

CIRCULAIRE

CIR-4/2019

Document consultable dans Médi@m

Date :

05/02/2019

Domaine(s) :

gestion du risque

gestion des prestations en nature

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐

Objet :

Décision UNCAM du 5 octobre 2018 et du 6 novembre 2018

Liens :

Cir-20/2017

Cir-21/2018

Cir-22/2018

Cir-8/2018

Plan de classement :

P10-02 P06-01

Emetteurs :

DDGOS DDO

Pièces jointes : 6

à Mesdames et Messieurs les

☒ Directeurs	☒ CPAM	☐ CARSAT	☒ Cnam
☒ Agents Comptables	☐ UGECAM	☒ CGSS	☒ CTI
☒ DCGDR			
☒ Médecins Conseils	☒ Régionaux	☒ Chef de service	

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

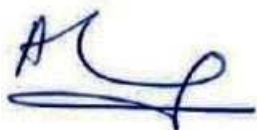
La présente circulaire a pour objet de présenter les modifications de la liste des actes et prestations définie à l'article L 162-1-7 du code de sécurité sociale actée dans la décision du 5 octobre 2018 publiée au journal officiel du 28 novembre 2018 et dans la décision du 6 novembre 2018 publiée au journal officiel du 19 décembre 2018.

Ces modifications correspondent à la mise en œuvre des mesures NGAP et CCAM de l'avenant 6 de la convention médicale applicables en 2019.

Mots clés :

Convention médicale ; TE1 ; TE2 ; VL ; MIA ; CSE ; CTE ; MPB ; PPN ; NGAP

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



Annelore CORY

Le Directeur Délégué
aux Opérations



Pierre PEIX

CIRCULAIRE : 4/2019

Date : 05/02/2019

Objet : Décision UNCAM du 5 octobre 2018 et du 6 novembre 2018

Affaire suivie par : dact.ddgosdos@cnamts.fr **mot clef à mettre en objet : LRCONV2016**

La présente circulaire a pour objet de présenter les modifications de la liste des actes et prestations définie à l'article L 162-1-7 du code de sécurité sociale actée dans la décision du 5 octobre 2018 publiée au journal officiel du 28 novembre 2018 et dans la décision du 6 novembre 2018 publiée au journal officiel du 19 décembre 2018.

Ces modifications correspondent à la mise en œuvre des mesures NGAP et CCAM de l'avenant 6 de la convention médicale applicables en 2019.

1. Modifications de la NGAP

Les partenaires conventionnels ont souhaité dans le cadre de l'avenant 6 signé le 14 juin 2018 (JO du 10 août 2018) :

- élargir le champ de consultations déjà inscrites à la NGAP,
- créer de nouvelles consultations complexes et très complexes.

Ces modifications ont fait l'objet de la décision UNCAM du 6 novembre 2018 publiée au journal officiel du 19 décembre 2018 et sont applicables au 10 février 2019.

Les flyers réalisés en novembre 2017 pour la présentation des nouvelles consultations et majorations complexes et très complexes ont été actualisés et un nouveau flyer a été créé pour les nouveaux contextes de facturation de la VL (annexe de 1 à 5).

1.1 Elargissement du champ de consultations et visites déjà inscrites à la NGAP

La convention médicale a permis via la décision UNCAM du 21 juin 2017 la création de consultations complexes et très complexes à partir du 1^{er} novembre 2018. La circulaire 20-2017 présentait ces différentes consultations. Le champ d'application de deux d'entre elles (PPN et MPB) est modifié par la décision du 6 novembre 2018.

1.1.1 La majoration “PPN” pour une consultation complexe de prise en charge d’un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d’épilepsie instable, en cas d’épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie (article 15.8 b)

Les partenaires conventionnels ont souhaité élargir la consultation complexe valorisée par la majoration PPN à d’autres maladies neurodégénératives que la sclérose en plaque et la maladie de Parkinson.

