CIRCULAIRE
CIR-11/2022

Date :
11/04/2022

Domaine(s) :
Gestion des prestations en nature
Gestion du risque

Nouveau	☒
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☐
Provisoire	☐

Objet :
Décision UNCAM du 13 janvier 2022 et mise en œuvre de l'avenant 9 de la Convention Médicale.

Liens:
CIR-4/2019

CIR-8/2018

CIR-24/2017

CIR-9/2017

Liens externes :

Plan de classement :
P06-010101 REMBOURSEMENTS FSE

P10-02 ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES ETABLISSEMENTS

Emetteur(s) :
DDGOS / DDO

Pièces jointes : 4

à Mesdames et Messieurs les :

Directeurs ☒ | CPAM ☒ CNAM ☒ CGSS ☒

Médecins conseil ☒ | Régionaux ☒ Chef de service ☒

Pour mise en œuvre immédiate

Résumé :
Décision UNCAM du 13 janvier 2022 (JO du 17 février 2022). Mise en œuvre de l'avenant 9 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie (JO du 29 septembre 2021).
La présente circulaire vise à présenter les principes et les modalités de mise en œuvre ainsi que les règles de facturation des mesures de nomenclature prévues par l'avenant 9 de la Convention médicale 2016.

Mots clés :
convention médicale ; Avenant 9 ; ASE ; MPH ; V69 ; VL ; MIS ; CCP ; MP ; MGM

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

Marguerite CAZENEUVE

Le Directeur Délégué aux Opérations

Pierre PEIX

Objet : Décision UNCAM du 13 janvier 2022 et mise en œuvre de l'avenant 9 de la Convention Médicale.

Affaire suivie par :
- **Règlementation et Dispositions conventionnelles :**

Département des professions de santé (DDGOS/DOS/DPROF) : ddgos.dos.dprof.cnam@assurance-maladie.fr
- **Facturation des actes et NGAP/CCAM:**

Département des actes et des prestations (DDGOS/DOS/DACT) : dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr

SOMMAIRE DE LA CIRCULAIRE

1- Les objectifs de l'avenant 9 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

2- Présentations des mesures tarifaires
2.1 Nouvelles majorations créées ou revalorisées afin de renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, et soutenir les spécialités en tension
2.2 Revalorisation de tarifs de prestations existantes

3- Nouvelles consultations
3-1 La consultation complexe ASE
3-2 La consultation très complexe MPH

4- Modifications du périmètre de consultations ou de majorations existantes
4-1 La Majoration de déplacement
4-2 La consultation très complexe à domicile VL
4-3 La consultation très complexe CTE et la majoration très complexe MIS
4-4 La télémédecine
4-5 Modification de l'article 15 – introduction des consultations blanches
4-6 CCP (hors décision UNCAM avenant 9)

5- Mesures CCAM
5-1 Création d'un supplément pour réalisation d'une colposcopie et modification du libellé de l'acte de colposcopie
5-2 Augmentation des tarifs CCAM dans les DROM
5-3 Nouveaux tarifs HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

6- Valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité

7- La consultation CCP (mesure hors avenant 9)

La présente circulaire a pour objet de présenter les objectifs poursuivis par les mesures prévues par l'avenant 9 ainsi que les modalités de mise en œuvre de certaines de ces mesures : mesures de nomenclature actées dans la décision UNCAM du 13 janvier 2022, revalorisations tarifaires du 1er avril 2022, nouvelles mesures en faveur du déploiement de la télémédecine ainsi que la valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité. Le nouveau périmètre de la CCP présent dans la décision UNCAM du 13 janvier 2022 sans être une mesure de l'avenant 9 est également présenté.

A noter : Les mesures concernant les soins non programmés en ville et les mesures d'accompagnement du virage numérique ne font pas l'objet de cette circulaire.

1- Les objectifs de l'avenant 9 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

① Renforcer l'accès aux soins pour les publics prioritaires en :

- favorisant l'autonomie des personnes âgées, en encourageant leur prise en charge à domicile ;
- améliorant la prise en charge de la santé mentale et la prise en charge des enfants, priorités en matière de santé dans le cadre de la crise sanitaire ;
- améliorant la prise en charge des personnes en situation de handicap.

