

I. L'AVENANT 9 DE LA CONVENTION MÉDICALE ENTRE EN APPLICATION LE 1^{er} AVRIL 2022 (CF. AUSSI ROF N°230 PAGES 39 À 41)

Et ce n'est pas un poisson...

L'avenant 9 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signé le 30 juillet 2021, entre l'UNCAM d'une part et, d'autre part, la Fédération Française des Médecins Généralistes (MG France), l'Union syndicale Avenir-Spé-le BLOC et la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF), publié seulement le 22 septembre 2021 au Journal Officiel de la République, entrera enfin en application à partir du 1^{er} avril 2022. Pourquoi si tard ? Parce qu'il y a une dizaine d'années, les pouvoirs publics ont inventé « les stabilisateurs économiques » pour retarder l'application des nouvelles mesures conventionnelles. Ça n'a aucun sens économique, mais c'est une vraie usine à gaz qui permet des manipulations opportunistes comme ici son entrée en application 10 jours avant le 1^{er} tour de l'élection présidentielle. Faut-il croire qu'en haut lieu on assimile revalorisation tarifaire et bulletin de vote ? Ce serait sans doute faire preuve de mauvais esprit... Il n'en reste pas moins que cet avenant comprend des mesures qui auront des impacts non négligeables sur la pratique présente et encore plus à venir.

L'ensemble du texte de l'avenant a été publié sous forme d'arrêté ministériel :

Arrêté du 22 septembre 2021 portant approbation de l'avenant no 9 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2021/9/22/SSAS2128599A/jo/texte>

Texte 19 du JORF du 25 septembre 2021

Il est complété par deux décisions de l'UNCAM :

- Décision du 7 décembre 2021 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2021/12/7/SSAU2138896S/jo/texte>

Texte 17 du JORF du 5 janvier 2022

- Décision du 13 janvier 2022 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decision/2022/1/13/SSAU2203943S/jo/texte>

Texte 55 du JORF du 17 février 2022

QUELLES SONT LES MESURES CONCERNANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT L'OPHTALMOLOGIE ?

1. L'avis ponctuel de consultant (APC) passe à 55 €

Soit une majoration historique de +10%. Dans les D.O.M. la facturation sera de 66 €.

Rappelons que l'APC est utilisable aussi bien en secteur 1 ou 2, avec ou sans OPTAM. Les conditions d'utilisation restent les mêmes qu'auparavant.

La MCU de 15 € est cumulable si le patient est adressé par le médecin traitant dans les 48H (72H tolérées si le weekend est compris dans l'intervalle) et si tarif opposable (sans dépassement). Soit 55 + 15 = 70€. Cela vaut sans doute la peine de développer des contacts avec les médecins généralistes alentour pour permettre la prise en charge rapide de leurs patients qui nécessitent un avis ophtalmologique. Ça serait aussi l'occasion de casser l'impression qu'ont souvent les généralistes de l'inaccessibilité de l'ophtalmologiste.

Il est important d'avoir à l'esprit que les nouveaux patients en ophtalmologie représentent environ un million de personnes par année, soit moins de 5% des patients vus et qu'il suffirait que chaque ophtalmologiste consacre environ 2 heures par semaine de consultation pour cette population pour régler définitivement le problème (sachant que par ailleurs 620 000 patients décèdent chaque année et ne seront donc plus suivis).

2. Création d'une consultation très complexe MPH

Nouvelle consultation très complexe MPH valorisée à 60€ (tarif métropole), facturée une seule fois par patient dans les contextes suivants :

- passage de dossier entre ancien et nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (facturable par les deux médecins) pour les patients vivants avec un handicap sévère ;

- **remplissage complet du premier certificat médical du dossier de demande de droits MDPH d'un patient.**

Cette consultation très complexe doit donner lieu à l'inscription dans le dossier médical du patient du code consultation MPH. Afin de facturer la consultation très complexe le code prestation à transmettre à l'Assurance Maladie sur la feuille de soins (électronique ou papier) est CCE.

La MDPH a besoin de connaître :

- les difficultés rencontrées dans les différents domaines de la vie, les compensations si elles existent ;
- les difficultés rencontrées au quotidien dans le cadre familial, social et professionnel ou scolaire, la régularité ou le caractère fluctuant des troubles ;
- les informations sur la nature et la posologie des thérapeutiques, sur la prise en charge

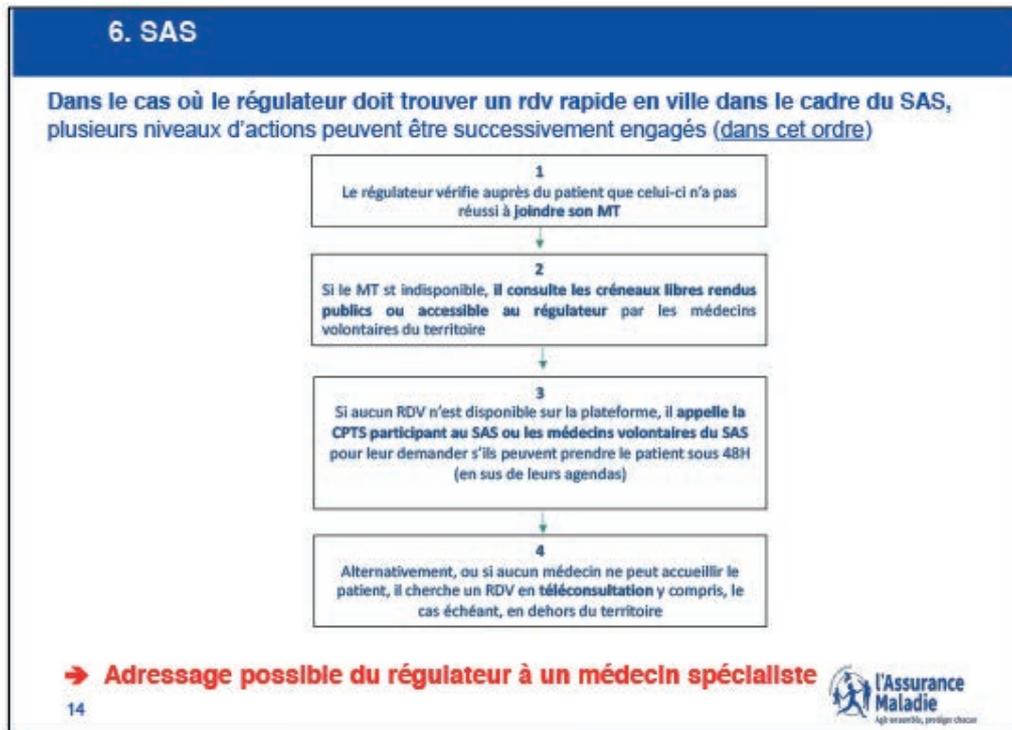
En cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints au certificat médical MDPH.

