

CONTRÔLES
T2A
ET SANCTIONS
FINANCIÈRES

ANNALES

2^e JOURNÉE
THÉMATIQUE
FHP-MCO

16
JUN
2010

**FHP-MCO
2^E JOURNÉE THÉMATIQUE
CONTRÔLES T2A
ET SANCTIONS FINANCIÈRES
PARIS 16 JUIN 2010
ANNALES**

SOMMAIRE

4 LES CONTRÔLES EXTERNES ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES

ALLOCATION D'OUVERTURE

LAMINE GHARBI, PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

5 POINT DE VUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

LES CONTRÔLES EXTERNES ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES : VOLONTÉ POLITIQUE, TRADUCTION DE CETTE POLITIQUE DANS LA RÉGLEMENTATION, PLACE DES ARS

THOMAS FATOME, DIRECTEUR ADJOINT À LA DSS

FÉLIX FAUCON, DIRECTEUR ADJOINT À LA DGOS

13 POINT DE VUE DE LA CNAMTS

LES CONTRÔLES EXTERNES ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES : BILAN DES CONTRÔLES DES ANNÉES PRÉCÉDENTES, PERCEPTION DES CONTRÔLES ET DES ÉVOLUTIONS DE LA RÉGLEMENTATION

DR PIERRE FENDER, DIRECTEUR DU CONTRÔLE-CONTENTIEUX

ET DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES À LA CNAMTS

19 POINT DE VUE DES FÉDÉRATIONS

DR VALÉRIE-JEANNE BARDOU, MÉDECIN CONSEIL DE LA FNCLCC

DR HÉLÈNE LOGEROT, CONSEILLER MÉDICAL DE LA FEHAP

PASCAL DELUBAC, PILOTE DU GROUPE DE TRAVAIL « CONTRÔLE T2A » DE LA FHP-MCO

27 POINT DE VUE DES MÉDECINS DIM

LES RÈGLES DE CODAGE, LE DÉROULÉ DES CONTRÔLES, LA QUALITÉ DU DOSSIER MÉDICAL

DR MARIE-PAULE CHARLOT

DR JÉRÔME FERNANDES

DR HERVÉ VANSTEENE

37 POINT DE VUE DES AVOCATS

LA PRÉPARATION ET LA PRÉVENTION DES CONTRÔLES, LES PROCÉDURES ET LES ÉVOLUTIONS DE LA JURISPRUDENCE PROBLÉMATIQUES SOULEVÉES ET ÉVOLUTIONS SOUHAITABLES DE LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR

MAÎTRE SOPHIE HOMBURG

MAÎTRE FRANÇOIS MUSSET

MAÎTRE ANNE-SOPHIE MOULIN

LES CONTRÔLES EXTERNES, ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES

ALLOCUTION D'OUVERTURE

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO



La séance est ouverte à 9 h 45.

Lamine GHARBI : Je vais ouvrir cette journée de travail. Je vous remercie tout d'abord d'avoir répondu présent à notre invitation et je tiens également à remercier toute l'équipe de la FHP-MCO qui a préparé cette journée et la conclusion qui va se traduire aujourd'hui devant vous.

Je suis heureux de vous accueillir sur cette thématique difficile parce qu'elle touche au fonctionnement des établissements et au-delà à la relation que nous avons avec l'Assurance Maladie, l'État et toutes les composantes du contrôle médical.

Comme je le dis souvent, je suis un professionnel des contrôles T2A car à titre personnel j'en ai eu quatre, en 2006, 2007 et 2008, dans mes deux établissements. Je peux donc en parler librement et peut-être en connaissance de cause. Lorsque j'ai été contrôlé dans les premières années, on m'expliquait que j'avais de la chance car c'était le début et que je n'aurais pas de sanction. Il est vrai que les premières années il n'y en avait pas mais aujourd'hui on est en plein dedans. À ce titre, la question qui nous est posée régulièrement, en tant que

fédération, sur la thématique des sanctions et sur les conséquences avant tout économiques sur la disproportion entre les sanctions et l'indu, nous irrite fortement.

Nous accueillons pour la première table ronde M. Thomas FATOME, de la DSS, qui nous parlera de la vision de l'État, M. Félix FAUCON, de la DGOS et le Dr Pierre FENDER, directeur du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes à la CNAMTS, qui a en charge le contrôle T2A.

Je compte sur vous pour animer cette table ronde. C'est très simple : mon numéro de portable va s'afficher et vous pourrez m'envoyer vos questions par SMS durant toute la durée de la journée. Cela me permettra de les retranscrire et de les poser, étant entendu qu'en plus vous pourrez évidemment en poser en direct. Certaines peuvent être difficiles, car on n'a pas toujours envie de poser des questions qui fâchent, le but étant aujourd'hui non pas de se fâcher mais de dire les choses. J'ai envie qu'au terme de la journée nous ayons tous appris ce qu'est le contrôle T2A et que nous puissions vraiment le faire évoluer. Nous ne pouvons pas rester dans la situation actuelle ; nous avons trop de difficultés. Comme je le dis toujours, le contrôle T2A est un impôt mais pour la fonction publique c'est une dotation MIGAC qui va arriver. La différence est fondamentale et on ne peut pas en rester là. Comme vous le verrez tout au long de la journée, nous allons parler de toutes les actions juridiques qu'il conviendra de mener. Ce sera difficile mais il faut y aller et continuer dans cette voie. ■

POINT DE VUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

LES CONTRÔLES EXTERNES ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES : VOLONTÉ POLITIQUE, TRADUCTION DE CETTE POLITIQUE DANS LA RÉGLEMENTATION, PLACE DES ARS

Thomas FATOME : Bonjour. Je suis adjoint au directeur de la sécurité sociale. J'ai prévu de vous parler assez rapidement de quelques éléments de cadrage pour vous donner notre vision du contrôle T2A, et je pense qu'elle sera parfaitement cohérente avec celle de la DGOS.

Il est important de se situer dans le contexte de la maîtrise des dépenses de l'Assurance Maladie et du cadrage actuel de l'Ondam, évidemment avec le prisme de la Direction de la sécurité sociale. Nous avons un objectif de 3 % en 2010 et un cadre a d'ores et déjà été fixé par le président de la République pour 2011 et 2012 puisque nous sommes sur un horizon à 2,9 % en 2011 et 2,8 % en 2012. Il suffit de regarder sur une longue période : moins de 3 % en trois ans n'a jamais été fait. Je ne vais pas d'emblée jeter un froid mais c'est évidemment un cadre général important que l'on doit avoir à l'esprit quand on regarde l'ensemble des mécanismes de la dynamique de la dépense et de sa régulation.

Dans ce cadre, toujours parmi les messages qui ne sont pas forcément sympathiques, l'année 2009 a quand même été marquée au plan macro par une dynamique importante des dépenses hospitalières, publiques comme privées et MCO comme SSR. Un extrait du rapport sur l'Observatoire des dépenses hospitalières montre une dynamique assez élevée et des dépenses hospitalières plus importantes que celles qui avaient été anticipées et donc qui ont généré un dépassement élevé. C'est le cadrage général, c'est-à-dire un cadre financier contraint et des dépenses hospitalières assez dynamiques, avec des volumes assez élevés qui peuvent nous interroger sur leur compatibilité avec le cadrage financier.

Concernant la place du contrôle T2A, je vais essayer de me limiter aux grandes bases et à la façon dont nous voyons cela du côté de la Direction de la sécurité sociale. M. FENDER rentrera beaucoup plus dans la mécanique puisque c'est l'Assurance Maladie qui est le maître d'œuvre du dispositif.

Tout d'abord, ce contrôle est un outil de régulation ; il n'est évidemment pas le seul. Il est important pour nous



THOMAS FATOME
DIRECTEUR ADJOINT À LA DSS



FÉLIX FAUCON
DIRECTEUR ADJOINT À LA DGOS

de rappeler que nous ne considérons pas, d'ailleurs pour la ville comme pour l'hôpital, que c'est uniquement en contrôlant qu'il est possible de réguler et de piloter des secteurs de dépenses de santé. C'est un élément indispensable mais ce n'est pas le premier des outils de tarification qui fonctionnent et incitent à l'efficacité de la dépense.

Ce contrôle est aussi et surtout un outil indispensable pour assurer une concurrence juste et saine entre les opérateurs. Sans contrôle permettant de faire respecter les règles du jeu, celui qui le fait est alors évidemment floué par rapport à celui qui ne le fait pas. C'est aussi simple que cela, comme pour les feux rouges et la circulation. J'ai envie de dire, pour pousser un peu et sans doute vous faire réagir, que c'est pour protéger le secteur que ces règles ont été mises en place ; je le pense assez fondamentalement. M. GHARBI en dira peut-être un mot ; nous avons eu l'occasion d'échanger récemment à ce sujet. Quand la T2A a été mise en place les toutes premières années, on a vu l'optimisation se déployer à la vitesse grand V parce que sans doute les règles n'étaient pas assez claires et que les contrôles n'étaient pas encore opérationnels, mais on voit que ce n'est pas soutenable et qu'en plus cela ne correspond pas à une bonne allocation des ressources publiques. Des règles sont définies,

par des lois, des décrets et des dispositifs qui encadrent la tarification et la facturation, et il est indispensable qu'elles soient respectées pour que la concurrence joue entre l'ensemble des acteurs.

Les caractéristiques de ce contrôle : tout d'abord, c'est l'État qui fixe la règle du jeu. Ce sont en effet des décrets qui fixent les modalités de contrôle, avec des détails assez précis. La procédure est extrêmement encadrée – j'en redirai un mot – avec une place importante laissée au contradictoire. En effet, dès que l'on rentre dans des logiques d'indus ou de sanctions, les textes de portée générale à la fois français et communautaires nous imposent – et c'est heureux – le respect d'un certain nombre de principes dont ce dernier.

Il est également important de dire que ce contrôle était en termes de pilotage sous la responsabilité des ARH hier et que demain ce seront les ARS. Je crois, sans déflorer le débat, que derrière ce qui nous est remonté comme des hétérogénéités en termes de décisions ou de traitement il y a un choix assumé, dans la mesure où il s'agit d'une autorité régionale déconcentrée, que les ARS prennent les principales décisions en amont et en aval du contrôle. Enfin, la mise en œuvre opérationnelle est assumée par les services de l'Assurance Maladie sur la base des programmes régionaux de contrôle arrêtés par l'ARS. Il est bien d'avoir en tête l'ensemble de ce cadre pour situer le rôle des acteurs et qui décide quoi.

Le ciblage sur des tests statistiques est un point important. Je pense que Pierre FENDER ira beaucoup plus dans le détail mais il est utile de rappeler que les textes et les procédures qui ont été mis en œuvre il y a maintenant quatre ou cinq ans se fondent d'abord et avant tout sur une analyse objective et statistique de l'activité des établissements et la comparaison entre activités et établissements. C'est sur cette base – que nous considérons comme objective parce que statistique – que les contrôles se déploient ensuite sur place et sur pièces. C'est un élément central. Notre sentiment est que cela protège de l'arbitraire. Les contrôleurs vont voir la clinique Z non pas parce qu'ils ont envie de contrôler cet établissement, mais parce qu'un ciblage a été opéré, selon des modalités qui vous seront précisées.

Nous aurons certainement l'occasion de reparler de l'articulation indu-sanction. C'est un des thèmes d'interrogation et d'inquiétude, ou de critique. Elle est construite aujourd'hui sur la base très précise d'un barème, celui fixé par les textes. Elle nous paraît aujourd'hui bien établie et en tout cas s'explique assez bien si l'on prend des exemples précis. Il est important d'aller au-delà d'approches ou d'impressions consistant à dire : « Ils ont vu dix dossiers et nous avons une pénalité de 500 000 € ». C'est comme nous le disons souvent un peu plus compliqué que cela et cela s'appuie encore une fois sur des procédures et des textes.

Quelques éléments de bilans généraux montrent que nous sommes sur la bonne voie. Le but du contrôle est non pas de sanctionner mais de faire en sorte que les règles soient respectées ; c'est important. Notre ambition, en tout cas à la DSS – je pense qu'il en ira de même à la DGOS – n'est pas de pouvoir dire à la fin de l'année : « C'est super, nous avons le montant de sanctions le plus élevé ; cela fait des recettes en plus ». Encore une fois, ce n'est pas ainsi que l'on régule un secteur. Notre objectif est que les règles soient respectées.

Les pourcentages d'anomalies baissent. Peut-être aimerait-on qu'ils baissent plus vite mais on voit bien qu'un effet d'apprentissage se fait sentir. Cela montre que, même si vous aurez sans doute beaucoup de critiques à faire, les établissements respectent in fine, visiblement davantage aujourd'hui qu'hier, les règles de facturation, ce qui va dans le bon sens.

Les pistes sur lesquelles nous travaillons et qui ont fait l'objet d'échanges avec les fédérations pas plus tard qu'hier sont le dernier élément que je souhaite évoquer, et j'espère qu'elles seront aussi un des éléments de conclusion de cet échange. La première consiste à continuer à approfondir les efforts de communication et d'explication du dispositif, qui encore une fois est complexe. Il mêle des indus et une sanction. Il est long entre la phase de contrôle et la phase décisionnelle. En effet, il respecte un certain nombre d'étapes contradictoires mais cela peut générer des incompréhensions de la part des établissements. Il y a donc d'importants efforts à faire, de la part de l'État comme de l'Assurance Maladie, pour expliquer sur le plan national, local et régional comment cela fonctionne. Cela veut dire également consolider les outils d'échange entre les fédérations, les acteurs régionaux et l'Assurance Maladie. Il existe déjà un certain nombre de procédures remontées. Un rôle de « gardien du temple », si je puis dire, d'arbitrage est notamment dévolu à l'ATIH en cas de discussions ou d'ambiguïtés sur l'application des normes pour expliquer les règles. Il faut voir comment il est mis en œuvre et s'il est possible de le consolider.

Nous travaillons également – mais la liste est non exhaustive et s'enrichira sans doute de ce que vous direz aujourd'hui – au renforcement du cadre de pilotage par les ARS. On voit bien qu'il peut exister un sentiment d'incompréhension – c'est en tout cas ce qui nous est dit – par rapport à la diversité des décisions prises en fonction des situations régionales et locales. C'est sans doute quelque chose qu'il faut, à l'aune de la réforme HPST et de la mise en place des ARS, mieux encadrer et expliquer. Voilà, sans être trop long, ce que je voulais évoquer.

Lamine GHARBI : Merci monsieur FATOME. Je n'ai pas honte de le dire – car je parle souvent pour moi quand

je prends cet exemple – que quand la T2A a été mise en place en mars 2005 j'ai appuyé sur la touche « optimisation » parce que les règles étaient un peu floues, parce que la réglementation était nouvelle et surtout parce que nous avons très peur du passage à des prix de journée et du FSO à la tarification à l'activité T2A telle que nous la connaissons. Nous avons donc il est vrai tenté d'optimiser le logiciel et la facturation. C'est normal. Tout le monde l'a fait, le public comme le privé. Les règles se sont ensuite affinées, vous avez mis des garde-fous et ce n'est pas terminé car il subsiste, comme nous le verrons dans la journée, de grandes zones d'incertitudes qui peuvent entraîner des conflits. Nous rentrons tous aujourd'hui dans un cercle vertueux et les inadéquations et problématiques régressent chaque jour et chaque semaine qui passe. Je dirai donc que pour moi c'est du passé et qu'aujourd'hui c'est cadré.

Vous représentez l'État et nous sommes une fédération professionnelle, mais la France n'est pas un état fédéral, or on s'aperçoit, alors que la mécanique est très précise, imparable et très facilement compréhensible, que des régions appliquent 100 % du barème et d'autres l'euro symbolique. Cela venait-il de l'ARH ou cela vient-il de l'ARS ? Je suis un peu perplexe s'agissant de la différence de traitement qui peut exister entre deux régions, qu'elles soient voisines ou non, peu importe. Vous représentez l'État : quelle est votre volonté, non pas en termes de transparence, car le terme n'est pas adapté, mais d'égalité ? Ne me dites pas que vous allez appliquer la sanction maximale à tout le monde car cela ne me plaira pas. Dites-moi plutôt que l'on se dirige vers l'euro symbolique pour tout le monde. Ce serait beaucoup plus agréable à entendre aujourd'hui.

Thomas FATOME : Il faut savoir ce que l'on veut dans le système. Deux principes classiques s'affrontent. Dieu sait que l'on entend tous les jours que certes nous ne sommes pas dans un état fédéral mais que tout ce qui descend de Paris..., qu'il faut déconcentrer, s'adapter au terrain, que les décisions soient prises par les acteurs responsables sur le plan régional, qu'il faut adapter l'organisation des soins aux spécificités régionales, etc. Le cœur de la loi HPST réside dans le fait que le directeur d'ARS a davantage de responsabilités et d'autonomie pour organiser tout cela. En même temps, dès que ce qu'il se passe à Toulon n'est pas identique à ce qu'il se passe à Brest, on entend dire que c'est injuste, etc.

On est dans cette tension. Comme je l'ai dit, on doit progresser pour mieux fixer les règles du jeu. Je pense qu'il reste pertinent, parce que la philosophie globale est d'essayer de responsabiliser les acteurs régionaux et de dire au directeur ARS qu'il a une responsabilité qui ne consiste pas uniquement à appuyer sur un bouton « sanction minimale » ou « sanction maximale ». Des

personnes ont été nommées directeurs d'ARS en Conseil des ministres : cela ne valait pas la peine si c'est uniquement pour qu'elles pressent un bouton. Le fait qu'elles assument cette responsabilité est une bonne chose. À nous de fixer des règles du jeu plus transparentes et plus claires ; nous y reviendrons.

C'est déjà en partie ce que fait l'Assurance Maladie, mais peut-être faut-il qu'elle l'explique et que l'État ait des politiques de sanctions davantage modulées en fonction des pratiques des établissements ; je pense notamment à la récidive. Il est idiot de vouloir sanctionner directement un établissement qui cote mal la première fois et qui se dit de bonne foi sauf si l'on a la preuve manifeste que ce n'est pas vrai. En revanche, on est avec des récidivistes patentés face à de la fraude pure et dure, ce qui mérite une forte sanction. Il faut sans doute progresser en la matière, mais j'entends aussi les acteurs (hospitaliers et non hospitaliers) qui nous disent qu'il faut laisser un peu de respiration sur le plan régional pour organiser et adapter le système et éviter de nouvelles circulaires tous les matins. Il faut trouver un juste équilibre, mais je pense que Félix FAUCON aura davantage à dire sur ce sujet que moi.

Lamine GHARBI : Vous avez raison sur les ARS. Vous avez nommé de hauts fonctionnaires d'une qualité certaine mais de formations différentes. L'approche est un peu différente selon qu'ils sont médecins ou industriels.

Ce qui me gêne est qu'auparavant il existait des Comex, dont nous n'avons jamais vraiment su le nombre de membres car nous n'avons jamais été invités. Nous aurions aimé participer aux délibérations, au moins avec une voix consultative, mais cela n'a jamais été possible. On a bien compris que maintenant c'est l'ARS qui va signer en définitive seule et que l'on n'aura pas de recours si ce n'est juridique. Ne pourrait-on pas imaginer une voie de recours avec votre arbitrage ? On me dit quand je suis à Paris de donner de la liberté aux régions, mais quand je suis en région, car je suis aussi président de région, on me dit que ce n'est pas possible parce que Paris ne veut pas. Même entre vous c'est un peu compliqué. En effet, il est entre les différents services (la CNAMTS, l'Assurance Maladie, la DGOS, la DSS, le ministère et le cabinet) parfois compliqué de trouver une position harmonisée.

Félix FAUCON : Concernant le rôle des ARS, je signale tout d'abord que l'on n'a pas nommé que des hauts fonctionnaires à la tête des ARS. On a même poussé l'audace jusqu'à nommer des personnes qui venaient du privé...

Dans la salle : Pas beaucoup...

Félix FAUCON : C'était pour vérifier que tout le monde suit bien (*rires*). Je voudrais revenir sur votre observation sur l'hétérogénéité des pratiques dans le maniement du

dispositif de sanction et compléter le propos de Thomas FATOME. Pour ceux qui ne me connaîtraient pas, je suis l'adjoint d'Annie PODEUR, directrice Générale de l'Offre de Soins. Nous sommes dans une phase où, avec le changement des acteurs, il ne faut pas non plus trop prendre le risque d'un éparpillement des pratiques et donc d'un traitement trop différencié au regard de fautes comparables d'une région à l'autre. Certainement, comme l'a dit Thomas FATOME, nous avons une responsabilité pour faire en sorte qu'il y ait un échange, au minimum, et un partage de l'ensemble des acteurs du dispositif afin que, sans aller jusqu'à l'élaboration d'une doctrine, un certain nombre de principes puissent être partagés et pour donner des lignes de cohérence d'ensemble dans le maniement du dispositif de sanction. Comme vous l'avez dit aussi, la décision prise par le directeur général de l'ARS est susceptible de recours et en cas de situation qui pourrait être très critiquée par le juge, il y aurait certainement des recours en faveur des établissements qui se trouveraient dans celle-ci.

Je vais enchaîner si vous le permettez sur quelques éléments. Je voudrais tout d'abord rappeler afin d'être très clair – mon propos est tout à fait complémentaire et convergent de ceux qui vont être tenus par M. FATOME et M. FENDER – que les contrôles sont à la fois totalement légitimes et absolument nécessaires. Ils sont totalement légitimes parce que les ressources qui sont mises à la disposition de l'ensemble de l'hospitalisation publique et privée sont solvabilisées par les prélèvements sociaux. Il y a bien là emploi de deniers publics, d'une certaine façon, et tout le dispositif de l'État et de l'Assurance Maladie doit veiller à ce que ces ressources soient employées dans l'esprit du bon emploi des deniers publics. C'est la contrepartie de la garantie globale de solvabilité du système qui est apportée par les prélèvements obligatoires.

Ensuite, ils sont nécessaires parce que nous sommes dans un dispositif qui n'a pas été marqué au cours des dernières années par une extraordinaire stabilité et qu'il faut accompagner l'appropriation des règles de fonctionnement du jeu par l'ensemble des acteurs. Par ailleurs, comme toujours quand il s'agit d'un système et d'acteurs, il est également nécessaire de pouvoir sanctionner les acteurs qui ne jouent pas le jeu.

Par rapport au dispositif, j'insisterai pour compléter le propos plutôt sur l'amont du dispositif de sanction et notamment le rôle qu'a commencé à jouer l'ATIH et qu'elle devrait jouer de plus en plus dans le futur pour agir en amont de celui-ci afin de pouvoir alerter les acteurs lorsqu'un certain nombre de codages (puisque c'est à la base celui des séjours qui est en jeu) apparaissent comme un peu aberrants par rapport aux anticipations que l'on a pu faire de l'utilisation du système de codage par eux.

Comme vous le savez, l'ATIH a mis en place un certain nombre de dispositifs permettant d'identifier des codages

aberrants. Cela a même donné lieu fin 2009 à un rapport de l'ATIH sur le résultat de cette observation et à l'intervention de celle-ci en amont pour alerter les acteurs sur un certain nombre de codages qui ne correspondaient pas à la règle du jeu. On est bien là dans la pédagogie du système vis-à-vis des acteurs qui le mettent en œuvre. C'est pour moi une intervention importante car cette pédagogie doit avoir lieu sur l'ensemble de la chaîne de contrôle, que ce soit en amont par l'ATIH ou en aval par les agents de l'Assurance Maladie, qui doivent aussi à l'occasion des contrôles dispenser la pédagogie du système.

Pour prendre un exemple très concret, deux atypies ont été identifiées en 2009. Tout d'abord, le codage de l'isolement thérapeutique, qui avait été pratiqué par un certain nombre de centres de lutte contre le cancer vis-à-vis de patients dont les traitements par définition imposaient qu'ils soient isolés. Il n'était donc pas nécessaire de surcoder cette dimension d'isolement thérapeutique ; elle était prise en compte de base dans les séjours qui concernaient en particulier ces patients.

L'ATIH a réagi dès que ce codage est apparu. Elle est intervenue auprès des CLCC, qui ont été alertés et ont modifié leurs pratiques, ladite modification ayant été observée et vérifiée tout au long de l'année par l'ATIH, ce qui met de ce fait les acteurs en question (les CLCC) à l'abri de contrôles de régularité ultérieurs puisque leur comportement a pu être rectifié en infra-annuel. Il est important de déployer davantage de moyens pour accompagner la pédagogie du système de la sorte.

Le deuxième codage aberrant ou atypique était celui de la dénutrition, qui relevait le niveau de sévérité des séjours et donc le financement associé à ces derniers. Il était lié à une imperfection de la CIM 10, le référentiel lui-même ayant pu être modifié à l'issue de l'observation de ce codage. Comme vous le voyez, nous ne sommes pas systématiquement et d'emblée dans une position de censeurs. Nous sommes nous-mêmes modestes par rapport aux imperfections du système et nous avons besoin d'un dispositif de surveillance de la façon dont le système génère des aberrations pour y remédier, parce que parfois c'est dû au jeu des acteurs alors que d'autres fois c'est le système lui-même qui n'a pas été bien stabilisé et mis en place pour coder correctement un certain nombre de séjours.

L'objectif est que l'ATIH déploie de façon plus globale un tel dispositif de surveillance de l'activité de codage des établissements, notamment lorsqu'il y a un changement de classification ; c'était le cas l'année dernière. Je vous rassure : nous allons nous calmer un peu sur les changements de classification et essayer de vivre avec les mêmes pendant quelques années encore, mais il est nécessaire de surveiller les nomenclatures quand il y a suppression ou création de codes. C'est la vie normale du dispositif. Il est également nécessaire d'être plus anticipatifs dans les guides de bonnes pratiques de codage

sur les consignes de codage (notamment par rapport aux séjours de surveillance, avec des règles contraignantes autour de certains séjours) et la pédagogie, lorsque la réglementation évolue, par exemple sur les forfaits sécurité de l'environnement hospitalier, etc. et leur bon maniement.

Pour autant, nous savons tous que les établissements (privés depuis longtemps et publics depuis moins longtemps, mais de façon extrêmement dynamique) cherchent à optimiser les règles de codage. C'est normal et même souhaitable puisqu'une bonne codification fait remonter davantage d'informations vers le régulateur, ce qui nous permet ultérieurement de bien appliquer les mesures de redéploiement de la ressource ou d'incitation ou de désincitation tarifaire par rapport à une information plus fiable. Néanmoins, cette optimisation, qui met en lumière un certain nombre d'éléments qui n'apparaissent pas et qui n'étaient pas financés jusque-là, ou qui l'étaient insuffisamment, ne doit pas franchir la limite de la fraude.

On peut noter que les contrôles ou sanctions appliquées démontrent que le dispositif anti-fraude est indispensable dans les deux secteurs public et privé. Je veux devant la FHP-MCO souligner le fait que les contrôles traitent indifféremment les acteurs selon qu'ils sont publics ou privés. Nous avons en effet observé que, même si l'intérêt à agir est évidemment différent entre les responsables des établissements publics et privés, on peut avoir la tentation même dans des établissements publics de franchir la limite entre l'optimisation du codage – qui peut se comprendre et qui est même à certains égards nécessaire – et le surcodage, qui vise à ne pas décrire un séjour pour ce qu'il est afin de générer une ressource indue au regard de la réalité du poids financier de la prise en charge réellement réalisée par l'établissement.

