

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :  
14/02/91

Origine :  
CABDIR  
ENSM

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseil Régionaux  
Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils  
Chefs de Service  
Monsieur le Médecin Chef de la Réunion  
Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils  
(pour attribution)  
Mesdames et Messieurs les Directeurs  
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour attribution)  
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
(pour information)

Réf. :  
CABDIR n° 4/91 - ENSM n° 1411/91

Plan de classement :

30

Objet :

Allègement des modalités de traitement des contrôles obligatoires par les Praticiens-Conseils.

Les modalités de traitement de certains contrôles obligatoires peuvent être allégées sans modification de la réglementation en vue d'optimiser la gestion de la mission d'expertise médico-sociale comme le prévoit la circulaire CNAMTS CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990.

Pièces jointes :

- 1

Liens :

Compl. la circ. CNAMTS CABDIR n° 49/90 - ENSM n° 1358/90

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

CABDIR G. JOHANET - ENSM Pr. BERAUD - Dr. WEILL

Téléphone :

42.79.31.48

@

**Direction de la  
Gestion du Risque**

|                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14/02/91                           | Mesdames et Messieurs les Médecins Conseil Régionaux<br>Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils<br>Chefs de Service<br>Monsieur le Médecin Chef de la Réunion                                                                                                                                   |
| <b>Origine :</b><br>CABDIR<br>ENSM | Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils<br>(pour attribution)<br>Mesdames et Messieurs les Directeurs<br>- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie<br>- des Caisses Générales de Sécurité Sociale<br>(pour attribution)<br>- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie<br>(pour information) |

**N/Réf. :** CABDIR n° 4/91 - ENSM n° 1411/91

La Circulaire d'Orientation CAB 49 - ENSM 1358 a défini les deux missions du Service Médical : Expertise Médico-Sociale et Expertise en Santé Publique.

Cette circulaire a particulièrement marqué l'importance d'équilibrer le temps imparti à ces deux missions.

Le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale a vigoureusement insisté à plusieurs reprises en 1990 sur l'importance de ce rééquilibrage.

L'expertise médico-sociale, pour être moins lourde en temps doit, en définitive, être plus approfondie : les décisions médicales, individuelles, doivent être très réfléchies, informées, conformes aux données acquises de la science. Elles doivent porter sur des périodes de temps cohérentes avec l'évolution actuelle des affections à l'origine des prestations.

Cela demande du temps et nécessite donc un encadrement strict des liaisons médico-administratives. Les cas exceptionnels devront faire l'objet d'une vigilance toute particulière de la part des responsables administratifs et médicaux et retiendront spécialement l'attention de la Mission d'Inspection du Service Médical. Un allègement de la législation indispensable pour réduire certaines catégories de contrôles obligatoires est envisagé par ailleurs.

En tout état de cause, les prestations pour lesquelles les textes ont prévu que le Service Médical formule un avis obligatoire, doivent être gérées avec un souci majeur : faire bénéficier les usagers de leurs droits avec **équité de traitement** sur l'ensemble du territoire en minimisant dérangement et démarches.

La gestion des convocations doit, en conséquence, être optimisée : les informations d'ordre médical que possède le Service Médical, couplées aux connaissances sur l'évolution des affections en cause, doivent permettre de réaliser cet objectif.

La présente circulaire donne des recommandations devant faciliter cette bonne gestion.

Un effort soutenu devra être fait dans chaque échelon local pour les suivre avec bon sens et rigueur intellectuelle.

Les échelons régionaux doivent être très attentifs : leur rôle n'est pas de "repasser" sur les décisions prises mais d'en contrôler - sélectivement - la pertinence et surtout d'en assurer l'harmonisation, tant au niveau de la décision initiale - fondamentale - qu'au niveau des échéances désormais allégées et rationalisées.

La présente circulaire s'en tient aux interventions obligatoires les plus lourdes après l'analyse qu'en a faite la Mission d'Inspection du Service Médical.

## **A. - AFFECTIONS DE LONGUE DUREE**

### **1. Exonération du ticket modérateur au titre de l'article L. 322-3.3° (30 affections)**

#### **1.1 - Situation actuelle**

Le renouvellement de l'exonération du ticket modérateur est en règle générale, à l'initiative de la caisse et non de l'assuré.

## 1.2 - Recommandations

### 1.2.1 - Modalités de révision

Certaines caisses, en accord avec le service médical, ont décidé de transférer l'initiative de la demande de renouvellement à l'assuré. (Cf. document joint).

