

CIRCULAIRE

CIR-7/2011

Document consultable dans Médi@m

Date :

25/03/2011

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Modification de l'article 18.B :
Acte ponctuel de consultant
dans le cadre du parcours de
soins (C2).

Liens :

LR-DDGOS-134/2006

Plan de classement :

P10-02 P06-010106

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

☒ **Directeurs**

☒ CPAM

☒ CARSAT

☒ UGECAM

☒ CGSS

☐ CTI

☒ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux

☒ Chef de service

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La décision UNCAM du 17 janvier 2011, parue au JO du 6 mars 2011, modifie la rédaction et le contenu de l'acte ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (C2). Elle rend possible, selon des modalités précises, la facturation pour le médecin consultant, d'une consultation CS en cas de nécessité de bilan complémentaire ou d'actes techniques nécessaires à l'élaboration du diagnostic en plus d'un avis ponctuel de consultant.

Ces dispositions prennent effet le 7 mars 2011.

Mots clés :

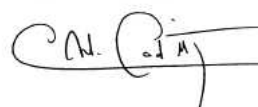
C2 ; avis ponctuel de consultant ; médecin consultant ; médecin correspondant ; médecin traitant ; consultation ; C3.

La Directrice Déléguée
à la Gestion et à l'Organisation des Soins



Mathilde LIGNOT-LELOUP

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Olivier de CADEVILLE

CIRCULAIRE : 7/2011

Date : 25/03/2011

Objet : Modification de l'article 18.B : Acte ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (C2).

Affaire suivie par : *Emilie DEJEAN-RENARD (DDGOS-DOS-DACT)* – emilie.dejean-renard@cnamts.fr

La décision UNCAM du 17 janvier 2011 modifie le livre III de la liste des actes et prestation adoptée par décision de l'UNCAM du 11 mars 2005 modifiée.

Au I de l'article III-4, au paragraphe A) à la première partie : Dispositions générales, à l'article 18, le point B. – Avis ponctuel de consultant, est remplacé par B. - « avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins ».

L'**avis ponctuel de consultant** dans le cadre du parcours de soins est un avis donné par **un médecin spécialiste** à la **demande explicite du médecin traitant** ou, par dérogation, pour le stomatologiste, à la demande explicite du chirurgien dentiste.

Le médecin correspondant, sollicité pour cet avis ponctuel de consultant, adresse au médecin traitant ou au chirurgien dentiste ses conclusions et propositions thérapeutiques. Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et à laisser au médecin traitant ou au chirurgien dentiste la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.

Cette circulaire annule de fait les dispositions précédentes relatives à l'avis ponctuel de consultant notamment la lettre réseau d'application référencée LR-DDGOS-134/2006.

Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins

I. PRINCIPES

1) « Tous spécialistes »

L'avis ponctuel de consultant est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : anciens internes de CHU ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées ou d'un diplôme d'études spécialisées et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, exerçant en cabinet ou en établissement.

En revanche, seuls les spécialistes de médecine générale diplômés peuvent facturer un avis ponctuel de consultant. Les spécialistes de médecine générale, qualifiés dans cette discipline par l'Ordre des médecins, ne peuvent pas y prétendre.

2) « Demande explicite »

L'avis ponctuel de consultant est applicable seulement si le patient est reçu sur « **demande explicite** » de son médecin traitant.

Exemples :

- le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande de consultation de son médecin traitant. Ceci correspond à la situation la plus courante ;
- le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis : ce cas de figure est possible.

Il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant. Toutefois cette demande écrite n'est pas obligatoire.

Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement.

3) Adressage par le médecin traitant

L'avis ponctuel de consultant est applicable, au cabinet ou en établissement, dès lors que la demande émane du médecin traitant. Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention médicale nationale.

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant peut également coter un C2 quand le malade est adressé par le **remplaçant** du médecin traitant ou son associé.

Pour un **patient en déplacement**, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie de la lettre au médecin traitant déclaré. Pour les **patients âgés de moins de 16 ans et les patients relevant de l'Aide Médicale de l'Etat (AME)**, est considéré médecin traitant celui qui adresse le patient.

En dehors des particularités énoncées ci-dessus, l'avis ponctuel de consultant n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre médecin que le médecin traitant (par exemple le médecin du service des urgences de l'établissement). L'avis ponctuel de consultant n'est pas non plus applicable pour le patient âgé de 16 ans ou plus qui n'a pas désigné de médecin traitant.

4) Le médecin correspondant adresse au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisse la charge d'en surveiller l'application

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. **Il peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.**

Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.

5) Ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation et ne pas prévoir de recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédents pour la même demande. Il ne peut pas non plus coter un C2 s'il donne un rendez-vous au patient pour une consultation dans les 6 mois qui suivent. Toutefois, si de façon imprévisible, à l'occasion d'un événement intercurrent, un malade est amené à revoir le médecin consultant moins de 6 mois après un C2, celui-ci peut coter une consultation mais non un C2.

Une exception est prévue pour un deuxième avis ponctuel de consultant (dans les 6 mois) par un autre spécialiste de la même spécialité et pour la même pathologie.