La facturation de la MPH n'est pas autorisée pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique. (Donc, il faudrait que l'ophtalmologiste remplisse tout le dossier pour pouvoir coter cette consultation très complexe, réservée par ailleurs aux médecins exerçant en secteur 1 ou ayant adhéré à l'OPTAM).

Un certificat est considéré comme complet lorsqu'il contient les informations sur le retentissement de la pathologie concernée dans la vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle ou scolaire. La MPH est facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet tel décrit ci-dessus joint au premier dépôt de dossier MDPH du patient.

3. Le SAS (Service d'Accès aux Soins)

L'objectif est de mettre en place, dès 2022, un Service d'accès aux Soins (SAS) permettant d'orienter les patients ressentant un besoin de soins urgent ou immédiat. Il s'agit de répondre à la demande de soins non urgents et non programmés de la population de façon coordonnée entre les acteurs de l'hôpital et de la ville d'un même territoire, en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoire (PDSA). C'est un dispositif qui se mettra en place dans les services d'urgence hospitaliers.



Définition des soins non programmés : urgence ressentie mais ne relevant pas, a priori, médicalement de l'urgence immédiate et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences.

Actes à réaliser **dans les 48h** sur adressage par la régulation libérale à un médecin généraliste **ou à un médecin spécialiste**, en cas d'absence de créneaux médicaux disponibles sur le territoire. **Ces actes doivent être facturés au tarif opposable.** Cette facturation à tarif opposable s'impose à la seule consultation prise par le SAS.

La rémunération se fera au travers du forfait structure pour les médecins généralistes. **Pour les spécialistes, la cotation pour les patients adressés par le SAS sera :**

APC + MCU (55+15 €) ou actes CCAM (pas de consultations complexes ou très complexes autorisées). L'adressage par le SAS équivaut donc à un adressage par le médecin traitant.

La participation au SAS sera aussi valorisée dans le forfait structure. **L'indicateur SAS** rapportera 200 points (1400 €). Pour cela, il faudra avoir un agenda par internet ouvert au public (ou partagé avec la structure de régulation du SAS) permettant la réservation de RDV en ligne de patients non connus par le médecin, avec un minimum de 2H par semaine ; et être inscrit auprès de la structure de régulation du SAS ou faire partie d'une CPTS participant à la mission de soins non programmés dans le cadre du SAS.

4. La majoration de déplacement

La majoration de déplacement (MD) est réservée au médecin généraliste ou au gériatre qui se déplace au domicile d'une personne. La visite qu'il effectue donne lieu, en sus des honoraires et, le cas échéant, des indemnités kilométriques, à la majoration de déplacement MD dès lors que la situation de la personne ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet.

La MD est facturable par tous les médecins, toutes spécialités confondues, dans le cas particulier des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre de dispositifs de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées. Son montant est de 10 €. Dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite mentionnée ci-dessus au service médical, à sa demande.

5. Le développement du numérique

Il s'agit d'un chantier important pour les pouvoirs publics en 2022 et 2023. Mais le déploiement massif de ces outils n'est envisageable que si ces derniers répondent aux exigences suivantes, d'après les signataires de l'avenant :

- être **simples d'utilisation, ergonomiques**, et adaptés aux usages des professionnels et des patients ;
- garantir **la sécurisation des données** transmises (confidentialité, protection des données personnelles, etc.) et la **traçabilité des échanges** dans les conditions respectueuses des référentiels de sécurité en vigueur ;
- **garantir l'accès de l'ensemble des citoyens à leurs propres données** et préparer au mieux l'arrivée à partir de janvier 2022 de l'Espace Numérique de Santé (ENS) dénommé « Mon espace santé » ;
- être compatibles et interopérables entre eux.

Le déploiement des services et référentiels soles



Il y a un mécanisme incitatif en 2022 de financement des éditeurs de logiciels pour favoriser l'équipement des médecins à coût constant. En 2023, cela pourrait devenir obligatoire.

Il faudra revenir dans les prochains numéros sur ce dispositif pour aller plus dans le détail.

6. Téléconsultations et Télé-expertises

L'intention des partenaires conventionnels est de :

- garantir la qualité et la sécurité en télé-médecine
- confirmer le rôle du médecin traitant
- éviter les pratiques exclusives de télé-médecine, dont certaines depuis l'étranger
- maintenir l'alternance entre présentiel et télé-médecine.

Téléconsultations

L'Avenant 9 indique que le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des **consultations en présentiel et en téléconsultations** au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin. L'avenant supprime la règle d'une consultation présentielle dans les 12 mois précédents pour l'ensemble des spécialités et le médecin traitant, et la connaissance préalable du patient.

Il y a une exigence du respect du principe de territorialité, c'est-à-dire que le médecin qui téléconsulte doit être suffisamment proche pour que le patient puisse le consulter en présentiel en cas de besoin. Dans la période actuelle, des dérogations sont prévues pour les patients résidant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins mentionnées au 1° de l'article L.1434-4 du code de la santé publique (zones définies par arrêté de l'ARS et bénéficiant d'aides conventionnelles) dans les cas mentionnés ci-dessous :

- pour les patients n'ayant pas de médecin traitant désigné ;
- et en l'absence d'organisation territoriale définie à l'article 28.6.1.2. (CPTS, ESP...)
- **pour les téléconsultations d'autres spécialités** : en l'absence d'organisation territoriale telle que définie à l'article 28.6.1.2. (CPTS, ESP, ESS...)
- Pour les téléconsultations de médecine générale et d'autres spécialités, **lorsque le patient est orienté par le régulateur du Services d'accès aux soins (SAS)** en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire.

Le seuil maximal d'activité de télé-médecine (téléconsultation + téléexpertise) est fixé à hauteur de 20% de l'activité annuelle par médecin.

L'article 14.9.3. de la NGAP est réécrit :

« - Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit "téléconsultant".