② Mettre en place une réponse organisée pour faire face aux besoins de soins non programmés en ville, notamment pour désengorger les urgences avec :

- un système de régulation et de mobilisation des médecins du territoire avec le Service d'accès aux soins (dit SAS) dont l'objectif est de répondre à la demande de soins urgents de la population, partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.
- une revalorisation des astreintes réalisées le soir et le week-end par les médecins libéraux dans le cadre de la permanence des soins PDSES et la PDSA (hors champ conventionnel).

③ Consolider le parcours de soins, en soutenant notamment les spécialités cliniques et en fixant un nouveau cadre à la télé consultation et la téléexpertise en :

- renforçant le recours aux spécialistes dans le cadre du parcours de soins et en soutenant les spécialités en tension ;
- définissant un nouveau cadre pour la télémédecine, en étendant le champ de la téléexpertise et en permettant à la téléconsultation de poursuivre son essor dans un cadre respectueux du parcours de soins et de la qualité des soins.

④ Accompagner le virage numérique de la médecine de ville en :

- accompagnant le lancement de « Mon espace Santé » début 2022 pour tous les assurés ;
- encourageant les nouveaux usages des outils numériques ;
- incitant les éditeurs de logiciels à développer des versions ergonomiques et interopérables des logiciels métiers, au bénéfice des médecins et des patients.

Un dossier de presse présentant les finalités et les modalités de cet accord est accessible sur ameli : https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2021-07-30-cp-signature-avenant-9

L'entrée en vigueur des mesures instaurées par l'avenant 9 s'échelonnent dans le temps *(voir le tableau récapitulatif en annexe 1).*

En effet, conformément aux dispositions de l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale et tel que prévu dans l'accord, les dispositions conventionnelles de cet accord créant un avantage financier ne s'appliquent qu'à compter du 1er avril 2022.

Les autres mesures (téléconsultation notamment) sont entrées en vigueur le 26 septembre 2021 (lendemain de la publication de l'avenant 9 au JO).

2- Présentations des mesures tarifaires

2.1 Nouvelles majorations créées ou revalorisées afin de renforcer le recours aux médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins et soutenir les spécialités en tension

2-1-1 Majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants

La nouvelle majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants est dénommée MP. Elle est d'une valeur de 3€ en métropole et dans les DROM et est facturable uniquement par les psychiatres pour des consultations ou visites d'un enfant de moins de 16 ans facturées CNPSY ou VNPSY .

La majoration est facturable également avec la téléconsultation (actes TC) conformément à l'article 14.9.3 (les actes TC ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée).

La MP n'est pas facturable par les neurologues.

Cette majoration est ouverte pour tous les secteurs à la condition pour les médecins de secteurs 2 non OPTAM de respecter les tarifs opposables.

Ainsi, par exemple, à partir du 1er avril 2022, la consultation ou visite d'un psychiatre de secteur 1 en métropole pour un enfant de moins de 16 ans avec retour au médecin traitant donne lieu à facturation des éléments suivants :

CNPSY (42,50€) + MCS (5€) + MPC (2,70€) + MP (3€) = 53,20 €

A noter : la NGAP a été modifiée pour faciliter la lisibilité des cotations des psychiatres :

- modification de l'article existant 15.2.4 « consultation réalisée au cabinet par un psychiatre » pour le transformer en article « chapeau » intitulé « actes et consultations spécifiques des psychiatres » ;
- rapatriement dans cet article 15.2.4 de l'article concernant la prise en charge intensive continue d'un épisode de décompensation psychique CNPSY 0,8 actuellement dans la partie 2 de la Liste des Actes et Prestations.

2-1-2 Majoration des gynécologues médicaux

La majoration des gynécologues médicaux est fixée dans l'annexe tarifaire de la convention médicale à 2€ en métropole et dans les DROM.

Elle se facture via le code MGM dont le tarif correspond, pour davantage de facilité, à la majoration des gynécologues médicaux augmentée du tarif de la MPC soit 2 € + 2 € = 4 €.

Cette majoration n'est ainsi pas facturable avec la MPC.

Cette majoration est facturable en cumul avec des consultations ou visites cotées CS ou VS pour les spécialités de gynécologie médicale (seule ou de « gynécologie obstétrique et médicale ») ce qui correspond aux codes spécialités 70 ou 79.

Cette majoration est ouverte pour tous les secteurs à la condition pour les médecins de secteurs 2 non OPTAM de respecter les tarifs opposables.

