



**EHESP**

---

**Filière Directeurs d'hôpital**

Promotion : **2008 - 2010**

Date du Jury : **Décembre 2009**

---

**Le contrôle externe de l'Assurance Maladie :**

**bilan et perspectives.**

---

**Léa BONNET**

---

# Remerciements

---

En préambule à ce mémoire, je souhaitais adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de ce stage.

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur ROCHER, qui, en tant que Directeur de mémoire, s'est toujours montré à l'écoute et très disponible tout au long de la réalisation de ce mémoire, ainsi que pour l'inspiration, l'aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur VANNER, chef d'établissement du Centre Hospitalier de Haguenau, pour avoir su m'offrir un accueil et un environnement de travail propices à la réussite de mon stage et à la réalisation de ce mémoire.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance envers tous les agents du Centre Hospitalier de Haguenau rencontrés lors des recherches effectuées et qui ont accepté de répondre à mes questions avec gentillesse.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Après trois ans de mise en œuvre d'une procédure de contrôle axée sur la répression, un bilan en demi-teinte.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 Un double mouvement : du PMSI à la Tarification à l'activité, de la description de l'activité à son contrôle .....</b>	<b>3</b>
1.1.1 Les fondements d'un contrôle des données d'activité et de facturation par le payeur.....	3
1.1.2 Les conséquences des principes de la T2A sur le contrôle.....	4
1.1.3 Les conséquences financières du contrôle pour les établissements.....	5
<b>1.2 Les objectifs et les priorités du contrôle.....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Périmètre et modalités du contrôle externe exercé par l'assurance maladie .....	6
1.2.2 Les axes du contrôle : des priorités nationales déclinées au niveau régional .....	7
<b>1.3 Les acteurs du contrôle externe.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 La mise en œuvre des contrôles sur site .....</b>	<b>13</b>
1.4.1 Le déclenchement et la préparation du contrôle sur site .....	13
1.4.2 Du recodage au rapport de contrôle: une classification parfois imprécise, des échanges souvent brefs .....	14
<b>1.5 Les suites du contrôle sur site .....</b>	<b>18</b>
1.5.1 Du côté de l'UCR .....	19
1.5.2 Du côté des établissements.....	20
1.5.3 Au niveau régional et national, l'Assurance Maladie communique autour de ses actions de contrôle.....	23

<b>2</b>	<b>Vers un changement de paradigme dans la philosophie et la mise en œuvre des contrôles ?.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1</b>	<b>La philosophie et le déroulement des contrôles.....</b>	<b>26</b>
2.1.1	Une procédure parfois hésitante appliquée à un domaine complexe, dans un contexte de manque de lisibilité normative .....	26
2.1.2	Une optique de contrôle dénuée de perspective pédagogique et exclusivement axée sur la répression.....	34
2.1.3	Des interrogations médicales, sociétales et politiques qui appellent des réponses que l'assurance-maladie n'a pas seule légitimité à fournir.....	36
2.1.4	Le ciblage : facteur d'iniquité en termes d'équilibre économique ? .....	41
<b>2.2</b>	<b>Du point de vue des établissements : retenir les enseignements.....</b>	<b>44</b>
2.2.1	Le positionnement du praticien responsable du DIM .....	44
2.2.2	Traçabilité et codage, un travail de longue haleine afin d'accroître la qualité de l'information .....	46
<b>2.3</b>	<b>Contrôles externes et démarche qualité dans le cadre de la T2A .....</b>	<b>48</b>
2.3.1	Faire évoluer la classification, adapter les outils de valorisation des séjours.....	48
2.3.2	Viser la qualité, la cohérence et la clarté.....	50
2.3.3	Mutualiser les retours d'expérience, harmoniser l'application des règles, diffuser les bonnes pratiques. ....	53
	<b>Conclusion.....</b>	<b>57</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>58</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD	Affection de Longue Durée
ARH	Agence Régionale de l'hospitalisation
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CEDH	Commission Européenne des Droits de l'Homme
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 <sup>ème</sup> révision
CMA	Co Morbidité Associée
CMAS	Co Morbidité Associée Sévère
CMD 24	Catégorie Majeure de Diagnostic 24
CNIM	Commission Nationale de l'Information Médicale
COMEX	Commission Exécutive
COTRIM	Comité Technique Régional de l'Information médicale
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA	Commission de Recours Amiable
CSP	Code de la Santé Publique
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DAS	Diagnostic Associé Significatif
DATIM	Dépistage des atypies de l'information médicale
DG	Dotation Globale
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMI	Dispositif Médical Implantable
DIM	Département de l'Information Médicale
DP	Diagnostic principal
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
ENCC	Etude Nationale des Coûts Commune
EXH	Extrême Haut
FHF	Fédération Hospitalière de France
FSE	Forfait Sécurité Environnement
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation à Domicile