La téléconsultation est une consultation à distance réalisée entre un médecin dit téléconsultant, quelle que soit sa spécialité médicale, et un patient, ce dernier pouvant, le cas échéant, être assisté par un autre professionnel de santé. L'opportunité du recours à la téléconsultation est appréciée au cas par cas par le médecin traitant et le médecin correspondant. Tout patient, si son état est compatible avec ce mode d'examen, peut accéder à une téléconsultation, après avoir été informé des conditions de réalisation de cette dernière et donné son accord.

Sauf dérogations inscrites aux articles 28.6.1.1 et 28.6.1.2 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, la téléconsultation se déroule dans le respect du parcours de soins coordonné. Hors parcours de soins, elle s'inscrit dans le cadre de l'organisation territoriale décrite à l'article 28.6.1.2 du texte précité.

La téléconsultation s'inscrit également dans le principe d'une réponse territorialisée, c'est-à-dire que seul un médecin du même territoire que le patient peut réaliser la téléconsultation. Il existe des exceptions à ce principe de territorialité lorsque le patient est orienté par le régulateur du service d'accès aux soins en cas d'échec d'une prise de rendez-vous sur le territoire ou lorsque le patient réside dans une zone caractérisée par une insuffisance de l'offre de soins. Ces exceptions sont mentionnées à l'article 28.6.1.1 de la convention nationale des médecins.

Pour assurer la qualité des soins en téléconsultation, le suivi régulier du patient s'effectue à la fois par des consultations en présentiel et en téléconsultations au regard des besoins du patient et de l'appréciation du médecin, et ce afin que ce dernier puisse disposer des informations nécessaires à la réalisation d'un suivi médical de qualité.

Toute téléconsultation est réalisée à l'aide d'un moyen de vidéo-transmission, dans les conditions de réalisation définies à l'article 28.6.1.3 de la convention médicale.

La téléconsultation comporte un entretien avec le patient et éventuellement un examen clinique si le patient est accompagné d'un professionnel de santé ou si l'équipement disponible le permet, ainsi que l'examen de documents transmis par le patient ou par son représentant. Elle peut être conclue par une prescription télétransmise au patient par un moyen sécurisé.

Le compte rendu établi par le médecin téléconsultant, qu'il archive dans son propre dossier patient, conformément aux obligations légales et réglementaires doit obligatoirement être transmis au médecin traitant et au médecin ayant sollicité l'acte. Il est également porté, le cas échéant, au dossier médical partagé (DMP) du patient si celui-ci est ouvert.

La téléconsultation est facturable, avec le code TCG, par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale 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 précitée. Le code TCG est également facturable par les médecins téléconsultants généralistes ou spécialistes de médecine générale en secteur à honoraires différents et non adhérents aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée lorsqu'ils respectent les tarifs opposables.

Dans les autres cas (autres spécialités médicales et quel que soit le secteur d'exercice du médecin), le médecin téléconsultant facture l'acte de téléconsultation avec le code TC.

Le médecin qui assiste, le cas échéant, le patient, au moment de la réalisation de la téléconsultation, peut facturer une consultation dans les mêmes conditions de facturation de la consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la convention médicale précitée.

Les actes respectivement nommés TCG et TC ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée définie à l'article 28.1 et 28.2 de la convention médicale précitée.

Ces actes peuvent être facturés pour un patient hospitalisé.»

Télé-expertises

Le décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté a ouvert les conditions de la téléexpertise aux professions de santé non médicales. Les termes « médecin requérant » sont remplacés par les mots « professionnel de santé requérant ». Un paramédical peut donc demander à partir du 1^{er} avril une téléexpertise à un médecin pour un de ses patients. L'ensemble des patients peut bénéficier de la téléexpertise (auparavant, il s'agissait de situations bien définies).

Afin de simplifier et de faciliter le recours à la téléexpertise, il n'y a plus qu'un seul niveau de téléexpertise - **20 euros par téléexpertise (TE)**. Il peut y avoir jusqu'à 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient

L'avis donné par le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant.

A titre indicatif :

- interprétation d'une photographie de tympan, ou de pathologie amygdalienne ;
- **lecture d'une rétinographie ;**
- étude d'une spirométrie (...)

Rémunération du **médecin requérant** :

- acte de demande de TLE 10 euros
- jusqu'à 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.
- Seuil maximal d'activité de télé-médecine (téléconsultation + téléexpertise) à hauteur de 20% de l'activité annuelle par médecin (poursuite possible)

Il n'y a pas de rémunération pour l'instant des paramédicaux demandant une TLE à un médecin (négociation possible dans les conventions avec l'assurance maladie qui leur sont propres).

Un groupe de travail a été constitué pour étudier les conditions de mise en œuvre d'une téléexpertise dite synchrone entre les professionnels de santé requis et requérant. Ce groupe de travail veillera notamment à garantir le respect des recomman-

datations et bonnes pratiques en matière de recours à la téléexpertise, dans le cadre élargi par le décret du 3 juin 2021.

L'article 14.9.6. de la NGAP devient :

« Art. 14.9.6. - Acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin.

L'acte de demande d'une téléexpertise auprès d'un médecin est ouvert aux médecins et orthophonistes.

Devant une situation clinique, la demande de téléexpertise du professionnel de santé requérant s'inscrit dans le besoin d'obtenir l'avis du médecin requis pour éclairer sa décision diagnostique ou thérapeutique pour la prise en charge de son patient au regard des pratiques recommandées dans les référentiels.

La téléexpertise est réalisée dans les conditions définies à l'article 14.9.4 de la NGAP.

La demande de téléexpertise doit être rapportée dans le dossier médical du patient tenu par le professionnel de santé requérant ainsi que dans le dossier médical partagé (DMP) du patient le cas échéant si celui est ouvert. Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation. Il informe le médecin traitant de sa demande de téléexpertise.

Cette demande est facturable par le professionnel de santé requérant (donc uniquement médecin et orthophonistes pour l'instant) par le code RQD dans la limite :

- 4 actes par an et à tarif opposable, par médecin requérant pour un même patient ;
- 2 actes par an par orthophoniste requérant, pour un même patient.»

« Art. 14.9.4. - Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre professionnel de santé.

Une téléexpertise est une expertise à distance sollicitée par un professionnel de santé dit "professionnel de santé requérant" et donnée par un médecin dit "médecin requis", en dehors de la présence du patient concerné. Elle est réalisée avec un équipement adapté dans des conditions garantissant le respect du secret médical et la sécurité des informations transmises, en émission et en réception.