En effet, cette mesure est compatible avec la rédaction actuelle du Code de la Sécurité Sociale. Elle allégerait considérablement le travail des médecins conseils et permettrait une responsabilisation accrue des assurés.

Elle se pratique déjà sans difficulté pour les AL 31 et AL 32 pour lesquelles le législateur l'a prévue ainsi que pour les demandes de renouvellement d'ordonnancier et pour l'ensemble des procédures liées au statut de handicapé (AAH - AES - carte de handicapé ...).

Bien qu'immédiatement applicable, elle se trouvera confortée par une modification de la réglementation (actuellement à l'étude).

En tout état de cause, elle doit être proposée aux Conseils d'Administration des Caisses en faisant état de l'expérience acquise par certaines Caisses.

### 1.2.2 - Allongement des durées d'exonération

Pour l'attribution, il est nécessaire de s'en tenir strictement aux critères de gravité établis par le Haut Comité Médical. De même, la médicalisation de la procédure ne saurait être remise en cause dans l'appréciation faite par le Médecin Conseil de la durée d'exonération du ticket modérateur à accorder.

#### *Accords de durée longue*

- Pour les affections non guérissables en l'état actuel des connaissances médicales comme par exemple le diabète insulino-dépendant, la paraplégie, l'arriération mentale, les néphropathies chroniques graves, les suites de transplantation ... l'exonération sera d'emblée accordée pour une durée longue (10 à 20 ans selon l'âge du malade).

### *Accords de durée courte*

- Pour certaines affections susceptibles d'évoluer dans un temps relativement court, l'attribution initiale de l'exonération ne saurait excéder une durée de 1 à 2 ans pour permettre un suivi médical.

Pour ce type d'affections, comme par exemple la tuberculose, le cancer in situ, l'hypertension artérielle, les troubles du comportement, les échéances seront fixées en fonction des possibilités d'amélioration de l'état médical de l'intéressé qui doivent être notées sur le rapport médical.

## **B. - L'INVALIDITE**

### **1. Situation actuelle**

L'examen des rapports d'activité montrant un fort taux de révisions des invalidités à l'initiative des médecins conseils avec maintien de la catégorie initiale, il nous a paru opportun d'aménager les règles d'attribution dans le cadre réglementaire existant.

Le but est de diminuer le nombre de révisions inutiles chaque fois que cela est possible médicalement :

- en allongeant la durée de la première attribution,
- en diminuant le rythme des révisions.

### **2. Recommandations**

#### **2.1 - Stabilisation**

La stabilisation doit intervenir dès que l'état médical n'est plus susceptible d'évoluer. En règle générale, il apparaît que cette stabilisation peut être prononcée le plus souvent entre 12 mois et 2 ans.

## 2.2 - Attributions

**Dans tous les cas, ce sont les considérations d'ordre médical qui priment et une attribution, quel qu'en soit le groupe, peut être définitive dès lors qu'il apparaît qu'une amélioration significative de l'état n'est plus envisageable ce qui doit être noté dans le rapport médical.**

### 2.2.1 - Invalidité Catégorie I

Pour l'attribution de cette prestation, il faut s'en tenir strictement à la définition médico-sociale du groupe UN et éviter d'en faire une situation de compromis sous forme de classe "fourre tout" ou après épuisement des droits à indemnités journalières.

### 2.2.2 - Invalidité Catégorie II

Lorsqu'une invalidité de ce groupe est attribuée après l'âge de 50 ans, elle le sera d'emblée à titre définitif, sauf cas particulier explicité dans le rapport médical.

### 2.2.3 - Invalidité Catégorie III

L'invalidité de groupe III sera attribuée à titre définitif d'emblée sauf cas très exceptionnel où une amélioration sensible de l'état est prévisible et expliquée dans le rapport médical.

## 2.3 - Révisions

Avant 50 ans des périodes de 5 ans paraissent devoir être retenues sauf évolution rapide prévisible.

### *N.B. : Pensions de veuves invalides*

Des règles identiques aux cas de figure ci-dessus s'appliquent bien entendu aux pensions d'invalidité de veuves.

*N.B. : Usure prématurée de l'organisme*

L'usure prématurée de l'organisme étant un état a priori irréversible, la pension d'invalidité qui en découle est accordée à titre définitif.

**C. - AT/MP**

**1. Situation actuelle**

On relève toujours un nombre élevé d'IPP 0 % et de multiples révisions avec maintien du taux.

Le but est de proscrire toute révision systématique.

**2. Rappel**

La consolidation ne doit intervenir qu'après fixation des séquelles. Elle ne coïncide donc pas obligatoirement avec la date de reprise du travail.

