



PREMIER MINISTRE
MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE
SECRETAIRE D'ÉTAT CHARGÉE DES PERSONNES HANDICAPEES

**Délégation interministérielle
à la stratégie autisme et neuro-développement**

Delphine Corlay / Olivier Toche
Tél. : 01 40 56 65 60
mél : delphine.corlay@pm.gouv.fr

Direction générale de la cohésion sociale

Sous-direction de l'autonomie des personnes
handicapées et des personnes âgées
Bureau de l'insertion, de la citoyenneté et du parcours
de vie des personnes handicapées (3B)
Eve Dujarric
tél. : 01 40 56 86 56
mél : eve.dujarric@social.gouv.fr

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Bureau des prises en charge post-aiguës, des
pathologies chroniques et de la santé mentale (R4)
Anne Veber
tél. : 01 40 56 65 76
mél : anne.veber@sante.gouv.fr

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé et des établissements
médico-sociaux (1A)
Laurent Butor
tél. : 01 40 56 71 10
mél. : laurent.butor@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre,
chargée des personnes handicapées

À

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019 relative à la mise en œuvre des plateformes de coordination et d'orientation dans le cadre des parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement.

Date d'application : immédiate

NOR : SSAA1922077J

Classement thématique : Etablissements sociaux et médico-sociaux – Etablissements de santé

Validée par le CNP le 19 juillet 2019 - Visa CNP 2019-68

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Document opposable : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : L'instruction porte sur les modalités de déploiement des plateformes de coordination et d'orientation en vue de mettre en œuvre le parcours de bilan et d'intervention précoce et de mobiliser le forfait précoce. Cette instruction est applicable aux territoires ultramarins des ARS.
Mots-clés : Handicap - Etablissements et services médico-sociaux – Etablissements de santé – Troubles du neuro-développement – Parcours de bilan et intervention précoce - plateformes de coordination et d'orientation – Forfait précoce – Ergothérapeutes - Psychomotriciens – Psychologues - Stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement 2018-2022.
Textes de référence : <ul style="list-style-type: none">- Stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement – avril 2018 (notamment mesures 34 et 35).- Article L 2135-1 du code de la santé publique.- Article L 174-17 du code de la sécurité sociale.- Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.- Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique.- Circulaire N°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement.
Circulaires abrogées : néant
Circulaires modifiées : néant
Annexes : <p>Annexe 1 : Modèle type d'arrêté de désignation des structures portant les plateformes de coordination et d'orientation</p> <p>Annexe 2 : Outil d'aide au repérage des troubles du neuro-développement chez les enfants de moins de 7 ans destiné aux médecins de 1^{ère} ligne</p> <p>Annexe 3 : Formulaire d'adressage aux plateformes de coordination et d'orientation</p> <p>Annexe 4 : Guide pour l'établissement de la convention constitutive de la plateforme de coordination et d'orientation TND</p> <p>Annexe 5 : Modèle de convention entre la caisse d'assurance-maladie pivot et la structure désignée</p> <p>Annexe 6 : Lettre instruction du ministère de la santé (DSS) à la CNAM du 11/06/2019 fixant le montant des acomptes mensuels à verser aux structures désignées pour leurs deux premières années d'exercice</p> <p>Annexe 7 : Simulation des montants par département selon la répartition populationnelle</p> <p>Annexe 8 : Modèle de courrier de notification accompagnant l'arrêté de désignation</p>
Diffusion : ARS

Vous avez été destinataire de la circulaire n°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination, dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement (TND).

Cette circulaire présentait le rôle et les missions des futures plateformes, et leur positionnement entre les lignes 1 et 3. Le cahier des charges relatif à ces plateformes figurait en annexe à cette circulaire. Vous étiez invités à identifier les acteurs susceptibles de les porter et à désigner des organisations préfiguratrices au terme d'appels à manifestation d'intérêt, dans une logique de restructuration des lignes 2 et d'élargissement à l'ensemble du champ des TND.

Depuis cette circulaire, le cadre législatif et réglementaire a été précisé : par la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2019, d'une part, et par le décret n°2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce, d'autre part.

Les négociations avec les professionnels de santé et psychologues visés à l'article L. 2135-1 du code de la santé publique (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues), introduit par la LFSS pour 2019, ont conduit à la définition d'un contrat type annexé à l'arrêté du 16 avril 2019.

Enfin, les travaux engagés avec la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ont permis d'aboutir à un schéma de facturation propre aux crédits de l'enveloppe « soins de ville », mobilisés pour le forfait de bilan et intervention précoce, qui s'est traduit par une lettre du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la CNAM du 10 juin 2019 et une lettre de la directrice de la CNAM aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS) du 10 juillet 2019.

Ces différents éléments ont donné lieu à une information continue et une concertation avec vos services, que ce soit lors des réunions des référents autisme -TND, ou dans le cadre d'ateliers avec les organisations préfiguratrices de plateformes ou par échanges bilatéraux, s'agissant plus particulièrement des Agences régionales de santé (ARS) ayant programmé l'ouverture de plateformes de coordination et d'orientation dès l'été 2019.

La présente instruction vise à vous présenter l'ensemble des documents qui ont été arrêtés depuis la circulaire du 22 novembre 2018 et à vous donner des précisions sur les modalités de mise en œuvre opérationnelle des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), tenant compte, à la fois des derniers textes publiés, notamment l'arrêté du 16 avril 2019 et la lettre réseau de la CNAM du 10 juillet 2019, mais aussi des demandes de modèles de document, que vos services ont fait remonter à la délégation interministérielle.

I- Rappel du contexte

Dans le cadre de la stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement pour 2018-2022, le gouvernement s'est donné comme objectif la mise en place d'un parcours coordonné de bilan et intervention précoce, destiné aux enfants de moins de 7 ans inclus présentant des TND.

Ce parcours vise à accélérer l'accès à des bilans et favoriser, si nécessaire, des interventions précoces pour, sans attendre la stabilisation d'un diagnostic, réduire les risques de sur-handicap, conformément aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles énoncées par la Haute autorité de santé (HAS).

Il devrait également permettre d'étayer le diagnostic nosographique, d'accélérer sa réalisation, en répondant ainsi aux problèmes d'errance diagnostique préjudiciables, tant aux enfants qu'à leurs familles.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 et son décret d'application¹ ont défini le cadre législatif et réglementaire permettant de traduire les mesures correspondantes de la stratégie nationale.

Les dispositions concernées sont :

- la construction d'**un parcours de bilan et intervention précoce**, coordonné par une plateforme de coordination et d'orientation, qui soit sécurisé et fluide et respectueux de la situation et des souhaits des familles, dès le repérage par un médecin d'écarts inhabituels de développement (articles L. 2135-1 et R. 2135-1 du code de la santé publique - CSP) ;
- la rémunération sur des crédits de l'assurance maladie et via les plateformes des séquences de prestations des professionnels libéraux non conventionnés contribuant au diagnostic fonctionnel et nosographique : ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues, par un forfait, baptisé de « **forfait précoce** » (articles L. 2135-1 et R. 2135-2 du CSP et arrêté du 16 avril 2019).

La création des plateformes s'inscrit en outre dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques propres à chacun des TND et à l'état des connaissances scientifiques, en privilégiant une approche coordonnée et pluridisciplinaire.

II- Rappel des principes généraux du parcours coordonné de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement

Ce parcours de bilan et d'intervention précoce est mis en œuvre pour tous les enfants âgés de moins de 7 ans présentant des signes d'alerte évoquant un TND. Il est organisé par des plateformes de coordination et d'orientation, portées par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'ARS (cf. annexe 1 : modèle type d'arrêté de désignation).

Les enfants sont repérés et adressés à la plateforme par un médecin de 1^{ère} ligne (médecin traitant, médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI, médecin scolaire, etc.).

Un outil d'aide au repérage précoce des signes d'alerte des TND chez les jeunes enfants a été élaboré dans le cadre d'un groupe d'experts pluri-professionnel animé par la délégation interministérielle (cf. annexe 2 : outil de repérage).

¹ Décret n°2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement.

L'outil d'aide au repérage comprend une grille de repérage organisée suivant l'âge de l'enfant et un formulaire d'adressage à la plateforme qui doit être renseigné par un médecin (cf. annexe 3 : formulaire d'adressage). Le médecin généraliste ou spécialiste qui exerce en ville pourra, le cas échéant, utiliser la cotation réservée aux consultations complexes enfant (CCE) prévue pour le dépistage des troubles du spectre de l'autisme (TSA) depuis la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie du 6 novembre 2018.

Le médecin formule des préconisations qu'un médecin de la plateforme doit ensuite valider. Cette validation doit intervenir dans les 15 jours suivant sa réception. Elle n'implique pas nécessairement une rencontre avec l'enfant et sa famille, ni avec le médecin prescripteur. Le formulaire d'adressage permet de recenser les informations utiles à la mise en œuvre du parcours et à la facturation ultérieure des forfaits à l'assurance maladie. Les modalités de saisine de la plateforme et les conditions de retours aux médecins prescripteurs devront être clairement définies et largement communiquées aux différents acteurs, afin d'organiser le parcours.

La validation précise si le parcours s'effectue au sein d'une des structures de la plateforme et/ou auprès de professionnels libéraux, avec lesquels la structure désignée aura contractualisé et qu'elle coordonne. Le contrat passé avec les professionnels libéraux non conventionnés doit être conforme au modèle de contrat type fixé par l'arrêté du 16 avril 2019 - pris en application de l'article L. 2135-1 alinéa 3 du CSP pour les prestations définies au R. 2135-2 du même code.

Les modalités de mise en œuvre du parcours (parcours en libéral, au sein de structures de la plateforme ou parcours mixtes) sont établies par la plateforme selon les besoins de l'enfant et les souhaits de la famille.

La plateforme doit s'assurer que l'enfant et sa famille sont reçus pour un premier rendez-vous contribuant au diagnostic dans les 3 mois suivant la validation de la prescription médicale initiale. Elle coordonne les différentes séquences de bilans et d'interventions précoces, veille au respect des recommandations de bonnes pratiques, s'assure que les professionnels libéraux non conventionnés transmettent les comptes rendus quantitatifs et qualitatifs à la plateforme, selon les modèles fixés par arrêté, et organise les échanges pluridisciplinaires.

Une première rencontre de synthèse est organisée au sein d'une des structures avec l'enfant et sa famille de la plateforme au plus tard 6 mois après la première rencontre avec un professionnel contribuant au diagnostic.

L'ensemble du parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie :

- les bilans et interventions des professionnels de santé et auxiliaires médicaux conventionnés sont pris en charge dans les conditions prévues dans leurs conventions respectives ;
- les bilans et interventions des professionnels libéraux non conventionnés précités sont rémunérés par la plateforme sous la forme d'un forfait. Ils ne peuvent solliciter de paiement direct par les patients.

En outre, conformément au décret n°2018-1297 et par dérogation à l'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles (CASF), le remboursement des soins complémentaires (comme par exemple les soins d'orthophonie) n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical pendant la durée du parcours de bilan et intervention précoce.

Le parcours a une durée maximale d'un an, à compter du premier rendez-vous avec un professionnel contribuant au diagnostic. Il peut être prolongé de 6 mois dans l'attente de la décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) pour éviter toute rupture dans l'accompagnement des enfants.

Si des déficiences sont confirmées et qu'elles ont des répercussions dans la vie de l'enfant, la plateforme accompagne la famille dans la constitution du dossier de demande de droits auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), sans attendre la stabilisation du diagnostic.

La sécurisation du parcours à l'issue de l'année de prise en charge, année qui peut, le cas échéant, être prolongée de 6 mois, suppose des liens étroits avec la MDPH. Il conviendra, à cette fin, de bien préciser la nature des informations à communiquer à la MDPH en accord avec la famille (bilan fonctionnel, projet d'intervention, proposition d'orientation, etc.).

Dans les situations complexes, la plateforme doit organiser le recours à la ligne 3 : centre de ressource autisme (CRA), centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLA), autres centres tels que les centres relatifs à la déficience intellectuelle. Les modalités d'articulation entre niveau 2 et niveau 3 devront être anticipées par les plateformes et les acteurs concernés.

Enfin, dans les cas où les signes d'alerte n'auront pas été confirmés, la plateforme pourra préconiser le retour à un suivi régulier par le médecin traitant ou bien une réorientation vers un accompagnement adapté à la situation.

