

Le rôle des caisses d'assurance maladie

Dans la gouvernance générale, l'assurance maladie voit son rôle renforcé. Les caisses auront désormais des missions accrues de contrôle médical, d'accompagnement et d'information des professionnels et des assurés.

Rôle et actions du service du contrôle médical de l'assurance maladie dans le domaine des soins de ville

Jean-Paul Prieur
Médecin-conseil régional adjoint,
Cnamts

Pierre Fender
Médecin-conseil national adjoint,
Cnamts

Hubert Allemard
Médecin-conseil national, Cnamts

Les missions du service du contrôle médical (SCM) de l'assurance maladie sont dictées par la loi et sont inscrites sous l'article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale (cf. encadré p. 77).

Posant comme finalité de concourir à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie, la loi dote le SCM d'une compétence générale d'appréciation des éléments d'ordre médical qui conditionnent l'admission au bénéfice des prestations de l'assurance maladie (al. I), du pouvoir de constat des abus en matière de soins et de tarification (al. II) et d'une mission d'analyse de l'activité des établissements de santé (al. III) et des professionnels de santé (al. IV).

Cette loi — par essence générale et abstraite — pour trouver sa traduction en actions concrètes, s'articule avec un corpus de textes de nature législative et réglementaire édifié au gré des réformes de la protection sociale initiées depuis le début des années quatre-vingt¹.

1. Palier B. *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*. Paris : Presses universitaires de France, 2002 ; 466 pages.

Dans le domaine des soins de ville, il est possible aujourd'hui, à des fins opérationnelles, de distinguer les actions de régulation du SCM attendues par les pouvoirs publics en quatre grandes catégories :

1. le contrôle de l'état de santé du malade au regard d'une prestation ;
2. la préconisation d'adaptation thérapeutique individuelle d'une prise en charge du malade ;
3. l'analyse de l'activité des professionnels de santé ;
4. le conseil aux caisses.

Nous examinerons dans cet ordre ces quatre catégories d'actions, nous en détaillerons les composantes, les fondements et leur portée juridiques, et considérerons les évolutions que leur a imprimées la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Contrôle de l'état de santé du malade au regard d'une prestation

Le SCM est habilité à vérifier les conditions médicales d'éligibilité d'un assuré à l'octroi de toutes les presta-

tions couvertes par l'assurance maladie telles que la loi les énumère (art. L. 321-1 du CSS), quelles qu'elles soient (nature ou espèces) notamment celles qui ne sont assorties d'aucun dispositif d'entente préalable.

Ainsi, à titre d'illustration, sont visées des prestations telles que les indemnités journalières pour arrêt de travail, les indemnités versées à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente, le remboursement d'actes médicaux ou paramédicaux, le règlement aux pharmacies des médicaments qu'elles délivrent, la prise en charge des soins programmés hors de France...

La combinaison des alinéas I et II de l'article L. 315-1 confère au SCM une compétence générale d'appréciation avec pour objectif de repérer et écarter les demandes de prestations que l'assurance maladie n'a pas vocation à satisfaire.

Toutefois, le rôle du SCM, en matière de régulation, serait seulement (et inutilement) spéculatif s'il ne se limitait qu'à de simples constats suivis d'avis consultatifs.

Aussi, la réglementation dote-t-elle le SCM de moyens juridiques lui permettant de conduire efficacement ses vérifications et de donner une suite concrète aux avis qui en résultent.

Des vérifications efficaces et fiables

De longue date, le SCM a la faculté de pouvoir demander aux assurés sociaux de se déplacer au cabinet du praticien-conseil pour audition et examen clinique (ou, en cas de déplacement impossible, de pouvoir rendre visite aux assurés empêchés, là où ils se trouvent notamment à leur domicile) (art. 38 du règlement intérieur des caisses primaires pris en application de l'art. L. 217-1 du CSS).

Sauf à renoncer à leurs droits aux prestations, les assurés sociaux doivent répondre à ces convocations et se soumettre aux visites et contrôles organisés par l'assurance maladie (art. 41 du RICP et, pour les affections de longue durée, art. 43 du RICP et art. L. 324-1 du CSS), laquelle doit couvrir leurs frais de transport dans ce cas (cf. ensemble les art. L. 321-1, R. 322-10-1, R. 322-10-2 et L. 442-8 du CSS).

