

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
07/03/95

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (pour information)
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (pour attribution)
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale (pour attribution)

MMES et MM

- les Médecins Conseils Régionaux (pour information)
- le Médecin Conseil Chef de Service à la Réunion (pour attribution)
- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

Réf. :

DGR n° 22/95 - ENSM n° 12/95

Plan de classement :

21	220				
----	-----	--	--	--	--

Objet :

DECRET N° 95-234 DU 1ER MARS 1995 (J.O DU 4 MARS 1995) PORTANT APPLICATION DU TITRE V DU LIVRE PREMIER DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE RELATIF AU DOSSIER DU SUIVI MEDICAL

Mise en oeuvre du dispositif transitoire jusqu'au 31 juillet 1997.

Pièces jointes :

0	4
---	---

Liens :

app.loi 94-43

Date d'effet :

Dossier suivi par :

Téléphone :

Date de Réponse :

DRPS - D. OSSELIN/C. KERMAC ENSM - Dr LAPORTE REGL - M.J. BATAIS - COM M. BOURNEL- DISI MOP - M. SADOUL/DMO - J.M. BERLOT

42.79.32.08 - 42.79.32.89 - 42.79.32.94 - 42.79.34.39 - 42.79.30.12 - 42.79.33.92 - 42.79.36.83

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

07/03/95

Origine : **MMES et MM les Directeurs**

DGR

ENSM

- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (pour information)
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (pour attribution)
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale (pour attribution)

MMES et MM

- les Médecins Conseils Régionaux (pour information)
- le Médecin Conseil Chef de Service à la Réunion (pour attribution)
- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux (pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 22/95 - ENSM n° 12/95

Objet : Décret n° 95.234 du 1^{er} mars 1995 (J.O. du 4 mars 1995)
portant application du titre V du livre premier du code de la
Santé Publique relatif au dossier du suivi médical.

- ♦ Au titre des principales orientations de la convention médicale de novembre 1993 figure la volonté des parties signataires d'améliorer la qualité des soins et de favoriser la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses par le développement de la coordination et de la continuité des soins.

Deux outils ont été prévus pour accompagner cette réforme : le dossier de suivi médical et le carnet dit "reflet".

Par ailleurs, les partenaires ont décidé d'assurer un meilleur suivi des patients atteints d'une affection de longue durée par l'aménagement du Protocole d'Examen Spécial et la création d'un carnet de soins.

♦ La loi n° 94.43 du 18 janvier 1994 confirme dans son titre V la nécessité en termes de Santé Publique de favoriser la qualité, la coordination et la continuité des soins en créant un dossier dit **de suivi médical** et d'autre part, **un carnet médical**.

♦ Le Décret n° 95.234 du 1^{er} mars 1995 pris en application du titre V de la loi et plus particulièrement de son article 77 apporte un certain nombre de précisions quant au contenu de ces documents, leur mode d'utilisation et les droits et obligations des bénéficiaires et des praticiens concernés.

Il distingue enfin deux périodes d'application du dispositif légal :
 ▪ l'une transitoire allant jusqu'au 30 juillet 1997, ▪ et, l'autre, définitive, au-delà de cette date.

♦ La présente circulaire a pour objet de décrire le système mis en place **durant la seule période transitoire**.

Toutefois, s'agissant d'un sujet totalement nouveau, il a paru nécessaire de présenter préalablement la philosophie du système qui permet de mieux comprendre les procédures retenues durant cette période transitoire.

Ainsi chaque principe énoncé dans la philosophie générale du système - Titre I - trouvera-t-il un corollaire correspondant à son application pratique dans le Titre II.

Par ailleurs, un plan de communication s'avère indispensable pour accompagner et soutenir ce nouveau dispositif tant auprès des assurés que des praticiens.

Deux grands titres organisent en conséquence cette circulaire :

Titre I : Philosophie générale du dispositif

Titre II : Procédures pour une mise en oeuvre immédiate et comprenant le plan de communication

Des annexes illustrent différents chapitres notamment les circuits d'information.

- ♦ A noter que des instructions ultérieures viendront au fur et à mesure compléter ces modalités.

Elles tiendront compte des interrogations ou des difficultés rencontrées localement dont je vous demande en conséquence de me faire part le plus rapidement possible.

- ♦ Enfin tout ce dispositif repose sur une coopération totale entre les services administratifs et médicaux qui devront à chaque étape des procédures s'informer mutuellement dans des délais très brefs.

Une vigilance toute particulière sur le respect des délais et la qualité de l'information transmise contribuera sans aucun doute à faciliter la montée en charge et la mise en oeuvre du dossier de suivi médical et du carnet médical qui feront l'objet d'un bilan au printemps 1997.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les Caisses Primaires d'Assurance Maladie qui avec beaucoup d'efficacité et de disponibilité ont apporté leurs conseils aux services de la CNAMTS pour élaborer et tester les dispositifs et imprimés évoqués dans cette circulaire.

PLAN DE CIRCULAIRE

TITRE I : PHILOSOPHIE GENERALE DU SYSTEME

Chapitre I TEXTES EN VIGUEUR : UNE IDEE CONVENTIONNELLE REPRISE ET DEVELOPPEE PAR LA LOI

A - L'initiative : convention médicale de novembre 1993

B - La légalisation des principes conventionnels : loi n° 94.43 du 18 janvier 1994

C - Une montée en charge progressive d'un dispositif complexe : décret n° 95.234 du 1^{er} mars 1995.

Chapitre II DESCRIPTION DU SYSTEME TRANSITOIRE MIS EN OEUVRE JUSQU'AU 30 JUILLET 1997

A - Les éléments clefs du système :

- 1) une cible spécifique
- 2) un dossier de suivi médical obligatoire
- 3) un carnet médical confidentiel et opposable

B - Les droits et obligations des partenaires

- 1) du médecin généraliste désigné
- 2) de l'ensemble des praticiens consultés
- 3) du bénéficiaire du dispositif

TITRE II : PROCEDURES POUR UNE MISE EN OEUVRE IMMEDIATE

Chapitre I PROCEDURES APPLICABLES DURANT LA PERIODETRANSITOIRE : ROLE DES CPAM ET DU SERVICE MEDICAL PLACE PRES DES CAISSES

A - L'ouverture du dossier de suivi médical déclenche l'attribution du carnet

- 1) ouverture du dossier de suivi médical
- 2) attribution du carnet médical
- 3) contrôle du carnet médical

B - Transfert du dossier de suivi médical

C - Perte du carnet médical

D - Clôture du dossier de suivi médical

E - Contentieux

- 1) assuré
- 2) praticiens

F - Bilan

Chapitre II OUTILS MIS A LA DISPOSITION DES CAISSES

A - Outils informatiques

B - Imprimés

C - Suivi conventionnel

Chapitre III PLAN DE COMMUNICATION

A - Le public cible du dossier de suivi médical et du carnet médical

- 1) une bonne perception de la mesure
- 2) des réserves à prendre en compte

B - Les recommandations pour bâtir une communication

- 1) informer l'entourage
- 2) obtenir le relais des médecins
- 3) mettre en oeuvre une communication "rassurante"

C - Le dispositif de communication prévu

- 1) créer un effet d'annonce au niveau national
- 2) développer une information de proximité au niveau local

Chapitre IV RAPPEL DU CALENDRIER PREVISIONNEL

TITRE I

PHILOSOPHIE GENERALE DU SYSTEME

Chapitre I TEXTE EN VIGUEUR :
UNE IDEE CONVENTIONNELLE REPRISE ET DEVELOPPEE
PAR LA LOI

A - L'INITIATIVE : CONVENTION MEDICALE DE NOVEMBRE 1993
(ANNEXE)

♦ Ce sont les articles **21 et 22 de la convention médicale** qui ont souligné le souhait des Parties Signataires de développer la coordination et la continuité des soins au moyen de plusieurs outils :

- le dossier médical mis en oeuvre et géré par le médecin traitant,
- le "dossier reflet" confié au patient et complété par l'ensemble des médecins consultés,
- le "carnet de soins" destiné à favoriser le suivi des malades atteints d'ALD, cette notion n'étant pas reprise en l'état par la loi et le décret cités ci-après.

