

Chapitre VIII
Le contrôle médical

PRESENTATION

Les missions du contrôle médical de la sécurité sociale sont très étendues. Elles portent « 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... ainsi que sur l'activité des établissements de santé et des professionnels de santé »²⁰⁹. Ce contrôle est actuellement assuré par quelque 10 300 médecins et agents administratifs répartis entre le régime général (9 200 personnes), la mutualité sociale agricole (820 personnes) et le régime social des indépendants (300 personnes). Les charges du service médical du régime général s'élèvent à près de 660 M€ en 2008²¹⁰. C'est sur lui seul que portera la présente insertion, même si des progrès notables sont attendus dans les deux autres régimes²¹¹.

Le partage des tâches entre notamment le contrôle des demandes de prestations des assurés et celui des professionnels et des établissements de santé a toujours posé problème. Le rapport sur la sécurité sociale de 1997 constatait que « l'activité traditionnelle de contrôle exhaustif des demandes individuelles des assurés continue d'absorber la moitié de ses moyens sans avoir de réel impact dans la mesure où les taux de refus sont, dans la plupart de cas, inférieurs à 10 %. Un allègement sensible des contrôles obligatoires centrés sur les demandes présentées par les assurés doit donc être envisagé pour permettre l'indispensable redéploiement des moyens vers le contrôle des professionnels et des établissements de santé ».

En 2009 un constat identique doit être fait en dépit de l'importante réforme de la gouvernance du contrôle médical du régime général intervenue en 2004. Cette réorganisation a renforcé le pilotage national mais la gestion des moyens se caractérise par une répartition territoriale

209. Article L. 315-1 du CSS. Le contrôle médical porte également sur les prestations relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles.

210. Elles s'élèvent exactement à 655,4 M€ pour les 20 directions régionales du service médical, les charges de personnel de la CNAMTS non comprises (comptes CNAMTS 2008).

211. Les services du contrôle médical de la MSA et du RSI sont constitués de services ou directions intégrés dans les organismes locaux des deux régimes. Ces services n'atteignent cependant pas la taille critique pour permettre une mutualisation efficace des moyens ni favoriser la spécialisation des praticiens conseils (0,8 à 10,5 ETP pour le régime agricole et trois à quatre praticiens conseils pour le RSI). La constitution par la MSA d'un réseau resserré de 35 caisses ne permettra pas de remédier à ce problème. Le RSI n'a pas recouru aux possibilités de mutualisation des services médicaux de plusieurs caisses permises par l'article R. 613-56 du CSS. Par ailleurs, la capacité de pilotage national des deux réseaux reste perfectible.

des effectifs inégale, des systèmes d'information insuffisamment développés et l'absence de mesure fiable de la productivité. Par ailleurs le contrôle individuel de prestations, qui constitue le cœur de métier du contrôle médical, devrait être profondément réformé, notamment en ce qui concerne le contrôle des ALD. Enfin, parmi les autres domaines d'activité, le contrôle contentieux peut être amélioré.

I - L'organisation et les moyens du contrôle médical

A – Une réforme importante

Le contrôle médical du régime général comprend 20 directions régionales du service médical (DRSM) et 128 échelons locaux (ELSM). Ces DRSM sont implantées auprès des 16 caisses régionales d'assurance maladie de métropole (CRAM) et des quatre caisses générales de sécurité sociale des DOM et chaque ELSM est installé dans ou près d'une CPAM. L'ensemble des DRSM et ELSM constitue un service national unique directement rattaché à la CNAMTS. Une importante réorganisation a été mise en œuvre en 2004-2005, tant au niveau national que local.

1 – La fusion des services administratifs et médicaux de la caisse nationale

L'organisation antérieure de la CNAMTS était fondée sur un cloisonnement des personnels médicaux et des personnels administratifs, du fait de l'existence d'une direction nationale du contrôle médical autonome : cette direction et celle de la gestion du risque adressaient chacune leurs propres instructions respectivement au réseau médical et au réseau administratif des CPAM avec le risque de décalages importants dans les priorités mises en œuvre au niveau local.

En 2004-2005, la direction nationale du contrôle médical a été supprimée et les 73 praticiens conseils qui la composaient ont été répartis entre les directions déléguées créées à la même époque, notamment la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), la direction déléguée aux opérations (DDO) et la direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes (DCCRF).

Cette réorganisation s'est accompagnée d'un renforcement du pilotage national. La définition de programmes de travail et d'objectifs communs aux CPAM et aux DRSM contribue à unifier leur action.

2 – La régionalisation de la gestion des moyens

Parallèlement, les DRSM et les ELSM ont été réorganisés autour de cinq pôles d'activité :

- contrôle des prestations et relations avec les assurés (CPR2A), qui correspond au contrôle des demandes individuelles de prise en charge par l'assurance maladie de certaines prestations. Ce pôle constitue le cœur de métier du service du contrôle médical ;
- contrôles contentieux (contrôles réalisés en vue d'une sanction -CCX-);
- relations avec les professionnels de santé (RPS), qui reposent sur des entretiens destinés notamment à les informer des actions de l'assurance maladie ;
- organisation du système de soins (OSS)²¹² ;
- prévention et promotion de la santé (PPS).

La répartition des moyens du contrôle médical entre les cinq pôles et les fonctions supports est donnée dans le tableau ci-dessous. Il montre le poids prépondérant du pôle CPR2A et de la fonction logistique (77,5 % du total). Il en était de même en 1997²¹³. Ces données (aussi bien en 1997 qu'en 2008) sont cependant très approximatives en raison de l'absence d'une comptabilité analytique fiable et des modalités²¹⁴ de leur recension, mais ce sont les seules données disponibles.

Répartition de l'activité du service médical de la CNAMTS au premier semestre 2008

En %

	CPR2A	RPS	OSS ²¹⁵	CCX	PPS	Fonctions supports	Total
Personnel médical et administratif	51,7	6,3	4,5	11,1	0,7	25,8	100
Praticiens conseil	42,5	11,7	9,9	19,7	1,3	15,0	100
Personnel administratif	55,3	4,2	2,4	7,8	0,5	29,9	100

Source : CNAMTS

212. Ce pôle comprend les activités réalisées par des praticiens conseils pour le compte des ARH et MRS notamment.

213. En 1997, le pôle « expertise médico-économique » correspondait au pôle « CPR2A » actuel. Une tentative avait été faite en 1998 de réorienter profondément l'activité du contrôle médical en direction des actions de santé publique, au détriment des avis individuels (sur une base 2/3 et 1/3), mais cette orientation n'a pas survécu au directeur général qui l'avait initiée.