Ainsi, par exemple, à partir du 1er avril 2022, la consultation ou visite d'un gynécologue médicale en secteur 1 en métropole donne lieu à facturation des éléments suivants :

CS (23€) + MGM (4€) = 27 €

La majoration est facturable également avec la téléconsultation (acte TC) conformément à l'article 14.9.3 (les actes TC ouvrent droit aux mêmes majorations applicables à une consultation de référence ou coordonnée).

2-1-3 Revalorisation de la majoration spécifique de la consultation pour les nourrissons de 0 à 2 ans à 10€ - Nouveau Forfait Pédiatrique (NFP)

A compter du 1er avril 2022, avec l'augmentation de la NFP de 5 € à 10 €, la consultation de référence pour un enfant de moins de 2 ans réalisée par un pédiatre de secteur 1, de secteur 2 OPTAM ou de secteur 2 non OPTAM respectant les tarifs opposables, passe de 32€ à 37€ :

CS (23€) + NFP (10 €) + MEP (4€) = 37€ en métropole

La consultation de référence réalisée par un pédiatre de secteur 2 qui réalise un dépassement pour un enfant de moins de 2 ans passe de 28€ à 33€ le 1er avril 2022 :

CS (23€) + NFP (10 €) = 33€ en métropole

A noter : la consultation de référence pour un enfant de 2 ans à 6 ans réalisée par un pédiatre de secteur 1, de secteur 2 OPTAM ou de secteur 2 non OPTAM respectant les tarifs opposables reste à 32€ :

CS (23€) + NFE (5 €) + MEP (4€) = 32€ en métropole

Cette revalorisation de la NFP entraîne des modifications dans les consignes de facturation des examens obligatoires de l'enfant :

Le code COH ne concerne plus que les 0-2 ans et passe à 37€ en métropole et 41,60€ dans les DROM.

Un nouveau code COK permet de conserver le tarif préexistant pour les enfants entre 2 à 6 ans (à partir du 1er avril 2022), soit 32€ en métropole et 36,60€ dans les DROM.

Le code COJ a aussi dû être créé pour couvrir le cas de facturation à 33€ des secteurs 2 non OPTAM avec dépassement pour les enfants de moins de deux ans (37,6€ dans les DROM)

☞ **voir en annexe 2 (métropole) et annexe 3 (DROM) les fiches de communication actualisées**

2-2 Revalorisation de tarifs de prestations existantes

Le tableau ci-dessous liste les revalorisations intervenant au 1er avril 2022 :

LIBELLE	Métropole		DROM	
	Jusqu'au 31/03/2021	A partir du 1/04/2022	Jusqu'au 31/03/2021	A partir du 1/04/2022
Avis ponctuel de consultant **APC** et Avis ponctuel de consultant à domicile **APV**	50,00 €	55,00 €	60,00 €	66,00 €
Consultation **CNPSY** ou Visite **VNPSY** au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié	39,00 €	42,50 €	46,80 €	51,00 €
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables	**CNPSY 1,5** = 58,50€	**CNPSY 2** = 85,00€	**CNPSY 1,5** = 70,20 €	**CNPSY 2** = 102,00 €
Acte de téléconsultation du médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié **TC**	39,00 €	42,50 €	46,80 €	51,00 €
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie **MCE**	16,00 €	22,00 €	16,00 €	22,00 €
Nouveau Forfait pédiatrique (jusqu'à 2 ans) du pédiatre **NFP**	5,00 €	10,00 €	5,00 €	10,00 €
examen obligatoire de l'enfant des pédiatres pour les **0-2 ans COH**	32,00 €	37,00 €	36,60 €	41,60 €

3 - Nouvelles consultations

3-1 La consultation complexe ASE

Depuis la loi du 14 mars 2016, la réalisation d'un « bilan de santé et de prévention » est obligatoire dès l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, pour tous les mineurs accompagnés par l'ASE ou la PJJ (Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.).

L'objectif de ce bilan, pris en charge par l'Assurance Maladie, est d'assurer un suivi médical régulier et coordonné. Il permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE).

Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection à l'enfance :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste/spécialiste de médecine générale ou pédiatre (tous secteurs)	ASE	**46,00 €**	**CCX**	**Quel patient ?** Mineur entrant dans le dispositif de protection de l'enfant **Comment ?** Bilan de santé et de prévention obligatoire, permet de repérer les besoins en termes de prévention et de soins, qui sont inscrits dans le projet pour l'enfant (PPE) **Quand ?** 1 fois	tarif opposable

3-2 La consultation très complexe MPH

Afin de valoriser le travail de remplissage complet du certificat médical obligatoire, permettant à la MDPH d'attribuer les droits et prestations à la personne en situation de handicap de façon pertinente, une nouvelle consultation très complexe **MPH** est créée à l'article 15.9 « consultations et majorations très complexes » :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
1) Remplissage complet du premier certificat médical de la MDPH					
Toutes spécialités (tous secteurs)	MPH	**60,00 €**	**CCE**	**Quel patient ?** patient demandant le remplissage du certificat médical pour son premier dépôt de dossier MDPH. **Comment ?** 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 +/- les différents comptes-rendus médicaux, paramédicaux ainsi que des informations complémentaires au certificat avec l'accord du patient + en cas de déficiences sensorielles les volets CERFA ORL ou ophtalmologique doivent être joints. **Quand ?** facturable une seule fois par patient au titre du remplissage du certificat médical complet au premier dépôt de dossier MDPH du patient. **Non facturable** pour le remplissage du certificat médical simplifié ou pour les volets CERFA ORL ou ophtalmologique.	tarif opposable

De même, dans l'objectif de valoriser le travail d'échanges d'informations permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleurs conditions du patient en situation de handicap sévère, cette nouvelle consultation très complexe MPH est également facturable lorsque ce patient change de médecin traitant :

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
2) Passage de dossier entre l'ancien et le nouveau médecin traitant pour des patients avec handicap sévère					
Ancien et nouveau médecin traitant (Toutes spécialités, tous secteurs)	MPH	**60,00 €**	**CCE**	**Quel patient ?** Patient changeant de médecin traitant et ayant une altération des capacités de décision ou d'action dans les actes essentiels de la vie quotidienne, nécessitant la présence d'un aidant. **Comment ?** d'échanges d'informations entre l'ancien et le nouveau médecin traitant ou entre un pédiatre et le nouveau médecin traitant (hors ou en présence du patient) permettant de favoriser une continuité de prise en charge dans les meilleurs conditions du patient en situation de handicap sévère. **Quand ?** facturable par les deux médecins après échanges d'information	tarif opposable

4- Modifications du périmètre de consultations ou de majorations existantes

4-1 La majoration de déplacement (MD)

A compter du 1er avril 2022, l'avenant 9 permet :

- l'ouverture de la MD aux gériatres ;
- l'ouverture de la MD à l'ensemble des spécialités dans le cadre de déplacements pour pratiquer des soins aux personnes en situation de handicap dans le cadre du dispositif de consultations dédiés dans les structures de soins spécialisées définies dans l'instruction DGOS/R4/DGCS/3B n° 2015-313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap.

Les modifications liées à l'avenant sont ainsi l'occasion d'effectuer une simplification importante de cet article particulièrement complexe dans sa rédaction en NGAP en remplaçant les anciens critères administratifs et médicaux par la mention suivante :

« le médecin facture la MD lorsqu'il se rend à domicile d'une personne dont la situation ne permet pas d'envisager une consultation au cabinet » et en précisant que dans tous les cas le médecin communique le motif de la visite au service médical, à sa demande.

*A noter : La formulation **n'étend pas le périmètre de facturation d'une MD** et ne modifie pas l'équilibre trouvé en 2002 d'une distinction entre visites justifiées et non justifiées.*

4-2 La consultation très complexe à domicile VL

Afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées et favoriser le maintien à domicile, les indications de la VL réalisée par le médecin traitant au domicile du patient ont été modifiées comme suit :

- élargissement de la VL aux patients de 80 ans et plus en ALD avec facturation de 1 VL maximum par trimestre calendaire ;
- augmentation de la fréquence de facturation à 1 VL maximum par trimestre calendaire pour les patients atteint de maladie neurodégénérative ;
- augmentation de la fréquence de facturation à 4 VL maximum par année calendaire pour les patients en soins palliatifs (plusieurs VL pouvant dans ce cadre être facturées sur un trimestre calendaire).

Au maximum 4 VL sont facturables par année calendaire et par patient quel que soit le contexte de facturation.

