

Après un bref rappel historique et une description des outils mis à la disposition du rhumatologue, les différentes typologies de la consultation rhumatologique, et leurs implications en termes de facturation, seront abordées.

Historique

Nul ne peut ignorer la mise en place dès 2005 de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Cette dernière décrit les actes techniques diagnostiques et thérapeutiques réalisés par le corps médical et se substitue en grande partie à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Elle est utilisée pour décrire les actes réalisés aussi bien en consultation (courant 2005) qu'en hospitalisation (depuis 2004), et ceci quel que soit le secteur d'exercice du médecin.

Cette CCAM a été vécue par le corps médical comme une véritable révolution, à laquelle n'a pas échappé le rhumatologue. D'une lettre clé associée à 2 chiffres, information tarifaire de la NGAP, on est passé à un code alphanumérique constitué de 4 lettres suivies de 3 chiffres : le code principal de l'acte avec la CCAM. La construction de ce code principal obéit à une procédure bien réglementée. La première lettre correspond au système anatomique concerné par l'acte, la deuxième à l'organe de ce système anatomique, la troisième à l'action réalisée, la quatrième, enfin, au mode d'accès ou à la technique de l'acte. Les trois chiffres qui suivent représentent un compteur aléatoire permettant de différencier les actes

dont le code commencerait par les quatre mêmes lettres. Par exemple, la ponction du genou, acte classique en rhumatologie, est décrite dans la CCAM par le code NZHB002 pour "ponction ou cytoponction d'une articulation du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage, avec ou sans examen du liquide synovial au microscope". Chacune des lettres correspond respectivement à :

- N : appareil ostéoarticulaire et musculaire du membre inférieur (MI) ;
- Z : os, articulations et tissus mous du MI, localisations multiples ou sans précision ;
- H : prélever, prendre une partie d'un élément biologique (solide ou liquide) ou d'une structure anatomique, pour examen ou analyse ;
- B : accès pariétal, accès au site opératoire par ponction ou incision ponctuelle des téguments (peau, muqueuses) et de tout autre tissu sous-jacent sans introduction d'un instrument d'optique.

On peut s'interroger sur ce qui reste de la NGAP. Existente encore la codification de la consultation médicale du spécialiste à proprement parler et les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux, dont on reparlera un peu plus tard.

À tout cela, il faut ajouter la réforme du parcours de soins, mise en place en France le 1^{er} juillet 2005, ou encore la déclaration par tout citoyen âgé de plus de 16 ans de son médecin traitant à la caisse d'assurance maladie, ce médecin pouvant être un rhumatologue. Ainsi a été introduite la notion de parcours de soins. Les modalités du parcours de soins s'appliquent aussi bien à la consultation médicale facturée en NGAP qu'aux actes de la CCAM. Un patient pourra ainsi être vu par le rhumatologue, si celui-ci n'est pas son médecin traitant déclaré, soit dans le cadre du parcours de soins, soit en dehors de ce dernier. Cela aura des répercussions sur la façon dont le médecin facturera ses actes et sur le niveau de prise en charge par l'assurance maladie des soins pour le patient.

* Hôpital Léopold-Bellan, département d'information médicale, Paris ; hôpital Lariboisière, fédération de rhumatologie, Paris.

Outils mis à la disposition du rhumatologue

L'index rhumatologique de la CCAM est une extraction des actes adaptés à l'exercice rhumatologique. Il a été élaboré par le Groupe nomenclature de la société française de rhumatologie (SFR). Il est organisé selon un critère principal (la typologie de l'acte) et un critère secondaire (la localisation de l'acte). La typologie de l'acte est classée dans l'une des catégories suivantes : exploration neurologique, imagerie (geste exclu), bilan fonctionnel articulaire, ponction/biopsie, arthroscopie, réduction orthopédique, mobilisation articulaire, évacuation/drainage/exérèse/perforation/aponévrotomie, destruction/thermocoagulation, traction/élongation/manipulation, injection/infiltration/cimentoplastie, algologie et appareillage.

La localisation se décline de la façon suivante : tête/cou, tronc, membre supérieur, membre inférieur, corps entier, sans mention de topographie.

La liste des actes de la CCAM est disponible sur le site de la SFR et sur celui du Syndicat national des médecins rhumatologues (SNMR).