214. Le dispositif de recension est fondé sur l'observation des activités des personnels durant deux jours par mois.

215. La Cour n'a pas examiné l'activité des pôles OSS et PPS.

La réorganisation de l'activité du contrôle médical en cinq pôles permet d'améliorer la gestion des moyens. Elle conduit, d'une part, à la spécialisation des praticiens conseils, nécessaire au regard de la technicité croissante de certaines activités²¹⁶. Elle permet, d'autre part, d'optimiser la répartition des moyens au niveau régional, notamment de mieux répondre aux problèmes de vacances de postes affectant certains échelons locaux, certains pôles ne nécessitant pas le rattachement géographique des praticiens conseils à un échelon particulier.

3 – Un pilotage de l'activité « CPR2A » encore incertain

Le contrôle des prestations ne fait pas l'objet d'un pilotage national aussi structuré que celui des autres pôles d'activité. Il n'existe pas de programme annuel national formalisé et le partage des responsabilités au sein de la CNAMTS est plus flou : ainsi le contrôle des indemnités journalières (IJ) et des affections de longue durée (ALD) relève conjointement de la DDGOS et de la DDO, la procédure de mise sous accord préalable (cf infra) est, au plan national, de la responsabilité de la DCCRF pour les IJ et de la DDGOS pour la chirurgie ambulatoire. De ce fait l'identification des interlocuteurs qualifiés est parfois difficile pour les échelons locaux. La désignation d'un coordonateur du processus CPR2A et des réunions régulières des responsables régionaux du pôle, prévues par la CNAMTS, devraient permettre de résoudre ces difficultés.

B – La gestion des moyens du contrôle médical

1 – Des effectifs en baisse et inégalement répartis sur le territoire

Les effectifs du service médical du régime général ont été soumis, comme les autres services de la CNAMTS, à la déflation prévue par la COG.

216. Les praticiens conseils ne peuvent exercer d'activités relevant de plus de deux pôles.

Evolution des effectifs depuis 2000²¹⁷

	Praticiens conseils en ETP	Personnel administratif en ETP	Total en ETP	Total en effectifs physiques
2000	2 430	7 038	9 468	9 969
2002	2 430	7 412	9 842	10 135
2006	2 396	6 800	9 196	9 485
2007	2 341	6 561	8 902	9 181

Source : CNAMTS. Les chiffres en ETP de 2008 ne sont pas disponibles.

Entre 2002 et 2007, la diminution a été particulièrement sensible pour les personnels administratifs (-11,5 %) et elle devrait se poursuivre compte tenu de l'objectif fixé par la COG pour 2006-2009 (remplacement de 60 % des départs en retraite).

En outre, les services du contrôle médical du régime général et des deux autres régimes connaissent des difficultés persistantes de recrutement des praticiens conseils. Dans le régime général, au 30 mai 2008, 119 postes étaient vacants, dont 108 pour les seuls médecins conseils²¹⁸. Ces postes vacants sont inégalement répartis entre les régions : six DRSM présentent des effectifs supérieurs au nombre théorique attendu ; 13 DRSM ont des postes vacants, notamment celles d'Ile-de-France et du Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

2 – Des systèmes d'information insuffisamment développés*a) Une dématérialisation des données insuffisante*

Actuellement, les données médicales transmises par les professionnels de santé au service médical ne sont pas encore dématérialisées. Par ailleurs, les systèmes d'information des services médicaux et des services administratifs ne peuvent échanger par des liaisons automatisées²¹⁹.

A titre d'exemple, le circuit de transmission et d'instruction des données administratives et médicales des ALD et des arrêts de travail dans le régime général est le suivant :

217. Les délégués de l'assurance maladie (DAM) qui sont des agents administratifs des CPAM effectuant des missions auprès des professionnels de santé ne sont pas compris dans les effectifs du service du contrôle médical (cf. infra).

218. Les effectifs théoriques sont déterminés pour chaque région en fonction de la population protégée, du nombre de professionnels libéraux et de lits de court séjour.

219. Des requêtes croisées sur les données administratives et médicales peuvent cependant être réalisées par le service médical.

1. transmission par le médecin ou l'assuré de la demande d'avis à l'assurance maladie ;
2. réception de la demande et saisie des données médicales par le service médical dans l'applicatif Hippocrate ;
3. transmission (simultanée ou non) par le service médical à la CPAM de l'avis médical rendu²²⁰ et de la partie administrative de la demande de l'assuré ou du médecin traitant ;
4. réception de ces données par la CPAM et saisie dans l'applicatif de liquidation de ces dernières.

L'absence de transmission automatisée des données conduit ainsi à mobiliser des moyens relativement importants pour des fonctions de secrétariat sans valeur ajoutée et à allonger les délais de contrôle.

b) Des projets importants en cours

La CNAMTS conduit plusieurs projets dans le but d'obtenir des gains de productivité et de fiabiliser les données des différents systèmes d'information.

Un projet de dématérialisation en amont des données transmises aux services médicaux et administratifs a pour objectif de développer la saisie des données à la source, dans les cabinets des médecins et dans les établissements de santé. Un test est actuellement en cours à Chartres et à Orléans sur la mise en place d'un protocole de soins électronique (PSE) pour les ALD. Cette opération s'accompagne, pour les médecins continuant à utiliser les protocoles papier, d'une scanérisation de ces derniers.

Ce dispositif qui a vocation à être étendu aux arrêts de travail est déployé dans l'ensemble du réseau à partir de mai 2009. Sa réussite dépendra cependant de l'appétence des médecins libéraux à utiliser cette procédure, de la réactivité des services informatiques et de la campagne d'information qui sera menée par la CNAMTS.

Un projet de développement des liaisons automatisées entre les caisses et les services médicaux préservant le secret médical est également à l'étude.

Ces projets sont porteurs de gains de productivité importants.

220. Dans le respect du secret médical.

3 – L'impossible mesure de la productivité

La productivité du contrôle médical pour le régime général, comme pour les autres régimes, ne peut encore être mesurée.

Dans le régime général, le manque de fiabilité du dispositif de mesure des ressources mobilisées pour faire fonctionner le service conduit actuellement la CNAMTS à développer un nouveau système dit de « contrôle de gestion ». Ce système en vigueur depuis septembre 2008 doit permettre, à l'avenir, de comptabiliser de manière plus fiable, par pôle et par programme, les ETP disponibles et les ETP consommés par les praticiens conseils et les personnels administratifs. Pour le pôle CPR2A, la CNAMTS a par ailleurs la possibilité, à partir de l'applicatif de production du service médical (Hippocrate) de calculer les ETP mobilisés à partir, d'une part, du nombre d'avis individuels rendus et, d'autre part, du temps standard de traitement arrêté au niveau national.

Mais ce système est partiel (il ne prend pas en compte les effectifs administratifs mobilisés par les fonctions supports), déclaratif et seulement en cours de mise en œuvre. Il est donc insuffisant. Par ailleurs, le coût des moyens mobilisés ne peut encore être rapporté aux résultats obtenus, intermédiaires ou finaux. La mise en place d'indicateurs de performance adaptés aux différentes missions est donc indispensable.

II - La nécessaire réforme du contrôle individuel des prestations

Les avis sur les demandes individuelles de prise en charge de certaines prestations par l'assurance maladie constituent le noyau fondateur des missions du contrôle médical. L'importance quantitative des dossiers qui lui sont adressés rend nécessaire une réforme du contrôle de certaines demandes de prestations, notamment des demandes d'admission en ALD.

A – Un suivi de masse

1 – Plus de cinq millions de demandes d'avis individuels

Le nombre de demandes reçues par le service médical du régime général est toujours extrêmement important : il s'élève à près de cinq millions en 2007.

Ventilation des avis définitifs émis en 2007 par le régime général²²¹

Prestations	Nombre d'avis	Pourcentage
ALD	1 963 123	45,9%
Invalité	88 698	2,1%
AT/MP ²²²	631 032	14,8%
Arrêts de travail	1 591 825	37,2%
Total	4 274 678	100%

Source : CNAMTS. Ce tableau recense tous les derniers avis émis par le contrôle médical pour les principales activités décrites dans ce rapport. Il ne tient pas compte des avis rendus en matière d'inaptitude (environ 82 000), ni surtout de tous les avis intermédiaires rendus : sur cette base le nombre total d'avis émis a été de 5 430 653 en 2007.

2 – Près de 17 millions d'ententes préalables (EP)

Les ententes préalables constituent une forme particulière d'avis individuel ; leur régime juridique prévoit notamment que le silence gardé pendant plus de 15 jours par l'organisme de sécurité sociale sur la demande de prise en charge vaut décision d'acceptation. Malgré la restriction du champ des actes et traitements soumis à entente préalable²²³, le volume des demandes d'EP reste très important : il a été estimé par extrapolation²²⁴ à environ 16,8 millions par an dans le régime général.

B – Des évolutions nécessaires dans le contrôle des principales prestations

Les avis du contrôle médical portent principalement sur les demandes d'admission en ALD, sur les arrêts de travail ainsi que sur les prestations rendues en matière d'AT-MP.

221. La portée des avis rendus sur ces différentes prestations est exposée infra.

222. Hors avis sur arrêts de travail.

223. Le périmètre des ententes préalables a notamment été réduit par un arrêté de mars 2003 qui les a supprimées en matière de soins dentaires à l'exception des actes d'orthopédie dento-faciale. Pour ce seul segment de soins, cette décision a conduit à diminuer le volume des EP de 7,7 millions à 1 million.

224. A partir du recensement des demandes d'EP enregistrées durant une semaine en 2007.

1 – Le contrôle des demandes d'ALD et leur suivi

Les demandes de reconnaissance ou de prolongation d'ALD, qui ouvrent droit à une exonération du ticket modérateur, sont soumises systématiquement à l'avis du contrôle médical. La loi du 13 août 2004 a posé le principe de la signature, pour toute demande, d'un nouveau protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil.

Ce contrôle présente cependant des lacunes majeures, exposées ci-dessous.

a) Un nombre d'avis défavorables relativement faible

Plus de 2,3 millions d'avis (en admission et en prolongation) ont été rendus en 2007 (1,9 million par le régime général, 218 000 par le RSI et 220 000 par la MSA). Leur nombre devrait s'accroître dans les années à venir : selon le rapport d'information sur les ALD de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de novembre 2008 « le nombre de personnes en ALD pourrait augmenter d'ici 2020 au rythme annuel moyen de 3,8 % soit de 20 % en cinq ans et passer d'environ 10 millions à 12 millions de personnes (dans le régime général) ».

Le pourcentage d'avis négatifs rendus est toujours relativement faible : en 2007, dans le régime général, il a été de 6,7 % sur les 1 400 353 demandes d'admission et de 2,3 % sur les 562 770 demandes de prolongation déposées. Des pourcentages équivalents avaient été constatés ces dernières années dans le régime général. Dans le RSI et à la MSA, ces pourcentages sont moindres.

Mais, d'après la CNAMTS, ce faible taux global d'avis défavorables peut varier fortement selon la pathologie déclarée : des taux de l'ordre de 30 % ont été évoqués par la caisse nationale par exemple pour l'ALD 22 (polyarthrite rhumatoïde grave). Toutefois, les taux d'avis défavorables rendus sur les demandes d'admission au titre de chacune des ALD ne sont pas connus car ils sont recensés par le service médical en fonction de la classification CIM (classification internationale des maladies) et non selon l'ALD concernée.

b) Des mesures de simplification soulignant la faible utilité de la procédure d'avis systématique

Devant les contraintes du traitement de masse des demandes d'admission en ALD²²⁵, la CNAMTS a diffusé en 2007 des directives simplifiant l'utilisation du nouveau protocole de soins envoyé par le médecin traitant au service médical. Elles posent le principe de l'acceptation d'éléments déclaratifs (qui dispense le médecin traitant de fournir la preuve de la gravité de la pathologie) et précisent que la simple mention de la liste des recommandations de la HAS suffit sans qu'il soit besoin de préciser le contenu des actes et prestations nécessaires à l'assuré concerné. Ces mesures de simplification réduisent ainsi considérablement la pertinence de l'avis donné par le médecin conseil et donc l'efficacité du contrôle.

La CNAMTS soutient aussi les initiatives tendant à déléguer le plus possible le contrôle aux techniciens administratifs. Par exemple, dans la région du Nord-Pas-de-Calais-Picardie, depuis septembre 2008 le traitement des avis sur les ALD faisant l'objet d'un guide et d'une liste de la HAS est presque totalement délégué aux agents administratifs du contrôle médical. Ceux-ci saisissent dans l'application Hippocrate le diagnostic et l'avis (qui est dans ce cas favorable) et le praticien conseil peut signer par lots plusieurs protocoles de soins sans examiner leur contenu médical. Une telle organisation ne prend son sens que si elle s'accompagne de contrôles conduits par les médecins *a posteriori* sur des patients déjà admis en ALD et choisis en fonction d'atypies détectées à partir de requêtes informatiques (cf. infra). Or ce type de contrôle, s'il est expérimenté à la DRSM de Nord-Pas-de-Calais-Picardie, n'est pas mis en œuvre dans le réseau. Actuellement, le service médical n'effectue presque aucun contrôle sur la masse des patients déjà admis en ALD.

Dans la plupart des cas, la réalité de l'affection ainsi que la qualité de la prise en charge médicale du patient ne sont donc pas contrôlées.

c) L'imprécision des recommandations de la HAS : une difficulté pour le contrôle médical

La précision des critères médicaux d'admission en ALD et des référentiels de traitements propres à chaque pathologie est nécessaire au bon exercice du contrôle médical. Celui-ci doit porter en effet à la fois sur la reconnaissance de l'ALD et sur la qualité de la prise en charge

225. A titre d'exemple, l'ELSM de Lens traite un flux quotidien de 70 demandes d'ALD.

médicale, les actes et prestations prévus par le médecin traitant devant être conformes au diagnostic établi. La HAS est chargée de formuler des recommandations en ces domaines.