Le recours à la téléexpertise est apprécié au cas par cas par le professionnel de santé requérant. **La pertinence de la téléexpertise en fonction de la question à traiter est laissée à l'appréciation du médecin requis** (qui peut donc demander à voir plutôt le patient en présentiel en cas de besoin).

Le professionnel de santé requérant doit être en mesure de préciser les motifs de sa demande et de transmettre au médecin requis par moyen sécurisé les données cliniques ou paracliniques utiles à l'appréciation de la situation.

Les patients doivent être informés sur les conditions de réalisation de la téléexpertise et avoir donné leur consentement après avoir reçu ces informations.

Dans ce cadre de téléexpertise, en dehors de la prise en compte du contexte clinique, indispensable à toute téléexpertise, **l'avis donné par le médecin requis peut porter sur une question circonscrite ou sur l'exposition d'une situation complexe et l'analyse d'au moins un ou plusieurs types de documents transmis en appui par le professionnel de santé requérant. L'acte de téléexpertise doit faire l'objet d'un compte-rendu**, établi par le médecin requis, conformément aux obligations légales et réglementaires, qu'il archive dans son propre dossier patient et qui doit être **transmis au professionnel de santé requérant** ayant sollicité l'acte et au **médecin traitant**.

Les téléexpertises sont effectuées de manière ponctuelle et sont facturables avec le code TE2 dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient.

L'acte TE2 est facturable à tarif opposable, sans cumul possible avec aucun acte ou majoration de la NGAP, majoration conventionnelle ou acte de la CCAM.

L'acte spécifique de téléexpertise au profit des patients admis en EHPAD amenés à changer de médecin traitant est facturable par le nouveau médecin traitant assurant le suivi au long cours du patient, ainsi que par le précédent médecin traitant.»

L'article 15 de la NGAP sur la consultation est complété ainsi :

«Art. 15. - Contenu de la consultation, de la visite.

La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.), ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement, etc.).

La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.

Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) - l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation - le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué.

Par dérogation, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable dans les cas suivants :

un temps de rencontre planifié avec le médecin, en préparation de la prise en charge médicale ultérieure qui est réalisé au futur lieu habituel de consultation, dans un but d'accoutumance à l'environnement lié aux soins (personnel médical, lieu et équipements matériels) ;

- lorsque la consultation débutée ne peut être menée à son terme du fait d'une manifestation aiguë du handicap du patient et doit être différée.

Elle est valorisée comme une consultation de référence.»

7. Suivi plus réactif du dispositif OPTAM / OPTAM-CO pour un meilleur pilotage des médecins adhérents

Le suivi trimestriel sera remplacé par un suivi mensuel affiché chaque mois sur l'espace dédié Amelipro.

L'article 44 de la Convention Médicale intitulé : « Modalités de suivi des engagements de l'OPTAM » est ainsi modifié :

« A compter de la date d'adhésion à l'option, l'assurance maladie informe le médecin adhérent mensuellement sur le suivi de sa pratique tarifaire :

- taux de dépassement des tarifs conventionnels constaté,
- part de l'activité réalisée au tarif opposable,
- montant des honoraires sans dépassement
- montant des honoraires avec dépassements des tarifs conventionnels.

La 1ère phrase du 2^{ème} alinéa est remplacée par les dispositions suivantes : « Un suivi des données de résultats du médecin adhérent au regard de ses objectifs sur les 3 derniers mois glissants consolidés est présenté via Amelipro tout au long de l'année, via un visuel sous forme de « warning » lui permettant de vérifier s'il respecte ou non ses engagements contractuels. ».

SAVE THE DATE

JOURNÉE DES SECRÉTAIRES-ASSISTANT(E)S EN OPHTALMOLOGIE ÉDITION 2022

Le Samedi 7 MAI 2022, de 8h30 à 17h30

Préprogramme (susceptible d'évolution...)

- Urgences en ophtalmologie : les connaître, les reconnaître, les trier, y répondre, les principes de traitement...
- Optique et réfraction : bases et principes , répondre aux questions des patients.
- Actualité : cotations, avenants, CCAM , numérisation.....
- Carrière : évolution, formation, assistant médical, qui fait quoi ?
- Formation.
- Gestion des patients : les flux, les revendications, les patients difficiles.
- Gestion du stress : patient, secrétaire, équipe, patron....

Participation à la journée : 200 €. Non éligible prise en charge OPCO.

Pré-inscriptions snof@snof.org

Les inscriptions se font via le site : <https://my.weezevent.com/journee-des-secretaires-assistants-2022>

II. NOUVEAUX PROTOCOLES ORGANISATIONNELS À DISTANCE

La redéfinition de la télé-expertise permet donc, à partir d'avril 2022 à un orthoptiste de demander un avis à distance à un ophtalmologiste sur les actes qu'il aura effectué (dans le cadre de son décret d'actes et de compétences).

Il existe actuellement plusieurs protocoles de coopération ou organisationnels entre orthoptistes et ophtalmologistes. **Le RNO et le protocole de coopération RNM (Maurine) ont leur propre cotation globale (28 €) et ne sont donc pas concernés.**

Le dépistage de la rétinopathie diabétique fait appel à une lecture des rétino-graphies avec facturation par l'acte CCAM BGQP140. Seulement, la somme actuelle est de 12 € correspondant au tarif TE1. Or ce dernier va disparaître au 1^{er} avril. Il serait donc logique de pouvoir utiliser TE2 (20 €). Mais normalement, nous sommes censés facturer avec l'acte CCAM. Nous allons essayer d'avancer avec la CNAM sur le sujet les prochaines semaines.

Par contre les protocoles organisationnels à distance rentrent dans le schéma et ont l'avantage de concerner des patients déjà connus et suivis par l'ophtalmologiste. Ils dispensent d'une prescription préalable, une fois le patient inclus dans le protocole. Ils peuvent être mis en place sur des cabinets secondaires. Outre les cotations des actes permis aux orthoptistes sur leur propre nomenclature, la lecture du dossier en TE2 (20 €) devient possible.

Deux protocoles sont déjà prêts et validés par le SNOF, la SFO et le CNP d'ophtalmologie. Ils sont basés sur le principe d'un suivi alterné entre ophtalmologiste et orthoptiste.

1. Suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé (peu évolutif) ou d'une hypertonie oculaire simple, par des contrôles alternés orthoptiste - ophtalmologiste.

Il a été co-écrit avec la Société Française du Glaucome.

Dans le cadre de ce protocole, l'orthoptiste peut coter les actes de sa nomenclature en lien avec ce suivi : Champ visuel (périmétrie) et mesure de l'acuité visuelle avec réfraction subjective.