HAS	Haute Autorité de Santé
LEDDA	Logiciel d'Exploitation de Données...
LPP	Liste des Produits et Prestations
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
OQN	Objectif Quantifié National
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
RSA	Résumé de Sortie Anonymisé
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'unité Médicale
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SNIIR AM	Système National d'Information Inter-Régimes - Assurance Maladie
SRA	Supplément soins particulièrement coûteux
SSC	Supplément Surveillance Continue
TASS	Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale
T2A	Tarifcation à l'activité
UCR	Unité de Coordination Régionale
UHCD	Unité d'hospitalisation de Courte Durée
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

## Introduction

La réforme du financement des établissements de santé qui a présidé à l'instauration de la Tarification à l'activité (T2A) a constitué un véritable bouleversement, sur le plan budgétaire et financier bien sûr, mais pas seulement. Elle impacte notamment les relations entre les établissements et leur principal financeur, l'Assurance Maladie. Si cette dernière disposait déjà de prérogatives lui permettant de contrôler l'activité des hôpitaux, ce contrôle prend une dimension nouvelle dans un système où le financement est assis sur les déclarations d'activité réalisées par les établissements eux-mêmes. Nul ne saurait contester le principe des contrôles réalisés sur le codage des actes et de la facturation des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie. Leur objet étant de vérifier que ces dernières n'effectuent pas de paiement injustifié et de constater le bon usage des deniers publics, il suffit à les légitimer. C'est la lettre DHOS/F1 du 12 janvier 2005 qui, diffusant une circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 18 décembre 2005, a lancé officiellement la première série de contrôles externes des données PMSI transmises par les établissements publics et privés dans le cadre de la T2A. Depuis lors, les montants d'indus réclamés chaque année sont conséquents. Faut-il se demander, à l'instar de Dominique Larose dans la revue *Hôpital Finances*<sup>1</sup>, « tous fraudeurs ? »

Certes, depuis l'instauration, aux Etats-Unis, des *Diagnosis Related Groups* comme outil de facturation élaboré par l'équipe du Professeur Fetter en 1983, la facturation à l'activité a été pointée du doigt comme encourageant fraudes et pratiques déviantes : déformation du casemix par amélioration du codage (gain en exhaustivité), surcodage, segmentation des séjours, réductions des durées de séjour, sélection des patients, sur ou sous-fouriture de soins. Un rapport du Sénat sur le Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2007 indiquait : « les expériences étrangères montrent sans ambiguïté la nécessité de mettre en place sans tarder des procédures de contrôle de la T2A ».

Pour autant, si les premières campagnes de contrôle ont permis de mettre en lumière des comportements contestables, le dispositif de contrôle externe des données T2A ne mérite pas moins réflexion au regard d'aspects tant procéduraux et techniques que politiques et sociétaux. Son caractère perfectible est lié à la complexité du domaine auquel il s'applique, le codage de l'activité, soumis à des règles mouvantes et objet d'une attention toute particulière au vu des enjeux financiers qui en découlent. Par conséquent, ce mécanisme de contrôle ne saurait s'accommoder de règles manichéennes imperméables à

---

<sup>1</sup> *Finances*, Numéro 521 spécial *Hôpital Expo*, mars avril 2008. Dominique Larose, « Généralisation de la T2A : tous fraudeurs ? » p. 46 à 50.

l'interprétation et nécessite d'être traité dans la concertation et la pédagogie. A cet égard, rappelons-nous que, lors du lancement de la réforme, le ministère de la Santé avait annoncé qu'il allait « évoluer dans ce nouveau système en marchant », c'est-à-dire en accompagnant les établissements de santé.

Il est souhaitable que cet effort d'accompagnement s'étende au contrôle externe, dont les objectifs doivent tendre à être, autant que possible, transparents et consensuels.

Ils doivent en particulier être élaborés en cohérence avec les objectifs globaux de la réforme du financement des établissements de santé instaurant la T2A : médicalisation du financement, harmonisation des règles de financement entre le secteur public et le secteur privé, allocation plus équitable des ressources, développement des outils de gestion, utilisation des règles du marché pour favoriser l'efficacité des producteurs de soins, mais surtout responsabilisation des acteurs. Ce dernier objectif se détache dans la mesure où il s'agit de modifier les comportements tant des directeurs d'hôpital que des médecins et des soignants. Or, orienter cet impact à bon escient est une véritable gageure. L'enjeu est de taille : il ne s'agirait pas qu'un contrôle mal calibré vienne induire des biais comportementaux ou organisationnels allant à l'encontre des finalités de la T2A.