Or certains critères médicaux de définition des ALD manquent de précision : pour certaines pathologies, comme l'asthme, l'insuffisance cardiaque grave ou l'hypertension artérielle, les critères sont soit objectifs (résultant d'examens complémentaires), soit fondés sur des appréciations cliniques subjectives qui, lorsque le médecin traitant y a recours, sont plus difficilement appréciables par le médecin conseil. La CNAMTS a par ailleurs observé que les critères d'admission permettent actuellement, pour certaines ALD, de larges marges d'interprétation qui expliqueraient que la géographie de ces ALD ne soit pas bien corrélée avec les données épidémiologiques²²⁶.

La HAS a soumis au gouvernement en décembre 2007 trois scénarii de réforme des critères d'admission : un scénario de simple actualisation médicale des critères pour 19 ALD, qui n'emportait aucune modification significative du périmètre d'admission en ALD, un scénario de refonte partielle de la liste des ALD et de révision des critères d'admission pour certaines affections, enfin un scénario de maintien en l'état des critères dans l'attente d'une réforme d'ensemble du dispositif. La HAS plaidait en faveur de ce dernier scénario qui a ensuite été intégré dans la réflexion sur le bouclier sanitaire. Celui-ci consistait à exonérer de ticket modérateur toute la population, et pas seulement les personnes ayant une ALD, dès lors que serait atteint un total de dépenses de santé (le reste à charge) variable selon le niveau de ressources de l'assuré. Cela consistait donc à introduire une condition de ressources dans la gestion des prestations de maladie. Cette réforme lourde d'impact n'a pas été retenue.

Dès lors, il faut sortir de l'impasse et reprendre la réflexion sur les ALD, afin de mieux les cibler sur les traitements les plus longs et les plus coûteux. De même, les recommandations relatives aux traitements ne sont pas suffisamment hiérarchisées²²⁷. La mise à disposition de référentiels de traitement hiérarchisés a été demandée par la MECSS dans le rapport précité.

226. Cf. Points de repère n° 1, août 2006 CNAMTS.

227. Elles ne distinguent pas par exemple les prescriptions de première, deuxième ou troisième intention.

d) *Quelle politique de contrôle ?*

La CNAMTS et la DSS sont clairement opposées à toute suppression du contrôle a priori des ALD au motif qu'une telle décision pourrait entraver toute régulation en amont des demandes d'admission et placerait nombre de médecins dans une situation difficile par rapport aux exigences de leurs patients.

Les constats ci-dessus montrent cependant que le contrôle de nature médicale est très faible, voire inexistant. Dès lors, le dispositif de contrôle des ALD doit être profondément réorganisé.

Le contrôle a priori pourrait être maintenu pour les ALD qui présentent les taux d'avis défavorables les plus élevés. Pour les autres, il conviendrait de donner au médecin traitant la responsabilité de l'admission en ALD et de développer parallèlement des contrôles *a posteriori* sur des patients déjà admis en ALD et choisis en fonction d'atypies détectées à partir de requêtes informatiques. Ces contrôles viseraient à vérifier à la fois la réalité de l'affection (confirmation du diagnostic déclaré) et la qualité de la prise en charge médicale du patient.

Une telle réforme suppose la suppression du protocole de soins tel que prévu actuellement par l'article L. 324-1 du CSS, la déclaration justifiée par le médecin traitant à l'assurance maladie, sans signature du médecin conseil, étant suffisante. Bien évidemment, la capacité de ce dispositif à prévenir l'inflation des admissions en ALD dépendra de l'efficacité des contrôles menés a posteriori²²⁸.

A cet égard une expérience est également en cours depuis juillet 2008 dans la DRSM du Nord-Pas de Calais-Picardie sur l'ALD 16 (maladie de Parkinson) : sur 1 991 patients ciblés, 388 (soit 20 %) ont été évalués comme bénéficiant de traitements non en adéquation avec le référentiel de la HAS et étaient en l'occurrence sous ou sur médicalisés avec tous les effets négatifs que cela peut entraîner. Ce type de diagnostic, généralisé à l'ensemble des ALD, montre le potentiel important en matière de qualité des soins qui résulterait d'un réexamen de l'ensemble des protocoles d'ALD. Par ailleurs, ces travaux ont également montré que 46 patients (2 %) bénéficiaient à tort de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD, ce qui a abouti à leur radiation.

228. Il y a lieu, au demeurant, d'observer que l'attribution au médecin traitant pour chaque patient en ALD d'une rémunération forfaitaire annuelle de 40 € à laquelle s'ajoute la consultation approfondie annuelle (CALD) de 26 € représente un mécanisme inflationniste certain.

2 – Le contrôle des arrêts de travail

a) Une politique de contrôle volontariste

Les indemnités journalières (IJ) versées par le régime général au titre de l'assurance maladie en 2007 s'élèvent à près de 5,4 Md€. Le contrôle des arrêts de travail constitue une priorité de la maîtrise médicalisée des dépenses. Une politique volontariste de contrôle a été mise en œuvre.

Le nombre d'arrêts de travail contrôlés a considérablement augmenté depuis 2001 : il s'élève dans le régime général à 1 591 825, dont 339 605 au titre des AT/MP en 2007.

Le dispositif de contrôle du régime général repose sur un contrôle ciblé des arrêts de courte durée et un contrôle systématique des arrêts de travail de plus de 45 jours. Près de la moitié des avis sont rendus après examen sur personne. Si les arrêts de courte durée représentent la plus grande partie des arrêts de travail, les arrêts de moins de huit jours représentaient en 2007 seulement 2,8 % des dépenses d'indemnités journalières et les arrêts de plus de 45 jours près de 74 % de ces dépenses. La politique consistant à contrôler systématiquement les arrêts de longue durée apparaît donc pertinente.

Répartition des arrêts et des IJ maladie au premier semestre 2008

En %

	Nombre d'arrêts	Montant des IJ ²²⁹
Moins de 8 jours	38%	3%
8-14 jours	21%	6%
15-30 jours	16%	10%
31-90 jours	15%	25%
Plus de 90 jours	11%	56%
Total	100%	100%

Source : CNAMTS

D'après les évaluations de la CNAMTS, le coût du contrôle reste faible : le coût des ressources humaines du service médical (personnel administratif exclu) sur le contrôle des assurés est estimé à 31,5 M€ pour une économie directe estimée pour l'année 2008 à 240 M€. Les économies indirectes générées par le contrôle des arrêts de travail seraient bien supérieures.

229. Le montant total s'élève à 2,825 Md€

La part d'avis défavorables est relativement élevée en matière d'assurance maladie (11 % en moyenne), en particulier pour les arrêts en rapport avec une ALD²³⁰ et pour ceux de courte durée.

