

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

05/06/90

**Origine :**

CABDIR

ENSM

Mesdames et Messieurs

- les Médecins Conseils Régionaux
- le Médecin Chef de La Réunion
- les Praticiens Conseils Chefs de Service
- les Praticiens Conseils

Mesdames et Messieurs les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des CETELIC

**Réf. :**

CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90

**Plan de classement :**

30

**Objet :**

ORIENTATIONS DES MISSIONS DU SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES ACTIONS CONCERTÉES  
SERVICES ADMINISTRATIFS / SERVICES MEDICAUX

**Pièces jointes :**

**Liens :**

Annul.la circ.CNAMTS CNAMTS n° 393/81

Annul.la circ.CNAMTS DGR n° 1130/81 - ENSM n° 473/81

Annul.la circ.CNAMTS DGR n° 2017/86 - ENSM n° 1105/86 - AC n° 65/86

**Date d'effet :**

Immédiate

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

G. JOHANET - Pr. C. BERAUD

**Téléphone :**

**Direction de la  
Gestion du Risque**

05/06/90

**Origine :**  
CABDIR  
ENSM

Mesdames et Messieurs  
- les Médecins Conseils Régionaux  
- le Médecin Chef de La Réunion  
- les Praticiens Conseils Chefs de Service  
- les Praticiens Conseils  
Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des CETELIC

**N/Réf. :** CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90

**Objet :** Orientations des Missions du Service Médical de l'Assurance Maladie et des Actions Concertées Services Administratifs/Services Médicaux

**ORIENTATION DES MISSIONS DU SERVICE MEDICAL  
DE L'ASSURANCE MALADIE  
ET DES ACTIONS CONCERTEES  
SERVICES ADMINISTRATIFS / SERVICES MEDICAUX**

**S O M M A I R E**

-----

**1 - INTRODUCTION**

**2 - PROTOCOLES D'ACTIONS CONCERTEES**

**3 - MISSION D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE**

**3.1 - Objectifs**

**3.2 - Méthodologie**

**3.2.1 - Description de la méthode et Définition d'une Recherche d'Informations Médicalisées (RIM)**

**3.2.2 - Réalisation d'une RIM**

**3.2.3 - Diagnostic médico-administratif**

**3.2.4 - Les actions :**

*3.2.4.1 - Les actions comportementales*

3.2.4.1.1 - Les comportements en infraction aux dispositions réglementaires

3.2.4.1.2 - Les comportements ne respectant pas la plus stricte économie...

*3.2.4.2 - Les actions systémiques*

*3.2.4.3 - Evaluation des actions systémiques et comportementales*

**4 - MISSION D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE**

**4.1 - Objectifs**

**4.2 - Méthodologie**

**5 - CONCLUSION**

**JUIN 1990**

## 1 - INTRODUCTION

Le Service Médical de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés veille à ce que soit assurée la qualité des soins aux malades, contribue à la régulation du fonctionnement du système de soins, participe à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

En raison de l'importance grandissante qu'il donne à l'évaluation de la qualité des soins et de leur efficacité économique, les activités du Service Médical ne peuvent être dissociées de celles des services administratifs. C'est **conjointement** que les composantes administrative et médicale de l'Assurance maladie assurent la **gestion des risques**.

### LES DEUX MISSIONS DU SERVICE MEDICAL

*La Mission d'expertise médico-sociale* assure l'application de la législation de la Sécurité Sociale et garantit les droits des usagers relevant du régime général.

Aujourd'hui, poursuivre cette mission, tout en allégeant ses conditions d'exécution est nécessaire mais insuffisant : le maintien de l'égal accès de tous à des soins de qualité exige une régulation concertée de la production et de la consommation de soins par les responsables administratifs et médicaux des caisses et les professions de santé.

C'est pourquoi, *la Mission d'expertise en Santé Publique* doit occuper une place majeure dans l'activité des praticiens conseils.

**Elle a pour objectif la rationalisation de la production et de la consommation des soins et donc l'orientation de la gestion des risques** au niveau local, régional et national.

A cette rationalisation du système de soins doit répondre la rationalisation de l'action du service médical. Interlocuteur privilégié des praticiens traitants et des patients, garant de la recherche de la qualité de soins au meilleur coût, le praticien conseil doit pouvoir utiliser toutes ses compétences professionnelles et disposer des moyens adéquats pour accomplir ces deux missions.

Celles-ci supposent que deux conditions soient satisfaites pour être efficacement poursuivies :

- 1) *La gestion des risques est assurée conjointement par les composantes administrative et médicale de l'assurance maladie* qui doivent privilégier en toutes circonstances les analyses et les actions communes. De même, le Service Médical de la CNAMTS ne pourra qu'accroître son efficacité en confrontant ses analyses et ses projets d'action avec ceux élaborés par les services médicaux des autres régimes d'Assurance Maladie.

- 2) Les présence effective du praticien conseil doit être assurée sur le terrain dans toutes les composantes du système de soins (hospitalisation publique, privée, médecine libérale, professions de santé, secteur médico-social) en privilégiant le dialogue direct avec les acteurs du système.

## 2 - PROTOCOLES D'ACTIONS CONCERTÉES

L'efficacité de l'action des Caisses d'Assurance Maladie repose sur une concertation permanente entre les services administratifs et les services médicaux.