A l'instar d'autres établissements, le Centre Hospitalier de Haguenau (CHH) a déjà fait l'objet de deux contrôles, en 2006 et 2008. Au vu des trois campagnes achevées et de l'exemple du CHH, un premier bilan se dessine. Compte tenu de la teneur des enjeux, une procédure spécifique a été créée, introduisant de nouveaux protagonistes et faisant intervenir les acteurs classiques (établissements de santé, Assurance Maladie) selon des modalités nouvelles. Sa mise en œuvre, qui a permis d'identifier clairement ses objectifs et de prendre la mesure de ses conséquences financières, ne manque pas de susciter des interrogations variées. Sur la procédure en elle-même, d'abord, qui semble perfectible tant dans sa mise en œuvre concrète que dans l'esprit qui l'anime. Sur les questionnements qu'elle entraîne dans les établissements, ensuite, dont il conviendrait de tirer les enseignements. Plus largement, les ajustements souhaitables de la part de chaque acteur mériteraient de s'inscrire dans une démarche plus ambitieuse résolument axée vers une amélioration de la qualité.

Nous étudierons dans un premier temps les différents aspects de la procédure de contrôle et le bilan qui peut en être tiré après trois campagnes de contrôle, avant de nous pencher sur les éléments d'enseignement à en retenir pour en faire évoluer le paradigme.

# **1 Après trois ans de mise en œuvre d'une procédure de contrôle axée sur la répression, un bilan en demi-teinte.**

La réforme introduisant la T2A a induit l'instauration d'une nouvelle procédure de contrôle de la production des données PMSI, dont il convient d'examiner les objectifs et les acteurs. A l'aune de l'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau, qui a fait l'objet de deux contrôles (en 2006 et en 2008), cette procédure encore jeune et le bilan qui peut en être fait aujourd'hui suscitent certaines interrogations.

## **1.1 Un double mouvement : du PMSI à la Tarification à l'activité, de la description de l'activité à son contrôle**

En renversant la logique du financement des établissements de santé, la T2A a fait du recueil d'activité un enjeu crucial. Le contrôle de ce recueil a donc pris une dimension nouvelle, faisant intervenir de nouveaux acteurs et pouvant désormais donner lieu à des sanctions financières non négligeables.

### **1.1.1 Les fondements d'un contrôle des données d'activité et de facturation par le payeur**

La médicalisation des systèmes d'information a été introduite dans les établissements de santé pour permettre de mettre en œuvre un modèle de description de l'activité réalisée par ces établissements puis, plus tard, pour participer au processus de financement des établissements des secteurs d'hospitalisation publique et privée. Jusqu'en 2003, les informations issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ont été utilisées à cette fin, de manière adaptée aux modalités respectives de financement des secteurs d'hospitalisation sous dotation globale et sous Objectif Quantifié National (OQN). En effet, deux systèmes de financement coexistent : les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier reçoivent, en vertu de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983, une dotation globale de financement (DGF), tandis que les établissements privés à but lucratif bénéficient d'un mode de tarification mixte à l'acte et à la journée et voient leurs dépenses encadrées par un "objectif quantifié national". Ces deux systèmes généraient des effets pervers et n'étaient ni comparables, ni compatibles, freinant en conséquence les coopérations nécessaires entre les deux secteurs et la recomposition du paysage hospitalier.

Mis en place par Jean de Kervasdoué, responsable de la Direction des Hôpitaux, en 1982, le PMSI a alors pour objectif de définir l'activité des établissements et de calculer l'allocation budgétaire qui en découle. En 1996, Alain Juppé confirme ce projet PMSI par ordonnance. Au départ, il n'a qu'un objectif de santé publique et épidémiologique, et non financier. Suite à la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. L'arrêté du 20 septembre 1994 et la circulaire du 10 mai 1995 fixent l'obligation faite aux établissements de transmettre leurs données. Puis, à partir de 1997, tous les établissements privés ont dû mettre en place le PMSI (arrêté du 22 juillet 1996). Pour les séjours hospitaliers MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique), cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Avec l'instauration de la T2A, la logique du financement est renversée : là où les recettes de l'année n découlaient du montant des dépenses autorisées en n-1 auxquelles était appliqué un taux directeur (puis conditionnaient les moyens de l'établissement et son activité), c'est désormais l'activité déclarée au travers du PMSI qui conditionne les recettes de l'établissement. Le PMSI se dote donc d'une importance nouvelle dans la mesure où il revêt une vocation tarifante. Les données collectées dans le PMSI font l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisin. La valorisation de cette activité dans le cadre du PMSI doit permettre d'évaluer cette activité afin de la rémunérer en conséquence. Le circuit de l'information désormais instauré au niveau régional fait l'objet d'un schéma détaillé en annexe (1).