♦ La convention met ainsi l'accent sur la nécessité de **responsabiliser tous les acteurs** dans le développement de la qualité des soins :

- le **patient** lui-même, propriétaire du dossier médical et détenteur des carnets de liaison,
- le **médecin généraliste**, le mieux à même d'assurer ces missions de coordination et de suivi grâce aux informations contenues dans le dossier médical,
- les **médecins spécialistes ainsi que tous les médecins hospitaliers** chargés de transmettre les informations pertinentes qu'ils détiennent au médecin coordonnateur libéral,
- les **organismes** d'Assurance Maladie enfin dans leur double composition administrative et médicale sur qui reposent la mise en oeuvre, le financement et le contrôle du dispositif.

B - LA LEGALISATION DES PRINCIPES CONVENTIONNELS :
LOI N° 94.43 DU 18 JANVIER 1994 (ANNEXE)

♦ La loi n° 94.43 du 18 janvier 1994 a validé les principes actés par les partenaires conventionnels, en créant un **dossier de suivi médical** qui en tant que document **légal** et **obligatoire**, est reconnu comme un outil distinct des actuels dossiers médicaux.

Ce dossier est **la propriété du malade** qui le confie au médecin généraliste de son choix, sur accord du service médical des organismes.

♦ La loi crée par ailleurs, en corollaire obligatoire du dossier de suivi médical, **un carnet médical**, détenu par le patient et permettant à l'ensemble des médecins consultés d'être mieux informés sur l'état du malade et de porter les constatations pertinentes nécessaires au suivi du malade.

♦ Elle oblige ainsi **l'ensemble des médecins** - libéraux ou hospitaliers consultés par le patient - à alimenter le carnet médical, mais aussi à transmettre au médecin coordonnateur, toutes les informations médicales susceptibles d'enrichir utilement le dossier de suivi médical.

♦ Elle subordonne la prise en charge par les organismes d'Assurance Maladie des actes et prestations effectués à la production d'une **attestation** par le médecin consulté, selon laquelle le patient lui a bien présenté son carnet médical.

♦ Le texte **généralise l'application de ce dispositif à chaque personne physique** composant la population. Cependant, pour faciliter sa montée en charge, elle confie à un décret d'application le soin de cibler la population, qui, en fonction de critères de pathologie et le cas échéant d'âge, sera susceptible de bénéficier dans un premier temps du dispositif.

♦ Elle oblige enfin les Pouvoirs Publics à dresser un **bilan d'application** au bout de deux années et à le présenter au Parlement.

C - UNE MONTEE EN CHARGE PROGRESSIVE D'UN DISPOSITIF COMPLEXE : LE DECRET N°95.234 DU 1ER MARS 1995 (ANNEXE)
--

En conformité avec l'article 77 de la loi précitée, le décret précise les conditions nécessaires à la tenue du dossier de suivi médical, et par

ailleurs, les droits et les obligations des professionnels de santé et des bénéficiaires au regard du carnet médical.

Il décrit par ailleurs les modalités d'ouverture, d'attribution et de gestion du carnet médical.

Il distingue enfin, 2 périodes d'application du dispositif :

- une période de généralisation à compter du **1^{er} août 1997**,
- **une période transitoire avant cette date** comprenant elle-même une étape de **montée en charge jusqu'au 1^{er} janvier 1996**.

Pour couvrir cette première période, un dispositif, transitoire lui aussi, doit être mis en oeuvre par les caisses. Il fait l'objet de la description ci-après.

De nouvelles instructions seront données ultérieurement pour développer, à compter du 1^{er} août 1997, le système définitif.

Chapitre II DESCRIPTION DU SYSTEME TRANSITOIRE MIS EN OEUVRE JUSQU'AU 30 JUILLET 1997

A - LES ELEMENTS CLEFS DU SYSTEME
--

1) Une population ciblée

▪ Durant cette période transitoire, le décret prévoit l'ouverture du dossier de suivi médical et l'attribution du carnet médical aux seuls patients **recevant des soins d'un médecin**, présentant au moins **deux affections diagnostiquées nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à six mois et âgés de plus de 70 ans**.

Ainsi que le prévoit la loi, le décret définit deux critères pour cibler la population relevant du champ d'application : l'âge et la pathologie.

Sont comprises, mais pas exclusivement, dans les affections diagnostiquées susvisées, les affections de longue durée exonérantes ou non exonérantes.

Les patients atteints d'une seule affection de longue durée mais ne présentant pas par ailleurs d'affection diagnostiquée nécessitant des soins continus de plus de six mois, continuent à être suivis par leur praticien habituel indépendamment du dispositif ci-après décrit.

▪ Le carnet est délivré par la caisse d'affiliation aux **assurés sociaux** et aux **ayants-droit** constituant la population ciblée.

Il est également délivré par la caisse dans la circonscription de laquelle se trouve installé le cabinet du praticien aux **non-assurés sociaux** remplissant les conditions d'admission dans ce dispositif.

2) Un dossier de suivi médical obligatoire tenu par le médecin généraliste

Le décret confie **au médecin généraliste** désigné par le patient le soin de tenir le dossier de suivi médical.

Il définit par ailleurs le rôle du médecin généraliste en charge de la tenue du dossier en lui confiant trois missions :

- **coordination du suivi médical du patient** grâce à une liaison avec les autres professionnels de santé,

- **synthèse** des informations médicales recueillies,

- **éclairage** de la démarche de soins du patient.

Le caractère obligatoire du dossier conféré par la loi et le contenu de ce document défini désormais réglementairement par l'article R 145.9 du code de la Santé Publique, en font un outil médico-légal **distinct** des dossiers médicaux jusque-là établis par les praticiens.

Enfin, obligation est faite tant au médecin chargé de sa tenue qu'à tous les autres praticiens consultés d'alimenter ce dossier de tous les actes, prescriptions d'ordre thérapeutique, conclusions d'examens, etc... qui sont utiles sur un plan médical pour le malade.

Toutes ces informations doivent être datées et signées par l'exécutant.

3) **Un carnet médical confidentiel et opposable**

Sont inscrites dans le carnet médical **les informations médicales utiles** pour le suivi du patient et pour la coordination des soins qui lui sont dispensés.

Le modèle du carnet médical (cf. annexe) a été conçu par les Parties Signataires. Il tient compte notamment des avis des ordres concernés, du Conseil Supérieur des Hôpitaux et du Conseil d'Etat.

Approuvé par les Pouvoirs Publics par arrêté, il a un caractère réglementaire qui le rend opposable à tous.

▪ *Le carnet est composé de trois parties :*

a) La première permet d'identifier le patient mais pour préserver le secret médical et l'intimité du patient le nom de celui-ci ne figure pas au titre des éléments d'identification.

L'identification se fait au travers de trois informations cumulées :

- le numéro d'immatriculation de l'assuré,
- la date de naissance du bénéficiaire du carnet, y compris le jour,
- le prénom du bénéficiaire.

Elle fait également apparaître le nom et les coordonnées du praticien désigné par le patient pour assurer son suivi médical ainsi que la date d'ouverture du dossier médical.

Cette partie doit être instruite par les caisses et par le praticien désigné.

b) La seconde partie est une synthèse des éléments médicaux essentiels que tout médecin doit connaître rapidement notamment dans les situations d'urgence.

Cette partie, instruite par le médecin généraliste désigné met en évidence les allergies, l'état des vaccinations, et le cas échéant, les éléments du protocole d'examen spécial **indépendamment de tout diagnostic.**

c) La troisième partie permet à tout médecin consulté de porter **l'ensemble des informations médicales nécessaires à la coordination des soins et au suivi du malade.**

Ces informations doivent être datées. La cachet et la signature du praticien sont obligatoires.