Il y a donc absolument nécessité – et ce sera mon mot de conclusion – non seulement d'être plus actifs et proactifs en amont du dispositif de contrôle externe appliqué par l'Assurance Maladie à l'ensemble des établissements à travers un dispositif notamment porté par l'ATIH pour renforcer la vigilance et d'être en capacité d'alerter les établissements sur des pratiques aberrantes – je ne dis pas frauduleuses –, mais également de renforcer le dispositif de sanction. En effet, comme l'a très bien indiqué Thomas FATOME tout à l'heure, nous sommes d'ores et déjà dans un système extrêmement tendu en termes de ressources disponibles et nous ne pouvons pas, dans un système qui est globalement financé et solvabilisé par des ressources publiques, admettre non seulement les situations de niche ou de sur-gain, parce que c'est aussi contraire au bon emploi des deniers publics, mais aussi, à plus forte raison, des comportements frauduleux qui captent une partie de la ressource nécessaire alors qu'elle va devenir de plus en plus rare et qu'il faut qu'elle

soit disponible là où les acteurs sont vertueux et respectent les règles du jeu. Cela accroîtrait sinon la contrainte qui pèse sur tous.

Lamine GHARBI : Merci pour ces propos très clairs. Il est entendu que je ne parle pas et ne parlerai jamais de fraude organisée. Nous voulons prôner auprès de nos adhérents la transparence de la tarification et de la codification, et c'est pour cela que nous vous avons incités récemment à acquérir le logiciel Dalia, qui vous permet avec production PMSI d'avoir un reflet réel de votre activité. Il faut savoir rester dans la moyenne acceptable par rapport à la base nationale.

Trois questions m'ont déjà été posées par SMS :

SMS « **Pour l'ATIH : saisine très limitée par l'UCR en fonction des régions et dans nos dossiers...** »

La seconde est beaucoup plus directe :

SMS « **L'ATIH ne répond jamais.** »

SMS « **Équité des sanctions public-privé : pas tout à fait. Les hôpitaux demandent des AC aux ARH pour compenser leurs pertes.** »

Il est vrai que nous le dénonçons régulièrement. C'est partagé par la salle et c'est évident. Une sanction de 18 M € est proposée pour les hôpitaux civils de Lyon : elle sera compensée par un AC, alors que si c'était le cas chez nous elle le serait par une fermeture d'établissement.

Félix FAUCON : Vous êtes tout comme moi soucieux du bon emploi des ressources publiques. « *L'ATIH ne répond jamais.* » : c'est au moins inexact. Il existe comme vous le savez une foire aux questions et par ailleurs il est important que l'ATIH consacre des ressources qui sont en tout état de cause limitées à essayer de mettre en place des systèmes et dispositifs qui vont profiter à l'ensemble des acteurs. C'est vraiment la priorité.

Il y a ces dispositifs et les guides de bonnes pratiques de codage. Que le dispositif ne soit pas parfait et ne puisse pas répondre instantanément à l'ensemble des demandes dirigées vers l'ATIH... Je peux comprendre l'impatience, voire l'exaspération des acteurs qui n'obtiennent pas une réponse dans les temps, mais je crois que nous pouvons quand même rendre hommage à l'ATIH qui consent, dans la limite de ses ressources, d'importants efforts pour accompagner la pédagogie du système. Ce n'est pas facile, ni pour vous ni pour l'ATIH, parce que le changement de classification et l'évolution du dispositif tarifaire produisent des évolutions qui sont parfois marquées dans certains domaines ou secteurs, mais elles sont assez souvent le résultat de demandes fortes portées par les acteurs eux-mêmes. Réaliser la pédagogie des changements impulsés par exemple cette année par la mise en œuvre de la convergence ciblée n'était pas évident, parce que cette opération s'est faite avec un fort besoin d'accompagnement et de pédagogie vis-à-vis des établissements

(notamment publics) concernés. Je veux dire par là que ce n'est pas parfait mais que l'ATIH fait déjà de gros efforts, et il me semble important de souligner que parmi ceux sur lesquels elle doit se concentrer il y a ceux qui profitent au plus grand nombre d'acteurs. Je veux parler de tout ce qui accompagne la pédagogie globale du dispositif.

Quant aux crédits d'accompagnement, ce n'est pas parce que les établissements publics en demandent aux ARH qu'ils les obtiennent.

Lamine GHARBI : Tout est enregistré, monsieur FAUCON ; nous ressortirons vos propos !

Jean-Luc DUBOIS : Je voudrais rebondir et faire un certain nombre de commentaires sur la présentation de M. FATOME, qui nous a montré un schéma de l'évolution de l'Ondam pour globalement justifier les contrôles, même s'il se défend qu'ils soient un outil de régulation. Nous avons néanmoins bien compris dans quel axe on se situe, et je crains fort que l'évolution de l'Ondam ait encore des effets très défavorables. On apprend en effet à la lecture du rapport Mallot qu'un peu plus de 5 % des actes ne sont pas encore facturés à l'hôpital public : ils vont donc forcément venir accroître les dépenses d'Assurance Maladie. Il semble même que pour certains cela atteigne 15 %.

On évoque la finalité des contrôles T2A, qui doivent être l'un des outils de la régulation. Cela s'inscrit un peu en faux par rapport à vos propos. Si je suis d'accord pour que ce soit une garantie de concurrence juste entre établissements, je ne le suis manifestement absolument pas pour que ces contrôles et ces sanctions soient un des outils de la régulation. Nous sommes tous d'accord autour de cette table sur le fait que les fraudeurs doivent être sanctionnés. Quant à la mise en place de règles, nous demandons qu'elles soient clarifiées. On s'aperçoit en effet que dans un certain nombre de régions, 100 % des acteurs contrôlés sont sanctionnés, ce qui signifie qu'un problème de clarification des règles se pose.

Je voudrais aussi revenir sur le propos de M. GHARBI. Vous dites que nous sommes rentrés dans un cercle vertueux mais ce n'est pas tout à fait cela. Des règles ont été fortement clarifiées au fil d'un certain nombre de contrôles mais à la suite de contentieux l'Assurance Maladie est loin d'en être sortie gagnante. La clarification de ces règles s'est traduite par une diminution du nombre de dossiers litigieux mais on va en découvrir d'autres. Il faut rétablir à mon avis cette problématique.

Vous avez évoqué aussi le principe du contradictoire. Je suis désolé mais je trouve que dans l'ensemble de la procédure il n'est absolument pas respecté. Comme cela a été dit, on connaît à peine les membres de la Comex et je ne vois pas en quoi nous étions représentés dans le cadre de la décision finale qui était prise par elle, c'est-à-dire globalement par personne. Quand on interroge un

membre de la Comex, il répond : « Ce n'est pas moi, c'est l'autre », etc. Il en va de même dès le début de la procédure contentieuse : les commissions de recours amiable, qui sont censées être la première instance de recours en question, ne respectent pas elles-mêmes le principe du contradictoire puisque l'on ne peut y être entendu.

Thomas FATOME : Je croyais avoir été clair mais je n'ai pas dû l'être. Le contrôle est un des outils de la régulation. C'est l'un des outils parce qu'il existe une tarification qui doit être respectée. Nous avons pour objectif de faire bouger la pratique des médecins libéraux de ville en les soumettant uniquement à des contrôles de l'Assurance Maladie. Nous ne pilotons pas le secteur hospitalier, public comme privé, uniquement en mettant en place des contrôles.

M. GHARBI a dit avoir utilisé la « touche optimisation » au début : on a vu alors des pratiques assez surprenantes par rapport à l'utilisation du système, et je pense vraiment que des problèmes se seraient posés sans contrôles pour mettre un peu de rigueur. Il me paraît donc honnêtement assez cohérent de dire que de l'Ondam découlent des tarifs et des hypothèses de volume et qu'il faut que la mise en œuvre de ces tarifs et les conditions dans lesquelles ils ont été construits soient respectées. Je ne pense pas que ce soit totalement incohérent, mais nous pouvons approfondir la question.

Concernant le contradictoire, mon sentiment est que, comme pour d'autres procédures, des systèmes de pénalités financières existent pour les médecins libéraux ou les assurés qui fraudent. Des échanges contradictoires ont lieu à tout moment de la procédure pour dire que l'on va venir contrôler cela, regarder tel élément, mettre en œuvre telle sanction, etc. Les « droits de la défense » sont respectés aux différentes étapes de la procédure. On peut dire que l'on n'est pas d'accord et que l'on a agi de telle sorte pour telle ou telle raison, ensuite des recours sont possibles. Je vous rejoins en revanche sur un point. Il faudra sans doute – cela rejoint ce que j'ai dit tout à l'heure – faire davantage d'efforts sur les plans régional et national sur l'explication de la politique, notamment de sanctions, et sans doute mieux expliquer pourquoi telle ou telle décision est prise ou non. Il faut que nous progressions collectivement sur ce point.

Lamine GHARBI : Beaucoup de questions sont posées sur la partie de M. FENDER, mais Gérard ANGOTTI, président de FHP Aquitaine, avait demandé la parole avant.

Gérard ANGOTTI : Nous sommes tous d'accord sur les contrôles ; la question n'est pas là. C'est la méthode qui est utilisée pour les mener qui est contestée. J'ai une question différente. Vous avez parlé d'éthique – je suis tout à fait d'accord pour en parler – et vous avez dit que cela

permettait de réguler la concurrence et qu'il n'y avait de ce fait pas de discordance. Je voudrais savoir pourquoi sur le plan éthique l'acheteur de soins que vous êtes achète les mêmes soins 40 % plus cher ? Deuxième question d'éthique : pourquoi le cachez-vous ? Aucun patient ne sait ce que lui a coûté un séjour à l'hôpital. Cela devait sortir depuis 2005 mais ce n'est toujours pas sorti. L'éthique je veux bien, mais je trouve qu'elle a des limites.

Félix FAUCON : Il ne faut pas tout mélanger. Vous parlez de limites : je vous renvoie à l'introduction générale au rapport qui a été adressé au Parlement l'année dernière sur la convergence T2A-MIGAC, etc. La première limite à laquelle on se heurte lorsque l'on se livre à un exercice de comparaison entre le public et le privé est la réponse à la question « Quel est le périmètre pertinent de la convergence ? ». Doit-il rester dans les murs de l'hôpital ? N'est-ce pas plutôt sur une séquence complète de prise en charge d'un patient, y compris dans les éléments de cette prise en charge qui sont délivrés en ville, que la comparaison doit porter, afin d'être sûr qu'il n'y a pas de déport d'une part de la prise en charge et donc du financement de celle-ci hors les murs ? Vous savez aussi qu'il n'est pas forcément aisé d'établir des comparaisons, car à l'hôpital il s'agit d'une sorte de « tout inclus » (les analyses de laboratoire, la pharmacie, le salaire des praticiens, etc.) alors que c'est beaucoup plus fractionné s'agissant de la prise en charge quand cela inclut une séquence dans une clinique privée.

Je ne sais pas si le différentiel est de 40 %. Selon le dernier chiffrage, en l'état actuel de la décomposition des éléments de comparaison, il était plutôt de 27 %, et l'on n'est pas arrivé au bout. Des études de l'Assurance Maladie sont en cours dont j'attends le résultat avec beaucoup d'impatience parce qu'elles portent justement sur des séquences complètes. Autrement dit, dans une temporalité donnée, combien coûte finalement au global la prise en charge d'une cohorte de patients donnés selon que celle-ci comprend une séquence hôpital public ou clinique privée ? À ce stade, je ne sais pas dire en termes macro à combien exactement s'élève l'écart et ce qui pourrait le justifier.

Je suis obligé de constater que le législateur est sans doute allé trop loin lorsqu'il a inscrit dans la loi que par définition c'est dans le secteur privé que se trouvent les prises en charge les plus efficaces en termes médico-économiques ou économiques au moins. Vous savez en effet que cette année comme l'année dernière nous sommes devant le constat qu'un certain nombre de tarifs sont plus faibles lorsqu'ils sont appliqués dans le public que dans le privé. Je veux dire par là que je récuse une

approche dogmatique et doctrinale, à partir de laquelle on considérerait que la performance se trouve toujours du même côté. Je pense que les deux secteurs ont à apprendre l'un de l'autre et que le fait que les modes de management de l'hôpital public se soient rapprochés de ceux du privé est une bonne chose. Il faut encore aller plus loin dans ce domaine. La recherche de la performance doit être un impératif aussi aigu pour l'hôpital public que pour les cliniques privées.

Pour autant, je ne suis pas pour une sorte de guerre. Je ne pense pas que l'on délivre une information absolument complète et fiable lorsque l'on se livre à des comparaisons de tarifs alors qu'ils ne recouvrent pas exactement le même périmètre de soins ou de services produits dans chacun des deux secteurs. Il faut donc poursuivre la clarification afin de mettre en regard des éléments strictement comparables entre le public et le privé. C'est pour moi cela l'exercice de convergence qui est souhaitable, parce qu'il faut maintenir une pression concurrentielle sur l'ensemble du secteur, or nous avons besoin pour cette dernière du privé pour motiver le public davantage qu'il ne l'est aujourd'hui dans l'amélioration de ses modes de production de soins. Pour autant, les qualités ne se trouvent pas concentrées sur l'un des deux secteurs. Ils en ont tous deux qui leur sont propres et ils ont à gagner d'une comparaison. Je crois en effet à une comparaison fructueuse et positive entre les deux secteurs, non à une comparaison « de combat ».

Pascal DELUBAC : Je tiens à rappeler que quand nous sommes passés à la T2A on nous a contraints. Il n'y a pas eu de phase test ou probatoire ; on nous a dit d'y aller. Certains sont allés voir leur banquier parce qu'ils ne savaient pas comment gérer leur établissement et nous avons tout simplement appliqué comme nous avons pu les textes, les avenants tarifaires, etc. Or on est venu ensuite nous sanctionner notamment par rapport aux actes frontalières. On nous a précipités dans le ravin en nous disant d'y aller ravin ou pas, et ensuite on nous a dit que nous n'étions pas vertueux, ce qui était un peu simpliste. Nous en sommes à un autre stade aujourd'hui, mais il faut quand même rappeler comment cela s'est passé. Concernant les deniers publics, il me semble que les URSSAF prélèvent les ressources de l'Assurance Maladie à hauteur de 70 % pour les entreprises et salariés du secteur privé. Quand vous dites que cela va peser sur tout le monde, nous en sommes particulièrement conscients. Je tenais à rappeler que nous sommes passés à la T2A de façon très difficile et que les deniers publics le sont par destination. Ce sont des fonds privés qui deviennent publics. ■

CONTRÔLES
T2A
ET SANCTIONS
FINANCIÈRES

POINT DE VUE DE LA CNAMTS

LES CONTRÔLES EXTERNES ET LES SANCTIONS FINANCIÈRES : BILAN DES CONTRÔLES DES ANNÉES PRÉCÉDENTES, PERCEPTION DES CONTRÔLES ET DES ÉVOLUTIONS DE LA RÉGLEMENTATION

Dr Pierre FENDER : M. GHARBI m'a demandé d'ajouter à la présentation du contrôle externe de la T2A ce qui s'appelle le contrôle Assurance Maladie, puisqu'elle exerce en tant que maître d'oeuvre le contrôle externe de la T2A mais en plus un contrôle à la main de l'Assurance Maladie selon les textes.

Je vais vous parler d'abord des finalités puis du contexte général, puis nous allons entrer dans les détails. Nous passerons ensuite à un bilan des contentieux et à l'évolution des résultats et enfin je ferai ce que m'a demandé M. GHARBI tout à l'heure, à savoir une présentation du contrôle hors T2A, appelé « contrôle Assurance Maladie ».

Le contrôle contentieux T2A est un des outils de régulation. On trouve parmi ces derniers la tarification, le codage et ses différentes versions, des enveloppes, etc. Son but est d'abord d'être dissuasif et incitatif à la bonne pratique et il est un des facteurs majeurs réduisant la distorsion de concurrence. Vous l'observerez tout à l'heure et j'aurai des exemples si vous en avez besoin. Effectivement, il est nécessaire, quand chacun peut tarifier selon son point de vue, que quelqu'un puisse dire que pour tel lieu la facturation ou le codage attribue plus de ressources par rapport au déploiement de moyens que pour tel et tel établissements qui utilisent les mêmes moyens mais ont de bonnes tarification et facturation.

Le contrôle T2A est un contrôle externe annuel et régional. Thomas FATOME en a parlé. Des programmes régionaux sont au sein de l'Assurance Maladie gérés, coordonnés et harmonisés au niveau des troupes de l'Assurance Maladie et de l'État, qui les gèrent via des circulaires aux ARH. C'est en tout cas ainsi que cela se passait de leur temps, et c'est ainsi que cela se passera à nouveau avec les ARS. Il existe donc un certain nombre de consignes, d'instructions et de règles.

Ce contrôle est structuré comme vous le voyez autour de priorités nationales qui sont votées dans le cadre du Conseil national de l'hospitalisation. On voit bien qu'il existe une harmonisation des priorités à retenir, qui sont



DR PIERRE FENDER
DIRECTEUR DU CONTRÔLE-
CONTENTIEUX ET DE LA RÉPRESSION
DES FRAUDES À LA CNAMTS

développées à partir du travail de l'ATIH et de l'Assurance Maladie et formalisées dans le programme régional annuel.

Un dialogue a lieu régulièrement autour de ces campagnes. Nous sommes d'accord sur le fait qu'il faut améliorer et augmenter la communication mais il faut connaître toutes les phases de discussion. Vous voyez l'ensemble de la démarche : priorité nationale votée au Conseil national de l'hospitalisation et instructions qui partent de l'Assurance Maladie et du ministère pour les ARS. Les UCR (Unités de coordination régionales) vont réaliser le ciblage (composition, personnel de l'Assurance Maladie, de l'ARH-État et dorénavant de l'ARS) avec également plus de la moitié de médecins.

La commission de contrôle ARS et le directeur de l'ARS statueront sur le programme de contrôles, qui est défini en amont, puis l'UCR chapeautera l'ensemble des contrôles sur sites, qui eux sont réalisés par les troupes de l'Assurance Maladie. Enfin, l'UCR produira à l'issue de cela une synthèse, laquelle sera donnée à la Commission de contrôle et aux DG-ARS, qui décideront des sanctions. L'Assurance Maladie s'occupera pour sa part par ailleurs des indus si elle en a repéré.

Je vais, pour illustrer cela, revenir sur chaque point et répondre à un certain nombre de questions qui ont été posées, dérouler un cas pratique. La campagne 2009 va porter son regard sur les facturations 2008. Les bases PMSI sont approximativement disponibles fin avril-début mai, pour pouvoir travailler autant de votre côté que du nôtre, le contrôle ne pouvant commencer qu'au mieux en juin, dans la majorité des cas, ou en juillet, en sachant que si l'une des activités de l'établissement

ciblé est sanctionnable, il faut que le contrôle sur site ait eu lieu avant le 31 décembre. Comme vous le voyez, les campagnes doivent se dérouler sur un temps très court. Cela ne revient pas au même si l'activité n'est pas sanctionnable, le contrôle sur site pouvant, s'il s'agit uniquement d'indus, avoir lieu dans l'année N+1.

L'exemple que je vous présente est réel. Il faut donc prendre en compte les priorités nationales de l'année N. Il s'agit de l'ensemble de celles qui sont décidées en Conseil national de l'hospitalisation et adressées aux troupes de l'Assurance Maladie et aux ARS pour leur indiquer que ce sont sur celles-ci que l'UCR (c'est-à-dire les troupes du maître d'œuvre) doit porter le regard. L'UCR sort à partir de là un premier tableau issu d'un outil de l'ATIH, qui indique que l'établissement A comptabilise un certain nombre de séjours liés à ce thème.

On regarde à partir de là les tests Datim, qui sont l'équivalent de ce dont a parlé M. GHARBI tout à l'heure. Il s'agit d'un outil qui est mis à la disposition des établissements pour la somme de 466 € et qui permet à chacun d'aller voir son propre profil dans la base Datim.

Il existe différentes catégories de tests, un certain nombre d'entre eux donnant des résultats en termes d'indicateurs, ce qui permet d'avoir une visibilité sur la position de l'établissement A par rapport à l'ensemble des établissements de la région.

Cette valeur est comparée à la moyenne de référence pour tous les établissements, plus un écart type calculé pour la population des établissements, et l'ATIH établit un score qui indique si l'on est dans une situation d'atypie extrême ou non et place l'établissement pour ce champ sur une échelle de 0 à 5. Cela ne veut pas dire que tout l'établissement a une activité située entre 0 et 5 ; cela correspond uniquement au champ ciblé.

L'UCR analyse le positionnement dans chaque région. J'ai pris l'exemple d'un test de catégorie Q3. Vous allez tout de suite vous rendre compte que l'établissement A apparaît avec une valeur extrême et un chiffrage de 7. Les établissements de la région sont tous en dessous de 7 et même très éloignés de ce chiffre. L'établissement A est repéré par ce test, qui montre qu'il est au sommet.

On retrouve dans un autre test l'établissement A avec un score de 5, ce qui correspond à une alerte. Une autre statistique montre que l'établissement est à 23 quand tous les autres sont à zéro et la valeur est également élevée pour un autre test. Il est en revanche par rapport à d'autres tests, très proche de l'indicateur moyen. Quand un établissement est ciblé, ce n'est pas tout l'établissement qui l'est. Cela ne concerne qu'une partie des champs facturés qui sont contrôlés. Des anomalies sont ressorties de 4 tests, l'UCR faisant ensuite un travail technique pour aller chercher les RSA et travailler avec les DIM de l'établissement et ce dernier. Elle analyse les

tests et les résultats du contrôle intérieur. On va vérifier si cet établissement a, il y a deux ou trois ans, ou l'année dernière déjà été ciblé, s'il a oui ou non déjà été contrôlé et si les mêmes observations ont été émises.

Il y a également pour le secteur privé des résultats et des requêtes sur les bases informationnelles de l'Assurance Maladie. Puisqu'il existe une facturation individuelle pour le secteur privé, elle a toutes les données dans ses propres bases et un couplage peut être fait entre les tests de l'ATIH et des requêtes sur les bases de l'Assurance Maladie.

Concernant l'inclusion dans le programme, j'espère vous avoir convaincu qu'en raison de son atypie l'inscription de cet établissement, non pas globalement mais pour les champs qui ont été repérés, va être proposée par l'UCR au contrôle de l'année, l'UCR indiquant dans ce cadre un certain nombre de données. Les champs à contrôler sont présentés à la commission de contrôle et ensuite au directeur général de l'Agence régionale de santé (DG-ARS).

Lamine GHARBI : Une question a été posée par SMS sur les champs de contrôle sanctionnables.

Dr Pierre FENDER : J'allais y venir. Ne vous inquiétez pas : je n'échappe pas à la question. Vous pouvez voir quels champs de contrôle sont sanctionnables, étant entendu qu'en cas de contrôle tout le monde n'est pas sanctionné. Il aurait très bien pu se faire que cet établissement ne soit concerné que par des champs non sanctionnables, auquel cas il ne s'agirait que d'indus. Il ne faut pas confondre les indus et les sanctions ; ce sont deux éléments différents.

En cas d'indus, c'est l'Assurance Maladie qui se présente avec un dossier pour dire qu'elle aurait dû payer telle somme et non telle autre et demander qu'on lui rembourse la différence. Ce n'est pas une sanction : c'est un paiement à un prix qu'elle estime juste. Si l'établissement n'est pas d'accord, cela donne lieu à un débat et si au-delà de ce dernier il maintient sa position il y a des recours au niveau du civil et du TASS.

Il faut bien distinguer l'indu de la sanction. C'est aussi vrai pour d'autres procédures, particulièrement celles qui s'inscrivent dans les contrôles de l'Assurance Maladie. Il s'agit d'indus ou d'autres formes de répression mais pas de sanctions T2A. La sanction T2A est un processus très particulier et extrêmement encadré.

L'établissement A a un champ de contrôle sanctionnable en raison du niveau des anomalies repérées par les tests statistiques. De plus, au cas où l'ensemble du dispositif État et Assurance Maladie sanctionne l'établissement, c'est-à-dire ajoute à l'indu une sanction, il est nécessaire que le champ de contrôle ait pour tous les séjours une caractéristique commune. Elle a été en

l'occurrence assez simple à définir : un accouchement ou une césarienne avec complications. Les actes sont assez nombreux et il est probablement très difficile qu'une caractéristique commune rassemble l'ensemble des GHS.

Les personnes de l'UCR s'interrogent aussi sur la gravité et le niveau d'anomalies et vérifient s'il s'agit ou non d'une récurrence. Dans ce cas précis, ce champ avait déjà été contrôlé, ce qui avait donné lieu à un dialogue contradictoire entre les contrôleurs, l'ARH et l'établissement, qui a perduré dans son codage, sachant que les autres établissements ne cotent pas et ne tarifient pas comme lui. On ne choisit pas un établissement par hasard ; il est repéré parce que les statistiques disent qu'il est différent des autres.

L'établissement est sanctionnable, en fonction de la gravité des manquements. L'UCR va faire des propositions à la commission de contrôle et un courrier introductif. Je reviens sur le fait, car c'est très important, que c'est une démarche collective, avec plusieurs niveaux de décision, des techniciens qui repèrent, l'utilisation de statistiques, une commission de contrôle et un DG-ARS qui décide. Il ne s'agit pas de la décision d'un simple individu qui veut « se faire » tel établissement.

Le courrier introductif indique qui va venir dans l'établissement, avec qui, etc. et plus de quinze jours après un contrôle sur site a lieu, en sachant qu'avant il faut bien sûr s'engager à donner des explications et à avoir des échanges avec l'établissement.

Je vais accélérer s'agissant du contrôle sur site, car vous connaissez le sujet, mais on me dit qu'il n'y a pas de contradictoire : non, il y a concertation avec le médecin du DIM et donc contradictoire. Que son issue n'amène pas les médecins contrôleurs à dire : « C'est vous qui avez raison et c'est nous qui avons tort... ». C'est le cas de temps à autre mais cela n'arrive pas à chaque fois. Le contradictoire ne consiste pas à se caler sur la position de l'autre.

Lamine GHARBI : La sensation de la salle, pour revenir aux questions posées par SMS, est que ce contradictoire est toujours à sens unique, c'est-à-dire que le contrôleur ne change pas de position. C'est la position du terrain ; c'est du vécu monsieur FENDER.

Dr Pierre FENDER : J'y reviendrai à travers mon exemple. Les médecins contrôleurs ne sont pas revenus sur les désaccords mais il existe un certain nombre d'accords, et les accords et désaccords sont transparents pour l'ensemble des autres acteurs qui vont intervenir sur la procédure. Des fiches argumentaires sont échangées sur les désaccords avec les avis des uns et des autres, avec ainsi une transparence pour les décideurs du niveau supérieur. Le contrôle sur site donne lieu à la rédaction d'un rapport qui est envoyé à l'établissement,

qui a quinze jours pour répondre, et il y a à nouveau un contradictoire sur le plan technique.

Vous voyez en l'occurrence les anomalies qui ont été repérées sur les différents champs. 200 séjours ont été contrôlés dont 173 présentaient une ou plusieurs anomalies, le médecin du DIM ayant été en désaccord sur un avis. Cela veut dire que dans 172 cas il y a eu accord du DIM, ce qui est le cas dans la majorité des cas.

Concernant le champ sanctionnable. 43 séjours sur 100 présentaient une ou plusieurs anomalies. Le DIM étant en désaccord sur un séjour, on est arrivé à un accord sur 42 séjours. Vous voyez que les contrôleurs sont venus et n'ont remarqué aucune anomalie sur un des champs. Il y avait en revanche des atypies statistiques, le contrôle sur site ayant permis d'estimer que 48 séjours contrôlés avaient été normalement codés et facturés.

Lamine GHARBI : Mauvaise pioche !

Dr Pierre FENDER : Oui, pour nous, mais c'est le contrôle sur site qui a permis d'arriver à cette conclusion. Nous mobilisons des moyens pour effectuer la meilleure recherche possible afin de pouvoir cibler les contrôles.