Le financement des établissements repose ainsi sur un volume d'activité, lui-même déterminé via les déclarations effectuées par les établissements eux-mêmes et transmis à l'ARH grâce à la plateforme e-PMSI. Or, dès lors qu'un financement, quel qu'il soit, est assis sur des informations de nature déclarative, le "payeur" a légitimité pour s'assurer de la fiabilité de ces informations. La mise en œuvre en 2004 de la Tarification à l'activité a donc rendu incontournable la rénovation des modalités de contrôle des informations PMSI.

### **1.1.2 Les conséquences des principes de la T2A sur le contrôle**

La réforme de la tarification à l'activité est instituée par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004. Très schématiquement, la réforme en vigueur en 2004 met en œuvre cinq grandes modalités de financement des établissements de santé : paiement au forfait par séjour, paiement à la journée, passage, séance..., paiement de certains consommables en sus des tarifs de

prestation, versement d'une enveloppe forfaitaire pour financer certaines activités et versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces modalités de financement concernent les deux secteurs d'hospitalisation, rejoignant ainsi l'objectif d'harmonisation du financement qu'il s'agit désormais d'asseoir sur l'activité réalisée, bien que les modèles restent encore différents. Par ailleurs, pour des raisons pratiques et financières, des modalités transitoires spécifiquement adaptées à chacun des deux secteurs ont été définies (le coefficient de transition depuis 2008 dans le secteur public) afin de garantir aux établissements une relative stabilité financière dans les premières années de mise en oeuvre.

Ces grands principes de la tarification à l'activité laissent apparaître les points essentiels sur lesquels doit porter le contrôle externe de ce nouveau mode de financement des établissements. Si par nature, les Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) et les forfaits annuels d'activité, définis par l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), ne font pas l'objet du contrôle externe, en revanche, toutes les autres prestations, dont le financement repose sur une déclaration d'activité de l'établissement, sont susceptibles d'être contrôlées. Dans tous les cas, le contrôle consiste à s'assurer que la prestation facturée a bien été réalisée, et correctement facturée. En cas d'anomalie, il débouche sur un contentieux, notamment celui prévu à l'article L 162-22-18 du CSS. Pour les prestations "GHS" (Groupe Homogène de Séjour), le contrôle consiste également à s'assurer que la prestation qui a été réalisée est correctement transcrite par le résumé de sortie du séjour. En effet, le groupage en Groupes Homogènes de Malades (GHM) étant fonction des éléments d'information du résumé de sortie, ce dernier devient un support de facturation qui concentre par suite une part importante du contrôle.

En outre, la mise en oeuvre de la T2A et le principe du forfait par séjour nécessitent que soient recherchées d'éventuelles facturations indues sur les soins de ville (médicaments, dispositifs médicaux implantables, honoraires), pendant la période d'hospitalisation (phénomène d'"externalisation"). Ce contrôle relève spécifiquement de la compétence de l'assurance maladie et n'est pas traité dans ce mémoire.

### **1.1.3 Les conséquences financières du contrôle pour les établissements**

L'issue du contrôle entraîne des conséquences directes pour l'établissement : la mise en évidence d'un paiement indu pour un séjour donné, et/ou d'une surfacturation sur l'échantillon de séjours contrôlé entraîne une récupération d'indu et/ou sanctions financières éventuelles. En revanche, en cas de sous-facturation sur

un séjour donné, constatée lors du contrôle sur site, une facture corrective ne pourra être émise, dans la mesure où il s'agit d'un défaut de qualité de l'information transmise.

Ces conséquences sont d'autant plus importantes que les recettes d'activités concernées représentent généralement 80% des recettes versées par l'assurance maladie, soit entre 65 et 75% du total des produits du compte de résultat principal d'un établissement.

## **1.2 Les objectifs et les priorités du contrôle**

La T2A conférant au PMSI une portée tarifante centrale, l'enjeu financier lié à la déclaration de l'activité des établissements a, semble-t-il, amené l'Assurance Maladie à adopter une ligne de conduite stricte. En effet, la détermination des priorités des contrôles atteste d'une prise de position clairement répressive.

