

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
29/05/98

Origine :
CABDIR

Réf. :
CABDIR n° 3/98

Plan de classement :
30

Pour attribution

Mesdames et Messieurs
les Médecins Conseils Régionaux
les praticiens conseils Chefs de Service
les praticiens conseils
les Cadres du Service Médical
Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des URCAM
des CTI

Pour information

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'ARH

Objet :

Orientations des activités du Service médical de l'Assurance Maladie :
- les actions de santé publique
- les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires
- le nouveau contexte régional et local

Pièces jointes :

Liens :

Ann.circ	CABDIR	49/90
Com.circ	CABDIR	2/98

Date d'effet : immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par : ENSM

Téléphone :

@

Le Cabinet du Directeur

29/05/98

Origine :
CABDIR

Pour attribution
Mesdames et Messieurs
les Médecins Conseils Régionaux
les praticiens conseils Chefs de Service
les praticiens conseils
les Cadres du Service Médical
Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des URCAM
des CTI

Pour information
Mesdames et Messieurs les Directeurs d'ARH

N/Réf. : CABDIR n° 3/98

Objet : Orientations des activités du Service médical de l'Assurance Maladie :

- les actions de santé publique
- les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires
- le nouveau contexte régional et local

ORIENTATIONS DES ACTIVITES DU SERVICE MEDICAL DE L'ASSURANCE MALADIE

SOMMAIRE

	pages
1. LES OBJECTIFS DU SERVICE MEDICAL	1-2
2. LES ACTIVITES	2-11
2.1. <u>Les actions de santé publique</u>	2-9
2.1.1. <i>L'analyse</i>	3-6
2.1.1.1. <i>La description de l'offre et des besoins de soins</i>	3-4
2.1.1.2. <i>L'évaluation des pratiques professionnelles</i>	4-6
<i>L'évaluation collective des pratiques</i>	4-5
<i>Le contrôle individuel des professionnels</i>	5-6
2.1.1.3. <i>L'évaluation des structures sanitaires et médico-sociales</i>	6
2.1.2. <i>Les interventions en santé publique</i>	6-9
2.1.2.1. <i>Les interventions sur les professionnels</i>	7-8
2.1.2.2. <i>Les interventions sur l'organisation des soins</i>	8
2.1.2.3. <i>les interventions sur les bénéficiaires</i>	8-9
2.2. <u>Les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires</u>	9-11
2.2.1. <i>Les avis individuels obligatoires</i>	9-10
2.2.2. <i>Les avis individuels non obligatoires</i>	10
2.2.3. <i>Le contrôle des demandes d'entente préalable</i>	10-11
2.3. <u>Le Conseil et la formation</u>	11
3. UN NOUVEAU CONTEXTE	12-14
3.1. <u>Un nouveau cadre d'action régional</u>	12
3.1.1. <i>L'URCAM</i>	12
3.1.2. <i>L'ARH</i>	12-13
3.1.3. <i>L'Echelon Régional du Service Médical</i>	13

3.2.	<u>Un nouveau contexte au plan local</u>	14
------	---	----

1.LES OBJECTIFS DU SERVICE MEDICAL

La convention d'objectifs et de gestion entre la CNAMTS et l'Etat prévoit : “ les objectifs prioritaires du Régime général de l'Assurance Maladie sont d'assumer la régulation des dépenses de soins de ville, de participer efficacement à la mise en oeuvre de la politique hospitalière et des priorités de santé publique, ainsi que d'améliorer la qualité du service rendu aux usagers et accroître les performances de la gestion...”

Dans ce cadre, “ le Service médical doit prendre une part déterminante dans la politique de gestion du risque... Cette démarche implique en particulier :

- un accroissement significatif des actions de santé publique liées à l'analyse de l'activité des professionnels et des établissements de santé,
- le développement du rôle de conseil et de diffusion auprès des professionnels de santé des outils de maîtrise médicalisée,
- le développement d'une coopération approfondie entre le Service médical du Régime général et les Services médicaux des autres régimes, et entre le Service médical et les services des CPAM, des CRAM, des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) ”.

Pour devenir, comme l'a rappelé un récent rapport de la Cour des Comptes, “ l'acteur central de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins reconnues par l'Assurance Maladie ”, le Service médical doit :

- promouvoir des soins efficaces, utiles (répondant à un besoin et proportionnels à ce besoin), sûrs et efficaces. Il doit donc vérifier que les soins proposés aux remboursements répondent à ces critères et exercer un contrôle externe de l'activité des professionnels.
- contribuer à la rationalisation de l'offre de soins.

Dans la maîtrise médicalisée, la responsabilité du Service médical se situe prioritairement sur le versant qualité, dont l'évaluation, selon l'OMS, “ doit permettre de garantir à chaque patient un ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogénique, et, pour sa plus grande satisfaction, en termes de procédure, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ”.

Pour cela, **quatre objectifs principaux** sont assignés au Service médical :

- contribuer à la connaissance de l'offre de soins,
- évaluer l'activité des professionnels et des établissements de soins,

- réaliser des interventions contribuant à l'ajustement et à la correction des pratiques médicales, à l'organisation et à la planification des soins,
- donner des avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires.