**Cette concertation est obligatoirement matérialisée** par un **Protocole d'Actions Concertées** (PAC) qui fixe les objectifs et les obligations réciproques des deux parties.

Ce Protocole d'Actions Concertées constitue le document OFFICIEL qui organise les relations entre ces partenaires au service des malades et des assurés sociaux, dans le strict respect de la spécificité de chaque intervenant.

Cette formalisation de la concertation s'applique à tous les niveaux :

- Echelon Régional du Service Médical ↔ Caisse Régionale d'Assurance Maladie
- Echelon Local du Service Médical ↔ Caisse Primaire d'Assurance Maladie

### Le Protocole d'Actions Concertées est constitué :

#### - **Du document de base cosigné par :**

- . le Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le Médecin-Chef de service de l'échelon local (Protocole local),
- . le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et le Médecin Conseil Régional (Protocole régional).

Tout changement de Directeur, de Médecin Chef ou de Médecin Conseil Régional entraînera une nouvelle signature de Protocole d'Actions Concertées entre les nouveaux interlocuteurs.

#### - **D'un avenant général négocié au cours du 4ème trimestre :**

Il définit les secteurs d'intervention et fixe les objectifs communs pour l'année suivante.

- **D'avenants particuliers en vue de travaux ciblés :**

Ces avenants particuliers sont élaborés en réunions de concertation auxquelles assistent les diverses branches concernées.

Le suivi et l'évaluation des travaux seront assurés au cours de ces réunions régulières.

Ce Protocole d'Actions Concertées comprend un chapitre distinct pour chaque mission du Service Médical :

- . La Mission d'Expertise en Santé Publique,
- . La Mission d'Expertise médico-sociale.

Un document de base susceptible de faciliter l'élaboration des protocoles d'actions concertées locaux et régionaux sera proposé par une prochaine circulaire nationale.

### 3 - MISSION D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE

#### 3.1 - Objectifs

Si l'évolution socioculturelle et démographique de notre pays, ainsi que le développement rapide du progrès médical dans les domaines diagnostiques et thérapeutiques justifient une croissance continue des dépenses de santé, toute augmentation de ces dépenses n'est pas médicalement fondée pour autant.

Toutes les analyses du système de soins convergent vers les constat suivant : le rythme particulièrement élevé de croissance de ces dépenses de santé dans notre pays découle, en grande partie, de consommations de soins qui ne sont pas toujours appropriées aux besoins des malades.

Pour autant, la volonté d'optimiser le fonctionnement du système de santé ne doit remettre en cause ni l'égal accès des assurés aux soins, ni la qualité de ceux-ci.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie privilégie **la maîtrise médicalisée** des dépenses.

La médicalisation de la maîtrise des dépenses a trois caractéristiques :

- fondée sur l'utilité médicale d'un acte ou d'une prescription, elle garantit contre tout rationnement des soins ;
- s'exprimant exclusivement par l'analyse médicalisée de la production de soins, elle est indissociable d'une recherche continue de qualité des soins ;

- n'existant que par une concertation permanente avec les professionnels de la santé, elle s'appuie sur des données médico-administratives recueillies et traitées par l'assurance maladie.

La mission d'expertise en Santé Publique consiste :

- 1) à recueillir et à analyser des données médicales significatives permettant d'apprécier :
  - . l'état de santé de la population assurée,
  - . le niveau et la nature de sa consommation de soins,
  - . les résultats en termes quantitatifs (efficience dans le domaine de la Santé Publique) et qualitatifs (efficacité du service rendu et degré de satisfaction des patients).
- 2) à interpréter et à discuter ces données médicales en les confrontant aux données administratives (économiques et financières) recueillies et analysées par les Caisses. Ainsi, pourront être dégagées, conjointement par les responsables administratifs et médicaux, les données représentatives de la qualité et du prix des services rendus par le système de soins.
- 3) à réaliser une action ciblée sur :
  - . le comportement d'un ou de plusieurs acteurs du système,
  - . le fonctionnement d'une ou de plusieurs des composantes de ce système,
  - . la planification des structures et des épaissements.
- 4) à évaluer l'action entreprise à l'aide d'indicateurs médico-administratifs.

Cette mission d'expertise en santé publique, qui concerne toutes les activités de soins, fera l'objet de circulaires d'application qui auront notamment pour thèmes : la maîtrise médicalisée des soins dans le cadre conventionnel (mise en oeuvre des références médicales prévues à l'annexe 3 de la Convention Nationale du 4 mars 1990) et l'hospitalisation (élaboration des filières de soins et des schémas régionaux hospitaliers).

### 3.2 - Méthodologie

#### 3.2.1 - Description de la méthode et Définition d'une Recherche d'Informations Médicalisées (RIM) (annexe 1)

La méthode nécessite une double approche, médicale et administrative qui aboutit à un **diagnostic médico-administratif**.

Au plan médical, elle a pour but d'évaluer les activités des producteurs et des structures de soins ainsi que leurs résultats, d'où sa dénomination : **Recherche d'Informations Médicalisées (RIM)**.

La Recherche d'Informations Médicalisées est toute démarche du praticien conseil, qui consiste, à partir de l'information administrative et comptable, à apporter l'éclairage technique, médical, indispensable à la connaissance et à la compréhension de l'existant.