### **1.2.1 Périmètre et modalités du contrôle externe exercé par l'assurance maladie**

Les caisses d'assurance maladie disposent d'un pouvoir d'investigation sur l'activité des établissements de santé, en vertu des dispositions de l'article L.315-1 du code de sécurité sociale (CSS). Introduit par l'article 10 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, cet article ne semble pas avoir fait l'objet d'une application courante par les caisses d'Assurance Maladie. Sous le système de la DGF, en effet, l'enjeu leur paraissait minime. Elles détiennent une compétence spécifique en matière de contrôle de la T2A (art. L.162-1-18) en liaison avec celui reconnu aux ARH (art L. 162-22-17 CSS précisé par l'article R.162-32-3) : le contrôle T2A est un contrôle conjoint Etat/assurance maladie, destiné à s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation. Il s'agit donc du contrôle des établissements de santé et non du contrôle d'activité des praticiens. Ce contrôle a fait l'objet d'un guide méthodologique, à l'usage des contrôleurs, qui est également porté à la connaissance des établissements : il importe en effet que ces derniers soient informés de la manière dont ils seront contrôlés, voire sanctionnés. L'existence d'un contrôle externe renforce le besoin d'un contrôle interne dont la mise en oeuvre doit être intégrée dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité (mise en place de procédures visant à

s'assurer de l'exhaustivité du recueil, à en optimiser le délai, contrôle de l'information elle-même...).

Le contrôle externe a théoriquement vocation à répondre à deux objectifs différents. D'une part, dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements de santé, il vise à s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés. Cet objectif est essentiel dans la mesure où tous les établissements facturent leur activité à l'assurance maladie sur une base essentiellement déclarative. Cet objectif, qui fait l'objet d'un contrôle contentieux, est d'autant plus crucial pour l'Assurance Maladie que le taux de T2A est passé à 100% depuis 2008. D'autre part, les informations médico-administratives produites dans le cadre du PMSI permettent la constitution de bases de données régionales et nationales. Ces informations sont exploitées à d'autres finalités que la seule finalité financière (organisation des soins, épidémiologie...) et il importe donc qu'il s'agisse d'informations de qualité. Cependant, cet aspect qualitatif des données ne semble pas avoir été jugé prioritaire, comme en témoignent les priorités de ciblage du contrôle.

### **1.2.2 Les axes du contrôle : des priorités nationales déclinées au niveau régional**

Le ciblage des établissements et des activités relève de la mise en œuvre, au niveau régional, de procédures systématiques de recherches des atypies. Cependant, dans un souci d'harmonisation interrégionale, le "groupe de travail national de suivi des contrôles et d'identification des déviations" énonce, annuellement, des priorités nationales qui constituent le socle minimal du ciblage dans chacune des régions.

- A) La définition des priorités nationales : une évolution marquée par une orientation répressive
  - a) *Le ciblage des activités : une constance nette depuis le début des contrôles*

En **2006**, les priorités nationales de contrôle ont visé les actes et consultations externes, les ATU (dans les établissements ex OQN), la facturation de suppléments pour des activités non autorisées ou non reconnues (SRA, soins palliatifs) et les séjours avec CMA ou CMAS (pour les hospitalisations à temps complet). Très largement semblables à celles de 2006, les priorités nationales de contrôle pour **2007**, validées par le conseil de l'hospitalisation du 23 mars 2007, étaient les suivantes : facturations d'un GHS pour des activités relevant d'actes externes ; séjours avec CMA ou CMAS ; facturations répétées

d'ATU dans les établissements ex OQN ; facturations d'activités non autorisées ou non reconnues (Soins palliatifs, SRA, SSC) ; dépassement des capacités autorisées (SRA, SSC).

En **2008**, on retrouve parmi les priorités de ciblage les séjours de moins de 24 heures, avec en particulier le GHM 24M36Z (et notamment les séjours avec un diagnostic principal de grossesse et les séjours avec DP « acte non réalisé ») ainsi que ceux dont le seul acte réalisé ouvre droit à un forfait Sécurité Environnement (FSE). De même, les séjours avec CMA et CMAS ainsi que les ATU dans les établissements ex OQN restent au rang des priorités. S'y ajoutent : pour les séjours d'hospitalisation complète, ceux laissant supposer une anomalie sur le DP ; la chirurgie esthétique, (liste d'actes susceptibles d'avoir été valorisés à tort à l'Assurance Maladie) et la chirurgie de confort en ophtalmologie (chirurgie des troubles de la réfraction) ; les soins palliatifs (adéquation du codage à la prise en charge médicale et soignante réalisée). Concernant les soins palliatifs, un arbre décisionnel destiné aux médecins contrôleurs a été élaboré, afin de parvenir à une harmonisation des avis. Les orientations de ciblage et de contrôle pour **2009** portent à nouveau sur les séjours d'hospitalisation à temps partiel, les séjours avec CMA et CMAS, les ATU et les soins palliatifs. Les nouveautés concernent : pour l'hospitalisation à temps complet, les séjours laissant supposer une anomalie sur le DP, les GHS de neurochirurgie pour des établissements ne disposant pas de l'autorisation et d'autres prestations que les GHS (suppléments,...) ; l'hospitalisation à domicile (pour le 1<sup>er</sup> contrôle de l'HAD, peu d'établissements ont été ciblés).

