

CONCLUSIONS

M. Alexandre LALLET, rapporteur public

Nous vous avons entretenu lors d'une récente séance de jugement de la classification commune des actes médicaux, la CCAM. Il s'agit d'une nomenclature d'actes arrêtée par l'UNCAM depuis 2005, qui sert de référence à la fixation des tarifs par la convention médicale. Est aujourd'hui en cause l'acte coté YYYY010. La CCAM en donne la définition suivante : « *Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques (pose d'une perfusion, administration d'oxygène, soins de réanimation cardio-respiratoires...) et la présence prolongée du médecin (en-dehors d'un établissement de soins) dans les situations suivantes (...)* ». Suit une énumération comprenant notamment la détresse respiratoire, la détresse cardiaque ou encore l'état aigu d'agitation.

4 médecins urgentistes regroupés dans la SELARL Horizon Médical ont facturé en 2006 de nombreux actes sous cette cotation. Estimant ce choix injustifié, la CPAM de l'Hérault a demandé à chacun d'eux de rembourser les montants indûment facturés, pour plusieurs milliers voire dizaines de milliers d'euros chacun. Les intéressés ont porté l'affaire devant le tribunal des affaires de sécurité sociale de Montpellier, qui a sursis à statuer le temps que la juridiction administrative se prononce sur la « *nature exacte de la CCAM* » et « *la question de savoir si le chapitre 19 de la CCAM ne crée pas un principe d'inégalité entre les médecins urgentistes organisés sur le modèle de la SELARL Horizon Médical et les médecins libéraux en ce que les premiers sont privés du droit à une cotation majorée pour le seul motif qu'ils réalisent les actes dans un établissement de soins* ».

Vous êtes compétent pour connaître de ce recours, ce qui vous permettra au passage de répondre à la première question du TASS concernant la nature juridique de la CCAM. La décision du 11 mars 2005 de l'UNCAM qui arrête cette classification, laquelle s'est en grande partie substituée à la nomenclature générale des actes professionnels auparavant fixée par arrêté ministériel, constitue un acte réglementaire, émanant par ailleurs d'une autorité à compétence nationale (CE, 24 septembre 2012, Syndicat des médecins pathologistes français, n° 350774-352590).

La recevabilité du recours pose en revanche difficulté. Il semble que le TASS ait prononcé un jugement avant dire droit distinct pour chacun des médecins intéressés. Or en dépit de la fin de non-recevoir opposée par le ministre, les requérants ne produisent que le jugement concernant M. E.... Il est certain que le défaut de production du jugement de renvoi, qui détermine tout à la fois la validité et la portée de la saisine du juge administratif, conditionne la

recevabilité d'un recours en appréciation de légalité (V. admettant la production du jugement en cours d'instance : CE, 29 mars 2000, SARL Soprodif, n° 215950, aux T.). La requête est donc irrecevable en tant qu'elle émane des trois autres requérants. Ces derniers ne peuvent en outre être regardés comme intervenants, faute d'avoir produit un mémoire distinct.

Vous êtes par ailleurs saisi d'une intervention d'un 5^{ème} médecin intéressé à la question posée, quoique étranger à l'affaire portée devant le TASS de Montpellier puisqu'il exerce dans le Cantal. Vous admettez l'intervention de personnes qui ont intérêt à ce que la validité de l'acte administratif litigieux soit reconnue ou déniée (CE, Section, 22 décembre 1967, Ministre des finances c/ A..., n° 67656-67705-67732, au Rec.). En l'occurrence, le praticien fait l'objet d'une procédure analogue de répétition d'indu pour des faits similaires. Il a clairement intérêt à ce que vous jugiez la cotation litigieuse illégale. Vous admettez donc son intervention.

Venons-en à la question de la légalité du chapitre 19 de la CCAM. Eu égard aux moyens invoqués, et d'ailleurs au litige porté devant le TASS, dont la plume a un peu dérapé, vous pourrez vous contenter de vous prononcer sur la légalité de la cotation YYYY010 qui figure dans ce chapitre 19. Le champ de votre saisine est bien bordé par le jugement de renvoi : il s'agit seulement de déterminer si cette cotation est contraire au principe d'égalité.

A titre liminaire, il convient de clarifier la portée de la disposition, qui est rédigée dans des termes assez ambigus. A première lecture, on pourrait voir dans la parenthèse « *(en-dehors d'un établissement de soins)* » une exception à la condition portant sur la présence prolongée du médecin. Ce dernier serait dispensé de la remplir lorsqu'il intervient dans un établissement de soins.

