NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

La nouvelle convention et ses changements : une occasion de se remettre au point sur les cotations

Dr Edouard GHANASSIA
Endocrino-diabétologue,
Echographiste - Sète, Paris

Dr Mathilde BLANQUET
Endocrino-diabétologue
Angers

Dr Claude COLAS
Endocrinologue-diabétologue, Paris
SEDMEN et Avenir Spé

La convention a (enfin) remplacé le réglement arbitral et s'applique, pour de nombreux actes cliniques, depuis le 22 décembre 2024 et pour de nombreux actes techniques depuis le 1er janvier 2025.

Deux autres étapes sont prévues :
le 1er juillet 2025 et le 1er janvier 2026.

À notre demande, Claude COLAS, syndicaliste de longue date qui a beaucoup contribué à notre cause, a rédigé cet article.

Lors des secondes journées de l'EDN libérale à Paris, Mathilde BLANQUET et Edouard GHANASSIA ont mis au point un atelier et il nous semblait intéressant d'y inclure son contenu, à la lumière de précisions que nous avons obtenues.

Nous l'avons conçu pour qu'il puisse vous guider dans la jungle (pas si touffue) de la nomenclature. Nous avons également évoqué les points restant obscurs qui seront précisés dans les numéros à venir.

En preambule : Oui, nous allons parler argent

Un premier fait qui peut vous paraître étonnant : nous sommes soignants, c'est notre métier. Grâce à nos compétences, nous rendons un service à la société à laquelle nous appartenons qui nous donne ainsi une place (et non des moindres… s'occuper de la santé des autres) en son sein. Or notre société repose sur le fait que tout travail mérite rémunération et appliquer ce principe engage une double responsabilité :

- **Responsabilité individuelle envers les nôtres** : assurer notre survie et celle de notre famille.
- **Responsabilité collective envers nos collègues** : un acte fait gratuitement (à contrecœur) est un acte qui… ne vaut rien… au propre comme au figuré.

Il est notoire que dans notre pays, et en particulier dans notre milieu, parler d'argent met mal à l'aise et est souvent tabou. Ceci n'étant pas l'objet de cet article, posez-vous simplement la question de votre rapport à l'argent et de l'influence de celui-ci dans votre démarche de cotation.

Un second fait que vous devez garder à l'esprit est le suivant : le nombre crée la norme (clin d'œil à l'ami Gauss qui a balisé nos études de médecine et nos lectures d'articles). Lorsque les textes sont clairs et nets, il n'y a pas lieu d'hésiter. Mais lorsque les textes sont plus ambigus, plus flous, plus sujets à interprétation, dans ce cas précis, si 95 % des EDN ont une pratique audacieuse, solidaire et homogène, cela crée et définit... la norme. Si cette norme est le fruit d'un courage concerté, alors nos pratiques observées en comparaison à cette norme échappera ainsi aux viseurs des "mal intentionnés".

> « Il est notoire que dans notre pays, et en particulier dans notre milieu, parler d'argent met mal à l'aise et est souvent tabou. »

Pourquoi maîtriser la cotation ?

La base de remboursement est le fruit de dures négociations et la respecter, l'appliquer, est une forme de respect pour ceux d'entre nous qui ont pris temps et énergie pour mener ces combats : Claude COLAS, Gérard CHABRIER, Nicolas GUERITEE, Patrick BOUILLOT, Nathalie GERVAISE, François MOREAU pour ne citer qu'eux…

Il s'agit avant tout d'une démarche gagnant/gagnant, dans l'esprit du soin centré sur le patient et le soignant évoqué dans le précédent numéro. N'oublions pas que le patient nous paie (sauf dans le cas des tiers payant) et que c'est son assurance (la CPAM en l'occurrence) qui le rembourse par la suite. Maîtriser la cotation, c'est donc faire en sorte que le patient soit **le mieux remboursé possible**. Accessoirement, le remboursement du patient par rapport à ses possibilités financières conditionne (en partie) **notre rémunération**.