De fortes similitudes apparaissent donc dans le ciblage, plusieurs « champs » étant reconduits d'année en année depuis le début des contrôles T2A. Concernant les séjours avec CMA ou CMAS ainsi que les séjours de moins de 24 heures, ils ont pour caractéristique commune d'être largement sujets à erreur donc à disqualification par les médecins contrôleurs, que ce soit pour incomplétude du dossier patient ou pour divergence d'avis médical, comme cela a été le cas au Centre Hospitalier de Haguenau. Sont donc clairement visés les séjours pour lesquels les erreurs seront fréquentes, donc l'indu à réclamer, voire les sanctions, financièrement élevés.

*b) Les particularités des campagnes 2008 et 2009 : une volonté affichée de sanctionner*

Comme elle le mentionne à plusieurs reprises dans ses communiqués, l'assurance-maladie affiche clairement que ses campagnes de contrôle se placent dans une optique de sanction financière.

Deux axes de contrôles, dont les issues contentieuses sont différents, sont empruntés. D'une part sont concernés, bien sûr, les contrôles spécifiques à la T2A, au titre de l'article L. 162-22-18 CSS, pour lesquels les débouchés envisagés sont, comme indiqué en première partie, les sanctions financières et la répétition d'indu. D'autre part, l'accent est mis sur les contrôles généraux menés à l'initiative de l'Assurance Maladie. Les recours envisagés tendent à la répétition d'indu selon les principes de la loi n°91-1406 du 31 décembre 1991 (cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation, article L. 133-4 CSS), mais pas uniquement. L'objectif est également l'engagement de procédures civiles avec demande de dommages et intérêts ainsi que de procédures pénales telles que prévues par l'article L.315-1 CSS tout d'abord, (établissements où sont relevés des faits évocateurs d'une intention de nuire voire des pratiques dangereuses peuvent faire l'objet d'une analyse de leur activité, donnant lieu le cas échéant à une plainte directe à la police, à la gendarmerie ou au procureur ainsi que d'une saisine du DARH et /ou du préfet en cas de suspicion de pratiques dangereuses, et par l'article L.114-9 CSS ensuite (loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005)) applicables en cas de fraude.

L'orientation répressive du contrôle, déjà manifeste en 2008, a vocation à être accentuée lors de la campagne 2009 dont l'objectif revendiqué est de renforcer la finalité de dissuader les établissements de transgresser les règles. A cette fin, l'assurance-maladie a affiché son intention de réduire le nombre d'établissements et de « dossiers » contrôlés, pour contrôler plus de « champs » potentiellement sanctionnables et d'en cibler davantage dont l'assiette de calcul est financièrement importante. Il s'agit clairement d'optimiser la « productivité » des contrôles : contrôler moins pour un montant d'indus et de sanctions plus élevé. La perspective financière dans la quelle se situe l'Assurance Maladie se confirme et se renforce.

B) Les modalités techniques du ciblage des établissements et activités au niveau régional

Mis en œuvre au niveau régional, le contrôle externe est organisé en deux étapes :

- *Une procédure de ciblage*, destinée à orienter le travail des contrôleurs, portant sur tous les établissements de la région, balayant la totalité des informations transmises, et permettant le ciblage des établissements et activités "atypiques" ;
- *Un contrôle approfondi, sur site ("sur pièces et sur place")* des établissements et des activités dépiétés à l'étape précédente

a) *La procédure de ciblage*

Au niveau de l'Unité de Coordination Régionale (UCR, cf infra), le contrôle est mené selon deux modalités : la comparaison de casemix d'une part et le ciblage des établissements et des activités, au moyen d'outils informatiques d'autre part.

Pour juger notamment de l'évolution de l'activité, le contrôle commence par une comparaison année N/année N-1, à partir des informations transmises aux ARH, sur le support RSA (Résumé de sortie anonymisé). A cette fin, l'unité de coordination établit une comparaison des casemix N/ N-1 afin de mettre en évidence les évolutions remarquables, lesquelles pourront servir d'alerte et être retenues comme élément concourant à la définition du programme de contrôle régional.