Cabinet d'ophtalmologie des docteurs

Protocole organisationnel entre ophtalmologiste et orthoptiste :
Suivi d'un glaucome chronique simple stabilisé (peu évolutif) ou d'une hypertonie oculaire simple, par des contrôles alternés orthoptiste - ophtalmologiste.

Protocole conforme aux dispositions du Décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste, ainsi qu'aux articles R. 4342-1 à R. 4342-7 du Code de la Santé Publique. (version mars 2019)

Date d'application :

Lieux d'application du protocole :
Cabinet d'ophtalmologie

Autres lieux (adresses) :

Noms, prénoms et adresses professionnelles des orthoptistes participant au protocole organisationnel :

Situations médicales concernées par le protocole :

Patients de plus de 16 ans suivis régulièrement par un ou des ophtalmologistes signataires du protocole pour hypertonie oculaire simple ou glaucome chronique simple, dont l'état est considéré comme suffisamment stable ou peu évolutif pour que certaines étapes du suivi régulier puissent être déléguées à l'orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologiste. Ce dernier, après analyse du dossier (télé-expertise), adressera au patient le compte-rendu et l'éventuelle ordonnance dans les 10 jours.

Profession du délégant : Ophtalmologiste. Profession du délégué : Orthoptiste

Information des patients de leur intégration dans le protocole :

Le patient est prévenu de l'existence du protocole et de la procédure de lecture du dossier par l'ophtalmologiste en télé-médecine. Son accord est requis et inscrit dans le dossier lors de l'examen. Ce protocole est disponible sur demande du patient.

Signatures :

Dr

Dr

Date de rédaction :

Actes orthoptiques pouvant être pratiqués dans le protocole et inscrits au décret 2016-1670 :

- Interrogatoire (Art. R. 4342-1-1)
- Détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation (Art. R. 4342-4)
- Instillation de collyres (Art. R. 4342-4)
- Tonométrie sans contact (Art. R. 4342-5)
- Pachymétrie cornéenne sans contact (Art. R. 4342-6)
- Rétinographie mydriatique et non mydriatique (Art. R. 4342-5)
- Tomographie par cohérence optique oculaire (Art. R. 4342-6)
- Photographie du segment antérieur de l'œil et de la surface oculaire (Art. R. 4342-6)
- Champ visuel : périmétrie, campimétrie (Art. R. 4342-5)

Descriptif du processus de prise en charge du patient

Orthoptiste :
La prise en charge du patient comprendra habituellement au moins :

- Installation du patient, ouverture du dossier informatique avec prise en compte des préconisations éventuelles décidées lors de l'examen précédent.
- Interrogatoire du patient visant à identifier ses plaintes visuelles, à contrôler l'observance thérapeutique et la tolérance locale/générale des collyres. Cet interrogatoire pourra aussi repérer l'apparition de nouveaux symptômes sans relation avec le glaucome ou une nouvelle thérapeutique prise par le patient depuis l'examen précédent.
- Tonométrie sans contact.
- Régulièrement, en fonction de l'HTO ou du stade du glaucome et des indications inscrites dans le dossier par l'ophtalmologiste :
 - . Champ visuel (périmétrie)
 - . Tomographie par cohérence optique oculaire (OCT)
 - . Acuité visuelle, réfraction subjective

La prise en charge du patient par l'orthoptiste peut aussi comprendre, en fonction de la périodicité du suivi, des indications du dossier :

- Mesure des verres correcteurs éventuels, examen à l'auto-kérato-réfractomètre automatique.
- Pachymétrie cornéenne sans contact
- Rétinographie mydriatique ou non mydriatique
- Instillation de collyre(s), autre(s) examen(s) sur indication de l'ophtalmologiste.

Transmission des informations à l'ophtalmologiste par l'intermédiaire du dossier partagé.

Ophtalmologiste :

- Interprétation des examens paracliniques, analyse et validation du dossier.
- Il décide de la périodicité et de la teneur des contrôles, laquelle doit être adaptée individuellement, tenant chaque fois compte de la progression du glaucome et du stade clinique. L'âge du patient, les caractéristiques socioéconomiques et socioprofessionnelles propres à chaque individu, ainsi que le profil psychologique doivent également être pris en compte.
- Transmission au patient du compte-rendu des examens, avec l'éventuelle ordonnance de traitement, et la date et les modalités du prochain contrôle, si cela n'a pas déjà été prévu lors de l'examen (ou si modification à programmer)

Situations où le protocole ne s'applique pas :

- Refus du patient d'intégrer le protocole
 - Patients dont le suivi ou la compliance au traitement est faible
 - Patients présentant une poly-pathologie oculaire (sauf si séquellaire)
 - Patients présentant une baisse d'acuité visuelle profonde, brutale et récente
 - Patients présentant des traitements ou des pathologies générales nécessitant un suivi ophtalmologique
 - Patients adressés par un autre médecin
 - Glaucome aigu, avancé ou instable
- L'ophtalmologiste reste maître de la décision de proposer ou non l'inclusion dans le protocole en fonction de la connaissance qu'il a du patient

Situations de sorties du protocole organisationnel avec programmation d'une consultation ophtalmologique

I / Situations d'urgence nécessitant l'avis rapide de l'ophtalmologiste :

- une baisse d'acuité visuelle profonde (3/10 ou plus par rapport au dernier examen),
- un tonus très élevé (>28 mmHg),
- un trouble oculomoteur aigu (paralysie oculomotrice) ou autre signe oculaire inquiétant, éventuellement documenté par une rétinographie ou des photographies du segment antérieur

Un ophtalmologiste signataire du protocole doit pouvoir être joint en cas de besoin.

II / Situations nécessitant la programmation d'une consultation ophtalmologique sans urgence :

- Demande du patient sans rapport avec l'objet du protocole
- Forte évolution de l'état réfractif (> 1 D en un an)
- Baisse significative de la meilleure acuité visuelle corrigée
- Symptôme évoquant un problème non glaucomateux
- Mise en évidence à l'interrogatoire d'une nouvelle pathologie générale ou d'un nouveau traitement pouvant avoir des répercussions oculaires.
- Incohérence ou dégradation avec les examens antérieurs.
- Pression intra-oculaire supérieure à la cible indiquée dans le dossier

Ces éléments sont inscrits dans le dossier par l'orthoptiste et appréciés lors de la lecture à distance par l'ophtalmologiste

La liste des situations décrites ci-dessus n'est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste qui peut décider de la sortie du protocole à tout moment.