Les parties s'accordent toutefois sur une lecture diamétralement opposée, consistant à y voir un véritable élément constitutif de l'acte. C'est le sens que lui a donné la jurisprudence judiciaire, telle qu'elle résulte de six arrêts de la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation rendus entre 2011 et 2014, dont le premier concernait d'ailleurs M. E...¹, qui est un récidiviste : **la facturation d'un acte coté YYYY010 suppose qu'il ne soit pas accompli dans un établissement de soins**. La parenthèse s'analyse ainsi comme une explicitation voire une illustration de la condition tenant à la présence prolongée du médecin : cette présence n'est pas nécessaire lorsque le patient se trouve dans un établissement de soins, donc l'acte ne peut être facturé à ce titre. La doctrine administrative était clairement en ce sens lorsqu'en 2001 a été introduite la cotation du même acte en NGAP, libellée en des termes identiques². Il n'est pas douteux qu'en le reprenant tel quel dans la CCAM, l'UNCAM n'a pas entendu en modifier le sens.

Revenons au moyen de violation du principe d'égalité. Son opérance peut faire hésiter un instant. En soi, les effets juridiques de la nomenclature sont assez limités. L'autonomisation d'un acte a seulement pour effet de permettre aux partenaires conventionnels de lui assigner un tarif qui pourra être distinct de ceux des autres actes inscrits, ce qui ne serait pas possible si le geste professionnel en cause était regroupé avec d'autres au sein d'une cotation unique. En revanche, l'existence de la cotation YYYY010 ne préjuge en rien d'une inégalité tarifaire, laquelle ne résulte que des tarifs fixés par la convention médicale. Autrement dit, en première

¹ cf. not. n° 10-16767, n° 11-19596 et n° 13-22530

² V. arrêté du 7 juin 2001 modifiant la NGAP et la circulaire n° 97/2001 de la CNAMTS du 1^{er} août 2001

analyse, l'existence d'une cotation a seulement pour effet de **rendre possible une différenciation tarifaire**. L'effet est d'autant plus limité que, ainsi que vous l'avez relevé et béni dans une récente décision à nos conclusions, l'UNCAM s'est courageusement abstenue de définir la hiérarchisation des actes de la CCAM, comme le législateur le lui prescrivait³. En l'occurrence, et même si le dossier est un peu confus sur ce point⁴, les médecins intéressés semblent pouvoir facturer leur intervention comme une consultation ou une visite lorsque les conditions posées par la cotation YYYY010 ne sont pas remplies⁵. Il nous semble toutefois qu'il y a prise pour un contrôle au regard du principe d'égalité, en tant que ce dernier fait obstacle à toute différenciation qui ne serait pas en rapport direct avec l'objet de la norme. Cela revient à opérer un contrôle de pertinence des distinctions utilisées.

L'objet de la CCAM a été explicité par votre jurisprudence : il résulte de l'article R. 162-52 du code de la sécurité sociale qu'elle est établie, dans l'intérêt de la santé publique et des assurés sociaux, « *en fonction du progrès des techniques médicales, des modalités selon lesquelles sont exécutés les actes, de l'évolution du volume d'activité et des revenus de la profession* » (CE, 17 mars 2014, SMAER et autre, n° 353154-354320-357697, aux T.).

M. E... fait valoir qu'il n'existe pas de différence pertinente de situation entre un médecin installé dans un cabinet en ville et un médecin qui exerce physiquement dans l'enceinte d'un établissement de santé, mais juridiquement au sein d'une maison médicale de garde hébergée par un tel établissement. Il s'agit d'ailleurs d'un cas fréquent, puisque les maisons médicales de garde, qui ne sont pas des établissements mais des cabinets de groupe, ont notamment été conçues pour décharger les services d'urgences⁶. Il fait valoir que, dans tous les cas, le geste professionnel est le même. Le seul fait que le praticien puisse, dans le second cas, bénéficier du plateau technique de l'établissement ne justifie pas que l'acte ne puisse bénéficier de la cotation litigieuse, d'autant que cette mise à disposition trouve sa contrepartie dans le versement d'une redevance.

Les défenseurs rétorquent que l'esprit de la cotation YYYY010 est de couvrir les actes d'urgence réalisés par des médecins libéraux dans des circonstances exceptionnelles, c'est-à-dire celles dans lesquelles ces derniers doivent dispenser de manière inopinée un traitement de premier recours à des patients en risque vital, au cabinet, au domicile du patient ou sur la voie publique, le temps que le service mobile d'urgence et de réanimation les transporte à l'hôpital⁷. L'exigence d'une présence prolongée du médecin renvoie précisément à ce délai de prise en

³ CE, 22 octobre 2014, Association société d'imagerie musculo-squelettique et autres, n° 365641, aux T.

⁴ Dans les litiges portés devant le TASS, la CPAM a réclamé le reversement de l'intégralité des sommes facturées, et non de la différence entre le tarif de l'acte YYYY010 et celui d'un autre acte...

⁵ La CCAM prévoit en outre une majoration M en cas de soins d'urgence dispensés au cabinet. Mais cette majoration doit s'appliquer à l'un des actes prévus par la CCAM.

⁶ V. la circulaire DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B n° 2007-137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire : « *Il est recommandé que la Maison Médicale de Garde soit de préférence située dans une enceinte hospitalière ou contiguë d'une structure d'urgence (...) La MMG peut toutefois être située hors d'une enceinte hospitalière ou d'une structure médico-sociale* ».