Exemple : si le casemix d'un établissement donné montre une augmentation importante du nombre de séjours en CM24, il conviendra de s'interroger sur les raisons de cette augmentation (création d'une structure d'hospitalisation de jour ou production de RSS pour une activité de consultation ?). En l'absence de création connue d'une structure d'hospitalisation de jour, l'établissement pourra être placé dans la liste des établissements à contrôler en priorité afin d'identifier la cause de cette évolution de casemix.

Pour que cette comparaison reste pertinente cependant, il faut veiller à ce que les RSA des 2 années étudiées soient groupés selon la même version de la classification GHM.

Par ailleurs, la procédure de ciblage repose sur deux utilitaires informatiques. Pour les établissements ex-DG, il s'agit d'un utilitaire exploitant les RSA du PMSI, l'outil DATIM (Dépistage des atypies de l'information médicale). Pour les établissements ex-OQN, les requêtes SNIIR AM (Système National d'Information Inter-Régimes - Assurance Maladie), permettent l'exploitation des données de la liquidation (bordereaux S3404 des établissements privés). Réalisé par l'ATIH, DATIM est conçu comme un outil de "ciblage" visant à orienter les contrôleurs vers les établissements à contrôler en priorité, sans préjuger par ailleurs d'un défaut avéré de qualité des informations PMSI : DATIM intègre des tests qui procèdent par comparaison statistique entre un comportement moyen (en matière de description d'activité) d'établissements de même nature, et le comportement propre de chaque établissement, afin de définir la notion d'atypie, et de la quantifier. La synthèse de l'ensemble des atypies élémentaires constitue l'indice global d'atypie de l'établissement, dont l'interprétation oriente la décision de contrôle sur site. Avant de prendre la décision du contrôle sur site, une analyse plus fine des résultats des tests élémentaires de DATIM sera menée, certaines "atypies" pouvant s'avérer justifiées. Ces

résultats pourront être confrontés à la connaissance de l'établissement que possède par ailleurs l'UCR (activité spécialisée, recrutement particulier, organisation des soins...).

*b) Le programme de contrôle régional*

Après interprétation et synthèse des résultats des contrôles, l'UCR prépare le programme de contrôle : établissements à contrôler en priorité, programmation sur l'année, nombre de contrôleurs en fonction du site contrôlé. Ce programme, dépendant des ressources en contrôleurs mis à disposition en région, doit être approuvé par la COMEX (Commission Exécutive de l'ARH). Il pourra être ajusté en cours d'année, en fonction notamment des résultats des contrôles sur site : si un établissement présente des anomalies importantes lors d'un contrôle sur site, un second contrôle, rapproché pourra être programmé sans attendre l'année suivante. Un établissement peut donc faire l'objet, selon les circonstances de plusieurs contrôles dans une même année. Enfin, l'élaboration du programme de contrôle doit intégrer le fait que, quels que soient les résultats des contrôles de casemix et des contrôles automatisés, tout établissement est concerné par le dispositif de contrôle régional (y compris en l'absence d'atypies observées). Ainsi tous les établissements sont susceptibles de faire l'objet d'un contrôle sur site.