Pour remplir ces objectifs, le Service médical doit essentiellement porter ses efforts sur les **trois axes** suivants :

- le temps consacré par les praticiens-conseils à la production (c'est-à-dire l'activité du Service médical, non compris les fonctions direction, gestion des personnels et des biens, formation, ...) doit être réparti dans les proportions de deux tiers pour les actions de santé publique et d'un tiers pour les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires (deux tiers antérieurement). Cette diminution de moitié du temps consacré aux avis individuels au profit des actions de santé publique doit être obtenue graduellement, sans léser les intérêts des assurés ;
- les actions de santé publique doivent être développées en associant celles qui influent sur la pratique de l'ensemble des professionnels, celles qui relèvent du contrôle individuel de ces professionnels et celles qui contribuent au pilotage et à la planification de l'offre de soins. Seule l'association de ces trois catégories permet de réussir les défis de la maîtrise médicalisée et de l'amélioration de la qualité. La politique du contrôle individuel exclusif des professionnels est vaine lorsqu'elle n'est pas associée à l'évaluation des pratiques collectives et à l'amélioration de l'organisation du système de soins.
- le champ des ALD est celui sur lequel le Service médical doit prioritairement développer son savoir-faire. Les médecins conseils exercent sur ce secteur une responsabilité majeure et doivent fournir un travail d'une qualité exemplaire sur cette activité clinique. En sus de la reconnaissance du droit, l'examen individuel des demandes des bénéficiaires est une porte d'entrée à des actions de santé publique, c'est-à-dire à un suivi structurant de la prise en charge des ALD par l'évaluation collective des pratiques.

La technicité et l'expérience du Service médical, le renforcement des moyens législatifs par les ordonnances d'avril 1996 -notamment l'article L 315-1 permettant l'analyse de l'activité individuelle et collective des professionnels- sont autant d'atouts pour atteindre ces objectifs.

Le développement de nouvelles compétences techniques, l'adaptation de l'organisation et des procédures de travail des praticiens-conseils et des personnels administratifs, contribueront à l'atteinte des objectifs.

2 LES ACTIVITES

Les activités du Service médical doivent essentiellement **se concentrer sur les actions de santé publique**.

En revanche, le Service médical doit **limiter les avis individuels** sur les demandes de prestations des bénéficiaires à ceux qui sont obligatoires ou, s'ils ne sont pas obligatoires, à ceux qui sont manifestement utiles à la qualité des soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Enfin, le Service médical doit assurer **des fonctions de conseil et de formation**.

2.1. Les actions de santé publique

Ce domaine englobe toute l'approche de l'activité des professionnels, des établissements et de l'organisation des soins.

Ces actions de santé publique, essentielles pour la maîtrise médicalisée de la consommation des soins, deviennent la **principale activité du Service médical (au moins deux tiers du temps consacré à la production proprement dite à moyen terme)**.

Deux étapes sont à distinguer :

- **l'analyse,**
- **l'intervention en santé publique.**

En effet, pour contribuer à l'optimisation des soins, le Service médical doit mettre en place, avec les Caisses d'Assurance Maladie, des procédures d'**analyse** de l'offre de soins -activité des professionnels et des établissements, organisation des soins- permettant les **interventions** de correction et d'ajustement nécessaires.

2.1.1. L'analyse

Elle se compose de deux champs distincts : **la description et l'évaluation**.

2.1.1.1. La description de l'offre et des besoins de soins

Cette description permet de préciser, dans sa dimension médicale, la connaissance de l'offre et des besoins de soins : quels actes, pour quels patients ayant quelles pathologies, par quels professionnels, dans quelles structures ? Elle est primordiale pour éclairer le pilotage des dépenses de santé. Il s'agit de savoir pour mieux agir.

Trois types d'actions sont à développer prioritairement :

- l'utilisation du codage des actes et des prescriptions,
- la description précise des ALD,
- des enquêtes spécifiques de description de l'offre de soins et des pratiques médicales.

Le codage des actes et des prescriptions (déjà effectif pour la biologie, le médicament et, dans une certaine mesure, pour le domaine hospitalier avec le PMSI) révolutionne la connaissance du système de soins : la consommation et la production de soins pourront être suivies grâce à des requêtes sur les bases informatisées. Le rôle du Service médical doit être axé sur une analyse médicalisée des données.

Les ALD représentent près de 4 millions de bénéficiaires pour plus de 45 % des prestations en nature. Parce que cette population de malades, forte consommatrice de soins, est obligatoirement connue par le Service médical, il lui incombe de réaliser une description fine de la morbidité et des soins prodigués. Il serait illusoire de vouloir piloter les dépenses de santé sans s'interroger d'abord sur ces ALD en termes d'incidence, de prévalence, de prise en charge et de coût des soins.

Des enquêtes spécifiques de description de l'offre de soins et des pratiques doivent être réalisées :

- au niveau local,
- au niveau régional, dans le cadre de l'URCAM et, le cas échéant, en collaboration avec l'Union régionale de médecins libéraux (URML), ou encore dans le cadre de l'ARH,
- au niveau national (enquête épidémiologique de nature scientifique ou pragmatique, plus légère, décrivant l'utilisation d'une procédure ou d'une technique...).

2.1.1.2. L'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques est la composante fondamentale de l'activité du Service médical. Elle est en effet la méthode privilégiée pour réaliser l'analyse d'activité des professionnels de santé (article L. 315-1-4). L'évaluation comprend deux parties : **l'évaluation collective des pratiques et le contrôle individuel des professionnels**. L'évaluation est toujours fondée sur la comparaison à une situation de référence (ou à un standard).

