

De quelles informations la caisse-maladie doit-elle ou peut-elle disposer?*

Protection et transmission des données sous le régime du TARMED dans le domaine de la LAMal

P. Meier

La structure tarifaire du TARMED, très détaillée, avec ses hautes exigences à l'intention des prestataires de soins et le surplus de travail qu'elle occasionne au corps médical – du moins dans sa phase initiale – n'est pas sans provoquer à maints endroits méfiance, angoisses et rejets.

Force campagnes médiatiques ont monté en épingle certains points secondaires du TARMED, comme p.ex. la question de la notification du diagnostic sur la facture. Dans les lignes qui suivent, l'auteur présente les bases légales et contractuelles du projet sous l'angle de la protection des données et prodigue en fin d'article quelques conseils au corps médical dans l'exercice au quotidien de sa profession.

Deutsch erschienen
in Nr. 22/2004

Une déclaration exagérée au départ

M. T. Mattig, Dr en droit, et M^{me} Corinne Lutz ont publié deux articles de même teneur: «Les assureurs ne sont pas de simples centres d'enregistrement» (n° 1–2/2004 [1] d'infosantésuisse) et «Der Datenschutz und die Weitergabe medizinischer Daten an die Versicherer» (Protection des données et renseignements médicaux à l'assureur, Bulletin des médecins suisses 2004, n° 7 [2], paru uniquement en allemand). On y pouvait lire, sous le titre «Rechtmässige Datenweitergabe» (Transmission légale de renseignements), que:

- «1. Le médecin en tant que fournisseur de prestations au sens de la LAMal est libéré du secret médical (art. 42, 3^e et 4^e al., et art. 57, 6^e al. LAMal) et a donc une obligation légale de communiquer des renseignements. Cela s'applique à l'assurance de base.
2. Dans le domaine des assurances complémentaires, le médecin doit être libéré de l'obligation de discrétion par la personne assurée.»

La première de ces déclarations a déclenché une «tempête dans un verre d'eau», avec annonces de mise à mort du secret médical, orages médiatiques, etc. Nous ne nous référons ici qu'à celle-ci, en relation avec le domaine de la LAMal.

Qu'en est-il du serment d'Hippocrate?

Il va de soi, sur le plan juridique, que le secret médical selon l'art. 321 du Code pénal suisse est en principe valable à l'endroit des tiers, qu'il s'agisse de proches, de représentants légaux, d'autorités, d'autorités de surveillance – également à l'endroit de collègues de travail, ce que l'on aurait tendance à oublier – ou d'assureurs. Il va de soi également que des exceptions confirment cette règle (autorisation du patient, levée du secret médical par une autorité de surveillance, etc.). Nous tentons par la suite de détailler quelque peu les exceptions prescrites par la loi – pour autant qu'elles concernent le domaine de la LAMal.

Le thème abordé – vous ne l'ignorez pas – remonte à l'Antiquité (serment d'Hippocrate, serment des Asclépiades, etc.) et a souvent fait l'objet d'articles dans le Bulletin des médecins suisses. Les interprétations peuvent aussi différer selon les avis des auteurs! Je me contenterai de remonter à l'époque de la LAMA.

Que disait la LAMA?

L'art. 22bis, 7^e al., de la LAMA du 13 juin 1911 [3] avait la teneur suivante: «Dans l'assurance des soins médicaux et pharmaceutiques et dans l'assurance d'une indemnité journalière, le médecin doit fournir au débiteur des honoraires toutes les indications nécessaires pour déterminer le droit aux prestations de la caisse. Le médecin est fondé à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse.»

J. Boll, Dr en droit, écrit dans sa thèse de 1983 [4] consacrée à la levée du secret professionnel par les médecins et les avocats, en se référant à la LAMA: «Le médecin est aussi en principe lié au secret professionnel par rapport à la «caisse-maladie», bien qu'il existe un grand nombre d'exceptions, souvent importantes, qui permettent de le lever dans une large mesure.»** Il poursuit en déclarant: «Il

* Note de la rédaction:
Cette traduction concerne un article paru en allemand dans le BMS n° 22, donc avant la nouvelle prise de position de juin 2004 du Préposé fédéral à la protection des données.

** La version française des citations existant uniquement en allemand est due au Bureau de traduction de la FMH.

Correspondance:
Peter Meier
Avocat et notaire/conseiller juridique
du G7
Schmiedengasse 33
CH-5012 Schönenwerd
Tél. 062 849 42 00
E-mail: aeg.so@bluewin.ch

(le médecin) peut être amené, pour justifier son traitement, à non seulement révéler l'anamnèse précise et le diagnostic, mais aussi des données hautement confidentielles sur le patient (p. ex. des maladies psychosomatiques). Ces renseignements, surtout s'ils ne sont pas livrés au seul médecin-conseil, portent gravement atteinte aux droits de la personnalité du patient.» S'agissant du diagnostic notifié dans la facture médicale, l'auteur se réfère à la convention du 13 décembre 1976 entre la Société de médecine du canton de Zurich et l'Association des caisses de ce même canton. Cette convention comportait la disposition suivante, concernant le diagnostic: «ch. 21: la facture donne des indications chiffrées sur la maladie en question, selon le code uniforme convenu pour les diagnostics (annexe). Les détails d'ordre médical allant au-delà de ces renseignements ne peuvent être communiqués qu'à la demande du médecin-conseil ou des instances de recours» (avec évidemment l'accord du patient, étant donné que la société médicale et l'association des caisses-maladie ne peuvent disposer de secrets de tierces personnes [en l'occurrence des patients!]).

Dans sa thèse consacrée au secret médical selon l'art. 321 du Code pénal suisse, vu tout particulièrement sous l'angle des lois en vigueur dans le canton de Zurich [5], Karin Keller relève également: «Les assurances constituent elles aussi un tiers extérieur à la relation de confiance entre médecin et patient. Le médecin doit également préserver le secret à leur égard. Il en va de même pour le médecin-conseil, lié au secret professionnel en ce qui concerne les données du médecin traitant, et ce notamment envers la caisse-maladie ou l'assurance.» L'auteur relève plus loin avec pertinence qu'un dilemme existe depuis toujours entre le besoin d'information de l'assurance et l'obligation du médecin de garder le secret.

Le «maître» en matière de droit des assurances sociales, le Prof. A. Maurer, déclare dans son ouvrage de référence sur le droit des assurances sociales [6]:

«Selon l'art 22bis, 7^e al., let. 3, de la LAMA, le médecin doit fournir au débiteur des honoraires «toutes les indications nécessaires» (dans l'assurance des soins médicaux et celle des indemnités journalières) «pour déterminer le droit aux prestations de la caisse», que ce soit l'assuré ou la caisse qui soit débiteur des honoraires. Le diagnostic devrait aussi appartenir à ces indications. La caisse doit en effet veiller à ce que le médecin établisse correctement la facture. Elle ne peut en

général exercer sa fonction de contrôle que si elle connaît le diagnostic, celui-ci formant la base du plan de traitement.»