III- Modalités de déploiement des plateformes de coordination et d'orientation

Afin d'assurer la mise en œuvre de ce parcours, il vous a été demandé de procéder à des appels à manifestation d'intérêt vous permettant d'effectuer une analyse des projets au sein d'un comité de sélection *ad hoc* couvrant l'ensemble des TND et comprenant des experts et des représentants des familles.

1) Désignation de la structure porteuse de la plateforme de coordination et d'orientation

En application de l'article L. 2135 alinéa 2 du CSP, la plateforme de coordination et d'orientation peut être portée par un établissement ou service mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du CASF (CAMSP, CMPP, SESSAD...) ou par un établissement mentionnés à l'article L. 3221-1 du CSP (établissement de santé autorisés en psychiatrie). En revanche, la structure désignée pour porter la plateforme ne peut pas être un réseau de santé ou un groupement de coopération sanitaire et/ou médicosocial. Ces derniers peuvent néanmoins être parties prenantes à la plateforme, dès lors qu'ils sont signataires de la convention constitutive.

Il est rappelé que la plateforme n'a pas de personnalité juridique en tant que telle et n'est ni un établissement, ni un pôle ou service supplémentaire. La plateforme bénéficie de l'autorisation de l'établissement auquel elle est rattachée et est soumise à ce titre aux règles du code de l'action sociale et des familles ou aux règles du code de la santé publique, suivant les cas.

La structure porteuse de la plateforme est désignée par le directeur général de l'ARS. Un modèle d'arrêté est fourni en annexe (cf. annexe 1).

2) Constitution de la plateforme de coordination et d'orientation

Afin de mettre en œuvre le parcours de bilan et intervention précoce, la structure désignée par l'ARS passe une convention avec les structures (établissements ou services) concourant à ce parcours.

Cet objectif de formalisation de la convention constitutive de la plateforme doit figurer explicitement dans l'arrêté de désignation de la structure porteuse. Une attention particulière devra être portée à la structuration territoriale des différents acteurs de la plateforme pour en assurer la meilleure accessibilité, ainsi qu'à l'association des acteurs de tous les champs des TND au sens de la DSM-5 (troubles du spectre de l'autisme - TSA, troubles spécifiques du langage et des apprentissages - TSLA, troubles du déficit de l'attention et de l'hyperactivité - TDAH, troubles du développement intellectuel - TDI, etc.).

En effet, la création des plateformes vise à articuler, sur un territoire donné, les professionnels de la première ligne et de la deuxième ligne mais aussi à associer les différentes structures de la deuxième ligne, quel que soit leur mode d'exercice ou le type de structure.

La structure porteuse de la plateforme, dès lors qu'elle est désignée dans les conditions précitées, doit formaliser la constitution de la plateforme par une convention constitutive, telle que mentionnée à l'article R.2135-1, premier alinéa du CSP. Cette convention précise les engagements de chacun des acteurs concernés dans l'organisation du parcours de l'enfant. Elle devra en particulier préciser les modalités de coordination médicale, du suivi médico-administratif et d'échanges financiers avec l'assurance-maladie et les professionnels libéraux, quand ces tâches sont déléguées à un pôle de compétences et de prestations externalisées (PCPE).

Une liste des éléments pouvant y figurer est présentée en annexe 4 et peut servir de guide pour son élaboration.

La convention constitutive doit être formalisée dans un délai maximum de 6 mois suivant la désignation de la structure porteuse.

3) Contractualisation avec les professionnels libéraux

Dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce, l'assurance maladie prend en charge les parcours mentionnés à l'article L. 2135-1 du CSP avec notamment, dans le cadre du « forfait précoce », la rémunération des professionnels libéraux contribuant au diagnostic qui, selon l'âge et le profil de l'enfant, pourront être un ergothérapeute, un psychologue et/ou un psychomotricien. L'enfant peut, selon les situations, avoir besoin du bilan et intervention d'un seul de ces professionnels, de deux d'entre eux, ou des trois.

Pour pouvoir mobiliser ce « forfait précoce », la structure porteuse de la plateforme contractualise avec les professionnels libéraux visés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du CSP et avec les psychologues, selon les modalités prévues par l'arrêté du 16 avril 2019 fixant le contrat type auquel les structures doivent se conformer, en application de l'article L. 2135-1 alinéa 3 du CSP.

Ce contrat fixe les modalités de collaboration du professionnel libéral au parcours de bilan et d'intervention précoce pour les TND organisé par la plateforme. Il fixe notamment les engagements respectifs de chaque partie et le montant des forfaits.

La plateforme devra s'assurer du respect des recommandations de bonnes pratiques, de la mobilisation adéquate des outils et de l'appropriation des modèles de comptes rendus proposés, tels que mentionnés respectivement aux annexes 1, 2 et 3 de l'arrêté.

Il importe de rappeler que les forfaits s'entendent comme incluant la rédaction des comptes rendus de bilan et d'intervention, les temps de coordination avec la plateforme ainsi que les coûts de déplacement quel que soit le lieu d'exercice.

En outre, la plateforme peut aussi contractualiser avec d'autres professionnels libéraux et paramédicaux susceptibles de contribuer aux bilans et aux interventions (kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, etc.).

4) Contractualisation avec les caisses d'assurance maladie

La prise en charge par l'assurance maladie du parcours de bilan et d'intervention précoce, dès lors qu'elle fait intervenir des professionnels libéraux non conventionnés, met en œuvre un schéma de facturation particulier.

Afin de limiter les interlocuteurs, une caisse pivot unique par plateforme est identifiée. Elle assure le versement à la plateforme des forfaits d'intervention précoce.

La caisse pivot est la caisse d'assurance maladie signataire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'organisme gestionnaire de la structure désignée pour être plateforme ou, à défaut, la CPAM du lieu d'implantation de la structure porteuse de la plateforme.

La mise en œuvre de ce schéma de facturation nécessite la signature d'une convention de financement entre la structure désignée pour porter la plateforme, la caisse d'assurance maladie désignée pour être caisse pivot et l'ARS.

Cette convention de financement précise notamment :

- les documents nécessaires à la constitution du dossier administratif de la plateforme : arrêté de désignation de la structure porteuse de la plateforme, informations administratives relative à la structure porteuse et ses coordonnées bancaires (FINESS juridique, FINESS géographique, notamment) ;
- les modalités de calcul et de versement des forfaits ;
- le montant des acomptes mensuels ;
- les informations relatives aux enfants bénéficiant d'un parcours de bilan et intervention précoce ;
- la liste et le dénombrement des forfaits consommés par enfant et par catégorie de professionnel ;
- les modalités de facturation annuelle des forfaits (par quart) ;
- les modalités de reversement ou de récupération après rapprochement des comptes (régularisation) ;
- les modalités d'interruption définitive ou temporaire du parcours de soins ;
- les modalités de contrôle *a posteriori*.

Un modèle national de cette convention est annexé à la présente instruction (cf. annexe 5).

Une lettre réseau de l'assurance-maladie, la LR-DDGOS-34/2019, précise les modalités de mise en œuvre du circuit de facturation pour les plateformes d'intervention précoce pour les enfants avec TND.

En outre, un référent autisme/TND est désigné au sein de chaque caisse pivot comme interlocuteur des structures désignées.

Pendant la période de montée en charge, la remise de la facture s'accompagne d'un dialogue entre la caisse pivot et la structure désignée pour traiter les difficultés rencontrées et s'assurer d'une compréhension réciproque.

5) Contractualisation avec l'ARS

L'ARS pourra contractualiser avec la structure désignée dans le cadre d'une convention d'objectifs et de moyens.

- si l'organisme gestionnaire de la plateforme a signé un CPOM avec l'ARS, alors les objectifs relatifs à la mise en œuvre de la plateforme et les moyens concourant à la mise en œuvre des parcours d'orientation et de coordination doivent faire l'objet d'un avenant au CPOM ou y être intégrés au moment de sa renégociation ;
- si l'organisme gestionnaire n'est pas signataire d'un CPOM, une convention d'objectifs et moyens pourra alors être passée entre l'ARS et la structure désignée.

Un modèle de convention d'objectifs et de moyens est en cours d'élaboration. Il sera communiqué ultérieurement.

La convention d'objectifs et de moyens ou l'avenant au CPOM devront préciser :

- la nature et le montant des crédits de renforcement alloués par l'ARS à la structure porteuse pour le fonctionnement de la plateforme, afin qu'elle mette en œuvre le parcours de bilan et d'intervention précoce ;
- les données à recueillir et les indicateurs à renseigner ;
- les objectifs à atteindre ;
- les modalités de suivi et de contrôle du dispositif.

A défaut de convention, ou en anticipation d'un CPOM ou d'un l'avenant à ce dernier CPOM, la lettre de notification de la décision de désignation de la plateforme ou de l'octroi de crédits de renfort précise les engagements attendus.

6) Démarrage de l'activité

Dès lors que la structure porteuse est désignée et sans attendre la signature de la convention constitutive, la plateforme peut commencer la mise en œuvre des premiers parcours.

Toutefois, pour mettre en œuvre le « forfait précoce », il y a deux prérequis :

- l'engagement de professionnels libéraux non conventionnés, qui doit se matérialiser par la signature du contrat type annexé à l'arrêté du 16 avril 2019 ;
- la signature de la convention de financement avec la caisse d'assurance maladie pivot nécessaire à la facturation.

Il conviendra donc, dès la notification de la décision de désignation par le directeur général de l'ARS que la structure désignée prenne l'attache de la caisse d'assurance maladie devant assurer le rôle de caisse pivot en vue de cette contractualisation.

Pour cela, l'ARS transmet à la structure porteuse :

- le modèle de convention de financement ;
- le montant du montant mensuel d'acompte qu'elle aura déterminé (cf. infra) ;
- les coordonnées de la personne référente à l'ARS et au sein de la caisse pivot.

IV- Financement du dispositif

Le parcours de bilan et intervention précoce est intégralement pris en charge par l'assurance maladie conformément à l'article L. 2135-1 alinéa 1.

S'agissant des CAMSP (l'article L. 2132-4), les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours de bilan et intervention précoce. Il n'est donc plus nécessaire, pour ce parcours, de mobiliser le département pour le financement des 20% du solde.

Parallèlement, l'ONDAM soins de ville sera mobilisé par le financement des dépenses relatives aux bilans et interventions réalisés par des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues. Au terme de la montée en charge de ce dispositif, les dépenses de soins de ville pourraient avoisiner un coût total annuel de 90 M€.

1) Crédits de renforcement des plateformes

Vous avez été destinataire de l'instruction interministérielle en date du 25 février 2019 relative à la mise en œuvre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND 2018-2022 vous précisant la répartition des moyens alloués au déploiement des plateformes.

Afin de soutenir ce déploiement, des crédits complémentaires vous seront progressivement délégués pour renforcer les plateformes, issus des ONDAM sanitaires ou médico-sociaux selon qu'il s'agira, en fonction des territoires, d'établissements ou services médico-sociaux ou d'établissements sanitaires autorisés en psychiatrie :

- les crédits médico-sociaux de renfort s'élève à 9,9 M€ d'ici à 2022, dont 3 M€ dès 2019, et les crédits sanitaires à 1,7 M€ par an à compter de 2020, soit 5,1 M€ sur la période (cf. répartition régionale aux annexes 4a et 4b de l'instruction du 25 février 2019)² ;
- pour 2019, des crédits sanitaires pourront toutefois être alloués par anticipation et déduits des exercices ultérieurs, en fonction de l'engagement des établissements sanitaires dans les premières plateformes.

Le principe de cette dotation découle de l'article L174-17 du code de la sécurité sociale.

Les moyens alloués à la plateforme, au titre de cette dotation, seront à calibrer en fonction des besoins déjà couverts par les structures existantes du territoire ainsi que de la population à couvrir (enfants susceptibles d'être repérés avec un TND). Sont visés au moins 5 % des enfants par classe d'âge.

Ces crédits doivent permettre, le cas échéant, de renforcer la structure porteuse de la plateforme dans son rôle d'information, de coordination et d'orientation (temps administratif, médical et paramédical). En lien avec les 3^{ème} lignes (CRA, CRTLA, autres), la structure désignée devra identifier les besoins de formations des premières lignes et des libéraux souhaitant contractualiser avec elle.

² Les crédits sanitaires issus de l'ONDAM Etablissements de santé sont des crédits DAF PSY.

