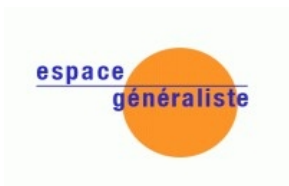


LE PES SIMPLIFIE



Cher Confrère, chère consoeur

Médecin Généraliste, vous partagez notre effroi et notre épuisement devant l'avalanche de paperasse et de tâches bureaucratiques qui nous submerge et pourrit notre quotidien.

Les Caisses se sont habituées progressivement à nous déléguer leurs tâches de secrétariat.

-**Les AT**: Il fallait d'abord juste noter les dates de début et de fin, puis le motif est devenu obligatoire, puis les horaires de sortie autorisés. Et ensuite ?

-**La feuille de soins**: devenue FSE, elle est plus longue à remplir et le coût en est supporté par nous.

-**Les ALD**: c'est à nous de faire l'effort de séparer ce qui est remboursé à 100% de ce qui ne l'est pas, alors que **ce n'est pas notre travail de médecin**. De plus, maintenant que la rédaction des protocoles n'est plus rémunérée, les Caisses n'ont plus aucune raison de se gêner pour nous les faire modifier selon l'humeur du médecin-conseil.

Il est temps de relever la tête et de ne plus laisser les Caisses faire de nous leurs auxiliaires gratuits. Espace Généraliste vous propose de participer dès maintenant à la première étape de notre libération des tâches administratives : **le PES Simplifié**.

Qu'est-ce que le **PES Simplifié** et comment le remplir ?

C'est tout simplement une façon beaucoup plus efficace et rapide de remplir le protocole de demande d'ALD (PES, ex-PIRES)

En pratique, remplissez comme suit :

- partie "**informations concernant la maladie**" : à remplir normalement comme d'habitude.
- partie "**actes et prestations concernant la maladie**" : inscrire en travers de la feuille cette formule : "*en fonction des éventuelles recommandations de la HAS et de l'état actuel de la science médicale*". N'apporter aucune précision et ne rien inscrire d'autre. Si vous êtes informatisé, vous pouvez bien sûr utiliser un modèle pré-établi (par exemple la version **PES Simplifié** de PIRE9)
- il est inutile de remplir la partie "**durée estimée des soins**" et "**reclassement professionnel**"

Voilà, c'est fini... N'oubliez pas de signer quand même !

Quels avantages pour le médecin traitant ?

Il suffit de remplir quelques **PES Simplifiés** et de les envoyer au contrôle médical pour les toucher du doigt.

Enorme gain de temps lors de la rédaction ; et ce même si vous utilisez habituellement un logiciel pour remplir vos PES (y compris PIRE9 dont vous pouvez télécharger sur notre site un exemplaire

adapté au **PES Simplifié**). Dans tous les cas, le remplissage du PES est réduit à une formalité expédiée en trente secondes.

Fin des demandes de précisions tatillonnes et ubuesques du contrôle médical.

- Le **PES Simplifié** rend également service à tous les médecins que votre patient est susceptible de consulter.

Et surtout, c'est la première étape d'une action initiée par votre syndicat Espace Généraliste, qui aboutira dans un second temps à la suppression de l'ordonnancier bizona !

Cette action syndicale est-elle légale ?

Absolument. Le **PES Simplifié** établi selon nos recommandations respecte complètement la législation en vigueur.

Est-ce que je prends des risques en participant à cette action ?

Absolument aucun. C'est tout à fait légal et conforme à tous les textes. Des milliers de médecins généralistes ont déjà franchi le pas sans aucun souci. Faites comme eux et n'hésitez à parler à tous vos confrères des avantages du **PES Simplifié**.

Quelle est l'attitude des médecins-conseils devant le **PES Simplifié** ?

D'ores et déjà, elle est très favorable : la très grande majorité des **PES Simplifiés** est acceptée sans discussion. C'est normal : cette nouvelle formulation ne gêne pas le travail des médecins-conseils et même le facilite. Même si certains sont un peu surpris au tout début de cette nouveauté, ils en comprennent rapidement les avantages.