On appelle Informations Médicalisées, des informations :

- qui ne peuvent être analysées que par des praticiens-conseils,
- dont l'analyse mène à une interprétation médicale et non à un simple constat statistique.

En tout état cause, la mise en oeuvre d'une RIM impose toujours une réflexion préalable car elle ne saurait être mise en route si d'emblée il apparaît qu'elle ne peut générer un diagnostic médico-administratif lui-même à l'origine d'une action.

### **3.2.2 - Réalisation d'une Recherche d'Informations Médicales**

La réalisation passe par trois stades :

**1) Une réflexion pour choisir rigoureusement les seules informations dont le recueil sera utile.**

**2) Une élaboration de la méthode de recueil qui nécessite :**

- l'utilisation des outils statistiques et informatiques à la disposition du Service Médical ;
- la définition des modalités pratiques du recueil d'informations :
  - . examen clinique des patients,
  - . analyse du fonctionnement d'établissements de soins,
  - . étude de documents médicaux et médico-administratifs,
- la rédaction d'un avenant du PAC qui précise la nature et les circuits des documents administratifs et comptables.

**3) Un traitement des informations recueillies et une discussion médico-technique.**

Le traitement des informations collectées donnera lieu à une analyse approfondie qui doit représenter la contribution du Service Médical à la formulation du diagnostic médico-administratif.

Pour ce faire, le praticien conseil fera appel à toutes les ressources de sa technicité.

Cette démarche indispensable permet d'expliquer ou de corriger si besoin les conclusions fournies par la seule exploitation statistique ou chiffrée des documents.

A ce stade, il est encore possible d'interrompre la Recherche d'Informations Médicalisées si une absence de résultats est prévisible, car seule une présentation d'informations exploitables doit être envisagée.

### 3.2.3 - Diagnostic médico-administratif

Les résultats de la Recherche d'Informations Médicalisées éclairant les données administratives et comptables aboutissent au **diagnostic médico-administratif**, c'est-à-dire :

- à apprécier l'activité de producteurs ou de structures de soins,
- à choisir les actions à entreprendre pour réguler le cas échéant cette activité,
- à évaluer l'impact de ces actions de régulation.

Ce diagnostic sera formulé lors des réunions de concertation prévues dans le cadre du PAC.

Chaque acteur du Service médical et du Service Administratif ayant participé au travail y sera associé.

Ce diagnostic médico-administratif sera consigné, avec les actions décidées, dans le compte-rendu de la réunion de concertation prévue au protocole.

Deux types d'actions peuvent être envisagées :

### 3.2.4 - Les actions :

**Entreprendre ces actions constitue une responsabilité majeure des services médicaux et administratifs** du réseau de l'Assurance Maladie.

Elles visent à **informer** et/ou à **modifier l'existant**. Ces actions assurées conjointement par les services médicaux et administratifs constituent la gestion locale / régionale / nationale des risques.

Selon la nature des anomalies rencontrées, la mise en oeuvre de ces actions peut éventuellement être le fait d'une seule des parties, à charge pour elle de tenir régulièrement informée l'autre partie.

Deux types d'actions doivent être soigneusement distinguées : **comportementales et systémiques**.

### 3.2.4.1 - Les "actions comportementales"

Ces actions visent à modifier un comportement par une action **directe** sur un ou plusieurs acteurs du système de soins.

Les comportements visés sont de deux types :

#### 3.2.4.1.1 - Comportements en infraction aux dispositions réglementaires et/ou conventionnelles

par exemple :

- . abus en matière d'indications (mis en évidence par une Recherche d'Informations Médicalisées contrôlant l'opportunité d'actes ou de prescriptions),
- . fautes d'exécution (contrôle d'obligation des moyens),
- . infractions ou fraudes dans la facturation ou la demande de remboursement (contrôle de régularité).

La mise en évidence de ces comportements est suivie d'actions d'information et d'incitation (instances professionnelles, mises en garde, etc.) et/ou d'actions contentieuses : conventionnelles, ordinales, pénales.

Les avis ponctuels donnés au cours de la réalisation d'une Recherche d'Informations Médicalisées, aux Services Administratifs et pouvant entraîner des refus de prestations ne doivent pas être considérés comme l'objectif majeur de la Recherche d'Informations Médicalisées. Ils doivent être suivis, lorsque la Recherche d'Informations Médicalisées est terminée et le diagnostic médico-administratif posé, d'actions auprès des producteurs de soins. Il va de soi que les refus doivent être formulés dans le strict respect de la législation et de la jurisprudence.

#### 3.2.4.1.2 - Comportements dans lesquels la plus stricte économie compatible avec l'efficacité d'une procédure diagnostique ou thérapeutique ne paraît pas parfaitement observée sans constituer pour autant une infraction réglementaire ou conventionnelle.

Ces comportements relèvent d'une action persuasive, incitative, pour améliorer la qualité des soins tout en maintenant une croissance raisonnable des dépenses de soins de santé.

C'est la voie du dialogue et de l'entretien confraternel, de l'aide à la décision par l'apport aux professions de santé des informations et des évaluations que le service médical peut présenter.

Les actions visant à optimiser ce type de comportement sont, dans leur méthode et dans leur finalité, à l'opposé des actions contentieuses envisagées plus haut au 3.2.4.1.1.