Aucun diagnostic ne peut apparaître en clair. Le malade doit être particulièrement protégé face à une exploitation détournée toujours possible, des informations que contient ce document n'existant pour l'instant que sous une forme papier.

- Par ailleurs, est prévue la **demande de renouvellement du carnet** lorsque le carnet en cours est pratiquement rempli (page 35 du carnet).

- La couverture du carnet comprend deux rabats : le premier, au début du carnet permet de rassembler les dernières ordonnances ou résultats d'examen. Le deuxième, à la fin du carnet, fait apparaître **l'adresse de l'Echelon local du service médical placé près de la Caisse d'Assurance Maladie dont dépend le patient.**

- Quelques recommandations sur l'usage du carnet et ses objectifs sont rappelées en introduction, de même que sont

rappelés les sanctions en cas de non respect du caractère confidentiel.

B - LES DROITS ET OBLIGATIONS DES PARTENAIRES FACE A CE DISPOSITIF TRANSITOIRE
--

1) Droits et obligations du médecin généraliste désigné

a) Instruction du dossier de suivi médical

Cette instruction se concrétise de 3 manières :

- Désigné par le patient comme médecin chargé de son suivi, celui-ci doit consigner dans le dossier de suivi médical toutes les informations médicales qu'il juge utiles de voir figurer dans le dossier ainsi que celles directement transmises par les autres praticiens consultés ou celles portées dans le carnet médical, ou enfin les éléments indiqués par le patient lui-même.

- Chargé de la coordination du suivi médical, le médecin généraliste est en liaison avec les autres professionnels de Santé prodigant des soins au patient et notamment les médecins.

A ce titre, il leur transmet toutes informations utiles sur l'état du patient sous réserve cependant que le patient ne s'oppose pas à la transmission de certaines d'entre elles.

- Enfin, il éclaire la démarche de soins du patient en lui expliquant notamment les risques d'interaction médicamenteuse et de redondance des actes et prescriptions.

b) Instruction du carnet médical

Comme tout médecin consulté, le médecin désigné pour assurer le suivi et la coordination doit porter à la connaissance de ses confrères, par le biais du carnet médical, les éléments médicaux pertinents à l'exception de tout diagnostic.

Il lui appartient de compléter les premières pages du carnet, en accord avec son patient, sur les éléments médicaux d'urgence, les antécédents, les allergies et vaccinations...

A noter que le patient peut exprimer le souhait auprès de tout médecin consulté de ne pas voir figurer certaines

informations qui lui sembleraient porter atteinte à son intimité.

c) Consultation de synthèse

Après douze mois de suivi du patient, à compter de la date d'ouverture du dossier de suivi médical, le médecin généraliste désigné assure, grâce au dossier de suivi médical et au carnet médical, une **consultation de synthèse**.

Cette consultation ne s'apparente pas à un bilan de santé et ne donne pas lieu, sauf exception, à des examens spécifiques. Elle permet dans le cadre d'un dialogue médecin/patient de faire notamment le bilan des soins donnés durant l'année écoulée et de dresser un plan de soins pour les mois à venir.

Pour illustrer cette importante étape du suivi et de la coordination, le médecin remplit une **fiche de synthèse** qu'il adresse à l'échelon local du service médical de la Caisse qui a accepté l'ouverture ou le transfert du dossier de suivi médical.

Cette synthèse doit figurer dans le dossier de suivi médical et dans le carnet médical mais dans ce dernier cas là encore à l'exception de tout élément de diagnostic.

La consultation annuelle de synthèse donne lieu, après accord de l'échelon local du service médical, à une **rémunération de synthèse** équivalente à 2C.

A noter qu'en l'état actuel des textes, cette rémunération de synthèse ne peut être versée qu'aux seuls médecins libéraux relevant du champ conventionnel.

Le contenu de la fiche de synthèse fait actuellement l'objet d'une étude entre les syndicats et les caisses. Des instructions seront données ultérieurement sur son contenu et sur les modalités de contrôle exercées par le médecin-conseil.

De même, seront précisées les conditions dans lesquelles sera versée la rémunération du praticien qui bénéficie à l'occasion de la synthèse d'une consultation égale à 2C.

d) Cumul de rémunération du Protocole d'Examen Spécial (2,5C) et de la consultation de synthèse (2C)

Le protocole d'examen spécial étant désormais un des éléments constitutifs du dossier et du carnet, le cumul des deux rémunérations est impossible, la consultation de synthèse annuelle fournissant le cas échéant l'occasion de **renouveler** le protocole d'examen spécial et la demande éventuelle d'exonération du ticket modérateur pour le patient.

Cependant, **l'élaboration** elle-même du protocole d'examen spécial qui peut intervenir après l'ouverture du dossier de suivi médical -et qui représente un enjeu particulièrement important pour le praticien et le patient- doit donner lieu à rémunération du praticien par les caisses à hauteur de 2,5C.

Le cumul de ces rémunérations est donc possible une année.

Des informations ultérieures seront également apportées aux caisses sur ce point.

e) Obligation de transfert du dossier de suivi médical

Le bénéficiaire du dossier de suivi médical peut souhaiter, et ce quel qu'en soit le motif (déménagement...), **désigner un nouveau médecin généraliste** chargé de son suivi.

De même, le médecin initialement désigné peut pour divers motifs personnels ou professionnels souhaiter voir confier le suivi de son patient à un **autre confrère généraliste**. Il lui appartient alors de prévenir son patient qui doit désigner un nouveau praticien.

Dans ces deux situations, le médecin nouvellement désigné par le patient et le patient doivent informer **l'échelon local du service médical** près de la caisse dont dépend le bénéficiaire **du transfert du dossier de suivi médical** au moyen d'un imprimé unique spécifique.

Cette information doit être **conjointe** et signée des deux parties tout comme l'a été la demande d'ouverture du dossier de suivi médical (sur le même modèle de formulaire).

Dès lors que la caisse a enregistré cette information et fixé la date de transfert, le médecin nouvellement désigné doit alors demander au praticien initialement désigné l'ensemble des éléments constituant le dossier de suivi médical.

Seront précisées ultérieurement les modalités réglementaires de transfert du dossier de suivi médical entre praticiens.

f) Clôture du dossier de suivi médical

Lorsque le patient ne remplit plus les conditions d'ouverture du dossier de suivi médical (guérison), le médecin chargé du suivi doit en informer le patient ainsi que l'échelon local du service médical placé auprès de la Caisse d'Assurance Maladie dont relève le patient.

Cette information est réalisée au moyen d'un imprimé spécifique (annexe).

Si le patient n'est pas assuré social, cette information est adressée à l'échelon local du service médical placé auprès de la Caisse d'Assurance Maladie dans la circonscription de laquelle est implanté le cabinet du médecin généraliste désigné.

Cette clôture du dossier entraîne quatre conséquences :

- l'inactivité de fait du carnet médical déjà délivré qui ne revêt plus de caractère opposable,
- la fin de l'obligation pour le bénéficiaire de présenter son carnet médical,
- l'impossibilité pour les caisses de suspendre les remboursements (à compter du 1er janvier 1996) en cas d'absence de la mention "vu le carnet médical" sur les prescriptions et les ordonnances,
- la non-rémunération par les caisses d'une consultation de synthèse qui interviendrait postérieurement à la clôture du dossier de suivi médical.

Le médecin et le patient peuvent d'un commun accord décider de poursuivre, bien que clos officiellement, la tenue du dossier de suivi médical et du carnet médical.

Le patient doit alors en informer sa caisse qui continuera à lui attribuer les carnets nécessaires.

Dans ce cas également, les conséquences précitées sont applicables.