2) Schéma de facturation des forfaits

L'article L. 2135-1 alinéas 1 et 3 du CSP prévoit le financement par l'assurance maladie des séquences de soins assurées par les professionnels de santé libéraux non conventionnés que sont les ergothérapeutes et les psychomotriciens, ainsi que les prestations des psychologues, dès lors qu'elles interviennent dans le cadre du parcours de bilan et intervention précoce validé par la plateforme.

Il n'y a pas de lien direct entre l'assurance-maladie et ces professionnels, ni de paiement direct par les patients. La prise en charge se fait via la plateforme en deux temps :

- la rémunération par la structure désignée des professionnels libéraux non conventionnés mentionnés à l'article L. 2135-1 du CSP pour les séquences de prestations qu'ils réalisent, sous forme d'un forfait (cf. article R. 2135-2, IV. du même code);
- le dénombrement et la facturation à la caisse d'assurance maladie pivot des forfaits versés par la plateforme à ces professionnels.

En outre, par dérogation à l'article R. 314-122 du CASF, le remboursement des soins complémentaires aux professionnels libéraux conventionnés contribuant au parcours de bilan et intervention précoce n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie et ce pendant la durée de ce parcours.

Ainsi, les structures désignées, ont deux sources de financement :

- les crédits de renforcement pour la mise en œuvre des plateformes ;
- les versements de la caisse d'assurance maladie pivot (en général la CPAM) destinés à couvrir le paiement du forfait précoce auprès des professionnels libéraux précités, sous forme d'acomptes mensuels et de régularisation annuelle.

▪ *Rémunération des professionnels libéraux par la plateforme*

Les professionnels libéraux sont rémunérés sur « service fait » par la plateforme pour une séquence de prestations, sous la forme d'un forfait. Ils ne peuvent solliciter de paiement direct des patients. La plateforme est responsable du contrôle du service fait.

La plateforme rémunère le professionnel libéral pour la séquence de prestations qu'il a réalisé, après réception des comptes rendus de bilan et d'interventions, selon les modalités suivantes :

- en un seul versement, si les bilans ou évaluations ne sont pas suivis de séquences d'interventions ;
- en quatre versements minimum (1 fois tous les 3 mois), si le parcours comprend bilan ou évaluation et interventions précoces.

En cas de sortie du parcours à l'initiative de la famille, le forfait dû au professionnel libéral est proratisé, en fonction du taux de réalisation du parcours prescrit.

Les montants des forfaits sont fixés par l'arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du CSP et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du CSP.

Bilans ou évaluations	Professionnels	Montant
Evaluation des besoins de l'enfant dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec son développement sensorimoteur, sensoriel et cognitif	Ergothérapeute	140€
Bilan psychomoteur comportant un examen du développement sensorimoteur	Psychomotricien	140€
Evaluation qualitative et quantitative des compétences développementales	Psychologue	120€
Evaluation qualitative et quantitative des compétences développementales incluant des tests neuropsychologiques complémentaires ciblant des secteurs spécifiques du développement cognitif et socio-communicationnel	Psychologue	300€
Bilans + Interventions	Professionnels	Montant
Evaluation et séquence d'interventions précoces de 35 séances de 45 min	Ergothérapeute	1 500€
Bilan psychomoteur et séquence d'interventions précoces de 35 séances de 45 min	Psychomotricien	1 500€
Bilan et séquence d'interventions précoces par un psychologue	<i>Non encore défini</i>	
<i>Le nombre, la durée et la fréquence des séances pourront varier pour s'adapter aux capacités de l'enfant et correspondre aux recommandations de bonnes pratiques. Dans ce cas, les comptes rendus spécifient à la plateforme la quotité de temps retenu et la fréquence des séances.</i>		

- *Facturation des forfaits entre la caisse d'assurance maladie pivot et la plateforme*

Un circuit de facturation - par les plateformes aux caisses - des sommes correspondant à la rémunération des prestations assurées au titre du « forfait précoce » par les professionnels libéraux non conventionnés, est mis en œuvre avec l'assurance maladie.

Ce circuit de financement est encadré par la convention financement signée entre la caisse d'assurance maladie pivot et la structure désignée.

Il se matérialise par le versement d'acomptes mensuels et la régularisation de ces versements en fin d'année, par le rapprochement entre le total des acomptes versés dans l'année et le total des forfaits réellement consommés au cours de cette même année.

- *Versement des acomptes mensuels*

Afin de permettre la rémunération des interventions des professionnels de santé libéraux par la plateforme, la caisse d'assurance maladie pivot procède à des acomptes mensuels. Le versement des acomptes est subordonné à la signature de la convention de financement. La caisse pivot effectue le paiement le 5 du mois ou à défaut le jour ouvré précédent.

- *Montant des acomptes*

Le montant des acomptes correspond à :

- pour les deux premières années d'activité de la plateforme, 1/12^{ème} du montant annuel prévisionnel notifié par l'ARS. Ce montant pouvant être ajusté en fonction de l'activité réelle de la plateforme ;
 - pour les années suivantes, 1/12^{ème} du montant de la facturation de l'année précédente (facturation comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre).
- *Détermination du montant les deux premières années*

Compte tenu de la montée en charge progressive des plateformes, le calibrage financier des acomptes s'effectue de manière dérogatoire.

Dans cette perspective, la Direction de la sécurité sociale (DSS) a procédé, sur la base d'une fraction des 90M€, cible de la stratégie nationale autisme et TND, soit 60M€, à une répartition régionale de l'ONDAM de ville mobilisable pour la prise en charge des parcours. Ce calcul définit des montants régionaux qui sont respectivement au total de 18M€ pour 2019 et de 36M€ pour 2020 (cf. en annexe 6 la lettre de directrice de la DSS au directeur général de la CNAM du 11 juin).

L'ARS est chargée, en fonction du territoire couvert par la plateforme et, le cas échéant, de l'activité prévisionnelle de cette dernière si elle est connue ou peut être anticipée, de définir pour chaque plateforme, un montant prévisionnel d'acompte mensuel pour les deux premières années de fonctionnement, qu'elle transmettra à la caisse d'assurance-maladie pivot de la structure désignée.

Ce montant devra être précisé dans la convention de financement entre la caisse d'assurance-maladie pivot et la structure désignée, à signer en présence de l'ARS.

Pour établir ce montant, elle peut s'appuyer sur la répartition - selon une clef populationnelle (enfants de 0 à 6 ans inclus) - des 60M€ ayant été retenus en cible. Cette répartition fait l'objet d'une simulation par la délégation interministérielle (cf. tableau en annexe 7).

Elle s'assurera ensuite que la somme des montants envisagés dans les seuls départements où s'ouvrent des plateformes en 2019 et 2020, somme - le cas échéant - proratisée en fonction du nombre de mois d'ouverture desdites plateformes, reste inférieure au montant régional notifié par la direction de la sécurité sociale.

Deux cas de figure sont possibles :

- si cette somme est inférieure à ce plafond, les montants mensuels calculés dans le tableau de l'annexe 7 peuvent être retenus ;
- si elle est supérieure, l'ARS devra procéder à une diminution des montants pour respecter le montant régional.

- *Suivi des effectifs*

La structure désignée établit trimestriellement la liste des enfants bénéficiant d'un parcours, quel que soit le mode de réalisation du parcours (libéral, interne, mixte). Dès lors que leur parcours est validé par la plateforme, ils font partie de la file active.

Les modalités de transmission de ces informations à la caisse d'assurance-maladie pivot sont prévues en annexe à la convention de financement.

▪ Facturation annuelle

Un mécanisme de régularisation, correspondant à l'activité réelle de la plateforme sur une année civile, interviendra l'année suivante sur la base d'une facture annuelle globale récapitulative transmise par la structure désignée à la caisse pivot le 15 janvier de l'année suivante.

La facture annuelle globale recense la liste exhaustive des enfants bénéficiaires d'au moins un forfait au cours de l'année, dont l'effectivité du « service fait » aura été préalablement contrôlée par la plateforme. Cette liste retrace le nombre de bilans et de forfaits facturés par quart et par catégorie de professionnels de santé.

La structure porteuse de la plateforme facture ainsi à la caisse pivot :

- le(s) « forfait(s) bilan » pour les bilans qui ont été réalisés dans l'année et ne seront pas suivis d'interventions précoces. Ils sont facturés en une fois et en totalité ;
- le(s) forfait(s) « bilan et interventions » d'une durée d'un an pouvant, le cas échéant, être prolongée de 6 mois dans l'attente d'une décision de la CDAPH.

S'agissant des forfaits « bilan et interventions », la facturation se fait par quart de forfait, sur la base des comptes rendus de bilan et d'interventions, transmis au moins trimestriellement par les professionnels concernés, et par un décompte du nombre de séances d'intervention précoce effectuées, à la suite du bilan, entre la date de validation du parcours par la plateforme et la date de facturation annuelle, selon les règles ci-dessous :

Bilan + 5 séances, 25% du forfait est à facturer ;

Bilan + 15 séances, 50% du forfait est à facturer ;

Bilan + 25 séances, 75% du forfait est à facturer ;

Bilan + 35 séances minimum, 100% du forfait ;

10 séances supplémentaires, 25% du forfait.

En cas de sortie définitive du dispositif en cours de parcours, un quart de forfait peut être facturé à l'assurance maladie si *a minima* 5 séances ont été effectuées.

Afin que la caisse pivot le prenne en compte lors de la valorisation, il convient de préciser la date et le motif de sortie.

Les modalités de facturation sont définies dans la convention de financement.

▪ Régularisation

À réception de la facture annuelle, la caisse d'assurance-maladie pivot calcule le montant dû en fonction de l'activité réelle. La régularisation tient compte des actes effectivement réalisés et rémunérés par la plateforme aux professionnels concernés.

Pour une période, deux situations peuvent se présenter :

- les acomptes versés ont été inférieurs à l'activité réelle, le montant à régulariser sera positif. Il donnera lieu à un versement complémentaire à la structure désignée qui interviendra avant le 28 février de l'année suivant la période facturée.
- les acomptes versés ont été supérieurs à l'activité réelle, le montant à régulariser sera négatif. Ce trop-versé sera retenu sur les versements à venir avec la mise en place d'un échancier (sur 6 mois au maximum). La récupération totale devra intervenir avant le 31 décembre.

▪ *Modalités de contrôle*

Les plateformes sont chargées du paiement des actes réalisés et de l'effectivité du service fait. Elles devront en outre mettre à disposition des caisses d'assurance-maladie pivot les pièces justificatives permettant un contrôle *a posteriori* (formulaire d'adressage, validations de parcours, les factures des professionnels libéraux, compte-rendu de bilan et d'intervention, etc.).

La mise en œuvre opérationnelle de cette mesure centrale de la stratégie avec le déploiement territorial des premières plateformes de bilan et d'intervention précoce dès l'été 2019 sera un marqueur important du changement d'approche sur le repérage, la prise en charge précoce et l'accélération des diagnostics des jeunes enfants présentant des signes d'alerte évocateurs de troubles du neuro-développement. Aussi, il vous est demandé d'accorder une attention particulière à la conduite de cette politique en faveur des enfants de 0 à 7 ans et de conduire son déploiement effectif sur l'ensemble du territoire régional entre 2019 et 2020.