Afin de limiter les fraudes par usurpation de nom et substitution de personne, le SCM, depuis la loi du 13 août 2004 (art. 27-I), doit s'assurer de l'identité des patients qu'il entend ou examine (cf. encadré art. 315-1 IV. bis).

Il est souvent nécessaire pour le SCM de prendre connaissance des comptes rendus des examens médicaux spécialisés, des hospitalisations ou des diverses analyses dont ont éventuellement bénéficié les assurés. La loi donne accès aux praticiens-conseils et aux personnes placées sous leur autorité aux données de santé à caractère personnel utiles à l'exercice de leur mission (cf. encadré art. L. 315-1 V.), ce qui les habilite à les demander aux assurés eux-mêmes ou à se les faire communiquer par les médecins qui les

détiennent. Nous verrons plus loin comment le SCM peut, en tant que de besoin, accéder au dossier médical des patients chez le professionnel de santé.

Des avis suivis d'effets

La loi dispose que les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au 1 de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge (art. L. 315-2 CSS).

Cette disposition transforme donc l'avis d'expert du SCM en un avis à caractère irréfragable pour les caisses, lorsqu'il leur est transmis. Celles-ci ne peuvent ignorer cet avis ou en modifier les termes, et doivent le notifier tel qu'il est à leurs assurés. Seuls ces derniers ont la faculté de le contester en actionnant le recours à une tierce expertise médicale, comme la loi le leur permet (art. L. 141-1 du CSS).

Le SCM peut rendre ses avis dans deux circonstances de temps par rapport à la prestation : après que celle-ci a été réglée par l'assurance maladie, ou avant.

Dans la première circonstance (vérification et constat *a posteriori*), le SCM peut repérer le paiement d'une prestation induue, la charge incombant alors à la caisse de récupérer le trop versé ou le trop remboursé.

À cet égard, la loi du 13 août a introduit de réelles innovations, notamment en permettant aux caisses de :

- récupérer les sommes indûment versées directement auprès de l'assuré (art. 29 transcrit dans l'art. L. 133-4-1 du CSS);
- prendre une sanction (pénalité financière), à l'encontre des assurés notamment, lorsque des irrégularités ou l'inobservation des règles du Code de la sécurité sociale sont à l'origine des versements indus (art. 19 et 23, respectivement transcrits dans les art. L. 314-1 et L. 162-1-14 du CSS).

Ce dispositif législatif, complété de ses décrets d'application, donne toute sa portée à l'avis du SCM, et ce dans les deux branches de son alternative :

- *en cas d'accord*, l'avis s'impose à la caisse et l'assuré bénéficie des droits qui sont les siens,
- *en cas de refus*, l'avis s'impose à la caisse et celle-ci est fondée à récupérer auprès de l'assuré les éventuels versements indus, voire à sanctionner celui-ci si sa responsabilité est établie dans les irrégularités constatées.

Dans la seconde circonstance (vérification et constat *a priori*), l'assuré est informé que ses débours ne pourront être pris en charge par l'assurance maladie que sous condition d'accord implicite ou explicite du service du contrôle médical. Ces opérations de contrôle sont de deux types :

- *systématiques*, pour l'ensemble des prestations dont l'octroi est obligatoirement subordonné à un examen et un avis du SCM (par ex., exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée, arrêt de travail d'une durée supérieure à six mois, pension d'invalidité, détermination du taux d'incapacité permanente résultant

d'un accident du travail, fourniture d'un fauteuil roulant électrique...);

- *sélectives*, pour les prestations soumises à la formalité de l'entente préalable et dont la prise en charge est réputée acquise en l'absence de réponse de l'organisme de sécurité sociale à l'échéance d'un délai de quinze jours (par ex., soins de massage et de kinésithérapie, chirurgie de l'obésité, soins infirmiers, transports sanitaires en série...).

En raison d'un écart très important entre le nombre de demandes d'entente préalable reçues chaque année (environ 25 millions) et les effectifs de son SCM, l'assurance maladie, comme de nombreux autres organes de contrôle, procède à leur contrôle de manière sélective, en ciblant certains professionnels de santé, assurés ou prestations pendant une période et/ou dans un lieu donnés. Les critères de sélection retenus sont fonction de la probabilité de détection d'anomalies ou d'abus.