Connaître les actes de sa spécialité est une première démarche, mais il faut également en maîtriser les règles d'associations possibles et d'incompatibilités. Cela aura un impact sur les modalités de facturation.

Typologie de la consultation rhumatologique

Avant de décrire les différents types de consultation, il faut déjà indiquer que la facturation prend en compte différents éléments :

- l'âge du patient (plus ou moins de 16 ans) ;
- le fait d'être ou non le médecin traitant déclaré du patient ;
- le fait que le patient a déclaré ou non son médecin traitant auprès de sa caisse ;
- la typologie de la consultation (acte intellectuel seul ou associé à un ou plusieurs actes techniques).

On peut en décrire de trois types :

– acte intellectuel seul ou associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est inférieur à celui de l'acte intellectuel ;

– acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est supérieur à celui de l'acte intellectuel et ne pouvant être facturés ensemble parce qu'il ne s'agit pas d'une association autorisée ;

1. À cocher si on est le nouveau médecin traitant (en cas de télétransmission, code MTN).
2. Nom et prénom du médecin traitant, à renseigner si le patient est vu dans le cadre du parcours de soins (code MTO).
3. Ne concerne pas le rhumatologue.
4. Définition de l'urgence : permanence des soins 20 h et 8 h, dimanches et jours fériés, situation non prévue 8 h avant mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin (code MTU).
5. À cocher s'il s'agit d'un patient vu en consultation alors qu'il est en dehors de son lieu de résidence.
6. À cocher si le rhumatologue, médecin traitant du patient, est remplacé par un remplaçant ou par l'un de ses collègues dans un cabinet ou dans un centre de santé.
7. Hors parcours de soins (code HCS).

Figure 1. Remplissage de la feuille de soins concernant les modalités du parcours de soins.

– acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est supérieur à celui de l'acte intellectuel et pouvant être facturés ensemble parce qu'il s'agit d'une association autorisée ;

- le type d'avis (ponctuel ou non) dans le cas d'un patient vu dans le parcours de soins ;
- le secteur conventionnel du médecin (secteur 1, secteur 2 ayant opté pour la coordination, secteur 2) ;
- certaines situations spécifiques liées à l'urgence, au remplacement du médecin traitant ou à une consultation loin de la résidence habituelle du patient.

Il est également important de renseigner les modalités du parcours de soins sur la feuille de maladie. Les codes, en cas de télétransmission, sont également indiqués (figure 1).

Acte intellectuel seul ou associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est inférieur à celui de l'acte intellectuel

◆ Patient âgé de plus de 16 ans

Le médecin indiquera soit sur la feuille de maladie, soit lors de la télétransmission si son patient est ou non dans le parcours de soins.

Le **tableau 1** résume les règles de facturation en fonction de l'acte (ponctuel ou non), du secteur d'installation du médecin, des modalités du parcours de soins et de la couverture sociale du patient.

Tableau I. Modalités de facturation de l'acte intellectuel seul en cabinet libéral ou en établissement de santé privé. Patient de plus de 16 ans (tarif en vigueur début 2008).

	Patient dans le parcours de soins	Patient en dehors du parcours de soins*
Secteur 1 ou secteur 2 ayant opté pour la coordination	Avis ponctuel (lettre) :	Secteur 1
	C2 : 44 €	CS + MPC + DA : 33 €
	C3 (si PU-PH) : 66 €	Sauf pour AME/CMU :
	Avis non ponctuel :	CS + MPC + MCS : 28 €
	CS + MPC + MCS : 28 €	Secteur 2 : voir ci-dessous
Secteur 2 (tarif "avec tact et mesure")	Avis ponctuel (lettre) :	
	C2	CS
	Avis non ponctuel :	
	CS	AME/CMU :
	AME/CMU :	CS + MPC + MCS : 28 €
	CS + MPC + MCS	

AME : aide médicale d'État. C : consultation, CMU : couverture médicale universelle. CS : consultation spécialisée. DA : dépassement autorisé (jusqu'à 17,5 % du tarif de l'acte, ne doit pas représenter plus de 30 % de l'ensemble de l'activité globale des consultations et actes). MCS : majoration pour la coordination des soins. MPC : majoration préexistante (non cumulable avec un dépassement exceptionnel). PU-PH : professeur des universités, praticien hospitalier. Le rhumatologue n'est pas le médecin traitant du patient.