2) Droits et obligations de l'ensemble des praticiens consultés

a) Instruction du carnet médical

Le médecin chargé du suivi et tous les autres médecins consultés (généralistes ou spécialistes, praticiens libéraux ou salariés) ont l'obligation d'inscrire les informations jugées utiles au suivi du patient sur **le carnet médical dont ils doivent exiger la présentation par son détenteur.**

Pour avoir connaissance de l'existence du carnet, notamment lorsque le bénéficiaire n'est pas en mesure d'apporter cette information (cf. situation d'urgence), le médecin consulté pourra **vérifier sur la carte d'assuré social** que la mention **CM** figure bien.

Seuls les médecins apportant des soins aux patients doivent **exiger** la présentation du carnet, parce qu'ils sont obligés de le compléter.

Les chirurgiens-dentistes **peuvent** demander communication du carnet, en particulier pour des allergies entraînant des risques anesthésiques si le bénéficiaire en est d'accord, mais ne doivent en aucune manière y porter d'informations.

A noter que les médecins-conseils des caisses peuvent exiger au cours d'un contrôle du bénéficiaire la présentation de son carnet afin de vérifier la qualité de l'information qui y a été portée.

b) Attestation de présentation du carnet

Selon la loi, **l'attestation** selon laquelle les praticiens consultés ont vu le carnet médical **conditionne** le remboursement par les caisses de tous **les actes et prescriptions** réalisés et/ou établis lors de cette consultation.

Toutefois, le décret prévoit que durant une année de montée en charge (jusqu'au 31 décembre 1995) les bénéficiaires du carnet continueront à être remboursés même s'ils ne produisent pas cette attestation à leur caisse.

La suspension du non remboursement ne lève pas pour autant l'obligation faite aux bénéficiaires de présenter leur carnet (sinon il n'y aurait pas de coordination possible pendant un an), ni celle faite aux praticiens de remplir le carnet et d'attester de sa présentation sur les feuilles de soins et sur les ordonnances.

Les feuilles de soins seront prochainement complétées en conséquence.

Une étude sur les ordonnances est par ailleurs en cours. Des instructions ultérieures préciseront donc ces modalités. Dans cette attente, les praticiens porteront de manière non formalisée cette information sur les documents en cause.

Les caisses devront rappeler aux praticiens libéraux cette obligation dont le non respect serait susceptible d'entraîner une sanction conventionnelle au titre du non remplissage des imprimés réglementaires en vigueur (article 35 de la convention médicale).

c) Transmission d'informations médicales pertinentes

Tous les praticiens consultés (y compris les chirurgiens-dentistes durant cette période transitoire) doivent communiquer au médecin généraliste chargé du suivi et dont l'adresse figure dans le carnet médical (dernière adresse précisée) une copie ou une synthèse des informations médicales qu'ils détiennent et qu'ils jugent utiles de voir figurer dans le dossier (ex : comptes rendus ou résultats d'examens cliniques et paracliniques, comptes rendus des actes et interventions, prescriptions et actes s'y rapportant...).

A noter que cette obligation n'ouvre pas droit à une rémunération préférentielle telle que prévue à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP (acte de consultant).

Cette même obligation de transmission des informations est imposée aux établissements de soins publics ou privés à la fin du séjour hospitalier du patient ou après une consultation externe.

Des informations seront ultérieurement apportées sur les modalités de transmission de ces informations entre praticiens.

3) Droits et obligations du bénéficiaire du dossier de suivi médical et du carnet médical

a) Présentation du carnet médical

Ainsi que cela a déjà été précisé, le bénéficiaire doit présenter son carnet à chaque consultation médicale et obtenir du médecin consulté

l'attestation de cette présentation. Il y va de la bonne coordination de ses soins et d'un meilleur suivi médical.

b) Instruction du dossier de suivi médical et du carnet médical

Le bénéficiaire du dossier de suivi médical et du carnet médical peut discuter avec son médecin généraliste ou avec les autres praticiens consultés des mentions médicalement pertinentes qui seront transmises au médecin généraliste pour compléter le dossier de suivi médical et qui seront portées sur son carnet médical.

Il peut notamment refuser de voir figurer certaines informations qui porteraient atteinte à son intimité.

c) Conservation du carnet médical

Le bénéficiaire du carnet en est le propriétaire.

Ce carnet est **confidentiel**. Il doit être **conservé sans limite de temps** avec le plus grand soin par son propriétaire, même s'il est terminé.

Les informations qu'il contient peuvent en effet être utiles pour suivre l'évolution de son état de santé dans le temps.

d) Signalement de perte du carnet (quel qu'en soit le motif : égarement, vol, destruction...)

Le propriétaire du carnet ayant constaté la disparition de celui-ci doit **immédiatement** informer **la caisse d'Assurance Maladie** dont il dépend, et le cas échéant, le médecin généraliste qu'il a désigné.

Cette information est essentielle pour pouvoir adresser un **second carnet** au bénéficiaire dans les conditions visées ci-après et suspendre les effets (uniquement à partir de 1996) de la procédure de non remboursement telle que visée précédemment.

TITRE II

PROCEDURES POUR UNE MISE EN OEUVRE IMMEDIATE

Chapitre I PROCEDURES APPLICABLES DURANT LA PERIODE TRANSITOIRE : RÔLE DES CPAM ET DU SERVICE MEDICAL PLACE PRES DES CAISSES

Face à la montée en charge de ce nouveau dispositif, **le rôle des caisses est tout à fait déterminant** : rôle financier bien sûr avec toutes les missions en découlant, rôle de facilitateur ensuite, l'un des objectifs du dossier de suivi médical et de son corollaire, le carnet étant de contribuer à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des assurés et à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Cette facilitation repose sur une **totale coopération** des services administratifs et médicaux des organismes, chaque étape de la procédure impliquant une transmission d'informations **à la fois rapide et fiable** entre ces services.

L'ensemble des éléments suivants ainsi que les outils mis à la disposition des caisses ont pour but de faciliter autant que faire se peut cette montée en charge immédiate.

A - L'OUVERTURE DU DOSSIER DE SUIVI MEDICAL DECLENCHE L'ATTRIBUTION DU CARNET MEDICAL

1) Ouverture du dossier de suivi médical

a) Procédure simplifiée durant la période transitoire :

- Le décret prévoit durant la période transitoire une **procédure simplifiée** : le médecin généraliste, à l'occasion d'une consultation, propose au patient dont il pense qu'il relève du bénéfice de ce dispositif, d'ouvrir un dossier de suivi médical et de remplir la demande conjointe d'ouverture du dossier et d'attribution d'un carnet médical.

- En cas de **refus** du patient, il n'y a pas d'ouverture du dossier.

- En cas **d'acceptation**, le patient et le médecin généraliste formulent une **demande conjointe** à l'aide de **l'imprimé joint en Annexe**. Cette demande revient à faire désigner par le patient le généraliste auquel il souhaite confier le tenue de son dossier de suivi médical. La **double signature** est indispensable pour garantir la liberté de choix des deux parties : médecin et patient, principe qui a été retenu par le décret et qui confère à cette demande un caractère contractuel.

- Cette demande est adressée, **cachetée**, par **le médecin** à l'échelon local du service médical près de la caisse d'Assurance Maladie dont dépend le patient.

- **Lorsque le patient n'est pas un assuré social ou un ayant-droit d'un assuré social**, le médecin adresse l'imprimé en question à l'échelon local du service médical placé près de la **Caisse Primaire d'Assurance Maladie** dans la circonscription de laquelle est installé son cabinet.

b) Rôle du médecin-conseil :

- Le médecin-conseil dispose d'un **délai d'un mois à compter de la date de réception de la demande à l'échelon local du service médical** pour s'opposer au dispositif ; **au-delà, son accord est réputé acquis**. Le médecin-conseil ne peut donc suspendre son avis au-delà de ce délai pour demander des informations complémentaires.