L'accumulation de données objectives sur l'utilité des procédures diagnostiques, thérapeutiques et préventives, les recommandations et les références sur les conduites à tenir ou à éviter, conduisent nécessairement les professionnels **à plus de précision** dans la pratique des soins et rendent donc possible l'évaluation de cette pratique.

Le Service médical doit répondre à deux questions :

- fait-on ce que l'on doit ?
- le fait-on bien ?

Dans ce cadre, le codage des actes et des prestations offre au Service médical les conditions d'une croissance radicale de sa productivité grâce à trois améliorations : 1) le choix des domaines d'intervention, 2) le ciblage des professionnels, des structures ou des bénéficiaires à contrôler, 3) la sélection des actes ou des prestations à examiner médicalement par les praticiens-conseils.

L'évaluation collective des pratiques

L'évaluation collective des pratiques des professionnels de santé en regard de recommandations de pratiques cliniques, permet d'identifier les domaines où les soins ne sont pas appropriés, conduisant à des interventions incitatives de correction et d'ajustement.

La conformité des pratiques aux références médicales opposables ne suffit pas à assurer des soins conformes aux recommandations de bonnes pratiques (annexe I). L'évaluation menée par le Service médical rendra compte de la précision (ou de l'imprécision) des pratiques du plus grand nombre des professionnels. C'est par les résultats de cette évaluation collective que le Service médical contribuera le mieux à la régulation que doivent mettre conjointement en place la profession médicale et l'Assurance Maladie.

Cette évaluation collective doit prioritairement être orientée sur le suivi de la prise en charge des patients atteints d'ALD (annexe II).

Elle peut également mettre en évidence les domaines problématiques de la pratique médicale (annexe III, exemples 1 et 2) et permettre d'infirmier des opinions souvent dommageables à un pilotage rationnel de la maîtrise médicalisée (annexe III, exemple 3).

L'évaluation collective doit aussi mesurer les résultats des interventions de l'Assurance Maladie, apprécier les résultats et l'impact des nouvelles modalités d'organisation des soins.

Le contrôle individuel des professionnels

Le contrôle individuel des professionnels correspond à l'analyse de la pratique de professionnels nommément identifiés par comparaison à des référentiels opposables,

législatifs, réglementaires ou conventionnels (annexe I). Il conduit à des mesures de correction graduées, de la persuasion à la sanction.

L'efficience de ces contrôles sera améliorée par l'utilisation du codage des actes et des prestations.

Le contrôle des professionnels de santé doit être focalisé sur les aspects essentiels que sont les abus de soins, les indications non validées ou contraires aux données actuelles de la science (exemples : angioplasties inutiles, coronarographies systématiques après angioplasties, multiplication des tirs en lithotritie ...).

En revanche, la recherche de la performance conduit les médecins conseils à éviter :

- le contrôle de l'application d'une réglementation qui ne correspond manifestement pas aux données actuelles de la science (annexe III, exemple 4)
- les contrôles mobilisant des moyens sans commune mesure avec le retour d'investissement prévisible (annexe III, exemple 5).

Pour les RMO, le contrôle doit se recentrer sur celles pour lesquelles le Service médical a les moyens pratiques de mettre à jour des écarts (annexe III, exemples 6 et 7).

2.1.1.3. L'évaluation des structures sanitaires et médico-sociales

Le paragraphe 2.1.1.2 sur l'évaluation des pratiques s'appliquant également aux activités en établissements, les développements ci-après concernent plus particulièrement l'évaluation des structures.

Sans abandonner les catégories d'analyses actuellement menées, le Service médical doit développer son activité sur **l'examen du bien fondé médical des soins donnés dans les établissements et des résultats de ces soins**, ces aspects fondamentaux n'étant investigués ni par le PMSI, ni par la procédure d'accréditation.

L'analyse régulière et exhaustive des établissements ne se conçoit que pour ceux vis-à-vis desquels des interventions d'envergure sont prévisibles. Il importe que le Service médical ne mobilise ses moyens que lorsqu'une expertise strictement médicale est nécessaire et que des interventions sont envisageables.

Pour les structures sanitaires, les évaluations sont entreprises en premier lieu dans le cadre du programme de travail de l'ARH.

Ces évaluations sont réalisées en complémentarité avec les caisses et les services déconcentrés de l'Etat. Elles portent principalement sur :

- l'évaluation de l'adéquation de l'offre aux besoins (SROS, conférences de santé...), notamment lors de l'examen de projets d'établissement ;
- l'évaluation du fonctionnement des structures : service médical rendu, évaluation comparative des services et des structures hospitalières... ;
- le contrôle de la régularité par rapport à des référentiels réglementaires (tarification) ou le contrôle de la conformité par rapport à des normes de santé publique ...

2.1.2. Les interventions en santé publique

Le Service médical doit mettre en oeuvre des interventions médicalisées sur le champ de l'offre de soins, pour modifier :

- les pratiques collectives des professionnels
- les pratiques individuelles des professionnels,
- l'organisation des soins,
- le comportement des bénéficiaires.