III / En l'absence d'évolution importante, un examen médical ophtalmologique est nécessaire dans un délai maximum de 12 à 18 mois .

Il est nécessaire qu'un examen clinique complet soit réalisé à intervalles réguliers par l'ophtalmologiste, selon un rythme défini par lui-même en fonction du stade et de la stabilité de la maladie et de son jugement clinique.

Les informations relatives à l'interrogatoire et aux examens réalisés par l'orthoptiste seront transmises au médecin ophtalmologiste par l'intermédiaire d'un dossier informatique partagé ou par tout autre moyen assurant la confidentialité des échanges.

Le compte-rendu, accompagné de l'ordonnance éventuelle, signé par le médecin ophtalmologiste et adressé au patient, comprendra à minima :

- Les dates des examens réalisés par l'orthoptiste et de l'interprétation par l'ophtalmologiste
- Le nom de l'orthoptiste et de l'ophtalmologiste
- Le résumé de l'examen avec l'acuité visuelle et la réfraction (si prescrite)
- Les évènements indésirables éventuels survenus et les solutions apportées
- L'intervalle conseillé des examens et leur modalité (poursuite ou non dans le protocole, nouvelle consultation médicale ophtalmologique)

2. Bilan visuel avec dépistage pathologique réalisé par un orthoptiste, en l'absence de l'ophtalmologiste (avec ou sans unité de lieu), dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez les patients de 51 à 64 ans, sans pathologie oculaire connue, avec lecture médicale du dossier en différé.

Il s'agit d'un protocole organisationnel qui a nécessité un gros travail de collaboration en 2018 et 2019 avec la société OPUS LINE et la plateforme de services santé Carte Blanche Partenaires en vue d'un financement dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018, mais il a été intégralement écrit par le SNOF, puis validé par la SFO et le CNP d'ophtalmologie. Finalement, la mission 51 du ministère de la Santé a fini par rejeter le projet en octobre 2020 au motif qu'il pourrait intégrer prochainement le cadre commun de financement par l'assurance maladie. C'est effectivement le cas avec le décret du 3 juin 2021 sur la Télésanté et l'Avenant 9 de la Convention Médicale.

Il s'agit en pratique d'une extension du protocole RNO de 51 à 65 ans avec des critères et des conditions de sécurité renforcées. Il a été appelé initialement « Protocole 5 ».

Objectifs opérationnels :

- Améliorer l'accès à l'équipement optique et aux soins visuels en particulier dans les zones sous-dotées ;
- Réduire les situations de renoncement aux soins ;
- Favoriser le développement de coopérations ophtalmologistes - orthoptistes ;

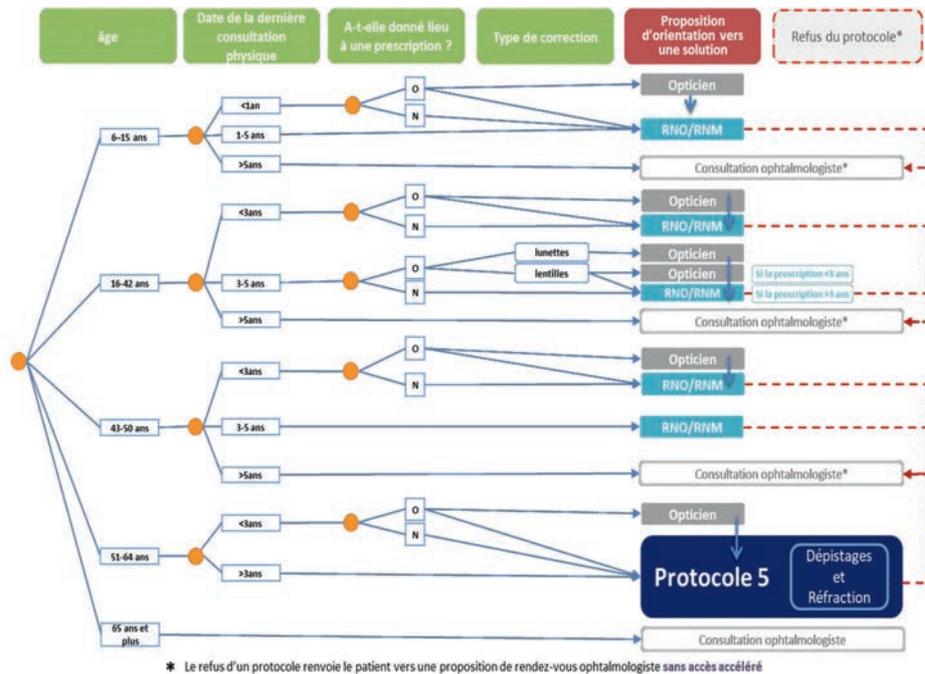
- Permettre le maintien, l'installation et le développement de cabinets ophtalmologiques ou d'orthoptistes en zones sous-dotées.
- Optimisation du temps médical consacré aux troubles de la réfraction, permettant une augmentation du temps disponible pour la prise en charge et le suivi des pathologies oculaires par les ophtalmologistes ;
- Amélioration du dépistage des pathologies oculaires et sécurisation de leur prise en charge précoce (notamment la maculopathie liée à l'âge, la cataracte et le glaucome dont la prévalence augmente significativement au-delà de 50 ans) ;

Population cible : patients de 51 à 64 ans porteurs d'un équipement de correction optique et ne présentant pas de pathologie oculaire préexistante connue ;

Il comprend :

- La réalisation d'un bilan visuel ;
- La réalisation d'un dépistage de pathologies ;
- La sécurisation de l'orientation à l'issue de l'examen.

Le présent protocole, dans le cadre de l'objectif de sécurisation de l'orientation du patient s'intègre à la pratique des protocoles existants et les complète. L'arborescence ci-dessous décrit théoriquement l'orientation qui pourrait être proposée au patient dans son parcours en fonction de critères définis.



L'orientation du patient est ainsi au cœur du protocole 5, qui propose en cas de dépistage positif une consultation avec un ophtalmologiste en circuit accéléré.