En pratique, si les conditions d'attribution sont réunies (bénéficiaire âgé de 70 ans et plus, atteint de deux affections diagnostiquées nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à six mois), le médecin-conseil vise le volet destiné au service administratif en apposant son tampon, inscrit **la date de son intervention**, et coche la case "avis favorable".

La date d'intervention du médecin-conseil doit être impérativement inscrite, car c'est celle qui sera retenue comme date de création du dossier de suivi médical. Elle conditionne, par ailleurs, les procédures contentieuses mais surtout permet de déterminer la date à partir de laquelle, un an après, le praticien généraliste sera en mesure de demander une rémunération spécifique pour honorer sa consultation de synthèse.

- Sur la **fiche médicale** seront mentionnées obligatoirement :

- . la date d'intervention du médecin-conseil,
- . les deux pathologies principales permettant l'ouverture du dispositif.

Dans les cas, qui devraient être exceptionnels, où il existe un litige tenant aux conditions médicales d'attribution, le médecin-conseil devra examiner le patient avant d'émettre un refus d'ordre médical.

▪ **Le volet de l'imprimé** de la demande conjointe destiné au service médical est conservé dans la fiche médicale "papier" ou est archivé selon les modalités du système MEDICIS.

La saisie de l'information s'effectue soit dans Infomed pour les échelons ne disposant pas de MEDICIS, soit directement dans MEDICIS, pour les autres.

Une circulaire précisera ces modalités dans les deux systèmes.

2) Qui attribue le carnet ?

Le carnet est attribué par la caisse au vu de la décision du contrôle médical sur l'ouverture du dossier médical.

Le service médical transmet au service administratif le premier volet dûment rempli de l'imprimé (cf. annexe) faisant apparaître sa décision et la date précitée.

a) Le service médical se prononce favorablement

Il appartient au service administratif de vérifier certaines conditions administratives d'ouverture de droit :

▪ **Lorsqu'il s'agit d'un assuré social ou d'un ayant droit**, l'ouverture des droits à la date visée par l'échelon local du service médical et la condition d'âge (plus de 70 ans), seront vérifiées.

- Si les deux conditions sont remplies, le service administratif, en même temps qu'il informera le médecin généraliste de l'accord médico-administratif précisant **la date d'ouverture** du dossier de suivi médical et de l'attribution du carnet, adressera au domicile du bénéficiaire le carnet médical dûment rempli et accompagné du mode d'emploi dont le modèle figure en annexe.

- Si exceptionnellement et après vérification des conditions d'ouverture des droits les deux conditions n'apparaissent pas remplies, le service administratif opposera un refus d'ordre administratif et en informera le patient et le praticien concernés. Il en informera également le contrôle médical.

Le service administratif devra cependant délivrer un carnet, le patient se retrouvant de fait dans la situation visée ci-après des non assurés sociaux.

- Dans le cas où l'assuré ou l'ayant droit remplit la condition liée aux pathologies mais n'atteint pas l'âge requis (moins de 70 ans), il ne peut lui être délivré de carnet médical.

Un avis de refus administratif lui sera alors adressé. Le médecin généraliste désigné sera informé de même que l'échelon local du service médical.

Le réexamen de ce dossier se fera, le cas échéant, dans le cadre d'une nouvelle demande d'ouverture de dossier ou dans le cadre du contentieux.

▪ **Lorsqu'il s'agit d'un non assuré social** (cas sans doute rare), le service médical ne peut, compte tenu des missions qui lui sont conférées par les textes, se prononcer sur la demande d'attribution du carnet qui lui a été transmise par le médecin généraliste.

Il se contentera donc de transmettre au service administratif la demande. Le service administratif, n'ayant pas non plus les moyens d'une quelconque vérification attribuera **automatiquement** le carnet à l'intéressé et en informera le médecin généraliste.

L'attribution du carnet n'entraîne pas pour autant le remboursement des soins et des prescriptions dans ce cas.

De même, elle ne peut entraîner la rémunération de synthèse du praticien à l'issue d'une consultation de synthèse.

b) Le service médical se prononce défavorablement dans le délai d'un mois.

Dans ce cas, le service médical informe le praticien du motif médical de refus dans le délai précité et les services administratifs de cette décision en fixant la date du refus.

Les services administratifs informent simultanément l'assuré ou l'ayant droit du refus d'ordre médical, la date du refus médical ouvrant les délais d'un éventuel recours.

Si l'échelon local du service médical ne s'est pas prononcé dans le délai d'un mois, le praticien peut ouvrir le dossier de suivi médical, l'autorisation médicale étant réputée acquise.

Toutefois, en l'absence d'accord administratif notifié, précité précédemment qui précise la date officielle d'ouverture du dossier et de mise en oeuvre du carnet telle que fixée par le contrôle médical, le praticien ne pourra solliciter de rémunération de synthèse.

L'accord médico-administratif, dans des délais brefs, paraît dans tous les cas souhaitable pour éviter tout contentieux résultant d'une autorisation médicale tacite d'ouverture de dossier et d'un refus administratif ultérieur d'envoi du carnet médical et de rémunération de synthèse.

c) Ce carnet est individuel, mais non nominatif ainsi que cela a été déjà précisé.

La caisse doit obligatoirement renseigner ce carnet avant de l'adresser, en portant les mentions suivantes :

♦ dernier rabat de la couverture :

Adresse et coordonnées de l'échelon local du service médical près de la Caisse d'Assurance Maladie.

♦ page 4 pour les assurés sociaux ou ayants-droit:

- . numéro d'immatriculation de l'assuré "ouvreur de droits",
- . prénoms du bénéficiaire du carnet,
- . date de naissance en entier de ce dernier,
- . **date de création du dossier de suivi** médical qui correspond à la date d'accord du médecin-conseil telle que transmise aux services administratifs (en cas d'accord médico-administratif).

♦ page 4 si le bénéficiaire n'est pas assuré social :

La caisse portera un numéro d'ordre **d'immatriculation** pour pouvoir assurer le suivi statistique du dispositif (renouvellement du carnet, transfert) et n'indiquera pas de date de création du dossier.

3) Contrôle du carnet médical

Le médecin-conseil peut demander la communication du carnet médical afin de vérifier que sa tenue est conforme aux prescriptions législatives et réglementaires.

En pratique, le carnet médical sera consulté par le médecin-conseil dans deux situations :

- lors d'un contrôle obligatoire relevant de la mission Expertise Médico-Sociale,
- lors de Recherches d'Informations Médicalisées d'initiative locale, régionale ou nationale.

B - TRANSFERT DU DOSSIER DE SUIVI MEDICAL
--

Ainsi que cela a précédemment été précisé (Paragraphe II - 2d)), le patient tout comme le praticien généraliste désigné peuvent pour des raisons personnelles, techniques ou professionnelles souhaiter voir confier le suivi et la coordination des soins du patient à un autre médecin généraliste.

Dans ce cas, il ne peut y avoir de transfert du dossier de suivi médical qu'à une double condition :

le patient et le nouveau médecin désigné remplissent l'imprimé de transfert spécialement conçu à cet effet (cf. Annexe) et l'envoient à l'échelon local du service médical dont l'adresse figure sur le carnet médical,

l'échelon local du service médical précise la date de transfert dans les conditions visées ci-après.

Conséquences sur le plan administratif et médical :

- L'échelon local du service médical qui reçoit l'imprimé indiquant le nom du nouveau praticien désigné par le patient **ne se prononce pas sur l'opportunité du transfert.**

De même, il n'intervient pas dans le transfert physique du dossier puisque celui-ci est réalisé directement par le praticien "cédant" vers le praticien "prenant" à la demande de ce dernier selon une procédure à définir par les Pouvoirs Publics.

En revanche, il prend note de cette information et en informe le service administratif en lui adressant le volet correspondant de l'imprimé précité qu'il **aura daté.**

Cette date a elle aussi une grande importance puisqu'elle met fin à la possibilité d'accorder une rémunération de synthèse pour l'année en cours pour le praticien "cédant" et ouvre au contraire ce droit pour le praticien "prenant" après douze mois à compter de cette date.