Suivi des arrêts de travail en 2007 -assurance maladie- régime général

	Avis favorables	Avis défavorables	Part des avis défavorable	Avis technique impossible	Total
Arrêts de travail en rapport avec une ALD ²³⁰	452 325	82 546	14,4 %	38 151	573 022
Arrêts de travail de longue durée	308 136	22 522	5,3 %	96 055	426 713
Arrêts de travail de courte durée ²³¹	189 982	32 074	12,7 %	30 429	252 485
Total assurance maladie	950 443	137 172	11 %	164 635	1 252 220
Total AT/MP	281 486	17 904	5,3%	40 125	339 605
TOTAL	1 231 929	155 046	9,7%	204 850	1 591 825

Source : Cour des comptes selon données de la CNAMTS

b) Une forte variabilité régionale des taux d'avis défavorables

Des variations sensibles sont constatées selon les DRSM. Le nombre d'avis défavorables varie du simple au double en France métropolitaine entre les Pays-de-la-Loire et le Limousin-Poitou-Charente d'une part (7 % et 7,7%) et l'Alsace-Moselle, le Nord Est et le Nord-Pas de-Calais-Picardie d'autre part (13,5 à 14 %).

Pour remédier aux disparités régionales, au-delà de la pratique des revues de dossiers, la mise en place d'un barème indicatif doit être privilégiée. La CNAMTS a récemment déposé auprès de la HAS et à destination des médecins généralistes une demande de recommandation pour cinq pathologies qui sont à l'origine d'un nombre important d'IJ et dont les critères de prescription sont flous²³². Un tel barème serait également utile pour les praticiens conseils.

230. Il s'agit de tous les avis sur les arrêts de travail en rapport avec une ALD, que ce soit les arrêts de plus de 45 jours (et plus de 60 jours à partir d'août 2007) ou les arrêts suivis ultérieurement pendant la période des trois ans.

231. Le contrôle porte en priorité sur certains types d'arrêts, notamment ceux reposant sur des critères subjectifs.

232. Episodes dépressifs, lombalgies, lésions internes du genou, interventions sur le canal carpien et varices des membres inférieurs.

3 – Des pratiques trop hétérogènes en matière d’AT/MP et d’invalidité

Les avis donnés par le contrôle médical en matière d’invalidité et d’AT/ MP concernent des volumes beaucoup plus faibles que ceux relatifs aux ALD et aux arrêts de travail mais des variabilités fortes sont également constatées entre les diverses DRSM.

a) Les avis pour admission en invalidité

En 2007, les 88 698 demandes examinées²³³ dans le régime général ont donné lieu à 72 691 avis favorables (82 %) dont 27 % en catégorie 1, 71 % en catégorie 2 et 1 % en catégorie 3. L’attribution d’une pension est de droit lorsque l’invalidité réduit au moins des deux tiers la capacité de gain ou de travail de l’assuré.

Or par rapport à un taux global d’avis négatifs de 18 %, les variabilités régionales observées sont très marquées.

Taux régionaux d’avis négatifs- Invalidité- régime général

En %

DRSM		DRSM	
Alsace-Moselle	31.8	Languedoc Roussillon	17.0
Nord Est	30.7	Normandie	15.6
Réunion	26.4	Bretagne	13.0
Midi Pyrénées	25.6	Rhône Alpes	13.0
Bourgogne Franche Comté	22.5	Ile de France	12.9
Nord Picardie	21.2	PACA Corse	12.4
Limousin Poitou Charentes	20.9	Guadeloupe	11.0
Aquitaine	20.3	Martinique	10.6
Pays de la Loire	18.9	Auvergne	7.3
Centre	17.2	Guyane	6.7
Moyenne	18.0		

Source : Tableaux régionaux du nombre d’avis DRSM-CNAMTS.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces écarts, parmi lesquels les comportements régionaux des professionnels de santé et des assurés mais

233. En matière d’invalidité, les médecins conseil, après un examen systématique sur les personnes, classent l’assuré dans une des trois catégories prévues par l’article L. 341-3 du CSS : catégorie 1 pour un assuré capable d’exercer une activité rémunérée, catégorie 2 pour des assurés « absolument incapables d’exercer une profession quelconque », catégorie 3 pour des assurés qui sont « en outre dans l’obligation d’avoir recours à l’assistance d’une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ».

aussi les pratiques des services médicaux qui posent le problème de l'équité entre assurés. En 1987, avec un taux global d'avis défavorables comparable (19,2 %), les écarts entre DRSM (10,2 % et 28,5 %) étaient identiques à ceux que la Cour a constatés en 2007. En 20 ans, la situation n'a donc guère changé. Une analyse plus approfondie et plus résolue des écarts régionaux et des actions d'harmonisation des pratiques de la part de la CNAMTS est donc indispensable.

b) Les avis sur prestations en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles

La CNAMTS a constaté une certaine hétérogénéité des pratiques en matière de reconnaissance et d'indemnisation des AT-MP. Ainsi des disparités ont été identifiées d'une caisse à l'autre en matière d'attribution du taux d'incapacité permanente pour les plaques pleurales et les troubles musculo-squelettiques (TMS) des membres supérieurs (maladie professionnelle 57). Des écarts importants sont aussi constatés en matière de reconnaissance de cette même maladie 57 et des accidents de trajet : les écarts varient, entre CPAM/ELSM, de 21 à 86 % pour les accidents de trajet et de 27 à 96 % pour les TMS des membres supérieurs.

La CNAMTS a pris récemment plusieurs initiatives : six ELSM et CPAM ont été audités en 2008 pour approfondir l'analyse de ces écarts de reconnaissance et la CNAMTS a demandé aux caisses et services médicaux de chaque région d'établir un plan visant à réduire ces disparités. En matière d'attribution des taux d'incapacité permanente, une revue de dossiers nationale, destinée à unifier les pratiques, a été réalisée en 2008.

C – Des évolutions nécessaires dans les méthodes et l'organisation du contrôle

1 – L'évolution des méthodes de contrôle : des ententes préalables aux mises sous accord préalable

La réduction des EP (fondées sur un contrôle systématique en théorie) au profit des mises sous accord préalable (reposant sur un contrôle ciblé sur les pratiques les plus déviantes) traduit l'adoption progressive de modes de contrôle plus appropriés aux volumes des prestations.

a) *Une limitation indispensable du périmètre des ententes préalables*

Les ELSM reçoivent un flux très important de demandes d'EP. Cependant aucun contrôle n'est exercé, sauf sur des actes et prestations spécifiques, comme la chirurgie esthétique, pour lesquelles la CNAMTS a donné des instructions de contrôle systématique.

Le tableau ci-dessous indique les actes soumis à EP ainsi que les volumes correspondants. Deux postes représentent plus des trois-quarts des EP dont 65 % pour les seuls soins de kinésithérapie²³⁴. Il montre la faiblesse insigne des avis défavorables (moins de 0,1 % pour la plupart des postes).

