

DELEGATION URML

**Groupe de travail
URML/URCAM**

NOTE N° 7

**Contact :
Jacques MARLEIN**

Le problème

Beaucoup de patients porteurs d'une ALD exonérante se voient par la suite atteints par une ou plusieurs autres ALD exonérantes. Or, à chaque nouveau PES pour la nouvelle ALD exonérante, trop souvent les services du contrôle médical demandent au médecin traitant de regrouper toutes les ALD du patient sur le même PES.

Il y a pour le médecin traitant 3 ordres d'inconvénients à cette pratique :

- 1) D'abord une évidente surcharge de travail administratif (gratuit) puisqu'il faut ainsi renseigner et argumenter plusieurs fois pour la même ALD.
- 2) Ensuite il est probable que dans beaucoup de CPAM sinon dans toutes, le fait de substituer un PES regroupant l'ancienne et la nouvelle ALD au PES qui concernait l'ancienne ALD seule déclenche une procédure administrative qui enregistre l'ancienne ALD comme terminée et une nouvelle ALD « double » comme débutante. Dans ce cas une distorsion importante affecte le règlement du forfait annuel de 40 euros attaché à l'ALD.

En effet, les modalités en sont (Art. 1-1-4 de la Convention) :

« Le médecin traitant conventionné bénéficie d'une rémunération spécifique pour ceux de ses patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) qui l'ont choisi comme médecin traitant.

La caisse verse au médecin traitant une rémunération spécifique de 40 € par an par patient en ALD. Les versements de la rémunération spécifique s'effectueront à compter du 1er mai 2005 selon les modalités suivantes :

Le paiement de la rémunération spécifique s'effectue à trimestre à échoir, pour les patients :

- qui ont choisi et déclaré leur médecin traitant le trimestre précédent ;
- et dont la date anniversaire d'entrée dans l'ALD se situe au cours du trimestre de versement ».

Ainsi donc, du fait des modalités assez insolites retenues dans la Convention pour le paiement du forfait annuel de 40 euros au MT, il suffit d'annuler ou plutôt de considérer annulée l'ancienne ALD pour renvoyer le prochain versement du forfait 9 à 12 mois plus tard, alors même qu'on peut se trouver jusqu'à presque 1 an du versement précédent. Autrement dit, en "annulant" l'ancienne ALD, à chaque regroupement de PES, les Caisses espacent ainsi le versement forfaitaire de 40 euros non pas d'un an comme il est dû mais en moyenne de 16 mois, soit une baisse de 25%.

- 3) Enfin cette pratique induit, pour le médecin traitant comme pour le médecin-conseil du reste, un risque médico-légal, tel qu'il apparaîtra infra.

Les justifications de notre position.

L'art. 6 III de la Loi du 13-08-2004, repris à l'art. L. 324-1 du code de la SS mentionne que le remplissage du formulaire PES concerne ***l'affection *(l'ALD)**, et non pas ***les affections *(les ALD)**;
la Loi ne prévoit donc qu'une ALD par PES, et la Loi se comprenant littéralement, il est interdit d'en mentionner plusieurs.

D'autre part la Loi du 04-03-2002 sur les droits des malades et la qualité des soins reprise à l'art. L. 1110-4 du Code de la Santé Publique stipule le droit permanent de chaque patient à s'opposer à la communication d'une quelconque information médicale à un quelconque professionnel de santé.

Reporter l'ensemble des ALD sur un seul formulaire contreviendrait donc à la Loi, en le privant du droit de discriminer la communication de ses pathologies en ALD suivant sa convenance en fonction des différents professionnels de santé auxquels il aurait affaire, s'il n'avait qu'un seul formulaire, regroupant toutes ses ALD, à leur présenter.

ANNEXES.

Article L324-1 Code de la SS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article L1110-4 Code de la santé publique (Loi Kouchner du 04-03-2002)
Modifié par [Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 2 JORF 17 août 2004](#)

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, **ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes** et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. **Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.**

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, **sauf opposition de la personne dûment avertie**, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès.