

LE RAISONNEMENT ET LA DECISION EN MEDECINE :

LES BASES EN ASSURANCE MALADIE

Dr J. BEZ, Médecin Conseil Chef du Service Médical de la Haute-Garonne – CNAMTS

Le Service du Contrôle Médical de l'Assurance Maladie existe du fait de textes législatifs et réglementaires qui précisent ses missions. Le Service Médical pourra se prononcer sur l'opportunité, l'exécution ou la régularité des prestations. Il pourra donner un avis favorable ou défavorable, ce dernier étant d'ordre médical ou administratif. Ces avis sont donnés sur la base d'arguments probants, eux-mêmes établis à partir de référentiels médicaux ou administratifs. Cet avis peut être émis avant ou après paiement de la prestation par l'Assurance Maladie.

Cette activité de contrôle médical s'intègre dans un contexte global de prise en charge des prestations par l'Assurance Maladie. Le principe est que les professionnels de Santé ne peuvent facturer que les seuls soins remboursables à l'Assurance Maladie. Pour le démontrer nous répondons à 4 questions : quels sont les soins remboursables par l'Assurance Maladie ?, pourquoi les praticiens ne peuvent-ils facturer à l'Assurance Maladie que les seuls soins remboursables ?, pourquoi faut-il aider les praticiens à ne facturer à l'Assurance Maladie que les soins remboursables ? et comment peut-on aider les praticiens à ne facturer à l'Assurance Maladie que les seuls soins remboursables ?

I – PRINCIPES DU CONTROLE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

1.1 Textes réglementaires

1.1.1 Le code de la Sécurité Sociale (C.S.S.)

Il définit le Service du Contrôle Médical et ses missions.

1.1.1.1 Article L. 315-1 (C.S.S.)

« I – Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II – Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

III – Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie.

IV – Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent

leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-5-9. »

1.1.1.2 Article L. 315-2 (C.S.S.)

« Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.

Si, indépendamment des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1. »

1.1.2 Le code de déontologie (C.D.)

Il précise « *l'exercice de la médecine de contrôle* ».

ARTICLE 102 : « *Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter.*

Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire.

Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions. »

ARTICLE 103 : « *Sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si, à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficultés à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'ordre. »*

ARTICLE 104 : « *Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.*

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme. »

1.2 Les trois missions du service du contrôle médical

Le Service Médical est un service de la C.N.A.M.T.S. Il est indépendant des caisses locales et régionales de l'Assurance Maladie. Cette indépendance doit garantir l'impartialité et l'équité des avis médicaux concernant les assurés et professionnels de santé. Inscrits au Conseil de l'Ordre, les Praticiens Conseils sont soumis au secret professionnel, conformément au code de déontologie.

1.2.1 L'avis individuel pour l'octroi de prestations

Ils sont l'activité traditionnelle du Service Médical. Leur objectif est de permettre à tout assuré ou ayant droit, d'obtenir les prestations nécessaires par son état de santé, dans le respect de la réglementation. A titre d'exemple, avis sur l'arrêt de travail, l'exonération du ticket modérateur, l'invalidité, les accidents du travail, les maladies professionnelles.

Le Praticien Conseil statue médicalement et individuellement sur l'octroi de prestations. Son avis médical s'impose dans tous les cas à l'organisme de prise en charge.

1.2.2 La lutte contre les fraudes

Elle consiste à analyser les pratiques médicales des professionnels de santé et des établissements de soins mais aussi le comportement des patients pour mettre en œuvre les actions de corrections et faire cesser les dysfonctionnements à type de fraude, pratiques dangereuses, abus de soins, non respect des bonnes pratiques médicales.

1.2.3 L'accompagnement des professionnels de santé

Cet accompagnement s'intègre dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Les Praticiens Conseils, qu'ils soient médecins, chirurgiens dentistes ou pharmaciens, rencontrent les professionnels de santé pour discuter avec eux de leur pratique médicale. Les thèmes de discussion sont décidés au niveau national en fonction des enjeux économiques ou de Santé Publique ; à titre d'exemple, on peut citer les actions sur les antibiotiques, les génériques, les anxiolytiques et les hypnotiques, les inhibiteurs de la pompe à protons....

Au cours de ces échanges confraternels faits au domicile du praticien, sont présentés une analyse de sa pratique sur un thème spécifique, ainsi que les référentiels de bonne pratique médicale validés par la Haute Autorité de Santé (HAS). La maîtrise médicalisée a fait la preuve de son efficacité sur les pratiques médicales, comme en témoigne la réduction de la prescription d'antibiotiques de 25 % en 5 ans.

1.3 Le service médical peut se prononcer sur 3 niveaux d'une prestation : OPPORTUNITE, EXECUTION, REGULARITE

1.3.1 Le contrôle d'opportunité doit répondre à la question « fallait-il le faire ? »

La réponse est dans le respect des données acquises de la science, conformément au code de déontologie (article 32).

La Haute Autorité de Santé valide de plus en plus de recommandations de bonnes pratiques médicales. Ces recommandations ont une valeur médico-légale en cas de

litige. Certains textes réglementaires limitent les indications de certains actes comme par exemple les Références Médicales Opposables (qui indiquent ce qu'il n'y a pas leur de faire), ou l'Autorisation de Mise sur le Marché (qui inique les indications médicales autorisées) pour les médicaments.

1.3.2 Le contrôle d'exécution doit répondre à la question « la prestation a-t-elle été correctement réalisée ? »

La réponse est ici aussi dans les données acquises de la science mais des textes réglementaires peuvent donner également certaines contraintes d'exécution. Par exemple la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) mentionne la nécessité d'un compte-rendu pour les actes de radiologie et d'échographie.