Les modifications suivantes ont été ainsi apportées au texte de la NGAP permettant également des corrections de coquilles :

Majoration PPN pour une consultation complexe de prise en charge d’un patient atteint de ~~sclérose en plaques, de maladie de Parkinson~~ maladie neurodégénérative ou d’épilepsie instable, en cas d’épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie

La consultation complexe réalisée dans le cadre du parcours de soins coordonné concerne la consultation effectuée :

- par un ~~spécialiste en neurologie~~ neurologue auprès d’un patient traité pour une ~~sclérose en plaques, de maladie de Parkinson~~ maladie neurodégénérative ou une épilepsie ;
- par un pédiatre présentant une compétence spécifique en neurologie auprès d’un patient traité pour une épilepsie, avec une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : instabilité de la maladie, épisode aigu, complication nécessitant une révision du traitement.

Cette consultation s’inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné, permet sur la base du bilan clinique et paraclinique d’identifier ou de confirmer une instabilité, une aggravation ou une complication, d’adapter ou d’élaborer un nouveau traitement qui inclut le cas échéant l’organisation des soins spécialisés en lien avec un centre de référence, éventuellement en réseau, dans le respect des référentiels en vigueur, en prenant en compte les attentes et préférences du patient.

A l’issue de la consultation, les conclusions diagnostiques et thérapeutiques sont inscrites dans le dossier médical du patient. Le cas échéant, un retour au médecin traitant doit être réalisé par courrier ou voie électronique sécurisée.

Cette consultation réalisée par les neurologues et ~~aux~~ les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie doit donner lieu à l’inscription du code majoration PPN dans le dossier médical du patient ~~du code majoration PPN~~.

~~Celle-ci~~ Elle est facturable une fois par an et par patient, le code prestation agrégé à transmettre à l’Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est **MCX**.

Cette facturation peut cependant être réitérée dans l’année du fait d’un épisode aigu ou d’une complication nécessitant une révision du projet thérapeutique.

Les nouveaux contextes de facturation sont résumés dans ce tableau (qui vient en annule et remplace du tableau 2.2.9 en p.12 de la circulaire 20-2017) :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
neurologue (Secteur 1 ou OPTAM) code spécialité 17 et 32	PPN	62,70 €	CNPSY +MPC PS+MCS +MCX	Quel patient ? Maladie neurodégénérative (Sclérose en plaque, maladie de Parkinson ...) / épilepsie Comment ? Adaptation ou élaboration d’un nouveau traitement sur la base du bilan clinique et paraclinique + conclusions diagnostiques et thérapeutiques inscrites dans le dossier patient + retour Médecin traitant Quand ? 1 fois par an +/- en cas d’épisode aigu ou complication nécessitant la révision du projet thérapeutique	parcours de soins coordonnés

Pour les pédiatres présentant une compétence spécifique en neurologie le contexte de facturation reste inchangé car la PPN est facturable uniquement dans le cadre de l’épilepsie instable (les maladies neurodégénératives restent exclues de leur champ de facturation possible).

1.1.2 La majoration MPB pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation du suivi d'un patient traité par biothérapie (anti-TNF alpha) pour une pathologie inflammatoire par un rhumatologue, un dermatologue, un médecin interniste ou un gastro-entérologue (Article 15.9 b)

Les partenaires conventionnels ont souhaité élargir la consultation très complexe valorisée par la majoration MPB à la facturation par le dermatologue en cas de psoriasis traité par biothérapie (anti-TNF alpha).

L'utilisation des biothérapies dont les anti TNF alpha (infliximab, étanercept, adalimumab...) dans le psoriasis est réservée aux formes sévères n'ayant pas répondu au traitement ou ayant une contre-indication à au moins deux autres traitements préalables dont la photothérapie, le méthotrexate, l'acitrétine et la ciclosporine. Elles sont pour la plupart administrées par voie parentérale (injection sous-cutanée ou perfusion) en milieu hospitalier ou non. Ces traitements justifient un suivi rapproché (détection des effets secondaires ou indésirables¹, adaptation des doses et de la durée du traitement). Certains de ces médicaments ont des indications dans des formes sévères de psoriasis (psoriasis étendu) sans signes rhumatologiques.