Un rapport comprend les éléments permettant le calcul des indus, étant entendu que pour que des sanctions financières soient mises en œuvre il faut formellement réunir toutes les conditions que je viens d'évoquer. Comme je vous l'ai dit tout à l'heure, ce contrôle est extrêmement encadré. Il ne laisse absolument aucun moyen à l'arbitraire de s'exprimer. Il s'agit d'une équipe et non d'un médecin conseil qui pourrait « jouer les cow-boys » en venant dans un établissement. Comme je vous l'ai indiqué, l'établissement a été ciblé en fonction de certains champs d'activité. Ce sont seulement ces derniers qui sont contrôlés. L'établissement sait s'il est sanctionnable ou non et connaît la période du contrôle sur site, qui porte sur la production des années antérieures, l'exhaustivité du champ contrôlé ou un échantillon aléatoire d'au moins 100 séjours représentatifs de ce dernier si l'on veut que cela débouche sur une sanction.

Les sanctions sont calculées par rapport aux sommes indûment perçues sur les sommes dues, le montant des sommes indûment perçues comprenant à la fois celles facturées en sus et sous-facturées.

Une fois le pourcentage de surfacturation calculé, un barème est appliqué, en correspondance avec le taux d'anomalies. Le calcul est assez simple. Il faut tenir compte du pourcentage applicable multiplié par la recette afférente au champ en sachant que la sanction est plafonnée à 5 % de la recette totale annuelle de l'établissement.

Je vais vous demander une attention plus soutenue, car il est très important que nous échangions sur les

sanctions. Vous voyez figurer le montant initial des séjours contrôlés et les sommes facturées, puis le montant après contrôle des séjours. Je vous rappelle qu'en l'occurrence il y a seulement un désaccord du DIM. La différence entre les deux montants représente approximativement 12 000 €, le montant total facturé de la recette de l'activité du champ contrôlé correspondant à l'échantillon s'élevant à 548 458 €. La recette annuelle totale de l'établissement est de 19 M€, le plafond de la sanction (5 %) correspondant à 952 000 €, et l'on obtient en divisant le pourcentage de surfacturation (12 000 €) par 185 000 6,64 %. Cela correspond sur le barème que je vous ai montré tout à l'heure au barreau de l'échelle de 15 %, qui va donc être appliqué sur le total de l'activité afférente au champ. On obtient une somme de 82 268 € pour un indu d'environ 12 000 €.

La commission de contrôle composée au niveau de l'ARS va décider d'une sanction et voter. Je précise, puisque vous ne le savez pas, qu'elle compte 5 membres de l'Assurance Maladie et 5 membres de l'ARS, soit 10 au total. Les représentants de l'Assurance Maladie sont nommés par le directeur général de l'Union des caisses d'Assurance Maladie et ceux de l'ARS par le DG-ARS, qui en même temps qu'il nomme ses représentants nomme le président de la commission au sein de son collègue ; il sera donc un membre de l'ARS. Il aura par ailleurs une voix prépondérante. Il s'agit donc bien d'un contrôle régional même s'il est encadré nationalement.

La commission de contrôle va émettre un avis consultatif, ce qui permettra au DG-ARS de décider s'il y a lieu ou non de prononcer une sanction, d'en déterminer le montant, d'écrire à l'établissement et de lui indiquer dans un contradictoire (écrit et non oral) de troisième niveau ses observations. L'établissement devra y répondre et seulement après le DG-ARS prononcera la sanction et décidera du montant à fixer.

La mise en œuvre d'une sanction financière ne concerne qu'un des 4 champs. Ce n'est pas un établissement qui est sanctionné globalement. Un champ fait dans ce dernier l'objet d'une sanction. Le montant maximal a été calculé à 82 000 €, sachant que le plafond est bien supérieur, comme vous l'avez vu, et lors d'un premier vote il a été décidé de l'appliquer parce que l'établissement en question était en situation de répéter les mêmes anomalies.

Je vous rappelle que le dialogue entre le DIM et les médecins contrôleurs n'avait débouché que sur un désaccord sur 43 anomalies. L'établissement a contesté la remise en question de la justification des traitements lors du contrôle, une incompatibilité entre la procédure de sanction et celle en cours concernant les indus et la répercussion de la sanction sur son équilibre financier. À partir des arguments que je viens de

vous exposer, la décision de la Comex a été de le sanctionner à hauteur de 49 360 €, en partant de la règle suivante : appliquer pour tous les établissements en situation de non-récidive 50 % du montant maximal et pour tous ceux en situation de récidive 60 % de ce dernier, avec la fixation d'un plafonnement à 200 000 €. On voit qu'il y a en l'occurrence un travail à faire, tant de la part de l'État que de celle de l'Assurance Maladie, pour que chaque établissement soit considéré comme une unité en soi, que sa situation particulière soit prise en compte et éviter une réponse harmonisée du type : « tout le monde est traité de la même façon dans cette région ». Nous nous sommes fait les mêmes réflexions que M. GHARBI tout à l'heure et nous nous sommes dit qu'il fallait modifier cela.

Cela représenterait un indu de 36 000 € sur l'ensemble du champ si l'on appliquait le taux de 6,64 % à l'ensemble de l'assiette. Cela veut dire que dans les faits la sanction n'est pas de 49 360 € ; elle est de ce montant moins 12 000 €. Il faut bien entendre que la sanction est faite pour dissuader. Si elle correspondait au montant simple de l'indu, nous pouvons vous dire qu'en tant qu'Assurance Maladie nous demanderions à l'État de stopper ses contrôles. Il n'y a pas un contrôleur qui veuille récupérer simplement ce qu'il a payé en plus, parce que dans ce cas voici ce qui va se passer : tous ceux qui font de l'indu en feront le maximum car les contrôleurs n'auront pas les moyens de tout contrôler et parce que de toute façon ils n'auraient qu'à rembourser ce qu'ils n'auront pas payé et non l'indu.

Il faut donc que la sanction soit réellement dissuasive, or en l'occurrence elle ne l'est pas. Ceci pour vous montrer que c'est tellement formalisé qu'un réel problème se pose, qui est d'ailleurs dépassable, par rapport à la durée des contrôles, qui entre le J1 du contrôle sur site et la notification des indus est au minimum de 30 semaines. La procédure suivante concerne les sanctions sur une durée de 20 semaines. Cela signifie que les procédures durent au minimum un an et le temps que l'établissement conteste beaucoup plus longtemps, or il est certain que quand on modifie les versions trop souvent on n'a pas la capacité de s'adapter.

Comme vous le voyez, le nombre de saisines du TASS pour l'année 2007 représente 11 %. Cela signifie que dans la majorité des cas les contrôles se sont déroulés sans que les établissements contestent plus avant.

En termes de bilan du respect de la charte, nous suivons les incidents selon les contrôleurs entre ces derniers et les établissements, ce qui en représente 58 sur 425, soit une minorité d'incidents dans le cadre des contrôles, d'autant plus que la majorité de ce que les contrôleurs estiment être des incidents concernent leurs conditions de travail. On peut donc réduire ce chiffre à 29 situations.

Le nombre d'établissements contrôlés baisse depuis le début. Les anomalies concernaient plus, au début, les ex OQN puis cela a été le cas sur les ex DG. Je rappelle que ce contrôle concerne des champs bien précis, dans des établissements qui ont été repérés pour des atypies statistiques. Il y a diminution parce que le nombre d'atypies statistiques, qui alertent, diminue. On voit bien de la part du collectif des établissements, selon les statistiques, une amélioration du codage et de la tarification.

Le pourcentage d'anomalies est passé pour le public de 68 à 50 puis à 44 % et pour le privé de 67 à 48 puis à 39 %, soit une diminution des anomalies constatées dans le cadre des contrôles sur site. Non seulement moins d'établissements sont ciblés, mais en plus les contrôles sur site permettent une fois que cela a été fait de retrouver moins d'anomalies par rapport à celles qui avaient été repérées dans le passé. Si l'on s'intéresse non seulement à ce qu'il se passe chez soi mais aussi au collectif et à la communauté, la situation s'améliore.

Les contrôles de l'Assurance Maladie sont également encadrés par des textes : les articles L.314.1, L.315.1.3. et L.315.1.4 du Code de sécurité sociale. L'article L.314.1 permet à l'Assurance Maladie de contrôler toutes les prestations présentées au paiement de cette dernière ou après paiement, en dehors du contrôle-codage T2A, qui lui est régulé par un autre texte.

L'article 315.1 est de l'ordre du médical puisque c'est le service du Contrôle médical qui fait un contrôle. C'est ce que nous appelons une analyse d'activité ou de pratique [celle des médecins ou des établissements].

Il faut savoir que le programme 2010 du contrôle T2A s'articulera avec un contrôle des professionnels dans le cadre de leurs pratiques, si au moment du contrôle de la T2A les contrôleurs observent que les anomalies ou atypies de codage et de facturation sont liées à des comportements et pratiques des professionnels de santé, donc des médecins. Une fois le contrôle T2A terminé, l'Assurance Maladie mène secondairement un certain nombre de contrôles sur les activités des professionnels.

D'autres contrôles sont réalisés, comme par exemple le contrôle Assurance Maladie sur les facturations par le circuit externe de produits qui sont compris dans le forfait GHS, par exemple des médicaments et LPP qui ne sont pas sur la liste en sus et qui sont fournis pendant le séjour par des pharmacies extérieures qui utilisent notamment les cartes Vitale des patients pendant leur hospitalisation afin de délivrer un certain nombre de produits qui sont utilisés par l'établissement pour les soins de ses patients. Ces contrôles ont déjà commencé mais ils vont s'amplifier cette année de façon importante et là où nous constaterons du compérage ou l'organisation d'une fraude nous irons au pénal. C'est extrêmement clair.

Lamine GHARBI : Merci Docteur pour cet exposé complet. Je voudrais vous faire part de deux questions, dont une très rapide :

SMS « *Les médecins contrôleurs sont-ils intéressés au bénéfice ?* »

Dr Pierre FENDER : Non, sachant que pour qu'un médecin contrôleur soit intéressé au bénéfice il faudrait qu'il y en ait un.

Lamine GHARBI : N'existe-t-il pas un lien entre la somme récupérée et la prime du médecin contrôleur de fin d'année ?

Dr Pierre FENDER : Non. Les médecins contrôleurs n'ont pas particulièrement de lien avec le pourcentage d'anomalies.

Lamine GHARBI : Je voudrais poser une question qui revient souvent. L'établissement fonctionne avec des médecins libéraux, comme vous le savez, qui signent des contrats de bon usage. Ils sont cosignataires des prescriptions, etc. et lorsque nous sommes redressés sur des facturations ils passent à travers et ne sont jamais inquiétés. Peut-être y a-t-il là un débat à avoir. Quelle est votre position sur le fait d'englober les honoraires des médecins dans le partage de la peine ?

Thomas FATOME : À mon sens, s'il s'avère qu'il s'agit de pratiques déviantes répétitives de la part d'un professionnel libéral, cela relève des procédures de contrôle de l'Assurance Maladie. Ensuite, j'imagine que cela se regarde dans le cadre des relations contractuelles entre le professionnel et la clinique.

Lamine GHARBI : Nous ne le rémunérons pas.

Thomas FATOME : Non, mais il existe bien des liens contractuels entre vous.

Dr Pierre FENDER : Je vais être clair avec vous tous : la direction que Frédéric VAN ROEKEGHEM m'a confiée et l'ensemble de celle de la CNAMTS sont clairs sur ce point : tous les acteurs sont contrôlés et pas seulement les établissements privés. Les assurés le sont également et ils représentent le maximum de fraudes contrôlées et sanctionnées. Vous me direz que c'est normal. Ce sont eux qui font l'objet du maximum de répressions en termes d'actions, non de montant.

Les professionnels (médecins, infirmiers, etc.) sont également contrôlés. Nous traitons actuellement des affaires de plaintes au pénal dont le nombre est bien plus important pour les personnes physiques que pour les personnes morales. Elles sont relativement peu

nombreuses par rapport à la population mais la fraude concerne les minorités, la pression exercée portant sur toutes celles qui fraudent ; je vous rassure monsieur GHARBI. Les transporteurs, les établissements publics et privés, etc., tout le monde est la cible des contrôles de l'Assurance Maladie, avec parmi tous ces contrôles un contrôle particulier qui est le contrôle T2A. Il est particulier parce que très formalisé et parce que les griefs qui sont susceptibles d'être sanctionnés – pour revenir sur un débat qui a eu lieu tout à l'heure – concernent non seulement la fraude mais aussi des erreurs de codage et le manquement à la tarification. Le législateur a décidé de cela pour faire en sorte qu'il existe une réelle régulation de l'ensemble et pour pouvoir utiliser des sanctions qui soient réellement dissuasives. Comme je l'ai dit à l'ensemble des fédérations, un travail de contrôle interne et sur la qualité du codage est à mener dans les établissements, ainsi

que sur la qualité de la tarification du dossier médical et du dossier administratif, qu'il faut augmenter. C'est à ce prix qu'il ne subsistera plus que des contrôles sur un nombre d'établissements extrêmement marginal et non sur un nombre qui nous semble encore réellement trop important.

Félix FAUCON : Juste un mot pour dire que personne n'échappe au contrôle, même pas le régulateur. Pour vous donner une indication, nous rendons actuellement des comptes simultanément à 17 missions de contrôle à la DGOS entre les missions thématiques de la Cour des comptes et celles de l'IGAS. Dans un état de droit, tout le monde rend compte de son activité ; personne n'échappe à la règle.

Lamine GHARBI : Merci pour ces compléments. *(Applaudissements)*. ■

POINT DE VUE DES FÉDÉRATIONS

Lamine GHARBI : Nous allons poursuivre notre matinée de travail par notre seconde table ronde, sur le point de vue des fédérations. Comme je vous l'ai dit, j'ai souhaité que le Dr FENDER puisse rester avec nous tout au long de la matinée jusqu'à la pause déjeuner car beaucoup de questions ont été posées, étant entendu que si elles ne sont pas toutes abordées aujourd'hui elles seront posées à l'Assurance Maladie et à l'État et que vous trouverez un compte rendu de vos questions écrit dans la synthèse de la journée. J'ai le plaisir d'accueillir le Dr Valérie-Jeanne BARDOU, médecin conseil à la Fédération Nationale des Centres Anticancéreux, Dr Hélène LOGEROT, conseiller médical de la FEHAP et Pascal DELUBAC, que vous connaissez, qui représente la FHP-MCO. Nous avons invité la FHF mais elle s'est excusée, car son agenda est chargé mais je crois qu'elle n'a pas apprécié mon humour sur l'impôt pour le secteur privé et le MIGAC pour le secteur public. Enfin, le Dr FENDER, que vous connaissez, répondra aux nombreuses questions que vous avez posées par SMS.

Dr Valérie-Jeanne BARDOU : Bonjour. Ma fédération regroupe vingt établissements de taille moyenne, anciennement PSPH, maintenant tous ESPIC. Effectivement nous sommes autant contrôlés que le privé dit lucratif. Certains de nos établissements l'ont été tous les ans depuis 2005, voire deux fois la même année, avec des indus pouvant aller jusqu'à des fourchettes de 500 000 €. Actuellement nous attendons les derniers calculs d'indus et de sanctions sur la campagne des contrôles 2009.

Je voudrais aborder quatre points généraux. Peut-être Mme LOGEROT donnera-t-elle plus d'exemples concrets. Tout d'abord, M. FAUCON a beaucoup parlé du ressenti par nos équipes de la nécessité d'un langage commun – appelons-le thesaurus ou référentiel. En effet, face à des situations cliniques nos médecins qui codent (nous avons des DIM centralisés, le codage est fait par une équipe dédiée et les médecins cliniciens n'y participent pas), ont vraiment l'impression que ces situations



DR VALÉRIE-JEANNE BARDOU
MÉDECIN CONSEIL
DE LA FNCLCC



DR HÉLÈNE LOGEROT
CONSEILLER MÉDICAL
DE LA FEHAP



PASCAL DELUBAC
PILOTE DU GROUPE DE
TRAVAIL « CONTRÔLE T2A »
DE LA FHP-MCO

ne sont pas du tout perçues ni envisagées de la même façon par les médecins contrôleurs.

Un très grand débat a eu lieu par exemple sur les soins palliatifs. La plupart de nos établissements ont été en désaccord avec les médecins contrôleurs et des procédures TASS sont en cours concernant ces dossiers. Est arrivé un premier référentiel, d'ailleurs à l'initiative de la CNAMTS, beaucoup critiqué au début mais qui avait au moins l'avantage d'exister. On s'attendrait à ce que les référentiels soient le fait des sociétés savantes, mais après tout, peu importe leurs initiateurs pourvu qu'il y ait un consensus de l'ensemble des acteurs. En tout cas, ce référentiel a permis de clarifier un certain nombre de situations, même si des prises en charge pour soins palliatifs restent encore à débattre

Je ne développerai pas plus ce point essentiel d'échange et de langage commun puisque M. FAUCON en a beaucoup parlé. Cependant il faut noter qu'il y a une réelle volonté des acteurs à communiquer. Ainsi, les

représentants des CLCC ont été convoqués au deuxième trimestre de l'année 2009 par l'ATIH suite à des codes diagnostiques apparus en forte proportion dans les bases PMSI. Les échanges ont abouti entre autres à ce que vous avez pu voir publié dans le nouveau manuel de codage sur certaines pratiques concernant la malnutrition, la dyspnée, le fait de garder les patients à l'hôpital, c'est-à-dire l'isolement prophylactique et thérapeutique, etc.

Le deuxième sujet que je voudrais aborder et qui est souvent un point de désaccord majeur entre les médecins contrôleurs et nos établissements est la notion de diagnostic associé. Toute la discussion autour du diagnostic associé, que l'on peut coder, et donc de la comorbidité potentielle, porte sur les notions de tarification. Le système tel qu'il a été pensé est un paiement moyen sur un groupe homogène de patients, modèle courbe de Gauss... Selon le GHM, certains peuvent être un peu gagnants et d'autres un peu perdants. Le sentiment que l'on a est que les médecins contrôleurs perçoivent le séjour à l'hôpital comme la médecine de ville, où chaque acte pris individuellement, indépendamment du contexte, doit donner lieu à une facturation. Or on sait très bien – c'est le cas pour le cancer comme pour beaucoup d'autres pathologies chroniques – que certains états cliniques peuvent tout à fait générer par eux-mêmes, indépendamment cette fois des actes entrepris, une lourdeur financière. Ce sont ces fameuses comorbidités qui en V11 pondèrent le tarif du GHM via le niveau de sévérité. Un exemple que je cite régulièrement et qui a été en désaccord lors d'un contrôle est le cas d'une personne récemment allogreffée pour une leucémie aiguë, hospitalisée en lit de flux laminaires d'hématologie spécialisée pour une aspergillose. Il est évident que durant cette hospitalisation on ne soigne pas directement la leucémie aiguë, chimiothérapie ou autre traitement à visé carcinologique, mais tout ce background clinique et la fragilité du patient vont alourdir la prise en charge de l'aspergillose.

Un autre problème auquel on se heurte, et qui va aussi interférer sur la notion de diagnostic associé, codable ou non, est un relatif manque de clarté sur la finalité de l'outil PMSI. Il reste encore aujourd'hui, aussi bien de la part du législateur, de l'ATIH, des médecins DIM et aussi de certaines fédérations, une ambiguïté sur ce que l'on doit coder dans le PMSI. Beaucoup aimeraient qu'il soit un outil descriptif de l'état clinique du patient, permettant une description fine par le codage d'un nombre important de diagnostics associés, charge aux algorithmes – ce n'est pas le cas techniquement aujourd'hui – de faire un tri entre ce qui serait économiquement recevable ou non.

Il me semble que l'outil a été conçu par le législateur pour être un outil de rémunération, donc a priori de codage économique. Il est vrai que dans les premières années, le PMSI nous a été « vendu », aussi comme un

outil de description épidémiologique. Actuellement il persiste un flou, mais qu'on le veuille ou non ce débat entre PSMI outil économique et/ou épidémiologique doit être clarifié. Une chose est sûre, pour la CNAMTS le débat est tranché, en l'état, le PMSI ne doit permettre que la facturation du séjour.

Enfin, la qualité du dossier médical – M. FAUCON en a également parlé – est évidemment de la responsabilité de l'établissement, des médecins et des équipes soignantes. On ne peut effectivement pas demander à l'Assurance Maladie de rémunérer des éléments pour lesquels elle n'a pas de preuve évidente : état clinique, réalisation d'actes, interaction des équipes. C'est un problème auquel nos établissements se sont heurtés, et qui nous a conduit depuis plusieurs années à travailler sur nos systèmes d'information, tant sur le plan technique du recueil de l'information, que sur le plan de la qualité et de l'exhaustivité du contenu du dossier du patient. L'ensemble des acteurs de santé, même non médecin, doit participer à la tenue du dossier. En effet, nous demandons maintenant à nos psychologues, à nos diététiciennes et à nos kinésithérapeutes de rédiger des comptes rendus datés et signés.

Dr Hélène LOGEROT : Merci Valérie-Jeanne. En quelques mots, la FEHAP est la principale fédération du secteur privé non lucratif, avec à peu près 800 établissements sanitaires, certes un peu protéiformes puisque certains sont petits et d'autres très gros. Une particularité, que vous ignorez peut-être, est qu'il y a non seulement une majorité d'établissements ex dotation globale mais également un certain nombre d'établissements MCO, SRR psychiatrie et dialyse qui sont ex OQN et issus de congrégations, d'associations et de fondations à but non lucratif mais néanmoins sous l'échelle tarifaire OQN.

Pour revenir sur le sujet, comme Valérie-Jeanne l'a dit, on veut faire dire des choses différentes à un seul outil. Il est vrai qu'entre l'information médicale initiale Princesps de la classification en GHM et la tarification-facturation actuelle il y a aussi une prise en charge du patient, avec quatre concepts différents qui recouvrent des logiques et des compréhensions différentes qui s'entrechoquent notamment à l'occasion des contrôles T2A.

Je vais essayer de vous donner un certain nombre d'exemples et dire en liminaire – M. FENDER a déjà entendu cette remarque – qu'il ne faut bien entendu pas généraliser mais que l'on ne parle pas des trains qui arrivent à l'heure. Même si cela ne concerne pas une majorité d'établissements, il nous est remonté qu'ils ressentent de plus en plus que le contrôle contentieux – le mot est éloquent en soi – a glissé d'un contrôle du codage vers un contrôle de la pertinence des prises en charge et qu'il s'apparente parfois à ce qui est vécu comme une remise en question des pratiques médicales, quand on

dit par exemple qu'un séjour a été trop long, qu'une prise en charge n'était pas appropriée ou qu'en fait elle n'a pas eu lieu.

Je vais prendre un exemple médical qui est quotidien pour nos établissements mais peut-être un peu moins pour les vôtres : la prise en charge d'une personne âgée présentant un tableau clinique de démence qui permet malgré tout encore le maintien à domicile mais nécessitera un diagnostic qui va faire intervenir plusieurs professionnels et peut-être même l'organisation d'une thérapie de groupe : le périmètre de la consultation est inenvisageable pour les acteurs hospitaliers, notamment en termes organisationnels. Pour les médecins contrôleurs, le codage en Z avec une prise en charge en hôpital de jour n'est pas admissible. Que l'on appelle cela gérontopsychiatrie ou psychogériatrie, c'est finalement pour les établissements une prise en charge qui relève d'un hôpital de jour MCO et pas d'une consultation ou du champ psychiatrique.

On est là face à une problématique triple : la recommandation médicale de bonnes pratiques, l'organisation des pratiques en établissement et les règles de facturation. Certaines de ces difficultés ont été encadrées par les forfaits SE en ce qui concerne la technique mais pour la médecine la problématique est beaucoup plus floue et moins cadrée. Donc calibrage consultation pour la caisse, mais s'avérant impossible, inopérant pour les équipes médico-soignantes. Nous sommes de plus toujours en butte à l'absence de CCAM cliniques pour définir un certain nombre d'activités médicales qui peuvent être lourdes et qui vont bien au-delà d'une consultation spécialisée.

Je dois dire ici que l'État a son rôle à jouer, sachant qu'en l'occurrence, pour les activités frontalières entre l'externe et l'hôpital de jour, nous, fédérations, avons commencé à travailler sur ce sujet si je ne m'abuse en décembre 2008 et que nous attendons toujours une circulaire. Nous avons appris hier un scoop lors d'une réunion conjointe : elle aurait été envoyée hier pour numérotation au bulletin officiel. Cependant, la campagne 2010 a commencé. Comment va-t-on faire pour les séjours rejetés lors de celle-ci ? Certains pourront peut-être être un peu plus explicités et référencés dans cette circulaire, mais combien cela représenterait-il d'indus et de sanctions pour les établissements alors qu'un texte va peut-être clarifier un certain nombre de confrontations ? On a perdu six mois, avec un impact sur la campagne 2010 qui aurait pu être évité si cette circulaire était sortie à l'automne 2009 comme prévu.

Je sais que M. FENDER récuse l'exemple de la biopsie de prostate parce que pour certains elle peut être pratiquée sans anesthésie générale, mais ce n'est pas le cas pour d'autres praticiens et in fine – c'est quand même le plus important – pour certains patients. Nous sommes face à un problème de décalage entre des pratiques, une règle

et des contrôles. C'est dans ce genre d'activité que l'on voit apparaître des disparités régionales et d'interprétations entre certains contrôleurs et pas d'autres qu'il faut souligner.

J'imagine que cela a déjà été souligné : il y a eu aussi un certain nombre d'incompréhensions du fait que, dans la mesure où l'on contrôle des dossiers qui sont parfois antérieurs de dix-huit mois, des règles ont pu sortir entre temps – cela a été notamment le cas au moment de la sortie des forfaits SE – qui ne s'appliquaient pas au moment où les dossiers médicaux ont été remplis alors que c'est le cas au moment du contrôle. C'est un autre sujet de crispation et d'incompréhension.

Si l'on revient à la confrontation codage-prise en charge : le codage doit répondre à une certaine réalité et pourtant il peut être quelquefois difficile à objectiver. Prenons l'exemple d'un enfant asthmatique qui doit subir une anesthésie générale : l'asthme avéré représente pour les anesthésistes un protocole particulier ou en tout cas un signalement (un protocole peu allergisant, une surveillance renforcée, etc.). Tout cela est colligé dans le dossier d'anesthésie qui entoure l'intervention. L'asthme avait été codé en l'occurrence en diagnostic associé, ce qui a été récusé par l'Assurance Maladie, qui considère qu'au moment de l'intervention il n'y a pas eu prise en charge objective de l'asthme, que finalement il n'y a pas de lien et donc pas de codage acceptable. Cela génère des arguties sur le rejet du codage d'une part et d'autre part une incompréhension, parce que les médecins ont en toute bonne foi pris en compte un terrain. Il est parfois difficile de trancher. Je pourrais vous donner d'autres exemples en vous parlant de douleurs chroniques et de prises en charge pluridisciplinaires, etc.

J'ai reçu un mail d'un PSPH (ce n'est pas un ex OQN) : « À mes yeux comme à ceux de mes confrères praticiens, toute pathologie active est nécessairement prise en charge, ne serait-ce que par la poursuite du traitement fourni par l'établissement et l'intégration d'éventuelles interférences avec l'affection nouvelle à traiter, or les contrôleurs arguent du fait que cette prise en charge n'est pas détaillée et n'a pas finalement été opérée au moment de la prise en charge ». Il cite un article de l'encyclopédie médico-chirurgicale dans lequel il est indiqué : « Pour qu'un malade soit pris en charge correctement au-delà du diagnostic de l'affection principale, l'important est que son historique soit connu (cf. le dossier des antécédents), car par définition cette connaissance implique sa prise en compte lors du traitement du patient. Le médecin n'est pas réputé devoir faire de la prose dans son observation mais néanmoins tenir compte de l'ensemble des facteurs de risque ».

Les médecins contrôleurs jouent de cette idée de preuve écrite. Il est évident qu'un établissement ne pourra jamais défendre un dossier vide. Néanmoins, la

preuve écrite d'une prise en charge permet de détourner l'esprit du guide méthodologique, qui lui est constant dans ses définitions, à savoir que ce qui compte est que la pathologie soit active.

Je vais maintenant évoquer d'autres exemples en ophtalmologie, avec des prises en charge un peu frontalières. On m'a cité notamment le cas d'un blépharochalasis, c'est-à-dire un excès de peau de la paupière qui provoque une amputation du champ visuel et nécessite une résection des paupières qui est un acte assez simple. Là encore, il y a confrontation entre les considérations médicales et esthétiques. Il semblerait que pour cet établissement les médecins contrôleurs soient prêts à accepter la prise en charge si le champ visuel est amputé de 50 %, ce à quoi les ophtalmologues répondent que cet argument n'est pas tout à fait fiable car un champ visuel peut varier entre le matin et l'après-midi pour un même patient, un champ visuel amputé de 45, 50 ou 55 % ne voulant finalement pas dire grand-chose pour eux. Ils demandent par ailleurs qui a fixé cette règle de 50 %, où elle est écrite et si ce n'est pas une décision unilatérale. Les chirurgiens considèrent en effet qu'un service médical est rendu même si c'est une chirurgie simple, et il ne s'agit pas pour eux d'une chirurgie de confort, de même pour les patients.

Je voudrais terminer sur l'exemple d'une clinique ex-OQN strasbourgeoise que l'échelon national de l'Assurance Maladie connaît. Je la remercie de prendre en considération les éléments de la confrontation parce que ce cas n'est pas réglé ; cette clinique est en contentieux. Cela concerne la chirurgie de la main en urgence et notamment le champ n°1 du programme. Je lis la lettre recommandée de l'ARH : « *Séjours en 24 M 17 Z - Traumatisme de la peau et des tissus sous-cutanés - Séjour de moins de deux jours* », etc.

Ce cas concret correspond à 684 dossiers. 110 ont fait l'objet d'un contrôle. Le montant total des séjours était avant contrôle de 22 163 € et après contrôle de 2 725 €. La sanction a été calculée en tenant compte d'un plafond de 5 % de la recette annuelle totale d'Assurance Maladie pour l'année antérieure au contrôle, soit 845 212,63 €. Cela correspond à un pourcentage de facturation de 713 %, le pourcentage applicable selon le barème du décret du 16 mars 2006 étant de 50 %, ce qui conduit à un montant maximal de la sanction, conformément à l'article R, etc., de 100 309 €, ce qui n'est pas tout à fait anecdotique pour l'établissement.

Il s'agit en réalité d'un dialogue de sourds. Pour synthétiser l'objet du litige, le médecin DIM indique dans ses écrits que : « *La notion d'anesthésie avec un code 4 n'est pas obligatoire pour facturer un GHS* ». « *La durée de la prise en charge n'est pas un argument pour refuser une facturation d'un GHS* ». « *Le recours à une consultation externe plutôt qu'à un service spécialisé*

ne s'applique pas à nos dossiers ». « *La conversion systématique par les médecins contrôleurs des plaies profondes codées par le chirurgien en plaies superficielles tient de l'arbitraire et est en contradiction avec les données récentes des caisses sur la notion de traitement des plaies blanches* ».

Arguments de l'UCR : « *En réalité, les dossiers concernés ne remplissent pas les conditions d'une facturation en UHCD* ». Réponse de la clinique : « *Pourquoi nous parlez-vous d'UHCD ? Effectivement, nous ne répondons pas aux trois critères de prise en charge en UHCD mais nous avons fait un GHS d'ambulance hors UHCD* ». Nouvelle réponse de l'UCR : « *Il vous est impossible de facturer un GHS de chirurgie ambulatoire en urgence ; la chirurgie ambulatoire ne peut être qu'une chirurgie programmée* ». C'est faux : la chirurgie ambulatoire n'est pas obligatoirement programmée.

C'est un dossier complexe, instruit nationalement, et encore une fois je trouve intéressant que l'échelon national se penche sur ces contradictions. En résumé, il s'agit d'un service rendu qui n'est pas contestable de chirurgie de la main en urgence. Quant au concept même du traitement en un temps de ces patients par rapport à une urgence différée, on sait très bien que si l'on renvoie le patient avec un pansement et qu'on le fait revenir le lendemain en programmation immédiate il y a perte de chances. Un débat doit être tranché sur le fond qui n'est pas mince.

Quelle solution avons-nous ? Nous pouvons nous parler et nous rencontrer, ce que l'échelon national et votre direction organisent. C'est déjà une bonne chose puisque c'est l'occasion d'échanges. Néanmoins – c'est la FHF qui a évoqué cette perspective et je la reprends –, il faut certainement un échelon technique de confrontation. Peut-être faudrait-il faire revivre les COTRIM. Je n'ai pas parlé des concertations, qui se passent parfois de manière un peu cavalière et expéditive, avec des médecins DIM qui ont une demi-journée pour découvrir l'ensemble des dossiers rejetés par les médecins contrôleurs. Vous nous avez répondu sur le nombre de ces derniers hier et nous y reviendrons peut-être. Je ne veux pas parler de la pratique du contrôle, mais finalement il y a le contrôle, cette concertation, qui se passe plus ou moins bien, et l'UCR, mais il manque certainement une instance technique de partage à distance, un peu moins dramatisée, pour essayer de se baser sur des règles communes. Nous manquons tous d'un certain nombre de référentiels. Il y en a un, notamment sur les soins palliatifs, qui a été institué par la CNAMTS, qu'il faut finalement remercier puisque la société savante n'a pas fait son travail, ou en tout cas pas dans un temps qui aurait permis de se baser sur ce dernier.

Je voudrais dire pour conclure que je crois que les équipes médico-chirurgicales et de DIM travaillent quand même dans la grande majorité des cas en toute

bonne foi. Nous sommes tous d'accord pour dire que les fraudeurs n'ont à être soutenus d'aucune façon. Un établissement a invité les médecins contrôleurs en CME pour leur expliquer les règles de facturation concernant les transports sanitaires : ils ont compris et se sont mis en ordre de marche dès le lendemain pour prescrire de manière un peu plus cadrée. Je crois aux vertus de l'explication et des confrontations et je pense justement qu'il manque un lieu de confrontation technique pour essayer d'améliorer la situation.

Lamine GHARBI : Merci pour vos interventions. *(Applaudissements)*.

Des questions m'ont été posées, en liaison avec vos interventions, notamment sur le déroulé des contrôles :

SMS « **Les fiches techniques du contrôle externe sont-elles versées au dossier et accessibles ?** »

SMS « **Le rapport de synthèse est-il un acte administratif ?** »

Dr Pierre FENDER : Les fiches sont versées au dossier par définition. Quant à savoir si elles sont un acte administratif, cela demande un joker de ma part. En effet, je pense que si je répondais ici les uns et les autres s'attacheraient à ma réponse. Ils diraient que « M. FENDER a dit cela » et cet argument serait probablement utilisé dans un développement futur de la part des avocats qui vous représenteraient. M. FENDER ne répondra donc pas aujourd'hui. En revanche, je prends note de la question et vous me la poserez monsieur GHARBI.

Lamine GHARBI : Je connais votre réponse mais je vais vous poser cette question car cela m'a été demandé : « **Injection de toxines botuliques : GHS ou acte externe ?** »

Dr Pierre FENDER : Soyons clairs : je suis responsable de l'ensemble des contrôles mais ne maîtrise pas tous les dossiers. Je fais très attention à ma réponse dès qu'il s'agit d'un dossier technique. Si je me souviens bien, ce produit doit être dans la réserve hospitalière. C'est complexe puisqu'a priori, si vous devez le facturer il faut le faire avec l'hospitalisation, d'où une réponse comme celle que j'ai faite à la précédente question ; eh oui ! Vous pouvez parfaitement poser cette question, mais c'est pour nous aussi un dossier sur lequel nous sommes extrêmement prudents et sur lequel nous donnons des instructions de grande prudence. Il est dommageable que l'État ne soit pas présent car en fait cela dépend de la DGOS. C'est elle qui devrait vous parler du référentiel. Comme cela a été dit par ces dames tout à l'heure, les contrôleurs ne sont pas là pour faire le référentiel ; nous sommes là pour vérifier qu'il est appliqué. La fonction des contrôleurs n'est pas de dire que selon eux ou

l'Assurance Maladie c'est telle règle qui s'applique et qu'ils appliquent.

Cela me permet de rebondir sur l'autre question, qui est de savoir si les référentiels sont assez nombreux : certainement pas. Plus nous aurons de référentiels bien « bétonnés », moins les ambiguïtés et les conflits entre nous seront nombreux. Par définition, les pratiques de certains font à un moment donné qu'une règle unique est nécessaire pour les contrôleurs, pour qu'ils puissent juger de ce qui rentre ou non « dans les clous » de la facturation.

Pour prendre l'exemple des soins palliatifs, il remontait du terrain l'existence de dérives dans tous les sens. Des établissements facturaient alors qu'ils n'avaient pas le droit de le faire et d'autres le faisaient en 3 alors qu'ils étaient une structure 1. Des problèmes majeurs se posaient en matière de facturation. Nous nous sommes à la CNAMTS retournés vers l'État pour lui demander où il en était. Il nous a dit qu'un groupe de travail y travaillait ; c'était en 2006. Nous nous sommes dit que nous allions le laisser terminer son travail mais nous sommes en 2010 et il continue toujours.

Nous avons deux solutions : nous occuper du sujet ou l'abandonner. Nous nous serions, si nous avions abandonné le sujet, retrouvés dans la même situation que ce pays aujourd'hui avec les honoraires libres des médecins du secteur 2, à savoir qu'il est devant un acquis et qu'il est extrêmement difficile de revenir en arrière. C'est la raison pour laquelle la décision – que j'assume avec la Direction Générale de la CNAMTS – a été prise de mettre en place un groupe de travail interne partagé avec l'État et un arbre de décision que les contrôleurs utilisent pour juger des soins palliatifs. Il a été présenté aux fédérations et nous leur avons dit que nous allions l'utiliser car sinon le risque est à terme que les soins palliatifs ne soient pas facturés à la hauteur des moyens mobilisés. Il est beaucoup plus facile d'intervenir en amont – avant qu'une situation se mette en place – qu'en aval. Je parle des honoraires libres parce que nous menons actuellement une campagne pour qu'ils soient fixés avec tact et mesure parmi les professionnels. Nous l'avons lancée fin 2008 et nous la poursuivons, mais comprenez bien que quand la situation est enkystée elle est beaucoup plus difficile à résoudre.

Pascal DELUBAC : Je voudrais faire un point rapide. Tout d'abord, j'ai entendu ce matin des termes comme « dogmatisme », par exemple à propos de la convergence. Nous n'avons pas de dogmatisme mais nous avons quand même un sentiment d'insécurité et d'a priori négatif à notre rencontre, avec parfois des traitements défavorables, comme nous pouvons le constater dans notre région en Languedoc-Roussillon. Quand un CHU oublie de déposer un dossier de demande

d'autorisation, on lui crée une fenêtre spéciale pendant que l'on rejette le nôtre ; c'est une anecdote.

Pour revenir sur les a priori, nous sommes en général, médicaux ou non, des professionnels consciencieux qui avons pour vocation non pas de frauder mais de nous occuper de patients, et nous n'avons pas non plus vocation à générer des indus pour noyer les médecins de l'Assurance Maladie. Je voulais vous rassurer sur ce point.

Sous un autre angle, je constate que pour nous la procédure n'est pas sécurisée. Contrairement à ce qui a été dit ce matin, il existe un principe constitutionnel qui consiste à dire que l'on ne peut établir que des peines évidemment et strictement nécessaires. J'ai déjà une interrogation à ce niveau.

Un autre souci est que les textes, contrairement à ce qui a été dit ce matin, sont trop flous. Je pense que les autres intervenants y viendront ultérieurement. Qu'est-ce qu'un manquement aux règles de facturation ? Cela vous laisse un champ très large pour agir. Qu'est-ce qu'une erreur de codage ? Cela vous laisse aussi un champ très large en matière d'interprétations ; ce sont des termes très ambigus.

J'ai versé une larme quand j'ai appris qu'à la DGOS 17 contrôles étaient en cours. Nous avons des contrôles de l'URSSAF, des services vétérinaires et des services fiscaux, sachant qu'en matière de procédures fiscales nous sommes davantage protégés que par la procédure diligente dans le cadre des contrôles T2A. La proportion des pénalités en matière fiscale est appréciée en fonction du comportement du contribuable. Il existe une charte, qui est particulièrement respectée, du contribuable dans le cadre du contrôle.

Nous considérons aussi que nous ne sommes pas très bien servis par rapport au contradictoire. Vous avez expliqué tout à l'heure qu'au moment du déroulé de la sanction une commission se réunit. Vous vous réunissez entre vous et aujourd'hui c'est la Direction générale de l'ARS qui sanctionne, donc au bout du compte il n'existe aucune instance de concertation, comme cela a été dit souvent ce matin, la seule chose qu'il nous reste à faire étant d'agir auprès du tribunal administratif par rapport aux sanctions. On peut se demander en matière d'inégalités pourquoi vous avez par rapport aux indus trois ans pour agir et nous seulement deux. Cela peut interpellé en termes de parallélisme des formes.

Très clairement, l'entreprise citoyenne a l'impression que le droit est fait uniquement pour ceux qui l'appliquent et non pour garantir automatiquement les droits des établissements. Nous avons créé une commission parce que nous nous sentons malmenés et maltraités et que nous avons des interrogations. Il faut très clairement faire évoluer la jurisprudence. Il manque incontestablement des lieux de contestation, peut-être plus forts, et des référentiels. Je suis d'accord avec vous : quand des pratiques connaissent une évolution qui pourrait

être dans l'intérêt du patient – nous l'avons vu dans le passé avec les cotations Coelio – cela a donné lieu à des procès au TASS et à des débats avant que cette technique soit valorisée pour les praticiens et les établissements. Beaucoup d'exemples vont dans ce sens.

Concernant les soins palliatifs, que vous venez d'évoquer, nous avons présenté en région un référentiel, dans le cadre de la commission technique sur les soins palliatifs de l'ARH, qui avait été validé par elle. Bien sûr il ne faut pas qu'il y ait d'abus, mais nous ne savons pas quel référentiel est appliqué en cas de contrôle T2A.

Lamine GHARBI : Merci pour cet éclairage très précis. Vous avez fait référence aux contrôles fiscaux. J'en ai eu également et certains n'ont pas débouché sur un redressement. En revanche, cela a toujours été le cas dans le cadre des contrôles T2A. On en sourit mais il y a quand même deux poids deux mesures.

Je vous propose, Docteur FENDER, de faire une synthèse des réponses pour nos intervenants, étant entendu que nous aurons ensuite une table ronde médiacale au cours de laquelle sera abordé notamment le positionnement du COTRIM, l'instance nationale de concertation, avec une vision médicale sur l'évolution.

Dr Pierre FENDER : Je ne sais pas si je vais faire une synthèse mais en tout cas je vais reprendre un certain nombre de points qui ont été soulevés, en commençant par le dernier parce que c'est toujours celui que l'on retient mieux que les autres, à savoir, le contrôle fiscal et le contrôle T2A.

Il est évident – j'ai essayé de vous le montrer tout à l'heure – que les établissements qui font l'objet du contrôle ont été repérés parce qu'ils sont atypiques à l'extrême par rapport à la moyenne des autres. Je l'ai dit tout à l'heure mais je réaffirme que l'ensemble de la démarche du contrôle va dans le même sens que ceux qui facturent de façon correcte et qui n'ont pas d'atypie statistique, celle-ci révélant dans la majorité des cas un problème de codage et de facturation. Le contrôle fiscal a lieu sur l'ensemble des déclarations alors qu'il s'agit en l'occurrence d'une activité qui a été ciblée, l'établissement ayant par rapport à celle-ci une pratique de facturation atypique par rapport aux autres. Il n'est donc pas anormal que quand les contrôleurs vont sur le site ils s'aperçoivent que cette atypie est le révélateur d'une facturation qui n'est pas la même que dans les autres établissements.

Le deuxième point sur lequel je souhaite intervenir est le fait que nous sommes effectivement dans le cadre d'un contrôle a posteriori (puisque c'est la définition de ce dernier), les preuves devant par définition se trouver dans les éléments qui sont fournis au contrôleur pour qu'il puisse statuer sur la question de savoir si

l'établissement a mobilisé ses moyens à la hauteur du codage et de la tarification. C'est la question que se pose un contrôleur. Les moyens mobilisés correspondent-ils à ce qui a été tarifé ?

Pour suivre l'ordre de ce qui a été présenté tout à l'heure, pour répondre à la question de savoir si l'outil PMSI est descriptif ou tarifant, le problème est pour moi résolu à la date d'aujourd'hui : c'est un outil tarifant ; il n'est pas descriptif de l'état médical du patient. Il faut l'entendre.

La question qui se pose ensuite – cela pourrait introduire la table ronde qui va suivre – est qu'effectivement il y a en face des contrôleurs non seulement des établissements mais aussi la communauté des médecins, qui eux préféreraient que l'on prenne en compte la description d'un état médical de patient parce que la globalité du patient a bien sûr été prise en charge médicalement. Cependant, la question qui se pose est de savoir si des moyens ont été mobilisés ou non.

Je m'adresse non seulement aux directeurs d'établissements mais aussi aux DIM qui sont présents. À force de voir les fédérations et d'entendre les DIM, parce que nous nous rencontrons régulièrement, il nous est apparu il y a environ un an et demi que nous étions dans une situation où nous mettions certains professionnels (dont les DIM particulièrement) en situation difficile puisque le contrôle repasse tous les ans sur une activité dont ils ont une forte responsabilité. Si la conclusion est 17 % d'anomalies la première année, 20 % la suivante, puis 15 %, etc., nous prenons complètement en compte le fait que cela peut être difficile, d'autant plus que la majorité d'entre eux sont de bonne foi.

J'ai lors des débats que nous avons eus hier alerté l'État sur le fait qu'il faut prendre en considération le fait que nous ciblons l'activité d'un professionnel, auquel on peut très bien chaque année demander de sortir de ses placards l'ensemble des dossiers que nous allons cibler. Peu de professionnels ont dans leur profession de tous les jours un audit de ce type, car même les audits de la Cour des comptes, de l'IGAS, etc. ne travaillent pas ainsi. Il s'agit vraiment d'un contrôle et par rapport aux relations psychosociologiques entre le contrôleur, les directeurs d'établissements, les cliniciens et les DIM, il faut se pencher sur la question et entendre qu'un problème se pose qu'il faut résoudre. Je comprends parfaitement

l'expression d'un ras-le-bol, mais il faut aussi entendre les autres discours.

Dr Hélène LOGEROT : J'entends bien que pour le financeur le PMSI est un outil tarifant ; cela me paraît assez logique. J'ai parlé d'une logique différente tout à l'heure. Je voudrais aussi dire qu'indépendamment de celle des cliniciens, l'outil PMSI sert à beaucoup de choses. Il sert aux ARS – et bientôt il servira à l'ANAP – pour contextualiser l'activité d'un établissement et instruire des dossiers dans le cadre des CPOM et des demandes d'autorisation, et il peut même éventuellement servir de base de données dans le cadre des prises en charge des patients et à instruire les dossiers de SROS. On lui demande de servir aussi de base de données descriptive de l'activité et de l'état de santé d'une population, en tout cas hospitalisée. On a plus de mal à avoir une base de données de patients ambulatoires donc on se rabat sur celle que l'on a, qui est la base de données hospitalière. Ce n'est pas que la logique des cliniciens. C'est aussi celle des acteurs de la planification et finalement c'est notre seul outil, même s'il est très perfectible. Ceux qui, comme certaines personnes dans la salle, ont participé à ses prémises connaissent bien ses imperfections mais pour l'instant il a un énorme mérite : celui d'exister.

Dr Valérie-Jeanne BARDOU : Pour en « rajouter une couche », même la tutelle n'est pas très claire quand on lui demande quelle est la finalité du codage. On voudrait lui faire dire tout et son contraire mais qu'on le veuille ou non le législateur l'a pensé à l'origine comme un outil économique. Même encore actuellement, quand nous discutons avec l'ATIH ou la DGOS, on nous laisse toujours entendre que c'est quand même un outil qui peut servir à décrire. Peut-être va-t-il falloir à un moment que les fédérations et les tutelles se posent le problème du contenu du RSA. On va nous dire que certes nous avons des diagnostics descriptifs mais qu'ils restent chez nous et ne remontent jamais à aucune tutelle. Peut-être va-t-il falloir à un moment introduire d'autres types de diagnostics qui seront utilisés à des fins épidémiologiques ou de description de populations.

Lamine GHARBI : Merci pour vos interventions. *(Applaudissements)*. ■

CONTRÔLES
T2A
ET SANCTIONS
FINANCIÈRES

POINT DE VUE DES MÉDECINS DIM

LES RÈGLES DE CODAGE, LE DÉROULÉ DES CONTRÔLES, LA QUALITÉ DU DOSSIER MÉDICAL

Dr Marie-Paule CHARIOT : Je vous remercie de m'avoir accueillie. Je suis un médecin praticien qui exerce en clinique. Je remercie Hélène LOGEROT d'avoir tout à l'heure ouvert le débat, que je vais poursuivre.

Concernant les soignants et les dossiers de soins, j'ai bien regardé les règles de l'ATIH et bien lu les consignes du fascicule 2010, mais j'ai noté quelques difficultés de cohérence entre la tarification à l'activité, les actes médicaux et ce que je fais réellement ou pratique tous les jours.

Nous essayons bien sûr dans les dossiers médicaux de renseigner au maximum, de donner des renseignements médicaux, c'est-à-dire ce qui importe dans nos sociétés savantes et dans notre pratique quotidienne pour soigner le patient et assurer sa prise en charge. Effectivement, comme cela a été dit tout à l'heure, ce n'est pas toujours cohérent avec ce que les médecins contrôleurs de l'Assurance Maladie attendent de trouver dans les dossiers de soins.

Pour mon chirurgien et mon établissement, l'obésité commence avec une IMC à 30. Le référentiel de la société digestive dit que l'obésité morbide commence pour un BMI à 35. Cela signifie que le chirurgien peut opérer, avec deux comorbidités mais je ne connais pas de personnes de 150 kilos qui courent le marathon. L'insuffisance respiratoire est reliée à l'obésité – cela n'étonnera personne –, ainsi que le diabète, car la glycémie s'élève un peu. Les comorbidités avec un BMI inférieur à 35 sont donc traitées en chirurgie digestive, mis à part le fait que le référentiel ATIH de 2010 évoque un BMI à 40. Cela signifie que mon chirurgien se retrouve en porte-à-faux. Il opère des patients avec un BMI à 35 que l'établissement ne peut pas facturer, or vous n'ignorez pas qu'il faut un lit spécial au-delà de 150 kilos. L'établissement a donc investi pour répondre aux normes et à la sécurité des patients.

Les praticiens ont aussi plus de difficultés. Un chirurgien qui doit traverser 20 centimètres de graisse peine plus que celui qui doit en traverser moins. Quant à l'anesthésiste, je ne vous fais pas de dessin, or l'Assurance Maladie ne le reconnaît pas. Pas de chance ! On tarifie à l'activité mais pas celle-ci.



DR MARIE-PAULE CHARIOT



DR JÉRÔME FERNANDES



DR HERVÉ VANSTEENE

De plus, la chirurgie ambulatoire pour opérer ces patients est particulière. Il faut pour opérer des obèses d'abord vérifier qu'il n'y a pas de microbes dans l'estomac, c'est-à-dire faire une endoscopie digestive, ce qui demande un brancard et un peu plus d'organisation, par exemple en cas d'insuffisance respiratoire. Or, pas de chance : un seul tarif !

Prenons maintenant l'exemple de la dénutrition. Vous savez comme moi que les patients dénutris sont souvent âgés et malades puisqu'ils sont hospitalisés. Connaissez-vous beaucoup des patients hospitalisés de un à six mois ? Pas moi, or j'ai du mal à retrouver dans le dossier la comparaison entre un mois et six.

Tout cela représente l'activité que développe l'établissement et les prestations qu'il met au service des patients pour les soigner mais qu'il ne peut pas facturer dans une tarification à l'activité.

L'anémie post-hémorragie : soit l'établissement ne compte pas de bons professionnels, ce qui est possible, soit il est très mal organisé. Quand je recommande deux ou trois fois du sang dans la journée pour un patient

en tant qu'anesthésiste, c'est parce qu'il a un peu plus saigné que je ne l'avais prévu. Pas de chance ! Le médecin contrôleur m'explique que ce n'est pas une hémorragie imprévue mais que je suis mal organisée.

L'hypotension artérielle : je n'ai pas de chance ! Les patients de psychiatrie ont souvent des médicaments qui déclenchent des maladies de Parkinson ou quasiment, et très souvent leur tension est basse. On est obligé de leur donner aussi des médicaments pour qu'elle soit plus haute. Cependant, dans la mesure où il s'agit de Parkinson induit par des médicaments, ils ne sont pas pris en charge. C'est une maladie, mais puisqu'elle n'est pas venue toute seule elle n'est pas prise en charge. Je vous rappelle que la société savante dit que la définition du « Shy Drager » est une hypotension dysautonomique.

L'insuffisance respiratoire : là aussi, pas de chance ! Je n'en ai vraiment pas. Quand un malade a une insuffisance respiratoire chronique, on lui fait au début une prise de sang qui fait mal, dans une artère au poignet. On trouve là de l'oxygène et cela répond à la norme, mais pour la société savante il en faut au moins deux ! Quand le patient va mieux, nous comparons la pression d'oxygène à l'entrée, nous la mesurons au doigt à travers l'ongle et nous évitons ainsi de le repiquer. Si nous pouvons limiter les piqûres qui font mal au patient dans des artères, nous le faisons, or nous ne pouvons pas facturer puisque nous ne faisons pas deux prises de sang !

Concernant l'insuffisance respiratoire chronique, notamment en cas d'asthme, nous essayons de préparer les patients avant. Nous leur donnons un aérosol avant et après pour qu'ils ne décompensent pas et pour éviter les signes d'asthme pendant leur séjour. Nous faisons au mieux pour que les examens se passent bien mais ce n'est pas pris en compte : le patient n'a pas d'asthme !

Par rapport aux pratiques professionnelles des médecins qui font en sorte que le patient soit le mieux pris en charge possible, aux moyens que mettent les établissements à la disposition des praticiens et à tous les soins qui sont faits qui permettent que des pathologies ne surviennent pas ou que nous puissions au mieux faire notre travail, la tarification n'est pas au rendez-vous.

Il en va de même pour les cystites aiguës. Quand quelqu'un est hospitalisé et se plaint parce que cela brûle – je précise que j'ai choisi les cas que j'évoque dans le référentiel 2010 de l'ATIH –, on lui prescrit un UCB mais on n'écrit pas qu'un prélèvement doit être effectué parce qu'il a des brûlures. On fait le prélèvement parce qu'il les a. On le retrouve dans le dossier infirmier mais pas dans le dossier praticien, et la présence isolée de germes ne le fait pas. En revanche, une infection de la vessie se traduisant par des brûlures, des urines troubles et sanglantes et une envie fréquente d'uriner suffisent à coder. C'est là aussi dans le référentiel de

la société savante. J'ai cité mes sources à chaque fois. La difficulté est la même pour l'insuffisance rénale chronique. Les recommandations portent sur les débits de filtrations glomérulaires, mais cela ne fonctionne pas pour les obèses et les personnes âgées. Le référentiel recommandé par l'Assurance Maladie ne correspond pas à ce qui l'est par les sociétés savantes.

L'insuffisance rénale aiguë est, toujours selon la société savante, une maladie caractérisée par une chute brusque de la clairance glomérulaire, le stade le plus sévère étant au-dessous de 15 millilitres.

On sait que les patients hospitalisés qui sont opérés déclenchent une inflammation et que ceux qui sont hospitalisés et malades en ont aussi une, car il y a une inflammation quand il y a une maladie, sachant que les médicaments anti-inflammatoires aggravent l'insuffisance rénale. On fait donc en sorte de la prévenir, mais là non plus pas de chance : cela ne peut pas être facturé, alors que la société savante dit bien que les insuffisances rénales aiguës surviennent le plus souvent dans le cadre d'hospitalisations.