#### 3.2.4.2 - *Les "actions systémiques"*

Ces actions s'adressent à un **ensemble** de professionnels et/ou des structures du système de santé. Elles ont pour finalité la correction de l'inadéquation entre **l'offre et la demande** de soins mise en évidence par les dysfonctionnements observés.

Elles sont systémiques dès lors que le diagnostic médico-administratif posé après la Recherche d'Informations Médicalisées fait apparaître que ce sont les conditions mêmes de l'activité médicale qui sont à l'origine des anomalies de comportement observées.

Ce sont ces **conditions** qui doivent en conséquence être modifiées.

Par exemple :

- . offre excédentaire ou insuffisante : ainsi un goulot d'étranglement lié à un manque de moyens techniques (appareil d'imagerie, par exemple),
- . défaut d'organisation d'une filière de soins, d'une structure médicale,
- . prescriptions inadaptées en raison d'une information insuffisante des prescripteurs, constatée à la suite d'une enquête générale,
- . styles de vie ou écosystèmes pathogènes (par exemple : erreurs nutritionnelles, environnement professionnel à haut risque),
- . qualité non optimale des produits ou des services médicaux liée à l'insuffisance des personnels et/ou des moyens techniques,
- . législation ou réglementation inadaptée, etc.

Ce sont des actions :

- \* **de concertation** avec les acteurs du système de santé, visant à une rationalisation de l'offre de soins ;
- \* **d'information** des décideurs, afin de rechercher une amélioration du dispositif réglementaire, une optimisation de la répartition des équipements et des ressources ;
- \* **de formation** des producteurs et/ou des consommateurs ;
- \* **de prévention** et d'éducation sanitaire, auxquelles le Service médical doit apporter toute son attention.

On notera que dans ce cadre de l'action systémique, la participation du Service Médical se traduit souvent par une information motivée des instances décisionnelles qui seules sont à même d'apporter les corrections nécessaires au bon fonctionnement du système de distribution des soins.

#### 3.2.4.3 - *Evaluation des actions systémiques et comportementales*

L'évaluation de **l'impact de ces actions** comportementales ou systémiques est indispensable. Elle doit être prévue d'emblée.

## 4 - MISSION D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE

### 4.1 - Objectifs

Permettre à tout assuré ou ayant-droit du Régime Général d'accéder aux meilleurs soins, au meilleur coût, dans le respect de la réglementation et de disposer ainsi des ressources prévues par le législateur.

Pour ce faire, le médecin-conseil doit statuer **médicalement** sur l'octroi de prestations, en formulant aux Services Administratifs des Caisses des **avis** qui s'imposent (quand ils ont un caractère médical) tout en respectant strictement le secret médical.

Ces avis sont :

- soit **obligatoires** imposés par la législation, la liste en est limitative (annexe 2).

**Cependant, cette activité implique une gestion réfléchie, tout particulièrement pour ce qui concerne les échéances de révision** qui tiendront le plus grand compte des critères médicaux.

Par ailleurs, la CNAMTS s'attache à obtenir des Pouvoirs Publics des modifications réglementaires visant à alléger ces tâches.

- Soit **facultatifs** selon les indications de la réglementation. Ces avis "facultatifs" doivent être intégrés dans le protocole d'actions concertées et ne pourront être émis dans ce cadre défini.

La liste des questions facultatives et des modalités de leur traitement est établie en fonction des nécessités locales, dans un souci d'allègement des liaisons médico-administratives.

Un modèle est joint à la présente à **simple titre d'exemple** (annexe 3).

Un bilan de l'efficience de ces "facultatifs" sera produit annuellement dans le cadre de la concertation locale. Il permettra l'adaptation du document et la mise en évidence d'anomalies susceptibles de déclencher des Recherches d'Informations Médicalisées dans le cadre de la mission d'expertise en santé publique.

Une condition indispensable à l'efficacité de la bonne gestion des "facultatifs" est la diffusion de la liste actualisée des questions types à chaque intervenant : agent administratif du service médical, agent du service administratif, praticien conseil, qui s'y référera régulièrement.

#### 4.2 - Méthodologie

C'est l'Examen Médical de Situation Individuelle.

Cette procédure doit être gérée de la **façon la plus rigoureuse possible**, notamment par une **fréquence** optimale des échéances.

La dérangement des usagers, les examens cliniques itératifs doivent être évités, lorsque les informations pertinentes peuvent être obtenues à moindre coût, sans heures perdues et sans démarches inutiles pour les patients. Plus généralement, le "productivisme", se traduisant notamment par une sortie trop fréquente de dossiers sans réelle utilité et sans nécessité pour l'assuré, mais générant de "l'avis donné" et des "vacations" sur le rapport d'activité, est à proscrire.

Le refus médical d'une prestation doit cependant être précédé d'un effort rigoureux de documentation médicale par le Praticien Conseil impliquant **le contact** avec l'intéressé (malade et/ou prescripteur).

De surcroît, cette Mission d'Expertise Médico Sociale doit également faire l'objet **d'évaluations** précises, quant à l'efficacité du Service Médical, pour chacun des groupes de prestations.

Il n'en demeure pas moins que la qualité de l'examen médical de situation individuelle, destiné à formuler un avis, ne se mesure ni à sa fréquence, ni à son incidence économique mais à sa pertinence médicale et sociale qui engage pleinement la responsabilité du Praticien-Conseil.