Les services administratifs doivent donc impérativement enregistrer cette date de transfert ainsi que le nom du nouveau praticien.

Ils doivent également informer le praticien "prenant" afin qu'il porte, à l'occasion de la consultation suivante, sur le carnet médical du patient la date officielle de transfert ainsi que, dans la case réservée à cet effet, son cachet.

- Si ce transfert **s'accompagne d'un changement de caisse d'affiliation**, il appartient à la caisse "prenante" si elle reçoit l'information de transfert d'informer la caisse "cédante" et inversement si c'est la caisse cédante qui est saisie de la demande.

La date de transfert fixée par l'échelon local du service médical de la caisse "prenante" sera portée sur le carnet médical par le nouveau médecin désigné comme dans le cas précédent. Il apposera également son cachet dans le cas réservé à cet effet et notera par ailleurs sur le rabat du carnet médical l'adresse de l'échelon local du service médical placé près de la caisse prenante.

C - PERTE DU CARNET MEDICAL

- En cas de perte du carnet médical, le bénéficiaire est tenu d'informer son praticien mais également l'organisme d'Assurance maladie dont il dépend.

Cette information se fait au moyen d'une **communication écrite** ou **verbale** spécifique. Celle-ci peut également parvenir à la caisse de manière indirecte à l'occasion d'une demande de remboursement, la feuille de soins adressée à la caisse faisant alors apparaître la mention "perte du carnet médical".

Dans ce cas, le service administratif ou médical qui a eu connaissance de cette information doit immédiatement informer l'autre service.

Cette information **qui doit être datée** par le service administratif entraînera, notamment à compter du 1er janvier 1996, la suspension du dispositif de non remboursement de l'assuré à compter de cette date et pour une durée d'un mois.

Celle-ci est donc essentielle.

▪ A compter de la date officielle de cette perte, plusieurs solutions peuvent être envisagées :

- soit le carnet médical est retourné au **praticien** dont l'adresse figure sur le carnet dans un délai d'un mois et celui-ci doit immédiatement prévenir la caisse du patient. Dans ce cas, l'application du dispositif reprend normalement à compter de la date de cette information ;

- soit le carnet médical **est retourné à l'échelon local du service médical** dont l'adresse figure sur la couverture du carnet dans ce même délai. Dans ce cas, le médecin-conseil renvoie pour des raisons de confidentialité le carnet au médecin qui assure le suivi et informe le service administratif qui à son tour informe le patient ; le dispositif reprend normalement.

- soit le carnet médical **n'est pas retrouvé dans un délai d'un mois** à compter de la date d'information de perte initiale et dans ce cas, les services administratifs adressent un **nouveau carnet** au patient en instruisant les mêmes informations que celles visées au Titre II - Chapitre I-A, paragraphe 2c). Le médecin traitant en est informé.

- soit le carnet médical est **retrouvé après qu'un nouveau carnet ait déjà été adressé au patient**. Dans ce cas, l'échelon local du service médical envoie au patient une lettre d'information avec l'ancien carnet et lui demande de continuer à utiliser le nouveau carnet. Le médecin généraliste désigné doit instruire les rubriques le concernant.

Les deux exemples suivants illustrent les délais nécessités par le cheminement d'un dossier :

PREMIER EXEMPLE : Patient X Docteur A Caisse 1

· **demande conjointe d'ouverture** du dossier de suivi médical datée du **5 juin 1995** adressée à l'échelon local du service médical de la caisse 1.



Réception à la caisse le **08 juin 1995**.
Accord médical à donner **avant le 08 juillet 1995**.



Accord médical donné le **30 juin 1995**.



Examen administratif et notification à l'assuré le **6 juillet 1995** de l'accord médico-administratif avec envoi du carnet médical dûment rempli faisant apparaître :

- les coordonnées du patient,
- la date d'ouverture du dossier de suivi médical : **30 juin 1995**,
- l'adresse de l'échelon local du service médical.



Information du praticien de cet accord et de la date d'ouverture du dossier.



Rémunération de synthèse possible à compter du **1er juillet 1996**.

DEUXIEME EXEMPLE : Le patient X déménage.

Il dépend désormais de la Caisse 2 et change de praticien.

Il désigne, grâce à l'imprimé prévu pour le transfert, le nouveau médecin généraliste qui va assurer son suivi : le Docteur B.

Il adresse cet imprimé le **7 juin 1995** à l'échelon local du service médical de la Caisse 1 qui a accepté l'ouverture initiale du dossier médical et l'attribution du carnet médical.

Le service médical de la Caisse 1 enregistre le transfert et en fixe la date : **15 juin 1995**.

Il informe les services administratifs de la Caisse 1 qui prennent note de la date de transfert.

Les services administratifs de la Caisse 1 informent ceux de la Caisse 2 de la date de transfert (**15 juin 1995**).

Les services administratifs de la Caisse 2 informent l'échelon local du service médical placé près d'eux ainsi que le praticien "prenant", le Docteur B, et actent le transfert à compter du **15 juin 1995**. Ils lui demandent de porter sur le carnet médical du patient la date de transfert (**15 juin 1995**), son propre cachet ainsi que l'adresse de l'échelon local du service médical de la Caisse 2.

Le transfert du dossier de suivi médical est parallèlement effectué entre le Docteur A et le Docteur B sans intervention de la caisse.



Le Docteur A ne peut plus percevoir de rémunération de synthèse à compter du **15 juin 1995**.

Le Docteur B peut en recevoir une de la Caisse 2 à partir du **16 juin 1996**.

D - CLOTURE DU DOSSIER DE SUIVI MEDICAL

Lors de la clôture du dossier de suivi médical telle que définie précédemment :

- Le service médical reçoit la demande formulée sur l'imprimé, déjà cité.
- Le médecin-conseil s'assure qu'effectivement il n'existe plus deux affections nécessitant des soins continus d'une durée supérieure à six mois, avant de transmettre un avis daté favorable à la caisse. Cet avis motivé **et daté** est saisi dans la fiche du malade.
- La caisse suspend alors dans son fichier l'obligation de voir figurer sur les ordonnances et les feuilles de soins du bénéficiaire la mention "présentation du carnet médical" à compter de la date figurant sur l'avis du médecin-conseil.

Le carnet médical ne produit plus d'effet. Il n'est plus opposable même si le patient et le médecin décident de continuer à l'utiliser. Le médecin ne bénéficie plus de la rémunération prévue pour l'examen de synthèse annuel à compter de la date précitée.

E - Contentieux

Quatre types de contentieux peuvent naître à l'occasion de la mise en oeuvre de ces procédures.

❶ Contentieux assuré

a) Contentieux d'ordre médical

Lorsqu'il existe un litige d'ordre médical portant sur l'état du patient, celui-ci relève de la procédure prévue aux articles L 141-1 et suivants du code la Sécurité Sociale.

Exemples : - litige portant sur la notion d'"affection(s) diagnostiquée(s)",

- litige portant sur les soins continus d'une durée supérieure à six mois,
- litige portant sur la guérison d'une ou des deux affections à l'origine de la mise en place du dispositif.

En cas de difficultés nombreuses et persistantes entre médecins traitants et médecins-conseils portant sur les principes d'ordre médical d'ouverture du dispositif, le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale pourra être sollicité pour élaborer des recommandations.

b) Contentieux administratif

Les services administratifs de la caisse peuvent refuser l'ouverture du dossier de suivi médical et donc l'attribution du carnet dans deux situations principales :

- le patient ne remplit pas la condition d'âge prévue par le dispositif transitoire,
- le patient possède déjà un dossier de suivi médical.

En cas de contestation par le bénéficiaire, une procédure contentieuse pourra être engagée devant les tribunaux des Affaires de Sécurité Sociale à compter de la date de notification de la décision de refus par la caisse.