Vous voudrez bien alerter la délégation interministérielle ou les services de la DGCS, de la DGOS et de la DSS de toute difficulté particulière concernant la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP
Par la Secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales

PO/Sabine FOURCADE
Le secrétaire général adjoint

Signé

Jean-Martin DELORME

PO/La directrice générale
de l'organisation des soins

La cheffe de service, adjointe à la directrice
générale de l'offre de soins

Signé

Stéphanie DECOOPMAN

PO/La directrice de la sécurité sociale

Signé

François GODINEAU
Expert de haut niveau sur les systèmes
d'information et le numérique

Pour la secrétaire d'Etat auprès du Premier
ministre chargée des personnes
handicapées
et par délégation,

La déléguée interministérielle
à la stratégie autisme et neuro-
développement

Signé

Claire COMPAGNON

PO/ Le directeur général
de la cohésion sociale

La cheffe de service, adjointe au directeur
général de la cohésion sociale

Signé

Cécile TAGLIANA

Annexe 1 : modèle type d'arrêté de désignation des structures désignées

ARRETE N° xx - xx

**portant désignation de la structure porteuse
de la plateforme de coordination et d'orientation
dans le cadre du parcours de bilan et intervention précoce
pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement
sur le territoire de xxxxxx**

LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

VU le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L312-1 ;

VU le code de la sante publique et notamment les articles L2135-1, L3221-1, L4331-1, L4332-1 ;

VU le code de la sécurité sociale et notamment les articles L174-17, L174-8, L162-5, L162-9 ;

VU le décret du xx portant nomination de xx en qualité de directeur général de l'agence régionale de santé xx ;

VU le décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ;

VU l'arrêté du 16 avril 2019 fixant le modèle de contrat type pour les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique ;

VU la circulaire N°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement ;

VU l'arrêté n°xx du directeur général de l'agence régionale de santé xx en date du xx relatif à l'adoption du programme régional de santé (PRS) xx ;

VU la lettre du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie du 11 juin 2019 relative à la détermination de l'avance de crédits à destination des structures désignées porteuses de la plateforme de coordination des parcours de bilan et intervention précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement et structuration des relations entre les professionnels de santé, les psychologues, la plateforme et les organismes de sécurité sociale.

CONSIDERANT que pour l'accompagnement des enfants de moins de 7 ans susceptibles de présenter un trouble du neuro-développement un parcours de bilan et

intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie avant même que le diagnostic ne soit stabilisé ;

CONSIDERANT que le parcours est coordonné par une structure désignée par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé ;

CONSIDERANT que la structure désignée passe une convention avec d'autres établissements ou services mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 2135-1 pour constituer la plateforme de coordination et d'orientation de ces parcours de bilan et intervention précoce ;

CONSIDERANT que l'objet de cette convention est l'organisation du parcours de bilan et intervention précoce pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement et la répartition des tâches et responsabilités de chaque partie constituante de la plateforme de coordination et d'orientation ;

CONSIDERANT qu'une convention de financement est conclue entre la caisse d'assurance maladie pivot et la structure désignée afin de définir le schéma de facturation et de préciser les modalités de versement des acomptes et de remboursement des forfaits¹ ;

[CONSIDERANT qu'une convention « des droits et obligations » sera signée entre l'ARS et la structure désignée afin de préciser les objectifs ainsi que les modalités de mise en œuvre et de suivi du parcours] ; *(si l'ARS fait le choix de passer par une convention)*²

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er}:

La structure désignée, porteuse de la plateforme de coordination et d'orientation pour le territoire de xx, dans le cadre de la mise en place du parcours de bilan et intervention précoce pour les enfants âgés de 0 à 7 ans présentant des troubles du neuro-développement est xx (*raison sociale de l'ESMS ou l'ES*), numéro FINESS géographique : xx sis, xx (*adresse de la structure porteuse*) gérée par xx (*raison sociale de l'organisme gestionnaire*), numéro FINESS juridique dont le siège social est situé : xx (*adresse du siège de l'organisme gestionnaire*).

ARTICLE 2 :

La structure désignée devra assurer les missions prévues aux articles L. 2135-1, R. 2135-1 et suivants du code de la santé publique.

ARTICLE 3:

La structure désignée doit, dans un délai de six mois suivant la notification de la présente désignation, formaliser et contractualiser avec d'autres établissements ou services dans le cadre d'une convention constitutive territoriale, en vue d'organiser le parcours de bilan et intervention précoce pour les enfants de moins de 7 ans susceptibles de présenter des

¹ Caisse primaire d'assurance-maladie du ressort géographique d'implantation de la structure désignée ou caisse d'assurance maladie signataire du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) si l'organisme gestionnaire de la structure désignée par le DG d'ARS est déjà lié à l'ARS par un CPOM.

² Ou, le cas échéant, avenant au CPOM liant l'organisme gestionnaire de la structure désignée à l'ARS.

troubles du neuro-développement et de constituer une plateforme de coordination et d'orientation.

Une liste des éléments devant figurer dans la convention constitutive territoriale est annexée au présent arrêté.

ARTICLE 4:

Un recours contre le présent arrêté peut être formé devant le tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification.

ARTICLE 5 :

Le délégué départemental de xx de l'agence régionale de santé xx est chargé de l'exécution du présent arrêté, publié au recueil des actes administratifs de xx.

Fait à xx, le xx

Le directeur général
de l'agence régionale de santé

Annexe 2 : outil d'aide au repérage précoce des signes d'alerte des troubles du neuro-développement chez les jeunes enfants



Document téléchargeable au lien suivant :

<https://handicap.gouv.fr/autisme-et-troubles-du-neuro-developpement/comprendre-l-autisme-au-sein-des-troubles-du-neuro-developpement/du-reperage-au-diagnostic/plateformes-tnd>

Version incluant le formulaire d'adressage à la plateforme.

Annexe 3 : Formulaire d'adressage aux plateformes de coordination et d'orientation pour la mise en œuvre de parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants de 0 à 6 ans inclus susceptibles de présenter des troubles du neuro-développement

Identification de l'enfant (issue du support de droits à l'assurance maladie) :

Nom / prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Rang de naissance de l'enfant :

Numéro immatriculation + clé de l'enfant (si disponible) :

Identification de l'assuré (issue du support de droits à l'assurance maladie) :

Nom / prénom de l'assuré :

Numéro immatriculation + clé de l'assuré :

Organisme d'assurance maladie (issu du support de droits ou joindre copie de l'attestation) :

Code régime : __ Code caisse gestionnaire : ___ Code centre gestionnaire : _____

Raison sociale :

Adresse postale :

Coordonnées du représentant légal de l'enfant :

Nom / prénom :

Numéro de téléphone :

Mail de contact :

Adresse postale :

Adressage :

« Je propose un parcours de bilan et/ou d'interventions précoces à adapter en fonction des capacités de l'enfant à prendre en charge par la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilan et intervention précoce »

Coordonnées de la plateforme :

Raison sociale :

Numéro de téléphone :

Mail :

Adresse postale :

Signaux d'alerte :

(Préciser : mode de recueil de l'information, tests ou grilles utilisées si différents de la grille stratégie nationale autisme/TND)

Grille de repérage renseignées en annexe :

Oui / non

Date	Nom du médecin	Tampon du médecin (avec numéro RPPS) ou numéro FINESS établissement
------	----------------	---

Préconisations :

Professions conventionnées (coordination par la plateforme)	Professions non conventionnées (bénéficiant du forfait bilan intervention précoce via la plateforme)
<ul style="list-style-type: none">○ Kinésithérapie○ Ophtalmologie○ ORL○ Orthophonie○ Orthoptie○ Autres, préciser :	<ul style="list-style-type: none">○ Ergothérapie (évaluation et interventions si nécessaires)○ Psychomotricité (bilan et interventions si nécessaires)○ Psychologie (évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales, avec si nécessaire tests neuropsychologiques)

Commentaires :

(Préciser le cas échéant : antécédents, environnement psychosocial, bilans antérieurs ...)

Avec l'accord du représentant légal de l'enfant, ce document est remis au représentant à la plateforme. Un double lui est remis le : __ / __ / 20__

Validation par le médecin de la plateforme de coordination des parcours de bilan et intervention précoce

Date, lieu et signature du médecin de la plateforme :

Remise au représentant légal de l'enfant des documents suivants :

- Liste des ergothérapeutes libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- Liste des psychomotriciens libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- Liste des psychologues libéraux ayant contractualisé avec la plateforme
- Autres listes de professionnels de santé conventionnés ayant contractualisé avec la plateforme (orthophoniste, orthoptistes, kiné, etc.)

(pour rdv dans les 3 mois maximum)

Rdv pour consultation au sein de la plateforme (le cas échéant)

Nom :	Nom :	Nom :
Profession :	Profession :	Profession :
Date :	Date :	Date :
Heure :	Heure :	Heure :
Adresse :	Adresse :	Adresse :

Rdv réunion de synthèse (dans 6 mois maximum) :

Annexe 4 : Guide pour l'établissement de la convention constitutive de la plateforme de coordination et d'orientation – TND

Guide pour l'établissement de la convention constitutive de la plateforme de coordination et d'orientation - TND

1. Documents de référence

- le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L312-1 ;
- le code de la sante publique et notamment les articles L2135-1, L3221-1, L4331-1, L4332-1 ;
- le code de la sécurité sociale et notamment les articles L174-17, L174-8, L162-5, L162-9 ;
- le décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ;
- l'arrêté du 16 avril 2019 fixant le modèle de contrat type pour les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique ;
- l'arrêté du xxxx complétant l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités d'intervention précoce des psychologues ;] (sous-réserve qu'il ait été signé préalablement)
- la circulaire N°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement et l'instruction XXXX du XXXX relative à la mise en œuvre des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement ;
- les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de la HAS
- la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND

2. Propos introductifs

La prise en charge précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement (TND), dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA), est une priorité de la stratégie nationale autisme / TND 2018-2022.

Afin de soutenir les familles confrontées aux premières difficultés de leurs enfants, aider au diagnostic et éviter les sur-handicaps, il est mis en place, en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, un parcours de bilan et intervention précoce. Ce parcours est pris en charge par l'assurance maladie.

Ce parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé qui passent une convention avec d'autres établissements ou services.

L'objet de cette convention est l'organisation du parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement et la constitution d'une plateforme de coordination et d'orientation.

La convention constitutive de la plateforme de coordination et d'orientation doit être formalisée au plus tard six mois suivant la désignation de la structure désignée.

Cette convention constitutive de la plateforme est particulièrement importante. Elle vise notamment à définir les modalités d'organisation du parcours, de mobilisation des différentes ressources du territoire (internes à la plateforme et externes), de coordination médicale et administrative, de gestion administrative et comptable, d'association des familles, de sensibilisation des médecins de ligne 1, etc.

L'ARS peut être consultée dans le cadre de l'élaboration de la convention.

3. Principaux éléments à définir dans la convention constitutive de la plateforme de coordination et d'orientation (à adapter selon les organisations et les territoires)

• **Constitution de la plateforme**

- Objet de la convention constitutive :
 - ✓ la mise en œuvre du parcours de bilan et d'intervention précoce,
 - ✓ la définition des conditions de coordination des membres composant la plateforme : engagements et répartition des rôles et responsabilités de chaque partie constituante de la plateforme...
 - ✓ les modalités de contribution de chaque partie constituante de la plateforme et, le cas échéant, la répartition des moyens afférents
 - ✓ les modalités d'articulation avec les partenaires externes
 - ✓ les modalités de retour d'informations à l'ARS, la caisse d'assurance maladie pivot et la CNSA
 - ✓ ...
- Composition de la plateforme et dénomination :
 - ✓ Dénomination de la plateforme
 - ✓ Liste des structures composant la plateforme (raison sociale de la structure, forme juridique, adresse, organisme gestionnaire) liées à la structure désignée
 - ✓ Modalités d'adhésion, retrait, d'exclusion des membres de la plateforme
 - ✓ ...
- Gouvernance de la plateforme :
 - ✓ Instance décisionnelle interne à la plateforme, rôle, composition, fonctionnement
 - ✓ Comité de pilotage associant les partenaires externes, rôle, composition, fonctionnement
 - ✓ ...
- Engagement de ses membres :
 - ✓ Respect de la convention constitutive
 - ✓ Participation à l'instance décisionnelle
 - ✓ Mise en œuvre des décisions de l'instance décisionnelle
 - ✓ Participation active aux objectifs de la plateforme
 - ✓ Partage des informations utiles
 - ✓ ...