### 5 - CONCLUSION

Accomplir ces deux Missions permettra au Service Médical de remplir son rôle : être un **partenaire** à part entière des Services Administratifs de l'Assurance Maladie et un **interlocuteur privilégié** pour l'ensemble des acteurs du système de santé.

Des directives et des circulaires d'application préciseront les développements techniques complémentaires pour la réalisation pratique de cette circulaire d'orientation, notamment dans les cadres conventionnel et hospitalier.

Pour le Service Médical, la présente instruction doit conduire à une **gestion par objectifs**, définie dans chaque échelon régional et local, et appréciée dans les Rapports d'Activité.

Des réorganisations et un redéploiement des actes des praticiens-conseils et des personnels administratifs devront, dans cette perspective, être étudiés dans tous les échelons régionaux et locaux.

Une évaluation du suivi de la présente instruction sera menée régulièrement dans les Services Administratifs et Médicaux et fera l'objet d'un bilan annuel commun qualitatif et quantitatif.

Pour l'année 1990, un rapport conjoint à la fin du 2ème semestre faisant le bilan de la 1ère phase d'application sera adressée au Directeur de la CNAMTS et au Médecin Conseil National.

Les Missions Evaluation et Formation de l'ENSM diffuseront les informations et les explications les plus complètes à tous les agents concernés du réseau en vue de l'application optimale de la présente orientation.

La Mission d'Inspection Générale de l'ENSM est chargée d'observer l'impact de cette directive sur le fonctionnement du Service médical, mais également d'apporter une aide et des conseils aux échelons locaux et régionaux du service médical.

Cette circulaire abroge et remplace les circulaires antérieures :

- n° 393 du 14 janvier 1981,
- n° 473 du 4 juin 1981,
- n° 1105 du 10 décembre 1986.

Elle ne doit pas être considérée comme une circulaire de rupture mais comme une instruction évolutive : il s'agit à partir des modalités d'actions actuelles du service médical de développer l'expertise en santé publique qui seule peut permettre d'harmoniser les contraintes financières et l'exigence absolue de qualité des soins.

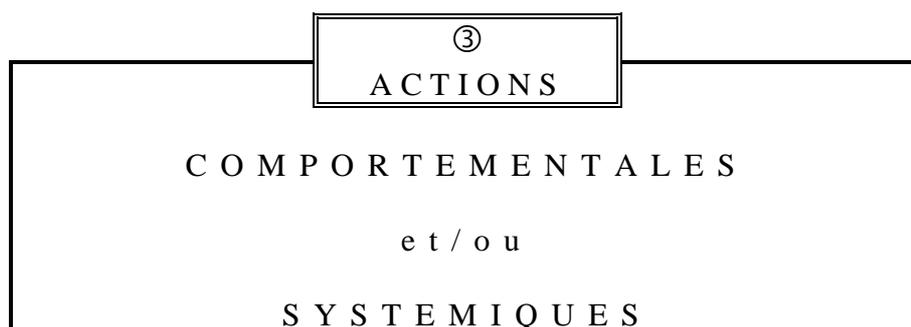
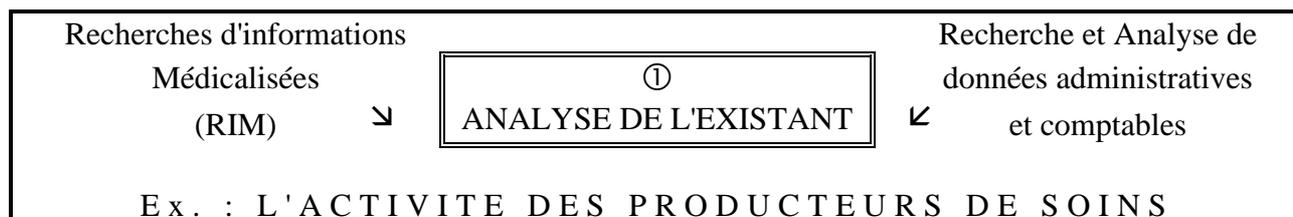
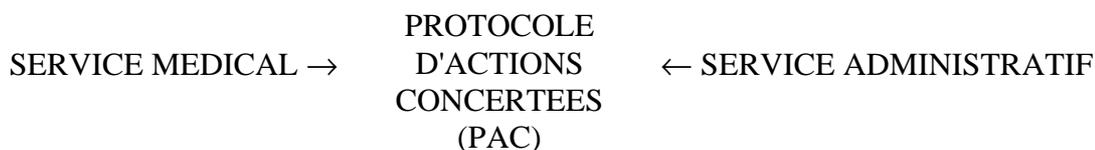
Le Directeur

Le Médecin Conseil National

*Gilles JOHANET*

*Professeur Claude BERAUD*

**LA METHODOLOGIE DE LA MISSION D'EXEPRTISE EN SANTE PUBLIQUE**



Les quatre phases de la mission d'expertise de Santé Publique :

- Analyse, avec l'apport spécifique du Service Médical : la RIM
- Diagnostic médico-administratif
- Action
- Evaluation

s'inscrivent systématiquement dans le cadre d'un protocole d'accord concerté local, régional.