Dans le même ouvrage, le Prof. Maurer se réfère également à Schären, qui s'exprime ainsi au sujet de la communication du diagnostic:

«On ne saurait douter sérieusement du fait que le diagnostic relève des «indications nécessaires» au sens de l'art. 22bis, 7^e al. Par la communication du diagnostic, le médecin remplit un devoir légal qui ne lèse pas le principe du devoir légal de secret professionnel selon l'art. 321 du Code pénal.»

Plus loin:

«Selon l'art. 22bis, 7^e al., let. 3, de la LAMA, le médecin est autorisé «à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de la caisse». Il fera usage de cette possibilité avant tout lorsqu'il s'agit d'indications qui atteignent la sphère personnelle du patient (maladies vénériennes, avortement, etc.). Le médecin-conseil doit veiller à ce que ces renseignements ne parviennent qu'aux fonctionnaires de la caisse qui en ont besoin pour traiter le cas d'assurance.»

Ces déclarations formulées il y a une vingtaine d'années semblent confirmer la thèse de T. Mattig et C. Lutz, Drs en droit.

Rôle du médecin-conseil selon la LAMal

La teneur du Message du Conseil fédéral sur la révision de la Loi sur l'assurance-maladie [7] est la suivante:

«Art. 36

3. Le débiteur de la rémunération a droit à une facture suffisamment détaillée et compréhensible de la part du fournisseur de prestations. Celui-ci doit lui transmettre toutes les indications nécessaires pour fixer la rémunération et, le cas échéant, pour vérifier si la prestation est économique. Le Conseil fédéral édicte les dispositions nécessaires.

4. L'assuré peut exiger que les données médicales ne soient communiquées qu'au médecin-conseil (art. 49).

5. L'assureur peut exiger un diagnostic précis et des renseignements complémentaires d'ordre médical.»

Cette disposition a été reprise dans la loi actuelle avec un complément important. L'art. 42, 5^e al., de la LAMal se présente ainsi:

«Le fournisseur de prestations est fondé lorsque les circonstances l'exigent, ou astreint dans tous les cas, si l'assuré le demande, à ne fournir les indications d'ordre médical qu'au médecin-conseil de l'assureur, conformément à l'art. 57.»

Il existe ici une différence fondamentale d'avec la LAMA «en faveur de l'assuré». Ce dernier peut dans tous les cas demander au médecin de ne communiquer qu'au médecin-conseil les informations médicales (donc surtout le diagnostic), quelles qu'en soient la forme. Cela représente une grande différence avec la LAMA et, ne serait-ce qu'en raison de cet élargissement, la thèse de T. Mattig et C. Lutz concernant la libération systématique du secret professionnel ne tient évidemment pas la route.

Le Message du Conseil fédéral a la teneur suivante: parmi les indications que le fournisseur de prestations doit donner à l'assureur, il y en a nécessairement de nombreuses qui sont d'ordre médical. De telles indications peuvent avoir une importance très diverse quant à la protection de la personnalité du patient. Normalement, le fournisseur de prestations transmettra directement à l'administration de l'assureur les données plutôt banales. *Toutefois, si l'assuré demande que le fournisseur de prestations ne transmette les indications médicales qu'au médecin-conseil, ce dernier est alors tenu sur le plan juridique de respecter un tel vœu. Et c'est précisément là qu'intervient l'obligation au secret médical: lorsque le médecin ne répond pas au souhait de l'assuré et qu'il transmet les indications médicales à l'assurance et non au médecin-conseil, il se rend coupable au sens de l'art. 321 du Code pénal [5].*

Dans son ouvrage sur le nouveau droit des assurances, [8], A. Maurer insiste également sur le fait que l'assuré peut exiger du fournisseur de prestations, «dans des cas fondés», qu'il ne communique des informations médicales qu'au médecin-conseil de l'assureur et non à son administration. Certains assureurs n'en tiennent aujourd'hui pas encore compte, même si l'art. 8 de la Convention des médecins-conseils passée le 14 décembre 2001 entre santésuisse et la Fédération des médecins suisses (FMH) contient une disposition précisant que les informations adressées au médecin-conseil ne peuvent être réceptionnées que par ce dernier ou l'un de ses auxiliaires et que, d'autre part, les renseigne-

ments communiqués au nom du médecin-conseil ne peuvent l'être que par lui ou l'un de ses auxiliaires.

Différence entre secret professionnel et obligation de garder le secret

Des assureurs sont encore d'avis aujourd'hui que dans la foulée de l'obligation de garder le secret selon l'art. 33 de la Loi sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), ils peuvent avoir accès à des données relevant du secret professionnel du médecin. Ils arguent du fait qu'ils n'ont pas le droit de les transmettre plus loin, se fondant en cela sur la disposition précitée selon laquelle les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales, ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance, sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers. Un article d'infosantésuisse 4/04 [9], avec en sous-titre «Le diagnostic est un secret pour les assureurs-maladie!», suggère une idée semblable. Cette confusion entre secret professionnel et obligation de garder le secret doit être combattue à tout prix. Il s'agit de deux choses entièrement différentes.

La teneur de l'art. 33 de la LPGA est donc la suivante: «Les personnes qui participent à l'application des lois sur les assurances sociales, ainsi qu'à son contrôle ou à sa surveillance, sont tenues de garder le secret à l'égard des tiers.»

L'obligation de garder le secret à l'égard des tiers est valable pour toutes les personnes qui appliquent les lois de l'assurance sociale.

Le secret professionnel médical est valable pour le médecin et son personnel auxiliaire dans l'intérêt et la protection de la sphère privée de ses patients vis-à-vis des tiers. Le détenteur du secret est et demeure le patient.

Il va de soi que l'obligation de garder le secret par les organes de l'assurance-maladie n'annule pas le secret professionnel médical!

Code uniforme pour les diagnostics (art. 59, 2^e al. OAMal)

Cet article 59 de l'OAMal indique que les factures des fournisseurs de prestations doivent contenir notamment le diagnostic, mais selon les conditions citées à l'art. 42, 5^e al., de la LAMal. D'autre part, cet article contient la disposition suivante: «Le département peut fixer, sur proposition commune des assureurs et des fournisseurs de prestations, un code uniforme pour les diagnostics, valable dans toute la Suisse», disposition entrée dans les faits avec l'adoption du Code tessinois par le Conseil fédéral (cf. plus loin).

Définition des «données médicales nécessaires»

Comme chacun le sait, la Loi fédérale sur la protection des données est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1993 et la LAMal le 1^{er} janvier 1996. L'ancien article 84 de la LAMal avait la teneur suivante:

«La protection des données est régie par la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données, à l'exception des articles 12 à 15.»