• **Fonctionnement de la plateforme**

- Responsabilité juridique :
 - ✓ Modalité de gestion financière et budgétaire en lien avec l'ARS et la CPAM
 - ✓ Modalité de suivi de l'activité en lien avec l'ARS (et la CNSA pour les structures désignées médico-sociales)
 - ✓ Modalité de mise en œuvre de l'organisation prévue par l'instance décisionnelle
 - ✓ ...
- Modalités d'administration de la plateforme (responsabilités hiérarchiques et fonctionnelles...) :
 - ✓ Versant médical et paramédical

- ✓ Versant administratif
- ✓ ...
- Modalités d'organisation territoriale :
 - ✓ Localisation, rôle et fonctionnement des antennes, le cas échéant.
 - ✓ ...
- Coordination et liens avec les partenaires internes :
 - ✓ *Voir en annexe proposition de charte de fonctionnement*
- Coordination et liens avec les professionnels libéraux contribuant au parcours et au diagnostic :
 - ✓ Modalités d'identification des professionnels libéraux non conventionnés
 - ✓ Modalités de contractualisation avec les libéraux selon le modèle de contrat type
 - ✓ Modalités de rémunération des professionnels libéraux non conventionnés
 - ✓ ...
- Coordination et liens avec les partenaires externes :
 - ✓ Modalités d'appui, de sensibilisation, de formation des professionnels de la ligne 1
 - ✓ Modalités de coordination avec les partenaires des autres structures de la ligne 2
 - ✓ Modalités de recours à la ligne 3
 - ✓ Lien avec la MDPH et les établissements ou services médicaux sociaux de prise en charge
 - ✓ ...
- Accompagnement des familles et liens avec les associations :
 - ✓ Modalités d'organisation des réunions de synthèse avec la famille et l'enfant
 - ✓ Modalités d'annonce du diagnostic
 - ✓ Modalité de sensibilisation, d'accompagnement et de guidance parentale
 - ✓ Modalités de recueil des éléments de satisfaction ou de réclamation
 - ✓ Modalités d'information et de participation
 - ✓ ...
- Contrôle qualité :
 - ✓ Modalités de garantie de l'effectivité du service fait des interventions libérales
 - ✓ Modalités de contrôle du cadre d'exercice et des engagements à respecter les bonnes pratiques professionnelles de tous les intervenants
 - ✓ Organisation et participation aux formations
 - ✓ ...
- **Comptabilité et gestion**
 - ✓ Responsabilités des parties et organisation en vue de la facturation annuelle entre la caisse d'assurance maladie pivot et la structure désignée
 - ✓ Modalités de traitement comptable et financier
 - ✓ ...
- **Date d'effet et durée**
- **Conciliation et résiliation**

CHARTE DE FONCTIONNEMENT INTERNE (propositions) :

- ✓ Modalités de validation des prescriptions médicales et de partage de l'information médicale
- ✓ Conditions de retour d'informations aux médecins prescripteurs
- ✓ Modalités de partenariat avec les professionnels de santé des différentes structures
- ✓ Modalités de partenariat avec les professionnels libéraux conventionnés et non conventionnés
- ✓ Liens avec les usagers et leur familles (modalités de retours aux familles, d'organisation des réunions de synthèse, d'accompagnement et de guidance parentale, d'annonce de diagnostic,...)
- ✓ Traitement des plaintes et contrôle de la qualité des interventions
- ✓ Modalités de recueil de l'avis des familles (enquête de satisfaction par exemple)
- ✓ Modalités et conditions de prise en charge des enfants dont la prescription a été validée (vérification des droits, par exemple, choix du parcours)
- ✓ Modalités de sélection entre prise en charge interne aux structures de la plateforme et prise en charge externe ou mixte
- ✓ Modalités de recours à la ligne 3
- ✓ Modalités d'exploitation des comptes rendus de bilan et d'intervention
- ✓ Modalités d'organisation des réunions d'équipes pluri-professionnelles et d'association des professionnels externes à ces réunions
- ✓ Modalités de suivi des informations utiles à la coordination des interventions, la consommation des forfaits et le respect des délais (validation des prescriptions médicales, réception des comptes rendus de bilan et d'intervention, suivi des entrées et sorties du parcours, suivi de la consommation des forfaits pour facturation en fin d'année à la caisse d'assurance maladie pivot ...)
- ✓ Modalités de rémunération des professionnels libéraux sur service fait et de suivi des forfaits consommés
- ✓ Suivi des délais de paiement
- ✓ Gestion des absences, de la non observance des rendez-vous par les familles et des situations de rupture
- ✓ Modalités de centralisation de l'information en vue d'assurer le suivi budgétaire et financier et d'activité de la plateforme,
- ✓ Modalités d'utilisation et de suivi des crédits de renforcement alloués par l'ARS (responsabilités des parties et organisation en vue du dialogue de gestion entre l'ARS et la structure désignée)
- ✓ Modalités de gestion des acomptes versés par la caisse d'assurance maladie pivot
- ✓ Modalités de transmission des informations attendues par la caisse d'assurance maladie pivot
- ✓ Modalités de rapprochement entre prestations payées aux professionnels libéraux non conventionnés et forfaits facturés caisse d'assurance maladie pivot
- ✓ Modalités de rapprochement entre acomptes reçus et forfaits facturés
- ✓ Modalités de définition et de déploiement d'outils et de procédures communes et harmonisées permettant la coordination des parcours et la centralisation des interventions
- ✓ Modalités d'échanges de données et de sécurisation des données, notamment médicales
- ✓ Désignation du délégué à la protection des données de la plateforme au sens du RGPD
- ✓ Equipement et outillage de la plateforme et règles d'utilisation des outils SI existants

Annexe 5 : modèle de convention de financement entre la structure désignée et la caisse d'assurance maladie pivot

CONVENTION DE FINANCEMENT
RELATIVE A LA MISE EN ŒUVRE DU PARCOURS DE BILAN ET D'INTERVENTION
PRECOCE
VISANT LES ENFANTS DE MOINS DE 7 ANS
PRESENTANT DES TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT

ENTRE

La structure désignée par l'ARS pour porter la plateforme de coordination et d'orientation des parcours de bilan et intervention précoce des troubles du neuro-développement

Raison sociale de la structure :

N° FINESS géographique :

Portée par : (*raison sociale de l'organisme gestionnaire*)

Représentée par : xxxx

Ci-après dénommée « structure désignée ».

d'une part,

ET

La caisse primaire d'assurance maladie référente représentée par : xxxx

Ci-après dénommée « caisse pivot »

L'agence régionale de santé représentée par : xxx]

Ci-après dénommée « ARS »

d'autre part,

Vu le code de l'action sociale et des familles et notamment l'article L312-1 ;

Vu le code de la sante publique et notamment les articles L2135-1, L3221-1, L4331-1, L4332-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale et notamment les articles L174-17, L174-8, L162-5, L162-9 ;

Vu le décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ;

Vu l'arrêté du 16 avril 2019 fixant le modèle de contrat type pour les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique ;

[Vu l'arrêté du xxxx complétant l'arrêté du 16 avril 2019 relatif aux modalités d'intervention précoce des psychologues ;] *(sous-réserve qu'il ait été signé préalablement)*

Vu la circulaire N°SG/2018/256 du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement et l'instruction XXXX du XXXX relative à la mise en œuvre des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement ;

Vu l'arrêté n°xxxxxxx du directeur général de l'agence régionale de santé de xxxxxxx en date du xxxxxxx désignant xxxxx pour coordonner et orienter les parcours de bilan et intervention précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement ;

Vu la lettre du directeur de la sécurité sociale au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie du 11 juin 2019 relative à la détermination de l'avance de crédits à destination des structures désignées porteuses de la plateforme de coordination des parcours de bilan et intervention précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement et à la structuration des relations entre les professionnels de santé, les psychologues, la plateforme et les organismes de sécurité sociale ;

Vu la lettre du directeur général de l'agence régionale de santé notifiant la décision portant désignation de la structure porteuse de la plateforme de coordination et d'orientation dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec troubles du neuro-développement sur le territoire de xxxxxx

[Vu la convention constitutive de la plateforme définissant les contributions respectives de ses membres et notamment les tâches déléguées.] *(sous réserve qu'elle ait été signée préalablement)*

Préambule

La prise en charge précoce des enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement (TND), dont les troubles du spectre de l'autisme (TSA), est une priorité de la stratégie nationale autisme / TND 2018-2022.

Afin de soutenir les familles confrontées aux premières difficultés de leurs enfants, aider au diagnostic et éviter les sur-handicaps, il est mis en place, en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, un parcours de bilan et intervention précoce. Ce parcours est pris en charge par l'assurance maladie.

Ce parcours est organisé par des structures désignées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé parmi les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

Selon les dispositions de l'article R. 2135-2 du code de la santé publique, les prestations des professionnels mentionnés à l'article L. 2135-1 sont incluses dans le parcours de bilan et intervention précoce et prises en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils ont conclu un contrat avec la structure désignée.

Les prestations visées sont précisées pour chaque catégorie de professionnels selon les modalités suivantes :

- les professionnels de santé mentionnés à l'article L. 162-5 et les auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale peuvent intervenir dans le cadre du parcours aux conditions et selon les modalités de prise en charge de droit commun prévues dans les conventions visées à ces articles ;
 - pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 (ergothérapeutes) et L. 4332-1 (psychomotriciens) du présent code et les psychologues, le parcours peut inclure les prestations suivantes :
 - pour les ergothérapeutes : une évaluation pour déterminer les besoins des enfants dans la réalisation des activités de la vie quotidienne en lien avec leur développement sensori-moteur, sensoriel et cognitif et, si nécessaire, des interventions pour répondre aux besoins ainsi constatés et agir sur l'environnement des enfants ;
 - pour les psychomotriciens : un bilan psychomoteur comportant notamment un examen du développement sensorimoteur et neuro-moteur et, si nécessaire, des interventions relatives aux perturbations constatées ;
 - pour les psychologues : une évaluation qualitative et quantitative des compétences développementales de l'enfant et, si nécessaire, des tests neuropsychologiques complémentaires ciblant des secteurs spécifiques du développement cognitif et socio-communicationnel. Pour les psychologues qui détiennent une expertise spécifique définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, des interventions précoces en lien avec l'ensemble des évaluations fonctionnelles disponibles.
- les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues sont rémunérés par la structure désignée pour une séquence de prestations. Suivant la nature et l'intensité des troubles présentés par l'enfant, les prestations réalisées donnent lieu au paiement, pour une ou plusieurs des trois catégories professionnelles visées par le décret d'un forfait, dit « forfait précoce », qui se décline en un :
 - « forfait bilan », lorsque le bilan n'est pas suivi de séquences d'interventions précoces ;
 - « forfait bilan et interventions » lorsque le bilan initial est suivi d'une séquence d'interventions précoces.
- les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues ne peuvent solliciter de paiement direct auprès des bénéficiaires de leurs prestations ;
- enfin, par dérogation à l'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles, le remboursement des soins complémentaires n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical pendant la durée du parcours de bilan et intervention précoce.

Les bilans et interventions précoces sont réalisés au sein de la structure désignée par l'ARS pour porter la plateforme de coordination et d'orientation ou d'une structure liée par convention avec la plateforme ou par un ou plusieurs professionnels exerçant en dehors de ces structures. La validation de la prescription médicale initiale, faite par un médecin exerçant dans la structure désignée ou dans une structure liée à celle-ci par convention, précise les prestations incluses dans le parcours.

Le parcours démarre lorsque le premier acte de bilan et/ou d'intervention précoce est réalisé par un professionnel contribuant au diagnostic, soit au sein d'une des structures de la plateforme mentionnée à l'article R. 2135-1, soit au sein d'une structure liée par convention avec la plateforme, soit par un professionnel mentionné au III de l'article R. 2135-2 (ergothérapeute, psychomotricien, psychologue).

Le parcours de bilan et intervention précoce a une durée maximale d'un an, mais par dérogation, les prestations mentionnées au III de l'article R. 2135-2 des ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues peuvent être prises en charge jusqu'à la date des décisions de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), pendant une durée maximale de six mois supplémentaires.

Afin de garantir la qualité des accompagnements réalisés, un contrat type entre les professionnels de santé en charge de la mise en œuvre des parcours de bilan et d'intervention précoce, mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique, et les psychologues et les structures désignées est fixé par l'arrêté du 16 avril 2019 pris en application du 3^{ème} alinéa de l'article L. 2135-1.

Il prévoit notamment, pour chaque catégorie de professionnels :

- des engagements de bonnes pratiques professionnelles ;
- les conditions de retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant ;
- les modalités selon lesquelles la structure désignée rémunère les prestations réalisées dans le cadre du parcours.

Article 1 : Objet de la convention

La présente convention fixe :

- les conditions selon lesquelles l'assurance maladie rembourse à la structure désignée ou à l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant, adossée les prestations effectuées par les professionnels libéraux non conventionnés qu'elle a rémunérées ;
- le contenu et les modalités d'échange de données médico-administratives entre l'assurance maladie et la structure désignée, notamment le bordereau de prise en charge des enfants dans le parcours de soins et le formulaire de facturation transmis par la structure désignée à l'assurance maladie.

