

Date :
14/01/1981

Origine :
CNAMTS

MM les Directeurs des Caisses Primaires
MM les Médecins Conseils Régionaux
MM les Praticiens Conseils Chefs de Service
MM les Praticiens Conseils

Réf. :
CNAMTS n° 393/81
n /
n /
n /

Plan de classement :

30

Titre :

CIRCULAIRE D'ACTUALISATION DES ACTIONS DU CONTROLE MEDICAL

Résumé :

En application de l'arrêté du 2 février 1978, la Commission de l'Assurance Maladie a, dans sa séance du 22 octobre 1980, décidé :

- 1) une mise à jour des cas relevant du contrôle obligatoire désormais limités aux exigences de la législation. Une liste des catégories obligatoires est dressée.
- 2) La circulaire procède à une actualisation des principes directeurs de la sélectivité qui doit permettre au Contrôle Médical de renforcer son action de maîtrise des dépenses de santé.

Pièces jointes :

Liens :

Date d'effet :
Dossier suivi par:
Téléphone :

Date de Réponse :

**Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés**

14/01/81

Mrs les Directeurs des Caisses Primaires
Mrs les Médecins Conseils Régionaux
Mrs les Praticiens Conseils de Service
Mrs les Praticiens Conseils

Origine :
CNAMTS

N/Réf. : CNAMTS n° 393/81

Objet : Circulaire d'actualisation des actions du CONTROLE MEDICAL.

La coexistence dans notre pays d'un système libéral de distribution des soins et de régimes obligatoires d'assurance maladie a, depuis que ceux-ci ont été instaurés, rendu indispensable un contrôle médical. La nécessité de mieux maîtriser les dépenses de santé, tout en maintenant à tous les assurés et à leurs familles l'accès aux meilleurs soins, rend impérative l'actualisation de ce contrôle.

Cette actualisation a pour objectifs la poursuite d'une plus grande efficacité dans le contrôle et la recherche d'une meilleure connaissance de la distribution des soins.

Elle s'appuie sur :

- l'arrêté du 2 février 1978 qui donne à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés toute latitude pour fixer les modalités d'intervention du Contrôle Médical ;
- l'arrêté du 1er octobre 1980 qui impose aux services des caisses primaires la mise à la disposition des praticiens-conseils de tous les documents et informations dont ils disposent ;
- la décision de la Commission de l'Assurance Maladie du 22 octobre 1980 qui ouvre la voie à l'actualisation de l'orientation du Service Médical.

Cette actualisation se traduit par les dispositions suivantes :

1. Planification concertée de la transmission des dossiers des Services Administratifs vers le Service Médical et leur traitement par ce dernier : transmission et traitement recouvrent, d'une part, les examens et contrôles obligatoires dans leur totalité et, d'autre part, désormais, les seuls contrôles qui répondent à des programmes pré-établis : les contrôles sélectifs.
2. Harmonisation du recueil des données du contrôle et des données épidémiologiques.
3. Exploitation de ces données à l'échelle locale puis à l'échelle nationale.

I - PLANIFICATION CONCERTEE

Elle vise :

- les examens et contrôles obligatoires,
- les autres contrôles ou contrôles sélectifs.

- 1°) **Les examens et contrôles obligatoires** pour lesquels la législation subordonne l'octroi de prestations à une appréciation d'ordre médical : leur traitement par le Service Médical est de ce fait indispensable.

Ce sont :

Risque maladie - invalidité - vieillesse

- Décret n° 68.400 du 30 avril 1968 :
"reconnaissance par le médecin-conseil de l'incapacité physique de reprise ou de continuation de travail en vue de la réouverture des droits".
- Article L. 293.
- Articles L. 286 (3° - 4°) :
"exonération du ticket modérateur".

L. 286 (12°) :
"lutte contre la stérilité".
- Article L. 289 :
"Maintien de l'indemnité journalière en cas de reprise du travail (partielle ou totale) au-delà des 3 ans".
- Invalidité : admissions, révisions, demandes de tierce personne, déportés.
- Inaptitude et demande de tierce personne.
- Articles 14 et 18 du RICP, sauf pour les cures thermales :
"prise en charge des séjours en établissements spécialisés publics ou privés".
- Article 4 de la nomenclature générale des actes professionnels - assimilations.
- Article 7 de la nomenclature générale des actes professionnels - appareils de prothèse dentaire et actes d'orthopédie dentofaciale.
- Grand appareillage.
- Demande de rééducation professionnelle.
- Régime des étudiants - appréciation de l'incapacité permanente pour inaptitude à achever un cycle d'études entrepris avant l'âge limite de 26 ans.

