



NOTICE D'INFORMATION du DE : DEPASSEMENT POUR EXIGENCE PARTICULIERE DU PATIENT



1.HISTORIQUE :

Lors de la première convention de Mai 1960, des autorisations de dépassement étaient prévues pour situation de fortune de l'assuré (DF), pour notoriété du praticien (DN) ou pour exigence particulière du malade (DE).

Puis lors de la convention nationale de Novembre 1971, le DE persistait pour les médecins de secteur 1, le DF disparaissait et le DN devenait Droit Permanent à Dépassement (DP).

Depuis la convention de 1980, le DE est toujours maintenu, mais le DP est fermé et un secteur à honoraires libres a été créé, le secteur 2.

2.TEXTE DE LOI EN VIGUEUR :

Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale, Article 39 Respect des honoraires opposables et modalités de dépassements exceptionnels

Article 39.1 Cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical (DE)

'En cas de circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du malade non liée à un motif médical, 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 en indique notamment le montant et le motif.

L'indication "DE" est portée sur la feuille de soins.'

3.ELEMENTS D'APPRECIATION :

En complément des tarifs dits conventionnels, CINQ éléments permettent de justifier et préciser les compléments d'honoraires:

- la notoriété du médecin
- le temps passé et de la complexité de l'acte
- le service rendu
- les possibilités financières du patient
- le tarif moyen des autres praticiens du territoire à activité comparable

4.DEONTOLOGIE ET CADRE LEGAL : art 53 du Code de déontologie / art 4127-53 du CSP

La jurisprudence, tirée des décisions des différentes instances appelées à statuer sur ce sujet, n'a jamais défini d'éléments chiffrés, appréciant cette notion au cas par cas, comme l'a toujours recommandé le Conseil National de l'Ordre des Médecins rappelant le principe déontologique du 'tact et mesure'.

'Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.'

Bien que cette notion de 'tact et mesure' soit ordinale, les organismes d'assurance maladie (CPAM locales) considèrent qu'il est de leur mission que les ayants-droits aient un égal accès aux soins de qualité.

Ainsi, la CPL (Commission Paritaire Locale) est compétente pour connaître et juger de possibles abus de ces droits à dépassement.

Le décret n°2020-1215 du 2 octobre 2020 expose la procédure applicable au refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

En cas de dépassements d'honoraires « abusifs », le professionnel de santé est passible d'une amende au moins égale à deux fois le montant des dépassements facturés. En cas de récidive, dans un délai de 3 ans, *'les professionnels de santé peuvent encourir de nouvelles sanctions ; le retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de trois ans, la suspension de la participation au financement des cotisations sociales pour une durée maximum de trois ans.'*

5.OBLIGATIONS D’AFFICHAGE et D’INFORMATIONS AUX PATIENTS :

Arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins :

La situation des médecins vis-à-vis de la convention et les niveaux d'honoraires envisagés en cas de droit à dépassement ou de non convention, doivent faire l'objet d'une information préalable du patient par voie d'affichage dans la salle d'attente et de réponses aux demandes formulées, afin que la notion de « gré à gré » soit respectée.

Pour ce qui concerne les honoraires des médecins autorisés à dépassement, le texte parle de « *fourchettes d'honoraires* » pour les prestations couramment pratiquées par le médecin.

Code de santé publique : *'Le médecin se conforme aux dispositions des articles L. 1111-3-2 et L. 1111-3-3 en ce qui concerne l'information du patient sur les frais afférents à ses prestations et aux conditions de prise en charge et de dispense d'avance de ces frais. Il veille à l'information préalable du patient sur le montant des honoraires.'*

Le médecin doit répondre à toute demande d'information ou d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement.'

6. EN PRATIQUE :

6a. Dans quelles circonstances est-il licite de coter le DE et avec quels patients ?

Le code DE concerne les consultations relatives à une **exigence particulière du patient** non liée à un motif médical, **en dehors du cadre habituel de temps ou de lieu et sauf urgence**.

Par exemple :

- le patient demande un rendez-vous en dehors des horaires d'ouverture du cabinet.
- une visite à domicile sans raison de santé, par un patient en capacité de se déplacer.

Ainsi toutes les exigences particulières non justifiées par l'état de santé (consultation en dehors des heures habituelles, visite à domicile non justifiée...etc) seront facturées en plus, et ne seront **pas prises en charge par la sécurité sociale**.

Le dépassement d'honoraires pour exigence du malade concerne tous les assurés qui consultent en dehors du cadre habituel et sans motif médical, y compris les bénéficiaires de la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C).

À noter : Le remboursement du DE est prévu par certaines mutuelles et complémentaires santé.

* [Que signifie le code DE sur la feuille de soins ? - Sante-pratique-paris](#)

6b. Quel montant de dépassement DE est-il applicable ?

Le DE doit obéir au principe du 'tact et mesure' et être défini selon la complexité du geste, de l'examen, de l'exigence particulière du patient ou tout autre motif légitime.

Le DE ne doit en aucun cas être systématisé avec un montant prédéfini ou être appliqué dans le cadre d'une organisation médicale (ex : consultations le samedi matin ou RDV après 17h...)

Par exemple :

un patient vu en dehors des RDV à l'heure du déjeuner pour un examen ne devrait pas être l'objet du même DE qu'un autre patient examiné après les RDV du soir avec différents motifs complexes ou suite à une exigence de visite à domicile...etc

Ainsi les organismes d'assurance maladie ont une tolérance propre du DE, dont l'utilisation est aussi hétérogène selon les régions.

Il n'est pas défini de montant maximum de DE ni de nombre de patients en conséquence, appréciant cette notion au cas par cas, avec 'tact et mesure' et le respect du 'gré à gré'.

L'usage cependant tend à une tolérance relative à un DE limité à 50% de la valeur de l'acte principal pour 25% de la patientèle mais cela reste un usage et non une règle.

6c. Quelle est la fiscalité du DE ?

Le DE étant considéré comme un complément d'honoraires, il ne bénéficie pas par la CPAM de la prise en charge d'une partie des cotisations des médecins exerçant en secteur 1.

Le DE est **soumis à des cotisations supplémentaires à l'URSSAF** et il est donc important d'en tenir une comptabilité propre.