Article 2 : Rôle des parties signataires

La structure désignée est chargée de centraliser et transmettre les informations destinées à l'assurance maladie, le cas échéant, s'agissant des structures désignées adossées à des établissements de santé, via le service comptable et financier de cet établissement.

Elle s'assure du service fait par les professionnels libéraux qu'elle rémunère.

La caisse pivot est l'unique interlocuteur, côté assurance maladie, de la structure désignée ou de l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant, adossée. Elle assure les liens avec les organismes d'assurance maladie y compris s'agissant de la collecte des informations nécessaires à la compensation inter-régimes. La caisse pivot est la caisse du ressort géographique de la structure désignée pour porter la plateforme ou, le cas échéant, la caisse pivot retenue lorsque l'organisme gestionnaire de la plateforme désigné par arrêté du directeur général de l'ARS est déjà lié avec l'assurance maladie et l'agence régionale de santé par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens - CPOM.

Article 3 : Constitution du dossier administratif

La structure désignée ou l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant, adossée s'engagent à transmettre à la caisse pivot en vue de son identification dans le système d'information de l'assurance maladie les documents listés ci-dessous :

- la décision du directeur général de l'agence régionale de santé désignant la structure porteuse de la plateforme d'orientation et de coordination du parcours de « bilan et intervention précoce pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement » ;
- les informations administratives relatives à la structure désignée (Finess géographique, Finess juridique, catégorie au sens nomenclature Finess, raison sociale) ;

- les coordonnées bancaires de la structure porteuse de la plateforme ou celles de l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant, adossée ou celles de la structure désignée dans la convention constitutive de la plateforme pour percevoir les versements (le cas échéant).

Article 4 : Modalités de versement des acomptes mensuels et régularisation

Le remboursement des « forfaits bilan » et des « forfaits bilan et interventions » font l'objet de versements d'acomptes mensuels par la caisse pivot.

La caisse pivot effectue le paiement le 5 du mois ou à défaut le jour ouvré précédent. Le 1^{er} versement interviendra le 5 du mois suivant la date de réception du présent contrat signé par toutes les parties ainsi que de l'ensemble des pièces citées dans l'article 1°.

Les versements mensuels sont calculés sur la base de la facture de l'année précédente (facturation comprise entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre). Ils sont révisés en début d'année N, en tenant compte à la fois de la file active (liste des enfants inscrits dans un parcours de bilan et intervention précoce au 31 décembre de l'année N-1), du forfait moyen par enfant constaté en N-1 et N-2 et du taux de croissance de l'activité entre N-1 et N-2.

À titre dérogatoire, pour les deux premières années de la montée en charge du dispositif, le montant de ces versements est déterminé sur la base d'une estimation forfaitaire dont le montant peut être révisé/actualisé après six mois d'activité, la première année d'exercice, pour ajuster le cas échéant les versements à effectuer sur la période restante, et, *a minima*, en fin d'un exercice annuel complet pour déterminer le montant des versements mensuels au titre de l'année suivante.

De même, si lors de la 3^e année de fonctionnement de la plateforme, l'activité devait baisser fortement à l'issue de l'absorption des enfants en attente d'une prise en charge avant l'ouverture du dispositif, un réajustement de la dotation annuelle sera calculé à mi année en fonction des forfaits consommés au cours du 1^{er} semestre par la plateforme.

Le montant de l'acompte mensuel qui sera versé par la caisse pivot pour votre structure est égal à **XXX** au titre des deux premières années dans le respect des montants régionaux donnés dans la lettre du directeur de la sécurité sociale (DSS) au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) du 11 juin 2019 déterminant l'avance de crédits à destination des structures désignées. Ce montant est établi en tenant compte de la part de la population d'enfants de moins de 7 ans dans le ressort géographique de la plateforme relativement à cette même population au niveau régional.

Une facture annuelle respectant le formalisme prévu à l'article ci-après et correspondant à l'activité réelle permettra de régulariser ces acomptes. Dans le cas d'une ouverture en cours d'année civile (année N), la régularisation des acomptes s'effectuera au plus tard en fin d'année N+1.

Article 5 : Dénombrement des enfants bénéficiant d'un parcours de bilan et intervention précoce

La structure désignée ou l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant adossée s'engage à transmettre à la caisse pivot, dans le courant du mois suivant la fin de chaque trimestre, la liste nominative des enfants pour lesquels un parcours de bilan et intervention précoce a été validé par un médecin exerçant dans la structure porteuse de la plateforme ou désignée par celle-ci pour au moins un bilan ou une séance d'intervention précoce réalisée sur le trimestre (une maquette figure en annexe 1 à la présente convention).

La liste précise les enfants pris en charge dans l'une des structures de la plateforme sans recours au «forfait précoce »¹ et ceux pris en charge par un professionnel libéral donnant lieu à déclenchement du forfait précoce ou les deux (parcours mixte).

Cette liste fait également mention de l'organisme d'affiliation de l'assuré et de la période de prise en charge.

Article 6 : Facturation globale annuelle

La structure désignée recense pour chaque enfant ayant bénéficié de l'intervention d'un professionnel de santé libéral non conventionné (ergothérapeute et/ou psychomotricien et/ou psychologue) pour lequel la plateforme a versé un forfait d'intervention précoce les données suivantes :

- le NIR ouvrant droit,
- la date de naissance de l'enfant,
- le rang gémellaire de l'enfant,
- le NIR du bénéficiaire (si disponible),
- l'organisme d'assurance maladie d'affiliation (Code régime / Code caisse gestionnaire / Code centre gestionnaire),
- la liste des prestations selon la codification des forfaits et quotités de forfaits retenue.

Ces données sont transmises sous la forme d'un tableau récapitulatif annuel recensant l'ensemble de la file active de l'année avec des colonnes supplémentaires pour indiquer la consommation des différents forfaits. La maquette du tableau à utiliser figure en annexe 2.

Ce tableau, une fois complété et validé, tient lieu de **facture globale annuelle**.

La validation par la structure désignée de cette liste avec décompte des forfaits consommés vaut « attestation de service fait ».

L'effectivité du « service fait » aura été préalablement contrôlée par la structure désignée à partir des comptes rendus de bilans et interventions transmis par les professionnels concernés et les retours d'information de la famille ou du médecin traitant.

La transmission de ce tableau, détaillé par type de bilan et de forfaits, qui vaut facture, vise la régularisation des versements de l'année.

Cette facture est à établir par année civile.

Elle est réalisée en complément de la liste trimestrielle des enfants bénéficiant au 31 décembre de l'année d'un parcours de bilan et intervention précoce (déclaration du 4e trimestre).

La liste trimestrielle et la facture annuelle (soit deux documents) sont à transmettre au plus tard le 15 janvier de l'année suivante.

La facture devra être signée par le directeur de la structure désignée. Une facture incomplète ne pourra pas être traitée et sera retournée. Dans ce cas, la structure désignée régularisera la facture annuelle avec les données manquantes dans un délai maximum de 15 jours. Si des incompréhensions subsistent, la structure peut saisir son interlocuteur référent à la caisse. En cas de signalement d'erreurs, une procédure contradictoire est mise en place.

¹ La caisse pivot a en effet besoin de connaître ces enfants, dès lors que l'article R. 2135-2, V. précise que par dérogation à l'article R. 314-122 du code de l'action sociale et des familles, le remboursement des soins complémentaires n'est pas subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical pendant la durée du parcours de bilan et intervention précoce.

Article 7 : Modalités de décompte des prestations pour l'établissement de la facture globale annuelle

La facture globale annuelle récapitule pour la période de référence les prestations réalisées pour chaque enfant ayant intégré le parcours et ayant eu, au moins :

- un bilan par un professionnel libéral non conventionné sur cette même période (facturation d'un « forfait bilan » seul par catégorie de professionnels ne donnant pas lieu à une séquence d'interventions) ;
- un bilan et des séquences d'intervention précoce ;
- une, deux ou trois séquences d'intervention (facturation d'un premier ¼ de forfait).

Modalités de facturation annuelle des « forfaits bilans » et des « forfaits bilans et interventions précoces » :

La structure désignée facture :

- le(s) « forfait(s) bilan » pour les bilans qui ont été réalisés dans l'année et ne seront pas suivis d'interventions précoces. Ils sont facturés en une fois et en totalité ;
- le(s) forfait(s) « bilan et interventions » d'une durée maximale d'un an pouvant être prolongée de 6 mois dans l'attente d'une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées.

S'agissant des forfaits « bilan et interventions », la facturation se fait par quart de forfait, sur la base des comptes rendus de bilan et d'interventions, transmis au moins trimestriellement par les professionnels concernés, et par un décompte, par catégorie de professionnel, du nombre de séances d'intervention précoce effectuées, à la suite du bilan.

Pour ne pas être comptées deux fois, seules sont comptabilisées les séances d'intervention effectuées dans l'année, postérieurement à la date de validation du parcours par la plateforme et antérieurement à la date de facturation annuelle, avec, le cas échéant le report des séances non comptabilisées au titre de l'année n-1.

Les règles suivantes s'appliquent :

Bilan + 5 séances, 25% du forfait est à facturer ; Bilan + 15 séances, 50% du forfait est à facturer ; Bilan + 25 séances, 75% du forfait est à facturer ; Bilan + 35 séances minimum, 100% du forfait

Pour la seconde année, les quarts de forfaits complémentaires (25%) correspondants aux parcours en cours de réalisation seront facturés dès lors que 10 séances auront été effectuées et payées au professionnel libéral depuis la dernière facture.

De même, pour les enfants pour lesquels le parcours est prolongé au-delà d'un an (et au maximum pour 6 mois de plus), les quarts de forfait (25%) sont facturables par tranche de 10 séances supplémentaires.

Article 8 : Modalités de reversement ou de récupération de la régularisation

À réception de la facture globale annuelle, la « caisse pivot » calcule le montant dû en fonction de l'activité réelle. Le montant de la régularisation correspond au différentiel entre la valorisation de l'activité réelle, forfait par forfait, et les acomptes versés pour la même période.

Pour une période, deux situations peuvent se présenter :

- les acomptes versés ont été inférieurs à l'activité réelle, le montant à régulariser sera positif. Il donnera lieu à un versement complémentaire à l'établissement qui interviendra avant le 28 février de l'année suivant la période facturée ;
- les acomptes versés ont été supérieurs à l'activité réelle, le montant à régulariser sera négatif. Ce trop-versé sera retenu sur les versements à venir avec mise en place d'un échéancier (de préférence sur 6 mois au maximum). La récupération totale devra, également, intervenir avant le 31 décembre de l'exercice suivant.

Article 9 : Interruption définitive ou temporaire du parcours de soins

En cas de sortie définitive du dispositif, un quart de forfait peut être facturé à l'assurance maladie si au moins 5 séances ont été effectuées.

Afin que la « caisse pivot » le prenne en compte lors de la valorisation, il convient de préciser la date et le motif de sortie.

Article 10 : Contrôle *a posteriori*

Un contrôle *a posteriori* sur pièces pourra être effectué. Les modalités de ce contrôle seront définies ultérieurement. Les documents d'adressage, les validations de parcours par la structure désignée et les factures des professionnels libéraux qui auront réalisé les bilans et interventions précoces devront être tenus à la disposition des organismes d'assurance maladie pour consultation sur site ou transmission sur demande.

Article 11 : Documents originaux établis

La présente convention est établie en deux exemplaires originaux, l'un à destination de la caisse d'assurance maladie pivot et l'autre à destination de la structure désignée ou de l'établissement de santé auquel elle est, le cas échéant adossée.