Flux hebdomadaire d'EP constaté durant la semaine 45 en 2007

	Nombre d'EP	Pourcentage	Avis défavorables
Soins de kinésithérapie	205 643	63,6%	0,007%
Actes dentaires	40 678	12,6%	0,67%
Autres auxiliaires médicaux	22 786	7,0%	0%
Soins infirmiers	16 029	5,0%	0,025%
Transports	11 872	3,7%	0,64%
Autres EP	9 733	3,0%	0,07%
LPPR	8 142	2,5%	0,95%
Autres ²³⁵	7 752	2,4%	0,24%
Chirurgie esthétique	658	0,2%	10,95%
Soins à l'étranger	71	0,02%	9,86%
Total	323 363	100%	0,17%

Source : CNAMTS

Ce dispositif d'entente préalable présente ainsi deux limites importantes :

- il se réduit à une vaste opération d'archivage et de classement de documents sans réel contrôle ;

234. Ces pourcentages peuvent varier à la marge selon les ELSM. Ainsi à l'ELSM de Lens le flux hebdomadaire de 2 400 EP est composé quasi exclusivement de prestations de kinésithérapie (2 000 soit 84 %) et d'orthopédie dento faciale (350 soit 15 %).

235. Ce poste inclut notamment les EP relatives aux actes de biologie et à la CCAM.

- l'absence de réponse du service médical dans un délai de 15 jours vaut accord ; or selon une jurisprudence constante le service médical ne peut plus contester la nature ou la cotation d'un acte médical a posteriori si cet acte a fait l'objet d'un accord préalable, même donné de manière tacite et sans examen préalable.

Compte tenu de cette situation particulièrement insatisfaisante, les autorités de l'assurance maladie ont souhaité réduire fortement le champ des EP pour les prestations de kinésithérapie. Ainsi, par une décision de décembre 2007, l'UNCAM a décidé de ne plus soumettre à EP que les prestations supérieures à 30 séances par an. Cette décision, qui aurait dû réduire de près de 80 % le volume des EP en question, n'a pour l'instant pas produit les effets attendus²³⁶ en dépit de la campagne d'information faite à ce sujet, les comportements des professionnels n'ayant pas encore changé²³⁷.

Dans ces conditions, la liste des prestations soumises à EP devrait être fortement revue et strictement limitée à certains actes parfaitement ciblés (telle la chirurgie plastique ou les soins à l'étranger) en raison de leur caractère exceptionnel, de leur coût ou des risques qu'ils représentent.

b) La mise sous accord préalable (MSAP) : un dispositif efficace à développer

Cette procédure introduite également par la loi du 13 août 2004 permet de cibler les professionnels de santé qui sont des prescripteurs excessifs de certaines prestations et de subordonner le remboursement par l'assurance maladie de ces prestations à l'accord *a priori* du contrôle médical. Initialement restreinte aux transports et aux arrêts de travail, cette procédure a fait l'objet d'extensions successives : en 2008 d'abord à toute prescription d'un acte, d'un produit ou d'une prestation significativement supérieure aux données moyennes constatées ainsi qu'aux établissements hospitaliers en vue du développement de la chirurgie ambulatoire. En 2009, l'extension a porté sur les prestations hospitalières caractérisées par une évolution atypique ou non-conforme aux référentiels de la HAS.

236. En 2009, l'ELSM de Lens continue à recevoir le même volume d'EP pour cette prestation.

237. Par ailleurs, cinq référentiels de mise sous EP d'actes en série ont été validés par la HAS et sont en cours de concertation avec les syndicats concernés et l'article 42 de la LFSS pour 2009 permet toujours, pour les actes en série, de soumettre à accord préalable la poursuite de la prise en charge d'un traitement au-delà d'un certain nombre d'actes, sur le fondement d'un référentiel validé par la HAS.

Cette procédure qui a été mise en place effectivement pour les IJ et la chirurgie ambulatoire a produit des effets positifs. Pour les IJ, durant la campagne 2006, 44 médecins généralistes ont été placés sous MSAP pour une dépense évitée selon la CNAMTS de 23 M€. En 2007 141 généralistes et 18 spécialistes ont été concernés mais les économies correspondantes n'ont pas encore pu être évaluées. Pour la chirurgie ambulatoire, la MSAP consiste à choisir des établissements de santé en retard dans le développement de cette pratique. La CNAMTS a choisi à cet effet cinq gestes marqueurs²³⁸ auquel un indicateur CPG a d'ores et déjà été associé. Accueilli souvent favorablement par les directeurs d'hôpitaux, il suscite plus de réticences de la part des médecins dont l'organisation du travail serait perturbée.

Ces résultats méritent d'être confirmés.

2 – Les difficultés de la liquidation médicalisée

La liquidation médico-administrative constitue l'un des principes importants de la loi du 13 août 2004. Son article 19 pose en effet l'obligation pour les caisses de vérifier *a priori*, c'est-à-dire avant le paiement des prestations, le respect des règles de prise en charge par l'assurance maladie, avec l'appui du service médical, l'objectif étant de réduire les indus.

Ce dispositif de contrôle avant paiement était particulièrement ambitieux, voire irréaliste, au regard des contraintes du processus de liquidation. Les difficultés à automatiser certains contrôles de nature médicale, l'important volume des prestations et les engagements de paiement rapide auprès des pharmaciens et des assurés ont ainsi conduit la CNAMTS à développer d'emblée un modèle de liquidation médicalisée *a posteriori* qui s'est révélé non rentable. Il portait sur la prise en charge à 100 % au titre des ALD et visait à vérifier la bonne distribution des prescriptions de médicaments sur l'ordonnancier bizona afin de détecter les remboursements à 100 % injustifiés. Ce contrôle, effectué après paiement, n'empêchait donc pas les indus et impliquait une procédure particulièrement lourde. L'expérience menée sur une grande échelle (durant sept mois en 2007 avec 107 ELSM) a coûté quelque 400 000 € pour une récupération de 41 000 € d'indus. Suite à ce constat d'échec la CNAMTS a mis fin à cette expérience en avril 2008.

238. Il s'agit de la cataracte, des extractions dentaires, de l'arthroscopie du genou, de la chirurgie des varices et de l'amygdalectomie. En 2009, le dispositif est étendu à quinze autres gestes marqueurs.

Depuis elle a mis en place des contrôles a priori moins ambitieux : c'est notamment le cas des contrôles automatisés bloquant le remboursement à 100 % de médicaments qui ne sont jamais en rapport avec une ALD quelle qu'elle soit ou, pour le paiement aux établissements, de contrôles fondés sur l'incompatibilité entre des codes CCAM et certains GHS²³⁹. Une autre piste d'évolution actuellement envisagée consiste à mettre en place un contrôle a priori au niveau du pharmacien qui bloquerait la facturation à 100 % de tous les médicaments reconnus comme incompatibles avec certaines pathologies. Dans l'hypothèse où cette solution pourrait être mise en œuvre, ce qui est loin d'être sûr, elle ne constituerait qu'une réponse limitée au seul secteur des médicaments.