A l'article 15.9. b) dans le paragraphe consacré à la consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (MPB) sont ajoutés, les termes « le dermatologue en cas de psoriasis » après le terme « rhumatologue ».

L'évolution des règles de facturation est résumée dans ce tableau (qui vient en annule et remplace du tableau 2.4.6 en p. 20 de la circulaire 20-2017) :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
rhumatologue ou médecin interniste (S1 ou OPTAM) code spécialité 14 et 09	MPB	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	Quel patient ? patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié) atteint de polyarthrite rhumatoïde active de la spondylarthrite ankylosante ou de le rhumatisme psoriasique Comment ? Retour Médecin traitant Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi	parcours de soins coordonnés
gastro-entérologue (S1 ou OPTAM) code spécialité 08				Quel patient ? patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié) atteint de la maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique Comment ? Retour Médecin traitant Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi	
dermatologue (S1 ou OPTAM) code spécialité 05				Quel patient ? patient ayant un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha déjà initié) et atteint de psoriasis dès lors qu'il s'agit d'une forme sévère par son étendue et/ou son retentissement Comment ? Retour Médecin traitant Quand ? une seule fois par patient, lors de l'initiation du suivi	

¹ Risque suicidaire sous Otezla (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Lettre aux professionnels de santé - novembre 2016. Otezla® (aprémilast) : nouvelles recommandations importantes concernant les idées et comportements suicidaires)

1.1.3 La visite longue et complexe VL

La visite longue et complexe pour les patients atteints de maladie neurodégénérative (VL) a été créée par décision UNCAM du 20 décembre 2011 (JO du 21 février 2012).

A la suite de la signature de la convention médicale de 2016 et par décision UNCAM du 21 juin 2017 la VL a été modifiée afin de permettre sa meilleure utilisation par le médecin traitant (présence des aidants non obligatoires), d'acter son ouverture au médecin traitant de l'enfant, tout en permettant son utilisation jusqu'à 3 fois par an et par patient.

L'avenant 6 de la convention médicale signé le 14 juin 2018 et paru au JO du 10 août 2018 indique à l'article 4 « Les partenaires conventionnels proposent d'étendre les indications de la visite très complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient, dite « VL », définie à l'article 15.2.3 de la NGAP aux patients en soins palliatifs et aux patients en affection longue durée ou âgés de plus de 80 ans, qui sont vus pour la première fois par le médecin traitant et qui sont en incapacité de se déplacer pour raison médicale. Au-delà, afin de préserver l'accès aux soins à domicile des patients les plus âgés ou en situation de handicap, notamment celles dans l'incapacité de se déplacer, ils conviennent d'examiner les conditions dans lesquelles le champ d'application de la visite très complexe « VL » pourrait être élargi progressivement, dans le courant de la convention en cours, à d'autres situations médicales qui le justifient ».

Pour rappel au sens de l'article 1110-10 du code de la santé publique, les soins palliatifs sont : « des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

Afin de prendre en compte ces nouveaux contextes de facturation de la VL, l'article de la NGAP est renommé « Consultation très complexe réalisée au domicile du patient » et est scindé en trois parties correspondant à 3 consultations différentes :

- Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant
- Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant
- Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant

Les différents contextes de facturation de la VL à partir du 10 février 2019 sont :