Il faut accepter de respecter les règles : non pas ce qui vous paraît juste mais ce que vous avez le droit de faire. La nomenclature n'a aucune corrélation avec la pratique : elle est issue de négociations purement financières en suivant une ligne médico-économique.

Les bases : Parlez-vous CPAM ?

Petit Glossaire : Les tarifs vont varier selon le secteur d'exercice, dans cet article, nous distinguerons :

- Les "SO": secteurs à part opposable - secteur 1, secteur 2 OPTAM.
- Les "S2": secteurs 2 sans OPTAM.

LA NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels - ce sont les cotations des actes cliniques. Dans cet article, nous distinguerons :

- Les lettres-clés : C, CS+MCS, APC.
- Les majorations "universelles": MOP, MCU, MHP.
- Les majorations "contextuelles": MCE (MCX et MTX très peu utilisées).

Chacun de ces codes a une valeur monétaire. Ils peuvent se combiner entre eux et le résultat final constitue le **"tarif opposable"**, la base de remboursement au patient à laquelle peuvent s'ajouter différents types de compléments d'honoraires.

Ainsi, les lettres-clés ne peuvent pas se combiner entre elles, ni les majorations "contextuelles".

Les majorations "universelles", en revanche, peuvent se cumuler entre elles selon différentes règles :

- **MOP** (majoration pour patient > 80 ans) : 5 € en SO, non autorisée en S2 non OPTAM.
- **MHP ou MHN** (majoration de nuit ou férié non régulée) : 5 € pour tous, SO ou S2.
- **MCU** (majoration d'urgence si vu dans les 48h après adressage, délai porté à 4 jours le 1/01/26) : 15 € pour tous SO ou S2, mais uniquement si tarif opposable.

CCAM : les actes techniques

La 1ère règle d'or de la CCAM : Lorsqu'un médecin réalise dans le même temps deux actes cotés en CCAM, il doit mentionner un « code association » qui précise les modalités de tarification de chaque acte. C'est toujours l'acte le plus onéreux qui est coté à 100 %. Les actes sont codés avec 4 lettres et 3 chiffres.

Voici l'exemple d'une cytoponction avec guidage échographique :

- Code 1 : l'acte est tarifé à 100 % (la cytoponction : KCHJ001 38,40).
- Code 2 : l'acte est tarifé à 50 % (le guidage écho : YYYY028 34,97/2 = 17,49).
- Code 3 : l'acte est tarifé à 75 % - très exceptionnel (dans la majorité des cas, le 3ème acte n'est pas facturable).
- Total : 38,40 + 17,49 = 55,89.

La 2ème règle d'or de la CCAM : Les actes NGAP et les actes CCAM ne se cumulent pas, sauf très rares exceptions, même s'il est parfois logique de les faire lors d'une même consultation (souvenez-vous : ce qui paraît juste vs ce qu'on a le droit de faire). Il existe cependant quelques exceptions à cette règle :

- **L'ECG :** DEQP003 (14,92 €) : code NGAP + DEQP003 - utile à l'EDN dans les dysthyroïdies, les dyscalcémies, les dyskaliémies et chez les diabétiques.
- **En gynéco endocrino :** frottis et biopsie (JKHD001).
- Dans d'autres spécialités, ces couplages existent depuis longtemps (pneumo, rhumato).
- Mais de très nombreux couplages ont été autorisés durant la convention 2024.

La grande nouveauté est le couplage, effectif au 1er janvier 2026, d'une consultation de référence ou coordonnée avec l'acte d'échographie thyroïdienne, à taux plein (sans code association). Ce combat de longue haleine, mené pendant 8 ans par Edouard GHANASSIA appuyé par de nombreux syndicats, ouvre la voie à un exercice économiquement viable de ce pan important de l'endocrinologie qu'est la thyroïdologie et sera conté dans le prochain numéro, à l'aube de l'application de ce tarif.