La révision de la LAMal, réalisée en l'an 2000 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2001, a introduit des éléments complémentaires détaillés sur le traitement des données personnelles dans les articles 84 et 84a, au motif qu'il convient de fixer formellement dans une loi le traitement de données personnelles ou de profils de personnalité sensibles effectué par les organes fédéraux.

Dans son message, le Conseil fédéral a souligné le caractère prioritaire du principe de proportionnalité pour le traitement des données personnelles. L'article 84 LAMal porte essentiellement sur les compétences des assureurs-maladie en matière de traitement des données personnelles – y compris des profils de personnalité et données particulièrement sensibles – mais uniquement de celles qui leur sont nécessaires pour déterminer le droit à des prestations, et pour calculer et allouer ces dernières.

En d'autres termes, il s'agit une fois de plus de savoir ce que l'on entend par «données médicales nécessaires». La question litigieuse concernant les données médicales dites nécessaires est tranchée de manière définitive par le Tribunal fédéral des assurances dans des cas particuliers. Ces litiges peuvent avoir une grande importance, mais ils ne sont, la plupart du temps, d'aucune utilité ni pour les patients ni pour les médecins ou les assureurs; ils sont, tout au plus, source de confusion quand ils se voient interprétés de manière unilatérale.

Par exemple, il est intéressant de savoir que les données des patients doivent être fournies aux assureurs avant même l'introduction d'une procédure sur l'économicité du traitement. Cet arrêt prononcé par le Tribunal fédéral des assurances [11] ne sert à rien au médecin exerçant en cabinet privé mais rend service aux assureurs désireux d'engager une procédure sur l'économicité de la prestation fournie par un médecin.

La communication du diagnostic lors de procédures sur l'économicité devant les tribunaux d'arbitrage [12] relève du même constat car l'arrêt qui sera prononcé, concernant un seul médecin, ne sera d'aucune utilité dans la pratique médicale quotidienne de ses collègues.

Factures uniformes selon la convention-cadre TARMED et les conventions cantonales d'adhésion ainsi que leurs annexes déterminantes

Lors des négociations avec santésuisse, la délégation de la FMH et les sociétés cantonales de médecine, mais aussi la faïtière des assureurs elle-même, ont accordé une attention particulière aux problèmes suivants, relatifs à la protection des données:

1. les données qui doivent nécessairement figurer sur la facture du médecin;
2. la question d'un formulaire de facturation unifié;
3. les problèmes posés par le décompte électronique.

Données nécessaires sur la facture du médecin

Ces données sont précisées comme suit à l'art. 11, 8^e al., de la convention-cadre du 5 juin 2002 [13]:

«La facture doit contenir les indications suivantes:

- a) nom et adresse du médecin, n^o d'enr. et n^o EAN;
- b) nom, adresse, date de naissance et – si possible – n^o d'assuré du patient;
- c) raison du traitement (maladie, accident, maternité ou infirmité congénitale);
- d) calendrier des prestations;
- e) positions tarifaires, n^o et dénomination;
- f) points tarifaires, valeurs du point tarifaire, montant total par tarif;
- g) diagnostic selon le code de diagnostic convenu (formulation différente à Genève);
- h) indication des prestations non prises en charge par la LAMal;
- i) date de la facture.»

Cet alinéa a pratiquement été intégré tel quel dans toutes les conventions cantonales d'adhésion. L'indication du nom du médecin peut, à elle seule, occasionner des problèmes en matière de protection des données. En effet, lorsqu'on lit, par exemple, «spécialiste en psychiatrie et psychothérapie» sur une facture, on apprend que le patient a suivi un traitement chez un psychiatre. Le calendrier des consultations, les médicaments, etc., peuvent également fournir un certain nombre de renseignements à un collaborateur de caisse-maladie expérimenté. Nous le montrerons dans le chapitre consacré à la facturation à l'aide de quelques exemples factices.

Parmi les données à porter sur la facture, c'est avant tout la *lettre g* des dispositions susmentionnées qui a «déclenché une tempête dans un verre d'eau». En voici la teneur:

«Art. 11, 8^e al., lettre g

La facture doit contenir les indications suivantes:

g) diagnostic selon le code de diagnostic convenu».

Pour les premiers projets, nous avons choisi la formulation suivante: «Diagnostics selon l'article 42, alinéas 3 et 4 LAMal». Au cours des négociations, nous avons tenté de nous entendre sur un «code de diagnostic» simple, au motif que les indications ou diagnostics précis ne peuvent être communiqués qu'au médecin-conseil. Comme de tels codes existaient déjà, sous le régime de la LAMA, dans différents cantons selon les conventions tarifaires alors en vigueur, nous avons finalement opté pour le code de diagnostic tessinois (cf. Lukas S. Brühwiler [14]).

L'annexe 4 à la convention-cadre TARMED «Réglementation sur le diagnostic et les codes de diagnostic» contient les dispositions suivantes:

«En vertu de l'article 11, 8^e al., let. g, de la convention-cadre TARMED, les parties conviennent des points suivants:

1. La liste des codes de diagnostic ci-après sert pour l'instant de base pour les codes de diagnostic applicables à l'ensemble de l'activité ambulatoire au cabinet médical.
2. Les parties envisagent de remplacer les codes de diagnostic sur la base de leurs expériences par un système cohérent fondé sur le codage ICPC/ICD-10.
3. Les médecins détenteurs d'une salle d'opération reconnue se servent du code ICD-10 ou de la dernière version CHOP.
4. Les parties à la convention sont tenues de respecter les dispositions légales, notamment en ce qui concerne la loi sur la protection des données.»

Formulaire de facturation unifié

L'uniformisation du formulaire de facturation a régulièrement donné lieu à des divergences d'opinion lors des négociations entre les parties car les représentants de santésuisse étaient d'avis qu'il fallait unifier les contenus, la topologie, la copie de facture, le justificatif de remboursement, etc., ce qui a été refusé par notre délégation.

A ce sujet, l'annexe 3 de la convention-cadre TARMED contient la disposition complémentaire suivante:

«2. Facturation

- 1 Les parties contractantes s'engagent à appliquer les dispositions concernant le formulaire de facturation unifié, la facturation électronique et le transfert de données médicales conformément à l'article 11, 4^e,

5^e et 6^e al., ainsi qu'à l'article 14, 2^e al., de la convention-cadre TARMED.

2 L'application, tant sur le plan technique que sur celui du contenu, et la réglementation concernant la charge des frais se fondent sur les normes et les directives élaborées dans le cadre du «Forum pour l'échange électronique des informations et des données dans le domaine de la santé».

4 Les normes et les directives édictées par le «Forum pour l'échange électronique des informations et des données dans le domaine de la santé» peuvent, par une décision commune de santésuisse et de la FMH, être déclarées obligatoires pour tous les médecins et les assureurs ayant adhéré à la convention-cadre.»