Préconisation d'adaptation thérapeutique individuelle d'une prise en charge du malade

Par le jeu croisé de sa capacité d'investigation, de l'obligation qui est faite aux assurés de se soumettre aux contrôles et de la portée des avis qu'il rend, le SCM assure donc un rôle de filtre en vérifiant l'éligibilité des assurés à l'octroi des prestations de l'assurance maladie selon les critères fixés par la réglementation.

Il s'agit certes d'une action de régulation, mais qui se borne ici à la délivrance ou non d'un « ticket d'entrée » au bénéfice d'une prise en charge.

Le législateur a cependant prévu, dans des circonstances particulières et bien encadrées, de donner au SCM un rôle plus large d'acteur direct sur les soins à apporter aux patients.

Ainsi, dans certaines situations particulières liées à la morbidité (affections de longue durée — art. L. 324-1 du CSS), à l'importance des dépenses présentées au remboursement, ou à la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail (art. L. 315-2-1 du CSS), ou à la nature des soins et traitements (détournement possible de leur usage — art. L. 162-4-2 du CSS), le SCM détermine avec le médecin traitant le traitement que l'assuré doit suivre (L. 324-1 et L. 162-4-2) ou peut établir des recommandations sur les soins et les traitements appropriés (L. 315-2-1).

Là aussi, la loi du 13 août est à l'origine du renforcement de ce dispositif, tout d'abord en créant l'art. L. 162-4-2 du CSS (art. 17 de la loi) et en complétant l'article L. 324-1 (art. 6 III) par des dispositions encadrant l'accord thérapeutique passé entre le médecin traitant et le médecin-conseil en matière de protocole de soins :

- ce protocole définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection en tenant compte des recommandations établies par la Haute Autorité de santé,

- sa durée de validité est fixée selon les recommandations de ladite Autorité,

- il est la référence partagée par le patient (qui doit le signer), son médecin traitant, le médecin-conseil et tout autre médecin consulté auquel le patient devra présenter ce protocole s'il veut prétendre au bénéfice de la suppression de sa participation.

Dans le cas des affections de longue durée (pour mémoire : près de 7 millions de personnes en sont atteintes en France, et près de un million de nouvelles admissions sont enregistrées chaque année), le médecin-conseil remplit donc une double fonction : 1/il vérifie si le malade réunit les conditions médicales ouvrant droit au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur et 2/veille à ce que les soins et traitements prescrits soient conformes aux recommandations de la Haute Autorité de santé (dans le cas contraire, il est tenu d'en préconiser d'autres).

Analyse de l'activité des professionnels de santé

Visée au IV de l'art. L. 315-1 du CSS, l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé recouvre deux formes :

- celle d'un contrôle dont peut résulter un contentieux individuel à l'encontre du professionnel mis en cause (nous désignerons ici cette activité par *contrôle-contentieux*),

- celle d'une étude collective dont l'objet est d'établir un instantané des pratiques professionnelles pour permettre à l'assurance maladie de construire et organiser les opérations de communication et d'accompagnement des professionnels.

Le contrôle-contentieux vis-à-vis des professionnels de santé

De manière similaire à l'activité de contrôle de l'état des malades présentée ci-dessus, la compétence dévolue au SCM à fins d'analyse individuelle de l'activité des professionnels de santé (à l'identique de celle concernant les analyses individuelles d'activité des établissements de santé, qui ne sera pas traitée ici) est large.

Elle vise tous les professionnels de santé dès lors qu'ils dispensent des soins de quelque nature à des assurés sociaux.

S'agissant des professionnels de santé, on ne saurait limiter la capacité de constat du SCM aux seuls « abus en matière de soins ». En effet, la loi dispose que les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes (art. L. 145-1 du CSS), des pharmaciens ou auxiliaires médicaux (L. 145-4 du CSS) à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, peuvent être soumis à une juridiction professionnelle spécialisée.

Or le service du contrôle médical dispose du droit de saisir seul cette juridiction professionnelle (art. R. 145-18 du CSS); il peut donc relever les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de

la profession, et y donner les suites contentieuses nécessaires.