A noter pour l'année calendaire 2022, si des VL sont facturées au patient le 1er trimestre 2022, elles sont comptabilisées dans les 4 VL autorisées par année calendaire.

- **Flyer à destination des professionnels de santé en annexe 4**

4-3 La consultation très complexe CTE et la majoration très complexe MIS

Afin d'améliorer la prise en charge des troubles du neuro-développement, le contenu des consultations existantes CTE et MIS a été élargi :

- extension de la MIS aux troubles du spectre de l'autisme et aux troubles du neuro-développement, permettant de rendre cohérent le parcours du patient *via* les plateformes de coordination et d'orientation dites PCO TND et de prendre en compte les dernières recommandations de bonne pratique de la HAS sur les troubles du neuro-développement : « Repérage et orientation des enfants à risque » (du 17 mars 2020)
  - https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161334/fr/troubles-du-neurodeveloppement-reperage-et-orientation-des-enfants-a-risque

- extension du périmètre de la consultation CTE de repérage des signes de trouble du spectre de l'autisme, aux troubles du neuro-développement ou également les troubles de l'attachement.

Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave, d'une pathologie neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif de la majoration	Exemple de Facturation d'un médecin généraliste traitant en métropole	Descriptif	Règle de prise en charge
Toutes spécialités (secteur 1 ou secteur 2 OPTAM)	MIS	**MTX = 30 €**	**G ou GS+MTX = 55 €**	**Quel patient ?** Après consultation d'annonce pour une pathologie grave : cancer, pathologie neurologique avec potentiel évolutif et/ou à caractère chronique, pathologie neuro dégénérative, ou d'un trouble du neuro-développement **Comment ?** Information et organisation de la prise en charge / Orientations thérapeutiques inscrites dans le dossier médical + retour Médecin traitant **Quand ?** Une seule fois par patient	Parcours coordonné

Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND) ou d'un trouble de la relation précoce mère-enfant

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
Médecin généraliste/spécialiste de médecine générale ou pédiatre (tous secteur)	CTE	**60,00 €**	**CCE**	**Quel patient ?** un enfant présentant des signes inhabituels du développement **Comment ?** Réalisation : -d'un examen clinique approfondi et dépistage d'un trouble auditif ou visuel, - des tests de repérage adaptés à l'âge de l'enfant 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; Le cas échéant, le médecin engage le parcours de bilan et d'intervention précoce et adresse la famille à la structure pluriprofessionnelle chargée de le coordonner ou oriente vers la 2ème ligne; + retour au médecin traitant Elle comprend également la recherche si nécessaire d'un trouble de l'attachement **Quand ?** une consultation au plus par patient	tarif opposable

4-4 Télémédecine

L'avenant n° 6 à la convention médicale, signé en 2018, a inscrit dans le droit commun, la prise en charge par l'Assurance Maladie des actes de téléconsultation et de télé-expertise. Des précisions sur la mise en œuvre des aménagements et exceptions aux grands principes conditionnant la prise en charge de la téléconsultation ont depuis été introduites par l'avenant n° 8 à la convention médicale.

L'avenant 9 introduit de nouvelles mesures en faveur du déploiement de la télémédecine.

☞ Un mode opératoire présentant ces mesures est disponible sur le site ameli.fr : https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/telemedecine/teleconsultation/teleconsultation

(*Rubrique « documents utiles », Mode opératoire télémédecine (mesures avenant 9*))

4-4-1 La téléconsultation

Avec l'avenant 9, les actes de téléconsultation sont désormais remboursés par l'Assurance Maladie, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes :

- le respect du parcours de soins coordonné ;
- l'alternance nécessaire de consultations en présentiel et de téléconsultations ;
- la territorialité de la réponse aux soins.

Ces conditions visent à assurer un suivi régulier du patient, dans un objectif de qualité et de sécurité des soins. Le médecin téléconsultant doit en effet pouvoir assurer une continuité des soins aux patients.

Afin d'accompagner le développement des pratiques de télémédecine, sur l'ensemble du territoire et au profit de tous les patients, des mesures d'assouplissement ont été introduites par l'avenant 9 :

- Suppression de la connaissance préalable du patient mais obligation d'alterner les téléconsultations avec des consultations en présentiel pour un suivi médical de qualité ;
- Possibilité de téléconsulter un médecin en dehors de son territoire uniquement si le patient réside en zone sous-dense en l'absence d'organisation territoriale de télémédecine (et absence de médecin traitant pour les consultations de médecine générale) ou sur régulation du SAS après échec d'un rendez-vous avec un médecin du territoire.