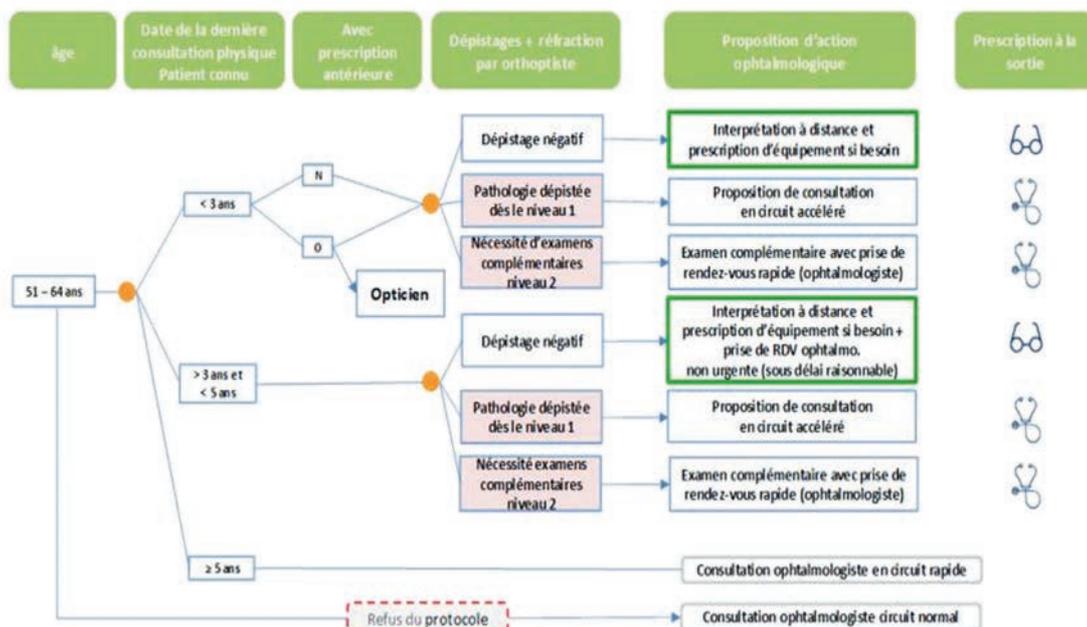
L'intervention de l'orthoptiste comprendra habituellement (cf. protocole) :

- Interrogatoire (pour éliminer les contre-indications à l'application du protocole)
- Réfraction avec mesure de l'acuité visuelle. Mesure des verres correcteurs
- Recherche des déséquilibres oculomoteurs
- Mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air
- Prise de rétinographies avec un rétinographe non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique ou après dilatation si besoin
- Photographie du segment antérieur de l'œil et éventuellement de la surface oculaire (après instillation de fluorescéine) et des annexes.

Les situations de sortie du protocole sont nettement plus nombreuses que pour le RNO. La dernière consultation avec un des ophtalmologistes du protocole ne doit pas remonter à plus de 5 ans. Ne peuvent rentrer dans le protocole :

- Patients se plaignant d'un œil rouge et/ou douloureux
- Patients présentant une baisse d'acuité visuelle profonde, brutale et récente
- Patients suivis ou connus pour d'autres pathologies oculaires non guéries ou potentiellement évolutives
- Patients présentant des traitements ou des pathologies générales nécessitant un suivi ophtalmologique

Les cotations envisageables actuellement sont la mesure de l'acuité visuelle avec réfraction du côté orthoptiste (AMY 8,5) et la lecture du dossier en TE2 à partir d'avril 2022.



Arborescence liée au protocole 5 dans le cadre du renouvellement de leur équipement optique



Cabinet d'ophtalmologie des docteurs XX YY

Protocole organisationnel entre ophtalmologiste et orthoptiste :

Bilan visuel avec dépistage pathologique réalisé par un orthoptiste, en l'absence de l'ophtalmologiste (avec ou sans unité de lieu), dans le cadre du renouvellement ou de l'adaptation des corrections optiques chez les patients de 51 à 64 ans, sans pathologie oculaire connue, avec lecture médicale du dossier en différé.

Protocole conforme aux dispositions du Décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste, ainsi qu'aux articles R. 4342-1 à R. 4342-7 du Code de la Santé Publique. (V6 mars 2019)

Date d'application : xx /yy/2019

Lieux d'application du protocole :

Cabinet d'ophtalmologie des docteurs XX YY (ou autres lieux prévus dans le décret : établissement de santé, centre de santé...).
Adresse :

Noms, prénoms et adresses professionnelles des orthoptistes participant au protocole organisationnel :

AB adresse
CD adresse

Information des patients de leur intégration dans le protocole :

(Le patient est prévenu de l'existence du protocole et de la procédure du travail aidé, par ex. : lors du premier examen, ce protocole affiché en salle d'attente - message sur le téléphone - site internet - RDV en ligne...)

Signatures :

Dr XX
Dr YY

Situations médicales concernées par le protocole :

Patients de plus de 50 ans et de moins de 65 ans sans pathologie oculaire associée, ayant été examinés physiquement depuis 5 ans au plus par un des ophtalmologistes du protocole. Le patient doit avoir une demande explicite de renouvellement ou d'adaptation d'une correction optique dans un délai court et être volontaire pour faire réaliser cette prestation par un orthoptiste en l'absence de l'ophtalmologiste. Ce dernier, après analyse du dossier, adressera au patient l'ordonnance éventuelle et le compte-rendu dans les 8 jours ouvrables.

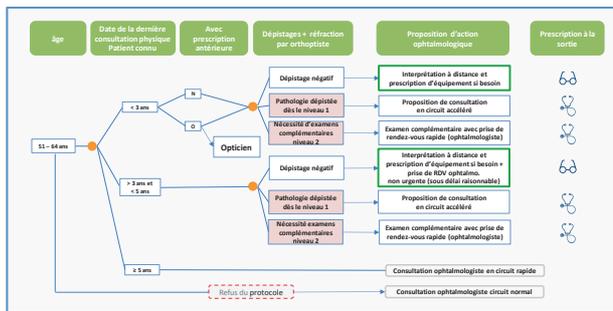
Profession du déléguant : Ophtalmologiste
Profession du délégué : Orthoptiste ayant une expérience d'au moins un an en travail aidé, dont 6 mois avec un des ophtalmologistes signataire du protocole

Actes orthoptiques pouvant être pratiqués dans le protocole et inscrits au décret 2016-1670 :

- Interrogatoire (Art. R. 4342-1-1)
- Recherche de déséquilibres oculomoteurs (Art. R. 4342-2)
- Détermination de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation (Art. R. 4342-4)
- Instillation de collyres (Art. R. 4342-4)
- Tonométrie sans contact (Art. R. 4342-5)
- Rétinographie mydriatique et non mydriatique (Art. R. 4342-5)
- Photographie du segment antérieur de l'œil et de la surface oculaire (Art. R. 4342-6)

Sur indication de l'ophtalmologiste, l'orthoptiste pourra éventuellement réaliser d'autres examens entrant dans son champ de compétences.

