

Date :
28/02/2001

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 1/2001
n /
n /
n /

MMES et MM les Directeurs

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

MMES et MM

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

Pour Attribution

MMES et MM les Directeurs

- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour Information

Plan de classement :

30

Titre :

Mise en œuvre des dispositions des articles L. 315-2-1 et R. 315-2-1 du code de la sécurité sociale

Résumé :

Evaluation de l'intérêt thérapeutique des soins et recommandations à adresser au patient

Pièces jointes : 3

Liens :

Com.circ CABDIR 2/1997

Date d'effet :

Dossier suivi par :
Téléphone :

Date de Réponse :

ENSM : Dr Didier LAPORTE DDRI : Mme Réjane GOUEL Mme M.J BATAIS
01.42.79.32.94 01.42.79.32.05 01.42.79.34.39

Cabinet du Directeur

28/02/2001

MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générale de Sécurité Sociale

Origine :
CABDIR

MMES et MM
- les Médecins Conseils Régionaux
- le Médecin Chef de Service de La Réunion

Pour Attribution

MMES et MM les Directeurs
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

Pour Information

N/Réf. : CABDIR n° 1 /2001

Objet : Mise en œuvre des dispositions des articles L. 315-2-1 et R. 315-2-1 du code de la sécurité sociale

Les actions de gestion du risque mises en œuvre par les services administratifs et médicaux de l'assurance maladie sont indispensables à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Les actions concertées de ces services doivent concourir à réduire méthodiquement toute anomalie s'attachant à l'utilité médicale des prestations et/ou à leur facturation.

Il s'agit à partir de l'examen des prestations remboursées, d'agir auprès de tous les acteurs du système de soins, ordonnateurs de dépenses et consommateurs, avec la préoccupation constante de la prise en charge des soins et traitements appropriés tant au niveau collectif qu'au niveau individuel dans le cadre de la relation médecin-malade.

Dans ce contexte, le service du contrôle médical a la possibilité d'intervenir dans la prise en charge thérapeutique d'un assuré social dans des conditions précises définies par la loi :

- pour l'affection de longue durée (ALD), au sens de l'article L. 324-1, le médecin conseil peut intervenir dans la prise en charge de la thérapeutique par l'intermédiaire du protocole d'examen conjoint et, en aval, par des actions menées dans le cadre de programmes de santé publique, tels ceux effectués sur le diabète sucré de type II et sur l'hypertension artérielle sévère ;
- pour les cas non prévus à l'article L. 324-1, le médecin conseil peut faire désormais des recommandations sur la thérapeutique en application des articles L. 315-2-1 et R. 315-2-1 du code de la sécurité sociale.

Ces deux dispositions législatives sont des dérogations à l'article 103 du code de déontologie médicale (décret n° 95-1000 du 06 septembre 1995, publié au JO du 08 septembre 1995) qui indique que " sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne peut s'immiscer dans le traitement...".

I. RAPPELS SUR LES DISPOSITIONS DES ARTICLES L. 324-1 ET R. 324-1 , L. 315-1-I ET II, L. 315-2 ET R. 315-1-3 AINSI QUE SUR CELLES DE L'ARTICLE L. 141-1 ET SUIVANTS.

(Ces éléments sont développés dans la circulaire CABDIR n°2/97 du 15 janvier 1997)

1.1. Les dispositions des articles L. 324-1 et R. 324-1

Tout bénéficiaire de l'assurance maladie, en cas d'affection de longue durée et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à six mois, doit faire l'objet, à sa demande ou sur l'initiative de la caisse, d'un examen spécial effectué conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil. La continuation du service des prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire :

- de se soumettre aux traitements et mesures de toute nature prévus au protocole d'examen spécial ;
- de se soumettre aux visites médicales et contrôles organisés par la caisse ;
- de s'abstenir de toute activité non autorisée ;
- d'accomplir les exercices ou travaux susceptibles de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

1.2. Les dispositions des articles L. 315-1-I et II, L. 315-2 et R. 315-1-3

Le praticien conseil se prononce sur " tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations ". Son avis, donné en application de l'article L. 315-1-I, s'impose à la caisse et à l'assuré.