Après l'adoption d'un accord additionnel à l'annexe 3 par santésuisse et la FMH le 1^{er} novembre 2003, le Forum précité a approuvé le 15 janvier 2004 un formulaire de facturation unifié pour les médecins et les hôpitaux. Voici la teneur de cet accord:

«3. Convention

Le standard pour le formulaire de facture uniforme dans le domaine de la LAMal (version 4.0) adopté le 31 octobre 2003 par le Forum Echange de données et son adaptation au standard XML (version 4.0) ont été déclarés obligatoires par les parties selon la convention-cadre TARMED, annexe 3, al. 4, pour tous les assureurs et médecins qui ont adhéré à la convention-cadre.»

Santésuisse a toléré jusqu'au 1^{er} juin 2004 une facturation à la main au moyen d'un formulaire simple.

Absence de convention pour l'échange électronique des données

L'article 11, 5^e alinéa, de la convention-cadre TARMED est ici applicable:

«Au plus tard deux ans après l'introduction du TARMED, la facturation s'effectuera sous forme électronique. D'éventuelles exceptions, notamment à l'égard des médecins sur le point de cesser leur activité, et les modalités concernant le transfert électronique des données dans les systèmes du tiers payant et du tiers garant sont réglées dans l'annexe 3 de la présente convention.»

Lors de l'élaboration des conventions cantonales d'adhésion à la convention-cadre TARMED, la délégation de la FMH chargée des négociations (G7) a soumis à santésuisse un projet détaillé

pour le transfert électronique des données dans le système du tiers garant, dont la mise en place n'est toutefois prévue que pour dans deux ans. Un projet semblable avait été prévu pour le système du tiers payant. Le Conseil d'administration de santé suisse ayant malheureusement rejeté ce projet, le transfert électronique des données n'est actuellement régi par aucune convention. Les préoccupations de la délégation de la FMH (G7) portaient essentiellement sur les points suivants:

- Dans le système du tiers garant, le patient décide, au moment de l'envoi du justificatif de remboursement à l'assurance-maladie, si le médecin peut transmettre par voie électronique à l'assureur ou au centre fiduciaire les informations le concernant. Il était prévu de mettre un «token» (marque d'identification claire et non copiable) sur chaque facture. Lorsque le patient enlève cette marque en la détachant, le transfert électronique de la facture du patient par le médecin ou le centre fiduciaire à l'assureur est exclu. A notre avis, le corps médical remplirait ainsi les conditions relatives à la protection des données.
- Dans le système du tiers garant, il conviendrait en outre d'apposer la mention suivante sur chaque facture destinée au patient:
«En envoyant le justificatif de remboursement à l'assurance-maladie, le patient déclare accepter expressément que le médecin transmette les informations de cette facture à l'assureur. Les dispositions sur la protection des données sont respectées dans ce contexte.»
Ce point constituait un élément décisif pour notre délégation (G7) en raison de la protection des données mais aussi par respect pour le patient.
- L'annexe susmentionnée contient aussi des mesures techniques de sécurité et autres.

Le rôle du TrustCenter

Pour ce genre de facturation, les TrustCenter jouent clairement un rôle décisif car, en leur qualité d'intermédiaires, ils sont les premiers concernés par la sécurité des données et les exigences de la Loi sur la protection des données.

L'annexe F contient les dispositions suivantes sur la protection des données:

- Exclusion d'un accès direct aux systèmes de gestion électronique des cabinets médicaux contenant, outre des données de facturation, un nombre croissant d'éléments d'anamnèse.
- Obligation d'anonymiser ou de pseudonymiser, dans l'ordinateur du cabinet médical

et avant leur transmission électronique au TrustCenter, les données de facturation devant être livrées selon la convention-cadre TARMED.

- Le principe de l'accord du patient pour la consultation des données est valable pour chaque facture traitée de manière électronique.
- Le système du token empêche les personnes non autorisées de prendre systématiquement connaissance de données figurant sur des factures.

Nous sommes convaincus que le contenu de l'annexe F, malheureusement encore au stade de projet, deviendra obligatoire à court ou long terme dans toute la Suisse avec, éventuellement, des garde-fous supplémentaires pour la protection des données, de façon à satisfaire aux exigences en la matière. Les divers TrustCenter mènent actuellement avec les assureurs-maladie des discussions sur la transmission des données. Les expériences faites dans le cadre de ces négociations pourraient servir de base à une convention nationale entre les assureurs-maladie et la FMH. Avant d'entrer en vigueur, cette convention devrait, bien entendu, être soumise au Préposé fédéral à la protection des données pour prise de position.

Comment coder?

En 2001, notre confrère Hanspeter Kuhn, avocat et secrétaire général adjoint de la FMH, a écrit un excellent article dans le Bulletin des médecins suisses intitulé «Protection des données et LAMal» [15]. Il mentionne en particulier les problèmes posés par la communication du diagnostic: pour pouvoir examiner l'économie d'un traitement, les assureurs doivent demander une indication au lieu d'un diagnostic. Nous étions également conscients de ces problèmes au moment de régler les codes de diagnostic dans une convention, mais nous voulions trouver une solution pragmatique, c'est-à-dire applicable dans la pratique.

En adoptant le code tessinois, les parties à la convention se sont entendues sur un code de diagnostic sommaire qui a fait ses preuves depuis des années dans de nombreux cantons [14]. Subdivisé en code principal et code complémentaire, il contient environ 100 diagnostics sommaires, codés avec des majuscules et des chiffres. Exemple:

G 1 = infection sans complication

M1 = troubles du sommeil

M2 = maladies psychiques

La lettre *U* est particulièrement importante car elle mentionne ceci: «médecin-conseil informé (au lieu du *diagnostic*)».

Selon l'interprétation consacrée au «code U», celui-ci indique qu'il faut communiquer le diagnostic précis au médecin-conseil compétent (mention obligatoire en cas de séquelles consécutives à des tentatives de suicide).

Les codes CIM-10 et CHOP contiennent, quant à eux, 10 champs de diagnostics avec respectivement 18 000 diagnostics différents et 4300 traitements possibles. Un monde sépare donc le code tessinois de la CIM-10. Si un médecin, par exemple, indique une légère dépression avec le code M2, celle-ci serait codée sous F32.0 dans le contexte de la CIM-10. Le code F3 contient quatre pages d'interprétation. Le code tessinois M1 ne comporte en revanche aucune interprétation. On veut ainsi montrer qu'une codification générale peut s'avérer judicieuse dans de nombreux cas mais qu'elle est souvent inutile, voire même dommageable. Pour ces raisons, c'est au médecin qu'il incombe d'aborder cette question avec le patient lors de situations critiques et de voir avec lui s'il peut indiquer un code et lequel. En cas de doute, il lui faudra certainement appliquer le code U. La plupart du temps cette démarche ne devrait pas être nécessaire.