L'auriez-vous crû ? La paperasse inutile ennue même les administratifs !

Est-ce que mes patients seront ennuyés par les caisses ?

Non. Vos malades ne sont pas concernés et rien ne change pour eux. Il peut arriver qu'ils soient convoqués par le médecin-conseil selon les procédures habituelles, mais cela n'a aucun rapport avec le **PES Simplifié**.

En cas de problème avec un médecin-conseil, que faire ?

En aucun cas, le **PES Simplifié** ne doit vous faire entrer en conflit avec les Caisses. En cas de problème, voici comment répondre facilement à diverses objections que soulèvent certains médecins-conseils, peu nombreux certes, mais un peu lents au démarrage...

N'utilisez pas le formulaire de demande d'informations complémentaires que vous a envoyé le médecin-conseil. Il est plus simple et plus efficace d'imprimer directement les lettres-type ci-dessous, rédigées par les juristes d'Espace Généraliste.

Objection : "*On ne peut pas traiter le dossier ; vous devez mentionner en détail le protocole*". C'est complètement faux. Ne perdez pas votre temps à discuter. Imprimez et envoyez simplement la réponse-type que vous trouverez à la fin dans l'annexe 1.

Objection : "*Il n'y a pas de recommandations de la HAS concernant la prise en charge de cette pathologie*". Le médecin-conseil confond son rôle et le votre... C'est sans aucune importance. Imprimez et envoyez simplement la réponse-type que vous trouverez à la fin dans l'annexe 1.

Objection : "*Vous devez détailler les recommandations de la HAS*". Encore une fois, le médecin-conseil confond son rôle et le votre. Imprimez et envoyez simplement la réponse-type que vous trouverez à la fin dans l'annexe 2.

Objection : "*Vous devez mettre toutes les ALD sur le même protocole*" Cela ne concerne pas spécifiquement le **PES Simplifié**, mais c'est de toutes façons complètement faux. Imprimez et envoyez simplement la réponse-type que vous trouverez à la fin dans l'annexe 3.

Pour tout autre problème, il suffit de demander conseil à notre service juridique par courriel (cellulejuridique@espacegeneraliste.info), téléphone (n° azur 0810 400 492) ou sur notre site internet www.espacegeneraliste.info

Pendant combien de temps vais-je remplir mes protocoles ainsi ?

Le **PES Simplifié** est désormais la façon normale de remplir les protocoles d'ALD. Continuez simplement à les rédiger ainsi jusqu'à l'objectif final : la suppression de l'ordonnancier bizona.

Que devient la page TROIS du PES ?

Dès le retour de vos premiers **PES Simplifiés**, vous constatez que la page trois (celle qui est à remettre au patient) est devenue bien vide : elle ne contient ni diagnostic, ni description du traitement. Bref, elle ne peut plus servir à la Caisse pour contrôler les prescriptions des autres médecins. Ne la remplissez pas et donnez-la telle quelle à votre patient. Ou éventuellement faites-en un tas à renvoyer à la Caisse avec un petit mot dans le style : "Je ne suis pas le secrétaire du service médical". C'est un plaisir qu'il ne faut pas se refuser de temps en temps !

DU PIRES d'antan à la fin de l'ordonnancier bizona

DU PIRES d'antan à la fin de l'ordonnancier bizonne)

D'abord un rappel historique

1983 : le déficit de l'Assurance maladie pose la question de la pertinence de ses remboursements.

La prise en charge à 100 % est analysée comme posant un problème quantitatif (croissance rapide du nombre de bénéficiaires) et qualitatif (coût croissant des soins par patient exonéré à cause du 100% pour tout et pour toujours). Il est donc décidé de remettre à plat la base des assurés exonérés (motif –durée) et de limiter la prise en charge à 100 % aux soins en rapport avec la pathologie exonérante : c'est le plan Seguin.