Cette mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé serait purement abstraite si le SCM ne disposait de la capacité juridique, d'une part à investiguer auprès de ces professionnels et, d'autre part, à actionner ceux-ci devant les instances contentieuses ou juridictions compétentes.

Une capacité à investiguer auprès des professionnels

Pour établir la matérialité des faits et fonder ses griefs à l'encontre des professionnels concernés, le SCM dispose du pouvoir de recueillir auprès d'eux l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à leur activité, et de consulter les dossiers médicaux de ceux de leurs patients ayant reçu des soins pendant la période couverte par l'analyse. En outre, le praticien-conseil peut, en tant que de besoin, entendre et examiner lesdits patients (art. R. 315-1-1 du CSS).

La loi du 13 août a réaffirmé cette obligation faite aux professionnels de santé (comme aux assurés, du reste) de « fournir à la caisse ou au service du contrôle

médical les éléments nécessaires aux vérifications [...] » (art. 19 transcrit dans l'article L. 314-1 du CSS).

Cette faculté laissée au SCM de conduire des investigations touchant à des données à caractère personnel est encadrée de garanties, qu'il s'agisse de la protection desdites données (le praticien-conseil a accès aux seules données utiles à l'exercice de ses missions, dans le respect du secret médical — art. L. 315-1 V du CSS) ou des procédures d'enquête elles-mêmes (il y a obligation avant audition ou examen d'un assuré dans ce cadre d'en aviser préalablement le professionnel concerné — art. R. 315-1-1 du CSS; l'analyse doit se dérouler dans le respect des droits de la défense — art. L. 315-1 IV; les conclusions et les éventuels griefs doivent en être notifiés à l'intéressé et un entretien contradictoire lui être proposé — art. R. 315-1-2 du CSS).

Les actions contentieuses

Les analyses individuelles d'activité des professionnels de santé doivent trouver leur issue, lorsqu'elles révèlent des anomalies sérieuses, dans une procédure de nature

Article L. 315-1 du Code de la sécurité sociale (CSS)

I. — Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II. — Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1.

Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1^{er} de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

III. — Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie notamment au regard

des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

IV. — Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret.

Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5^o de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie.

IV. bis. — Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

V. — Les praticiens-conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical.

Nota : Les dispositions de l'article L. 315-1 sont applicables aux accidents du travail (art. L. 442-5 CSS).

contentieuse à l'encontre des professionnels mis en cause.

Les termes mêmes de la réglementation sociale sont à cet égard sans ambiguïté, les rédacteurs utilisant un présent de l'indicatif qui résonne comme un impératif : « Lorsque [...] le service du contrôle médical constate le non-respect de dispositions législatives ou réglementaires régissant la prise en charge des frais médicaux [...], les procédures prévues notamment aux articles [...] sont mises en œuvre. » (art. R. 315-1 III du CSS).

Ces procédures sont multiples, ne s'excluant pas forcément l'une et l'autre, et constituent un arsenal dont la finalité, comme tout dispositif de sanctions, vise à la fois à réparer matériellement et moralement le préjudice causé par des pratiques fautives, à en prévenir la récurrence chez leurs auteurs et la survenance chez les autres. Il s'agit, selon la nature des faits et leur gravité, de :

- la récupération auprès du professionnel concerné des sommes indûment versées par l'assurance maladie en cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations, produits et frais de transport, ou en cas de facturation en vue du remboursement d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés (art. L. 133-4 CSS);
- la saisine de la section des assurances sociales des ordres professionnels en cas d'abus, fautes, fraudes ou de tous faits intéressant l'exercice de la profession (art. L. 145-1 du CSS), le SCM ayant la faculté d'actionner seul devant ces juridictions disciplinaires;
- la saisine des instances contentieuses prévues dans les conventions passées entre l'assurance maladie et les professionnels de santé (art. L. 162-5 et L. 162-9 du CSS);
- l'application de pénalités financières décidées par le directeur de l'organisme d'assurance maladie, après avis d'une commission *ad hoc*, en cas d'inobservation des règles du Code de la sécurité sociale ayant abouti, soit à une demande de remboursement ou de prise en charge, soit à un remboursement ou à une prise en charge indus (art. L. 162-1-14 et R. 147-1 à R. 147-8 du CSS);
- la loi du 13 août 2004 a également mis à la disposition du service du contrôle médical une mesure administrative permettant de saisir le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie afin de subordonner à l'accord préalable du SCM la couverture des frais de transport ou le versement des indemnités journalières prescrits par les médecins qui ne respectent pas les conditions légales de prise en charge de ces prestations ou qui en prescrivent significativement plus que les autres médecins à activité comparable de sa région (art. L. 162-1-15 et R. 162-1-9 du CSS).