L'avis ponctuel de consultant (APC) est passé à 60 €

L'APC devrait être notre acte de référence à nous, médecins spécialistes correspondants.

Il a une définition précise : c'est l'avis donné par un médecin spécialiste dit correspondant à la demande explicite du médecin traitant par lettre, mail, appel ou, plus récemment, dans les 3 mois suivant une télé-expertise. À ce jour, il ne permet pas l'adressage d'un spécialiste à un autre : le seul cas admis est l'adressage au chirurgien.

Il est conseillé de ne traiter qu'un seul motif de consultation : pour éviter le burn-out, pour bien faire une seule chose plutôt qu'en bâcler deux ou trois et, surtout, parce que vous pouvez revoir le patient pour une nouvelle APC dans un délai libre pour un autre motif.

Il faut faire un retour au médecin traitant : Le correspondant adresse au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques (le célèbre « laisse au médecin traitant le soin d'instaurer les prescriptions" a été supprimé). Il s'engage à ne pas donner au patient de soins continus et laisse au MT le soin de surveiller l'application de ses prescriptions.

Il faut respecter la règle des 4 mois : Ne pas avoir vu le patient dans les 4 mois précédents pour le même motif (hors télé-expertise) et ne pas prévoir de le revoir dans les 4 mois suivants pour le même motif sauf dans les 3 situations suivantes :

1. *Des bilans complémentaires sont nécessaires pour éclairer l'avis :* on peut alors le revoir en cotant, pour les consultations suivantes, les lettres clés historiques à condition de ne pas avoir réalisé un acte technique.
2. *Un acte technique est nécessaire :* on ne peut alors coter une nouvelle consultation clinique.
3. *De nouveaux éléments cliniques sont apparus, non prévisibles au moment de l'APC :* on peut revoir le patient et coter ce qui est nécessaire… en dehors d'une APC.

Comme nous l'avons écrit plus haut, on peut bien sûr revoir le patient pour un autre motif dans le délai de son choix : les mêmes règles s'appliquent alors à cet autre motif.

On peut ajouter au montant de l'APC :

- *Les majorations "universelles" qui peuvent aussi se cumuler entre elles : MHP, MHN* (majorations de nuit et fériés : 5 € pour tous), MCU (urgence reçue dans les 2 jours : 15 € en tarif opposable), MOP (patient > 80 ans : 5 € en SO, pas autorisé aux S2 non OPTAM).
- *Les actes techniques autorisés :* ECG, Frottis, Biopsie, Echographie thyroïdienne (à compter du 01/01/2026).
- *Les dépassements* (sauf avec la MCU et avec la MOP pour les S2).

Quelques exemples : en rouge, les majorations possibles uniquement si tarif opposable, en vert si SO :

- APC : cas simple - 60 €.
- APC + MOP : consult chez sujet âgé – 65 €.
- APC + MCU : consult en urgence – 75 €.
- APC + MCU + MOP : consult en urgence chez un sujet âgé – 80 €.
- APC + MCU + MOP + MHN : consult en urgence chez un sujet âgé après 20h – 85 €.
- Et on peut ajouter un DEQP003 – 14,92 € - dans tous ces cas.

Les flous actuels concernent :

- *Le mot "ponctuel" et la règle des 4 mois :* ponctuel signifie-t-il unique ? Nous plaidons pour un certain bon sens : si la règle des 6 mois a été ramenée à 4 mois, cela signifie qu'on a considéré que voir un patient après 4 mois ne constituait pas de soins continus.
- *L'adressage par courrier :* en fait, quel que soit le mode d'adressage, en pratique, renvoyer une lettre au médecin traitant marque le respect du parcours de soins.
- *L'apparition d'éléments cliniques non prévisibles :* qu'est-ce qui est prévisible et qu'est-ce qui ne l'est pas ?