Consultation très complexe réalisée au domicile du patient :	Descriptif	Facturation
a) Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neurodégénérative par le médecin traitant	Quel patient ? patients en ALD pour une pathologie neurodégénérative identifiée Comment ? Si possible en présence des aidants habituels : - Réalisation d' une évaluation de l'état du patient : autonomie, capacités restantes, évolution des déficiences ; - Evaluation de la situation familiale et sociale ; - Formalisation de la coordination nécessaire avec les autres professionnels de santé et les structures accompagnantes ; - Information du patient et les aidants sur les structures d'accueil ; - Inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient. Quand ? Jusqu'à 3 fois par année civile et par patient	VL (60 €)
b) Consultation réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant (facturable à partir du 10 février 2019)	Quel patient ? patient en soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique Comment ? - réalisation de l'évaluation médicale du patient dans le but d'atteindre les objectifs des soins palliatifs au sens de l'article L.1110.10 du code de la santé publique ; - organisation et coordination de la prise en charge des soins en lien avec l'équipe pluri- disciplinaire de soins palliatifs ; - inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient. Quand ? Jusqu'à 3 fois par année civile et par patient	
c) Première consultation du médecin réalisée au domicile d'un patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant et souhaitant déclarer celui-ci comme médecin traitant (facturable à partir du 10 février 2019)	Quel patient ? en incapacité de se déplacer pour raison médicale et : <u>soit</u> bénéficiaire d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD <u>soit</u> âgé de plus de 80 ans. Comment ? - recueil de toutes les informations permettant de retracer l'histoire médicale et les antécédents du patient ; - réalisation de l'évaluation médicale du patient ; - organisation de la prise en charge coordonnée des soins ; - inscription des conclusions de cette visite dans le dossier médical du patient ; - recueil du choix de déclaration de médecin traitant du patient. Quand ? Lorsque le médecin se déplace pour la première fois au domicile d'un patient qui va entrer dans sa patientèle Médecin traitant (patient n'ayant pas ou devant changer de médecin traitant)	

1.2 Création de nouvelles consultations complexes et très complexes

3 nouvelles consultations sont créées à la nomenclature le 10 février 2019 :

- **MIA** : une consultation très complexe valorisée par le code prestation MTX de 30€ (métropole et DROM)
- **CSE** : une consultation complexe valorisée par le code prestation CCX de 46€ en métropole et 55,2€ dans les DROM
- **CTE** : une consultation très complexe valorisée par le code prestation CCE de 60€ en métropole et 72€ dans les DROM

1.2.1 Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.

Contexte et contenu

Cette consultation initiale d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène permet d'identifier la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, d'orienter et hiérarchiser la recherche étiologique, d'identifier les situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. Elle inclut un temps d'information du patient et, si nécessaire, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.

Le compte-rendu dans le dossier du patient comprendra le plan de soins et/ou l'orientation, et dans les trois situations la description :

- des pupilles et leur réactivité à des stimuli,
- de la motilité oculaire, avec examen au verre rouge en cas de diplopie,
- de l'aspect des paupières et des fentes palpébrales, avec étude du muscle releveur de la paupière supérieure en cas de ptosis.

Règle de facturation

Afin de facturer la majoration pour consultation très complexe correspondante, le code prestation à transmettre sur la feuille (électronique ou papier) à l'assurance maladie est MTX.

Pour rappel ce code prestation MTX peut être facturé dès lors que le médecin est en secteur à honoraires opposables ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016.

Les règles de facturation sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
ophtalmologue (S1 ou OPTAM) code spécialité 15	MIA	60,00 €	CS+MPC+MCS+MTX	Quel patient ? patient présentant une anisocorie ou une diplopie brutale ou récente avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène Comment ? - Identification de la localisation et le mécanisme potentiel de l'atteinte neuro-ophtalmologique sur la base des arguments cliniques, -orientation et hiérarchisation de la recherche étiologique, d'identification des situations de grande urgence afin d'orienter le patient dans la filière de soins adaptée. - temps d'information du patient et, un temps de coordination de la prise en charge pour la gestion de l'urgence.	parcours de soins coordonnés
neurologue (S1 ou OPTAM) code spécialité 17 et 32	MIA	76,70 €	CNPSY +MPC PS+MCS +MTX	+ retour médecin traitant Quand ? une seule fois par patient, lors de la consultation initiale	