**LISTE DES  
SITUATIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES POUR  
LESQUELLES L'INTERVENTION DU SERVICE MEDICAL  
EST OBLIGATOIRE**

Il s'agit de contrôles individuels, avec examens sur personnes et/ou études de dossiers, imposés par la législation dans la mesure où l'octroi de la prestation est obligatoirement subordonné à une appréciation d'ordre médical.

Il est indispensable de médicaliser la gestion de ces missions.

A cette fin, les échéances fixées par les médecins conseils devront tenir le plus grand compte des perspectives d'évolution de l'état du malade.

Toute échéance de révision, pour la forme, sera proscrite. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra éviter les tâches fastidieuses, intitules et mal comprises par les assurés sociaux.

En tout état de cause, il appartient aux Médecins Chefs de Service des Echelons Locaux de sensibiliser leurs collaborateurs à une gestion optimale des avis obligatoires dans le respect de la législation.

Ces obligations sont reprises sur la présente liste, et sont susceptibles de réactualisation en fonction de l'évolution des textes législatifs ou réglementaires.

**RISQUE MALADIE**

- . Art. L. 322-3-3° : 30 affections
  - . Art. L. 322-3-4° et Art. 71-4 du RICP  
procédure exceptionnelle
  - . Art. 71-4-1 : pathologies multiples
- } exonération du ticket modérateur
- . Art. L. 322-3-12° : Exonération du ticket modérateur pour traitement de la stérilité.
  - . Art. L. 324-1 : Affections de longue durée, soins continus, arrêt de travail supérieur à 6 mois.
  - . Art. R. 313-6-2° : Reconnaissance par le Médecin Conseil de l'incapacité physique de reprise ou de continuation du travail en vue de la réouverture des droits.

- . Art. R. 313-12 et 14 : Bénéfice du recul de limite d'âge permettant la prolongation de la qualité d'ayant droit d'un enfant d'assuré.
- . Art. R. 165-8 : Appareillages non inscrits sur liste (TIPS).
- . Art. R. 165-22 à 27 : Grand Appareillage.
- . NGAP :
  - article 4-1° des dispositions générales : remboursement par assimilation.
  - article 7D : Entente préalable en matière d'appareils de prothèse dentaire et d'actes d'orthopédie dento-faciale.
- Art. 18-51-76 du Règlement communautaire de la CEE :  
Avis individuels dans le cadre des règlements communautaires.
- Avis individuels dans le cadre des conventions bilatérales.

### **VIEILLESSE**

- . Art. L. 351-7 : Inaptitude.
- . Art. L. 355-1 : Inaptitude : Droit à majoration pour tierce personne.

### **INVALIDITE**

- . Art. L. 341-1
  - . Art. L. 341-4
- } Admission et classement en catégorie 1-2 ou 3
- . Art. L. 341-3 : 1° consolidation + 2° fin de droits + 3° stabilisation + 4° usure prématurée
  - . Art. L. 341-11 : révision
  - . Art. L. 342-1 : conjoint survivant
  - . Art. D. 742-12-3 : Assurance Volontaire Invalidité Parentale : droit à cotisation.

### **RISQUE ACCIDENT DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES**

- . Article R. 432-6 :  
prise en charge en matière de réadaptation fonctionnelle, professionnelle et reclassement.
- . Article L. 433-1 et R. 433-15 :  
Maintien de l'indemnité journalière en cas de reprise d'un travail léger.
- . Article R. 433-17  
Fixation de la date de guérison ou de consolidation.

- . Article R. 434-34 :  
présomption d'IPP ou de décès  
Liaison avec le Médecin du travail.
- . Art. R. 441-10 - R. 441-16 - R. 443-3  
Reconnaissance au plan médical du caractère professionnel :
  - d'une lésion nouvelle par rapport aux termes du certificat médical initial,
  - d'une rechute d'accident du travail,
  - d'une maladie professionnelle.
- . Article R. 443-4 :  
Appréciation, fixation et révision du taux d'IPP
- . Pneumoconioses :  
  
Articles D. 461-8 - 10 - 12 - 16 - 18 - 23.

### **OBLIGATIONS SPECIFIQUES AU CONTROLE MEDICAL HOSPITALIER**

- . Art. R. 166.3 :  
Admission directe en services de moyen et long séjour.
- . Décret du 08.05.81 - Art 1 :  
Admission des malades de moins de 60 ans, en service de soins à domicile.
- . Prises en charge CAMSP-CMPP.
- . Loi 83-25 du 19.01.83 - Art. IV + lettre ministérielle du 23.10.85 : enfants handicapés accueillis en établissement sanitaire et ne bénéficiant pas d'une décision de la CDES (Ex. forfait journalier).

### **SOINS A L'ETRANGER**

- Art. R. 332-2 dernier alinéa

### **PROTOCOLE D'ACCORD DU 24 MAI 1983, ORGANISMES SOCIAUX / ENTREPRISES D'ASSURANCES**

- . Recours contre tiers : imputabilité, frais futurs.

-----

**- LISTE DES SITUATIONS MEDICO-ADMINISTRATIVES  
POUR LESQUELLES L'INTERVENTION DU SERVICE  
MEDICAL EST FACULTATIVE**

**- PROCEDURES STANDARD DE TRAITEMENT**

**LES QUESTIONS FACULTATIVES**

Tout dossier soulevant une question qui n'entre pas dans la liste des avis obligatoires au sens de la réglementation devra être réglé par les Services Administratifs des Caisses. Un large échantillonnage des questions (à adapter suivant les besoins spécifiques de chaque échelon local) est donné :

- pour les risques maladies - invalidité - vieillesse,
- pour les risques accident du travail et maladies professionnelles.