Lorsque le praticien conseil avise la caisse qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, au sens de l'article L. 315-2, la caisse doit :

- notifier à l'assuré la décision, en l'informant de sa portée et en lui indiquant la voie de recours à l'expertise médicale prévue à l'article L.141-1 ;
- suspendre le service de la prestation à la date d'effet de la notification ;
- informer l'auteur de l'acte ou de la prescription et, le cas échéant, le professionnel qui exécute la prestation.

Il appartient également au praticien conseil de faire part directement au(x) professionnel(s) concerné(s), en application des principes déontologiques et conventionnels, des motivations de son avis.

1.3. Les dispositions de l'article L. 141-1 et suivants

La procédure d'expertise médicale s'applique lorsqu'il existe une contestation d'ordre médical relative à l'état du patient. En particulier, lorsque le désaccord porte sur le diagnostic ou le traitement concernant une affection de longue durée, la voie de recours est l'expertise " L.141-1 " (application des dispositions de l'article R. 141-2).

II. LES DISPOSITIONS DES ARTICLES L. 315-2-1 ET R. 315-2-1 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

Le service médical, en application des dispositions de l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale et de celles de l'article R. 315-2-1 créé par le décret n° 2000 - 1005 du 16 octobre 2000 publié au J.O. du 18 octobre 2000, peut, au vu des dépenses présentées au remboursement et compte tenu de leur importance, procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins prodigués à un assuré social. A cet effet, pour les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, le service médical, doit :

- au cours de l'évaluation, recueillir les éléments d'information auprès des professionnels de santé ayant prescrit ou dispensé les soins ;

- convoquer l'assuré si, à l'issue de l'évaluation, des recommandations sont nécessaires. Le patient peut se faire assister d'un médecin de son choix.

Les recommandations sur les soins et les traitements appropriés sont établis conjointement par le médecin conseil et le médecin désigné par l'assuré ou à défaut par le seul médecin conseil.

Ces recommandations sont adressées à l'assuré, dans le délai d'un mois qui suit sa date de convocation, soit par le médecin désigné soit à défaut par le médecin conseil.

Mais ces dispositions ne prévoient pas :

- les droits et les devoirs de l'assuré social lorsqu'il ne respecte pas les recommandations, d'autant plus qu'elles ne se substituent pas aux traitements et soins en cours ;
- la procédure en cas de désaccord entre le médecin conseil et le médecin désigné.

Simple mesure pédagogique, elles autorisent pourtant le médecin conseil, en l'absence de médecin désigné, à faire seul les recommandations et à les transmettre directement à l'assuré. Dans cette situation, le médecin conseil doit être encore plus circonspect dans ses propos comme dans ses écrits et parfaitement objectif dans ses recommandations.

Cependant, le service du contrôle médical lorsqu'il constate que des prestations ne sont pas médicalement justifiées peut toujours faire application des dispositions prévues à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale et demander à la caisse de suspendre ces prestations ; la voie de recours donnée à l'assuré étant l'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1.

Au total, cette nouvelle procédure vient en complément du dispositif réglementaire mis à disposition de l'assurance maladie et notamment de celui portant sur les affections de longue durée ; elle va dans le sens de la proposition n° 27 du plan stratégique de la CNAMTS visant à responsabiliser le consommateur de soins.

Lorsque les soins se prolongent au-delà de 6 mois ou si une ALD est individualisée, la procédure prévue aux articles L. 324-1 et R. 324 du CSS doit être mise en œuvre.

III LA MISE EN ŒUVRE DE L'EVALUATION DE L'INTERET THERAPEUTIQUE DES SOINS AU SENS DE L'ARTICLE L. 315-2-1

L'objet de la présente circulaire est de vous indiquer diverses modalités de sélection des usagers concernés, ainsi que les modalités d'intervention, à mettre en œuvre dès à présent. Au cours du dernier trimestre 2001, après analyse critique des résultats, il sera procédé à des choix méthodologiques communs, éclairés par l'expérience ainsi acquise.

3.1. Critères de sélection

Conformément à la proposition n° 27 du plan stratégique de la CNAMTS, sont concernés les assurés :

- ne bénéficiant pas d'une ALD exonérante (ALD 30, affection grave "hors liste", polyopathie invalidante),
- n'ayant pas opté pour un médecin référent ou un réseau de soins,
- âgés de 20 à 79 ans.