**3. Recommandations**

**3.1 - Cas général**

Dans de nombreux cas, le taux d'IPP peut être attribué d'emblée à titre définitif lorsqu'aucune modification sensible de l'état du blessé n'est médicalement prévisible.

Souvent une seule révision du taux alloué est suffisante et en règle générale, il ne devrait jamais y avoir plus de 2 révisions du taux à l'initiative du médecin-conseil.

**3.2 - IPP 0 %**

Les textes ne lient jamais la notion de consolidation à l'attribution d'une IPP.

**Par conséquent, la notification de consolidation adressée à l'assuré peut préciser consolidation sans séquelle indemnisable. Dans cas, il n'y aura pas lieu d'établir un rapport d'IPP.**

Les certificats médicaux finaux sont en cours de réaménagement pour faciliter cette recommandation.

En cas de réclamation, il sera opportun de convoquer l'assuré et seulement à ce moment, d'établir le cas échéant un rapport d'IPP (avec éventuellement IPP = 0 %).

### **3.3 - $1 \% \leq \text{IPP} \leq 9 \%$**

En règle générale, ces taux sont attribués d'emblée à titre définitif.

### **3.4 - $\text{IPP} > 9 \%$**

L'échéance de révision à l'initiative du médecin-conseil sera fixée en fonction des seuls critères médicaux d'évolutivité qui doivent être motivés dans le rapport médical.

## **4. L'entente préalable**

### **Articles 4 et 7 des dispositions générales**

**En droit** : l'entente préalable est une procédure obligatoire mais l'avis médical aux services administratifs ne l'est pas.

**En pratique** : le **tri prémédical** de ces documents peut permettre un repérage d'anomalies, mais en aucun cas, les praticiens conseils ne sauraient effectuer un **contrôle exhaustif** des ententes préalables.

Le contrôle des ententes préalables obéit à la logique de la Recherche d'Informations Médicalisées selon les critères de sélection retenus dans le cadre du protocole local d'actions concertées en s'appuyant notamment sur les anomalies observées lors du tri prémédical.

## **5. L'arrêt de travail**

La principale obligation en la matière est liée à l'application de l'article L. 324-1. Tous les autres contrôles concernant ce domaine doivent être traités dans le même esprit que les ententes préalables.

## **CONCLUSION**

Les Médecins Conseils Régionaux doivent réaménager leur échelon régional afin qu'un responsable chargé de la coordination de la Mission d'Expertise Médico-Sociale les aide en permanence à mettre en oeuvre la présente directive.

Les Médecins Chefs s'attacheront à expliquer très précisément aux praticiens conseils et aux cadres et agents administratifs, l'intérêt et les modalités des recommandations en veillant à leur application permanente.

Vous voudrez bien nous tenir informé des éventuelles difficultés rencontrées.

La Mission d'Inspection du Service Médical est chargée de suivre avec la plus grande vigilance la mise en oeuvre de ces recommandations et de signaler à la Direction les dysfonctionnements qui pourraient être constatés.

Le Directeur

Médecin Conseil National

*Gilles JOHANET*

*Pr. Claude BERAUD*

# CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE

\* CPAM

## NOTIFICATION D'ACCORD ALD

No/Centre/Agent : 369/ 623  
Mle : 1 00 01 00 000 001 / 62  
Bénéficiaire : A  
Tél Direct : 94363724  
Réf. : 3691/04691/0703/05

LE 15/02/91

Monsieur,

SUR AVIS DU CONTROLE MEDICAL, et sous réserve que les conditions légales d'attribution des prestations soient remplies :

La Caisse a décidé D'ACORDER au malade ci-dessus désigné, la prise en charge de sa participation au titre du ticket modérateur du                      au                      .

Cette prise en charge est accordée en application des dispositions de :

l'article L. 322-3.3 du Code de la Sécurité Sociale (AFFECTION DE LA LISTE). La présente notification annule et remplace celle éventuellement en votre possession.

Si postérieurement à cette période, le médecin traitant estime que l'état du malade justifie toujours un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse, il appartient à l'assuré d'adresser 3 MOIS AVANT LA DATE DE FIN DE PRISE EN CHARGE, au médecin-conseil de son Centre de Paiement, un certificat médical sous pli confidentiel.

**IMPORTANT** Cette prise en charge ne permet pas le remboursement à 100 % des médicaments, des soins et prescriptions non en relation avec l'affection ayant justifié cette prise en charge.

Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

POUR LE DIRECTEUR,