La plupart de ces interventions sont à réaliser avec les Caisses d'Assurance Maladie, les URCAM, les ARH et en partenariat avec les instances conventionnelles locales (CMPL, CCPL), les URML...

2.1.2.1 Les interventions vis à vis des professionnels

Elles comportent plusieurs niveaux et sont de nature **incitative, persuasive, ou contentieuse**.

Les procédures conventionnelles doivent être privilégiées pour les domaines qui en relèvent lorsque nos partenaires participent activement aux instances.

- **L'incitation**

Par des moyens d'information :

- diffusion de guides, rendus nécessaires par l'évolution des connaissances et la complexité des soins,
- diffusion des analyses et des évaluations du Service médical afin d'amplifier leur valeur pédagogique. Les professionnels de santé ont en effet besoin de s'approprier, d'interpréter et de comprendre, par ce retour d'informations, les aspects collectifs de leurs pratiques. Restituer aux professionnels cette approche globale, les aider à prendre du recul et à porter un regard critique sur leur activité sont des moyens efficaces d'incitation au changement et d'amélioration des pratiques.

Ces incitations n'ont été mises en oeuvre qu'à la marge par l'Assurance Maladie jusqu'à maintenant. Désormais, ce champ doit être investi en priorité. L'objectif ultime est de diminuer les variations des pratiques réelles et de les centrer sur les recommandations de pratiques cliniques. En effet, la maîtrise médicalisée passe par le changement de comportement du plus grand nombre et non exclusivement par la sanction de quelques uns.

Les moyens de cette information sont multiples (réunions, diffusion de documents, supports informatiques, publications dans des revues médicales de bon niveau, campagnes de presse...) et doivent bénéficier de l'apport de professionnels de la communication.

Ces interventions incitatives de l'Assurance Maladie doivent être situées dans le cadre général prévu avec les URCAM. Elles seront menées avec les Caisses, et en partenariat avec les Unions régionales de médecins libéraux et/ou dans le cadre conventionnel, au sein des Commissions Conventionnelles Paritaires Locales (CCPL), des Comités Médicaux Paritaires Locaux (CMPL) et des Comités Dentaires Départementaux (CDD).

- **La persuasion**, en entretien confraternel, notamment lorsque la pratique d'un professionnel n'apparaît pas appropriée.
- **les procédures contentieuses**, sont des moyens coercitifs et légitimes dans le cadre des contrôles.
 - **Le Comité médical régional** accroît désormais l'éventail des instances utilisables par le Service médical.
 - **La lutte contre les fautes, les fraudes et les abus dans le cadre du contentieux du contrôle technique** reste indispensable pour des raisons morales et de dissuasion.
- Le Service médical contribue également aux **recouvrements d'indus** mis en oeuvre par les Caisses.

2.1.2.2. Les interventions sur l'organisation des soins

Dans le champ hospitalier, les interventions du Service médical qui se déploient en premier lieu dans le cadre des ARH, correspondent à **des avis** de nature médicale, fondés sur une expertise documentée et objective.

Ces avis sont émis en vue de la planification et de l'allocation de ressources. Ils ont pour finalité l'évolution de l'offre de soins par :

- l'application des orientations nationales et régionales de santé ;

- l'ajustement de l'offre aux besoins, la réduction des disparités et inégalités d'accès aux soins ;
- l'amélioration de la qualité des soins, en particulier par des dispositions structurelles (réseaux de soins, alternatives à l'hospitalisation ...).

Les avis du Service médical contribuent à l'établissement des contrats d'objectifs et de moyens, outil principal d'application de ces mesures sur le terrain.

Dans le secteur des soins ambulatoires, les avis du Service médical doivent contribuer aux décisions sur :

- l'évolution des dispositions réglementaires (NGAP, NABM, TIPS...) ou conventionnelles,
- les projets expérimentaux de réseaux de soins, le développement de programmes de santé publique.

2.1.2.3. Les interventions sur les bénéficiaires

Le Service médical doit participer avec ses partenaires à des actions collectives favorisant

- l'acquisition par les bénéficiaires de comportements utiles à la préservation et à la promotion de la santé,
- la sensibilisation des bénéficiaires au bon usage du système de soins, tant dans le domaine curatif que préventif.

2.2. Les avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires

L'Assurance Maladie a la responsabilité de servir aux assurés les prestations qui leur sont dues. Pour certaines d'entre elles, les Caisses ont besoin de requérir l'avis du Service médical. Cet avis est sollicité dans deux circonstances : avis obligatoires et non obligatoires.

2.2.1. Les avis individuels obligatoires

Certains avis individuels sur les demandes des bénéficiaires ont été rendus obligatoires parce qu'ils ont été reconnus comme **indispensables**, **nécessaires** ou **utiles** à la liquidation par les Caisses.

L'avis du Service médical est indispensable lorsqu'il s'agit d'évaluer quantitativement la réduction de la capacité de travail (invalidité, inaptitude, IPP ...).

L'avis du Service médical est nécessaire pour des raisons de santé publique et de maîtrise médicalisée lorsqu'il implique, d'une part, une prise en charge médicale de longue durée et, d'autre part, une ouverture de droits à une catégorie de prestations. C'est le cas des ALD donnant droit à exonération du ticket modérateur, des autres ALD avec soins et/ou arrêt continu de plus de six mois, des maladies professionnelles, des rechutes et des soins après consolidation dans le cadre des accidents du travail.