Fait à _____, le _____

Le Directeur de la structure désignée

Le Directeur de la Caisse
d'Assurance maladie

Le Directeur Comptable et Financier de la Caisse
d'Assurance maladie

Le Directeur de l'Agence Régionale de Santé

Annexes

SUIVI DES EFFECTIFS : Liste trimestrielle des enfants bénéficiant d'un parcours de bilan et intervention précoce (voir tableau excel)

Cf annexe 5.1

FACTURE ANNUELLE : liste des enfants ayant bénéficié d'un forfait « bilan » ou « bilan+interventions » au cours de l'année civile

Cf annexe 5.2

**LISTE TRIMESTRIELLE
DES ENFANTS BENEFICIAINT D'UN PARCOURS DE BILAN ET INTERVENTION PRECOCE COORDONNE PAR LA PATEFORME**

ANNEE
TRIMESTRE

Nom de la plateforme
Raison sociale de la structure désignée par l'ARS pour porter la plateforme
finess géographique de la structure désignée

Intitulés repris du formulaire d'adressage

Nom enfant bénéficiaire des prestations	Prénom	Date de naissance	Rang gémellaire (le cas échéant)	Numéro d'immatriculation de l'ouvrant droit	Numéro d'immatriculation du bénéficiaire (Si disponible)	Organisme d'affiliation			Date de validation du parcours	Nature de la prise en charge (interne/externe ou mixte mais sans recours au forfait précoce/externe ou mixte avec recours forfait précoce)	Date de la première intervention d'un professionnel contribuant au diagnostic (entrée dans le parcours)	Date de sortie du parcours	Motif de la sortie
						Code régime : --	Code caisse gestionnaire : ____	Code centre gestionnaire : _____					

Date

Je, soussigné le directeur de la structure désignée certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Cachet de la plateforme

Signature du directeur de la structure désignée

RÈGLES DE FACTURATION DES BILANS ET FORFAITS D'INTERVENTION PRÉCOCE PAR LES STRUCTURES PORTEUSES DES PLATEFORMES À L'ASSURANCE MALADIE

Les principes de facturation des forfaits d'intervention précoce sont les suivants :

Lorsqu'un bilan seul est réalisé par une des 3 catégories de professionnels de santé habilitées à les réaliser mais que l'enfant ne nécessite pas la mise en œuvre d'un accompagnement précoce par la plateforme (notamment s'il peut être admis immédiatement dans un ESMS adapté ou si les bilans s'avèrent normaux ...) alors un bilan seul est facturé dès que la plateforme a rémunéré le professionnel pour celui-ci.

Lorsqu'un bilan est réalisé mais qu'il est suivi par des interventions d'accompagnement par le même professionnel, alors la prise en charge se facture par 1/4 de forfait en fonction du nombre de séances d'intervention réalisées :

- Bilan + 5 séances , 25% du forfait est à facturer ;
- Bilan + 15 séances, 50% du forfait est à facturer ;
- Bilan + 25 séances, 75% du forfait est à facturer ;
- Bilan + 35 séances minimum, 100% du forfait

Un coefficient de 0,25 ou 0,50 ou 0,75 ou 1,00 est donc à reporter dans la colonne relative au forfait facturé par catégorie de professionnel et chaque ligne correspondant à la prise en charge d'un enfant dans le dispositif.

Lorsqu'un enfant est pris en charge sur deux années, les 1/4 de forfaits manquants sont portés sur la facture de l'année suivant son admission.

Un même enfant peut se voir prolonger sa prise en charge, initialement accordée pour un an, de 6 mois supplémentaires en attendant la décision d'orientation de la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (MDPH) aussi, un enfant peut avoir au maximum **6 quarts de forfaits facturés sur 2 exercices**.

Lorsqu'une prise en charge est interrompue, les 1/4 de forfaits déjà versés sont acquis. Si le nombre de séances supplémentaires réalisées est égal ou supérieur à 5, 1/4 de forfait peut-être facturé, mais pas si le nombre de séances est compris entre 1 et 4.

**Annexe 6 : Lettre instruction du ministère de la santé (DSS) à la CNAM du 11/06/2019
fixant le montant des acomptes mensuels à verser aux structures désignées pour
leurs deux premières années d'exercice**



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

DIRECTION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

SD/1-A

Rigaud Charles

☎ : 01.40.56.46.15

Charles.rigaud@sante.gouv.fr

N° D-19/

Paris, le 11 06 19

LA DIRECTRICE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

A

MONSIEUR LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE
LA CNAM

Copie : DG d'ARS

OBJET : Détermination de l'avance de crédits à destination des structures désignées porteuses de la plateforme de coordination des parcours de bilan et intervention précoce des enfants présentant des troubles du neuro-développement et structuration des relations entre les professionnels de santé, les psychologues, la plateforme et les organismes de sécurité sociale

REFERENCE :

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ;

Code de la santé publique, notamment ses articles L. 2135-1 et R. 2135-2;

Code de la sécurité sociale, notamment son article L. 174-17 ;

Décret n° 2018-1297 du 28 décembre 2018 relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement ;

Dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie pour l'autisme au sein des troubles du neurodéveloppement, et en application de l'article R.2135-2 du code de la santé publique « les professionnels mentionnés au III sont rémunérés par la structure désignée¹ pour une séquence de prestations, sous la forme d'un forfait. Ils ne peuvent solliciter de paiement direct par les patients ».

Les forfaits « bilan » et « bilan et intervention » font l'objet de versement d'acomptes mensuels par l'assurance maladie à la structure désignée assurés par une « caisse-pivot ». Lorsque l'établissement est financé pour son activité propre via une dotation versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du lieu d'implantation de l'établissement, il paraît naturel que cette dernière soit également celle en charge du financement de l'activité relative à la plateforme. Le rôle de la « caisse-pivot » pourra également être assuré par la « caisse-pivot » retenue lorsque l'organisme gestionnaire de la plateforme est déjà lié par un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou par une autre caisse d'assurance maladie.

La « caisse pivot » assure l'intégralité des versements à la structure désignée quelle que soit la caisse d'affiliation à l'assurance maladie de l'enfant, de ses parents ou du représentant légal

¹ Les établissements ou services mentionnés aux 2°, 3° et 11° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou les établissements mentionnés à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

lui ouvrant ses droits suivis par la plateforme. Sur la base des éléments d'information remontés par la structure désignée à sa « caisse pivot », et notamment le régime d'affiliation des enfants, cette dernière organise le circuit et le reversement des crédits correspondant à la compensation des sommes engagées au titre des autres régimes d'assurance maladie.

Les versements mensuels sont calculés sur la base de l'activité de l'année précédente (facturation comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre) toutefois, à titre dérogatoire et pour les deux premières années de la montée en charge du dispositif, le montant de ces versements est déterminé sur la base d'une estimation forfaitaire.

Ce montant peut être révisé ou actualisé après six mois d'activité, la première année, pour ajuster le cas échéant les versements à effectuer sur la période restante. Ce montant est également révisé en fin d'année pour déterminer le montant des versements mensuels au titre de l'année suivante.

Compte tenu du cadrage financier interministériel et de la montée en charge progressive du dispositif, le montant de l'avance est calculé sur une fraction de 60 M€ correspondant, d'une part, au ressort territorial assigné à la structure lors de sa désignation (répartition au prorata de la population régionale d'enfants de moins de 7 ans) et, d'autre part, au prorata des mois d'exercice de la plateforme sur l'année en cours. Sur la base des montants identifiés dans l'annexe 1, l'ARS pourra autoriser des structures désignées et définir en fonction du territoire couvert et de l'activité prévisionnelle de ces dernières un montant prévisionnel d'avance pour les 2 premières années de fonctionnement qu'elle transmettra ensuite à la CPAM « pivot » de la structure désignée. Le montant identifié dans l'annexe 1 représente le montant des avances pour les années 2019 et 2020.

A ce jour, compte tenu des structures déjà identifiées, ceci conduirait à consentir 9 M€ d'avances en 2019 et 24 M€ en 2020 pour les 30 structures déjà ciblées, auxquelles s'ajouteront des avances pour de nouvelles structures

Je vous demande de bien vouloir mettre en œuvre ces orientations travaillées avec vos équipes et validées lors de la réunion interministérielle du 23/04/2019 et d'en informer l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie de votre réseau.

La directrice de la sécurité sociale

La directrice de la sécurité sociale

Mathilde GNOT-LELOUP

Annexe 1 : Avance régionale en N et N+1 sur la base du nombre d'enfants de moins de 7 ans et 18M€ en 2019 et 36M€ en 2020

Régions	Nombre d'enfants de moins de 7 ans	% d'enfants de moins de 7 ans en France	2019	2020
84 Auvergne-Rhône-Alpes	662 664	12%	2 171 158 €	4 342 315 €
27 Bourgogne-Franche-Comté	209 229	4%	685 521 €	1 371 042 €
53 Bretagne	250 485	5%	820 691 €	1 641 383 €
24 Centre-Val de Loire	200 643	4%	657 389 €	1 314 778 €
94 Corse	22 853	0%	74 874 €	149 749 €
44 Grand-Est	424 773	8%	1 391 731 €	2 783 461 €
32 Hauts-de-France	523 142	10%	1 714 028 €	3 428 056 €
11 Ile-de-France	1 135 912	21%	3 721 712 €	7 443 424 €
28 Normandie	261 403	5%	856 462 €	1 712 924 €
75 Nouvelle-Aquitaine	419 814	8%	1 375 482 €	2 750 965 €
76 Occitanie	437 682	8%	1 434 024 €	2 868 048 €
52 Pays-de-la-Loire	309 427	6%	1 013 809 €	2 027 619 €
93 Provence-Alpes-Côte d'Azur	388 796	7%	1 273 854 €	2 547 708 €
01 Guadeloupe	30 635	1%	100 371 €	200 743 €
02 Guyane	44 058	1%	144 353 €	288 705 €
03 La Réunion	89 538	2%	293 362 €	586 725 €
04 Martinique	26 190	0%	85 808 €	171 617 €
06 Mayotte	56 577	1%	185 369 €	370 739 €
			18 000 000 €	36 000 000 €

Annexe 7 : Estimation du montant de l'acompte mensuel par département

(source : calcul de la délégation interministérielle stratégie autisme TND)

1	2	3	4	5	6	7
	Département	0-6 ans ¹	%	Répartition cible 90M€* (4)	Répartition montée en charge 2/3 * (5)	Acompte mensuel (6)/12
1	Ain	56 889	1,04%	931 958 €	621 305 €	51 775 €
2	Aisne	44 614	0,81%	730 868 €	487 245 €	40 604 €
3	Allier	22 382	0,41%	366 663 €	244 442 €	20 370 €
4	Alpes-de-Haute-Provence	11 081	0,20%	181 529 €	121 020 €	10 085 €
5	Hautes-Alpes	10 102	0,18%	165 491 €	110 328 €	9 194 €
6	Alpes-Maritimes	78 852	1,44%	1 291 756 €	861 171 €	71 764 €
7	Ardèche	23 363	0,43%	382 734 €	255 156 €	21 263 €
8	Ardennes	20 650	0,38%	338 289 €	225 526 €	18 794 €
9	Ariège	10 224	0,19%	167 490 €	111 660 €	9 305 €
10	Aube	24 783	0,45%	405 996 €	270 664 €	22 555 €
11	Aude	25 589	0,47%	419 200 €	279 467 €	23 289 €
12	Aveyron	18 312	0,33%	299 988 €	199 992 €	16 666 €
13	Bouches-du-Rhône	169 184	3,08%	2 771 579 €	1 847 719 €	153 977 €
14	Calvados	51 588	0,94%	845 117 €	563 411 €	46 951 €
15	Cantal	8 439	0,15%	138 248 €	92 165 €	7 680 €
16	Charente	24 126	0,44%	395 233 €	263 489 €	21 957 €
17	Charente-Maritime	41 424	0,75%	678 610 €	452 406 €	37 701 €
18	Cher	21 458	0,39%	351 526 €	234 351 €	19 529 €
19	Corrèze	15 044	0,27%	246 451 €	164 301 €	13 692 €
2A	Corse-du-Sud	10 727	0,20%	175 730 €	117 153 €	9 763 €
2B	Haute-Corse	12 125	0,22%	198 632 €	132 421 €	11 035 €
21	Côte-d'Or	39 233	0,71%	642 716 €	428 478 €	35 706 €
22	Côtes-d'Armor	42 386	0,77%	694 369 €	462 913 €	38 576 €
23	Creuse	6 676	0,12%	109 366 €	72 911 €	6 076 €
24	Dordogne	24 979	0,45%	409 207 €	272 805 €	22 734 €
25	Doubs	44 811	0,82%	734 095 €	489 397 €	40 783 €
26	Drôme	41 944	0,76%	687 128 €	458 085 €	38 174 €
27	Eure	52 369	0,95%	857 911 €	571 941 €	47 662 €
28	Eure-et-Loir	36 768	0,67%	602 335 €	401 557 €	33 463 €
29	Finistère	64 763	1,18%	1 060 950 €	707 300 €	58 942 €
30	Gard	56 805	1,03%	930 582 €	620 388 €	51 699 €
31	Haute-Garonne	113 799	2,07%	1 864 260 €	1 242 840 €	103 570 €
32	Gers	12 259	0,22%	200 827 €	133 885 €	11 157 €
33	Gironde	123 558	2,25%	2 024 132 €	1 349 421 €	112 452 €
34	Hérault	88 078	1,60%	1 442 897 €	961 931 €	80 161 €
35	Ille-et-Vilaine	89 443	1,63%	1 465 259 €	976 839 €	81 403 €