* C'est-à-dire n'ayant pas déclaré de médecin traitant.

Tableau II. Modalités de facturation de l'acte intellectuel seul en cabinet libéral ou établissement de santé privé. Patient de moins de 16 ans (tarif en vigueur début 2008).

	Modalités de facturation
Secteur 1	Avis ponctuel (lettre) : C2 : 44 €
	C3 (si PU-PH) : 66 €
	Avis non ponctuel : CS + MPJ : 28 €
Secteur 2 (tarif "avec tact et mesure")	Avis ponctuel (lettre) : C2
	Avis non ponctuel : CS
	AME/CMU : CS + MPJ
	ou C2 selon le contexte

AME : aide médicale d'État. CMU : couverture médicale universelle. C : consultation. CS : consultation spécialisée. MPJ : majoration applicable pour les moins de 16 ans. PU-PH : professeur des universités, praticien hospitalier.

En établissement de santé public, la majoration préexistante (MPC) ne peut s'appliquer.

Les conditions d'application de l'avis ponctuel (C2 ou C3 selon le contexte) sont bien précises :

- la consultation est faite sur demande implicite du médecin traitant déclaré, sachant qu'une demande écrite de ce dernier n'est pas obligatoire. Il faut mentionner la notion de parcours de soins sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission ;
- le patient n'a pas été vu en consultation lors des 6 mois précédents pour la même demande et ne sera pas amené à être vu dans les 6 mois suivants pour cette même demande ;
- un courrier mentionnant l'adresse doit obligatoirement être transmis au médecin traitant avec les propositions de prise en charge ; l'ordonnance peut cependant être initiée par le rhumatologue.

◆ Patient âgé de moins de 16 ans

Le **tableau II** décrit les modalités de facturation dans le cas d'un patient de moins de 16 ans en fonction du secteur d'installation du médecin, du type d'avis et de la couverture sociale du patient.

En établissement de santé public, la majoration applicable pour les moins de 16 ans (MPJ) ne peut s'appliquer.

◆ Situation où le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient

Lorsque le rhumatologue est le médecin traitant déclaré du patient, il ne peut appliquer certains dépassements (MCS, MPJ et DA) décrits plus haut. Il doit remplir la demande de reconnaissance d'affection de longue durée (ALD) pour les patients dont le cas le justifie et percevra à ce titre 40 € par patient en ALD.

Acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est supérieur à celui de l'acte intellectuel ne pouvant être facturés ensemble parce qu'il ne s'agit pas d'une association autorisée

L'acte intellectuel et l'acte technique ne peuvent être facturés ensemble, sauf dans deux cas particuliers que l'on décrira dans la prochaine section. Cette situation correspond à celle dans laquelle le tarif de l'acte est supérieur à celui de la consultation.

Le rhumatologue facturera son acte CCAM en n'oubliant pas de renseigner les modalités de parcours de soins sur la feuille de soins ou lors de la télétransmission (**figure 1**) et n'omettra pas d'appliquer les modalités de cette dernière sur le ou les actes CCAM réalisés.

Prenons un acte classique en rhumatologie : l'infiltration du genou, NZLB001, pour "injection thérapeutique d'agent pharmacologique dans une articulation ou une bourse séreuse du membre inférieur, par voie transcutanée sans guidage, à l'exclusion de synoviorrhèse chimique ou isotopique d'un membre". Le tarif de cet acte est à ce jour de 30,82 €.

Soit un patient de plus de 16 ans, vu dans le cadre d'un avis non ponctuel chez un médecin installé en secteur 1 et qui bénéficiera d'une infiltration du genou droit (**figure 2a**) ou d'une infiltration bilatérale des genoux (**figure 2b**).

On indique la date de l'acte, son code principal, le code activité (1 pour la grande majorité des actes de rhumatologie ; ce code correspond au fait que





des actes peuvent être réalisés par des intervenants différents) et le tarif de l'acte. Comme il s'agit d'un médecin en secteur 1, celui-ci applique les tarifs opposables. Si ce même patient avait été vu par un médecin en secteur 2, ce dernier aurait indiqué la même chose en dehors du tarif, qui est libre ("avec tact et mesure") et en dehors des situations dans lesquelles les tarifs opposables sont applicables. Rappelons que tout acte de la CCAM facturé doit faire l'objet d'un compte-rendu.

