

Applicable à partir du 22 mars 2012

VII – Création d'une visite longue et complexe pour le médecin traitant à destination d'un patient atteint de maladie neuro-dégénérative

L'objectif du plan Alzheimer 2008-2012 est d'améliorer la prise en charge du patient porteur d'une maladie d'Alzheimer, notamment en renforçant le rôle du médecin traitant.

L'article 27.2 de la convention médicale propose la création d'une visite longue et complexe, réalisée par le médecin traitant au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative, en présence des aidants naturels.

Il est donc créé l'article 15.2.3 à la NGAP : «Consultation réalisée au domicile du patient atteint de maladie neuro-dégénérative par le médecin traitant».

La visite longue et complexe doit être réalisée au domicile du patient par le médecin traitant, en présence des aidants habituels (famille, aide ménagère, voisins éventuellement...).

Cette visite concerne les patients souffrants d'affection neuro-dégénérative identifiée et ne se limite pas aux patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie de Parkinson.

La liste, non exhaustive, des principales maladies neuro-dégénératives conformes à la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) est la suivante :

- Affections dégénératives systémiques du système nerveux central : chorée de Huntington, ataxie héréditaire, sclérose latérale amyotrophique et syndromes apparentés
- Syndromes extrapyramidaux : maladie de Parkinson et autres dégénérescence des noyaux gris centraux
- Autres affections dégénératives du système nerveux central : maladie d'Alzheimer, maladie de Pick, maladie à corps de Lewy et affections apparentées.
- Affection démyélinisante : sclérose en plaques et affections apparentées
- Maladie de Creutzfeld-Jacob

Le patient doit être en ALD pour cette pathologie neuro-dégénérative identifiée.

Cette visite doit être en rapport avec l'ALD.

Elle n'ouvre droit à aucune majoration.

Elle est facturable une fois par an. Lorsqu'une nouvelle évaluation est nécessaire, elle peut être facturée plus d'une fois par an.

Ces cas sont listés dans l'article 15.2.3 :

- modification de l'état de santé du patient, suffisamment importante pour justifier une réévaluation médicale
- changement de l'environnement du patient nécessitant une réévaluation de « l'adéquation entre les besoins du patient et des aidants naturels et les moyens mis en place ».

L'évaluation gériatrique, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse, le soutien aux aidants, l'information sur les structures d'aide à la prise en charge, la formation des aidants et la protection juridique du patient font partie intégrante de la visite.

Cette visite longue donne lieu à la création d'une lettre clé VL à l'article 2-2 de la NGAP. Elle est valorisée 2 V (valeur fixée dans la convention médicale) afin de tenir compte de sa durée et de sa complexité.

Il est précisé que le domicile du patient peut être un établissement d'hébergement pour personnes âgées à l'exception des unités de soins de longue durée à condition que cette visite respecte l'ensemble des conditions de l'article 15.2.3.

Quand le patient est hébergé en EHPAD, cette visite longue du médecin traitant doit se faire en cohérence avec les missions du médecin coordonnateur décrites à l'article D312-158 du Code de l'action sociale et des familles et dont certaines sont rappelées ci-dessous.

Le médecin coordonnateur :

- élabore et coordonne avec l'équipe soignante, le projet de soins de l'établissement, la mise en oeuvre des coopérations.
- participe à l'organisation de l'intervention des professionnels salariés et libéraux, à l'adaptation des prescriptions, à la politique de formation,
- évalue la dépendance des résidents et leurs besoins en soins

Cette visite spécifique doit donc être réalisée en présence du médecin coordonnateur, de la famille du résident et/ou des aidants habituels.

La prise en charge doit être définie en commun avec le médecin coordonnateur.

Concernant la facturation, il est rappelé que si l'établissement d'hébergement est en option tarifaire partielle, la VL est facturée à l'assurance maladie par le médecin traitant ; par contre si l'établissement a fait le choix de l'option tarifaire globale, la facturation se fait directement à l'établissement sans émission de feuille de soins.