Mais c'est une remise en cause impopulaire de ce qui est considéré comme des droits acquis et signe d'une protection sociale de haut niveau. Aussi il est décidé de confier au médecin une responsabilité de médiateur social entre le patient et les caisses en lui confiant la responsabilité de décider et d'assumer ce qui doit être pris ou non à 100 % pour un patient. Le contrôle des Caisses venant a posteriori.

Deux outils sont créés pour cela : le protocole PIRES et l'ordonnancier bizonne. Pour inciter les médecins à ce nouveau rôle on indemnise la rédaction du PIRES à 2.5C et on met dans la convention l'obligation d'utiliser le bizonne sous peine de sanctions.

On y ajoute un argumentaire "esthétique" notamment de la part des syndicats médicaux signataires.

- Le médecin est le seul à avoir les éléments permettant de dire si la prestation est ou non en rapport avec la pathologie exonérante.
- Le PIRES oblige le médecin lors de sa rédaction à réfléchir sur sa pratique et ainsi améliore la qualité de ses soins.

Mais des problèmes apparaissent rapidement. En particulier le mécontentement des assurés sociaux vis-à-vis des caisses qui se règle volontiers par un "c'est votre médecin qui..." et l'inefficacité comptable. En effet après une diminution du nombre d'assurés pris en charge la croissance en quantité et en coût reprend, les médecins considérant volontiers que la prise en charge d'une pathologie dépasse cette maladie pour comprendre la prise en charge des causes et conséquences. Ceci ne permet pas une diminution significative du coût, ce qui était l'objectif.

Alors plusieurs mesures vont intervenir

- texte sur la récupération des indus permettant aux caisses de faire payer au médecin les prestations qu'elles estiment avoir été mises à tort dans le 100%.
- Création des CMR pour juger les médecins. Dans les faits le seul critère retenu pour mettre dans le 100 % est l'AMM citant spécifiquement la pathologie exonérante...ce qui restreint énormément le concept de prise en charge d'une pathologie et donc la dépense remboursée.
- Tracasserie et complexification pour la rédaction des protocoles PIRES transformés en PES... ce qui augmente la pression, la confusion et l'impraticabilité chez le médecin et l'incite à mettre plutôt hors 100 %.
- Arrêt de l'indemnisation de la rédaction du PIRES... ce qui diminue la demande et traduit que le mécanisme étant accepté par les médecins il n'y a plus besoin d'incitation.

Un constat

La philosophie de cette histoire est celle d'une pseudo-cogestion où les décideurs, caisses et gouvernement, externalisent, transfèrent leur responsabilité, leur objectif non médical à des effecteurs (les médecins) sans leurs en donner pour autant leur pouvoir ni le droit à raisonner en médecin. C'est celle d'une pseudo-cogestion où les carottes pour induire le système finissent par disparaître pour faire place au seul bâton. C'est celle d'une pseudo cogestion où les représentants des effecteurs notamment opposants du début finissent par accepter la perversité du mécanisme qu'ils dénonçaient avec justesse, occupés qu'ils sont à bien se placer vis à vis des caisses et gouvernement et occupés qu'ils sont à combattre d'autres mécanismes du même genre que caisses et gouvernement rajoutent à chaque négociation .

L'avenir

Pourtant il est tout à fait possible de remettre chacun dans son rôle et dans son éthique. Il ne s'agit pas de modifier simplement les papiers tout en conservant la même base d'approche, mais de changer le mécanisme.