1.2.2 Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste, un pédiatre ou un psychiatre - CSE

1.2.2.1 Contexte et contenu

Selon les recommandations de la HAS de février 2018 : « Le diagnostic initial de TSA doit conduire à un suivi médical régulier de l'enfant dans les différentes dimensions de sa santé et de ses besoins par le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant, en lien avec les équipes spécialisées de 2ème ligne Des réévaluations pluri professionnelles du fonctionnement et des soins de l'enfant sont nécessaires au cours de son parcours au vu du caractère potentiellement dynamique et non fixé du TSA afin de réadapter le projet personnalisé d'interventions. Il est rappelé que le diagnostic de TSA doit être réinterrogé. » et « Il est recommandé que le médecin assurant le suivi habituel de l'enfant soit informé, avec l'accord des parents, des bilans effectués et qu'il conserve sa fonction de référent dans le suivi de l'enfant (notamment pour coordonner le diagnostic des troubles associés et effectuer les démarches administratives - MDPH et ALD - en lien avec les équipes spécialisées de 2ème ligne)».

En pratique, le rythme du suivi habituel doit être adapté à l'état de l'enfant. Ce suivi habituel est complété une fois par an par une consultation de suivi et de coordination en lien avec le suivi pluri professionnel dont le rythme est lui aussi annuel selon les recommandations.

La consultation de suivi et de coordination doit permettre, en lien avec les professionnels de seconde ligne :

- de réaliser un examen somatique sensoriel, avec évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme et des pathologies associées (réévaluation du diagnostic et de l'intensité du trouble et dépistage de nouvelles pathologies) ;
- de faire le lien avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant la prise en charge de l'enfant pour son trouble du spectre de l'autisme et les pathologies associées ;
- d'orienter la prise en charge.

1.2.2.2 Règle de facturation

Cette consultation doit donner lieu à l'inscription du code consultation CSE dans le dossier médical du patient.

Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par an par un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre.

Afin de facturer la consultation complexe correspondante, le code prestation agrégé à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCX.

A l'instar des autres consultations complexes valorisées par le code facturation CCX (la CSO et la CSM) cette nouvelle consultation complexe CSE :

- est facturable quel que soit le secteur de conventionnement du médecin,
- doit être facturée à tarif opposable,
- n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP),
- n'est pas cumulable d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016,
- ne peut pas être facturée pour un patient hospitalisé.

Les règles de facturation sont résumées dans ce tableau :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif métropole	Code facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre / tout secteur code spécialité 01,22,23, 17,32 et 33	CSE	46 € (55,2€ DROM)	CCX	Quel patient ? Les enfants atteints d'autisme (TSA) Comment ? En lien avec les professionnels de deuxième ligne : - réalise un examen somatique, sensoriel (vue, audition...) avec une évaluation clinique du comportement et de la relation de l'enfant, en regard du trouble du spectre de l'autisme (TSA) et des pathologies associées ; - réévalue et coordonne la prise en charge avec les autres professionnels de santé et les institutions médico-sociales assurant le suivi de l'enfant ; - conseille et informe les parents sur l'évolution de leur enfant ; - inscrit ses conclusions dans le carnet de santé de l'enfant. Quand ? Une seule fois par an	Tarif opposable obligatoire

1.2.2.3 Impact sur le code regroupement CCX

Avec la création de la nouvelle consultation complexe CSE le code prestation CCX recouvre les contextes de facturation suivants :

code facturation	code à inscrire dans le dossier médical	consultation	spécialités médicales concernées
CCX 46€ Tarif opposable obligatoire	CSO	consultation de suivi et de coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité	médecin traitant
	CSM	consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28 ^{ème} jour de vie	pédiatre
	CSE	consultation annuelle de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste	généraliste, pédiatre ou psychiatre

A noter que la NGAP a été modifiée en ce sens :

« Article 15.8 – Consultations et majorations complexes

Ces consultations et majorations complexes s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins. Elles recouvrent un nombre limité et défini de prise en charge : patients présentant certaines pathologies complexes ou instables, ou situations cliniques particulières impliquant un fort enjeu de santé publique.

a) Consultations complexes

Les codes consultations CSO, **et** CSM **et** CSE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient ...»