¹ Population de 0 à 6 ans inclus : population de 0 à 4 ans INSEE + 1/5 X population de 5 à 9 ans INSEE

36	Indre	13 570	0,25%	222 304 €	148 203 €	12 350 €
37	Indre-et-Loire	46 841	0,85%	767 351 €	511 567 €	42 631 €
38	Isère	108 658	1,98%	1 780 039 €	1 186 693 €	98 891 €
39	Jura	19 033	0,35%	311 799 €	207 866 €	17 322 €
40	Landes	27 984	0,51%	458 435 €	305 623 €	25 469 €
41	Loir-et-Cher	24 301	0,44%	398 100 €	265 400 €	22 117 €
42	Loire	61 678	1,12%	1 010 411 €	673 608 €	56 134 €
43	Haute-Loire	15 963	0,29%	261 506 €	174 338 €	14 528 €
44	Loire-Atlantique	120 178	2,19%	1 968 761 €	1 312 507 €	109 376 €
45	Loiret	57 705	1,05%	945 325 €	630 217 €	52 518 €
46	Lot	10 063	0,18%	164 852 €	109 902 €	9 158 €
47	Lot-et-Garonne	23 374	0,43%	382 914 €	255 276 €	21 273 €
48	Lozère	4 834	0,09%	79 191 €	52 794 €	4 399 €
49	Maine-et-Loire	67 776	1,23%	1 110 309 €	740 206 €	61 684 €
50	Manche	35 239	0,64%	577 287 €	384 858 €	32 071 €
51	Marne	46 340	0,84%	759 144 €	506 096 €	42 175 €
52	Haute-Marne	12 141	0,22%	198 894 €	132 596 €	11 050 €
53	Mayenne	24 885	0,45%	407 667 €	271 778 €	22 648 €
54	Meurthe-et-Moselle	55 820	1,02%	914 445 €	609 630 €	50 803 €
55	Meuse	13 610	0,25%	222 960 €	148 640 €	12 387 €
56	Morbihan	53 894	0,98%	882 894 €	588 596 €	49 050 €
57	Moselle	77 969	1,42%	1 277 291 €	851 527 €	70 961 €
58	Nièvre	12 325	0,22%	201 909 €	134 606 €	11 217 €
59	Nord	233 519	4,25%	3 825 517 €	2 550 345 €	212 529 €
60	Oise	74 518	1,36%	1 220 757 €	813 838 €	67 820 €
61	Orne	19 513	0,36%	319 663 €	213 108 €	17 759 €
62	Pas-de-Calais	126 467	2,30%	2 071 787 €	1 381 191 €	115 099 €
63	Puy-de-Dôme	47 714	0,87%	781 653 €	521 102 €	43 425 €
64	Pyrénées-Atlantiques	46 617	0,85%	763 681 €	509 121 €	42 427 €
65	Hauts-Pyrénées	14 014	0,26%	229 578 €	153 052 €	12 754 €
66	Pyrénées-Orientales	34 581	0,63%	566 507 €	377 672 €	31 473 €
67	Bas-Rhin	86 440	1,57%	1 416 063 €	944 042 €	78 670 €
68	Haut-Rhin	61 927	1,13%	1 014 490 €	676 327 €	56 361 €
69	Rhône	169 662	3,09%	2 779 409 €	1 852 940 €	154 412 €
70	Haute-Saône	17 450	0,32%	285 867 €	190 578 €	15 881 €
71	Saône-et-Loire	38 911	0,71%	637 441 €	424 961 €	35 413 €
72	Sarthe	45 505	0,83%	745 465 €	496 976 €	41 415 €
73	Savoie	32 639	0,59%	534 693 €	356 462 €	29 705 €
74	Haute-Savoie	73 332	1,33%	1 201 328 €	800 885 €	66 740 €
75	Paris	147 905	2,69%	2 422 985 €	1 615 324 €	134 610 €
76	Seine-Maritime	102 694	1,87%	1 682 337 €	1 121 558 €	93 463 €
77	Seine-et-Marne	136 190	2,48%	2 231 070 €	1 487 380 €	123 948 €
78	Yvelines	133 034	2,42%	2 179 368 €	1 452 912 €	121 076 €
79	Deux-Sèvres	27 913	0,51%	457 272 €	304 848 €	25 404 €
80	Somme	44 024	0,80%	721 203 €	480 802 €	40 067 €

81	Tarn	27 906	0,51%	457 157 €	304 771 €	25 398 €
82	Tarn-et-Garonne	21 218	0,39%	347 594 €	231 729 €	19 311 €
83	Var	74 235	1,35%	1 216 121 €	810 747 €	67 562 €
84	Vaucluse	45 343	0,83%	742 811 €	495 207 €	41 267 €
85	Vendée	51 084	0,93%	836 860 €	557 907 €	46 492 €
86	Vienne	32 087	0,58%	525 650 €	350 434 €	29 203 €
87	Haute-Vienne	26 032	0,47%	426 457 €	284 305 €	23 692 €
88	Vosges	25 094	0,46%	411 091 €	274 061 €	22 838 €
89	Yonne	25 778	0,47%	422 296 €	281 531 €	23 461 €
90	Territoire de Belfort	11 688	0,21%	191 473 €	127 649 €	10 637 €
91	Essonne	127 861	2,33%	2 094 624 €	1 396 416 €	116 368 €
92	Hauts-de-Seine	148 077	2,70%	2 425 803 €	1 617 202 €	134 767 €
93	Seine-Saint-Denis	182 856	3,33%	2 995 554 €	1 997 036 €	166 420 €
94	Val-de-Marne	130 875	2,38%	2 143 999 €	1 429 333 €	119 111 €
95	Val-d'Oise	129 113	2,35%	2 115 134 €	1 410 089 €	117 507 €
971	Guadeloupe	30 635	0,56%	501 864 €	334 576 €	27 881 €
972	Martinique	26 190	0,48%	429 046 €	286 030 €	23 836 €
973	Guyane	44 058	0,80%	721 760 €	481 173 €	40 098 €
974	La Réunion	89 538	1,63%	1 466 815 €	977 877 €	81 490 €
976	Mayotte	56 577	1,03%	926 847 €	617 898 €	51 491 €
France entière		5 493 822	1	90 000 000 €	60 000 000 €	

NB : la somme des acomptes versés département par département pour une même région ne doit pas dépasser le cadrage régional notifié à la CNAM par la DSS et repris en annexe 6

Annexe 8 : modèle de courrier de notification accompagnant l'arrêté de désignation



Madame / Monsieur

Lettre recommandée avec AR

Objet : Notification de la décision portant désignation de la structure porteuse de la plateforme de coordination et d'orientation dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec troubles du neuro-développement sur le territoire de xxxxxx

PJ :

- Arrêté de désignation
- Convention de financement entre caisse d'assurance-maladie / structure désignée
- Architecture de la convention constitutive territoriale

Madame / Monsieur,

Dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt / appel à candidatures lancé le xxxxx, pour la désignation de la structure porteuse de la plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre de la mise en œuvre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants de moins de 7 ans présentant des troubles du neuro-développement sur le territoire de xxxxxx, vous avez déposé un dossier de candidature et nous souhaitons vous en remercier.

Je vous informe que votre projet a été retenu et que la structure xxxx a été désignée pour porter la plateforme de coordination et d'orientation en vue d'organiser le parcours de bilan et intervention précoce.

Afin de soutenir la mise en œuvre de ce projet par la structure désignée, dans ses missions d'information, de coordination et d'orientation, je vous informe que xxxx euros de crédits médico-sociaux/sanitaires vous seront attribués à compter de xxxxxx. Ces crédits, comme le précise le cahier des charges annexé à la circulaire du 22 novembre 2018 repris dans l'appel à manifestation d'intérêt / appel à candidatures publié le xxxx, vous permettront de renforcer le temps administratif (secrétariat et gestion) et le temps médical et paramédical relatif à la coordination de l'ensemble du parcours par la plateforme.

Comme vous le savez, le parcours de bilan et intervention précoce est pris en charge par l'assurance maladie. Cette prise en charge couvre les prestations de bilan et intervention précoce assurés par les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues libéraux avec lesquels vous aurez préalablement contractés sur la base du modèle et des tarifs fixés par l'arrêté du 16 avril 2019.

Pour que cette prise en charge soit effective, une convention de financement devra être passée avec la caisse primaire d'assurance maladie de votre département/ (*alternativement*) avec la caisse primaire d'assurance maladie signataire de votre CPOM. Cette caisse d'assurance maladie jouera le rôle de « caisse pivot » vis-à-vis des autres régimes de sécurité sociale de sorte que vous n'ayez qu'un interlocuteur. Le modèle de convention est joint au présent courrier. Il comprend deux tableaux en annexe.

Cette convention précise en particulier le montant des acomptes mensuels qui vous seront versés pendant les deux premiers exercices, les modalités d'échanges d'information, les principes de refacturation à la caisse d'assurance maladie des sommes payées aux professionnels libéraux mobilisés pour des bilans et interventions précoces au titre du « forfait précoce », les modalités de régularisation et de contrôle.

L'acompte à retenir doit tenir compte de la population des moins de 7 ans dans le territoire concerné. La direction de la sécurité sociale a transmis au directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie une note identifiant par région le montant maximum de la somme des avances pour les années 2019 et 2020. Compte tenu du poids démographique des moins de 7 ans de votre territoire dans la région, du montant cible de 60 millions d'euros correspondant à la phase de démarrage et du plafond fixé dans cette note de cadrage, le montant d'acompte mensuel pour les 2 premières années de fonctionnement à prévoir est de xxxx.

En plus de cette convention, vous devrez, au plus tard six mois suivant la notification de la présente désignation, formaliser vos liens avec les autres établissements ou services contribuant à la plateforme de coordination et d'orientation ou mobilisés pour la réalisation des parcours. Cette convention constitutive est importante. Elle vise la mobilisation des ressources du territoire pour organiser les parcours de bilan et intervention précoce et couvrir l'ensemble des troubles du neuro-développement. Elle précise, le cas échéant, les modalités de coordination médicale (validation des parcours, coordination des équipes pluridisciplinaires, etc.), administrative (liens avec la maison départementale des personnes handicapées - MDPH), financière et comptable (le recours par exemple à un pôle de compétences et de prestations externalisées - PCPE). Elle indique les modalités d'association des familles, de sensibilisation des médecins de ligne 1 (par exemple au travers de l'union régionale des professionnels de santé - URPS, des médecins de PMI, du médecin-conseiller technique du recteur d'académie) et de recours à la ligne 3 (centre de ressources autisme - CRA, centre de référence des troubles du langage et des apprentissages - CRTLA, etc.). Les éléments principaux devant figurer dans la convention constitutive sont annexés au présent courrier.

J'attire votre attention sur la nécessité de mettre en œuvre un travail partenarial particulièrement étroit avec les différents acteurs concernés par le parcours des enfants.

Enfin, afin de préciser les objectifs ainsi que les modalités de mise en œuvre et de suivi de ce projet, il sera mis en place une grille de suivi de l'activité de la plateforme assortie d'indicateurs dont le modèle vous sera communiqué ultérieurement / (*alternativement*) une convention d'objectifs et de moyens sera conclue avec l'ARS.

Vous veillerez à la prise en compte de tous les enfants présentant des signes d'alerte caractéristiques des troubles du neuro-développement (et pas que ceux chez qui un trouble du spectre de l'autisme est suspecté), en suivant la grille de repérage élaborée par le groupe d'experts animé par la

délégation interministérielle, et à l'égal accès à ce nouveau dispositif de tous les enfants de votre territoire.

Vous voudrez bien alerter mes services de toute difficulté particulière concernant la mise en œuvre de ce projet.

Veillez agréer, Madame/Monsieur, l'expression de mes salutations respectueuses.

A xxxxxxxx, le

Le Directeur général
de l'Agence régionale santé

Copie CPAM xxxx