Par ailleurs, il est vain que les sociétés cantonales de médecine qui n'ont jamais connu de code recommandent à leurs membres de ne pas y recourir de façon générale. Le seul résultat en sera le renvoi des factures par les assureurs et cette mesure causera du tort non pas aux médecins mais tout d'abord à leurs patients.

Nous allons montrer, à l'aide de deux exemples, que la codification est la plupart du temps sans importance pour la facturation. Anton Prantl, directeur général de la Caisse des médecins, les a conçus et le Dr Guido Probst, président du conseil d'administration de la Caisse et praticien chevronné, les a commentés. Vous constaterez qu'un collaborateur quelque peu expérimenté d'une assurance-maladie peut rapidement déterminer le diagnostic, même avec un code U.

A partir des factures types (fig. 1 et 2), cette personne peut, entre autres, détecter les éléments suivants sans que le diagnostic soit indiqué:

- montant de la facture: les factures inférieures à Fr. 250.– passent plutôt inaperçues;
- coûts de médicaments: nom des médicaments (produits) – la liste des spécialités se trouve sur le bureau du collaborateur de l'assurance-maladie;

- quantité et genre d'analyses de laboratoire;
- ordonnance et quantité des prestations médicales proprement dites: consultations, visites éventuelles, etc.;
- éventuellement radiographies coûteuses;
- durée du traitement;
- éventuellement époque de l'année.

Question aux lecteurs expérimentés: de quelles maladies les deux patients suivants souffrent-ils?

Digression: l'application du TARMED incite actuellement les caisses-maladie à sensibiliser leurs collaborateurs au contenu des factures. Ceux-ci tendent de plus en plus à devenir de fins limiers: ils examinent en particulier les diagnostics éventuellement regroupés ou s'arrêtent à un code simple tout au plus subsidiaire, même s'il ne joue absolument aucun rôle dans la détermination de l'économicité du traitement. Autant il est absurde et contraire à la convention que les médecins indiquent le code de diagnostic U sur toutes les factures, autant il est aberrant – et contraire à la convention et à la loi – que les assureurs demandent aux médecins, avant tout aux spécialistes consultants, une mise à disposition générale des rapports médicaux, eux aussi soumis au secret médical!

Comme vous pouvez le constater, le diagnostic U ne sert pas à grand chose dans l'exemple n° 482. Néanmoins, pour obtenir le remboursement de la facture, le patient doit la transmettre à l'assureur-maladie; il aimerait aussi recevoir le remboursement des médicaments prescrits ou remis par le médecin!

Statut spécial pour le canton des Grisons?

Par arrêté du 30 septembre 2002, le Conseil fédéral a approuvé sans réserve la convention-cadre TARMED ainsi que l'ensemble des annexes, dont l'annexe 3 «Convention concernant l'accès aux données de valeur intrinsèque et la facturation» et l'annexe 4 «Réglementation sur le diagnostic et les codes de diagnostic» avec le code tessinois correspondant.

Dans ce contexte, le Gouvernement des Grisons n'a pas approuvé l'article 11, 5^e alinéa, lettre g, de la convention cantonale d'adhésion, et ce au motif intéressant suivant:

«Il ressort de l'examen de la convention cantonale et des annexes qu'elles sont conformes à la loi, à l'exception de l'article 11, 5^e alinéa, lettre g, de la convention, et qu'elles peuvent être approuvées en conséquence.»

Justificatif de re			
Document	-	101	
Auteur facture		N° EAN	
		N° RCC	
Four. de prestations		N° EAN	
		N° RCC	
Patient	Nom		
	Prénom		
	Rue		
	NPA		
	Localité		
	Date de naissance		
	Sexe		
	Date cas		
	N° cas/décision		
	N° AVS		
	N° assuré		
	N°/Nom entreprise		
	Canton		
	Copie de facture		
	Type de remb.		
	Loi		
	Type de facture		
	Traitement		
	Motif traitement		
	Lieu fourm. prest.		
Mandataire		N° EAN / N° RCC	
Diagnostic			
Liste EAN		1/761191	
Commentaire			
Date	Tarif	Code	
04.03.2004	001	00.0010	Consultat
04.03.2004	001	00.0030	+ Consult
04.03.2004	316	8137.10	CRP, SCH
04.03.2004	316	8406.00	LEUKOZY
04.03.2004	316	8403.00	LEUKOZY
04.03.2004	316	8275.00	HAEMOGL
04.03.2004	400	218127	DAFALGA
04.03.2004	400	154360	ECOMUCY
08.03.2004	001	00.0010	Consultat
TARMED PM	23.20	(23.9	
TARMED PT	19.87	(20.4	
Montant total	CHF	118.50	
N° TVA		123456	
Code	Taux	Montant	
0	0.00	94.07	
2	2.40	23.88	
Total		117.95	

Figure 1

Justificatif de re			
Document	-		101
Auteur facture			N° EAN N° RCC
Four. de prestations			N° EAN N° RCC
Patient	Nom Prénom Rue NPA Localité Date de naissance Sexe Date cas N° cas/décision N° AVS N° assuré N°/Nom entreprise Canton Copie de facture Type de remb. Loi Type de facture Traitement Motif traitement Lieu fourm. prest.		
Mandataire	N° EAN / N° RCC		
Diagnostic			
Liste EAN	1/761191		
Commentaire			
Date	Tarif	Code	
05.01.2004	001	Consultat	
05.01.2004	001	00.0010 Petit exam	
05.01.2004	400	00.0410 TRIZMR T	
05.01.2004	400	231901 KALETRA	
05.01.2004	400	232267 Consultat	
02.02.2004	001	00.0010 Consultat	
08.03.2004	001	00.0010 + Consult	
08.03.2004	001	00.0030 GAMMA-G	
08.03.2004	316	8249.00 ALANIN-A	
08.03.2004	316	8006.00 ASPARTA	
08.03.2004	316	8058.00	
TARMED PM	60.32	(62.1	
TARMED PT	54.98	(56.6	
Montant total	CHF	2314.34	
N° TVA		123456	
Code	Taux	Montant	
0	0.00	142.31	
2	2.40	2121.14	
Total		2263.45	

Figure 2

La disposition concernant la transmission de diagnostics, telle qu'elle figure à l'article 11, 5^e alinéa, lettre g de la convention cantonale, ne peut, en revanche, pas être approuvée dans sa forme actuelle pour des raisons de protection des données. La transmission d'éléments de diagnostic aux assureurs n'est admise qu'avec l'accord du patient. Il peut exiger que le fournisseur de prestations ne communique les données médicales qu'au médecin-conseil de l'assureur (cf. Message du 6 novembre 1991 du Conseil fédéral concernant la révision de l'assurance-maladie).»