Dans ce second cas (figure 2a et b), l'acte est renseigné deux fois. On y ajoute une information complémentaire, le code d'association : 1 pour le premier acte, qui sera tarifé à 100 %, et 2 pour le second acte, qui est tarifé à 50 %. Le montant indiqué sur chaque ligne tient compte de cette modulation tarifaire. On reporte le montant total à l'emplacement réservé à cet effet. Si le patient avait été vu par un médecin en secteur 2, ce dernier aurait appliqué au second acte la moitié du tarif indiqué pour le premier acte.

Comme cela a été indiqué précédemment, il est important de connaître les règles d'incompatibilité du codage des actes. Comme il est impossible de décrire toutes les situations possibles en rhumatologie, les lecteurs auront plus de précisions en se connectant sur le site de la SFR.

Acte intellectuel associé à un ou plusieurs actes techniques dont le tarif est supérieur à celui de l'acte intellectuel pouvant être facturés ensemble parce qu'il s'agit d'une association autorisée

L'acte intellectuel et l'acte technique ne peuvent être facturés ensemble que dans deux cas particuliers : les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux codés "persistants" et codés avec la nomenclature générale des actes professionnels d'une part et l'ostéodensitométrie d'autre part. Le premier peut être associé à un acte de la CCAM technique, le second à la consultation.

◆ Actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux

Les actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux sont décrits dans le **tableau III**. Prenons l'exemple d'un patient chez lequel on effectue un bilan ostéoarticulaire membre et tronc avec une infiltration du genou. Il s'agit d'un patient de plus de 16 ans, dans le parcours de soins, voyant

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	actes	C, CB, CHSP, V vs. autres	autres actes (K, CoC, P, J) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	depos.	fraie de déplacement		
							L.D.	L.K.	
							libre	monjant	
	01062007	NZLB	0011						30,82 €
J, J	M, M	A, A	A, A						
J, J	M, M	A, A	A, A						
J, J	M, M	A, A	A, A						
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					30,82				

Figure 2a. Infiltration d'un seul genou.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	actes	C, CB, CHSP, V vs. autres	autres actes (K, CoC, P, J) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	depos.	fraie de déplacement		
							L.D.	L.K.	
							libre	monjant	
	01062007	NZLB	0011		1				30,82 €
	01062007	NZLB	0011		2				15,41 €
J, J	M, M	A, A	A, A						
J, J	M, M	A, A	A, A						
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					46,23 €				

Code association : 1 (100 %), 2 (50 %)

Figure 2b. Infiltration bilatérale des genoux.

Tableau III. Actes communs aux médecins et aux auxiliaires médicaux.

Désignation de l'acte	Cotation	Tarif (€)
Bilan ostéoarticulaire simple des conséquences motrices des affections orthopédiques ou rhumatologiques inflammatoires ou non*		
pour un membre	K5	9,60
pour deux membres ou un membre et le tronc	K8	15,36
pour tout le corps	K10	19,20
Bilan musculaire (avec tests) des conséquences motrices des affections neurologiques		
pour un membre	K5	9,60
pour deux membres	K10	19,20
pour tout le corps	K20	38,40

* Le bilan doit préciser l'état orthopédique, et notamment l'essentiel des déformations constatées, le degré de liberté des articulations avec mesures, éventuellement la dimension des segments des membres. Il peut être étayé par des examens complémentaires et, éventuellement, par une iconographie photographique.

un médecin dans le cadre d'un avis non ponctuel et ayant déclaré son médecin traitant. Le code K8 sera choisi pour ce qui relève encore de la NGAP. On reprend l'acte CCAM d'infiltration du genou décrit précédemment. On indique les modalités du parcours de soins selon le contexte comme précisé dans la **figure 1** et les actes comme mentionnés dans la **figure 3**.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS, OPSV, V vs VNSPV	autres actes (K, CAC, E, J) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dégress	fraie de déplacement		
							T.D.	L.K.	montant
01062007	NZLB0011				30,82 €				
01062007				K8/2	7,68 €				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					38,50 €				

Figure 3. Association d'un acte persistant en NGAP et d'un acte de la CCAM.