Les conclusions du SCM en matière d'analyse et de contrôle de l'activité des professionnels de santé ne s'imposent pas aux organismes de l'assurance maladie et leurs directeurs décident seuls de l'opportunité des poursuites, qu'il s'agisse des procédures

susmentionnées (exception faite des juridictions professionnelles devant lesquelles le SCM peut agir seul) ou des procédures civiles et pénales.

En cas de pratique professionnelle dangereuse susceptible d'exposer des personnes à un danger grave, le SCM a qualité à informer le représentant de l'État dans le département afin que ce dernier mette en œuvre, s'il le juge nécessaire, une procédure de suspension immédiate du droit d'exercer (art. L. 4113-14 et R. 4113-104 à R. 4113-107 du Code de la santé publique). De la même façon, le SCM peut en informer le conseil régional ou interrégional des ordres professionnels concernés afin qu'ils prennent, le cas échéant, les mesures de suspension temporaire qui s'imposent (art. L. 4124-11 du CSP).

Étude collective des pratiques professionnelles

Le SCM, par ses actions, concourt à la gestion du risque assurée par les caisses de l'assurance maladie (art. L. 315-1 du CSS).

Les orientations de la politique de gestion du risque de l'assurance maladie, déterminées par le conseil et mises en œuvre par le directeur général de la Cnamts (art. L. 221-3 du CSS), privilégient cinq domaines d'actions :

- la prévention et l'information de l'assuré;
- les professionnels de santé;
- le périmètre d'intervention de la prise en charge collective;
- la constitution de l'offre;
- la tarification et le niveau de prise en charge.

Dans chacun de ces domaines, il est nécessaire de rassembler des données et d'en inférer une information de qualité sur la consommation et les pratiques de soins, sur l'organisation et le fonctionnement du système de soins, afin d'éclairer utilement les décisions à prendre tant en amont de la prise en charge des soins (planification et coordination de l'offre de soins, périmètre de remboursement, politique de prévention et information des assurés...) qu'en aval (suivi des pratiques, accompagnement des professionnels de santé, diffusion des meilleures pratiques...).

L'activité du SCM en matière d'analyse de l'activité des professionnels (en complément de l'analyse de l'activité des établissements de santé qui lui incombe également, mais qui ne sera pas traitée ici) répond à cette exigence d'une information riche et actualisée.

Les études sur (grand) échantillon du SCM portant sur les conditions, le coût et/ou la qualité de la prise en charge des hyperlipémies, de l'hypertension artérielle, du diabète, de certains cancers (sein, poumon) ou traitements anticancéreux (chimio- ou radiothérapie), de l'obésité, de la maladie de Parkinson, de l'épilepsie, de la sclérose en plaques, de la tuberculose, de l'hépatite C... et bientôt des processus de soins d'une dizaine d'autres affections de longue durée contribuent de manière essentielle à l'un des axes principaux de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, posant « la nécessité de

faire des choix en matière d'assurance maladie fondés sur des critères réellement scientifiques, sans remettre en cause l'universalité de la couverture»².

Ce sont ces travaux également qui orienteront le choix et détermineront les modalités des futures campagnes d'accompagnement des professionnels de santé (délégués à l'assurance maladie, échanges confraternels avec les praticiens-conseils...).

Conseil aux caisses

Dans les domaines qui requièrent une expertise médicale, le SCM est consulté comme conseil par les organismes locaux, régionaux ou national de l'assurance maladie, qu'il s'agisse, comme nous venons de le voir, de gestion du risque (incluant la prévention), ou plus largement d'action sanitaire et sociale ou de communication externe.