Une attention particulière doit être accordée aux ALD les plus nombreuses et pour lesquelles les recommandations de pratiques font l'objet d'un consensus relativement large (artériopathie chronique évolutive, hypertension artérielle sévère, diabète sucré, insuffisance respiratoire chronique grave, ...). Le suivi de ces patients ne doit pas être soumis à une procédure de révision répétitive administrative n'ayant pas de sens médical. L'exonération du ticket modérateur peut être accordée de façon définitive d'emblée lorsque l'affection n'est pas susceptible de guérir. Cette nouvelle pratique du Service médical doit réduire de manière importante le nombre annuel de révisions des ALD (700 000 avis, soit autant que de demandes initiales).

Au lieu d'être systématique et répété pour chaque malade, le suivi de la prise en charge thérapeutique des ALD doit être organisé et réalisé **soit à l'occasion de l'analyse de l'activité d'un médecin, soit collectivement au cours de l'analyse de la prise en charge d'une pathologie dans une aire géographique donnée.**

Ce suivi exercera une action structurante sur les pratiques médicales en les confrontant aux recommandations et contribuera ainsi à la maîtrise médicalisée.

L'avis du Service médical a été jugé utile par les pouvoirs publics pour certaines prestations particulières : celles-ci ont été intégrées à la liste actuelle des avis obligatoires. Cette liste sera révisée régulièrement pour en réduire le nombre car, pour remplir son rôle dans la maîtrise médicalisée et promouvoir la qualité des soins, le Service médical doit délibérément accroître les moyens mobilisés sur les actions de santé publique.

2.2.2. Les avis individuels non obligatoires

Il est nécessaire de réserver les avis non obligatoires aux situations qui nécessitent un avis exprès des praticiens conseils et d'organiser plus rationnellement les circuits et procédures de travail liés à ces avis.

En 1996, cette catégorie représentait 15,6 % des avis individuels des médecins conseils en moyenne nationale (de 8 % à 38,6 % selon les régions).

Des instructions pour la réduction des questions non obligatoires superflues ont précédemment été données par les circulaires Cab N° 49/90 - ENSM N° 1358/90 de juin 1990, Cab N° 6736/90 - ENSM N° 1392/90 de décembre 1990 et Cab n° 4/91 - ENSM n° 1411/91 de février 1991.

Ces avis doivent être motivés par leur intérêt pour la maîtrise médicalisée des dépenses. Les échelons locaux et les Caisses doivent y avoir recours si :

- la prestation est particulièrement coûteuse,
- la probabilité de dérives d'indications médicales ou d'anomalies de facturation est grande,
- l'intervention de l'Assurance Maladie peut être opérationnelle et efficiente.

Les besoins d'aide à la liquidation doivent être pris en compte par l'élaboration de procédures standard de liquidation dans toute la mesure du possible.

Le codage des prestations et l'amélioration des dispositifs de contrôle au niveau de la liquidation permettent la mise en place de signalements automatiques de dossiers individuels de bénéficiaires dont la résolution relève d'abord des Caisses seules. Pour augmenter le nombre de cas résolus directement par les Caisses, le Service médical doit transférer la partie standardisable de son savoir-faire. L'interrogation du Service médical sur ces signalements automatiques sera réservée au repérage de professionnels de santé à contrôler ou de bénéficiaires fraudeurs ou suspectés d'abus de soins.

Le Service médical doit intervenir sur les abus individuels. Il dispose de l'article L. 315-2 qui permet de suspendre les prises en charges médicalement non justifiées.

2.2.3. Le contrôle des demandes d'entente préalable (EP)

Ce contrôle, qui relève des avis obligatoires ou des avis non obligatoires en fonction de la prestation concernée, contribue faiblement à la maîtrise médicalisée des dépenses.

Les évolutions législatives récentes doivent permettre une avancée significative dans la suppression des EP inutiles, prônée depuis longtemps par le Régime général.

En effet, d'une part, le codage permettra de repérer aisément les actes ou prescriptions à contrôler et, d'autre part, l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins introduit de nouveaux instruments de contrôle qui suppléent cette procédure :

- en application des articles L. 315-1 et L. 315-2, les avis du contrôle médical s'imposent sur l'ensemble des prestations,
- l'article L. 133-4 étend les possibilités de récupérations d'indus non seulement à la NGAP et à la NABM, mais aussi au TIPS et aux règles de prise en charge des transports.

La procédure de l'EP devrait être réservée à terme à des techniques innovantes, coûteuses, dont la pertinence ou l'innocuité ne sont pas validées de façon certaine en médecine de ville. Le Service médical peut contribuer à leur évaluation en vue de garantir aux bénéficiaires des soins de qualité. Cette procédure de l'EP doit donc être **transitoire** pour une technique donnée.

Dans la branche médicale, les suppressions nécessaires dès à présent concernent plus de la moitié des libellés d'actes soumis à EP côtés par directive nationale d'assimilation ou inscrits à la nomenclature. Lorsque le codage des prestations médicales sera opérationnel, d'autres EP pourront être supprimées. Dans la branche dentaire, l'objectif à terme est de réserver l'EP à l'orthopédie dento-faciale afin de développer les actions de santé publique (analyses et interventions).