Dans la mesure où il n'y a pas d'intervention chirurgicale sans précautions, on utilise des aérosols ou des prescriptions portées quand les patients sont ASA 3, ce qui signifie qu'ils ont une maladie déséquilibrée, ce qui est fréquent quand on hospitalise en médecine. Tout cela est pris en compte par les soins. Cependant, les contrôleurs d'Assurance Maladie n'ayant pas le même cursus que moi, ils n'ont pas accepté certains codages et ne m'ont pas toujours comprise. Peut-être est-ce dû au fait que je suis dans un endroit perdu et isolé. De plus, les traitements sont adaptés, mais nos confrères ne les comprennent pas toujours. Ils ne l'acceptent pas si les CMA sont notées sous des formes différentes. Autrement dit, si la terminologie n'est pas la même que celle de la CIM-10.

Nous n'utilisons pas les mêmes mots. Nous apprenons la médecine en faculté, nous essayons de la faire évoluer dans des sociétés savantes et de rapporter, comme on nous l'a appris et comme la formation continue nous le permet, mais ce n'est pas la CIM-10, qui n'est pas enseignée dans les facultés. Je vous propose donc d'impliquer les soignants dans les contrôles. Peut-être notre exercice professionnel et notre envie de bien faire feront-ils que nos confrères contrôleurs nous comprendront et que cela aidera les établissements. Je vous remercie de votre attention. *{Applaudissements}*.

Lamine GHARBI : Merci Marie-Paule pour ce témoignage plein de vie et de réalité. Avoir un éclairage médical fait du bien.

Dr Jérôme FERNANDES : L'intervention que je vous propose de développer maintenant sera en lien avec

tout ce qui a été dit jusqu'à présent et même parfois un peu redondante par rapport à ce que vous avez déjà entendu, ce dont je vous prie de m'excuser par avance. J'essaierai cependant de tourner mon propos de façon un peu différente.

Je fais partie d'un groupe d'établissements où j'ai, depuis 2005, participé à 5 contrôles successifs, pour un volume de 4 000 à 5 000 dossiers. Je me suis toujours retrouvé dans le souci et c'est ce souci que je vais essayer de vous faire partager aujourd'hui. Il est lié à la subjectivité propre à la pratique de l'art médical, certes, mais aussi à la pratique de codage en prise directe avec les problèmes de variabilité des interprétations. Le but du jeu pour que le contrôle soit équitable est donc, entre autres, de faire diminuer cette variabilité.

Pour mettre en scène ce que je vais développer je fais référence à un éminent confrère, le Dr Knock, affirmant que « *tout bien portant est un malade qui s'ignore* » puisqu'il ne connaît que des personnes qui souffrent plus ou moins, d'un nombre plus ou moins grand de maladies, dont l'évolution est plus ou moins rapide.

Nous avons donc tous une perception différente des maux qui peuvent nous atteindre, la chose devenant « scientifique » dès lors que l'on franchit le seuil du cabinet du médecin, lequel va avoir différentes façons d'interpréter les cas qu'on lui présente et les symptômes de ses patients. Ainsi le Dr Knock diagnostiquant chez une de ses patientes souffrant de troubles du sommeil qu'il s'agit éventuellement d'une atteinte des vaisseaux cérébraux et d'une malformation dite « en tuyau de pipe », l'autre diagnostic potentiel qu'il émet consistant tout simplement à dire à cette bonne dame qu'elle a éventuellement une « araignée au plafond », ce qui représente déjà en soi deux diagnostics différents face aux mêmes symptômes.

Le diagnostic étant posé, il s'agit évidemment de traiter, étant entendu que face à un même diagnostic les traitements peuvent différer. Pour le Dr Knock, ils diffèrent principalement selon la fortune du patient, ce qui évidemment ne nous concerne pas.

Nous sommes jusqu'à présent en amont du processus de codage. Cependant, nous allons rentrer dans ce qui nous intéresse plus particulièrement, c'est-à-dire le dossier médical.

Les différents éléments évoqués dans les étapes précédentes pourront être retracés de manière différente dans le dossier médical. Des études anciennes prouvent que par exemple les pathologies principales ou dominantes sont une fois sur dix imparfaitement recueillies, et lorsqu'il s'agit de problèmes connexes c'est huit fois sur dix qu'ils ne sont pas tracés dans le dossier médical.

Le dossier sur lequel nous allons travailler, qui est le support du contrôle, pourra finalement donner lieu à

encore, à des interprétations diverses dès lors que nous le ferons passer à travers le filtre du codage. Quand on met deux médecins face au même dossier, ils arrivent au mieux neuf fois sur dix au même résultat. Cela veut dire qu'à l'occasion d'un contrôle, les 7 ou 8 médecins qui vont réaliser cet audit n'arriveront pas nécessairement pour un même dossier au même résultat.

Pour en finir avec le Dr Knock et son fameux : « *ça vous chatouille ou ça vous gratouille ?* », je vais dans la CIM-10 trouver pour les chatouilles des hallucinations (R44) ou des paresthésies cutanées (R20), par exemple, et pour la gratouille je pourrai utiliser la catégorie L23 ou le code F (prurits psychogènes ou excoriations névrotiques), mais la liste n'est pas achevée.

Le problème auquel nous sommes confrontés est donc bien celui de la variabilité, qu'il faut autant que possible essayer de diminuer ou d'atténuer. Cette variabilité est non pas tant celle qui concerne l'individu que la variabilité analytique, laquelle porte sur deux éléments : l'observateur et l'instrument de mesure.

Intéressons-nous dans un premier temps à la variabilité liée à l'instrument de mesure qui est celui que nous utilisons en tant que professionnels du codage tous les jours. C'est la classification internationale des maladies, assortie des règles internationales d'usage qui en commandent le fonctionnement, et en France de toutes les règles explicites liées au PMSI, celles-ci étant malgré tout relativement éparpillées. On en retrouve à la fois dans le guide méthodologique, dans le manuel GHS et dans les questions-réponses posées sur Agora. Elles sont aussi issues de la jurisprudence liée au contrôle, qui est assez peu publiée, avec encore des usages propres à des établissements et à des pratiques locales. Il manque donc une compilation, mais qui soit réalisée *ex ante*, c'est-à-dire avant que le contrôle ait lieu. Cette compilation des règles opposables n'existe nulle part. Enfin, il faut parvenir à stabiliser les usages à travers un consensus professionnel. Cela fait référence à tout ce que nous faisons vous et moi lorsque nous avons à coder des dossiers médicaux.

Concernant la variabilité analytique, pour ce qui est relatif à l'observateur, c'est-à-dire celui qui va se servir de l'instrument, les différentes interprétations peuvent comme nous l'avons vu être extrêmement importantes d'un observateur à l'autre. Le critère principal pour diminuer autant que possible la variabilité liée à l'observateur est la formation. Pour ceux qui ont eu à suivre des contrôles au tout début des campagnes fin 2006, nous étions parfois confrontés à des médecins conseils ou inspecteurs dont manifestement la formation n'était pas « up to date ». S'agissant des contrôles récents et sauf exception, les médecins conseils sont maintenant très affûtés. Tout le monde en a conscience, mais il a fallu du temps. Ce temps, c'est aussi celui qui est

nécessaire à la concertation, or il se trouve – nous en avons eu quelques échos ce matin – qu'il est parfois un peu amputé puisque le contrôle doit se dérouler en trois à quatre semaines, l'objectif des personnes qui viennent contrôler étant d'aller le plus rapidement possible, éventuellement au détriment de la phase de concertation, qui est absolument nécessaire.

Enfin et surtout – c'est un élément que l'on a vu à maintes reprises ce matin –, ce qui manque beaucoup quand on a à discuter des codages est une instance d'arbitrage ou de concertation qui soit neutre. Il existait auparavant des COTRIM qui étaient destinés à cet usage mais aujourd'hui il n'y a plus rien. Tout ce qui se passe au-delà de la phase intra-établissement est totalement opaque pour l'établissement.

Pour conclure, compte tenu des enjeux financiers extrêmement importants liés à ces contrôles, tout particulièrement au chapitre des sanctions, il me semble absolument nécessaire que le processus soit équitable, évidemment, et le plus transparent possible. Or à mon sens, il est loin d'être transparent – il n'y a aucun doute – et in fine il n'est pas équitable.

Ce n'est pas le propos mais nous pourrions parler de l'élaboration du plan de contrôle, du niveau des sanctions, etc. Statistiquement, de nombreux arguments pourraient aussi démontrer que l'équité n'est pas nécessairement respectée. Je laisse enfin de côté le nombre de dossiers contrôlés, mais j'insiste tout particulièrement sur les deux points évoqués dans le courant de mon intervention. Il s'agit de la compilation de ces règles de codage opposables pour en faire une sorte de vademecum du contrôleur comme du contrôlé, qui est aussi le producteur de l'information au quotidien. Cela manque ; il en faut un rapidement. J'insiste aussi sur un deuxième point : l'instance de concertation qui existait par le passé, même si elle n'a jamais été utilisée à cette fin, et qui n'existe plus. Elle pourrait trancher sur des cas litigieux mais tout autant participer à l'élaboration des règles. La conclusion des conclusions serait qu'en l'absence de tout cela je serais assez favorable à une sorte de moratoire sur ces contrôles. Je vous remercie. *[Applaudissements]*.

Lamine GHARBI : Je vous rassure : le Dr FENDER prend des notes sur tous les points qui sont évoqués et vous répondra.

Dr Hervé VANSTEENE : Bonjour et merci pour votre invitation. J'interviens dans le cadre d'une de mes principales missions de directeur des Affaires Médicales d'un Groupe privé sur la Côte d'Azur, en tant que médecin DIM sur 6 établissements. J'ai moi aussi subi ces dernières années un certain nombre de contrôles, avec des problématiques qui ont été évoquées ce matin et sur lesquelles je

vais rebondir par l'intermédiaire de cette intervention en apportant quelques précisions et quelques réflexions.

Pour commencer mes propos, je vais revenir, comme M. FENDER il y a quelques instants, avec une vision plus « DIM » cette fois, sur la nature des prestations et des champs contrôlés et en particulier, sur les faits qui peuvent nous être reprochés lors de ces contrôles.

Lors des campagnes précédentes et en cours, le champ des séjours en hospitalisation complète avec CMA reste un des sujets les plus litigieux, majoré depuis la segmentation en niveaux de la V11.

Les faits reprochés se résument souvent à un manque de traçabilité de la mobilisation de ressources, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques, dans le dossier médical, élément majeur et clef du codage dont – j'insiste encore une fois – l'importance est cruciale. Les CMA qui sont codées ont-elles bien été prises en charge, et retrouve-t-on clairement une mobilisation de moyens ou une majoration de l'effort de soins décrit initialement par le motif d'admission ?

L'absence de ces critères, pour une CMA donnée, ne saurait en effet générer et expliquer « financièrement » une valorisation supplémentaire du GHS du séjour.

Un autre sujet de taille dans les campagnes de contrôles concerne la facturation des séjours de moins de 24 heures [actes « frontières »]. Dans ces séjours sans nuitée, sont principalement pointés les séjours sans acte ou avec actes non réalisés – c'est le problème des dossiers récusés – et surtout les séjours mono-acte, sans anesthésie générale.

L'élaboration des listes des forfaits SE, des FFM et plus récemment des Forfaits Sécurité Dermato a tenté de clarifier, à mon sens insuffisamment, les échanges et les règles à ce sujet.

De nombreux établissements ont été contrôlés et sanctionnés pour ce type de prise en charge car les atypies étaient de réelles anomalies.

Le fait reproché se résumait souvent à une facturation d'un GHS alors que l'hospitalisation ambulatoire n'était pas médicalement justifiée, la prise en charge concernée pouvant aux yeux des contrôleurs, être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements en question.

À ce sujet citons les séjours de moins de 24 heures chez des patientes ayant fait l'objet de monitorages en hôpital de jour, lors d'une grossesse normale.

Pour rester dans le champ de l'hospitalisation complète, on peut citer aussi à moindre échelle, le ciblage sur les codes de complication [codes en « T »], parfois codés de façon imprécise et même interdite en diagnostic principal, qui peuvent créer à tort des GHS à valorisation élevée, surveillés de ce fait par les instances.

On a aussi longuement parlé ce matin d'une problématique majeure, celle des séjours pour soins palliatifs.

Les faits reprochés peuvent être de deux natures. Les premiers concernent la justification administrative du séjour et l'adéquation de la facturation en ce sens : la tarification du séjour correspond-elle aux autorisations et reconnaissances qui ont été validées pour l'établissement ? Y a-t-il vraiment eu passage dans d'éventuels lits dédiés ou une unité de soins palliatifs reconnue ? Le deuxième volet portant litige et qui prédomine, concerne les critères décisionnels permettant le choix du codage du diagnostic principal en Z51.5 (soins palliatifs). À ce jour, et c'est bien à ce niveau que les choses ne sont pas clarifiées, aucun référentiel n'est opposable à ce sujet. Seul un algorithme décisionnel élaboré par la CNAMTS en 2008 peut nous « éclairer » dans notre pratique quotidienne, sans toutefois être opposable en cas de contestation. Cet algorithme devait initialement servir à harmoniser et à homogénéiser la décision des contrôleurs...

En fait, sur cet item, c'est prioritairement la notion et la traçabilité d'une prise en charge multidisciplinaire du patient qui est recherchée. Citons à ce sujet la problématique de l'intervention transversale d'un [une] psychologue, qui peut poser un double problème. Elle peut ne pas exister de par le refus du patient mais aussi de par le manque de notes dans le dossier médical patient, intégrées dans un dossier spécifique à cet intervenant.

Dans la même lignée des champs surveillés, l'utilisation abusive des codes symptômes (codes en « R ») ou des codes « Z » en diagnostic principal donnant naissance à des GHM « fourre-tout » ou à des GHM de bilan, d'explorations ou de suivi thérapeutique (racine Z3M06), laissent présager une imprécision ou une inadéquation du codage, surtout quand la durée du séjour est élevée (> 15 jours).

Une autre problématique à laquelle a été confronté un de nos établissements est celle des ATU.

Un litige peut apparaître quand ils sont répétés et rapprochés sur des courtes durées pour un même patient sans justification médicale ou, quand les soins ne sont pas considérés comme « non programmés ». Si tel est le cas, les surfacturations d'ATU qui en découlent sont en général faibles, mais les sanctions par l'Assurance Maladie restent parfois inappropriées (exemple d'une surfacturation d'ATU de 240 € entraînant une sanction de 60 000 €).

On retrouve aussi dans les prestations soumises à contrôles, la chirurgie plastique, en particulier esthétique, quand il n'y a pas de prise en charge ou d'entente préalable, et la chirurgie de confort, avec en particulier la chirurgie réfractive.

Je ne reparlerai pas non plus d'un élément dont a parlé M. FENDER ce matin, qui sort un peu du contrôle T2A, à savoir les contrôles administratifs à l'initiative de l'Assurance Maladie, qui concernent en particulier l'adéquation entre les facturations et les autorisations.

Citons à ce sujet le champ des suppléments, en particulier des SRC avec l'élaboration récente de nouvelles listes d'actes et de diagnostics éligibles. Je pense que ce sera un sujet prioritaire dans les campagnes de contrôles futures et M. FENDER ne me contredira pas sur ce domaine à mon avis.

Si on se recentre sur les priorités des contrôles T2A pour 2010, il faut citer le ciblage des prestations inter-établissements, qui est un sujet important dans ce contexte.

Je pense que tout le monde sait à quoi correspond ce type de facturation spécifique, qui nécessite un codage particulier qu'il faut respecter tant pour le demandeur que pour le prestataire pour aboutir à une facturation adéquate. En effet, cela peut générer à tort une double facturation puisque logiquement le paiement doit se faire en direct entre l'établissement demandeur et l'établissement prestataire. Un manquement aux règles de codification de ces prestations peut conduire à un GHS inadéquat, et donc une valorisation qui ne correspond pas. Nous verrons plus tard, que les prestations inter-établissements sont ciblées par des tests d'atypies spécifiques.

Citons par ailleurs le contrôle ciblé sur les séjours contigus, qui correspondent à des réadmissions sous 48 heures. Ils sont aussi hautement contrôlés, avec des règles de facturation qui sont édictées dans les différents arrêtés prestations, afin d'éviter le cumul de tarification de 2 GHS selon les cas.

Certaines CMA, qui ont augmenté en volume au niveau du codage entre 2008 et 2009, seront hautement surveillées dans la campagne de contrôle 2010. On a parlé ce matin de la dénutrition et des infections urinaires. Citons aussi les anémies post-hémorragiques aiguës (code D62). Des règles précises de codage ont été édictées par l'ATIH spécifiquement pour ces pathologies afin de minimiser les litiges.

On parle aussi de contrôles sur des CMA avec des codes CIM-10 imprécis. 93 codes seraient en quelque sorte « dans la ligne de mire ». Ils pourraient, de par leur imprécision, diminuer les exclusions, donc favoriser l'inclusion de certaines CMA, mais nous avons très peu d'informations à ce titre.

La non-adéquation du respect des règles de codage du diagnostic principal et des diagnostics associés, en référence au Guide Méthodologique de production des RSS, fera l'objet aussi, de contrôles accrus.

M. FENDER a aussi parlé ce matin d'un élément un peu nouveau : le repérage de certains professionnels par rapport à des codages CCAM qui génèrent de façon répétitive des GHS inadéquats. Ces praticiens peuvent être contrôlés et sanctionnés à partir de supports bien précis qui sont tout simplement les comptes rendus opératoires. La question est de savoir si ce qui a été vraiment

réalisé et codé correspond bien à ce qui a été fait au bloc, sachant que parfois une inadéquation génère de façon répétitive des GHS qui ne sont pas cohérents.

On a longuement parlé ce matin de la méthodologie de ciblage et je ne vais donc pas entrer dans le détail de cet algorithme.

Il persiste malgré tout une problématique forte de transparence et d'uniformité au sein des établissements. On ne sait pas exactement, même si les tests commencent à être de plus en plus précis, comment sont réalisés et finalisés les ciblages. On sait que l'outil de base de « repérage » est le logiciel DATIM (Détection d'Atypies du Traitement de l'Information Médicale) traité sur la plateforme EPMSI lors des exports mensuels des données aux Tutelles. Les résultats des tests sont souvent corrélés avec les données des tableaux MAT2A, sans oublier l'utilisation concomitante des bases internes de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM).

Pour les scores des tests issus de DATIM, il est important de préciser que l'on peut très bien être atypique mais ne pas être en anomalie. On peut en effet avoir une activité spécifique ou une organisation des soins qui rendent atypique. Si on fait beaucoup de bilans, par exemple, cela génère beaucoup de GHM dits « fourre-tout ». De même, un CHU a plus de « chance » d'avoir un taux de CMA de niveau 3 et 4 élevé.

Le but de ces outils – nous parlerons aussi du logiciel DALIA tout à l'heure – est justement de vérifier si les atypies qui sont pointées sont vraiment des anomalies, afin de les corriger ou non si besoin, ou tout au moins d'en tenir compte ultérieurement.

Je n'entrerai pas non plus dans le détail des tests utilisés dans DATIM. Ces derniers exploitent les fichiers anonymisés transmis sur EPMSI et intègrent deux modules de repérage. Le module relatif aux atypies statistiques recherche plus particulièrement les surfacturations alors que celui qui concerne les atypies de codage est plus axé sur la qualité de ce dernier. Je l'utilise en interne comme indicateur pour le suivi, pour faire du contrôle et même de la formation. En cela, c'est un outil intéressant pour optimiser le codage en toute conformité.

En fait, le souci avec DATIM – c'est un message important, dont on a peu parlé ce matin – est que c'est un outil utilisé en aval de l'anonymisation des fichiers PMSI et donc en aval de la facturation des séjours. Nous verrons que le logiciel DALIA est intéressant justement parce qu'il permet de cibler plus en amont les dossiers atypiques avec leur numéro précis d'hospitalisation, permettant ainsi le retour au dossier médical.

Il n'existe pas a priori, de guide d'utilisation pour le nouveau DATIM 2010 utilisé depuis Mars. On constate malgré tout que le libellé des différents modules a changé. En effet, DATIM 2009 comprenait un premier module relatif aux atypies statistiques. Aujourd'hui, le

libellé de ce module a changé et spécifie les choses avec plus de finalité, c'est un module de repérage d'atypies. Par ailleurs, fait nouveau aussi, les différentes problématiques sont regroupées par sous-catégories, comme par exemple celle concernant l'activité ambulatoire ou celle ciblée sur le niveau de sévérité des CMA. D'autres sous-catégories concernent les durées de séjour atypiques ou supérieures aux bornes hautes pour détecter un éventuel sous-codage volontaire de CMA, au profit de journées en EXH. Enfin, j'ai évoqué précédemment les prestations inter-établissements qui représentent une sous-catégorie de tests spécifiques.

Comment prévenir, anticiper ou se préparer au contrôle ? Les grandes lignes ont globalement été décrites ce matin. Pour « défendre » les dossiers face aux contrôleurs et pour parler le même langage, il faut maîtriser les référentiels opposables existants, mais ils ne sont pas très nombreux. Le guide méthodologique de production des RSS et des Résumés de Facturation reste le manuel de référence pour le codage.

Une circulaire frontière concernant la facturation de GHS pour les séjours de moins de 24 heures devrait paraître ces jours-ci ainsi qu'un référentiel pour les soins palliatifs.

En fait, l'enjeu et la difficulté est d'éviter ou de diminuer les atypies mais plutôt en amont, c'est-à-dire avant la facturation ou la télétransmission des données de facturation, ou tout au moins en amont des exports mensuels aux Tutelles. Pour ce faire, il est utile de disposer du guide DATIM pour connaître le détail des tests, savoir comment ils sont élaborés et quels sont les différents fichiers Excel utilisés, afin d'optimiser les procédures en interne.

Il faut aussi et surtout, disposer du logiciel DALIA, qui est un outil fortement utile mis à la disposition de l'ATIH pour un coût de 466 € HT et dont la dernière version 2.0.4 est disponible. Je rappelle que DALIA simule tous les tests utilisés dans DATIM, permet de faire un travail et des requêtes qualité en amont de l'export mensuel et pointe les numéros des dossiers en atypie, ce que ne fait pas DATIM. Cette fonctionnalité est essentielle car elle permet de retourner au dossier médical afin de comprendre le problème, d'ajuster le codage en cas d'anomalie avérée et parfois même la facture s'il en est encore temps, avec un retour d'information nécessaire aux équipes pour minimiser le risque de reproduire les mêmes erreurs ultérieurement.

En l'absence d'anomalie, il faut à mon sens « pointer » clairement l'atypie pour permettre de retrouver facilement et rapidement l'information, qui servira d'argumentaire lors d'un éventuel contrôle. J'ai demandé par exemple à mes équipes, dès qu'une CMA était codée, de surligner les éléments qui justifiaient ce codage conformément aux règles du Guide Méthodologique de production des RSS.

Les dossiers étant parfois volumineux, faire ce travail « préventif » permet de faciliter considérablement les recherches lors du passage des contrôleurs, qui viennent sur site dans le seul but d'explorer le dossier médical qui reste le vecteur officiel d'informations.

Dans la perspective de la nouvelle circulaire frontière qui doit paraître ces jours-ci, la traçabilité de l'argumentaire médical, en particulier la notion de terrain à risque ou du recours à une surveillance prolongée, est essentielle pour justifier la facturation d'un GHS dans certains cas.

Pour conclure, il est admis de nous tous que le maître mot, en termes de gestion de l'information médicale, se résume à « optimiser sans surcoder et sans surfacturer ». Je ne reviendrai pas sur les difficultés récurrentes de codage, dont on a longuement parlé. J'insisterai à nouveau sur l'importance du rôle des COTRIM et sur le fait qu'il faut faciliter au maximum la saisine de l'ATIH, qui a vraiment un rôle d'expert dans ces procédures longues et difficiles.

Je n'ai pas pu résister à la tentation de réutiliser quelques clichés que j'avais présentés il y a maintenant deux ans et demi lors d'une journée thématique de la FHP sur le même thème, car pour moi, les problématiques restent globalement les mêmes.

En effet, le médecin DIM, confrontés aux contrôles T2A, reste « en première ligne » et n'est pas « formaté » pour affronter des procédures qui peuvent parfois conduire à la porte d'un Tribunal pour y défendre la facturation de dossiers médicaux. Aujourd'hui le champ du ciblage s'élargit, s'intensifie, compliquant les échanges. Il nous faut donc des règles du jeu claires parce que les choses deviennent de plus en plus complexes de par les changements itératifs en termes de classification et de réglementation.

À ce titre, il faut continuer à tendre vers une transparence globale des procédures, dans leurs élaborations et leurs mises en place. Et ceci ne pourra passer que par le biais d'une concertation forte, permanente et pérenne entre l'Assurance Maladie, les Fédérations et les établissements. Je vous remercie de votre attention. *[Applaudissements]*.

Lamine GHARBI : Je propose une réponse du Dr. FENDER sur la thématique médicale. J'ai également deux questions rapides. Vous nous avez expliqué que le sous-codage avéré de certains dossiers était repris et contrebalancé par rapport au sur-codage, or je ne l'ai jamais vraiment constaté. Peut-être pourriez-vous nous donner des explications. Enfin – c'est une question peut-être un peu tatillonne –, quel est le coût du contrôle pour le contribuable ?

Dr Pierre FENDER : Je vais commencer par répondre, monsieur GHARBI, aux deux questions ponctuelles ou

en tout cas individuelles que vous avez posées, puis je reviendrai sur les trois interventions que nous venons d'entendre.

L'intégration du sous-codage n'intervient que dans le calcul de la sanction. Nous ne présentons que des indus de sous-facturation. Une fois que la facture est arrivée à l'Assurance Maladie et que le temps est dépassé pour y revenir, il n'y a pas de remboursement de sa part sur ce qui aurait dû être facturé. Il n'y a pas en matière d'indus de remboursement sur des sous-facturations. C'est l'application des textes. Comme le disait la DGOS ce matin, nous sommes également contrôlés.

Le coût du contrôle est aujourd'hui inférieur – il n'est pas sûr que ce sera vrai demain – à l'ensemble des indus notifiés et des montants des sanctions prononcées. Cela ne veut pas dire que cela perdurera, car nous faisons des contrôles, par exemple sur des assurés, qui nous coûtent plus cher qu'ils ne nous « rapportent », mais ils ont un intérêt majeur en termes de nécessité pour faire appliquer un certain nombre de règles, et s'ils n'étaient pas faits il est certain que les dérives seraient bien plus importantes. C'est la raison pour laquelle l'Assurance Maladie intègre bien sûr le problème du coût mais sans que ce soit obligatoirement rédhibitoire. Contrairement à ce qui a été dit dans la majorité, voire la quasi totalité de vos interventions, les contrôles sont du côté de la grande majorité des établissements.

J'ai entendu dans deux interventions des personnes qui faisaient part de leur vécu des contrôles de façon très forte. Le dernier intervenant a été beaucoup plus analytique. Il a évoqué les différentes priorités et en conclusion ce qu'il faut faire. Nous vivons sur le terrain dans la quasi totalité des cas des rencontres de bonne foi. Nous avons invité les représentants des fédérations au lancement de la campagne 2010, avec dans une salle un ensemble très représentatif des contrôleurs. Leur sentiment est à l'opposé du vôtre mais ils sont aussi de bonne foi, étant entendu que quand une bonne foi s'oppose à une autre bonne foi se pose par définition un problème de rencontre que l'on peut qualifier de conflictuelle.