Arbre décisionnel du protocole pour la prise de RDV et l'orientation du patient.



Situations où le protocole ne s'applique pas :

- Refus du patient d'intégrer le protocole
- Patients âgés de moins de 51 ans ou de 65 ans et plus
- Dernière consultation avec un des ophtalmologistes du protocole remontant à plus de 5 ans
- Patients se plaignant d'un œil rouge et/ou douloureux
- Patients présentant une baisse d'acuité visuelle profonde, brutale et récente
- Patients suivis ou connus pour d'autres pathologies oculaires non guéries ou potentiellement évolutives
- Patients présentant des traitements ou des pathologies générales nécessitant un suivi ophtalmologique
- Patients adressés par un autre médecin

L'ophtalmologiste reste maître de la décision de proposer ou non l'inclusion dans le protocole en fonction de la connaissance qu'il a du patient

Situations de sorties du protocole organisationnel avec programmation d'une consultation ophtalmologique

I / Situations d'urgence nécessitant l'avis rapide de l'ophtalmologiste :

- une baisse d'acuité visuelle profonde (3/10 ou plus par rapport au dernier examen),
- une baisse d'acuité visuelle rapide récente ou un trouble visuel transitoire dans les 3 derniers mois
- Myodésopsies et/ou phosphènes datant de moins de 3 mois
- une pression oculaire très élevée (> ou = à 26 mmHg),
- un trouble oculomoteur aigu (paralysie oculomotrice) ou autre signe oculaire inquiétant, éventuellement documenté par une rétinographie ou des photographies du segment antérieur ou des annexes
- une rétinographie suspecte (hémorragie maculaire, masse d'aspect tumorale...) ou non analysable

Un ophtalmologiste signataire du protocole doit pouvoir être joint en cas de besoin.

II / Situations nécessitant la programmation d'une consultation ophtalmologique sans urgence :

- Demande du patient sans rapport avec l'objet du protocole
- Forte évolution de l'état réfractif (> 1 D en un an)
- Baisse significative de la meilleure acuité visuelle corrigée
- Symptôme évoquant un problème non réfractif
- Mise en évidence à l'interrogatoire d'une nouvelle pathologie générale ou d'un nouveau traitement pouvant avoir des répercussions oculaires.
- Incohérence ou dégradation par rapport aux examens antérieurs.

Ces éléments sont inscrits dans le dossier par l'orthoptiste et appréciés lors de la lecture à distance par l'ophtalmologiste

La liste des situations décrites ci-dessus n'est ni exhaustive, ni impérative et elle ne remplace pas le jugement clinique de l'ophtalmologiste qui peut décider de la sortie du protocole à tout moment.

Un examen médical ophtalmologique physique est nécessaire dans un délai maximum de 36 mois.

Il est nécessaire qu'un examen clinique complet soit réalisé à intervalles réguliers par l'ophtalmologiste, selon un rythme défini par lui-même en fonction de son jugement clinique.

Descriptif du processus de prise en charge du patient

I / Orthoptiste :

La prise en charge du patient comprendra habituellement :

- ouverture du dossier informatique avec prise en compte des indications éventuelles de l'examen précédent
- Interrogatoire (pour éliminer les contre-indications à l'application du protocole)
- Réfraction avec mesure de l'acuité visuelle. Mesure des verres correcteurs
- Recherche des déséquilibres oculomoteurs
- Mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air
- Prise de rétino-graphies avec un rétino-graphie non mydriatique (RNM) sans instillation de collyre mydriatique ou après dilatation si besoin
- Photographie du segment antérieur de l'œil et éventuellement de la surface oculaire (après instillation de fluorescéine) et des annexes.

Transmission des informations à l'ophtalmologiste.

Si le patient a été vu par l'ophtalmologiste depuis plus de 3 ans et moins de 5 ans, un examen physique par l'ophtalmologiste est constamment programmé dans les suites de l'examen de l'orthoptiste.

La prise en charge du patient par l'orthoptiste peut aussi comprendre

- Topographie cornéenne
- Pachymétrie cornéenne sans contact
- Photographies des deux yeux dans les différentes positions du regard et enregistrement des mouvements oculaires.
- Exploration du sens chromatique
- Etude de la sensibilité au contraste et de la vision nocturne.

II / Ophtalmologiste :

Il analyse le dossier transmis par l'orthoptiste, en l'absence du patient, puis adressera au patient l'ordonnance éventuelle et le compte-rendu dans les 8 jours ouvrables.

Il voit le patient en différé en cas de besoin et en fonction des situations prévues par le protocole.

Les informations relatives à l'interrogatoire et aux examens réalisés par l'orthoptiste seront transmises au médecin ophtalmologiste par l'intermédiaire d'un dossier informatique partagé ou par tout autre moyen assurant la confidentialité des échanges.

Le compte-rendu, accompagné de l'ordonnance éventuelle, signé par le médecin ophtalmologiste et adressé au patient, comprendra à minima :

- Les dates des examens réalisés par l'orthoptiste et de l'interprétation par l'ophtalmologiste
- Le nom de l'orthoptiste et de l'ophtalmologiste
- Le résumé de l'examen avec l'acuité visuelle et la réfraction (si prescrite)
- Les événements indésirables éventuels survenus et les solutions apportées
- L'intervalle conseillé des examens et leur modalité



LA VIDÉO EN SALLE D'ATTENTE

en partenariat avec
CANAL 33

- ✓ 80 minutes de programme, actualisé chaque mois
- ✓ Personnalisation gratuite de messages texte pour le cabinet
- ✓ Messages de sensibilisation du SNOF
- ✓ Location de la «CBOX» livrée et installée

Les adhérents au SNOF bénéficient de 3 mois offerts !



à partir de
14,40 €
ttc/mois*

Choisissez en option un écran adapté à la taille de votre salle d'attente !

28"

6,00 €

32"

12,00 €

43"

18,00 €

LES SERVICES
du SNOF

RENSEIGNEMENTS & COMMANDE

les-services-du-snof.fr
oph-communication@snof.org

03 88 35 88 71
OPH-Communication - CS 4002B - 67080 STRASBOURG Cedex