Dans la convention cantonale d'adhésion, la teneur du chiffre correspondant est exactement semblable à celle de la convention-cadre, à savoir:

«g) Diagnostic selon le code de diagnostic convenu».

Dans une lettre explicative adressée à la Société des médecins du canton des Grisons, le Département de justice, police et affaires sanitaires des Grisons souligne que, selon le Préposé fédéral à la protection des données, l'indication «*d'un diagnostic et de codes d'opération détaillés (CIM-10 et CHOP) sur les factures n'est pas admise [...]. Seule est admise la communication systématique d'un diagnostic «sommaire», c'est-à-dire d'un diagnostic général, tel qu'il est nécessaire pour traiter un cas normal moyen.*»

A notre avis, si ces considérations sont exactes, l'exécutif du canton des Grisons n'aurait pas eu le droit d'approuver les chiffres 2 et 3 de l'annexe 4 prescrivant le code CIM-10 et la version CHOP actuelle pour les salles d'opération de cabinet privé, mais n'aurait par contre pas dû refuser l'article 11, 5^e alinéa, lettre g, dans lequel il est fait mention du code tessinois avec ses diagnostics sommaires.

En outre, on peut aussi se demander si un gouvernement cantonal peut ne pas approuver une disposition adoptée sous la même teneur par le Conseil fédéral. Qu'est-ce qui est maintenant valable dans le canton des Grisons, en particulier concernant l'application du code tessinois selon la convention-cadre et l'annexe 4?

A propos...

Les remous provoqués par l'indication du diagnostic selon le code tessinois ont fait oublier que la plupart des hôpitaux suisses appliquent depuis des années le code CIM-10 à la suite du code CIM-9, une utilisation que le Préposé fédéral et les Préposés cantonaux à la protection des

données n'ont apparemment pas pu empêcher [4]. A la recherche de responsables, le docteur Pascal Walliser, chef de projet de la section informatique des hôpitaux de Soleure, a répondu comme suit le 12 août 2003 à un article publié dans la NZZ: «*C'est un fait que nous tendons toujours plus davantage à créer un patient «transparent». La faute en revient aux nouvelles dispositions promulguées dans le domaine tarifaire (TARMED) et aux statistiques ordonnées par la Confédération (CIM/CHOP).*» Il ajoute plus loin: «*La situation financière tendue qui prévaut dans le domaine de la santé semble légitimer le flux croissant d'informations transmises aux répondants des frais. Seul le législateur peut y mettre un frein.*»

Les codes de diagnostic CIM-10 sont trop complexes pour le contrôle des coûts

Un diagnostic aussi complet pourrait conduire rapidement à l'établissement d'un profil de la personnalité au sens de la Loi sur la protection des données. Les codes CIM-10 sont beaucoup trop complexes pour permettre un contrôle des coûts. Cette voie paraît dangereuse et ne devrait pas être poursuivie.

La Conférence nationale des Préposés à la protection des données a établi en décembre 1997 une résolution stipulant que la transmission automatique du diagnostic au moyen du code CIM-10 constitue une violation du secret médical et est contraire à l'esprit de la LAMal. Selon ce document, une grande masse d'informations circule de plus en plus fréquemment et automatiquement des hôpitaux vers les assureurs, et ce souvent à l'insu des personnes concernées. La communication automatique de ces informations sous forme de code de diagnostic CIM-10 n'est pas couverte par la LAMal. Le droit des assureurs se limite à exiger des informations détaillées dans des cas d'espèce. Et même si cette démarche était approuvée, la communication automatique des données serait inappropriée car elle ne peut pas – et de loin – être qualifiée de nécessaire dans tous les cas. La communication systématique des codes de diagnostic CIM-10 aux assureurs-maladie est donc également contraire au principe constitutionnel de la proportionnalité.

Les assureurs arguent du fait que le code de diagnostic CIM-10 a fait ses preuves en Allemagne. Lors d'une séance sur les «statistiques pour le domaine ambulatoire du système de santé» qui s'est tenue à Berne le 16 septembre 1997, le Dr Frank Mader, président de la Chambre médicale allemande, a notamment précisé

que «les médecins qui exercent dans le domaine ambulatoire et ont dû procéder pendant six mois au codage des diagnostics au moyen des codes CIM-10 ont dû consacrer chaque soir entre trente et soixante minutes à évaluer les anamnèses de la journée afin d'obtenir un codage correct».

Remarque en passant: nul doute que les assureurs indemniseront volontiers ce travail au moyen d'une position tarifaire spécifique du genre «travaux de codage en l'absence du patient»!

Que dit le Préposé fédéral à la protection des données?

Lors d'un séminaire de perfectionnement de la Haute Ecole de Saint-Gall qui s'est tenu le 24 avril 2002, Hanspeter Thür s'est prononcé sur ces questions comme suit:

«La convention-cadre TARMED passée entre Santé Suisse et la FMH prévoit que la note d'honoraire mentionne entre autres les diagnostics définis selon le code de diagnostic en vigueur. Il serait souhaitable que les hôpitaux, ainsi que les médecins qui disposent d'une salle d'opération de cabinet médical accréditée, utilisent le code de diagnostic CIM-10 ou la version actualisée de la classification CHOP. Pour les cas où il est impossible d'établir un tel diagnostic, le codage doit se faire selon la Classification internationale des soins primaires (CISP). Tant les systèmes CIM que CISP fournissent des informations détaillées sur l'état de santé de l'assuré. Par conséquent, la question se pose de savoir si la transmission systématique de diagnostics détaillés via les factures aux représentants de l'assurance-maladie obligatoire est justifiée. Pour communiquer des informations d'ordre médical conformément à la LAMal, une base légale est nécessaire. L'article 42 de la LAMal interdit la transmission systématique de diagnostics détaillés. En effet, selon les dispositions de la loi, le fournisseur de prestations est tenu de remettre au débiteur de la rémunération une facture détaillée et compréhensible. Il doit aussi lui transmettre toutes les indications nécessaires pour que ce dernier puisse vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (3^e al.). En vertu des dispositions légales en vigueur, l'assureur ne reçoit toutefois pas automatiquement un diagnostic précis avec la facture (p.ex. selon la classification CIM-10). Il doit bien au contraire l'exiger dans des cas bien précis (4^e al.)» (trad. FMH).

Dans son exposé, le Préposé fédéral à la protection des données ne s'est pas prononcé sur le code tessinois. Le 9 juillet 2003, il a cependant fait le point de la situation, se fondant en cela sur les articles 27 et 29 de la Loi sur la protection des données. Par lettre du 31 octobre 2003, la FMH et le G7 l'ont informé de l'état de la procédure concernant le formulaire de facturation électronique uniforme et le transfert électronique des données en lui fournissant toute la documentation disponible. Le 3 décembre 2003, le Préposé fédéral à la protection des données a communiqué son analyse concernant la facturation électronique en vertu de la convention-cadre TARMED aux parties concernées ainsi qu'aux médias. Il a notamment relevé ceci:

«Grâce au nouveau formulaire de facturation uniforme, l'assureur reçoit systématiquement, outre des données personnelles et d'autres données administratives sur le patient, des informations détaillées sous forme de positions tarifaires explicitées dans le TARMED et de codes ou de textes de diagnostic précis. Or, ces informations permettent sans autres de se faire une idée d'ensemble de l'état de santé de l'assuré, ce qui pourrait conduire à l'établissement d'un profil de la personnalité au sens de l'article 3, let. d, de la Loi fédérale sur la protection des données (LPD; RS 235.1).