La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) demande que soit précisée la technique sur le compte-rendu pour certaines examens.

Le code de la Santé Publique (C.S.P.) définit précisément le contenu du dossier médical (article R 710-2-9) en établissement de soins.

1.3.3 Le contrôle de la régularité doit répondre à la question « la prestation a-t-elle été correctement facturée ? »

Les textes permettant de tarifier des actes pour les facturer à l'Assurance Maladie sont définis par des arrêtés et des décrets ministériels publiés au Journal Officiel (J.O). Ces décrets et arrêtés sont regroupés dans :

- la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour les actes médicaux ;
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les actes d'auxiliaires médicaux ;
- la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) ;
- la Liste des Produits et Prestations (LPP) pour les dispositifs médicaux et les appareillages.

Pour les médicaments, les indications remboursables sont celles de l'AMM. Dans quelques cas, elles sont plus restrictives que celles de l'AMM. Toutes ces précisions sont inscrites sur la fiche thérapeutique du médicament.

1.4 Le service médical peut donner 2 types d'avis : favorable ou défavorable

1.4.1 Avis favorable :

Il est émis quand la prestation demandée est remboursable par l'Assurance Maladie. Pour émettre un tel avis le service médical doit avoir les arguments probants de ce caractère remboursable. Il est de la responsabilité du praticien traitant de transmettre ces arguments au service médical. Mais dans un contexte de service attendu par le patient, le service médical peut être amené à chercher ces arguments afin de ne pas pénaliser le patient. Les informations seront recherchées auprès du praticien, dans le dossier médical ou lors d'une consultation du patient dans le cadre du secret partagé.

1.4.2 Avis défavorable :

Deux types d'avis défavorable sont possibles : administratif ou médical.

1.4.2.1 Avis défavorable d'ordre administratif

Il est émis en cas de désaccord sur l'application de la réglementation. La voie de recours est la Commission de Recours Amiable (CRA), puis le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) et la Cours d'Appel.

1.4.2.2 Avis défavorable d'ordre médical

Il est émis en cas de désaccord sur l'appréciation de l'état de santé du patient entre le praticien traitant et le praticien conseil. La voie de recours est l'expertise médicale (article L 141-1 C.S.S), demandée par le patient.

1.5 Le service médical donne son avis sur la base d'arguments probants

Les arguments probants nécessaires au service médical pour prendre sa décision doivent être mis à sa disposition par le praticien qui demande la prise en charge de la prestation par l'Assurance Maladie.

Ces arguments peuvent être recueillis par le service médical auprès du praticien (dossier médical prévu par la réglementation, demande de renseignements complémentaires) ou auprès du patient lui-même (consultation par le service médical).

Ces arguments doivent être fournis spontanément par le praticien sur les documents réglementaires : Protocole de Soins (PDS) lors d'affection de longue durée (ALD), arrêt de travail, bon de transport, bilan diagnostic kinésithérapique, demande d'entente préalable.

N'oublions pas que les codes de déontologie prévoient que les praticiens doivent faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit (article 50 C.D.). Ne pas donner au service médical les arguments probants de sa décision est contraire au Code de Déontologie.

1.6 Des référentiels fondent la décision du Service médical

Ces référentiels sont soit médicaux (données acquises de la science) soit réglementaires : code de la Sécurité Sociale (assurance maladie, invalidité, accident du travail et maladie professionnelle, décès) ; code de Santé publique (médicament, établissements de soins) ; nomenclatures (CCAM, NGAP, NABM, LPP) ; conventions (entre les professionnels de Santé et les Organismes Sociaux).

Les références de bonnes pratiques médicales sont de plus en plus diffusées sous forme de recommandations validées par la Haute Autorité de Santé.

1.7 Le Service Médical donne un avis dans deux situations : avant ou après paiement des prestations

1.7.1 Les avis avant paiement sont donnés pour la prise en charge de prestations individuelles

Certains cas sont prévus par la réglementation. Par exemple, l'organisme social ne peut pas payer sans un avis du service médical en cas d'exonération du ticket modérateur, de rechute en accident du travail, d'invalidité...

Dans d'autres cas, certains praticiens ayant des pratiques abusives dans leurs prescriptions (arrêt de travail, transport), la CPAM peut décider la mise sous entente préalable avec avis systématique du Service Médical avant paiement pour la prestation abusive.

1.7.2 Les avis après paiement sont donnés pour l'analyse d'activité des prestations

Ces avis après paiement sont donnés à partir des archives des organismes sociaux : ordonnances et factures (feuilles de soins, bordereau pour les établissements de soins privés). Les actes et les prescriptions sont imputés aux praticiens dont le nom et la signature figurent sur ces documents. Leur signature engage leur responsabilité.

II – PRINCIPE DE LA PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les médecins ont la responsabilité de soigner les patients mais ne peuvent facturer à l'Assurance Maladie que les seuls soins remboursables. C'est la contrepartie d'un système de paiement de type déclaratif basé sur la confiance que font les organismes sociaux aux professionnels de santé.

Rappelons l'article L. 1111-3 du Code de la Santé Publique (C.S.P.) qui indique que : *"Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer les patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie".*

Le législateur a voulu clairement que les praticiens prennent l'initiative d'informer le patient sur le caractère remboursable ou pas, par l'Assurance Maladie des actes qu'il lui propose.

Facturer des soins non remboursables à l'Assurance Maladie est une infraction à la réglementation. Le directeur de l'organisme social peut récupérer les sommes indues auprès du professionnel de santé (article L 133-4 du Code de Sécurité Sociale). Mais surtout la facturation répétée de soins non remboursables à l'Assurance Maladie est une remise en cause du système actuel basé sur la confiance que font les organismes sociaux aux professionnels de santé.