Ces documents orientent vers les solutions qui peuvent être habituellement retenues dans le contexte actuel.

Le recours au Service Médical ne sera donc que très occasionnel :

- Lorsque la question a été expressément retenue pour avis du Service Médical dans l'annexe au Protocole local d'Action Concertée.
- Lorsqu'une anomalie est relevée au moment de la liquidation (celle-ci est signalée au Responsable du service qui pourra en discuter avec un agent chargé du tri prémédical au Service Médical), ou un Médecin Conseil.
- Lorsqu'une décision de refus a été opposée par la Caisse sans avis exprès du Service Médical, en application de l'une des réponses types, et que l'assuré exerce un recours contre cette décision (phase préalable à l'engagement de la procédure de recours).

Une évaluation précisant l'impact de ces questions est prévue dès la mise en place du protocole, dans les 3 domaines suivants :

- Volume de travail,
- Impact financier,
- Respect de la Réglementation.

A cette fin, un numéro de code sera affecté à chaque question type.

Au vu des résultats des évaluations régulières, cette liste sera revue.

**ANNEXE AU PROTOCOLE D'ACTION CONCERTEE**

-----

- Liste des situations médico-administratives pour lesquelles l'intervention du Service Médical est facultative.
- Procédures standard de traitement.

**N.B. :** Cette annexe est jointe à titre d'exemple, elle n'est pas nécessairement à utiliser en l'état.  
Elle devra être rédigée localement en fonction des problèmes spécifiques à chaque échelon, négociée et évaluée dans le cadre du protocole d'action concertée.

## S O M M A I R E

-----

PRESTATIONS EN ESPECE - RISQUE ASSURANCE MALADIE .....	3 - 4
PRESTATIONS EN NATURE - RISQUE ASSURANCE MALADIE .....	5 - 6
RISQUE AT/MP .....	7

### QUESTIONS FACULTATIVES - RIQSUES MALADIE-MATERNITE

N°	OBJET DE LA QUESTION	Solutions à retenir par les services Prestations Maladie
	<b>10 : PRESTATIONS EN ESPECES</b>	
10-01	L'activité à temps partiel est-elle justifiée ?	Suivre les prescriptions du Médecin traitant. Ne poser la question au Service Médical qu'au 120ème jour (article L. 324-1 éventuellement ?)
10-02	L'état est-il stabilisé ? (arrêt d'un invalide ayant une activité professionnelle)	Ne poser la question au Service Médical qu'au 120ème jour (article L. 324-1 éventuellement ?).
10-03	L'arrêt de travail est-il en rapport avec des suites de couches pathologiques ?	Réponse négative sauf justificatif.
10-04	L'arrêt de travail du ... est-il en rapport avec l'article 115 du Code des pensions militaires ?	Suivre les indications portées par l'assuré sur l'avis d'arrêt de travail. N'interroger le Service Médical qu'au 120ème jour (article L. 324-1 éventuellement ?).
10-05	L'arrêt de travail du .. est-il en rapport avec l'article L. 324-1 du ... ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S'il y a eu plus d'un an de reprise de travail : réponse négative.</li> <li>- S'il y a eu moins d'un an de reprise de travail :               <ul style="list-style-type: none"> <li>* durant les 2 premiers mois de l'arrêt : réponse négative,</li> <li>* au-delà de 2 mois d'arrêts : interroger le Service Médical,</li> <li>* dans tous les cas signaler au Service Médical la fin des 3 ans dès le 33ème mois atteint.</li> </ul> </li> </ul>
10-06	L'arrêt de travail du ... est-il en rapport avec une cure thermale ?	OUI, si l'arrêt se limite à la période de la cure et aux 15 jours qui suivent.

### QUESTIONS FACULTATIVES - RIQSUES MALADIE-MATERNITE

N°	OBJET DE LA QUESTION	Solutions à retenir par les services Prestations Maladie
10-07	L'arrêt de travail du ... est-il en rapport avec l'accident du droit commun du ... ?	Si les indications fournies par l'assuré paraissent sujettes à caution, la question relèvera du Service Contentieux qui éventuellement interrogera le Service Médical.
10-08	Le malade était-il dans l'incapacité de reprendre son travail reprise effective ou non < 48 heures).	OUI, toutefois si une reprise de travail a été fixée par un Médecin-Conseil ou un Médecin-Expert, interroger <b>avant paiement</b> le Service Médical.
10-09	Justification médicale de l'arrêt de travail après une reprise fixée (en AT ou en maladie) par le Service ou par expertise.	On posera systématiquement la question au Service Médical pour tout arrêt survenant dans les 30 jours suivant la reprise fixée.
10-10	Existe-t-il une contre-indication médicale au séjour hors circonscription ?	<p>Accord systématique de la durée de la prescription médicale d'arrêt pour les assurés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. en arrêt supérieur à 6 mois,</li> <li>. admis en ALD (30 affections, 31ème maladie ou polypathologie),</li> <li>. âgés de 58 ans et plus.</li> </ul> <p><b>AUTRES CAS :</b></p> <p><b>Décision par le responsable en fonction des éléments apportés par l'assuré.</b></p>
10-11	L'élargissement des heures de sortie est-il bénéfique pour l'état de santé de l'assuré ?	<b>Décision par le responsable en fonction des éléments apportés par l'assuré.</b>