L'ensemble de ces avis individuels pourra donc représenter à terme un tiers des activités de production du Service médical par la conjonction de plusieurs mesures :

- suppression des révisions d'exonération du ticket modérateur inutiles dans les affections chroniques,
- allègements des avis non obligatoires grâce à un meilleur ciblage,
- suppressions des ententes préalables inutiles,
- gains de productivité par l'amélioration des outils informatiques du Service médical et la simplification des procédures de travail, notamment celles appliquées à la gestion des exonérations du ticket modérateur.

2.3. Le conseil et la formation

Cette fonction de conseil et de formation résulte de la position d'observateurs privilégiés du système de soins qu'occupent les praticiens conseils.

- la fonction de conseil s'exerce auprès des directions et des conseils d'administration des Caisses d'assurance maladie, des bénéficiaires, des professionnels de santé, des pouvoirs publics, des services déconcentrés de l'Etat, des URML, des conférences régionales de santé ...

Elle porte sur la législation médico-sociale, la prévention, l'action sanitaire et sociale, les programmes de santé publique (dépistage, vaccinations...), la validation des progrès technologiques et leur dimension éthique...

Dans les années à venir, les défis que la médecine devra affronter seront avant tout éthiques et non scientifiques. Confrontés à l'extension des techniques et à l'attente de la population, les pouvoirs publics et les Caisses auront besoin d'être conseillés pour affronter la question " faut-il faire tout ce que nous savons faire ? "

- les praticiens conseils, comme ils le font déjà, peuvent intervenir dans la formation des médecins et des futurs médecins, à l'université, dans les organismes de formation continue et par l'accueil de résidents de médecine générale et d'internes en santé publique (décret n° 88-321 du 07.04.1988, décret n° 97-495 du 16.05.1997 et circulaire ministérielle du 26.09.1997).

3 UN NOUVEAU CONTEXTE

3.1. Un nouveau cadre d'actions régional

Les ordonnances d'avril 1996 ont introduit deux nouvelles structures régionales, l'URCAM et l'ARH.

3.1.1. L'URCAM

Les ordonnances demandent à l'ensemble des Services médicaux locaux et régionaux des différents régimes de coopérer et d'harmoniser leurs objectifs et leurs méthodes d'action et confient à l'URCAM le soin de leur coordination.

Les missions de l'URCAM ont été définies par les articles L. 183-1 et suivants du code de la Sécurité sociale.

Elle est chargée de définir une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville et de veiller à sa mise en oeuvre. A cet effet, elle élabore un **programme régional annuel de gestion du risque**. Elle suit et évalue les plans d'action des caisses des différents régimes, émet des avis et des recommandations visant à une meilleure cohérence des actions.

Les modalités de concours du Service médical du Régime général à ces activités sont formalisées par une convention entre le directeur de l'URCAM et le médecin conseil régional.

Le programme régional annuel de gestion du risque est soumis à l'approbation du conseil d'administration. Dans ses objectifs, ce programme doit prendre en compte les besoins exprimés par :

- la CNAMTS : orientations nationales en matière de gestion du risque et de santé publique, priorités inscrites dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion,
- les caisses locales du Régime général et les caisses des autres régimes,
- l'ARH,
- la conférence régionale de santé et les “ programmes régionaux de santé ” coordonnés par le préfet.

3.1.2. L'ARH

Elle définit et met en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers ; elle analyse et coordonne l'activité et les ressources des établissements de soins publics et privés.

Le Service médical, partie prenante dans le fonctionnement de l'ARH, doit contribuer aux décisions en matière de politique hospitalière régionale par la qualité de ses avis fondés sur l'analyse de l'activité des structures de soins :

- le médecin conseil régional est membre de la commission exécutive de l'ARH. Cette commission délibère notamment sur le programme de travail de l'agence et ses conditions d'application ;
- le Service médical du Régime général apporte son concours au fonctionnement de l'agence selon des modalités arrêtées conjointement par le directeur de l'agence et le Médecin conseil régional, et formalisées par une convention.

3.1.3. L'échelon régional du Service médical (ERSM)

Sous l'autorité du Directeur de la CNAMTS, le Médecin Conseil Régional fixe l'organisation du travail dans les services de l'échelon régional et des échelons locaux du contrôle médical de sa région. Par son autorité sur les personnels médicaux et administratifs, il est particulièrement responsable de la mobilisation des moyens à sa disposition pour :

- réaliser les actions programmées par la CNAMTS,

- mettre au service de l'URCAM une forte capacité d'expertise technique et s'engager avec elle dans des activités de gestion du risque de dimension régionale, en lien avec les échelons locaux,
- développer et coordonner les expertises hospitalières dans le cadre de sa participation à l'ARH (analyse de l'offre de soins en termes de planification et d'allocation de ressources par l'évaluation de la qualité des pratiques médicales notamment),
- assister, sur le plan technique, les échelons locaux pour la mise en oeuvre de la gestion du risque locale et la production d'avis individuels sur les demandes de prestations des bénéficiaires,
- collaborer avec l'URCAM aux études que les Unions régionales de médecins libéraux entreprennent dans le cadre de leurs attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements, des pratiques professionnelles, d'organisation et de régulation du système de santé.

3.2. Un nouveau contexte au plan local

Les ordonnances d'avril 1996 ont inscrit dans un nouveau cadre législatif les actions coordonnées entre les Caisses et le Service médical.