1.2.3 Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme : CTE

1.2.3.1 Contexte et contenu

Une nouvelle consultation « **Consultation de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme** » a été rajouté à l'article 15.9. a).

En 2018, la HAS a publié des recommandations de bonnes pratiques sur le parcours de soins « Des signes d'alerte à la consultation dédiée en soins primaires » précisant la place du médecin de première ligne dans le repérage des signes de troubles du spectre de l'autisme (TSA).

Définition du TSA et intérêt d'un repérage précoce

La définition du trouble du spectre de l'autisme est donnée dans le DSM 5² avec les critères diagnostiques actualisés suivants :

« - les déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés ;

- le caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités... ».

Cette définition est complétée par un niveau de sévérité selon le niveau de l'aide requise et l'association éventuelle à d'autres pathologies: « déficit intellectuel, altération du langage, pathologie médicale ou génétique connue ou facteur environnemental, autre trouble développemental, mental ou comportemental, ou catatonie ».

La précocité de la prise en charge des TSA permet de les limiter et de favoriser la capacité d'autonomie de l'enfant³.

Le parcours de soins

La recherche d'une anomalie du développement peut être initiée à partir des observations parentales ou de l'entourage de l'enfant. Mais il appartient aux professionnels de santé de l'enfance et de la petite enfance de chercher à repérer les signes pouvant orienter vers un trouble du développement.

La présence de ces signes doit conduire à la réalisation d'une consultation dédiée par le médecin habituel de l'enfant, généraliste ou pédiatre afin de confirmer ou non le risque de TSA.

Si le risque est confirmé, le diagnostic est clinique et repose sur une approche multidisciplinaire. Il est établi par un médecin de seconde ligne (pédiatre ou pédopsychiatre) formé au diagnostic des troubles du développement.

Seuls les cas complexes doivent faire l'objet d'un recours au centre ressource autisme (CRA).

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

³ <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan-autisme2013.pdf>

Le contenu de la consultation dédiée (cf recommandation de bonne pratique citée supra)

« L'examen clinique approfondi du développement de l'enfant en vue du repérage des signes de TSA peut s'appuyer sur la passation d'outils de repérage adaptés à l'âge de l'enfant :

- pour les enfants de 16 à 30 mois : M-CHAT, complétée en cas de résultats confirmant un risque de TSA par un entretien structuré plus précis avec les parents au moyen du M-CHAT -Follow-up ;
- après l'âge de 4 ans : questionnaire de communication sociale (SCQ) ;
- chez l'enfant et l'adolescent sans trouble du développement intellectuel associé : Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ), Autism-spectrum Quotient (AQ) et Social Responsiveness Scale (SRS-2) ».

1.2.3.2 Règle de facturation

Afin de facturer la consultation très complexe CTE, le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille des soins (électronique ou papier) est CCE.

A l'instar des autres consultations complexes valorisées par le code facturation CCE (EPH et CGP) cette nouvelle consultation complexe CTE :

- est facturable quel que soit le secteur de conventionnement du médecin,
- doit être facturée à tarif opposable,
- n'ouvre pas droit aux majorations pédiatriques (article 14.6 de la NGAP) et à la majoration pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans par le médecin généraliste (article 14.7 de la NGAP),
- n'est pas cumulable d'une part, avec la majoration forfaitaire transitoire MPC (article 2 bis de la NGAP) et d'autre part, avec les majorations de coordination mentionnées à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016,
- ne peut pas être facturée pour un patient hospitalisé.