La question qui se pose est « qu'est-ce que le réel ? ». Je ne vais pas faire de philosophie, car sinon cela irait très loin, mais ce sont les Grecs qui ont commencé avec cela. Les débats entre Aristote et Platon ont occupé ensuite beaucoup de philosophes et ils ne sont toujours pas terminés. Quand j'entends par exemple madame dire qu'il existe des référentiels des sociétés savantes et de l'ATIH mais qu'elle a aussi les siens (c'est-à-dire que des professionnels de son établissement estiment que dans tels cas, qui ne sont pas complètement calés sur les référentiels partagés par les sociétés savantes ou l'ATIH) et qu'elle doit mettre en place un dispositif médical, je respecte cela. Je dis simplement que je me cale sur les référentiels

institutionnels. Je n'ai donc pas à intégrer le référentiel de ces professionnels-là ; je m'intègre dans le processus avec des référentiels institutionnels car je défends une institution. C'est elle qui en rencontre une autre et au nom de l'ensemble de ces institutions j'applique en tant que contrôleur les règles que fixent les sociétés savantes et l'ATIH. Que le médecin soit de bonne foi, veuille bien faire, veuille prendre en charge son patient, etc. Je vais peut-être l'écouter en tant que médecin mais pas en tant que contrôleur d'une institution. J'ai des référentiels et ce sont ceux-là que j'applique.

Il a été dit que chaque cas est particulier : c'est certain, et je l'entends parfaitement. Il a également été dit qu'il existait une grande variabilité dans la retranscription des faits, etc. Les scientifiques l'ont déjà décrit au début du XX^e siècle : le biologique est la diversité et la variabilité, mais quelque chose ramène l'ensemble du biologique vers une analyse scientifique. C'est ce que l'on appelle la courbe de Gauss, ou d'autres courbes assimilées à celle-ci, et ce sont ces courbes qui sont utilisées dans des tests statistiques, ce qui permet de dire qu'il existe en effet une grande variabilité mais qu'elle se trouve autour d'une moyenne, avec certains écarts type et des extrêmes à gauche ou à droite – on s'occupe pour le moment de ceux qui sont à droite dans la grande majorité des cas – ainsi que ce que l'on appelle des atypies statistiques, qui ne sont pas des anomalies.

Comme je l'ai démontré tout à l'heure dans le cas que nous avons présenté, des atypies statistiques s'expliquent pour les contrôleurs – ce n'est pas l'avis d'un Deus ex machina qui déciderait –, qui sont de bonne foi, par des anomalies de codage eu égard à des référentiels institutionnels que l'ensemble des institutions reconnaissent.

Il a également été dit que des instances d'arbitrage pourraient exister. Le problème est qu'il devrait exister d'abord une instance d'arbitrage d'appel, puis une instance de cassation. En effet, si l'on est dans la bonne foi on le restera, et malgré l'arbitrage un certain nombre de personnes demanderont un appel. De la même façon, pour les litiges avec les professionnels de santé, les transporteurs ou d'autres professionnels, il n'existe pas d'instance d'arbitrage technique. Il faut donc se pencher sur la problématique du contrôle global en général et pas seulement celui des établissements. En revanche, une instance d'arbitrage est offerte aux établissements (l'ATIH), laquelle a jusqu'à présent, en fonction des cas qui lui ont été remontés, émis 80 % d'avis donnant raison au contrôleur, 20 % d'entre eux leur donnant tort. Cela veut dire que 20 % des avis donnent raison aux établissements et à l'ensemble des personnes qui participent au codage.

Les contrôles portant sur les autres acteurs et partenaires de l'Assurance Maladie sont encadrés (moins que ceux dont font l'objet les établissements) mais il

n'y a pas d'instance technique. Il existe en revanche des tribunaux administratifs : eh bien, allons au tribunal ! Un certain nombre de TASS vous ont et nous ont donné raison. La Cour de cassation est en train de publier un certain nombre de décisions qui se succèdent depuis début mai et qui selon ma lecture nous donnent raison pour le moment : allons jusqu'au bout ! C'est un processus qui est lent et long.

Lamine GHARBI : On peut regretter que la procédure juridique ne soit pas suspensive de la sanction. Les procédures sont en cours. Il y en a encore parfois pour quelques mois ou années or on est sommé de payer.

Dr Pierre FENDER : Elles sont calées sur l'ensemble des dispositifs réglementaires et légaux qui sont édictés pour les autres professionnels. Je suis le contrôleur. Comme l'a dit M. FATOME ce matin, je suis le maître d'œuvre, c'est-à-dire celui qui met en marche ; je ne suis pas celui qui fait les textes. Ils sont faits par l'État, qui était présent ce matin et vous a dit que c'est lui qui les faisait. Vous savez bien, fédérations, qu'ils sont faits dans le cadre d'une discussion avec les fédérations et l'Assurance Maladie, mais in fine un certain nombre de textes ne me et ne vous conviennent pas.

Je peux défendre les textes et d'autant plus le contrôle et les modalités de réalisation du contrôle – et je comprends très bien que vous m'interrogiez –, mais je vous dis aujourd'hui que ce n'est pas suspensif et que donc la démarche se poursuit, ce qui est aussi le cas pour les autres professionnels et les assurés. Les mêmes règles s'appliquent pour tout le monde.

A été évoqué tout à l'heure la variabilité des pratiques et de l'art médical. Je vais prendre un exemple assez clair, car c'est ainsi que se passe le contrôle, et vous décrire une situation de bonne foi. Trois établissements sont venus vers nous pour nous saisir et nous dire qu'ils ne comprenaient pas l'avis des contrôleurs sur l'instillation vésicale d'agents pharmacologiques par cathétérisme urétral. C'est une procédure médicale qui selon ces établissements et les personnels qui y travaillent se fait systématiquement avec un GHS associé à une hospitalisation de jour. Ils estiment qu'il est nécessaire d'en facturer une, sachant que dans un établissement cela concerne 817 cas, dans un autre 465 et dans le dernier 91.

Selon les statistiques nationales, la quasi totalité des établissements se situent dans une moyenne de 30 %. Or certains établissements facturent dans 100 % des cas un GHS. Cela veut dire que des établissements qui sont à côté de ceux qui sont contrôlés, qui adhèrent probablement en majorité à la FHP, ne facturent pas de GHS, ou très probablement au-dessous de 30 %. Je peux vous affirmer que si je faisais venir ces établissements ici ils me diraient que c'est justifié médicalement eu

égard aux problèmes de sécurité, de variabilité, etc. et qu'ils sont de bonne foi. Je leur répondrais que je le suis aussi mais j'ai une responsabilité, celle de vérifier qu'un certain nombre de référentiels institutionnels indiquent qu'il faut facturer des GHS avec hospitalisation de jour, or c'est systématiquement non. Je dois aussi vérifier que les autres établissements le font, or la réponse est également non. Par rapport à cette situation, si je ne contrôlais pas et que cela ne débouchait pas sur des sanctions en raison de la continuité de la facturation de ces établissements, vous seriez en distorsion de concurrence parce que certains d'entre vous ne factureraient pas parce qu'ils appliqueraient les référentiels.

Si variabilité il y a, vous mettez même le codage en débat. Si c'est la variabilité qui compte, pourquoi y a-t-il des GHM ou des GHS, « h » signifiant homogène ? Si vous avez accepté et revendiqué la facturation à la T2A – votre fédération l'a fait, d'autres peut-être un peu moins mais les autres l'ont acceptée –, c'est que vous avez acquis l'idée que des groupes homogènes sont tarifables et que la variabilité est intégrée dans l'homogénéité du forfait. Un forfait contient par définition des plus et des moins.

J'ai bien entendu que des sanctions sont très élevées. J'aurai probablement un jour, une fois que le contrôle sera passé dans certains établissements, la capacité de revenir pour vous montrer pourquoi c'est le cas. C'est dans un certain nombre d'établissements parce qu'ils ont déjà fait l'objet d'une sanction et d'un contrôle l'année précédente. J'ai des exemples de ce type. La sanction est élevée du fait d'un « entêtement », qui est souvent de bonne foi. Cela peut parfois être de mauvaise foi, certains établissements continuant à facturer et à tarifier de telle façon selon leur propre décision. Je vous dis tout de suite que personnellement je continuerai à militer pour que les sanctions soient dissuasives ; c'est très clair.

Dr Jérôme FERNANDES : Et le moratoire ?

Dr Pierre FENDER : Il y en aura un si l'État me dit d'en faire un. J'applique ce qu'il me dit. Je suis une institution. Comme M. FATOME l'a dit tout à l'heure, je suis maître d'œuvre, pas maître d'ouvrage. La maîtrise d'ouvrage concerne les ARS et au-dessus il y a l'État, qui nous dit que le contrôle doit continuer. S'il nous dit à un moment donné d'arrêter, nous le ferons ! Que je sache, l'ensemble des professionnels sont contrôlés en utilisant la bonne méthode et l'État n'a pas pour le moment l'idée de fixer un moratoire. Je voudrais conclure sur les derniers propos de M. VANSTEENE. Je suis complètement d'accord avec lui lorsqu'il réclame plus de transparence. Nous n'avons pas été assez transparents malgré les efforts que nous avons faits, et pourtant nous nous rencontrons, etc. Très clairement, il y a eu des défauts en termes de transparence, y compris de notre part, notamment sur le terrain. Nous sommes sur le chemin de l'amélioration. C'est l'un des points forts sur lesquels nous travaillons. Le deuxième point fort consiste à poursuivre la tendance vers l'harmonisation en termes de programme de contrôles, de sanctions et d'indus.

Je terminerai en vous remerciant de m'avoir invité. J'espère que nous recommencerons de telles rencontres car elles sont nécessaires, peut-être sous une autre forme, afin que nous soyons de plus en plus transparents, avec des ciblage un peu plus précis sur tels et tels points. Cela nous permettra de mieux débattre. Merci à chacune et chacun et merci monsieur GHARBI de nous avoir invités. *(Applaudissements)*.

Lamine GHARBI : Je voudrais simplement vous dire que je partage les propos du Dr FENDER sur l'évolution de nos relations. Depuis maintenant six mois, nous échangeons, nous nous parlons et nous nous rencontrons. Cela a notamment été le cas hier au ministère, en présence de l'État, de la DGOS et de la DSS. Nous allons essayer de faire évoluer la réglementation en matière de sanctions. La transparence et les échanges que nous avons sont importants pour nous. Cela nous permet d'avoir des retours de la profession et d'évoluer en matière de contrôles. ■

CONTRÔLES
T2A
ET SANCTIONS
FINANCIÈRES

POINT DE VUE DES AVOCATS

LA PRÉPARATION ET LA PRÉVENTION DES CONTRÔLES, LES PROCÉDURES ET LES ÉVOLUTIONS DE LA JURISPRUDENCE PROBLÉMATIQUES SOULEVÉES ET ÉVOLUTIONS SOUHAITABLES DE LA RÉGLEMENTATION EN VIGUEUR

Pascal DELUBAC : Après avoir entendu l'État et l'Assurance Maladie, il est intéressant d'avoir le point de vue des avocats. Les trois avocats présents cet après-midi sont tous connus de la profession de par leur spécialisation et leur connaissance du secteur. Nous avons prévu une intervention de chaque participant dans l'ordre affiché sur l'écran. Nous souhaitons que cet après-midi soit constructif et interactif. Il y aura ensuite un échange de questions-réponses avec la salle sur la thématique qui sera abordée et n'hésitez pas à prendre la parole après chaque intervention.

Me Sophie HOMBURG : Je tenais tout d'abord à vous remercier pour m'avoir permis d'intervenir aujourd'hui. Pour traiter ce thème, nous vous proposons d'aborder la procédure de recouvrement d'indu, la charge de la preuve et les éléments de preuve et les sanctions financières.

Premier bilan sur les procédures de recouvrement d'indu : 492 000 établissements (séjours + ATU) ont été contrôlés en 2007 et 425 000 en 2008. En 2007, 32 M€ d'indus notifiés et 16 M€ d'indus recouvrés et en 2008, 27 M€ d'indus notifiés, le montant des indus recouvrés n'est pas publié. Nous sommes arrivés à ces chiffres grâce au travail de tous, des directeurs, des médecins DIM, des TIM et des équipes des différents établissements, qui ont travaillé en partenariat avec les cabinets d'avocats.

Rappelons que les textes qui régissent cette procédure de recouvrement d'indu sont le Code de la sécurité sociale, le Code de procédure civile, le Code de la santé publique et le guide du contrôle externe régional. La question de la valeur juridique de ce dernier document mérite d'être posée.

Je vais vous présenter schématiquement la procédure de recouvrement d'indus en l'illustrant de décisions et d'arrêts rendus en la matière. La position des TASS varie selon les régions à la différence des positions développées par les Cours d'appel et la Cour de cassation qui présentent plus de stabilité.

Une fois le contrôle sur site réalisé et le rapport reçu, il est très important de formuler des observations



MAÎTRE SOPHIE HOMBURG



MAÎTRE FRANÇOIS MUSSET



MAÎTRE ANNE-SOPHIE MOULIN

exhaustives – phase clé. De même que pendant le contrôle, le médecin conseil et le médecin DIM doivent avoir des échanges constructifs et l'intervention des médecins en charge des patients dont les séjours sont contrôlés s'avère très utile. Ces derniers ne sont cependant pas souvent sollicités ou disponibles. Autre problématique, la question des photocopies pendant les contrôles. Le guide du contrôle externe stipule que les médecins contrôleurs peuvent faire des photocopies avec l'accord du médecin traitant, or cet accord est rarement demandé.

Si des anomalies apparaissent après un contrôle sur site, deux procédures sont envisageables : celle que je vous présente, c'est-à-dire la procédure devant un TASS pour le recouvrement d'indu, et/ou la procédure devant le TA pour contester une sanction financière.

Une ou plusieurs caisses peuvent notifier un indu suite au contrôle sur site. À compter de la réception de

cette notification, un délai d'un mois s'ouvre pour faire des observations. Le Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de formalisme particulier pour formuler des observations mais nous vous conseillons de répondre par lettre recommandée avec avis de réception et d'être extrêmement exhaustifs dans l'argumentation tant médicale que juridique – deuxième phase clé de ce contentieux. Il ne faut donc pas négliger cette deuxième phase d'observation.

Une fois que vous avez adressé votre lettre d'observation, la phase de réponse des caisses n'est pas encadrée par un délai. La ou les caisses concernées peuvent vous adresser leur réponse ou vous mettre en demeure six mois voire un an après la réception de vos observations.

Si vos observations ne sont pas retenues, l'établissement reçoit une mise en demeure de payer l'indu. L'établissement peut alors décider soit de régler l'indu soit de contester la mise en demeure devant la Commission de recours amiable soit de s'abstenir de payer. En ce dernier cas, une contrainte peut être adressée à l'établissement. C'est un document délivré par voie d'huissier qui doit contenir un certain nombre d'éléments sous peine de nullité. Nous disposons de quinze jours pour contester la contrainte devant le TASS.

En faisant le choix de contester la mise en demeure, toutes les Commissions de recours amiable concernées doivent être saisies. Une caisse peut adresser une mise en demeure au nom et pour le compte de dix autres caisses, voire vingt ou plus. Il faut saisir toutes les Commissions de recours amiable concernées.

Ces Commissions sont saisies par un recours gracieux – la requête expose une argumentation technique et médicale –, il faut indiquer les raisons pour lesquelles la cotation est légitime et justifier cette position.

Une fois que la Commission de recours amiable est saisie, elle a un mois pour répondre. Soit elle le fait et s'ouvre un délai de deux mois pour saisir le TASS, soit elle ne le fait pas – son absence de réponse équivaut à un rejet – et s'ouvre également un délai de deux mois pour saisir le TASS. Il faut donc être très vigilant au respect de ce délai de 3 mois sinon l'action est forclosée.

Peut-être certains ont-ils été confrontés à la situation suivante. Après avoir contesté une décision de rejet devant le TASS, vous recevez une seconde mise en demeure qui annule et remplace la première. Les caisses s'aperçoivent qu'elles ont commis une irrégularité et annulent leur mise en demeure initiale pour la remplacer par une seconde mise en demeure régularisée – respectant les dispositions du Code de la sécurité sociale – dans ses motifs de rejet.

Les caisses comment ainsi a posteriori leurs irrégularités procédurales alors que les établissements ne peuvent pas apporter d'observations complémentaires.

Pour contester cette seconde mise en demeure, les Commissions de recours amiable concernées doivent être à nouveau saisies.

Peut-être un élément pourrait-il être soulevé dans ce cas : la prescription.

Le point de départ de la prescription de l'action en recouvrement est la date des encaissements. Concrètement, la demande de règlement d'indus ne peut concerner des sommes encaissées depuis plus de trois ans sauf en cas de fraude. L'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale prévoit que l'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification de payer ou de produire ses observations.

Une notification de payer est-elle une notification de l'indu ? Si l'on considère que c'est la notification de l'indu qui vaut commandement de payer, alors la seconde mise en demeure – annulant et remplaçant la première plus de trois ans après les encaissements – serait recevable... Si c'est la mise en demeure qui vaut commandement de payer, l'action en recouvrement serait prescrite.

Le TASS de Montpellier a jugé en juin 2010 que la notification de l'indu vaut commandement de payer et non la mise en demeure, or, seule la mise en demeure fixe définitivement le montant définitif de l'indu.

Devant le TASS toute la procédure est orale, ce qui veut dire que jusqu'au dernier moment des arguments/pièces peuvent être produits. Toutefois, pour respecter le principe du contradictoire il est préférable d'échanger les pièces et écritures au moins quinze jours avant la date d'audience. Vous pouvez obtenir un renvoi si vous n'êtes pas en état de plaider le dossier. Certaines juridictions acceptent un ou deux renvois justifiés.

Dans ce contentieux, la place du médecin DIM est capitale tant avant, que pendant et après le contrôle. Lors de l'audience, le TASS peut l'interroger et le Médecin DIM peut répondre au Médecin contrôleur. En revanche, si ce dernier vient, que vous n'êtes pas accompagnés du Médecin DIM et que vous n'avez pas été prévenus, refusez son intervention.

Le TASS est saisi par la réception d'une requête exposant des arguments sur le fond (argumentation technique et médicale) et sur la forme (la procédure). En cours de procédure, les parties peuvent se rapprocher pour transiger.

En l'absence de conciliation, le TASS peut notamment désigner un expert pour l'éclairer s'il le juge nécessaire – il n'est pas compétent pour apprécier une prise en charge ou un geste médical.

D'ailleurs, récemment deux TASS ont jugé que si une caisse engage un recours pour recouvrir un indu relatif à un problème d'ordre médical, la caisse doit demander auparavant une expertise médicale.

Un jugement rendu en premier ressort peut faire l'objet d'un appel (délai d'un mois). L'appel est suspensif

d'exécution. Un jugement rendu en dernier ressort est susceptible d'un pourvoi en cassation ; le délai de recours est de deux mois. Le recours n'est pas suspensif d'exécution.

Vous pouvez en appel être assisté d'un avocat ou vous défendre vous-mêmes – la représentation n'est pas obligatoire –, mais pour le pourvoi en cassation vous aurez besoin d'un avocat aux conseils ; c'est obligatoire.

Pascal DELUBAC : Je voudrais poser une question par rapport au pourvoi en cassation. Faut-il consulter un avocat auprès de la Cour de cassation pour savoir s'il faut engager un pourvoi ou non ? Je crois qu'il y a une question d'appréciation. Pouvez-vous nous préciser ce point ?

Me Sophie HOMBURG : Avant un tel recours, il est important que l'avocat fasse le point avec l'établissement sur la possibilité de soutenir un pourvoi en cassation. Faire un recours s'il n'est pas fondé, me paraît inutile.

Pour ce panorama jurisprudentiel, j'ai distingué les décisions rendues sur la procédure de celles rendues sur le fond. Les nouveaux contrôles sont beaucoup plus argumentés techniquement. Ce contentieux va vraisemblablement évoluer vers l'expertise.

Dans cette affaire, nous avons demandé à la Caisse de produire les délégations qui l'autorisent à notifier des indus et mettre en demeure l'établissement de payer l'indu au nom et pour le compte d'autres organismes de sécurité sociale. Les délégations adressées après l'audience n'étaient pas juridiquement valables. Le TASS des Pyrénées-Orientales en a pris acte en février 2010 et a annulé la procédure de recouvrement pour irrégularité.

Comme je vous le disais, la phase des observations est très importante. Nous avons par exemple pu obtenir gain de cause dans des dossiers pour lesquels les caisses n'avaient pas précisé dans leur lettre de mise en demeure les motifs de rejet de nos observations. Les caisses n'avaient pas répondu à l'argumentation technique et médicale de l'établissement. Le principe du contradictoire n'avait ainsi pas été respecté. Cette position a été confirmée par la Cour d'appel de Montpellier, le 16 mars 2010, et la procédure a été annulée.

Cette affaire concerne les éléments de preuve, Me MUSSET développera ce thème après.

Cette affaire concerne une seconde mise en demeure qui annule et remplace la première. Pour la première, le TASS a jugé que l'affaire n'avait plus d'objet et a annulé la procédure. Le Tribunal est saisi de la seconde mise en demeure – affaire en cours. Pyrénées-Orientales 22 janvier 2010.

En termes de procédure, une décision de la Commission de recours amiable qui n'est pas signée vaut décision implicite de rejet.

Voici l'exemple d'une expertise médicale judiciaire demandée pour l'incision d'un kyste sur la paupière. Tout l'objet était de savoir si cet acte chirurgical pouvait être réalisé en cabinet de ville ou s'il nécessitait une hospitalisation. L'expert a estimé qu'il pouvait être fait en cabinet de ville mais que par sécurité il valait mieux le faire dans un établissement de santé, réponse ambiguë, le tribunal ayant donné gain de cause à la clinique au titre du respect du principe de précaution. Il a annulé l'indu dans la mesure où l'hospitalisation était justifiée.

Le dernier exemple concerne la création d'un GHS 9600. La décision a été favorable. Ce GHS n'existait pas lors du contrôle mais il fallait pour pouvoir réaliser l'acte – vu qu'il a été créé a posteriori – un certain nombre de moyens humains et matériels pour prendre en charge le patient, donc il faut vous rémunérer. Il faut cependant savoir que beaucoup de décisions sont défavorables sur le principe de la non-rétroactivité. C'est une décision un peu isolée.

Toute la particularité de ce contentieux résulte du fait que les établissements sont contrôlés a posteriori, lorsque les règles de codage sont affinées, et que d'autre part, les médecins contrôleurs et les médecins DIM n'ont pas les mêmes consensus de codage. Merci. *{Applaudissements}*.

Me François MUSSET : Bonjour, merci de nous accueillir pour cette journée. Nous sommes deux ans et quelques mois après une réunion qui avait le même objet et nous avons aujourd'hui un peu plus de recul, non pas sur le fondement des procédures mais sur le bien ou le mal-fondé des demandes de requalification qui sont faites par les caisses.

J'ai intitulé ce thème, qui est consacré à la question de la preuve : « Affirmer ou démontrer ? » Ce n'est pas à nous mais en fait à l'Assurance Maladie qu'il convient de poser cette question, dans un lieu particulier qui s'appelle une juridiction. Je vous propose d'examiner quelques idées concernant la question de la preuve dans les contrôles T2A.

Je voudrais rappeler rapidement la problématique et l'enjeu. Les caisses ont fait adopter les textes qui convenaient par la Direction générale de la sécurité sociale au ministère et se contentent d'affirmer. Elles estiment ne pas avoir à démontrer que les hospitalisations litigieuses ne seraient pas médicalement justifiées. J'ai pris cet exemple d'indu, mais il y en a un certain nombre d'autres, comme vous le savez.

La caisse (entendons-nous : je ne parle pas des médecins conseils), c'est-à-dire l'organisme payeur, qui est privé et gère une mission de service public, entend ne pas se poser de questions sur le fond du problème et ne s'intéresser qu'au recouvrement. Elle utilise le rapport de contrôle sur site qui provient de l'unité de contrôle

régionale et de médecins conseils et estime qu'il vaut preuve d'anomalie de facturation. L'établissement de santé ne voit évidemment pas les choses tout à fait de la même manière. Il dit qu'au fond le rapport de contrôle n'est que la somme des avis ou conclusions des médecins contrôleurs et demande à en savoir plus.

Je qualifie cette approche et cette façon d'être de la caisse de « stratégie de silence ». Les caisses gardent le silence parce qu'elles estiment que c'est à vous d'apporter des éléments contraires qui pourraient éventuellement justifier votre position et se retranche de toute façon derrière les conclusions du CR, mais sans pour autant démontrer leur validité. En général, le responsable de l'UCR est présent, mais il ne tient que des propos généraux et n'est pas en capacité de sortir un des dossiers du contrôle et de faire une démonstration. Nous nous demandons quel a été le raisonnement du médecin contrôleur, et nous supposons que sa conclusion (en tout cas nous l'espérons) procède d'un raisonnement. Nous disons qu'il incombe aux caisses de nous fournir l'ensemble des éléments, de nous exposer le raisonnement et tout ce qui permettrait de le justifier.

L'enjeu est sur un plan très juridique ce que l'on appelle dans notre jargon la charge de la preuve. Nous comprenons que pour avoir raison dans une affaire il va falloir réaliser la démonstration la plus convaincante, mais la question est de savoir qui doit démontrer quoi.

La stratégie judiciaire de l'Assurance Maladie est relativement simple. Je disais tout à l'heure de façon un peu polémique que c'est une logique d'appareil : elle est la sécurité sociale donc le tribunal doit condamner l'établissement. Elle a tout simplement à produire un rapport d'unité de contrôle régionale que d'ailleurs la caisse liquidatrice ne peut pas contester. Ce n'est pas sa fonction et parfois le secret médical s'oppose à ce qu'elle s'en mêle. Elle demande au juge de considérer que le rapport de l'UCR qu'elle produit vaut preuve de l'indu et de manquements dans un autre domaine, qui est presque encore plus douloureux : celui de la sanction financière.

La stratégie judiciaire de l'hospitalisation privée est évidemment tout autre. Il s'agit, en matière de contrôle externe comme de sanction, de démontrer et pas seulement d'affirmer.

Il y a en matière de démonstration deux grands sujets. Le premier est celui de la motivation de l'indu. Nous verrons tout à l'heure le deuxième, qui est celui de la preuve proprement dite, et je ferai en troisième lieu quelques observations sur la jurisprudence disponible, notamment la plus récente, qu'a évoquée avec un peu d'ironie M. FENDER ce matin puisqu'elle semble être favorable à l'Assurance Maladie.

Concernant la motivation [...] cinq textes créent une obligation de motivation obligatoire à la charge de l'Assurance Maladie. La première obligation trouve son origine

dans la loi de 1979, qui a été une grande révolution dans le pays car elle concerne toutes les administrations. Je vous dis au passage que l'Assurance Maladie est assimilée sur le plan de l'obligation légale de motivation à un organisme administratif.

L'article 3 de la loi dit que la motivation doit être écrite et doit énoncer les considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision. Il y a déjà tout un process dans cette ligne et demie.

L'article L.115.3 du Code de la sécurité sociale a repris à son compte en l'adaptant l'obligation légale très générale de 1979, en disant que les motifs des décisions des organismes de sécurité sociale doivent être conformes à la loi du 11 juillet 1979. C'est au cas où l'Assurance Maladie aurait pu penser s'abstraire du champ d'application de la loi de 1979.

La troisième obligation de motivation nous vient du décret du 13 décembre 2006, que vous connaissez très bien. Qu'il s'agisse de la notification de payer ou un peu plus tard de la mise en demeure, il nous dit qu'il y a obligation de mentionner un certain nombre d'éléments pour pouvoir identifier la nature de la prestation, ce qui s'inscrit très exactement dans les problématiques de contrôle externe.

L'article R.142-4 du Code de la sécurité sociale est un texte à vocation plus générale. Il concerne non seulement le contrôle externe mais aussi tout ce que les commissions de recours amiable sont amenées à examiner. À ce titre, la CRA (Commission de recours amiable) peut être saisie et sa décision doit être motivée. C'est un quatrième fondement de l'obligation légale.