Les questions que nous avons posées concernant le principe de proportionnalité des données personnelles traitées ont été soit éludées soit traitées uniquement de façon descriptive, c'est-à-dire que les diverses positions de la liste des données ont simplement fait l'objet d'un commentaire (p.ex.: diagnostic, motif du traitement).

Or, une description ne constitue pas une justification. Pour une argumentation conforme à la protection des données, il s'agit de prouver l'adéquation, la nécessité et la relation entre fin et moyens des données personnelles employées. Sous la mention «diagnostic», il est par exemple nécessaire d'indiquer pourquoi il faut systématiquement, autrement dit dans chaque cas, indiquer un diagnostic détaillé – *au lieu d'un diagnostic sommaire et général tel qu'il figurait jusqu'à présent sur les factures.*

La question de la proportionnalité du traitement des données reste donc ouverte. Dans la mesure où aucune réponse n'est donnée, quant à l'adéquation, la nécessité et la relation entre fin et moyens des données personnelles figurant sur la facture, la trans-

mission systématique d'un décompte de prestations si détaillé est contraire au principe de proportionnalité visé à l'article 4 de la LPD. *Les données diagnostiques qui dépassent le cadre du diagnostic sommaire ne peuvent pas figurer systématiquement sur les factures qui parviendront sans autres dans les services administratifs des assureurs*» (trad. FMH).

Nul doute qu'on n'en restera pas là. Quoi qu'il en soit, il convient de rappeler ici une fois encore que le code tessinois fait référence à un diagnostic «sommaire» et non à un diagnostic détaillé.

Mais les médecins connaissent-ils la manière concrète de procéder lors de la facturation?

Quel est le rapport entre l'indication détaillée du diagnostic et la vérification des critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité (EAE)?

S'agissant de vérifier le critère d'économicité chez les fournisseurs de prestation au sens de l'article 56 LAMal – l'efficacité et le caractère approprié des prestations sont généralement loin d'être évalués – les assureurs ont fait valoir, lors de la séance du 31 mars 2004 du «Datenschutzforum», qu'en ne communiquant pas leur diagnostic, les soi-disant «moutons noirs» au sein du corps médical tentaient de les empêcher de vérifier les critères (EAE). A ce propos, il convient d'apporter les précisions suivantes:

1. Dans l'article 32 de la LAMal, l'efficacité, l'adéquation et le caractère économique des prestations ont été définis de manière totalement insatisfaisante. En ce qui concerne la convention-cadre TARMED, une annexe 6 consacrée à ce sujet existe bel et bien, mais uniquement sous la forme d'un titre: «Réglementation concernant les exigences de qualité et les critères d'efficacité, d'adéquation et d'économicité», accompagné de la remarque: «sera réglée ultérieurement». Il serait grand temps que les assureurs et le corps médical définissent ensemble le contenu de cette annexe (art. 56, 5^e al., de la LAMal et art. 77 de l'OAMal) sinon le Conseil fédéral s'en chargera (art. 58, 1^{er} al., LAMal) ou, dans le pire des cas, les statistiques de facturation seront directement implantées par le Parlement dans la LAMal sous forme de mécanique sacro-sainte sans possibilité de modification ultérieure, ce qui a déjà été tenté lors de la dernière révision.

2. Lors du contrôle des factures des médecins par les assureurs-maladie, l'accent est principalement mis sur la vérification du caractère économique des prestations. Les critères pour déterminer si un médecin fournit des prestations économiques ou non sont les suivants: *l'indice des coûts du médecin par patient, l'indice des coûts des médicaments distribués en pharmacie et, éventuellement, l'indice des coûts du médecin par prestation de base*. Lors de l'évaluation globale pratiquée par santé-suisse, le diagnostic ne joue absolument aucun rôle. C'est ce qui ressort clairement de l'expertise effectuée par M. Jürg Noth et le Dr Stefan Spycher, sur mandat donné le 10 mai 2002 par santé-suisse [18]. Il est donc tiré par les cheveux de vouloir subitement faire jouer au diagnostic un rôle prépondérant dans cette évaluation. Selon notre expérience, ceci n'est vrai que lorsque des cas concrets font l'objet d'un processus d'examen approfondi sous l'angle de l'économicité, mais jamais pour déclencher un processus de contrôle. Lors de l'évaluation globale, le diagnostic n'a tout simplement pas d'importance. En outre, à trop chercher les moutons noirs, on risque de devenir daltonien (proposition de diagnostic selon le code tessinois P9)!
3. Le Tribunal fédéral des assurances a décidé que lorsque les assureurs évaluent des cas particuliers, ils ont le droit de demander que les médecins ou les hôpitaux leur fournissent les données appropriées. Les diagnostics en font notamment partie [11, 12].

Par ailleurs, le représentant des assureurs a déclaré, lors de la séance susmentionnée, que la communication du diagnostic aux assureurs n'entraînait aucun dommage pour le patient. Cette remarque très générale est, à notre sens, trop teintée de matérialisme et ne tient pas compte des dispositions essentielles de la protection de la personnalité, telles qu'elles ont expressément été définies à l'article 13 de la Constitution fédérale.

La note d'honoraires du médecin: conseils pratiques

Les craintes exprimées par de nombreux médecins, patients, représentants des consommateurs et de la protection des données au sujet de la banalisation du secret médical – ou de ce qu'il est convenu d'appeler la «transparence du patient» – sont légitimes et doivent être prises au sérieux.