Des praticiens-conseils du SCM sont appelés à siéger dans de multiples commissions ou instances

2. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Exposé des motifs. In : <http://www.legifrance.gouv.fr> — Dossier législatif (application).

permanentes régionales ou nationales, qu'ils y soient désignés ès qualités ou par délégation du directeur de la Cnamts.

Le SCM (en la personne de son médecin-conseil régional) remplit la fonction de conseiller technique de l'ensemble des caisses d'assurance maladie dans chaque région (art. R. 315-3 du CSS).

Conclusion

Il existe un contrôle médical depuis les origines de la sécurité sociale, organisé en un service national placé sous l'autorité du directeur général de la Cnamts depuis 1967.

Ses missions ont été requalifiées en dispositions législatives en 1996 (ordonnances Juppé), et la loi du 13 août 2004 a réaffirmé ses missions en matière de gestion du risque et de régulation des soins de ville, notamment en complétant ses moyens d'investigation et d'enquête, et ses capacités à les prolonger par des actions efficaces notamment en les liant étroitement à celles des caisses. ■

Rôle des médecins-conseils en matière de santé publique

Les médecins-conseils, de par leurs missions et leurs fonctions, ont une bonne connaissance du système de soins au niveau local (organisation, efficacité) et sont en prise directe avec les professionnels de santé et les assurés (les patients). Ils peuvent, et doivent donc, jouer un rôle en matière d'ingénierie médico-sociale, d'accompagnement des professionnels de santé et des assurés et, de façon plus globale, en matière de santé publique.

Ingénierie médico-sociale

Depuis longtemps le système de santé de français souffre d'un manque de coordination entre l'hôpital et la médecine ambulatoire, les médecins et les paramédicaux, ainsi qu'entre le sanitaire et le social.

Aide à la mise en place de réseaux

Les médecins-conseils de la Mutualité sociale agricole (MSA), intégrés au sein des caisses locales, du fait de leur connaissance du terrain, ont pu jouer un rôle important dans la mise en place de projets innovants en matière de coordination des soins.

Ainsi, ils ont participé à la mise en place de réseaux réunissant intervenants du monde sanitaire, médecins et paramédicaux, et social. Dans le cadre notamment de la mise en place de réseaux gérontologiques par la Mutualité sociale agricole, leur participation a porté plus particulièrement sur la mobilisation sur le terrain

des professionnels de santé, l'accompagnement de ces intervenants dans la constitution du réseau, la recherche de partenariats, la promotion et l'organisation des actions de communication... Ces dix-neuf premiers réseaux gérontologiques, qui, autour du médecin généraliste et d'un hôpital général, instituent une véritable coordination de l'ensemble des intervenants sanitaires (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) et sociaux, ont montré, par une évaluation externe, toute leur efficacité.

Aide au regroupement des professionnels de santé

Autre sujet d'actualité : le problème de la démographie des professionnels de santé qui devient crucial dans certaines régions.

Les médecins-conseils sont en mesure d'initier ou d'accompagner les professionnels de santé et les assurés pour mettre en place des solutions innovantes en matière d'offre de soins dont, notamment, le regroupement des professionnels de santé (médecins et paramédicaux) en un lieu d'exercice commun qui semble de nature à éviter la fuite des professionnels de santé vers les zones urbaines et à favoriser l'installation. En effet, les jeunes professionnels de santé recherchent une activité de groupe leur permettant échanges, partage des gardes et des charges. Dès à présent, la MSA accompagne neuf projets de maisons médicales pluridisciplinaires (médecins, infirmières, kinésithérapeutes...) portés par des professionnels de santé locaux.

Benoît Crochet
Médecin-conseil national adjoint, Caisse centrale de Mutualité sociale agricole

Des expérimentations sont également menées actuellement par les caisses de MSA pour développer les missions de santé publique que peuvent jouer localement les pharmacies en milieu rural (dispensation des produits de santé à domicile, maintien à domicile).

Cette fonction d'ingénierie médico-sociale mise en œuvre par les médecins-conseils et plus globalement par les caisses est, sans nul doute, appelée à se développer.

Accompagnement des professionnels de santé et des assurés

La loi du 13 août 2004, portant réforme de l'assurance maladie, prévoit une meilleure information des assurés et des professionnels de santé.