Risque accidents du travail - Maladies professionnelles

- Caractère professionnel au plan médical :
 - 1) d'une pathologie non accidentelle (maladies professionnelles),
 - 2) d'une rechute accident du travail,
 - 3) d'un décès.
- Maintien de l'indemnité journalière en cas de reprise d'un travail léger (article L. 448).
- Fixation de la date de guérison ou de consolidation.
- Présomption d'incapacité permanente (article 123 du décret du 31 décembre 1946 modifié).
- Appréciation du taux d'incapacité permanente partielle (décret n° 77-1075 du 24 septembre 1977) - fixation et révision.

2°) Les autres contrôles ou contrôles selectifs

A) Définition

Ce sont des contrôles qui impliquent l'examen de malades ou de dossiers individuels mais :

- qui s'intègrent dans des programmes de contrôle choisis à l'avance ;
- qui recueillent des informations et constatations destinées à répondre aux objectifs assignés.

Leur mise en oeuvre doit allier la rigueur dans sa réalisation et la souplesse dans le choix des points d'impact.

B) Objectifs

Ces contrôles ont pour objectifs la connaissance des comportements, des situations, des structures, qu'il s'agisse de praticiens, auxiliaires, assurés ou ayants droit et ce, dans chaque secteur du système de soins, ambulatoire et hospitalier.

Cette connaissance doit permettre :

- de parvenir à faire évoluer les comportements,

- d'attirer l'attention sur les problèmes rencontrés dans les situations examinées et dans les structures spécialisées,
- de mener parallèlement les études épidémiologiques indispensables à partir de données recueillies.

Ces objectifs ne sont pas propres aux contrôles définis ci-dessus, ils intéressent tout autant les examens et contrôles obligatoires.

C) Principes de réalisation

La mise en oeuvre de ces contrôles :

1. *doit reposer sur différentes sources d'informations :*

- les données d'observations du Service Médical et des Services Administratifs,
- les produits statistiques :
 - . statistiques des dépenses de la caisse, dénombrements,
 - . tableaux statistiques d'activité des praticiens, tableaux clientèle,
 - . les listings des décomptes,
 - . les données d'ordre épidémiologique propres au Service Médical ou extérieures à l'Institution.
- les "verrous" : seuils de remboursement déclenchant une transmission automatique au Service Médical.

2. *doit répondre à des **programmes***

- Programmes qui seront **définis** en fonction :
 - . des besoins du service médical (études épidémiologiques, études pour les instances conventionnelles),
 - . des priorités décelées par la concertation réelle et régulière entre le médecin-chef de l'échelon local et le directeur de la caisse.
- Programmes qui seront **établis** après concertation entre le médecin-chef et le directeur de la caisse. Ils le seront compte tenu des observations réunies, des statistiques engrangées ou des besoins formulés. Programmation souple qui répond aux conditions concrètes de la consommation de soins dans une circonscription.

- Programmes qui seront adaptés à tous les thèmes de contrôle et qui seront mis au point, qu'il s'agisse du contrôle de l'activité d'un praticien, de celui d'un prescripteur, d'un exécutant, contrôle individuel ou collectif, d'un type d'acte ou de prescription, etc., qu'il s'agisse de la surveillance d'une consommation de soins, de celle de l'évolution de l'exonération du ticket modérateur ou de l'évaluation de la qualité et du bon usage des soins, etc.
- Programmes qui seront limités dans le temps. En effet, leur durée déterminée au départ permettra d'appréhender les thèmes les plus divers, d'y revenir et de suivre l'évolution de chacun.