Les critères de décision de rembourser ou non à 100 % une prestation sont de la seule responsabilité des caisses et du gouvernement qui eux ont le pouvoir sur les recettes, les dépenses, les prix, les arbitrages sociaux. Il appartient à ces décideurs de s'entourer d'avis tels ceux de la HAS mais aussi puisque l'objectif est comptable des avis des experts en économie de santé et des conférences de santé. L'ensemble aboutissant à la création des référentiels médico économiques **opposables non aux médecins mais aux caisses qui remboursent les prestations.**

Aujourd'hui les caisses utilisent des logiciels pour contrôler les ordonnances bizona des médecins et dépister ce qui a été prescrit à tort en ald selon leurs référentiels. Dès lors il est parfaitement logique de revendiquer le mécanisme suivant. Le rôle du médecin se limite à fournir au service médical des caisses des éléments diagnostiques permettant de statuer sur la prise en charge ou non dans le cadre d'une ALD. C'est un PES non seulement simplifié mais aussi modifié. Le service médical des caisses définit quelles prestations sont susceptibles d'être prises en charge dans le cadre de l'ALD eût égard à leurs référentiels médico-économiques et eût égard au cas particuliers de chaque patient éventuellement convoqué. Le service médical des caisses informe les services administratifs liquidateurs des codes des prestations remboursables à 100 % pour chaque assuré social en ALD... Toutes informations qui pourraient d'ailleurs être sur la Carte Vitale....

L'ordonnancier bizona n'a plus de raison d'être, ni les sanctions et harcèlement vis-à-vis des médecins.

Annexes (courriers-type de réponse aux caisses, à imprimer)

1 :

2 :

3 :

(1).

A l'attention du Dr

Le

Objet : rédaction du PES

Cher Confrère,

J'accuse réception de votre demande d'information complémentaire concernant un ou plusieurs PES que vous ont été transmis.

Je me permets de vous rappeler que le protocole a pour unique fonction non pas de vous expliquer de quelle façon j'entends traiter mes patients, mais de permettre à l'assurance-maladie de fixer l'étendue de la prise en charge financière qu'elle accorde ou non à l'affection mentionnée ,selon la loi en vigueur. Je vous ai clairement expliqué que cette prise en charge doit se faire 'selon l'état actuel de la science médicale'.

Vous connaissez le diagnostic ; vous avez donc les éléments nécessaires pour donner un avis motivé. Ces questions ne concernent que l'assuré social et son assureur. Je ne vous fournirais pas d'autre information. En cas de refus, je conseillerais à l'assuré d'exercer les voies de recours prévues par la loi.

Bien cordialement,

(2)

A l'attention du Dr

Le

Objet : rédaction du PES et recommandations de la HAS

Cher Confrère,

J'accuse réception de votre demande d'information complémentaire concernant un ou plusieurs PES que vous ont été transmis.

Je me permets de vous rappeler que le protocole a pour fonction de permettre à l'assurance-maladie de fixer l'étendue de la prise en charge financière qu'elle accorde ou non à l'affection mentionnée, selon la loi en vigueur. Dans le cadre de l'ALD, les éventuelles recommandations de la HAS fixent les droits et devoirs de l'assurance-maladie et de l'assuré social, et non pas ceux du médecin traitant (je vous renvoie aux textes officiels).

Vous connaissez aussi bien que moi le contenu des recommandations de la HAS, il est donc bien inutile que je vous les rappelle.

Bien cordialement,

(3)

Dr

Le

Le

Objet : ALD multiples et PES

Cher confrère,

Je me permets de vous rappeler les textes en vigueur (Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie).

Le septième alinéa de l'article L.324-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés : "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".

Le texte officiel ne mentionne pas de conduite à tenir spécifique en cas d'ALD multiples pour le même patient. Il s'ensuit que chaque ALD et chaque PES sont indépendants des autres. Votre interprétation est donc fautive et votre demande n'est pas légalement fondée.

Je n'y donnerais aucune suite car le rôle du médecin-traitant n'est pas d'assurer bénévolement le secrétariat de l'Assurance-Maladie. Notez par ailleurs que rien n'interdit au service médical de réaliser lui-même une synthèse des pathologies du patient.

Bien cordialement.



espace
généraliste

Site internet : <http://www.espacegeneraliste.info/>

PES Simplifié : <http://www.espacegeneraliste.info/-PES-Simplifie-.html>

Cellule de défense juridique : <http://www.espacegeneraliste.info/Demande-d-assistance.html>