Pour cette population, deux types de critères de sélection peuvent être appliqués :

3.1.1. Le critère de sélection retenu est le niveau de remboursement :

Sont prises en compte les dépenses remboursées lors du dernier semestre écoulé, hors dépenses d'hospitalisation ; le seuil retenu (en francs) est choisi par chaque échelon en fonction de la charge de travail induite et de la méthodologie choisie : exhaustivité (tous les usagers ayant fait l'objet de remboursement supérieurs à x francs) ou échantillonnage (n % des usagers ayant fait l'objet de remboursement supérieur à y francs).

3.1.2. Le critère de sélection retenu est la nature et le nombre de prestations remboursées (liées ou non à des dépenses importantes) :

Le critère est ici médical ; les possibilités sont variées. On peut citer à titre d'exemples : un nomadisme marqué (nombreuses consultations et/ou multiplication des intervenants), répétition d'actes d'exploration (échographies, dosages biologiques, imagerie), consommation médicamenteuse atypique, etc...

3.2. Modalités pratiques de l'évaluation

Le tri automatique étant effectué, le service médical doit faire une étude médicalisée.

Compte tenu des critères retenus, seront concernés à la date de sélection :

3.2.1. des patients ayant fortement consommé pendant le semestre écoulé mais qui ont cessé leur consommation en raison de l'amélioration de leur état de santé :

Aucune action n'est entreprise.

3.2.2. des patients qui ont toujours des soins

Deux possibilités s'offrent :

① ***Soit il s'agit d'une consommation de soins continus pour une période prévisible de plus de 6 mois***

Dans ce cas les dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, rappelées dans la circulaire CABDIR n° 2/97 du 15 janvier 1997, s'appliquent car ces patients ont :

- une ALD non exonérante,
- ou une ALD exonérante (ALD 30, HL, PPI) qui n'a pas été demandée,
- ou plusieurs ALD (exonérantes ou non).

Le protocole d'examen spécial, prévu à l'art. L. 324-1, doit être mis en œuvre avec le médecin désigné par le patient afin de formaliser un accord sur le diagnostic et sur les modalités thérapeutiques et de suivi de ou des affections en cause.

Un imprimé actualisé a été mis à disposition par circulaire DDRI n° 148/2000 - ENSM n°48/2000 du 27 décembre 2000. Un volet portant mention du traitement et du suivi envisagé, signé par le médecin traitant et le médecin conseil, pourra être remis par le médecin traitant à son malade afin de le responsabiliser. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a participé à ce travail et a donné son aval.

② ***Soit il s'agit d'une consommation de soins atypiques ou disparates, non continus, pour des affections ou des symptômes concomitants***

Le médecin conseil, en application des dispositions des articles L. 315-2-1 et R. 315-2-1 peut mettre en œuvre l'évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins prodigués à ces assurés sociaux et, si nécessaire, fait des recommandations conjointement avec le médecin désigné par le patient ou à défaut seul.

Dans ce cas, il convient de :

- demander à l'assuré de désigner un médecin ;
- recueillir des éléments sur les soins et traitements auprès des professionnels de santé les ayant prescrits ou dispensés ;
- convoquer l'assuré en lui indiquant qu'il peut se faire accompagner par un médecin de son choix ;
- élaborer conjointement avec le médecin désigné les recommandations : les recommandations sont alors transmises à l'assuré par le médecin désigné. A défaut de médecin désigné, le médecin conseil élabore seul les recommandations et les adresse directement à l'assuré.

Les recommandations doivent être transmises à l'assuré dans le mois qui suit sa convocation.

Afin de faciliter la procédure un document provisoire est mis à disposition du service médical (annexe 2). Un numéro CERFA sera demandé à l'issue de la période d'expérimentation.

Dans les deux situations décrites ci-dessus, les traitements dangereux (ou non médicalement justifiés) et les prestations non remboursables par l'assurance maladie doivent être suspendus en utilisant les dispositions de l'article L. 315 - 2. Une circulaire rappelant ces dispositions va être diffusée.