Le déroulement de ces programmes ne se dissocie pas d'une intervention éventuelle des praticiens-conseils sur les cas observés. Cette intervention peut prendre la forme d'un "avis défavorable", s'en tenir à cette étape ou se prolonger :

- pour les assurés :
 - . par la mise en oeuvre d'une procédure article L. 293 qui doit aider à enrayer les cycles de dépenses abusives,
 - . par des actions contentieuses qui doivent juguler les cas de fraude éventuels.
- Pour les praticiens et les auxiliaires, par la concertation, en cas de constat d'infraction avec les dispositions en vigueur : du dialogue téléphonique à la concertation institutionnalisée prévue par la Convention, en passant par la rencontre avec les praticiens traitants, les examens conjoints, etc. Cette pratique est fondamentale : elle doit se généraliser et ainsi permettre le règlement de la majorité des affaires. Dans les cas d'échecs patents de cette concertation ou de fraudes avérées, ce sont les procédures contentieuses qui doivent fonctionner :
 - . la saisine des juridictions ordinales,
 - . la saisine des tribunaux de droit commun.

D) Evaluation

Aucune activité ne peut être menée à bien si elle ne fait pas l'objet de bilans et d'évaluations régulières :

- bilan de l'action : quantitatif et qualitatif, impact du contrôle, conclusions, suites données,

- bilan des procédures : chaque programme sera examiné, les critères sur lesquels il a été choisi, leur pertinence, les anomalies détectées, les éclairages obtenus ; qualité des liaisons et des transmissions entre les services administratifs et le service médical.

II - HARMONISATION DU RECUEIL

Qu'il obéisse aux textes réglementaires ou qu'il procède par programmes, le Contrôle Médical ne peut atteindre les objectifs de connaissance et d'efficacité énoncés plus haut, à partir d'examens et de contrôles individuels, s'il ne s'applique pas à harmoniser la saisie des informations.

C'est à cette seule condition qu'elles pourront être regroupées, ainsi que les constatations faites par chaque praticien-conseil auprès de chaque assuré ou ayant droit, qu'elles pourront être analysées, comparées, suivies et ce, tant dans le domaine du contrôle lui-même que dans celui de l'épidémiologie.

III - EXPLOITATION DES DONNEES

Informations et constatations seront exploitées systématiquement à l'échelon local puis à l'échelon national.

Cette exploitation entrevue déjà dans l'évaluation des programmes de contrôles sélectifs doit permettre aux praticiens-conseils :

- d'établir des états descriptifs de chaque facette étudiée du système de soins : comportements, situations, structures ;
- de mener, en fonction des résultats, les interventions adéquates ;
- d'en suivre les effets ;
- d'évaluer la qualité de leur activité et celle des procédures suivies ;
- de dresser des études épidémiologiques.

**

** **

Je terminerai en insistant sur trois points :

1. Cette actualisation de l'orientation du Contrôle Médical est fondée sur une concertation réelle et régulière entre médecin-chef et directeur. Dès qu'un programme est décidé, il convient que l'un et l'autre préviennent leurs agents afin que les prestations dont le contrôle ne figure ni sur la liste des examens obligatoires, ni dans les programmes sélectionnés ne soient pas transmises au Contrôle Médical. Les cas exceptionnels (comportement particulièrement inhabituel par exemple) feront l'objet d'une démarche personnelle du responsable administratif le plus élevé dans la hiérarchie auprès du médecin-conseil de l'échelon correspondant et seront bien entendu traités.
2. Les rapports d'activité seront reconsidérés en fonction de cette actualisation afin qu'ils rendent compte le plus fidèlement possible de cette concertation et des résultats de cette activité.
3. L'Echelon National du Service Médical veillera à la mise en oeuvre de l'harmonisation et de l'exploitation des données et, en concertation avec la Direction des Relations avec les Organismes, aidera à l'établissement des programmes sélectifs et à leur suivi.

Il établira une synthèse de cette action et proposera les grands axes d'orientation et les modifications de méthodes suggérées par l'étude du suivi de la présente circulaire.

Ainsi, la nouvelle orientation du Contrôle Médical, si elle prolonge les principes essentiels de la circulaire 84 du 15 octobre 1970, tient également compte de la situation actuelle, de la gestion médicale des risques et de la place des médecins conseils dans la Convention. Elle est rendue possible parce qu'elle met à profit l'utilisation de l'informatique par les Caisses et la diversité des produits statistiques.

Dominique COUDREAU