3 – Vers une nécessaire rationalisation de l'organisation du pôle « CPR2A » et des méthodes de contrôle

Tous les constats mentionnés ci-dessus impliquent une profonde réorganisation du pôle CPR2A. L'organisation ancienne classique de ce pôle, fondée sur l'attribution d'un portefeuille d'assurés à gérer à un médecin conseil assisté de secrétaires qui lui sont affectés, a désormais vécu. L'organisation d'un ELSM doit reposer sur une plus grande mutualisation des moyens. Par ailleurs, le principe d'un contrôle systématique des demandes individuelles de prestations est totalement incompatible avec les volumes de prestations traitées par l'assurance maladie : l'activité doit être réorientée vers des contrôles centrés sur des professionnels de santé détectés à l'issue de ciblage statistiques.

A cet égard l'expérience menée notamment à Lille est riche de promesses et devrait être généralisée. Elle vise à « industrialiser » le plus possible l'activité classique du pôle CPR2A en confiant aux techniciens administratifs 70 % des charges de ce pôle. Cela permet de dégager du temps de praticien conseil pour des tâches plus valorisantes et plus utiles que sont, d'une part le suivi individualisé des arrêts de travail de plus de six mois et des mises en invalidité, d'autre part le développement des missions à forte plus value médicale, comme les MSAP et les contrôles a posteriori des ALD.

239. Les résultats de l'expérimentation menée par le RSI semblent être plus positifs. Ce régime a déployé, moyennant des développements informatiques de 1,7 M€ une démarche de liquidation médicalisée sur l'ensemble de son réseau pour deux pathologies, avec une liquidation a posteriori qui était conçue comme une phase préalable obligatoire à tout déploiement de la liquidation médicalisée a priori. Il estime que le dispositif d'ensemble laisse entrevoir des économies conséquentes estimées à 900 000 € pour 2009.

III - Des évolutions indispensables dans les autres domaines d'activité

Les relations avec les professionnels de santé et le contrôle contentieux constituent les deux autres principaux domaines d'activité du contrôle médical.

A – Les relations avec les professionnels de santé

Ce pôle d'activité comprend, pour l'essentiel, la participation des médecins conseils aux instances conventionnelles locales et surtout ce qu'on appelle « l'accompagnement » des professionnels de santé. Il est propre au régime général, les assurés des deux autres régimes représentant une part trop réduite et trop dispersée de la patientèle des praticiens pour justifier de développer ce type d'action.

Cet accompagnement est assuré par les praticiens conseils qui conduisent des « entretiens confraternels » auprès des professionnels de santé, principalement sur les thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses et depuis 2003 par les délégués de l'assurance maladie (DAM). Les praticiens conseils participent à la formation des quelque mille DAM, qui peuvent également les consulter au cours de leurs missions.

54 336 échanges confraternels ont été conduits en 2007 (en cabinets ou téléphoniques) et 317 764 visites ont été effectuées par les DAM.

La CNAMTS a réalisé des évaluations micro-économiques de l'impact de ces deux modalités en prenant en compte un échantillon témoin de professionnels de santé n'ayant fait l'objet d'aucune démarche. Sachant que l'opération est rentable lorsque le ratio est supérieur à 1, elles montrent que l'efficacité n'est pas propre à l'une ou l'autre de ces modalités mais dépend avant tout du choix du thème de maîtrise médicalisée retenu.

Evaluation micro-économique de l'impact des visites des DAM et des échanges confraternels (EC) par la CNAMTS

Thème de maîtrise médicalisée	Mode d'action	Nombre de visites évaluées	Economie /visite	Economie générée pour un euro dépensé
Inlay core et antibiotiques	DAM	7 833	16€	0,36€
Antibiotiques en médecine générale	DAM	10 648	181€	1,35€
Statines	EC	2 342	49€	0,30€
IPP	DAM	31 077	139€	1,41€
Hypertension artérielle	EC	4 998	308€	1,54€

Source : CNAMTS

B – Un contrôle contentieux à développer

1 – Une mission renforcée par la loi de 2004

Le contrôle contentieux vise la saisine d'une instance de sanction²⁴⁰. La loi du 13 août 2004 et les lois de financement de la sécurité sociale qui ont suivi ont renforcé les prérogatives de l'assurance maladie en la matière.

Cela s'est aussi traduit par l'identification, au sein du contrôle médical, d'un pôle d'activité consacré au contrôle contentieux et par la création, au sein de la CNAMTS, au 1^{er} janvier 2006, de la DCCRF, direction exclusivement dédiée à cet objet. L'action du service médical, est désormais, dans ce domaine, étroitement liée à celle des CPAM.

Le montant des anomalies potentielles fait l'objet d'une estimation statistique par la CNAMTS mais, pour une année donnée, le bilan définitif n'est connu que très tardivement, compte tenu de la longueur des procédures.

Cette activité porte sur des secteurs très divers comme l'indique le tableau ci-dessous.

240. Le contrôle dit « contentieux » peut viser la saisine d'une juridiction civile, pénale ou ordinaire, mais aussi la saisine de la commission des pénalités placée au sein des CPAM.

Estimation statistique du montant des anomalies potentielles (fraudes, fautes et abus) du volet national au 31 décembre 2007

En M€

Contrôle de la T2A (<i>campagne 2007</i>)	56,6
MSAP IJ	11,3
Contrôle de l'ordonnancier bizonne	7,5
Contrôle de la chirurgie esthétique	10,9
Méga consommateurs	1,2
Traitements de substitution aux opiacés	8,5
Contrôle des pharmacies	-
Sous total	96
Autres thèmes dont trafic de médicaments à l'exportation	15,3
Total	111,3

Source : CNAMTS

2 – L'exemple du contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A)

Les dépenses hospitalières soumises à la tarification à l'activité représentent un peu plus de 31 Md€ en 2008 et pourraient s'élever à près de 50 Md€ en 2009²⁴¹. Le contrôle externe de la facturation des prestations par les établissements de santé, placé sous la responsabilité des ARH, mobilise des personnels du contrôle médical. S'il se révèle prometteur, ce contrôle n'a cependant pas encore atteint sa pleine efficacité.

a) De nouveaux outils

Le contrôle peut conduire, si des anomalies sont constatées, à deux procédures cumulatives : une action en récupération d'indus²⁴² (article L. 133-4 du CSS) ainsi que, sous certaines conditions, à une sanction financière par l'ARH. Cette dernière procédure, dite « procédure sanction », introduite par la loi du 13 août 2004²⁴³, n'a pu être appliquée que depuis la parution du décret d'application du 16 mars 2006. Elle est en principe beaucoup plus efficace que celle de récupération d'indus car elle repose sur une méthode de contrôle par échantillonnage et sur une forme d'extrapolation.

241. ONDAM 2009.

242. Le montant de l'indu notifié est toujours égal au montant de la surfacturation constatée sur les dossiers contrôlés, sans possibilité d'extrapolation.