Les règles de facturation sont résumées dans ce tableau :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif métropole	Code facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste ou pédiatre en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique / tout secteur <i>code spécialité 01,22,23 et 12</i>	CTE	60 € (72 € DROM)	CCE	Quel patient ? un enfant présentant des signes inhabituels du développement Comment ? Réalisation : - d'un examen clinique approfondi et le dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant (cf détails des tests à l'article 15.9 de la NGAP) <i>Le médecin doit être en capacité de réaliser et interpréter les différents tests de repérage d'un trouble du spectre autistique (TSA) par le biais d'une formation spécifique ;</i> Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et Quand ? une consultation au plus par patient	Tarif opposable obligatoire

1.2.3.3 Impact sur le code regroupement CCE

Avec la création de la nouvelle consultation complexe CTE le code prestation CCE recouvre les contextes de facturation suivants :

code facturation	code à inscrire dans le dossier médical	consultation	spécialités médicales concernées
CCE 60€ Tarif opposable obligatoire	EPH	consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier	pédiatre
	CGP	consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave	pédiatre
	CTE	consultation de repérage des signes de troubles du spectre de l'autisme	généraliste ou pédiatre

A noter que la NGAP a été modifiée en ce sens :

« Article 15.9 – Consultations et majorations très complexes

Ces consultations et majorations correspondent à une prise en charge particulièrement difficile et complexe, ne recouvrant qu'un nombre limité et défini de situations cliniques et de prises en charges. Elles s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins.

a) Consultations très complexes

Les codes consultations CGP, ~~et~~ EPH et CTE listés dans la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 doivent être inscrits dans le dossier médical du patient. »

Une modification des règles de facturation du système de liquidation a également permis d'ouvrir le code CCE aux médecins généralistes et spécialistes de médecine générale qui n'était jusqu'alors facturable uniquement par les pédiatres.

1.3 Les actes de téléexpertises TE1 et TE2

Les actes de téléexpertise TE1 et TE2 sont facturables à partir du 10 février 2019. Ces actes concernent dans un premier temps, les patients pour lesquels l'accès aux soins doit être facilité en priorité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique (ALD, maladies rares, zones sous denses, résidents EHPAD, détenus). Deux niveaux de téléexpertise ont été définis pour tenir compte des différentes situations et de la complexité de l'avis demandé.

Un nouvel article est créé à la NGAP « Article 14.9.4 – Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin » afin de valoriser les actes réalisés par le médecin dit « requis ».

Le contenu de ce nouvel article se trouve en annexe 6.

La création de ces deux actes de téléexpertise conduit à harmoniser le tarif de l'acte de téléexpertise prévu à l'article 14.9.1 des dispositions générales de la NGAP concernant les patients admis en EHPAD.

Ainsi l'acte TDT défini à l'article 14.9.1 est supprimé au 10 février 2019. Cet acte est intégré dans le champ général de la téléexpertise. Pour cet acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant et facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant, les deux médecins concernés sont autorisés à coter le même acte de téléexpertise de niveau 2 (TE2).

Les modalités de facturation ont été décrites dans la circulaire sur la télémedecine CIR 21-2018.

2. Modifications de la CCAM issues de l'avenant 6 de la convention médicale

Le tableau suivant retrace les modifications tarifaires issues de l'avenant 6 :

Mesures	Version CCAM	Date d'entrée en vigueur	Texte réglementaire
Ajustement tarifaire des actes d'imagerie	V54	1 ^{er} septembre 2018	Annexe de la convention médicale – Arrêté du 1 ^{er} août 2018 publié au JO du 23 août 2018
Ajustement tarifaire du Test HPV en anatomie et cytologie pathologiques			
Ajustement au tarif cible des actes d'ophtalmologie pour les médecins de secteur 1 ou Secteur 2 adhérents OPTAM ou OPTAM-CO.	V55 et V55.50	1 ^{er} janvier 2019	Décision du 5 octobre 2018 publiée au JO du 28 novembre 2018
Alignement des coefficients de majorations des DROM des actes d'ACP		10 février 2019	