L'avis ponctuel de consultant ne permet donc pas de revoir le patient en consultation rapprochée dans un délai de moins de 6 mois, sauf dérogations ci-dessous.

6) L'avis ponctuel de consultant n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins

1. Lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu dans une prise en charge protocolisée (soins itératifs) et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole, un avis ponctuel de consultant ne peut pas être coté.
2. Un avis ponctuel de consultant ne peut pas non plus être coté en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant. Par exemple dans une séquence de soins qui fait intervenir médecin traitant, chirurgien, anesthésiste et cardiologue, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut coter une C2 que dans les conditions citées ci-dessous (cf. IV. Cas particuliers paragraphe 2)) et le cardiologue ne peut coter un avis ponctuel de consultant.

7) Actes associés à l'avis ponctuel de consultant

Seuls la **radiographie pulmonaire** pour le pneumologue, l'**ostéodensitométrie** sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation et l'**électrocardiogramme** peuvent être facturés en plus d'un avis ponctuel de consultant dans le même temps.

Les actes techniques précédents sont alors associés à taux plein avec l'avis ponctuel de consultant.

8) Majoration

L'avis ponctuel de consultant n'est pas assimilable à une consultation classique, il ne peut donc être assorti d'aucune majoration, en particulier les majorations d'urgence ou la majoration provisoire clinicien (MPC).

II. DEROGATIONS

1) Avis ponctuel de consultant et CS

Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis ponctuels de consultant est d'au moins 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes dans l'année civile), a besoin d'un **bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation.** Les résultats de ce bilan devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.

Dans ce cas, il **facture en premier son avis ponctuel de consultant C2 et facture une consultation CS quand il revoit son patient**. Cette CS est accessible aux majorations éligibles selon la situation : MPC pour tous les spécialistes sauf les spécialistes en médecine générale et/ou MCG, MCS, MCC.

Ce médecin ne facture jamais d'actes techniques dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant en dehors des cas autorisés (cités dans le paragraphe 7 ci-dessus).

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée avec cette consultation CS.

2) Avis ponctuel de consultant et actes techniques

Lorsqu'un médecin spécialiste, dont le nombre annuel de consultations et d'avis ponctuels de consultant est de moins de 90% de son activité totale (exprimée en nombre d'actes dans l'année civile), a besoin d'**actes techniques complémentaires pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic**. Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.

Dans ce cas, il facture en premier son avis ponctuel de consultant C2. Les actes techniques effectués dans un second temps sont facturés selon les règles de facturation en vigueur : le premier à taux plein et le second à 50% de sa valeur lorsqu'ils sont réalisés dans le même temps.

Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant pour ce même patient.

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

3) Avis ponctuel de consultant et CNSPY

Le **psychiatre ou le neuropsychiatre, en cas de séquence de soins nécessaire pour élaborer son avis ponctuel de consultant**, peut revoir le patient **une ou deux fois** dans les semaines suivant son avis ponctuel de consultant. **Dans ce cas, il facture en premier son avis ponctuel de consultant C2,5 et les consultations suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY** avec éventuellement, pour celles-ci, les majorations associées à ces consultations.

Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

III. HONORAIRES

L'avis ponctuel de consultant peut être facturé, s'il répond aux conditions qui viennent d'être développées ci-dessus :

- **C2** : avis ponctuel de consultant au cabinet du médecin spécialiste ou en établissement ;
- **V2** : avis ponctuel de consultant donné au domicile du patient ;
- **C2,5** : avis ponctuel de consultant au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue, ou en établissement ;
- **V2,5** : avis ponctuel de consultant donné au domicile du patient par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue.

L'avis ponctuel de consultant au cabinet (y compris en établissement) ou au domicile du patient n'est éligible à aucune majoration y compris la majoration d'urgence.

Les frais de déplacement habituels peuvent être facturés en cas de délivrance d'avis ponctuel de consultant au domicile d'un patient.

IV. CAS PARTICULIERS

1) Avis ponctuel de consultant des chirurgiens

Les chirurgiens agissant à titre de consultants, **à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant**, peuvent coter un **C2**, y compris quand ils pratiquent eux-mêmes l'intervention, **sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit au médecin traitant et le cas échéant également au spécialiste correspondant**. Cette cotation C2 s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade. En cas d'intervention chirurgicale, la période post interventionnelle (15 jours) est couverte par la facturation de l'acte (acte global). Au-delà des 15 jours, le chirurgien peut coter une CS s'il doit revoir son patient dans le cadre du suivi post-interventionnel.

2) C2 des anesthésistes

La **consultation pré-anesthésique** définie aux articles D. 6124-91 et D. 6124-92 du Code de la santé publique peut donner lieu à une cotation **C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA)**.

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant.

Le dossier d'anesthésie doit comporter les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

Le C2 des médecins anesthésistes étant intégré à l'article 18, l'article 18-1 « Modalité particulière de la consultation pré-anesthésique » est supprimé.

3) L'avis ponctuel de consultant des professeurs des universités - praticiens hospitaliers

Les **professeurs des universités - praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions**, agissant à titre de consultant **à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant** cotent leur avis ponctuel de consultant **C3**.