Désormais, un **plan d'action de gestion du risque** est proposé par le directeur de la Caisse primaire au conseil d'administration. Ce plan est préparé en collaboration étroite avec le Service médical. Il intègre des actions d'intérêt local, le programme régional annuel de gestion du risque et, s'il y a lieu, des actions nationales spécifiques.

Son élaboration prend en compte les nouvelles dimensions de la gestion du risque et utilise les méthodes de sélection des domaines d'intervention (Cf. brochure " conduite de projet et élaboration de l'avenant général... " ENSM n° 1150/96 - septembre 96).

Son application nécessite l'élaboration d'un programme de travail interne détaillant les activités retenues, les modalités de mobilisation des moyens et des informations ainsi que les conditions de concertation entre la caisse et le Service médical.

Ce programme de travail annuel local de gestion des risques, co-signé par le directeur et le médecin chef, est conclu selon les dispositions antérieurement applicables au PLAC. Il prend en compte toutes les activités de l'échelon local du Service médical et de la caisse :

- les évaluations et les contrôles sur les professionnels et les structures sanitaires ou médico-sociales,

- les interventions en Santé Publique,
 - les modalités d'interrogation du Service médical sur les demandes de prestations des bénéficiaires.
-

La présente circulaire se substitue à la circulaire Cab n° 49/90, ENSM n° 1358/90.

Des directives et des circulaires d'application préciseront certaines orientations et points techniques de cette circulaire d'orientation.

Un bilan annuel qualitatif et quantitatif de son application sera réalisé

Le Directeur

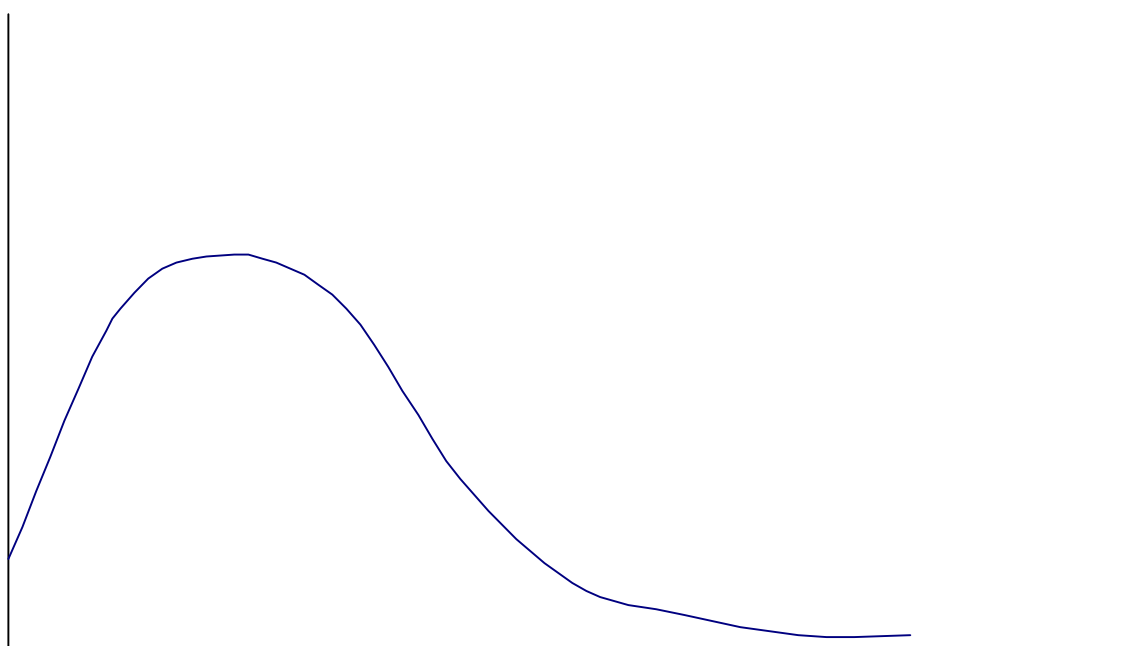
Bertrand FRAGONARD

ANNEXE I

L'EVALUATION COLLECTIVE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Evaluations collectives et contrôles individuels

Exemple du nombre annuel des dosages de bilans thyroïdiens (TSH, T4, T3 seuls ou associés)
prescrits pour 100 clients
(données fictives)



L'évaluation des pratiques professionnelles conduit à comparer les pratiques réelles aux **recommandations de bonne pratique** et aux **référentiels opposables** ; dans le premier cas, il s'agit de l'évaluation collective des pratiques qui identifie des pratiques conformes, insuffisantes ou excessives. L'Assurance Maladie doit intervenir pour inciter les professionnels à des pratiques conformes (ce sont les interventions incitatives ou les actions de conseil et de formation). Dans le second cas, il s'agit du contrôle individuel des professionnels. Ici, les interventions de l'Assurance Maladie doivent être persuasives ou coercitives pour que ces pratiques soient sanctionnées. L'objectif ultime de toutes ces interventions est de diminuer les variations des pratiques réelles et de les centrer sur les recommandations de bonne pratique pour chaque soin.