### QUESTIONS FACULTATIVES - RIQSUES MALADIE-MATERNITE

N°	OBJET DE LA QUESTION	Solutions à retenir par les services Prestations Maladie
	<b>20 - PRESTATIONS EN NATURE</b>	
20-01	Les soins du ... au ... sont-ils en rapport avec l'acte du ... de coefficient K égal ou supérieur à 50 (à l'exclusion des actes d'exploitation) ?	<p>Réponse affirmative (avec exonération du ticket modérateur).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Dans les 15 jours qui précèdent.</li> <li>* Dans les 6 mois qui suivent la date de sortie de l'établissement : <ul style="list-style-type: none"> <li>. pour les soins dispensés ou prescrits par le Médecin qui a fait l'acte ou un Médecin de la même spécialité.</li> </ul> </li> </ul> <p>Réponse négative au-delà du 6ème mois, sauf certificat médical du <b>prescripteur</b>.</p>
20-02	Les ententes préalables (y compris pour transports terrestres).	Désormais, elles seront transmises par le Service Médical (en dehors des actions sélectives) sans avis aux services prestations (donc sans opposition du remboursement des actes correspondants sauf si la réglementation prévoit que l'absence d'accord équivaut à un refus).
20-03	Les soins dispensés du ... au ... sont-ils en rapport avec la cure thermale ?	Réponse affirmative pendant la période de cure, sauf décroissance d'éléments contraires.
20-04	Les soins du .. au .. sont-ils en rapport avec la maternité ?	Se conformer aux indications fournies par le Médecin traitant.
20-05	Les soins du ... au ... sont-ils en rapport avec l'article 115 ?	Se conformer aux indications mentionnées sur la feuille de soins.

### QUESTIONS FACULTATIVES - RIQUES MALADIE-MATERNITE

N°	OBJET DE LA QUESTION	Solutions à retenir par les services Prestations Maladie
20-06	Les soins sont-ils en rapport avec l'accident de droit commun du ... ?	Si les indications fournies par l'assuré paraissent sujettes à caution, la question relèvera du service CONTENTIEUX qui éventuellement interrogera le Service Médical.
20-07	Actes et soins effectués à l'étranger. Sont-ils inopinés ? Si oui, cotation.	D'une manière générale, et sauf si les éléments du dossier permettent une réponse, la question sera soumise au Service Médical.
20-08	L'hospitalisation peut-elle avoir lieu dans un établissement plus proche (ou plus accessible) ?  NB : Les solutions proposées ci-contre seront adaptées au contexte local.	<p><b>En ce qui concerne les établissements publics :</b></p> <p>La question ne se pose pas :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* dans le cadre départemental pour les établissements hospitaliers publics, quelque soit la discipline,</li> <li>* dans le cadre pluri-régional ou national pour les établissements à caractère national, les établissements Mutualistes pour leurs ressortissants, les établissements gérés par les organismes d'assurance maladie ...</li> </ul>
20-OI	Le(s) transport(s) du ... (des) par (mode) est-il (sont-ils) médicalement justifié(s) ?	Réponse affirmative. Régler suivant la prescription médicale et sur la base des transports en commun si aucun mode n'est précisé.  Sauf dans le cadre d'un protocole de recherche d'informations médicalisées.
20-10	Les ententes préalables pour transports en avion ou bateau.	Soumettre au Service Médical.
20-11	Le retour dans la famille en fin de semaine entre-t-il dans la thérapeutique de l'article L. 324-1 ?	Réponse affirmative.

### QUESTIONS FACULTATIVES - RISQUES MALADIE-MATERNITE

N°	OBJET DE LA QUESTION	Solutions à retenir par les services Prestations Maladie
30-01	Contrôle de l'arrêt de travail.	Signalement au Médecin-Conseil : - au 120ème jour, - à tout moment en cas de constatation d'anomalie caractérisée.
30-02	Imputabilité des lésions à l'AT.	Problème résolu par les Services Administratifs. Sauf cas particulier.
30-03	Soins après reprise du travail	Se conformer à la prescription médicale pendant les 3 mois suivant la reprise du travail. Au-delà des 3 mois, interroger le Service Médical.
30-04	Mode de Transport	Réponse identique au risque maladie sauf : <ul style="list-style-type: none"> <li>. pour tous transports survenant plus de 2 mois après l'AT</li> <li>. à tout moment en cas de constatation d'anomalie caractérisée.</li> </ul> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <span style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</span> dans ces 2 cas interroger le Service Médical         </div>
30-05	Contre Indication médicale au séjour hors circonscription ?	Réponses du même ordre qu'en Assurance Maladie.
30-06	Ententes préalables ?	Mais compte tenu des nombreux éléments d'informations médicaux qui figurent réglementairement dans les dossiers, on pourra effectuer des règlements et prises en charge correspondant le plus près à la réalité.
30-07	Hospitalisation dans l'établissement le plus proche ?	Les réclamations éventuelles seront soumises au Médecin-Conseil avant engagement de procédures contentieuses.