⁷ En vertu de l'article R. 6311-2 du code de la santé publique, il appartient aux services chargés de l'aide médicale urgente de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée aux appels reçus, de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation adaptés, de préparer l'accueil, d'organiser le transport dans un établissement et de veiller à l'admission.

charge. Lorsque le patient se trouve dans un établissement de soins, il a vocation à être pris en charge directement par ce dernier.

Nous comprenons de cet argumentaire que la différence de situation tient à **l'absence de nécessité de l'exécution de l'acte par le médecin** et, plus précisément, à l'absence de nécessité d'une présence prolongée de ce dernier lorsque le patient a vocation à être pris en charge immédiatement par l'établissement de soins dans lequel il se trouve physiquement. Autrement dit, si la cotation est ouverte à un médecin exerçant dans une maison médicale de garde située en ville mais non à celui qui exerce dans une structure analogue au sein d'un hôpital, ce n'est pas tant parce que les modalités d'accomplissement du geste professionnel diffèrent, que parce que, dans le second cas, le patient a vocation à être immédiatement admis aux urgences. Il est tout à fait certain que la prise en charge dans une structure hospitalière de médecine d'urgence présentant les garanties humaines et techniques mentionnées aux articles D. 6124-1 à D. 6124-11 du code de la santé publique n'est pas comparable à l'intervention du médecin dans son cabinet, dans une maison médicale de garde en ville, au domicile du patient – comme c'est le cas de SOS Médecins - ou, *a fortiori*, dans la rue.

Il faut toutefois rappeler que, si tout établissement de santé a vocation à délivrer des soins, en vertu de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, tous ne disposent pas d'un service d'urgence, loin s'en faut. Conformément au 14° de l'article R. 6122-25 du même code, l'activité de médecine d'urgence au sein d'un établissement est subordonnée à la délivrance d'une autorisation par le directeur général de l'ARS, dans les conditions fixées aux articles R. 6123-1 et suivants du même code. Plus largement, l'extrême variété des établissements de santé, dont beaucoup n'ont pas vocation à prendre en charge les traitements d'urgence visés par la cotation YYY010, conduit à douter de la pertinence d'une simple référence à cette notion. Il serait logique qu'un médecin libéral appelé en urgence pour s'occuper d'un patient en détresse respiratoire dans un centre de cure thermale puisse facturer cet acte. La seule circonstance que le patient se trouve dans un « environnement médicalisé » ne nous paraît pas suffire à justifier qu'on le lui refuse. En particulier, le seul fait que ces établissements sont censés disposer du petit matériel nécessaire aux interventions de premier recours, voire d'un chariot d'urgence⁸, n'enlève rien au stress du médecin, à la technicité de son intervention et à la nécessité de sa présence prolongée auprès du patient, jusqu'à son hospitalisation dans une structure adaptée. A la limite, le cabinet du médecin ou la maison médicale de garde en ville peut constituer un cadre plus propice à une telle intervention. Ajoutons que, par une interprétation large de la notion d'« établissement de soins », on pourrait aussi en venir à proscrire la tarification d'un tel acte aux médecins intervenant dans les établissements médico-sociaux, comme les EHPAD médicalisés, où l'on délivre régulièrement des soins. Nous n'en voyons pas davantage la justification.

Il nous semble toutefois possible de livrer une interprétation neutralisante de la disposition réglementaire litigieuse, en s'appuyant sur le fait que le lieu d'intervention n'est qu'une illustration de la condition touchant à la présence prolongée du médecin. La cotation ne nous paraît ainsi exclue que lorsque l'intervention se déroule **dans un établissement susceptible de délivrer à un patient se trouvant dans l'un des états pathologiques énumérés par la disposition litigieuse les soins appropriés à son état, de sorte que la**

⁸ A titre d'exemple, dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, comme les centres de cure, l'article D. 6124-177-7 du code de la santé publique prescrit la présence d'un chariot d'urgence accessible en permanence.

présence prolongée du médecin intervenant n'est pas requise⁹. Précisons que cette interprétation restrictive ne changerait rien au sort de M. E..., puisqu'il exerce au sein même d'une clinique autorisée à faire fonctionner un service d'urgence par l'ARS.

Sous cette réserve, la différence de traitement instaurée par la disposition litigieuse nous paraît en rapport direct avec l'objet de la norme. Et on peut difficilement caractériser une disproportion manifeste, alors que l'ampleur de la différence de traitement dépend du tarif affecté à l'acte, qui résulte d'un acte distinct.

PCMNC à l'admission de l'intervention, au rejet de la requête et à ce qu'une somme de 500 euros soit mise à la charge de chaque requérant au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

⁹ La condition touchant à la « présence prolongée du médecin » nous paraît en outre justifié que la cotation soit refusée lorsque le patient se trouve à proximité immédiate d'un tel établissement (par exemple, sur le trottoir situé devant l'hôpital).