Notre conseil est le suivant : **s'il existe une réelle pertinence** à l'enchaînement des actes et consultations et qu'il est réellement absurde de ne pas continuer à suivre le patient, vous n'aurez aucun souci.

Les lettres clés diffèrent selon le secteur d'exercice

La consultation de référence est le socle et une différence marquée apparaît entre les SO et les S2 aussi bien en présentiel qu'en téléconsultation.

- **Pour les SO** (secteur 1, secteur 2 OPTAM) **et les secteurs 2 lorsqu'ils appliquent le tarif opposable : la CS est la lettre clé - la MPC disparait** puisqu'elle est désormais intégrée à la CS. Seule reste la MCS (majoration de coordination) sauf pour les téléconsultations.
- **Pour les S2 :** (secteur 2 sans OPTAM) : **la CS ne peut plus être utilisée et c'est la C qui devient leur lettre-clé**. Ils n'ont pas accès à la MCS.

Pour chiffrer :

- SO et S2 si TO : CS (26,50 €) + MCS (5 €) = 31,50 € / téléconsultation : TCS = 30 €.
- S2: C (23 €) – pas d'utilisation de CS et MCS / téléconsultation TC = 23 €.

On peut ajouter à la lettre-clé :

- *Les majorations "universelles" qui peuvent aussi se cumuler entre elles : MHP, MHN* (majorations de nuit et fériés : 5 € pour tous), MCU (urgence reçue dans les 2 jours : 15 € en tarif opposable), MOP (patient > 80 ans : 5 € en SO).
- *Une majoration contextuelle : MCE* (et les anecdotiques MCX et MTX pour les SO).
- *Les actes techniques autorisés :* ECG, frottis, biopsie, échographie thyroïdienne (à compter du 01/01/2026).
- *Les dépassements* (sauf avec la MCU et avec la MOP pour les S2).

Exemples en secteur opposable, tarif opposable :

- CS + MCS : cas simple – 31,50 €.
- CS + MCS + MOP : consult chez sujet âgé – 36,50 €.
- CS + MCS + MCU + MOP : consult en urgence chez un sujet âgé – 51,50 €.
- Et on peut ajouter UNE majoration contextuelle dans tous ces cas.
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

Exemples en secteur opposable avec dépassement : pas de MCU :

- CS + dép + MCS : cas simple – 31,50 € + dép.
- CS + dep + MCS + MOP : consult chez sujet âgé – 36,50 € + dep.
- CS + dep + MCS + MOP + MHN : consult chez un sujet âgé après 20h – 41,50 € + dep.
- Et on peut ajouter UNE majoration contextuelle dans tous ces cas (sauf MCX PEG)
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

Exemples en secteur 2 avec dépassement : pas de MCU, pas de MOP, pas de MCS :

- C + dép : cas simple – 23 € + dép.
- C + MHN : consult après 20h – 28 € + dep.
- Et on peut ajouter une MCE – 26,50 € (30,50 € en juillet) dans tous ces cas.
- Et on peut ajouter UN acte technique autorisé dans tous ces cas.

La MCE est passée à 26,50 € et passe à 30,50 € au 1er juillet 2025

Il faut connaître ses conditions d'utilisation.

1. Le praticien doit :

- Recueillir et prendre connaissance des éléments constituant le dossier médical ;
- Réaliser une information du patient centrée sur la maladie et son évolution, l'insulinothérapie, l'auto-surveillance, les mesures hygiéno-diététiques, le suivi à court et moyen terme du diabète, les interférences médicamenteuses, les prescription ;
- Synthétiser le dossier et informer par courrier le médecin traitant et, éventuellement, les autres soignants
- Remettre au patient un compte-rendu de consultation ainsi que des documents pédagogiques.

2. Cette majoration s'applique dans le cadre du parcours de soin. Voici les règles de cumul :

- Elle ne se cumule pas avec l'APC.
- Elle se cumule avec les lettres C, CS + MCS et les majorations "universelles".
- Elle se cumule avec la TC et la TCS.
- SO : CS + MCS + MCE +/- dep = 57,50 € (62 € au 1/07) +/- dep - TCS + MCE +/- dep = 56,50 € (60,50 € au 1/07) +/- dep.