@NV

ANNEXE II

L'EVALUATION COLLECTIVE DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Evaluation du suivi de la prise en charge des patients atteints d'ALD (surfaces fictives)

Les trois situations ne se recouvrent pas . Le but est de tendre à leur superposition particulièrement à celle de A sur B. Pour y parvenir , le dispositif du PIREs pourrait être structurant : à l'occasion du PIREs**, les médecins-conseils doivent informer les médecins traitants du contenu des recommandations de pratiques cliniques et les conduire à respecter ce contrat avec l'Assurance Maladie pour le bénéfice de la santé des patients et de la maîtrise médicalisée.

** PIREs : Protocole Inter Régime d'Examen spécial

ANNEXE III

Exemple 1

Une relation positive très nette a été démontrée entre le taux de succès des angioplasties coronariennes et leur nombre réalisé par les cardiologues ou les établissements de soins. Un tel constat doit conduire à définir des seuils autorisant l'habilitation pour une telle pratique. L'évaluation collective des pratiques doit mettre à jour ces relations pour que l'Assurance Maladie puisse agir concomitamment en faveur de la maîtrise médicalisée et de la qualité des soins.

Exemple 2

Selon une étude récente réalisée en 1997, dans sept départements pourvus d'un registre des cancers coliques (Calvados, Côte d'Or, Doubs, Hérault, Saône-et-Loire, Somme et Tarn), la diffusion de la chimiothérapie adjuvante dans le cancer colique se développe de façon paradoxale : 24 % (10 à 35 % selon les départements) des stades classés Dukes B (avec envahissement de la paroi colique mais sans métastase ganglionnaire) ont reçu une chimiothérapie adjuvante alors que son efficacité n'est pas établie dans cette indication. A l'inverse, seulement 42 % (38 à 50 % selon les départements) des stades classés Dukes C (avec envahissement ganglionnaire) en ont bénéficié, alors qu'elle constitue un progrès thérapeutique démontré par plusieurs essais cliniques (Conférence de consensus " Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du colon ", Paris, Janvier 1998).

Exemple 3

Chaque français connaît quelqu'un qui bénéficie d'un arrêt de travail qu'il juge abusif. Certains responsables politiques ont même affirmé dans leur temps " qu'il y a près de 40 % des arrêts de travail qui ne sont pas justifiés et relèvent du confort " (l'Événement du Jeudi 15-21 juillet 1993). Or, l'enquête menée par la CNAMTS en 1993 a montré que le taux d'arrêts de travail non motivés médicalement était inférieur à 6 % (CNAMTS -Enquête nationale sur les indemnités journalières - Décembre 1994). Une évaluation très proche a été réalisée par une société privée spécialisée dans le contrôle médical des arrêts de travail effectué à la demande des chefs d'entreprise : 8 % sur 15 000 arrêts vérifiés (Impact Médecin Hebdo n° 265 - 9 mai 1997).

Exemple 4

L'écho-endoscopie digestive, bien que pratiquée depuis plus de dix ans et validée par un rapport de l'ANDEM de janvier 1994, n'est pas inscrite à la NGAP. La seule solution cohérente pour apaiser les conflits inévitables sur ce point est une modification de la nomenclature. L'inscription de cet acte a été votée par la Commission Permanente de la Nomenclature et présentée au Ministère. Il n'est pas opportun, dans ces conditions, d'entamer des conflits sur la cotation de cet acte.

Exemple 5

Le contrôle de la bonne utilisation de l'ordonnancier bi-zone de tous les médecins de la circonscription. On sait que la dérive globale porte sur 31 % des ordonnances, 17 % des lignes de prescriptions mais seulement sur 7 % du montant moyen en francs de l'ordonnance (Revue Médicale de l'Assurance Maladie 1997 - n° 2) et n'a aucun impact sur la qualité des soins. Par contre, ce domaine d'intervention doit faire l'objet de contrôles individuels de professionnels ciblés grâce à l'analyse de ratios extraits des bases SIAM et/ou de la connaissance du terrain.

Exemple 6

Le Service médical doit renoncer au contrôle de la RMO 10 du thème 8 sur le diabète non insulino-dépendant ainsi libellée : “ il n'y a pas lieu, chez les sujets de plus de 70 ans, de commencer un traitement par sulfamides sans utiliser des doses initiales réduites ”. Le médecin conseil qui constate l'utilisation de sulfamides chez les personnes de plus de 70 ans n'a quasiment pas les moyens de prouver de manière irréfutable que le début du traitement a utilisé des doses réduites (problèmes de recherche d'archives, de témoignage, de définition de ce qu'est une dose réduite, etc...).

Exemple 7

RMO sur l'acné. Les références n° 3 et 4 indiquent qu'il n'y a pas lieu de débiter un traitement de l'acné par isotrétinoïne sans avoir vérifier qu'il n'y a pas de grossesse en cours par un test qualitatif de grossesse et qu'il n'y a pas lieu de le poursuivre sans répéter le test tous les deux mois. Par ailleurs, un moyen efficace de contraception doit avoir été instauré un mois avant le début du traitement et être poursuivi ensuite.

Dans une étude réalisée par l'échelon local des Hauts-de-Seine en décembre 1995, 84 % des femmes n'ont pas eu de test de grossesse avant la mise en route du traitement. 25 % des femmes sous traitement n'avaient pas de contraception efficace prescrite.

Il s'agit là d'une référence contrôlable dont le non respect est fréquent et les conséquences potentielles en terme de santé publique non négligeables (risque tératogène).