Auprès des professionnels de santé : les caisses doivent permettre aux médecins d'accéder aux données de remboursement de leurs patients, dans l'attente du dossier médical personnel. Les caisses d'assurance maladie doivent également participer à une meilleure diffusion des référentiels de bonne pratique. Cela a déjà été réalisé notamment dans le cadre d'entretiens confraternels menés par les médecins-conseils en inter régimes pour les assurés en affections de longue durée (ALD) pour diabète ou l'hypertension artérielle.

À partir des bases de remboursement, les caisses d'assurance maladie peuvent aussi effectuer auprès des professionnels de santé un retour d'information sur le suivi de ces référentiels dans leur pratique professionnelle. Des actions de ce type sont menées actuellement par la MSA pour les patients pris en charge en ALD au titre d'une maladie coronarienne.

Cet accompagnement des professionnels de santé, avec retour d'information sur leurs pratiques, peut être

mené dans le cadre de groupes de pairs. Une expérimentation de la MSA en coordination avec Groupama (« Partenaires Santé ») a montré toute l'efficacité de cette méthode et de ce partenariat assurance maladie obligatoire (AMO)/assurance maladie complémentaire (AMC)/professionnels de santé, pour faire évoluer les comportements vers une meilleure efficacité.

Auprès des assurés : dans le cadre de cette même loi, les caisses doivent mettre à disposition des assurés un certain nombre d'informations administratives concernant les professionnels de santé (secteur conventionnel, tarifs pratiqués...). Mais il est également possible d'imaginer une diffusion, auprès des assurés et sous une forme appropriée, des référentiels de bonnes pratiques en matière de suivi de pathologies chroniques (HTA, diabète...). Une expérimentation est menée en ce sens par la MSA dans plusieurs régions auprès des assurés pris en charge en ALD au titre d'une maladie coronarienne.

L'éducation thérapeutique est aussi, sans nul doute, une voie d'avenir. Les études ont en effet montré qu'une bonne connaissance par le patient de sa pathologie et de son traitement favorisait une meilleure observance et un suivi plus efficace. L'organisation et la prise en charge d'ateliers d'éducation thérapeutique pour des assurés en ALD sont actuellement développées par la MSA.

De façon globale, les caisses d'assurance maladie et plus particulièrement les médecins-conseils doivent, au travers de la mise en place de la loi de santé publique, jouer un rôle en matière de santé publique dans toutes ses composantes : organisation des soins, accompagnement des professionnels de santé et prévention. ■

La responsabilité des caisses dans l'information des assurés

Benoît Crochet
Médecin-conseil
national adjoint
Cécile Onillon
Attachée de
direction, Caisse
centrale de MSA

L'une des ambitions de la réforme de l'assurance maladie mise en place en 2004 est de responsabiliser les assurés en les rendant acteurs de leur santé.

On attend des patients, désormais, qu'ils cessent d'être des consommateurs passifs et respectent un parcours de soins coordonnés cohérent, qu'ils observent leurs prescriptions et veillent à préserver leur capital santé. Cependant, pour jouer pleinement ce rôle qui leur est imparti, les assurés doivent pouvoir disposer d'informations suffisamment claires et détaillées sur l'offre de soins, sur leurs droits et leurs devoirs en la matière.

Or il ressort du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de 2004 que l'information des

usagers reste un parent pauvre du système de soins et que le manque de transparence et les disparités d'information génèrent des inégalités dans l'accès aux soins. Quel est le rôle de l'assurance maladie dans ce domaine ? La réforme de 2004 lui donne-t-elle les moyens de contribuer à une meilleure orientation des patients dans le système et à responsabiliser ces derniers ?

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé avait conféré aux caisses d'assurance maladie une mission générale d'information des assurés sociaux, en vue notamment de faciliter l'accès aux soins et à la protection sociale. Jusqu'à présent, dans les faits, les organismes informaient les assurés essentiellement sur leurs droits en matière de prestations et les tarifs y afférant, les

montants remboursés et le secteur conventionnel des professionnels de santé. Ces communications étant complétées çà et là par des campagnes d'information collective et générale sur la santé.