243. Article L. 162-22-18 du CSS.

Or, en mars 2009, le montant des indus notifiés au titre de 2007 s'élevait à 34,4 M€ et celui des sanctions notifiées par les ARH n'était que de 2,7 M€

La procédure de sanction fait en effet l'objet d'une réglementation trop complexe et n'est encore que partiellement mise en œuvre dans les régions.

b) Une procédure de contrôle complexe

L'unité de coordination régionale (UCR) de chaque ARH, composée de personnels administratifs et médicaux, réalise le ciblage des établissements et activités atypiques et propose le programme de contrôle à la commission exécutive de l'ARH (COMEX), qui l'arrête. Les médecins conseils effectuent les contrôles sur place, notamment en confrontant les données de chaque dossier médical avec les résumés de sortie standardisés produits par l'établissement. Un rapport de contrôle est envoyé par le médecin contrôleur à l'établissement. L'UCR soumet ensuite à la COMEX un rapport de synthèse proposant les sanctions justifiées par les surfacturations constatées lors du contrôle. La décision de la sanction et du montant de celle-ci relève de la COMEX ou du directeur de l'ARH.

Les modalités de calcul de la sanction prévues par le décret du 16 mars 2006 sont cependant très complexes²⁴⁴ et laissent une latitude importante aux ARH²⁴⁵. Par exemple, la commission exécutive détermine le montant de la sanction « en fonction de la gravité des manquements constatés ». Ainsi, d'après un bilan d'avril 2009, au titre de la campagne 2007, les commissions exécutives avaient notifié aux établissements des sanctions d'un montant total de 2,15 M€, alors que le montant total proposé par les UCR était de 3,9 M€²⁴⁶.

244. Selon le pourcentage de surfacturation constaté sur l'échantillon contrôlé, un barème fixe le pourcentage maximal des recettes annuelles d'assurance maladie de l'activité contrôlée que peut atteindre la sanction. Ce barème diffère selon que le contrôle porte sur la totalité de l'activité de l'établissement de santé ou seulement sur certaines activités ou prestations. Un plafond est par ailleurs fixé à 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. En outre, les modalités de calcul des recettes prises en compte pour le calcul de la sanction sont complexes. Ce barème est donc difficilement modélisable.

245. Un projet de révision partielle du décret, qui ne remédie pas à la complexité de la procédure et des modalités de calcul, vise à renforcer le barème des sanctions applicables lorsque les montants des anomalies constatées sont importants.

246. La sanction maximale a été en 2007 de 772 419 € pour un établissement.

Enfin, la procédure est très longue : au titre de la première campagne de 2007, deux ans se sont écoulés entre le ciblage des activités à contrôler et la notification des sanctions par les ARH.

c) Une mise en œuvre hétérogène

Seules huit ARH sur 24 ont mis en œuvre cette procédure pour la campagne de contrôle 2007. Des sanctions ont été notifiées à seulement 22 établissements publics et 19 cliniques répartis de manière très inégale²⁴⁷ : 19 en Aquitaine, 7 en Bourgogne, 5 en Franche Comté, 4 en Basse-Normandie, 2 dans le Centre et en Auvergne, 1 en PACA et dans le Nord.

De telles variations ne sont guère compréhensibles, même s'il convient de noter qu'il s'agit de la première année de mise en œuvre. Il est étonnant que les régions les plus importantes (Ile de France, Rhône-Alpes, Nord-Pas-de-Calais, PACA) soient absentes de ce bilan ou ne soient concernées que par un ou deux établissements. Les informations disponibles sur les campagnes ultérieures sembleraient montrer que le dispositif de contrôle est mieux appliqué mais reste hétérogène.

Alors que les autres thèmes de contrôle donnent lieu à des directives de la DCCRF, celle-ci ne fixe, en matière de contrôle externe de la T2A, que des orientations qui peuvent être mises en œuvre de manière très variable par les ARH. Il y a lieu de remédier à cette incohérence et de donner en ce domaine les mêmes moyens d'action à la DCCRF que ceux dont elle dispose pour les autres thèmes de contrôle.

Outre les nombreuses mutations en cours, le contrôle médical sera impacté, au cours des prochains mois, par la création des agences régionales de santé (ARS). La réforme rattachera aux ARS les pôles PPS et OSS ainsi qu'une part de la gestion du risque dont le périmètre reste à préciser. Ce rattachement impliquera le transfert des personnels médicaux et administratifs affectés à ces pôles ainsi qu'une part des fonctions supports non encore déterminée.

Toutes ces évolutions conduisent à s'interroger sur le format adéquat du futur contrôle médical qui ne pourra être arrêté que lorsqu'une évaluation de sa productivité sera effective et disponible.

247. Bilan national au 15 avril 2009.

SYNTHESE

La réforme de 2004-2005 a incontestablement amélioré le pilotage et l'organisation du contrôle médical. La suppression du cloisonnement entre personnels médicaux et personnels administratifs au niveau central, la création des pôles d'activité, la mise en place de modes de fonctionnement moins routiniers et plus mutualisés au niveau local ont initié un mouvement de fond porteur d'un meilleur fonctionnement à terme.

Toutefois, l'efficacité du contrôle médical pâtit des insuffisances des systèmes d'information des services médicaux et des caisses et ne peut être totalement évaluée en raison du manque de fiabilité du dispositif actuel de mesure des ressources mobilisées.

Par ailleurs le pôle d'activité le plus important qui mobilise la moitié des ressources du contrôle médical, celui des contrôles individuels, n'a pas encore suffisamment évolué. Il se caractérise, depuis de nombreuses années, par une trop grande hétérogénéité des pratiques entre DRSM. Surtout, il reste encore marqué par la prédominance de contrôles individuels systématiques exercés a priori qui se révèlent peu efficaces compte tenu de la masse des demandes de prestations. C'est notamment le cas pour les ALD et pour les ententes préalables. De ce point de vue, rien n'a changé depuis le constat fait par la Cour en 1997. Certaines mesures récemment mises en œuvre comme les MSAP ou les expérimentations en cours dans certaines DRSM (développement du contrôle a posteriori des ALD à partir de ciblage statistiques pour améliorer le suivi thérapeutique de ces patients) montrent pourtant les voies à suivre pour l'avenir.

RECOMMANDATIONS

23. *Limiter strictement les ententes préalables aux prestations à risque.*

24. *Développer les mises sous accord préalable.*

25. *Pour les ALD :*

a) maintenir un contrôle a priori des admissions en ALD pour les seules affections présentant les taux d'avis défavorables les plus élevés ;

b) développer en contrepartie les contrôles a posteriori issus de ciblage statistiques visant à vérifier la réalité des ALD et la qualité de la prise en charge des patients.

26. *Développer le contrôle externe de la T2A dans les établissements de santé.*

27. *Développer un dispositif de mesure de la productivité adapté aux différentes missions.*