② Contentieux praticien

a) Contentieux conventionnel

En cas de manquements répétés aux dispositions conventionnelles relatives à ce dispositif, le CMPL peut être saisi au titre de l'article 35, troisième paragraphe.

De même, dans le cas où les praticiens conventionnés ne rempliraient pas les nouvelles feuilles de soins ou ne porteraient pas sur les ordonnances l'attestation selon laquelle ils ont vu le carnet médical ou ils n'ont pas pu le voir, une sanction pourrait être appliquée en vertu de l'article 35 paragraphe 2.

b) Contentieux du contrôle technique

La saisine de la section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre peut être également envisagée directement lorsqu'il existe des manquements répétés aux dispositions légales et réglementaires.

F - BILAN

Le décret précise qu'un bilan de mise en place du dossier de suivi médical sera établi au plus tard le 31 mars 1997 qui fera l'objet d'un rapport au Parlement.

Ce bilan suppose d'ores et déjà le recensement d'un certain nombre d'informations à la fois d'ordre quantitatif et qualitatif.

Ces informations feront l'objet de précisions ultérieures.

Chapitre II OUTILS MIS A LA DISPOSITION DES CAISSES

A - L'INFORMATIQUE

Prise en compte du carnet médical dans le système de production :

Afin d'assurer le suivi et le dénombrement des bénéficiaires du carnet médical, il a été retenu de mémoriser au fichier "Assuré", les informations permettant d'enregistrer les liens patients/médecins.

Lorsque le médecin est salarié d'un établissement, c'est l'identification de ce dernier qui sera indiquée.

Les logiciels locaux et centraux seront actualisés pour saisir ces nouvelles informations et vous seront adressés dans une version diffusée au deuxième trimestre 1995.

Dans l'attente de la disponibilité de ces logiciels, il importe que les caisses conservent les imprimés de demande, transfert et clôture du

dossier de suivi médical pour une saisie ultérieure des informations et notamment :

- n° de praticien ou d'établissement,
- date d'ouverture,
- date de transfert,
- date de clôture

A des fins statistiques, il conviendra par ailleurs que les caisses enregistrent elles-mêmes les informations concernant tout dénombrement sur les carnets distribués, les pertes et renouvellements, les clôtures de dossiers etc...

Un message spécifique sera édité sur la carte d'assuré social ultérieurement.

B - IMPRIMES

La mise en oeuvre du dispositif "dossier de suivi médical" nécessite la création de deux nouveaux formulaires :

1) Description

a) L'imprimé intitulé "Dossier de suivi médical - Carnet médical (demande)". Références S 3324 CERFA n° 60-3973 (en annexe) homologué par arrêté du 9 février 1995 (J.O. du 29 février 1995)

Il s'agit d'une liasse de quatre feuillets autocopiants d'un format de 210 x 297 mm. La couleur utilisée est le Pantone vert 340 C.

Les deux premiers volets sont destinés au service médical. Le deuxième volet comportant des informations médicales confidentielles reçoit une dépose de colle sur son pourtour afin de l'assembler au premier pour assurer la préservation du secret médical.

Le troisième volet est conservé par le médecin ayant ouvert le dossier de suivi médical.

Le quatrième volet (désensibilisé dans sa partie basse afin que les informations médicales figurant sur les deuxième et troisième volets ne s'y reportent pas) est conservé par le patient.

Cet imprimé permet aux services médicaux des caisses d'avoir connaissance tout à la fois :

- . de l'initialisation d'un dossier de suivi médical,
- . de son transfert,
- . de sa clôture.

L'un des deux volets expurgé des notions médicales sert également de document de liaison entre les services médicaux et les services administratifs des caisses pour la délivrance du carnet médical.

**b) Le carnet médical
(maquette jointe en Annexe) Référence S 3325**

Il s'agit d'un carnet (broché par deux piqûres métal) comprenant :

- une couverture (papier blanc 250 g pelliculé), 4 pages avec rabats (2 couleurs d'impression Pantone bleu 293 C et Pantone vert 340 C), d'un format ouvert de 556 x 210 mm ;
- 9 feuillets de 4 pages au format de 148 x 210 mm (dont un feuillet de renouvellement comportant un pointillé de découpe)

2) Réalisation et mise en place

Compte tenu de l'importance du marché et des délais imposés, l'UCANSS est seule chargée de la fabrication de ces deux formulaires. Deux imprimeurs ont été retenus dans le cadre d'un appel d'offres.

Afin de ne pas retarder le démarrage de cette opération prévu pour le début avril, une première livraison à destination des caisses pourrait être effectuée par l'UCANSS à compter du 13 mars 1995.

Pour assurer un réapprovisionnement aussi fluide que possible, les caisses voudront bien, à réception de la présente circulaire, faire connaître leurs besoins prévisionnels à :

L'UCANSS
Service marchés Imprimés
Télécopie : 45 38 70 68

C - SUIVI CONVENTIONNEL

Il appartient aux services médicaux et administratifs des caisses d'apporter aux instances conventionnelles locales et nationales toutes informations sur la mise en oeuvre de ce dispositif.

Un premier bilan national sera dressé à la fin 1995.

Un questionnaire sera prochainement adressé aux caisses pour préparer ce bilan d'étape.

Chapitre III PLAN DE COMMUNICATION

A - LE PUBLIC CIBLE DU DOSSIER DE SUIVI MEDICAL ET DU CARNET MEDICAL

Le dispositif s'adresse exclusivement à des assurés âgés et malades, soit une population cible potentielle de 4,7 millions de personnes.

Pour garantir sa bonne application, l'Assurance Maladie doit faire **un effort particulier d'explication**, afin notamment de dissiper les éventuelles inquiétudes de la part d'une population qui a parfois des difficultés à s'adapter à des changements importants dans sa vie quotidienne.

Afin de pouvoir anticiper les réactions des futurs utilisateurs et adapter la communication à mettre en oeuvre, le Département Communication de la CNAMTS a testé le carnet médical auprès de la population cible. Cette étude qualitative (Contrairement à un sondage, une étude qualitative se fait auprès d'un échantillon très réduit de personnes choisies de manière à respecter les règles de représentativité. En revanche, l'entretien est beaucoup plus ouvert et plus long, le but étant de permettre aux personnes de s'exprimer longuement. L'étude sur le carnet médical a été faite auprès de 12 personnes âgées de plus de 70 ans, à Paris et en province en juillet 1994.) réalisée par la SOFRES a montré que, dans l'ensemble, le dispositif est bien accepté :

1) Une bonne perception de la mesure

Spontanément, les personnes âgées interrogées ont estimé que le carnet permettrait un meilleur suivi médical tout en respectant **la liberté de choix** du médecin, la coordination des soins et qu'il constituait **une sécurité en cas d'urgence**. Pour autant, la confidentialité attachée au carnet apparaît indispensable.

La contrainte de l'obligation de présentation du carnet médical, qui aurait pu entraîner une difficulté, paraît logique dans la mesure où elle garantit le sérieux du dispositif. En fait, le carnet est presque perçu comme un carnet de santé et par conséquent les personnes interviewées estiment qu'il doit être généralisé pour tout le monde.

2) Des réserves à prendre en compte

Cette acceptation d'ensemble ne peut toutefois masquer certaines réserves, qui doivent être prises en compte pour permettre une application harmonieuse du dispositif.

- Ainsi, les personnes interrogées paraissent fortement conditionnées par l'opinion que "leur" médecin aura du dispositif : l'adhésion du corps médical - et notamment des généralistes - est, dès lors, essentielle. **Pour la majorité des personnes interrogées, seul le "médecin habituel" apparaît comme légitime pour proposer le dossier et le carnet.** Le discours que le médecin tiendra à son patient sera déterminant.