- S2 avec dep : C + MCE + dep ou TC + MCE + dep = 49,50 € + dep (53,50 au 1/07).

MCE et diabète

- Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulinorequérant.
- Diabétiques de type 1.
  - Lors de la consultation initiale d'un patient diabétique de type 1.
  - Lors de la première consultation pour adaptation du protocole d'insulinothérapie dans les suites d'une affection ayant déstabilisé la maladie.
  - Lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).
- Diabétique de type 2 insulino-requérant ou devenant insulino-requérant.
- Lors de la consultation initiale d'un patient.
- Lors de la première consultation après survenue d'une ou plusieurs complications du diabète (complications oculaires, rénales, neurologiques, cardio-vasculaires et lésions du pied).
- Lors de la première consultation après hospitalisation pour affection intercurrente ayant déstabilisé la maladie.
- Lors de la ou des consultations pour mise en œuvre de l'insulinothérapie chez un patient non contrôlé par antidiabétiques oraux et mesures hygiénodiététiques.

MCE et endocrinologie

- **Thyroïdite :** toutes les thyropathies auto-immunes, même en euthyroïdie et quasiment toutes les hypothyroïdies au moins 1 fois.
- **Cancer thyroïdien.**
- **Maladie de Basedow, hyperthyroïdie nodulaire ou induite par l'iode, avec complications** : Quasiment toutes les hyperthyroïdies
- **Pathologie hypothalamo – hypophysaire.**
- **Pathologie du métabolisme hydrique.**
- **Pathologie des glandes surrénales.**
- **Pathologie des glandes parathyroïdes.**
- **Tumeur endocrine de l'ovaire ou du pancréas.**
- **Affection pluri-endocrinienne (NEMs).**

Les actes techniques de thyroïdologie

La nouveauté est donc, au 1er **janvier 2026, la possibilité de couplage en 1 consultation à taux plein de** :

- Consultation de référence ou coordonnée : APC, C, CS + MCE et les majorations.
- Échographie thyroïdienne : KCQM001.
- On notera donc : APC + KCQM001, CS + MCS + KCQM001.

Échographie

- Thyroïde : KCQM001 : 34,97 €.
- Parathyroïde : KDQM001: 37,80 €.
- Doppler des troncs supra-aortiques : 69,93 € (mesurer les 4 artères et l'ACI).

Prélèvements échoguidés

- Cytoponction 1 nodule + guidage : KCHJ001 + YYYY028/2 = 38,40 + 17,49 = 55,89 €.
- Cytoponction 2 nodules + guidage : KCHJ004 + YYYY028/2 = 47,99 + 17,49 = 65,48 €.
- Microbiopsie + guidage : KCHJ003 + YYYY028 = 76,80 + 17,49 = 94,29 €.

Évacuation échoguidée avec ou sans alcoolisation

- Simple : KCJB001 + YYYY028 = 38,40 + 17,49 = 55,89 €.
- Avec alcoolisation : HORS NOMENCLATURE (devis à part).

Un mot sur les équipes de soins specialisés (ESS)

Extrait du cahier des charges fournis par la CNAM

L'activité des ESS doit contribuer à :

- Faciliter la coordination des médecins spécialistes de ville ;
- Favoriser l'articulation Ville-Hôpital ;
- Structurer l'offre de second recours sur les territoires, dans une logique de parcours gradués entre les soins primaires, la médecine de ville spécialisée et les centres hospitaliers de référence ;
- Appuyer les professionnels de santé de ville, notamment les médecins traitants ;
- Renforcer les compétences et les expertises de proximité ;
- Apporter des réponses en matière d'accessibilité et de continuité des soins, plus spécifiquement dans les territoires en tension en termes de démographie médicale ;
- Organiser et faciliter l'accès aux soins de premier recours pour les spécialités en accès direct ;
- Inciter l'accueil des internes de spécialité par les médecins adhérents à l'ESS.