Ces mesures d'accompagnement ont été parallèlement encadrées par l'introduction de mesures visant à garantir une pratique de qualité, respectueuse des principes d'organisation de notre système de soins avec :

- L'instauration d'un seuil maximal de 20% d'activité annuelle du médecin pouvant être réalisé en télémédecine (téléconsultation + téléexpertise) ;
- L'élaboration d'une charte de bonnes pratiques de l'activité de téléconsultation et encadrement des entreprises de télémédecine ;
- La rédaction d'un compte rendu établi par le médecin à archiver dans son dossier patient et à transmettre obligatoirement au médecin traitant ainsi que, le cas échéant, à celui ayant prescrit l'acte.

4-4-2 Télé-expertise

Applicable depuis février 2019, la télé-expertise permet à un médecin, quel qu'il soit, de solliciter l'avis d'un autre médecin, face à une situation médicale donnée et d'assurer ainsi une prise en charge plus rapide des patients, évitant l'aggravation de leur état de santé.

Précédemment réservée à certaines catégories de personnes pour lesquelles l'accès aux soins doit être facilité au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique, elle est ouverte à tous les assurés à compter du 1er avril 2022.

Par ailleurs, pour simplifier le dispositif mis en place et le rendre plus lisible, à compter du 1er avril 2022 :

- les deux niveaux de télé-expertise fusionneront en un seul niveau.
  - La télé-expertise sera facturée par le médecin requis au tarif de 20€, dans la limite de 4 actes par an, par médecin requis, pour un même patient (acte « TE2 »).

- le forfait requérant sera supprimé et remplacé par un acte requérant (acte « RQD »).
  - La sollicitation d'une télé-expertise sera facturée au tarif de 10€, dans la limite de 4 actes par an, par médecin requérant, pour un même patient.

A noter pour 2021 : Le forfait requérant dû au titre des télé-expertises requises sur le 1er trimestre 2022 sera intégré dans le paiement du forfait requérant dû au titre de 2021 versé au second semestre 2022.

De plus conformément aux dispositions du décret n° 2021-707 du 3 juin 2021 relatif à la télésanté et tel que traduit dans l'avenant 9 à la convention médicale, tous les professionnels de santé peuvent désormais demander une télé-expertise à un médecin. Cette demande de téléexpertise est facturable sous réserve que cela soit prévu dans les accords conventionnels de chacune des professions de santé considérée.

4-5 Modification de l'article 15 – introduction des consultations blanches pour les médecins

A compter du 1er avril 2022, par exception, pour une personne en situation de handicap une consultation sans examen clinique est réalisable par les médecins 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.

A noter : Les majorations pédiatriques des médecins généralistes, des pédiatres et des psychiatres ainsi que la MPC majoration des spécialistes sont facturables comme c'est le cas pour la facturation d'une consultation de référence.

5- Mesures CCAM

5-1 Création d'un supplément pour réalisation d'une colposcopie et modification du libellé de l'acte de colposcopie

Afin de valoriser le temps médical dans le prolongement d'une colposcopie (JLQE002), un supplément d'une valeur de 15 euros est créé en version CCAM V69 :

YYYY071 Supplément pour réalisation d'une colposcopie
Facturation : informations et conseils donnés à la patiente ; explications sur la conduite à tenir ; transmission aux correspondants médicaux le cas échéant

Et l'acte **JLQE002 Colposcopie** est modifié :

Facturation : le compte-rendu intègre une reproduction de l'aspect du col avec cartographie mentionnant l'aspect des tissus selon la terminologie colposcopique [schéma colposcopique] *(YYYY071)*

5-2 Augmentation des tarifs CCAM dans les DROM

Les actes CCAM du chapitre 1 au chapitre 19.01 inclus (dont les forfaits) sont revalorisés de 3% en version CCAM V69.

L'ajout de cette majoration ne concerne pas :

- les actes CCAM ayant déjà une majoration DROM (actes ACP et certains actes dentaires) ;
- les suppléments figurant au sous-chapitre 19.02 ;
- les actes non pris en charge et non tarifés.