Enfin, l'article 25 de la loi du 12 avril 2000 est une grande loi qui règle un grand nombre de questions, non seulement s'agissant des relations entre les établissements et l'Assurance Maladie mais aussi, de façon générale, entre les usagers, l'État et tout ce qui se ressemble de près ou de loin à des organismes gérant des missions de service public, dont évidemment les organismes sociaux. Il dit que les décisions des organismes ordonnant le reversement de prestations sociales indûment perçues sont motivées.

Nous allons en rester là sur ce point. On peut retenir que motiver est une obligation légale renforcée. On a cru devoir sur le plan réglementaire et au Parlement, au-delà même de la loi de 1979, attirer de façon très précise l'attention de l'Assurance Maladie sur l'obligation de motiver, qui touche les notifications, les mises en demeure, les décisions de CRA, etc. Bref, il n'y a pas de document dans notre procédure qui échappe à cette obligation de motivation.

Concernant le rapport de synthèse lui-même, je remercie le président GHARBI d'avoir posé la question à M. FENDER. J'aurais apprécié que la CNAMTS – mais peut-être lui poserons-nous la question de façon plus

formelle par écrit – prenne position sur une question qui est de droit avant d'en venir peut-être un jour à une question polémique : celle de savoir si avant même de commencer à dévaler la pente de l'application du recouvrement et des contentieux devant les TASS le rapport de synthèse de l'UCR est en amont un acte administratif. Si ce n'est pas le cas et qu'il ne fait pas grief, cela veut dire qu'il a a priori peu de portée dans le système de droit public français. Si à l'inverse on considère que c'est un document qui fait grief, c'est-à-dire que ce qui est dit dans ce rapport a véritablement une portée, le Conseil d'État, qui pourra éventuellement être saisi, amènera la jurisprudence à dire que c'est un acte administratif susceptible d'un contrôle de légalité dans le cadre du contentieux d'excès de pouvoir.

Nous aurons l'occasion d'en reparler avec la caisse nationale. Nous pourrions avoir des échanges de vues sur le sujet. Je pense en effet que l'on ne va pas pouvoir, si vous m'autorisez une expression familière, laisser « gambader dans les prés » les contrôleurs dans les UCR sans à un moment arrêter le jeu et se poser très sérieusement la question de la légalité et donc de la nature juridique du rapport de synthèse de l'UCR.

Après avoir parlé motivation, j'en viens à la preuve. Victor Hugo employait une jolie formule. Il disait : « *La forme, c'est le fond qui remonte à la surface* ». Quand on s'intéresse à la motivation, on se demande pourquoi on passe son temps, que ce soit au Parlement ou dans les décrets, à rédiger des textes qui essaient de cerner et en tout cas de mettre en place des obligations de motivation. En fait, la motivation, qui paraît une exigence formelle, en est une mais elle a un reflet très profond dans l'eau parce que c'est la preuve qui est en cause. Quand il n'y a pas de motivation, il est assez difficile de discuter de la preuve des éléments qui fondent la légalité des décisions. On voit qu'en premier lieu il faut systématiquement inviter les juridictions à sanctionner les décisions administratives ou celles des caisses qui ne satisfont pas cette obligation légale et réglementaire de motivation.

Cette exigence de motivation doit aussi vous permettre de connaître très exactement, dans le cadre d'un procès équitable et d'un débat suffisamment transparent, l'ensemble des éléments qui, dans l'esprit des contrôleurs ou des organismes liquidateurs, justifient la reprise d'indus.

Sur le plan des fondements légaux, deux textes sont absolument cardinaux en matière de preuves et gouvernent la matière. Le premier, d'une rédaction fantastique, est la version de 1802 du Code civil. Il est inoxydable : « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ». Ce texte n'a pas bougé en deux cents ans ; il n'a pas pris une ride. D'ailleurs, on s'en sert, avec un certain succès, en tout cas pour l'instant, dans vos

affaires de contrôles externes. Vous vous êtes fait payer le jour où vous avez télétransmis vos résumés de sorties, et vous avez envoyé des éléments qui a priori justifiaient la nécessité pour la caisse de vous régler. Si à l'inverse, après paiement, l'organisme d'Assurance Maladie entend faire jouer ce que l'on appelle la répétition d'indus, c'est-à-dire la restitution au motif que vous avez perçu quelque chose à tort, cette obligation, prévue par le Code civil, suppose que la preuve du caractère indu soit apportée.

L'article 1235 du Code civil dit que tout paiement suppose une dette, c'est-à-dire qu'il n'y a pas lieu de payer si l'on ne doit rien, mais ce qui a été payé sans être dû est sujet à répétition. Cela suppose évidemment que celui qui demande la restitution justifie du caractère indu, c'est-à-dire qu'il a payé une somme qui n'était pas due, les organismes d'assurance sociale démontrant tout simplement le bien-fondé de la créance.

Quelle portée accorder aux avis des médecins contrôleurs ? Dans les discussions que nous avons avec les caisses, lors de la conclusion et oralement le jour de l'audience, elles nous disent systématiquement qu'elles sont de grandes caisses mais qu'en fait elles sont plus petites que le grand médecin contrôleur, qui est compétent et fait partie de l'UCR, qui est une institution : « Des textes ont prévu ce rapport de synthèse et nous ne faisons qu'en tirer des conclusions ».

On invoque souvent l'article L.315-2 du Code la sécurité sociale, dont je n'ai pas fait figurer l'in extenso : « *Les avis rendus par le service du contrôle médical s'imposent à l'organisme de prise en charge* ». C'est absolument vrai et c'est en vigueur – c'est la loi qui le dit –, mais il faut faire attention : cela s'impose aux organismes, c'est-à-dire que dans les relations entre les organismes liquidateurs-payeurs et les médecins conseils il y a une corrélation inscrite dans la loi qui oblige ces organismes à tenir compte de l'avis tel qu'il est donné par le médecin contrôleur, mais ce dernier ne s'impose qu'à ces organismes. Les tiers, comme par exemple les établissements de santé, ont la liberté de contester ces avis s'ils leur paraissent discutables.

Je vous donne à titre d'exemple une citation qui concerne la clinique des cèdres à Toulouse : « *Les avis rendus par les services du contrôle médical s'imposent à l'organisme mais il s'agit d'une simple mesure d'instruction interne qui ne s'impose pas à la juridiction de jugement* ». C'est le juge qui le dit pour son propre compte. Cela ne s'impose pas à l'établissement, qui a contesté et demandé au juge d'accueillir cette contestation et de ne pas se considérer comme tenu par l'avis du médecin contrôleur. C'est un exemple d'application de la jurisprudence. Ceci pour vous dire que l'article L.315.2 sur le caractère obligatoire de l'avis du médecin contrôleur a une portée réelle à l'égard de la caisse mais seulement à son égard.

La jurisprudence nous dit que l'Assurance Maladie n'échappe pas aux deux obligations que sont la motivation obligatoire et la charge de la preuve. Elle s'organise en une sorte de triptyque sur le sujet qui nous intéresse. Le premier principe est que c'est à l'organisme d'Assurance Maladie – vous l'aviez compris – qu'il appartient de rapporter à l'appui de la demande de répétition d'indus la preuve du non-respect des règles de tarification et de prise en charge.

La jurisprudence est abondante dans les TASS et les cours d'appel. J'ai cité en l'occurrence trois arrêts de notre juridiction suprême en matière judiciaire. Vous observerez qu'ils sont relativement anciens (ils datent de 1998, 2001 et de 2004), parce que – vous le savez tous – la question de l'indu n'est pas nouvelle. On parle aujourd'hui de l'indu dans le cadre de la T2A, avec un régime de contrôle particulier, mais les contrôles itératifs qui donnaient lieu à des indus sont un problème ancien. On peut retenir que la cour de cassation confirme la charge de la preuve sur l'Assurance Maladie. Ce point n'est pas nouveau. Ce n'est que l'application en matière de répétition de prestations sociales, fin du XX^{ème} siècle-début du XXI^{ème}, d'un principe qui a été gravé dans le Code civil au début du XX^{ème} siècle.

Le deuxième principe dégagé par la jurisprudence est que le professionnel ou l'établissement de santé peuvent discuter tous les éléments produits par la caisse. Encore faut-il qu'elle en produise. Le reproche qu'on lui fait souvent est justement de ne pas le faire.

Le seul fait que le compte rendu d'examen soit absent du dossier médical, par exemple, ne constitue pas en soi un élément qui peut fonder la répétition de l'indu. L'idée est que les notifications et rapports de contrôle ne se suffisent pas à eux-mêmes. Là encore, il ne suffit pas encore d'affirmer : il faut démontrer et pour démontrer il faut motiver et apporter des éléments de preuve.

Le troisième principe dégagé par la jurisprudence est que l'appréciation des éléments de fait et de preuve est soumise au pouvoir souverain du juge du fond. C'est un point très important dont vous pouvez voir deux illustrations, en 2004 et 2009. Cela veut dire que la cour de cassation – vous le savez sans doute – ne s'intéresse qu'à la façon dont les juridictions inférieures ont mis en œuvre les principes juridiques. Elle ne se substitue jamais aux cours d'appel ou au TASS dans l'appréciation des éléments purement factuels. C'est la raison pour laquelle on dit souvent – c'est une formule un peu rapide – que la cour de cassation statue en droit et non en fait.

Que fait-elle si elle est saisie d'un pourvoi ? Elle vérifie si le juge de la cour d'appel ou du TASS a bien rempli son office, c'est-à-dire si le juge de première instance ou d'appel a bien examiné l'ensemble des éléments qui lui ont été soumis, le cas échéant pour constater qu'on ne lui en avait pas soumis et que par conséquent il ne

pouvait pas prendre position sur les notifications, ce qui conduit à une annulation.

Avant d'en arriver là, la cour de cassation n'apprécie pas elle-même les éléments en question. C'est un point très important, qui va expliquer la suite de la présentation. Il ne faut pas perdre de vue que la cour de cassation ne s'intéresse pas aux faits. Elle vérifie si le juge a fait son travail et s'il l'a bien fait par rapport aux principes juridiques mis en œuvre, mais elle ne reprend pas des affaires pour les juger une troisième fois.

La jurisprudence de première instance est incertaine. Quelqu'un a rappelé ce matin – peut-être même M. FENDER – que des juridictions sanctionnent le défaut de preuve. J'en ai citées quelques-unes mais il en existe beaucoup d'autres. D'autres au contraire accordent au contrôle de l'UCR une force probante. Autant les principes sont clairs, autant leur application est visiblement aléatoire, et des arrêts de la cour de cassation sont venus jeter le trouble.

Je m'explique : un arrêt a été rendu le 6 mai 2010 qui vient d'être confirmé le 20 mai par un autre arrêt dont je vais vous parler dans un instant. On est par conséquent amené à se poser la question – qui est concrète non seulement pour les juristes mais aussi pour vous dans les établissements, car cela concerne la responsabilité des établissements et des médecins DIM – de savoir de quelle preuve on parle. Peut-on se contenter d'alléguer un défaut de preuve de manière quelque peu générale et absolue ou au contraire faut-il sérier les choses ? Puisque l'on parle de la preuve de la réalité des actes et des séjours... Des dossiers sont difficiles. Le rapport de contrôle de l'UCR indique qu'ils ne contiennent rien, ce qui ne permet pas de considérer que le séjour ou l'acte a bien eu lieu.

Faut-il s'intéresser non pas tant à la réalité des actes et séjours litigieux qu'à la bonne qualification du fait médical ? Je ne reviendrai pas sur cette dernière. Sophie HOMBURG l'a évoquée tout à l'heure, avec éventuellement le recours à l'expertise. Faut-il s'intéresser à la preuve de la qualification tarifaire, c'est-à-dire admettre que l'acte et le séjour sont tout à fait réels et que la qualification du fait médical n'est pas du tout discutée, ou en tout cas que le DIM et le médecin contrôleur se sont mis d'accord mais que l'on n'est pas d'accord sur la qualification tarifaire, c'est-à-dire en clair sur le type de rémunération auquel cela peut ouvrir droit, voire éventuellement nous dire qu'il n'y a aucun élément tarifaire susceptible d'être qualifié pour nous rémunérer.

La preuve de la réalité des actes et séjours pose le problème un peu difficile des éléments manquants du dossier médical. Il faut avoir présent à l'esprit deux textes et tout d'abord l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale, qui comme vous le savez est le texte législatif à partir duquel se décline fondamentalement

tout le processus du contrôle externe, avec en particulier la question de l'indu. En matière de prestations servies aux établissements comme aux professionnels de santé, on nous dit que l'indu n'est pas un indu pour tout et n'importe quoi mais pour inobservation des règles de tarification et de facturation ainsi que pour des actes non effectués ou des prestations et produits non délivrés. Il s'agit véritablement de deux cas de figure : soit on est en désaccord complet sur l'observation de la réglementation, soit on est confronté à un problème d'acte inexistant ou de séjour fictif.

C'est au titre de ce premier texte que tout le dispositif de contrôle exposé ce matin est mis en œuvre. Le deuxième texte est issu du Code de santé publique. Je suis sûr que vous connaissez bien l'article R.1112, parce que dans le cadre de votre responsabilité de dirigeants d'établissements vous avez le souci – c'est aussi le cas des médecins DIM – de trouver dans les dossiers des éléments qui corroborent le codage. Cette partie du Code de la santé publique règle la question de la constitution du dossier médical, mais vous observerez que ces dispositions ne se confondent pas avec celles qui sont relatives à la tarification et à la facturation. Il n'y a pas dans le Code de la santé publique ou dans celui de la sécurité sociale un texte qui dit que s'il manque un élément dans le dossier médical cela signifie un indu. Cela n'existe pas !

On peut admettre dans l'absolu qu'un médecin-contrôleur ou éventuellement un organisme puisse faire la démonstration que cette absence d'éléments dans le dossier est la preuve de l'inexistence de l'acte ou du séjour, mais il ne suffit pas d'en rester à l'absence d'un ou de quelques éléments dans le dossier pour pouvoir en tirer directement cette conclusion. Ce raisonnement est abusif.

Je vous cite deux illustrations qui datent du régime ancien, du temps des indus dans le cadre des contrôles itératifs, mais la solution juridique est rigoureusement la même. Le premier exemple concerne un établissement pour lequel se posait un problème d'absence de compte rendu opératoire. Il avait été jugé que cette seule absence ne permettait pas d'en déduire que l'acte était inexistant ou que le séjour n'était pas payable. C'est ce que dit en tout cas l'arrêt de la cour de cassation. Le deuxième exemple concerne un cas qui date de 2002 : l'absence d'un compte rendu radiologique, que le paiement est censé rémunérer aussi au titre du séjour. La solution a été la même que pour l'absence de compte rendu opératoire.

S'intéresser à la preuve de la qualification du fait médical et non pas à la réalité du séjour ou de l'acte devrait être la règle en matière de contrôles externes. Au fond, ces derniers ne devraient débattre que de la qualification du fait médical ; cela devrait en rester là pour des

personnes de bonne foi. La question concerne en fait les arguments de fait ou de droit propres au patient traité, non des éléments généraux sur les soins palliatifs. Il faut nous dire qu'il n'y a pas eu de prise en charge pluridisciplinaire ou tel ou tel élément, pour quel patient et en quoi les éléments produits ne traduiraient pas la prise en charge requise par les textes, ou nous expliquer de façon très précise pour quelle raison pratique, réelle et effective tel dossier n'est pas éligible au GHS, au forfait SE, etc.

L'alternative, quand on a un débat sur le fait médical, est l'expertise, sur laquelle je passerai car Sophie HOMBURG l'a très bien expliquée.

Reste la question de la preuve de la bonne qualification tarifaire. On en arrive là aux éléments de jurisprudence les plus récents et en particulier à l'arrêt rendu par la deuxième chambre civile de la cour de cassation le 6 mai dernier. Alors que la caisse contestait non pas la réalité des actes litigieux mais leur qualification au regard des règles de tarification, le tribunal a violé les textes.

Cette décision a fait j'imagine un grand plaisir à la CNAMTS, car elle a pu penser qu'elle opérait un renversement de la fameuse charge de la preuve dont je vous ai parlé tout à l'heure. Elle pense que ses espérances sont confirmées parce que tout récemment, le 20 mai, un autre arrêt a été rendu qui dit la même chose, à savoir que le débat doit porter non pas sur la preuve mais sur la bonne qualification juridique. Si le TASS se borne à dire que la caisse ne rapporte pas la preuve, cela ne répond pas vraiment à la question. On demande aux juges de mettre en œuvre et de vérifier la qualification juridique au sens tarifaire.

Il se trouve que le 20 mai, la même juridiction, c'est-à-dire la deuxième chambre civile, présidée par le même président, avec un rapport du même rapporteur, a également rendu une décision extrêmement intéressante, qui concerne la clinique Saint-Vincent à Besançon. Cette décision n'est en fait pas un arrêt au sens des deux précédents ; c'est d'une certaine manière presque plus intéressant. Je m'explique. La cour de cassation a pour faire face au problème du volume et de l'engorgement de la juridiction mis en place un système de sas. Il s'agit d'une période précontentieuse de quelques semaines durant laquelle on examine le sérieux des pourvois avant de les déclarer admis et une fois qu'ils le sont cela donne lieu à une instruction qui aboutit à un arrêt.

Les deux décisions précédentes avaient franchi le stade de ce sas. Les pourvois avaient été déclarés admis puis ils avaient été examinés et avaient prospéré puisque dans les deux cas ils ont abouti à la cassation, avec renvoi et jugé, c'est-à-dire retour à la case première instance. Saint-Vincent avait gagné en première instance. La caisse qui a introduit le pourvoi reprochait

au jugement justement d'avoir constaté qu'elle n'avait pas apporté la preuve de l'indu. La cour de cassation a déclaré que ce moyen de cassation invoqué à l'encontre de la décision attaquée n'était pas de nature à permettre l'admission du pourvoi.

Il est compliqué d'arriver à comprendre, entre cette décision et les deux précédentes, comment lire et interpréter la jurisprudence de notre haute juridiction. Peut-être M. SABA pourra-t-il nous indiquer son point de vue pour la CNAMTS. Ce serait intéressant dans le cadre de l'échange avec la salle.

Que peut-on retenir ? Tout d'abord, il ne faut pas confondre la preuve de la matérialité des actes et séjours avec leur qualification. Il faut quand vous êtes devant le juge, dans le cadre des conclusions déposées dans votre intérêt, soigneusement présenter les différents éléments – il faut qu'ils soient bien triés – pour que le juge comprenne bien ce qui relève de la tarification tarifaire et des éléments de preuve proprement dits. Il n'y a pas de doute : c'est au juge qu'il incombe de procéder à la qualification tarifaire mais la charge de la preuve continue à peser sur l'Assurance Maladie. En effet – et j'en terminerai par là –, comment peut-on imaginer que le tribunal puisse avoir les moyens de procéder à une qualification juridique si – c'est purement rhétorique – on ne lui fournit pas des éléments de preuve (en fait ou en droit, peu importe) de nature à fonder la requalification demandée par les caisses dans les notifications de paiement ? Merci. *[Applaudissements]*.

Pascal DELUBAC : Trois questions ont été posées :

SMS « *Le délai de prescription court à compter de la date du paiement, mais quand nous émettons une facture et qu'elle n'est pas payée, qu'est-ce qui le déclenche ?* »

SMS « *Quelle est l'application du principe général du droit ? À qui profite le doute dans un cadre interprétatif des règles de codage ?* »

SMS « *L'article L.315.1 ouvre une procédure de contrôle qui n'est ni encadrée ni contradictoire : qu'en pensez vous ?* »

Me Anne-Sophie MOULIN : Concernant la prescription, les règles de répétition d'indus ne sont pas les mêmes que les règles de paiement de la prestation qui est due ou qui est contestée mais en tout cas qui n'a pas encore été payée.

Les règles de paiement sont définies dans l'article 331-1 ou 331-2 du Code de la sécurité sociale, qui prévoit que l'action en paiement se prescrit par deux ans qui commencent à courir à compter de la fin du trimestre au cours duquel l'acte a été effectué. C'est la règle à retenir sur la prescription de l'action en paiement d'une prestation que vous estimez vous être due.

Me François MUSSET : Concernant le doute, il faut si l'on se met dans une logique de preuve, savoir que l'établissement doit être d'une certaine manière passif et attendre de pouvoir discuter devant le juge des éléments qu'on lui oppose. S'il y a un doute sur l'interprétation, de deux choses l'une : soit il s'agit d'une interprétation médicale qui va être tranchée par une expertise, soit c'est une question qui n'est pas à proprement parler médicale et le juge donnera l'interprétation qu'il veut en donner, éventuellement en considérant que l'Assurance Maladie n'en apporte pas la preuve. Si par exemple c'est purement une interprétation textuelle, le juge fera ce qu'il croira devoir faire jusqu'à ce que la cour de cassation s'exprime. Vous avez par exemple vécu cela pour les coelioscopies. Cela fait référence à tout le débat nomenclatural du temps de la NGAP pour les actes combinés. La jurisprudence est extrêmement abondante. Soit les problèmes étaient réglés par des expertises, soit le juge donnait son avis et cela remontait jusqu'à la cassation.

Je précise que l'expert ne peut pas s'exprimer sur tout. Autant, il peut donner son avis sur ce qu'est une voie d'abord ou sur la question de savoir si la technique pratiquée en était bien une, mais il ne peut pas dire : « La bonne application de la nomenclature ou du texte, c'est cela ». C'est au juge de le faire. Cela rejoint la question de la qualification juridique que j'ai évoquée tout à l'heure.

Me Sophie HOMBURG : Si l'on demande au tribunal de se prononcer sur la qualification, il faut savoir qu'il n'a pas suivi de formation technique. On va se retrouver devant une grande problématique.

Pascal DELUBAC : Une troisième question a été posée : « *L'article L.315-1 ouvre-t-il une procédure de contrôle ni encadrée ni contradictoire ?* ».

Me Anne-Sophie MOULIN : C'est le contrôle des professionnels de santé et des établissements. Il est vrai que c'est assez flou en ce qui concerne le contrôle des établissements mais il est au contraire posé dans cet article que celui de l'activité des professionnels de santé doit faire l'objet d'une discussion contradictoire avec eux, et l'article L.311-1 ainsi que les dispositions réglementaires définissent au contraire, de mémoire, de façon assez claire les échanges entre les professionnels de santé et les médecins conseils.

Me Anne-Sophie MOULIN : Je ne vais pas faire un exposé juridique sur les sanctions financières et entrer dans le détail de la procédure. Je voudrais mettre l'accent sur le caractère assez surprenant de cette dernière, qui donne du reste aux propos tenus par François MUSSET toute leur importance. La sanction financière peut intervenir à partir du moment où l'indu est déclaré par les médecins

conseils et reconnu dans leur rapport, d'où en principe l'importance d'indiquer dans ce dernier les éléments sur la base desquels un établissement va être sanctionné, parce qu'une sanction est une punition. On pourrait donc attendre de cette procédure un encadrement et des précisions légales et réglementaires extrêmement strictes et précises pour exclure l'arbitraire.

Les conditions de mise en œuvre de la procédure de sanction tiennent exclusivement à l'existence d'un rapport des médecins conseils constatant et déclarant l'existence d'une facturation qui au regard de leur pratique n'est pas correcte. Cette seule déclaration suffit à déclencher la procédure de sanction tarifaire qui, je le rappelle, est fondée sur l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale.

Elle s'ajoute – et elle est totalement indépendante de celle-ci en termes de timing – à la procédure de demande de remboursement d'indu, qui elle concerne les relations des caisses avec les établissements, alors que la procédure de sanction tarifaire concerne celles entre l'établissement et l'agence régionale de santé.

À partir du moment où néanmoins un établissement va s'engager dans une procédure de contestation de l'indu... Tant qu'il y a contestation – c'est un principe du droit civil –, il n'y a pas existence d'un indu. C'est une première contradiction du dispositif. Comment peut-on d'une part considérer qu'il n'y a pas de mauvaise facturation tant que le juge ne s'est pas définitivement prononcé sur l'existence de l'indu et d'autre part, lorsque l'on est devant l'agence régionale de santé, être immédiatement, sur la seule base du rapport d'un médecin conseil, susceptible d'encourir une sanction financière ? C'est un premier hiatus entre les deux dispositions qui n'est pas traité. C'est une situation de fait à laquelle en tant que citoyens nous sommes tenus de nous plier.

L'établissement peut-il contester la sanction – c'est la situation inverse – s'il a remboursé l'indu ? Il arrive que l'on ne veuille pas s'engager dans une procédure de contestation d'un indu devant les juridictions de la sécurité sociale. Faut-il néanmoins considérer que la position des médecins conseils n'est pas justifiée et qu'en toute hypothèse il n'a pas été commis de manquements dans les règles de facturation ? Le paiement de l'indu n'est-il pas une forme de reconnaissance de sanctions ? C'est évidemment ce que va systématiquement nous opposer l'agence dans le cadre des débats : vous payez en principe un indu parce que vous avez reconnu des manquements. Il faut être conscient qu'il est beaucoup plus délicat d'engager une procédure de contestation de la sanction une fois que l'on a payé.

Quand on regarde le texte et que l'on prend connaissance de l'article L.166-22-18, on est consterné par le montant, certes plafond, de la sanction. Quelle que soit l'infraction que vous avez commise, il est égal à 5 % de

la totalité des recettes de votre établissement ! Il s'agit donc d'une sanction qui, pour la plupart d'entre vous, va se chiffrer à plusieurs centaines de milliers (voire millions) d'euros. Peut-on en termes de droit considérer qu'il s'agit d'une sanction raisonnable ? Là encore, le dispositif est extrêmement choquant.

La notification de la sanction est faite par le directeur régional de l'agence. Vous recevez d'abord une notification d'intention de sanction, à laquelle vous pouvez répliquer en apportant des observations dans un délai d'un mois. Ensuite, après analyse de vos observations par une commission spécifique mise en place au sein de l'agence régionale de santé et composée à parité de représentants de cette dernière et des organismes d'Assurance Maladie, il y a sanction définitive, que vous avez la possibilité de contester devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de la notification. Ce sont les règles classiques de procédures en matière de décisions administratives.

La troisième question que l'on peut se poser est de savoir s'il faut payer cette sanction si l'on engage un recours devant les juridictions administratives. Il faut savoir que la contestation d'une décision administrative n'est pas suspensive de l'exécution. Théoriquement, lorsque vous avez reçu la sanction, vous êtes tenus de la payer, à défaut de quoi l'administration peut engager des procédures d'exécution forcée des décisions administratives qui sont immédiatement exécutoires à compter de leur notification.

Je me suis dit quand j'ai lu le texte qu'il était vraiment une aberration, parce que la définition des faits justifiant la mise en œuvre de cette procédure de sanction est extraordinairement imprécise. Je vous rappelle que l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale précise que tout manquement aux règles de codage et toute erreur en matière de codage ou tout acte non effectué est susceptible de justifier l'application d'une sanction.

Le montant et la définition de la sanction apparaissant tellement surprenant sur le terrain du droit que je me suis dit avec un certain nombre de confrères qu'il y avait matière à contester, étant entendu que nous avons au moment de l'application de sanctions financières vécu concomitamment une réforme de notre constitution qui permet – c'est une réforme extraordinaire et une grande victoire de la démocratie – à chaque individu de contester la constitutionnalité d'une disposition légale devant le Conseil constitutionnel. Autrefois, quand une disposition n'avait pas été attaquée au moment de sa promulgation, elle était définitivement opposable et l'on ne pouvait plus jamais obtenir son annulation.

La France a introduit une réforme en 2010 qui permet à tout citoyen qui estime être victime d'une décision prise sur le fondement d'une disposition constitutionnelle et dont la constitutionnalité n'a pas été analysée par le

Conseil constitutionnel de déférer cette disposition à ce dernier au terme d'une procédure définie en 2010.