RECENSEMENT DES ACTIONS EFFECTUEES

Un groupe de travail, sous l'égide du département « analyse des soins de ville » de l'ENSM, sera chargé d'établir les modalités du bilan d'application de cette nouvelle procédure, que la CNAMTS doit fournir au Parlement (article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000).

Ces modalités vous seront communiquées ultérieurement.

Nous souhaitons que vous mobilisiez les agents placés sous votre autorité afin de mettre en œuvre avec discernement ces directives et que vous nous fassiez part des éventuelles difficultés d'application.

Le Directeur

Le Médecin Conseil National

Gilles JOHANET

Pr Hubert ALLEMAND

Proposition de lettre type d'envoi des recommandations

➤ **Pour des recommandations conjointes avec le médecin désigné par l'assuré**

« Madame / Monsieur »,

Comme suite à votre examen du « Date », nous vous adressons les recommandations sur la prise en charge de vos soins et traitements. Elles ont pour objectif de les adapter à vos besoins.

Cependant, ces recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

En restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous prions de croire « Madame / Monsieur » à l'assurance de notre considération distinguée.

Dr X

Dr Y

Médecin conseil

➤ **Pour des recommandations faites uniquement par le médecin conseil**

« Madame / Monsieur »,

Comme suite à votre examen du « Date », je vous confirme les recommandations que je vous ai faites sur la prise en charge de vos soins et traitements. Elles ont pour objectif de les adapter à vos besoins. Cependant, ces recommandations ne se substituent pas aux prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours.

Je vous engage à prendre contact avec le médecin de votre choix afin de vous entretenir avec lui de ces recommandations.

En restant à votre disposition et à celle de votre médecin pour tout complément d'information, je vous prie de croire « Madame / Monsieur » à l'assurance de ma considération distinguée.

Dr X

Médecin conseil

@NV

PROJET D'IMPRIME
PROJET D'IMPRIME

NOTICE

Recommandations sur les soins et traitements

recommandations sur les soins et traitements

art. L 315-2-1 et R 315-2-1 du code de la sécurité sociale

notice

Le service médical, en application des dispositions législatives et réglementaires citées en sous-titre, peut déclencher une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins prodigués à un(e) assuré(e) social(e).

Le service médical doit :

- **au cours de cette évaluation, recueillir les éléments d'information auprès des professionnels de santé ayant prescrit ou dispensés les soins,**
- **convoquer l'assuré si, à l'issue de l'évaluation, des recommandations sont nécessaires. Le patient peut se faire assister du médecin de son choix.**

Les recommandations sur les soins et traitements appropriés sont établies conjointement par le médecin conseil et le médecin désigné par l'assuré(e) ou à défaut par le seul médecin conseil.

Ces recommandations sont adressées à l'assuré(e), dans le délai d'un mois qui suit la date de la convocation, soit par le médecin désigné, soit, à défaut par le médecin conseil.



n°

recommandations sur les soins et traitements

art. L 315-2-1 et R 315-2-1 du code de la sécurité sociale

volet médical 3
à conserver par le
médecin conseil

bénéficiaire des soins

- identification du bénéficiaire des soins

Nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

Adresse

recommandations sur les soins et traitements

A la suite de la visite médicale du Docteur _____ à laquelle assistait oui non votre médecin le

Les recommandations suivantes vous sont faites pour :

- vos soins

- vos traitements

Important : ces recommandations ne remplacent pas les prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours

Date

signature et identification du médecin conseil

signature et identification du médecin traitant



n°

recommandations sur les soins et traitements

art. L 315-2-1 et R 315-2-1 du code de la sécurité sociale

volet médical 1
à adresser au patient

bénéficiaire des soins

- identification du bénéficiaire des soins

Nom-prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

Numéro d'immatriculation

Adresse

recommandations sur les soins et traitements

A la suite de la visite médicale du Docteur _____ à laquelle assistait oui non votre médecin le

Les recommandations suivantes vous sont faites pour :

- vos soins

- vos traitements

Important : ces recommandations ne remplacent pas les prescriptions médicales et n'interrompent pas les traitements et soins en cours

Date

signature et identification du médecin conseil

signature et identification du médecin traitant