5-3 Nouveaux tarifs HPV dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus

Afin de tenir compte du déploiement des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 10 juillet 2019, ainsi que de l'évolution des dispositions du programme national de santé de dépistage organisé de cancer du col de l'utérus et de l'ensemble des ressources et moyens techniques mobilisés par les professionnels de santé pour mettre en œuvre ce programme, les évolutions tarifaires suivantes s'appliquent :

Tarifs aux 1er avril 2022 pris en compte en CCAM V69

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
JKQX347	1	0	19,00	19,00
JKQX261	1	0	19,00	19,00
JKQX027	1	0	21,00	21,00
JKQX147	1	0	19,00	19,00
JKQX015	1	0	21,00	21,00
JKQX426	1	0	19,00	19,00
ZZQX628	1	0	24,30	24,30
ZZQX603	1	0	24,30	24,30

Tarifs aux 1er avril 2023

Code acte	Activité	Phase	TARIF Secteur 1 / adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)	TARIF Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/OPTAM-CO (en euro)
JKQX347	1	0	20,00	20,00
JKQX261	1	0	20,00	20,00
JKQX027	1	0	23,00	23,00
JKQX147	1	0	20,00	20,00
JKQX015	1	0	23,00	23,00
JKQX426	1	0	20,00	20,00
ZZQX628	1	0	20,00	20,00
ZZQX603	1	0	20,00	20,00

6- Valorisation de l'aide financière complémentaire en cas d'interruption de l'activité médicale pour cause de paternité

Dans un objectif d'amélioration de la couverture sociale des médecins libéraux, un avantage financier conventionnel en faveur de l'ensemble des médecins libéraux conventionnés, pour pallier la baisse de revenus engendrée par l'interruption de l'activité pour cause de maternité, de paternité, ou d'adoption et leur permettre de faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical a été introduit en 2017 (avenant 3 à la convention médicale).

Cet avantage modulé selon le secteur et les conditions d'exercice du médecin relève du seul champ conventionnel. Il ne s'inscrit donc pas dans le cadre d'une prestation sociale de droit commun et de fait, n'est pas alignée *stricto sensu* sur la durée légale des congés prévue par le code du travail,

Toutefois, afin de tenir compte de l'entrée en vigueur des dispositions de l'article 73 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, allongeant la durée légale du congé paternité à compter du 1er juillet 2021, le nouvel accord procède à des adaptations en revalorisant l'aide en cas de congé paternité du médecin conventionné.

Tableau récapitulatif du montant de l'aide à compter du 1er avril 2022.

8 demi-journées et plus par semaine	2 232 euros pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 488 euros pour les médecins de secteur 2
Entre 6 et 8 demi-journées par semaine	1 674 euros pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 116 euros pour les médecins de secteur 2
Entre 4 et 8 demi-journées par semaine	1 116 euros pour les médecins de secteur 1 ou secteur 2 OPTAM/OPTAMCO
	1 116 euros pour les médecins de secteur 2

Les modalités de paiement et de versement définies par l'avenant 3 à la convention médicale demeurent inchangées (cf. CIR-21/2017).

7- La consultation CCP (mesure hors avenant 9)

La consultation CCP est renommée « Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles ».

En effet, son champ est élargi aux sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale et elle est facturable pour les jeunes femmes et les jeunes hommes de moins de 26 ans. A noter qu'elle est réalisable par une sage-femme uniquement pour les jeunes femmes de moins de 26 ans.

Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles

Spécialité/secteur	code dossier patient	Tarif total	Facturation	Descriptif	Règle de prise en charge
médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien, un pédiatre pour les jeunes de moins de 26 ans ou une sage-femme pour une consultation d'une jeune femme uniquement (tous secteur)	CCP	**46,00 €**	**CCP**	**Quel patient ?** jeunes de moins de 26 ans **Comment ?** permet d'aborder des sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive dans une approche globale. Lors de cette consultation le médecin ou la sage-femme donne en particulier des informations sur les méthodes contraceptives et sur les infections sexuellement transmissibles. Il conseille, prescrit et explique l'emploi de la méthode choisie et ses éventuelles interactions médicamenteuses. **Quand ?** Une consultation au plus par patient, droit à l'anonymat (utilisation le cas échéant le NIR anonyme NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX pour la mineure et 1 55 55 55 CCC 042/XX pour le mineur.)	tarif opposable