Cette procédure est un double filtre. Vous allez d'abord devant le tribunal administratif, où vous devez démontrer que l'analyse de la constitutionnalité de la décision n'a jamais été étudiée et que c'est bien sur le fondement de cette disposition que la décision qui vous fait grief a été prise, et vous devez également démontrer que la constitutionnalité de la disposition présente des doutes sérieux.

Le texte et l'article L.162-22-18 nous semblaient parfaitement répondre à trois critères : la non-analyse de la constitutionnalité dans le cadre d'un recours des sénateurs et députés, seul possible à l'époque, la disposition sur le fondement de laquelle étaient appliquées les sanctions financières, et un tel flou dans la définition et dans le montant des sanctions que cela constituait un cas d'école pour analyser la constitutionnalité de cette disposition devant le Conseil constitutionnel. J'ai donc introduit à l'appui de chacun des recours contre les sanctions tarifaires une question prioritaire de constitutionnalité qui a été analysée de façon prioritaire et extrêmement rapidement.

Le demandeur peut soulever cette question prioritaire. Nous étions en l'occurrence demandeurs dans le cadre de recours, donc nous l'avons fait en qualité de demandeurs. La question de la constitutionnalité peut aussi être introduite à n'importe quel stade d'un contentieux, c'est-à-dire en première instance ou en cour d'appel. Nous étions en l'occurrence en première instance donc nous avons introduit cette question devant les juridictions administratives. À l'encontre de quelle disposition ? Comme nous l'avons vu, elle doit être le fondement de la décision qui vous fait grief. Il s'agissait en l'occurrence de l'article L.162-22-18.

La procédure a demandé un double filtrage, c'est-à-dire une analyse des éléments sérieux de cette anti-constitutionnalité devant le tribunal administratif puis devant le Conseil d'état, sachant que le tribunal administratif est appelé à statuer et que sa décision est transmise au Conseil d'état, qui lui a un délai de trois mois pour rendre une décision de confirmation ou d'infirmité du caractère sérieux et transmettre ou refuser de transmettre au Conseil constitutionnel, qui une fois saisi va rapidement se prononcer sur la constitutionnalité de la décision qui lui est déférée.

Quels arguments ont été développés dans le cadre de cette question prioritaire de constitutionnalité ? Dans le premier temps la violation du principe de présomption d'innocence. Nous avons contesté l'indu et dans un certain nombre de dossiers nous avons obtenu gain de cause, non pas dans le cadre des procédures en cours et faisant l'objet de sanctions mais nous avons été capables de démontrer que des décisions d'indus avaient été annulées par les tribunaux des affaires de sécurité

sociale. Nous avons contesté, au nom de la présomption d'innocence issue de la déclaration des droits de l'homme, l'application d'une sanction alors même que la faute ou le manquement n'avaient pas été définitivement caractérisés.

Le deuxième chef de contestation était la violation des droits de la défense et de l'impartialité de l'organe qui va appliquer la décision de sanction. Ce qui est très choquant, là encore, n'est pas l'application de sanctions. Chacun d'entre vous dans cette salle est bien au contraire tout à fait disposé à une totale transparence et à engager un débat totalement contradictoire sur sa facturation et ses décisions en la matière. Le problème est que, comme l'a rappelé justement François MUSSET, il existe aujourd'hui par rapport à la charge de la preuve de la part des organismes d'Assurance Maladie une réelle défaillance dans la justification des manquements des établissements et un certain autisme par rapport aux éléments développés par eux. Le médecin conseil fait son rapport et participe à la commission qui va décider qui est contrôlé, à la réalisation du rapport de contrôle et à la commission qui décide s'il doit y avoir ou non sanction, et il propose l'application définitive de la sanction. Comment peut-on être partie et juge ? Partie car opposé à l'établissement concernant les procédures de facturation et juge de la régularité des procédures de facturation de l'établissement. Il semble qu'il y ait là une véritable violation des principes d'impartialité auxquels a droit tout citoyen à partir du moment où on lui applique une sanction ou une pénalité.

Concernant la violation du principe de nécessité et de proportionnalité des peines, là encore la déclaration des droits de l'homme rappelle que l'on ne doit prononcer que des peines strictement nécessaires. Quand on relève un indu de quelques centaines ou milliers d'euros, cela justifie-t-il une sanction de plusieurs millions d'euros ? Il y a là encore violation manifeste de ce principe à valeur constitutionnelle et de celui de légalité des délits et des peines puisque là encore la déclaration des droits de l'homme nous rappelle que le législateur doit les définir de manière suffisamment précise pour exclure l'arbitraire. Or, la loi dit que tout manquement ou toute erreur ouvre droit à l'application d'une sanction très importante.

Nous avons réussi à interpellier le tribunal administratif de Rouen sur la base de ces arguments, qui a décidé de transmettre la question prioritaire de la constitutionnalité au Conseil d'état. Malheureusement, ce dernier n'a pas eu la même écoute ni la même attention et n'a pas ressenti la même émotion par rapport aux arguments que nous avons soulevés. Je ne sais pas si vous avez eu l'occasion de lire la décision du Conseil d'état que la FHP vous a diffusé. Elle est terriblement frustrante, parce que sur tous les points soulevés il n'y a pas là

encore de justification ni d'élément de réponse. On nous dit que nous avons soulevé la question de la violation du principe de légalité des peines et des délits mais que puisque sont définis le manquement ou l'erreur le non-respect des règles de codage justifie l'application d'une sanction. On est là encore dans l'affirmation, et absolument pas dans la justification par le Conseil d'état, que cette définition correspond bien à ce que les principes à valeur constitutionnelle sont supposés protéger.

Cette décision a été très frustrante et décevante, la question étant de savoir si l'on va pouvoir réintroduire de nouvelles questions prioritaires de constitutionnalité, parce que ce texte et ces décisions n'effacent pas le caractère dangereux et à tout le moins anticonstitutionnel de cette disposition. C'est parfaitement possible mais ce sera extrêmement difficile. Il va falloir réfléchir à des moyens véritablement nouveaux qui serviraient de moyens constitutionnels qui auraient été violés par ce texte. Il va falloir y réfléchir à nouveau. Je vais m'y employer, parce que j'estime que dans la réalité des faits l'application de ce texte est tellement choquante que l'on ne peut pas le considérer comme constitutionnel.

Il faut se dire que si nous avons perdu une bataille nous n'avons pas perdu la guerre. Ce n'est pas parce que la question prioritaire de la constitutionnalité n'a pas été retenue que c'est définitivement perdu, bien au contraire, mais il va maintenant nous falloir nous battre devant les juridictions administratives sur le fond de nos dossiers, évidemment sans soulever le problème de la constitutionnalité de la disposition, qui n'est pas de la compétence du Conseil d'état. Il va falloir démontrer sur chacun des points que les manquements ne sont pas constitués, toujours par rapport au problème de la preuve. Comme devant les juridictions civiles, la charge de la preuve devant les juridictions administratives appartient, qui plus est en matière de fautes affirmées, à l'auteur de la sanction. Il appartiendra donc à la RH de montrer et d'établir le caractère fautif et en tout cas la nature du manquement commis par l'établissement.

On peut se demander à cet égard si, quand on vous reproche des manquements de facturation pour 5 dossiers sur 200 contrôlés pour 2 000 actes réalisés – ce sont des dossiers dont j'ai eu connaissance –, on peut considérer qu'il y a manquement aux règles de facturation, d'autant plus que vous êtes capables de démontrer que ces manquements (en tout cas selon votre interprétation de la réglementation) ne sont pas constitués.

Nous n'allons pas, concernant les moyens de défense par rapport à la manière de compter, d'appliquer la sanction et de la calculer, nous engager dans des développements qui en fin de journée seraient particulièrement fastidieux, mais soit on applique le plafond, ce qui permet à l'agence de revendiquer une règle, soit on

applique une somme dont on ne connaît pas les modalités de calcul.

Concernant le calcul lui-même de la sanction – mais c'est voulu par les textes et nous aurons beaucoup de mal à nous battre et à obtenir gain de cause sur le terrain de la légalité, ou plutôt de l'illégalité... Je vous rappelle que les tribunaux administratifs analysent une décision au regard de sa légalité, c'est-à-dire de sa conformité aux textes qui ont conduit à son application, or en l'occurrence c'est un peu ambigu s'agissant des modalités de calcul : c'est sur l'activité totale et non sur celle qui est contrôlée que la sanction est appliquée, ce qui là aussi sur le plan du respect du principe de présomption d'innocence est totalement aberrant puisque cela suppose que quand vous avez fauté dans 10 % de vos dossiers vous avez en fait fauté dans 100 % d'entre eux. Extrapoler justifie l'application d'une sanction calculée sur 100 % des dossiers et non sur ceux qui ont été contrôlés. Il y a juridiquement par rapport à la rédaction de la loi et du décret des éléments à soulever et à faire valoir, avec sur les modalités de calcul de la sanction des éléments à contester.

Voilà ce que l'on peut dire aujourd'hui sur l'application de sanctions financières. Les tribunaux administratifs n'ont pas encore pris de décision sur celle-ci et l'annulation des décisions de sanctions. Nous n'avons effectivement à connaître que le rejet de notre question prioritaire de constitutionnalité, qui cela dit restait accessoire par rapport au vrai problème qui se pose : la légalité de l'application des décisions prises à chaque établissement à titre individuel. Je suis ouverte à toute question, sachant que si l'on traite le problème juridiquement et procéduralement il y a énormément de points à soulever. *{Applaudissements}*.

Pascal DELUBAC : Y a-t-il des questions dans la salle ?

Intervenant : Un recours pourrait-il exister sur le plan européen par rapport à ce problème ?

Me François MUSSET : Il faut s'entendre quand on dit « européen ». Cela peut désigner deux choses : la Cour de justice des communautés – c'est le droit communautaire – et la cour de justice de Strasbourg, qui est le juge de la convention européenne des droits de l'homme et du citoyen. Je pense que c'est effectivement sur ce second fondement que l'on peut trouver des moyens sérieux. Le juge de première instance peut s'il considère que le moyen est fondé écarter la disposition législative (le fameux article L.162-22-18) en disant qu'elle n'est pas conforme aux engagements internationaux de la France, en particulier dans la convention européenne des droits de l'homme, qui est un texte d'une valeur supérieure sur le plan de la hiérarchie.

Me Anne-Sophie MOULIN : Je pense en effet qu'il y a vraiment matière à réflexion, en sachant que ce recours est moins productif que la contestation de la constitutionnalité parce qu'il ne va s'appliquer et n'avoir d'effet qu'à l'égard de l'établissement au bénéfice duquel il sera prononcé, alors que la déclaration d'anti-constitutionnalité aurait permis d'obtenir l'annulation de la disposition et par là même d'annuler toutes les décisions qui n'étaient pas devenues définitives. Il y a à mon avis un véritable intérêt à envisager la voie de Strasbourg pour obtenir une annulation des décisions de sanctions financières.

Me François MUSSET : Les arguments sont en fait les mêmes, parce que l'on retrouve dans la convention européenne des droits de l'homme des éléments qui sont des fondamentaux de la « civilisation juridique » qui se trouvent dans le bloc de la constitutionnalité français. En parallèle à l'inconvénient que soulève à juste titre Anne-Sophie MOULIN, l'avantage est que le juge de première instance est celui de tout le droit applicable, c'est-à-dire la loi et le règlement mais aussi la convention de Strasbourg. Si l'on est dans une logique de question constitutionnelle, si le juge, le TASS ou le tribunal administratif admet qu'elle est sérieuse, il va surseoir à statuer, la transmettre, et il faudra attendre la fin du circuit, en espérant que le Conseil d'état ou la cour de cassation, selon les cas, accède à la demande de transmission au Conseil constitutionnel. Les arguments qui se fondent sur la convention européenne des droits de l'homme sont d'application directe devant le juge de première instance.

Intervenante : Que pensez-vous d'un recours hiérarchique contre une décision de sanction ? Que se passera-t-il si un TASS annule un indu par rapport à une procédure devant le TA ? Quel sera le lien entre les deux ?

Me François MUSSET : Cela soulève la question du caractère incohérent de la situation. Je voudrais simplement faire observer – Anne Sophie MOULIN l'a dit tout à l'heure – que le texte qui fonde le contrôle externe parle d'indus et que le juge qui tranche le problème s'intéresse aux indus. On est dans une procédure caisse-liquidation-paiement alors que le texte qui fonde la compétence de l'ARS pour prononcer des sanctions financières ne s'intéresse pas à la question de savoir ce que la caisse en fera ou non en termes de récupération. Il ne s'intéresse qu'aux manquements constatés par les médecins contrôleurs dans le cadre de l'UCR. C'est la raison pour laquelle j'ai posé ce matin la question de la nature juridique de ce contrôle UCR, sachant que les conséquences qui s'y attachent sont considérables, à la fois dans le cadre du contrôle externe, sur les indus, et autant en ce

qui concerne les sanctions financières. Il est possible que le juge administratif ne considère pas qu'il y a lieu de dire par exemple que le TASS est saisi d'un contentieux d'indu et que tant que ce n'est pas jugé il ne peut pas s'exprimer sur le bien fondé de la sanction, et on peut aussi imaginer qu'il dise qu'il est compétent en fonction des manquements constatés (et non des indus) dans le rapport de l'UCR, sur lesquels il exerce un contrôle. Il s'agira dans ce cas d'un contrôle de légalité pour savoir si des erreurs ont été faites et le juge administratif se penchera potentiellement sur le même débat que celui qui a eu lieu devant le TASS. Ce n'est pas économe en termes de moyens mais ce n'est pas exclu.

Intervenante : Peut-on se trouver face à des jugements contradictoires ?

Me François MUSSET : Ce n'est pas exclu ; cela s'est déjà vu.

La même intervenante : Est-il possible dans ce cas de saisir ?

Me Anne-Sophie MOULIN : Si la décision du juge administratif est devenue définitive, il n'y a à mon avis aucun moyen de faire rejurer l'affaire, sauf s'il n'a pas examiné le manquement – et même –, d'où l'importance dans le cadre des procédures devant le juge administratif de bien travailler – c'est crucial – sur la question de l'erreur manifeste d'appréciation, de l'absence de preuve du manquement, etc. C'est un élément phare de la procédure administrative et de nos mémoires. Cela dit, si le tribunal des affaires de sécurité sociale, postérieurement à la décision d'un tribunal administratif selon laquelle il n'y avait pas de manquement, considère néanmoins qu'il y en avait un, je ne vois pas sur quel terrain juridique on pourrait faire rejurer une affaire qui a déjà été jugée et qui est devenue définitive.

Me François MUSSET : Une variante par rapport à ce qu'a dit Anne-Sophie MOULIN : on peut imaginer qu'un établissement qui n'aurait pas en son temps contesté l'indu, confronté ultérieurement à une sanction visant les mêmes manquements, ouvre le débat de la légalité sur les manquements devant le juge administratif, étant entendu que la voie du TASS ne lui sera plus ouverte faute d'avoir contesté l'indu.

Intervenant : Vous avez à plusieurs reprises parlé de la charge de la preuve qui incombe à l'Assurance Maladie. Quelle forme pourrait prendre cette preuve ?

Me Anne-Sophie MOULIN : Vous soulevez un vrai problème. C'est le talon d'Achille de toutes les discussions et du

positionnement des établissements dans les échanges précontentieux au moment du contrôle avec les organismes d'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie a parfaitement compris que quand elle dit que le dossier médical n'est pas complet et que les éléments qui ont été soumis à son appréciation ne permettent pas d'apporter la preuve de la conformité du codage c'est un argument extrêmement fort. Que peut faire l'établissement quand il est confronté à une telle critique ? Sachant que tous ces éléments doivent être développés et relayés dans les observations écrites au moment du contrôle, il faut que l'établissement demande au médecin conseil quel est pour lui l'élément manquant du dossier médical ne permettant pas le codage qu'il a effectué. Il faudra bien que le médecin conseil apporte une réponse précise et pertinente au médecin DIM.

On a à l'heure actuelle dans un certain nombre d'établissements un débat sur un document très précis : le compte rendu d'hospitalisation. Je ne parle pas du compte rendu opératoire, qui est plus discutable en dépit des anciennes jurisprudences. On a lors des débats préalables vraiment intérêt à aller jusqu'au bout des discussions et des échanges avec les médecins conseils. Quand votre médecin conseil vous dit qu'il manque le compte rendu d'hospitalisation, il faut lui répondre qu'il avait tous les autres éléments dans le dossier d'hospitalisation lui permettant de vérifier le codage et sa conformité. S'il vous répond : « D'accord, mais vous ne respectez pas l'article R.1112-2 du Code de la santé publique, qui définit de manière opposable à l'établissement les éléments qui doivent faire partie du dossier médical y compris le compte rendu d'hospitalisation », cela ne fonctionne pas ainsi. Quand on conteste la conformité de votre codage, il faut vous battre sur le terrain à fond pour le défendre. Le compte rendu d'hospitalisation ne sera jamais un élément permettant de ne pas vérifier la conformité du codage. Je suis extrêmement confiante, peut-être de façon naïve, sur les chances de prospérer de cet argument par rapport à cet élément du dossier médical.

Il est vrai qu'avec un dossier médical mal tenu vous serez systématiquement retoqués devant les tribunaux. Cela donnera lieu au meilleur des cas à une expertise – c'est un cas auquel nous sommes parfois confrontés dans nos établissements –, qui conclura qu'avec le dossier elle n'a pas les moyens d'attester la surveillance, la fiche de soins infirmiers, etc. et que donc elle ne peut pas elle non plus valider le codage, et à ce moment-là le dossier sera plié pour vous. Le premier point est donc d'avoir un dossier médical bien tenu.

Par ailleurs, si l'on conteste la tenue de votre dossier médical et que vous considérez que ce n'est pas pertinent pour ne pas justifier le codage adopté, il faut absolument vous défendre avec des arguments très précis et

tracer tout cela par écrit. La charge de la preuve appartient certes à la caisse, mais si elle dit qu'elle n'avait pas les éléments du dossier médical et que vous avez écrit qu'elle avait dans le dossier tous les éléments sauf celui-ci, qui ne permet pas de remise en cause, le juge demande alors à la caisse pourquoi le compte rendu d'hospitalisation ne permet selon elle pas le codage, et elle ne pourra pas répondre. Elle ne pourra pas renvoyer à l'article R.1112-2 et l'on pourra commencer à avoir un débat juridique. Il faut savoir que les tribunaux et les magistrats ne se situent jamais sur le terrain de la technique médicale et de l'appréciation médicale des situations. Les magistrats ne raisonnent qu'en termes de droit. Ils s'assurent que les éléments de fait et les principes leur permettent de vérifier que les règles de droit ont été correctement appliquées à telle situation, mais ils ne se demandent certainement pas si le patient a bien été pris en charge, s'il devait être pris en charge de cette façon, etc.

Pascal DELUBAC : Pour conclure, Maître HOMBURG...

Me Sophie HOMBURG : Pour compléter les propos de ma consœur, on a parlé ce matin des dossiers médicaux scindés en deux au sein d'un établissement de santé. En ce cas, lors du contrôle, il est important d'informer le médecin contrôleur de cette situation. Pensez également à préciser dans vos observations qu'il ne vous a jamais été demandé de pièces médicales précises, qu'il n'a jamais été fait état d'élément manquant et que si des éléments manquent vous êtes prêts à les communiquer. De même, pour les dossiers médicaux qui ne sont pas complets parce que scindés en deux, proposez la communication d'éléments après le contrôle si vous n'avez pas eu le temps de tout organiser, et actez-le.

Me François MUSSET : Il faut aussi emprunter le regard du juge. On est dans un contentieux, plus à l'intérieur d'un établissement avec un DIM qui discute avec d'autres médecins. Je vous rapporte les propos d'un juge : « *Ce rapport tel que versé au débat se compose de plusieurs tableaux récapitulants pour les 754 résumés de sorties standardisées contrôlés les principales données suivantes : numéro de résumé, identifiant, absence éventuelle de dossier médical, GHM, GHS. Outre ces données chiffrées, le rapport comporte pour toute appréciation littérale la conclusion suivante (citation) : bon accueil et organisation conforme à nos attentes. (...) Ces éléments – dit le tribunal – ne permettent pas d'apprécier la réalité ni même la nature des erreurs de tarifications litigieuses* ».

Pour ma part, je me refuse à mettre sur le bureau du tribunal par moi-même des éléments qui ne seraient pas la réponse en défense à un argument probant versé

par la caisse. C'est pour cela que, pour l'instant en tout cas, nous gagnons beaucoup sur le terrain de la preuve. Je n'entends pas que l'on se substitue à la caisse dans sa carence en matière d'administration de la preuve. Les éléments de preuve à apporter ne sont pas votre problème. C'est celui de la caisse et nous disons qu'il ne faut pas dévier de cela, mais nous disons aussi que cela ne vous empêche pas d'être prudents, de bien faire votre travail en amont et d'avoir de bons dossiers.

Pascal DELUBAC : Merci. Nous allons conclure cette journée et remercier tout d'abord nos trois intervenants

pour la qualité et la complémentarité de leurs interventions, car il n'était pas évident d'intervenir sur cette thématique à trois. Cela a été remarquablement bien fait. Cela a répondu à nos attentes et laisse des portes ouvertes pour les futurs contentieux. Je voudrais aussi remercier les permanents de la FHP-MCO, qui se sont vraiment investis dans cette journée, et vous remercier de votre attention et de votre participation, qui ont témoigné de l'intérêt que vous portez à cette journée thématique. Bon retour à tous. *(Applaudissements)*. ■

La séance est levée à 17 h.

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES



LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO



THOMAS FATOME
DIRECTEUR ADJOINT À LA DSS



FÉLIX FAUCON
DIRECTEUR ADJOINT À LA DGOS



DR PIERRE FENDER
DIRECTEUR DU CONTRÔLE-
CONTENTIEUX ET DE LA
RÉPRESSION DES FRAUDES



DR VALÉRIE-JEANNE BARDOU
MÉDECIN CONSEIL
DE LA FNCLCC



DR HÉLÈNE LOGEROT
CONSEILLER MÉDICAL
DE LA FEHAP



PASCAL DELUBAC
PILOTE DU GROUPE DE
TRAVAIL « CONTRÔLE T2A »
DE LA FHP-MCO



DR MARIE-PAULE CHARIOT



DR JÉRÔME FERNANDES



DR HERVÉ VANSTEENE



MAÎTRE SOPHIE HOMBURG



MAÎTRE FRANÇOIS MUSSET



MAÎTRE ANNE-SOPHIE MOULIN

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

MERCREDI 16 JUIN 2010 9H/17H
MAISON DES POLYTECHNICIENS
12 RUE DE POITIERS, PARIS 7^e
MÉTRO SOLFERINO

La mise en œuvre par les pouvoirs publics de la législation afférente aux contrôles externes (ou encore contrôles T2A) de l'Assurance Maladie et aux sanctions financières n'est pas satisfaisante. Elle place les établissements de santé dans une situation d'insécurité juridique et financière. Le nouveau projet de décret « sanctions » qui nous a été soumis dans le cadre de la concertation en décembre 2009 n'a fait que renforcer nos inquiétudes et nos préoccupations.

9h00
ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h30 – 9h45
ALLOCATION D'OUVERTURE

LAMINE GHARBI
PRÉSIDENT DE LA FHP-MCO

9h45 – 10h30
POINT DE VUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Les contrôles externes et les sanctions financières : volonté politique, traduction de cette politique dans la réglementation, place des ars

THOMAS FATOME
DIRECTEUR ADJOINT À LA DSS

FÉLIX FAUCON
DIRECTEUR ADJOINT À LA DGOS

10h30 – 11h00
POINT DE VUE DE LA CNAMTS

Les contrôles externes et les sanctions financières : bilan des contrôles des années précédentes, perception des contrôles et des évolutions de la réglementation

DR PIERRE FENDER
DIRECTEUR DU CONTRÔLE-CONTENTIEUX ET DE LA RÉPRESSION DES FRAUDES

11h00 – 11h20
PAUSE

11h20 – 12h00
POINT DE VUE DES FÉDÉRATIONS

DR VALÉRIE-JEANNE BARDOU
MÉDECIN CONSEIL DE LA FNCLCC

DR HÉLÈNE LOGEROT
CONSEILLER MÉDICAL DE LA FEHAP

PASCAL DELUBAC
PILOTE DU GROUPE DE TRAVAIL
« CONTRÔLE T2A » DE LA FHP-MCO

12h00 – 13h15
POINT DE VUE DES MÉDECINS DIM

Les règles de codage, le déroulé des contrôles, la qualité du dossier médical

DR MARIE-PAULE CHARLOT

DR JÉRÔME FERNANDES

DR HERVÉ VANSTEENE

13h15 – 14h15
DÉJEUNER

14h15 – 16h30
POINT DE VUE DES AVOCATS

La préparation et la prévention des contrôles, les procédures et les évolutions de la jurisprudence
Problématiques soulevées et évolutions souhaitables de la réglementation en vigueur

MAÎTRE SOPHIE HOMBURG

MAÎTRE FRANÇOIS MUSSET

MAÎTRE ANNE-SOPHIE MOULIN

16h30 – 16h45
CONCLUSION

PASCAL DELUBAC
MEMBRE DU BUREAU FHP-MCO ET PILOTE DU GROUPE DE TRAVAIL
« CONTRÔLES T2A » DE LA FHP-MCO



chiffres

700
établissements

8,5
millions de séjours
soit 40% des
hospitalisations

66 000
lits et places
représentent près de
30% des capacités
d'hospitalisation en MCO
en France

PERSONNELS

156 000
infirmiers, sages-femmes,
aides soignants et
hôtelières

PRATICIENS

45 000

URGENCES

134
services d'urgences
pour 2 millions
de passages par an

MÉDECINE

25%
des séjours médicaux

SOINS PALLIATIFS

20%
des prises en charge
en soins palliatifs

378
établissements
prennent en charge
20 500 patients

CANCÉROLOGIE

32%
des séances
de chimiothérapie

52%
de la chirurgie
carcinologique

52%
des séances
de radiothérapie

431
cliniques privées
et 57 centres libéraux de
radiothérapie détiennent
au moins une des trois
autorisations délivrées
par l'INCA (Chirurgie des
cancers, chimiothérapie,
radiothérapie)

CHIRURGIE

58%
des séjours chirurgicaux

71%
des séjours
de chirurgie ambulatoire

47%
des séjours chirurgicaux
dits « lourds »

30%
des séjours
de chirurgie cardiaque

DIALYSE

34%
de la prise en charge
de l'insuffisance rénale
chronique

1,7 million de séances
de dialyse dont
1,4 million sont réalisées
en centre.
11 000 patients
sont soignés dans
379 structures

OBSTÉTRIQUE

28%
des naissances

176
maternités privées
réparties dans
67 départements
prennent en charge
231 000 nouveaux-nés.

29
départements ne
disposent plus de
maternités privées

Le taux de césarienne est
de 22%, contre 20% dans
le secteur public.

INDICATEURS QUALITÉ

ICALIN

Indicateur composite
des activités de lutte
contre les infections
nosocomiales

81,1
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

88,1
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale 74,2)

ICSHA

Indicateur de consom-
mation des solutions
hydroalcooliques

42,5
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

33,9
pour les cliniques
de plus de 100 lits
et places (moyenne
nationale de 26,3)

ICATB

Indice composite du bon
usage des antibiotiques

45,2
pour les cliniques
de moins de 100 lits
et places

54,4
pour les cliniques de
plus de 100 lits et places
(moyenne nationale
de 42,3)

DOULEUR

56%
Taux moyen de la
traçabilité de la douleur
dans le dossier patient
dans les cliniques privées
(moyenne nationale
40%)

TROUBLES NUTRITIONNELS

56%
Une notification du poids
dans les 48 premières
heures du séjour est
retrouvée dans 56%
des dossiers (égal à la
moyenne nationale)



CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES



FHP-MCO

81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS

TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69

fhp-mco@fhp.fr

www.fhp-mco.fr