ACTES EFFECTUES (à remplir par le médecin)									
dates des actes	codes des actes	activités	C, CS, OPSV, V vs VNSPV	autres actes (K, CAC, E, J) éléments de justification CCAM	montant des honoraires facturés	dégress	fraie de déplacement		
							T.D.	L.K.	montant
01062007	PAQK007				X 39,96 €				
01062007				C2	44,00 €				
J J M M A A A A									
J J M M A A A A									
PAIEMENT (à remplir par le médecin)									
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3)					83,96 €				

Figure 4. Association d'une consultation et d'une ostéodensitométrie.

cation prise en charge par l'assurance maladie. Le rhumatologue, qui est en secteur 1, voit la patiente à la demande de son médecin traitant et donne un avis ponctuel.

L'acte d'ostéodensitométrie est décrit par le code PAQK007, pour "ostéodensitométrie sur deux sites, par méthode biphotonique". Son tarif est de 39,96 €. Il ne faut pas oublier pas de renseigner les modalités du parcours de soins (figure 1) et de coder la consultation et l'acte comme indiqué dans la figure 4.

L'acte d'ostéodensitométrie est réalisé dans le cadre d'une indication prise en charge, comme en témoigne la lettre X. L'avis ponctuel est indiqué par le code C2. Une lettre de consultant et le compte-rendu de l'examen doivent être retrouvés dans le dossier du patient et transmis au médecin traitant déclaré du patient. Il n'y a pas de code d'association à renseigner dans cette situation.

Il n'est pas inutile de préciser que, à l'acte d'ostéodensitométrie, sont indiquées les informations suivantes que doit connaître et/ou mettre en pratique le rhumatologue pratiquant cet acte : avoir une formation spécifique, avoir une compétence en radioprotection dont les modalités dépendent du type d'activité du rhumatologue, disposer d'un environnement spécifique pour l'appareil et respecter les modalités du contrôle qualité de l'appareil.

Pour en savoir plus...

✓ Tarifs conventionnels des médecins spécialistes :

www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/tarifs/tarifs-conventionnels-des-medecins-specialistes.php

✓ Textes conventionnels :

www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/textes/index.php

✓ Dispositions générales de la CCAM :

www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/livres_1_et_III_fevrier_2007-1.pdf

✓ CCAM – version intégrale :

www.codage.ext.cnamts.fr/codif/ccam/telecharge/index_tele.php?p_site=AMELI

✓ Index rhumatologique de la CCAM et parcours de soins :

www.rhumatologie.asso.fr et www.snmr.org

L'acte CCAM est facturé à son plein tarif. Il n'est pas utile de renseigner un code d'association dans cette situation. L'acte en NGAP relatif au bilan ostéoarticulaire des deux membres est noté dans la case réservée à cet effet et divisé par deux, selon les règles en vigueur.

◆ Association d'une consultation à une ostéodensitométrie

Depuis le 30 juin 2006, le rhumatologue peut associer une consultation médicale à l'acte d'ostéodensitométrie à la condition que cette dernière fasse partie des indications de prise en charge par l'assurance maladie. Pour cela, il mentionnera la lettre "X" à une place qui sera décrite pour indiquer que cet acte est pris en charge. Si l'acte n'est pas pris en charge, le médecin ne pourra le mentionner sur la feuille de soins ni le télétransmettre et a l'obligation de délivrer une note d'honoraires à son patient.

Prenons l'exemple d'une patiente ménopausée ayant un antécédent de fracture vertébrale sans contexte traumatique ou tumoral évident. Il s'agit d'une indi-

Conclusion

La mise en place de ces nouvelles règles de facturation en consultation modifie de façon singulière l'exercice du rhumatologue au quotidien. Dans cet article, seules les grandes lignes de ces règles ont pu être décrites. Compte tenu de la diversité de l'exercice de la rhumatologie et des exceptions aux règles de facturation des actes CCAM, il est impossible de décrire l'ensemble des situations cliniques. Un livret consacré à ce sujet, élaboré par le Groupe nomenclature de la Société française de rhumatologie et le Syndicat national des médecins rhumatologues, a été publié. Il décrit les principes de la facturation de l'activité de consultation et donne des exemples de facturation pour des situations cliniques classiques. La maîtrise de ces règles est indispensable pour permettre au patient d'être mieux remboursé et pour mieux valoriser l'activité de consultation spécifique à notre spécialité.