Hormis dans ce dernier domaine, l'assurance maladie pouvait alors difficilement s'enorgueillir d'avoir atteint les objectifs sous-tendus par la loi. Bien au contraire, en limitant la diffusion d'information aux éléments tarifaires et aux conditions de prise en charge des soins, elle contribuait à recentrer l'assuré sur ses intérêts économiques propres, en occultant toute approche qualitative et en négligeant l'intérêt collectif.

Informé, conseiller et responsabiliser

La réforme de l'assurance maladie a précisé le champ d'information des caisses et l'a étendu à des éléments d'ordre qualitatif et médico-économique. Ainsi les organismes peuvent désormais être en mesure, par exemple, de dire à l'assuré si tel ou tel professionnel a signé un contrat de bonne pratique, s'il a satisfait à son obligation d'évaluation de ses pratiques, ou bien encore s'il participe à la formation médicale continue. La loi dispose par ailleurs que l'assurance maladie est tenue de fournir toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins.

La mission dévolue aux caisses est ambitieuse. Mais ces dernières sont-elles en mesure de satisfaire à leurs obligations et par quels moyens ?

Actuellement les caisses ne diffusent pas toutes les informations dont elles disposent. Ce ne sont pas toujours des questions d'ordre réglementaire ou technique qui les conduisent à une non-transmission des données, ni même une absence d'identification des besoins des assurés. Ce sont parfois des raisons sociologiques qui orientent ce choix. Ainsi, le relevé annuel des prestations, dispositif de responsabilisation de l'assuré prévu par la loi portant réforme de l'assurance maladie, n'est pas encore généralisé en raison, notamment, du risque de réactions négatives des grands et petits consommateurs vis-à-vis de l'action. Les freins peuvent être également d'ordre politique, lorsqu'il s'agit par exemple de données objectives sur la qualité des soins dispensés en établissement. En effet, l'impact d'une communication aux assurés du nombre d'interventions annuelles pratiquées pour chaque type d'acte par les équipes dans les établissements de santé pourrait entraîner une désaffection de certains services avec

une fragilisation de la viabilité économique d'hôpitaux ou de cliniques.

A *contrario*, les caisses ne disposent pas toujours des informations que l'assuré attend de l'assurance maladie, comme par exemple les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous ou se faire opérer. Et quand bien même le champ des données communiquées par les organismes s'élargirait, notamment sur la qualité et l'efficacité des soins, il conviendrait de s'interroger sur l'étendue de la responsabilité de ces derniers dans l'orientation des patients en matière de soins. En effet, la diffusion seule de données quantitatives et qualitatives permet à l'assuré de se repérer dans le système, mais difficilement d'opérer des choix. Pour ce faire, la transmission d'information doit être accompagnée de conseils. Or il n'appartient pas à l'assurance maladie de recommander une technique, un établissement ou un professionnel plutôt qu'un autre. Cette fonction relève plutôt du médecin traitant, plaque tournante du parcours de soins.

En revanche, l'assurance maladie a un rôle de conseil en santé. C'est dans ce cadre qu'elle a mis en place des actions d'information collectives et d'éducation en santé telles que « Seniors, soyez acteur de votre santé » créée par la MSA. Cependant, l'information individualisée dans ce domaine est insuffisante et l'on peut espérer que les outils nouveaux apparus au cours des dernières années permettent aux caisses de développer des services différenciés en ce sens. Ainsi, certaines plates-formes de service contactent déjà les assurés pour des conseils en prévention adaptés à leur profil. De même, des outils de suivi personnalisé pourraient être développés sur Internet permettant, par exemple, de calculer des facteurs de risque, de mettre en place avec le médecin traitant un plan de suivi des rendez-vous dans le cadre d'un parcours de soins.

Par ailleurs, la responsabilité de l'assurance maladie dans l'information de l'assuré ne doit-elle pas s'étendre au-delà et englober également la formation des patients, au cours d'actions telles que les ateliers d'éducation thérapeutique organisés par la MSA pour les patients en affection de longue durée ? C'est en effet par des démarches personnalisées d'accompagnement du patient autour de ses pathologies et facteurs de risque que les caisses pourront alors accomplir une véritable mission de responsabilisation des assurés. ■