- Par ailleurs, les réactions des personnes interrogées montrent **un fort besoin d'explications claires et rassurantes** : modalités d'utilisation, respect du secret médical, respect de la liberté de choix, etc...

- Si le principe du carnet est bien compris, la compréhension du dossier de suivi et de l'utilisation du carnet l'est beaucoup moins. En effet, **la notion de "dossier de suivi" semble difficile à faire passer** : pour les personnes âgées, leur médecin dispose déjà d'un dossier médical à leur sujet. Le mécanisme de remboursement n'est pas non plus très clair pour eux.

- **La peur de la perte ou de l'oubli du carnet médical** pour des personnes qui subissent parfois un ralentissement de leurs facultés intellectuelles constitue également un point à prendre en compte dans le dispositif de communication.

Sur la forme par contre, la maquette testée obtient l'agrément des personnes interrogées.

- Le carnet médical obtient un bon accueil de la part des personnes âgées. Il répond à des idées fortes : **sécurité accrue, liberté de choix, meilleurs suivi/qualité des soins** ;

- L'idée sous-jacente d'une maîtrise des dépenses de santé est quelquefois évoquée, mais ne dérange pas les personnes consultées. Elle ne peut donc constituer un axe de communication en tant que tel.

B - LES RECOMMANDATIONS POUR BATIR UNE COMMUNICATION AU NIVEAU LOCAL

1) Informier l'entourage

La cible des personnes âgées de plus de 70 ans, atteintes d'au moins deux affections diagnostiquées nécessitant un suivi médical de plus de six mois est une cible sensible vers laquelle la communication doit être adaptée.

Par ailleurs, il est prévisible que pour un certain nombre de personnes appartenant à cette cible, la communication doive **utiliser des relais en raison de la perte de leurs facultés** : ce peut être la famille, les établissements de soins pour personnes âgées...

En terme de moyens de communication, le recours aux mass-médias (principalement la télévision et la presse quotidienne) n'est pas adapté pour ce public. Par contre, ces médias pourront être utilisés pour l'information de la famille, des proches, des parents.

2) Obtenir le relais des médecins

Les modes de communication dits de proximité sont ceux qui conviennent le mieux : courriers personnalisés (simples, bien expliqués, rassurants - pour ne pas inquiéter), les visites à domicile, l'information faite par le médecin qui est le principal moyen à privilégier. **Aussi, l'information des médecins et plus largement des professionnels de santé est-elle un préalable qui garantit le succès de la démarche de communication.**

3) Mettre en oeuvre une communication pédagogique

Il semble judicieux de mettre en perspective le projet (en le présentant comme le démarrage d'un dispositif d'ensemble qui concernera à terme tout le monde), afin d'éviter les inquiétudes liées à une éventuelle ségrégation. Dans la même logique, l'accent ne devrait pas être mis sur les "deux pathologies" mais sur la classe d'âge à laquelle s'adresse le carnet médical.

Enfin, le contexte dans lequel s'inscrit le dispositif implique **une communication très pédagogique**. Il s'agit de bien faire comprendre le dispositif en place.

En conclusion :

La communication sur le dossier de suivi médical et le carnet médical doit d'abord prendre en compte les médecins. Leur adhésion est plus que jamais la garantie du succès de l'opération.

Il convient de développer une information directe, si possible interactive avec les personnes âgées et d'assurer une information générale de l'environnement familial.

C - LE DISPOSITIF DE COMMUNICATION PREVU

1) Créer un effet d'annonce au niveau national

Bien évidemment, la parution du décret d'application sur le dossier médical sera accompagnée au plan national par une information de la presse.

Par ailleurs, le dispositif de communication national s'attachera :

- dans un premier temps à l'information des professions de santé et principalement des médecins libéraux, après la parution du décret. Ainsi, un document d'information leur sera envoyé -courrier national- (cf. modèle joint en Annexe). **L'information des médecins hospitaliers doit être faite au niveau local** (les fichiers nationaux sont gérés par le SESI au Ministère, ne sont pas adaptés à un courrier généralisé au plan national). Un stock d'exemplaires sera parallèlement envoyé aux Caisses Primaires et aux Echelons Locaux du Service Médical.

- et dans un deuxième temps, à l'information des personnes âgées et de leur entourage familial. Un dossier de presse sera envoyé à la presse du troisième âge, à celle de la famille, à la "presse Santé" (un exemplaire de ce dossier de presse est joint en annexe).

Les relations avec la presse nationale créeront un effet d'annonce qui permettra la mise en place d'actions d'information de proximité au plan local.

2) Développer une information de proximité au niveau local

- **Un dépliant de présentation à remettre pour le médecin demandant l'ouverture du dossier médical :**

Afin de faciliter l'explication du dispositif "dossier de suivi médical" par les médecins généralistes qui pourront le proposer, un petit dépliant, volontairement simple et peu détaillé, est proposé aux organismes (cf annexe). Les médecins généralistes qui le souhaitent en feront la commande ou seront destinataires par les caisses de ce dépliant et

pourront le remettre à leur patient au moment de la demande d'ouverture d'un dossier médical. Leur patient - qui ne recevra pas son carnet médical avant un certain délai - disposera ainsi d'un message écrit et rassurant.

Afin que l'assuré identifie sans ambiguïté l'émetteur de ce document et que les caisses puissent le compléter, voire l'adapter, il est apparu préférable qu'il soit reproduit et envoyé aux médecins généralistes par les caisses.

Chapitre IV RAPPEL DU CALENDRIER PREVISIONNEL

Le calendrier prévisionnel retrace les différentes étapes évoquées dans le corps de la circulaire :

- 1) Publication du décret au J.O. du 4 mars 1995.
- 2) Distribution de la circulaire et de ses annexes dans les caisses : semaine du 6 au 10 mars 1995.
- 3) Communication nationale : semaine du 6 au 10 mars 1995.
Information des praticiens libéraux et distribution du dossier de presse.
- 4) Communication locale : dès réception de la circulaire.
Information des praticiens salariés (hospitaliers, centres de santé...).
- 5) Réalisation par les caisses des dépliants mode d'emploi destinés aux assurés sociaux et envoi aux praticiens libéraux et salariés : deuxième quinzaine de mars.
- 6) Livraison aux caisses par l'UCANSS des premiers imprimés de demande de carnet : semaine du 13 au 17 mars 1995.
- 7) Livraison par l'UCANSS des premiers carnets : semaine du 10 avril 1995.
- 8) Fin de livraison par l'UCANSS : fin avril.
- 9) Commande par les caisses auprès de l'UCANSS du nombre de carnets et imprimés complémentaires nécessaires : courant mai 1995.
- 10) Réunions d'information organisées par la CNAMTS à l'intention des caisses : 9 au 19 mai 1995.

Ces réunions donneront l'occasion aux caisses de formuler leurs questions et observations.

11) Mise à disposition des produits informatiques sous réserve de l'avis favorable de la CNIL : fin du deuxième trimestre 1995.

12) Premier bilan général d'application du dispositif en septembre 1995.

13) Envoi des circulaires complémentaires d'information : dernier trimestre 1995.



Nous vous prions de bien vouloir signaler à la **D**ivision des **R**elations avec les **P**rofessions de **S**anté (DMA/**DRPS**) ou à l'**E**chelon **N**ational du **S**ervice **M**édical (**ENSM**) toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de ce dispositif.

Le Directeur

Le Médecin Conseil National

Gérard RAMEIX

J.M. BENECH

DOSSIER DE SUIVI MEDICAL

CARNET MEDICAL

PLAN DES ANNEXES

I - *Décret n° 95-234 du 1^{er} mars 1995*.

II - Description des procédures.

III - Imprimé de demande d'ouverture, de transfert et de clôture du dossier de suivi médical et du carnet médical.

IV - Différents documents

Carnet médical,
Mode d'emploi assuré,
Information des médecins,
Dossier de presse.

Les annexes ne sont pas intégrées dans la base