

DELEGATION URML

Groupe de travail
URML/URCAM

NOTE N° 5

Contact :
Jacques MARLEIN

Le problème

Les Caisses présentent le renseignement de la partie « actes et prestations » des PES pour ALD exonérantes comme soumis à une réglementation précise : Quatre rubriques sont censées indiquer de manière exhaustive et dans le détail pour toute la durée du protocole :

- 1) Les traitements médicamenteux et non médicamenteux.
- 2) Le suivi biologique.
- 3) Le recours aux spécialistes consultants.
- 4) Le recours aux paramédicaux.

En outre, et **après** que le médecin-traitant ait signé le protocole, le médecin-conseil choisit, par un système de cochage de cases, ce qu'il retient des propositions faites dans ces quatre rubriques ; il choisit seul la date d'échéance du protocole, et le co-signe seulement après ces modifications unilatérales.

Ce dispositif n'est pas conforme à la Loi d'une part, et d'autre part comporte des difficultés quasi-insurmontables induisant de graves risques pour le médecin traitant :

En effet ce document comme le rappellent les Caisses elles-mêmes nous est **opposable**. Il faut ajouter qu'une fois que son volet 3 est remis au patient et qu'il l'a signé, il nous est opposable et par les Caisses et par le patient.

Or le dispositif de retenir au titre de l'ALD exonérante des listes d'actes et de prescriptions exhaustives dans ces quatre rubriques du PES n'est rien moins que l'engagement pour un avenir (en règle de plusieurs années) par nature inconnu et même inconnaissable de n'en prescrire ni mettre en œuvre, avec le bénéfice de l'exonération du TM, aucun autre que ceux mentionnés sur le PES.

C'est évidemment une gageure, ne serait-ce que du fait de la complexité et gravité habituelles des pathologies justement concernées par les ALD exonérantes.

Et cette gageure comporte de graves risques :

Ou bien une évolution imprévue (et parfois imprévisible) survient sans que le médecin-traitant fasse bénéficier les soins la concernant de l'exonération du TM et c'est le patient qui est en droit de se retourner contre lui à la fois au civil (soins non conformes à l'état de la science, etc..) et devant la juridiction ordinale (favoriser les avantages sociaux auxquels l'état du patient donne droit) ;

Ou bien le médecin-traitant fait bénéficier ces soins de l'exonération du TM alors qu'ils ne sont pas répertoriés sur le PES opposable et les Caisses peuvent au choix ou récupérer les sommes engagées à ce titre sur le médecin-traitant en tant « qu'indûs », ou utiliser à son encontre la procédure de « mise sous entente

préalable », ou encore, directement ou après la précédente, celle des pénalités financières (jusqu'à deux fois le plafond de la sécurité sociale).

Quant à la solution de facilité (à sens unique) qui consiste à nous dire « en cas d'élément nouveau refaites un PES », il aboutit à la multiplication incessante des PES et ne nous prémunit pas réellement contre les risques énoncés, alors même que l'énumération détaillée et exhaustive des actes et prescriptions prévus n'est pas inscrite dans la Loi.

Les justifications de notre position.

Le texte fondateur du PES est le § III de l'art. 6 de la Loi du 13 août 2004 (incorporé dans l'art. L. 324-1 du code de la Sécurité Sociale).

Toutes les dispositions légales le concernant s'y trouvent.

Art. 6 de la Loi du 13 août 2004, § III.

III. – Le septième alinéa de l'article L. 324-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« **Le médecin traitant**, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, **et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins** qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, **définit** en outre, **compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité** mentionnée à l'article L. 161-37, **les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée**, en application des 3o et 4o de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré. »

Trois disparités sont manifestes entre le texte de loi et la manière encore trop souvent attendue pour ne pas dire exigée par le service du contrôle médical pour le renseignement de la partie « actes et prescriptions » de ces PES pour ALD exonérantes :

- 1) Le texte situe constamment le caractère conjoint médecin traitant / médecin-conseil dans une stricte symétrie de prérogatives que ne respecte pas la pratique du choix définitif dans un second temps par le médecin-conseil seul, sur un document déjà signé par le médecin traitant.

- 2) Le mot « définir » a en français des sens variés notamment quant à la précision avec laquelle il opère, pouvant aller de « fixer, énumérer » à « délimiter, circonscrire ». Le service du contrôle médical encore trop souvent retient et veut imposer la première acception, alors que rien dans le texte n'oblige à cette interprétation la plus contraignante, la précision « en tenant compte » (des recommandations de la HAS) étant plutôt une expression indiquant la souplesse. Quoi qu'il en soit la rédaction ne peut être imposée dans une des formes possibles dès lors que le législateur a fait le choix d'un mot recouvrant plusieurs options, sans autre précision.
- 3) Le texte ne réserve pas au médecin-conseil la fixation de la durée du protocole.

Au surplus, le Code de déontologie (Art. 50), qui s'impose à nous comme aux médecins-conseil, apporte un éclairage opportun :

« A cette fin, il – *le médecin, NDR* - est **autorisé**, sauf opposition du patient, à **communiquer au médecin-conseil** nommément désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, **les renseignements médicaux strictement indispensables** ».

Pour autant un pas important a été effectué vers une bonne solution de ces difficultés par la prise de position à ce sujet de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur de l'UNCAM, dans la « Lettre d'information aux médecins N° 29 » ;
extrait :

« L'imprimé du protocole de soins a été simplifié. Quand un patient entre en ALD, vous pouvez déclarer les résultats cliniques qui appuient votre diagnostic sans avoir à fournir les pièces justificatives. **Il n'est plus nécessaire de détailler les actes et les prestations que vous prescrivez. Pour cela, un simple renvoi aux « Recommandations de la HAS » suffit** ».

Bien qu'en fait aucune modification n'ait été apportée ni à l'imprimé, ni surtout à la réglementation, l'observance systématique par tous les services du contrôle médical de cette consigne d'application du texte nous semble de nature à aplanir l'essentiel des difficultés sur ce point.

ANNEXES. Article L324-1

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 38 I Journal Officiel du 19 décembre 2003)

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 6 II, III Journal Officiel du 17 août 2004)

En cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, la caisse doit faire procéder périodiquement à un examen spécial du bénéficiaire, conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale en vue de déterminer le traitement que l'intéressé doit suivre si les soins sont dispensés sans interruption ; la continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

1°) de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil de la sécurité sociale, et, en cas de désaccord entre ces deux médecins, par un expert ;

2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse ;

3°) de s'abstenir de toute activité non autorisée ;

4°) d'accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

En cas d'inobservation des obligations ci-dessus indiquées, la caisse peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Le médecin traitant, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable, notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques, définit en outre, compte tenu des recommandations établies par la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3^o et 4^o de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.

Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.

Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions dans lesquelles l'assuré prend connaissance du protocole de soins et le communique au médecin lors de la prescription, sont fixées par décret.

Code de déontologie.

Article 50 (article R.4127-50 du code de la santé publique)

Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit.

A cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.

volonté de vous fournir des informations médicales et administratives, accessibles facilement. En insérant votre carte CPS, vous pouvez consulter à la fois votre compte ameli (sans saisir votre mot de passe ni votre identifiant) et l'Historique des remboursements. Bien sûr, vous pouvez continuer à accéder à vos informations personnelles par mot de passe. D'ici à la fin de l'année, vous allez pouvoir remplir en ligne les protocoles de soins. N'hésitez pas à nous faire part de vos propositions d'amélioration.

Frédéric van Rookeghem

Directeur général de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

Services en ligne, administration simplifiée : tout pour faciliter l'exercice médical

Utilisateurs du compte ameli, de nouvelles fonctionnalités vous attendent. Vous pouvez consulter votre relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP)

vous autorisez ou non les sorties à votre patient. Vous ne fixez plus vous-même les heures de sortie.

> L'imprimé du protocole de soins a été simplifié.

Quand un patient entre en ALD, vous pouvez déclarer les résultats cliniques qui appuient votre diagnostic sans avoir à fournir les pièces justificatives. Il n'est plus nécessaire de détailler les actes et les prestations que vous prescrivez. Pour cela, un simple renvoi aux « Recommandations de la HAS » suffit. Pour vous aider à remplir cette demande, les délégués de l'Assurance Maladie vous ont remis des fiches sur les critères d'admission en ALD.

Enfin, si le médecin conseil reçoit le protocole de soins et se pose des questions, celui-ci vous joint directement par téléphone. De la même manière, les courriers du Service médical ont été revus afin d'être plus lisibles.

info repère

CMUC : améliorer l'accès aux

Extrait de la lettre N° 29 d'information des médecins de l'Assurance-maladie.