Cela peut, par exemple, se matérialiser par :

- La mise en place ou l'optimisation de filières de soins ;
- Le développement d'une offre de télé-expertise ;
- La participation à la réponse aux besoins de soins non programmés, etc.

Les équipes de soins spécialisées ne sont pas des structures de soins et ne peuvent pas facturer de soins aux patients.

Elles doivent aborder la majorité des problématiques liées à une spécialité médicale et non circonscrire leur action à une seule pathologie.

En fonction des réalités de terrain et à titre dérogatoire sur validation de la CPN, une ESS pourra regrouper plusieurs spécialités médicales, notamment dans les territoires particulièrement en tension démographique ne permettant pas de constituer une ESS mono-spécialisée.

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

1. **Un crédit d'amorçage de 80 000€,** attribué en deux fois :
   - 50 % du crédit dévolu à l'amorçage sera versé dès validation de la lettre d'intention simplifiée par l'agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'Assurance Maladie (CPAM), assortie de la signature d'un contrat tripartite ARS-CPAM-ESS). Ce premier règlement doit permettre d'assurer le démarrage des actions de la mission socle et la rédaction du projet de santé.
   - 50 % du crédit sera ensuite versé par la CPAM de rattachement de l'ESS après validation du projet de santé par l'ARS et avis de la caisse.
2. **Une dotation annuelle de 50 000 à 100 000€**, affectée à la réalisation de l'ensemble des missions prévues dans la convention médicale.
   Son montant sera déterminé en fonction de la taille de l'ESS :
   - De 50 000€ pour 10 médecins adhérents (ayant signé le formulaire d'adhésion) ;
   - À 100 000€ pour 100 médecins ou plus.
   - Elle sera proratisée en fonction de sa taille (au nombre exact de médecins sur l'année).
   - Le premier versement interviendra dès la signature du contrat de dotation annuelle.
   - Les versements annuels suivants s'effectueront à date anniversaire du contrat et dès réception des pièces justificatives par la CPAM.

En guise de conclusion et des pistes pour avancer

Pour conclure cette nouvelle convention nous a donné d'un côté et repris de l'autre (MPC et ROSP), nous resterons donc au bas de l'échelle des revenus libéraux.

L'augmentation de la MCE cantonnée à quelques consultations ne peut nous satisfaire et comment expliquer à nos patients qu'une première consultation sera mieux remboursée que les prochaines **dont le remboursement sera inférieur à celles du médecin traitant**.

Notre spécialité est en perpétuelle évolution avec de nouvelles thérapeutiques, de nouvelles technologies et une part importante dédiée à l'ETP, ces avancées très positives pour nos patients n'ont pas été reconnues par nos tutelles.

NOS PROCHAINS COMBATS SERONT DONC :

1. **La reconnaissance de la consultation d'endocrinologie diabétologie nutrition à part entière sans émiettement en créant une lettre « CEDN » comme il existe une « CNPSY ».**
2. **Une APC à aligner sur la réalité d'aujourd'hui et les parcours de soins qui alternent actes techniques et actes cliniques en fonction du résultat de chaque étape.**
3. **Un élargissement des cumuls d'actes techniques : associer consultation, écho, cytoponction ou microbiopsie en 1 temps.**
4. **Remboursement de l'alcoolisation, de la thermoablation, de la cartographie ganglionnaire, des actes de diabétologie (holter, pose de pompe, courbes de BF).**

Une formation FENAREDIAM - SEDMEN sur les cotations sera prochainement disponible en e-learning et classes virtuelles (DPC et FAF).

Consultez régulièrement le site de la FENAREDIAM et le site www.capeden.fr. et nous vous préviendrons dès qu'elle sera disponible.

FENAREDIAM

CAPEDEN