Il ne sert cependant à rien d'insécuriser le patient encore davantage. Au quotidien, les patients et les médecins souhaitent la même chose, à savoir s'assurer que les assureurs rembourseront les factures. Il est donc nécessaire de procéder à une interprétation réaliste et axée sur la pratique des dispositions légales et contractuelles, en se gardant de tomber dans le nombrilisme médiatique. L'application du TARMED pose des problèmes plus complexes et plus divers que celle du code tessinois. Nous vous conseillons donc, dans les «cas critiques», de procéder de la manière suivante (attention: ces remarques ne s'appliquent qu'au domaine de la LAMal):

1. Discutez la facture avec le patient, expliquez-lui le contenu et en particulier le diagnostic.
2. Vous devez obligatoirement utiliser le code tessinois, car il fait partie intégrante de la convention-cadre et de ses annexes. Faute de quoi, la facture vous sera retournée. Le Préposé fédéral à la protection des données n'a rien eu à objecter contre l'utilisation du code tessinois dans le domaine ambulatoire.
3. Si le diagnostic est délicat, utilisez le code de diagnostic U après en avoir discuté avec le patient. Cela ne signifie toutefois pas que vous pouvez employer ce code U de manière systématique, car si vous le faites, les factures vous seront également retournées.
4. Ne transmettez les informations d'ordre médical – dont la désignation d'un médicament peut également faire partie (voir ci-avant) – qu'au seul médecin-conseil et pas à l'assurance. Veillez en tous les cas à contacter personnellement celui-ci, afin de lui faire part des questions, des craintes et des doutes du patient.
5. Certaines maladies, en particulier les maladies psychiques ou le SIDA, peuvent entraîner la marginalisation ou la stigmatisation du patient. Evitez cela à tout prix: chaque patient a droit au traitement de ces maladies et au remboursement des prestations médicales en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie.
6. Dans 99% des cas, la facturation selon le système du tiers garant (envoi de la facture au patient qui la fait suivre à l'assureur) ou du tiers payant ne devrait poser aucun problème. Dissipez les craintes de vos patients au lieu de les attiser.
7. Tirez parti de la marge de manœuvre que le législateur vous octroie. C'est le patient qui décide, d'entente avec vous, si des informations doivent être communiquées uni-

quement au médecin-conseil, et si oui, lesquelles (art. 42, 5^e al., de la LAMal). Par ailleurs, le patient peut également renoncer au remboursement par la caisse-maladie. Il est dès lors très important de discuter de la solution la plus appropriée avec votre patient et de ne pas oublier qu'il est le maître du secret médical.

8. Si un problème survient avec un médecin-conseil, veuillez tout d'abord le contacter directement ou vous adresser à votre société cantonale de médecine. Les assureurs ont eux aussi tout intérêt à renforcer le rôle du médecin-conseil, rôle que lui confère la loi mais aussi la convention relative aux médecins-conseils, au lieu de l'affaiblir par des «pannes administratives».
9. Veillez à utiliser la version 4.0 du formulaire de facturation uniforme. Cette mesure n'a pas de rapport avec la facturation électronique par le biais des centres fiduciaires et des assureurs, car ce mode de facturation ne deviendra obligatoire que dans deux ans. Elle est dictée par la convention passée entre santésuisse et la FMH prévoyant l'utilisation d'un formulaire de facturation uniforme. La formule de facturation manuelle ne peut plus être employée à dater du 30 juin 2004. Si votre logiciel de facturation n'a pas encore été actualisé, veuillez prendre contact avec votre fournisseur. Les médecins en passe de cesser leur activité devraient s'annoncer auprès de santésuisse pour demander une prolongation du délai.

Quelques notes humoristiques en guise de conclusion

Un praticien expérimenté du canton de Soleure m'a raconté récemment que pour une maladie spécifique, il n'avait pas employé le code de diagnostic court en vigueur dans le canton, mais établi un diagnostic écrit en utilisant le terme de «popopathie». Aucun assureur ne lui a jamais demandé de précisions sur cette maladie ... On la trouve d'ailleurs dans le code tessinois sous la rubrique E3!

L'ancien président de la société soleuroise, feu le Dr Christoph Binswanger, malheureusement trop tôt décédé, m'avait quant à lui raconté l'anecdote suivante:

En raison de la «pseudo-précision» des diagnostics, il optait pour l'abréviation «OGK» dans les cas où il ne pouvait vraiment pas fournir de diagnostic précis. Bien que ce code ne figure pas dans le tarif soleurois, aucun assureur ne

lui a jamais demandé de précisions. L'abréviation en question, connue de lui seul, signifie «Only God Knows».

Ultime remarque

La LAMal ne lève pas le secret médical. C'est à vos patients et à vous-même qu'il incombe de décider comment vous souhaitez gérer ce secret.

Références

- 1 Mattig T, Lutz C. Protection des données et transmission d'informations médicales aux assurés: les assureurs ne sont pas de simples centres d'enregistrement. *Infosantésuisse* 2004;1-2.
- 2 Mattig T, Lutz C. Der Datenschutz und die Weitergabe medizinischer Daten an die Versicherer. *Bull Méd Suisses* 2004;85(7):341-2.
- 3 Loi fédérale sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911, LAMA.
- 4 Boll J. Die Entbindung vom Arzt- und Anwaltsgeheimnis. Zürich: Eigenverlag des Verfassers; 1983.
- 5 Keller K. Das ärztliche Berufsgeheimnis gemäss Art. 321 StGB unter besonderer Berücksichtigung der Regelung im Kanton Zürich. Zürich: Schulthess; 1993.
- 6 Maurer A. Schweizerisches Sozialversicherungsrecht. Band II, Besonderer Teil. Bern: Stämpfli; 1981.
- 7 Message du 6 novembre 1991 concernant la révision de l'assurance-maladie, 91.071.
- 8 Maurer A. Das neue Krankenversicherungsrecht. Das Recht in Theorie und Praxis. Basel und Frankfurt am Main: Helbling & Lichtenhahn; 1996.
- 9 Indication du diagnostic? Oui, parce que c'est un secret pour les assureurs-maladie! Le code du diagnostic sur les décomptes de TARMED. *Infosantésuisse* 2004;4.
- 10 Message du 24 novembre 1999 concernant l'adaptation et l'harmonisation des bases légales pour le traitement de données personnelles dans les assurances sociales, 99.093.
- 11 Datenschutz bei Überprüfung der Wirtschaftlichkeit. Urteil EVG vom 9. Oktober 2001 (K 34/01).
- 12 Aktenedition im Schiedsgerichtsverfahren/Wirtschaftlichkeitsprozess. Urteil EVG vom 27. November 2001 (K 90/01).
- 13 Convention-cadre TARMED du 5 juin 2002. www.fmh.ch → Nos prestations → Tarifs → TARMED → TARMED LAMal → Convention-Cadre LAMal.
- 14 Brühwiler-Frésey LS. Medizinischer Behandlungsvertrag und Datenrecht. Zürich: Schulthess; 1996.
- 15 Kuhn HP. Protection des données et LAMal. *Bull Méd Suisses* 2001;82(33):1707-17.
- 16 Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision.
- 17 Thür H. Übersicht über aktuelle datenschutzrechtliche Probleme im Gesundheitswesen. Datenschutz im Gesundheitswesen. Weiterbildungseminare HSG vom 24. April 2002, Zürich.
- 18 Noth J, Spycher S. Auswirkungen der Einführung des santésuisse-Datenpools auf die Prüfung der Wirtschaftlichkeit von Leistungserbringern nach Artikel 56 KVG. Gutachten. Bern: Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien; 2002.