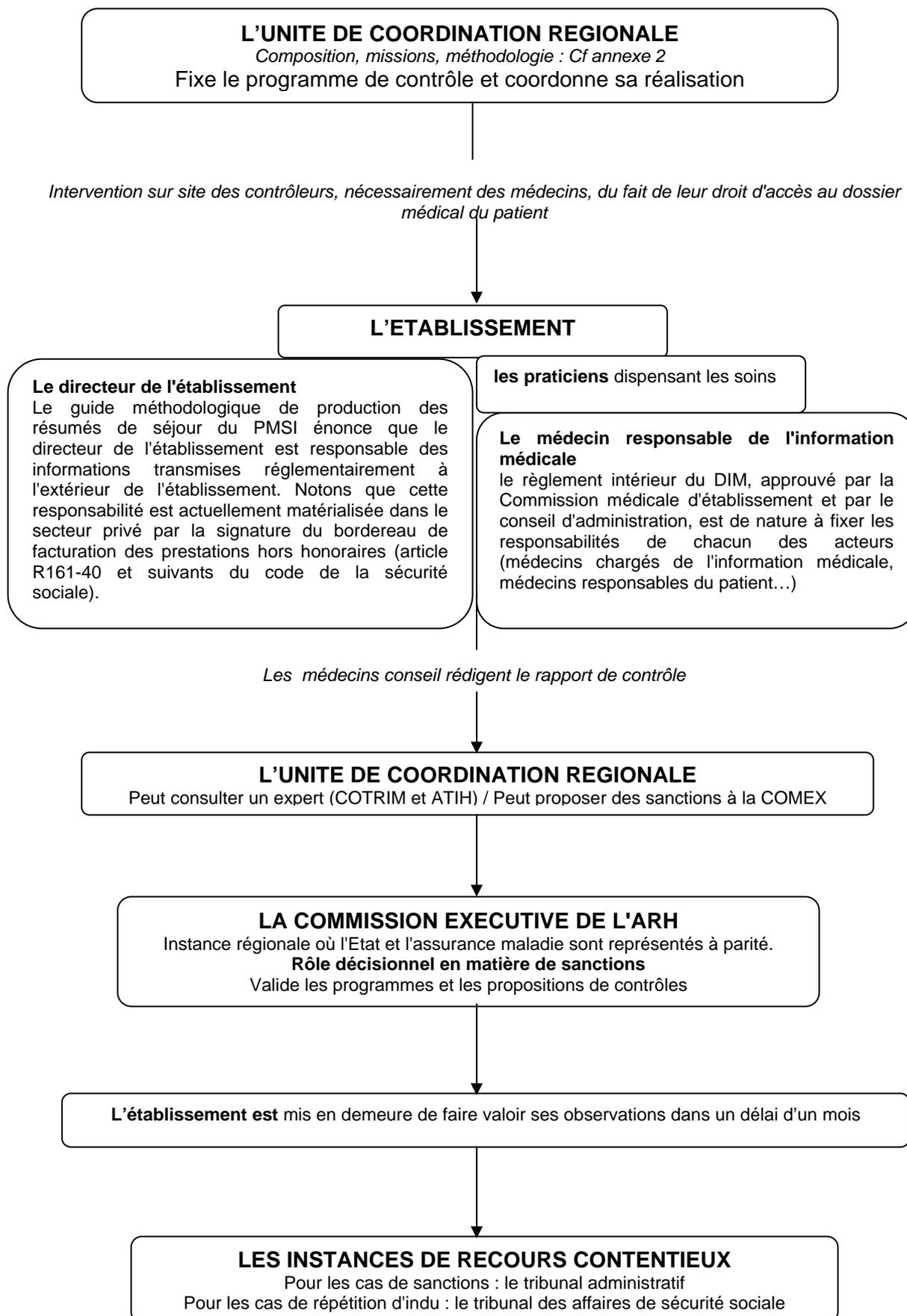
*c) Le contrôle sur site*

Il repose sur des modalités classiques. S'agissant du contrôle de l'information médico-administrative produite, le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au résumé standardisé de sortie (RSS) produit par l'établissement, pour un même séjour. Le contrôle sur site est en général réalisé sur un échantillon des séjours détectés, éventuellement tiré au sort, en fonction notamment des actions à réaliser à l'issue du contrôle (récupération des indus ou sanctions). Un contrôle des autres informations concourant à la facturation du séjour est également réalisé : la justification réglementaire et médicale des éléments facturés en sus du GHS (suppléments journaliers, médicaments coûteux, DMI, ...) est recherchée.

### **1.3 Les acteurs du contrôle externe**

Le contrôle externe est un contrôle régional faisant intervenir les représentants en région de l'Etat et de l'assurance maladie. Il convient de rappeler que l'assurance maladie

possède des prérogatives propres en matière de contrôle individuel de prestations, qui ne sont pas remises en cause par ce dispositif de contrôle.



## **1.4 La mise en œuvre des contrôles sur site**

La mise en œuvre des contrôles sur site fait l'objet d'une procédure détaillée qui gravite autour du praticien DIM et des médecins conseil de l'Assurance Maladie. Le déroulement des premiers contrôles semble témoigner en faveur d'une certaine homogénéité du type d'erreurs commises par les établissements contrôlés.

### **1.4.1 Le déclenchement et la préparation du contrôle sur site**

#### **A) Décision et contact avec l'établissement**

Il convient de rappeler que les caisses d'Assurance Maladie conservent leurs prérogatives pour le contrôle individuel de prestations (contrôle des praticiens concernant des abus en matière de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes, contrôle des salariés effectué par un médecin à la demande de l'employeur). Dans un souci d'optimisation des actions, il est nécessaire que de telles initiatives s'intègrent dans le programme de contrôle, après qu'un signalement ait été réalisé, auprès de l'UCR.

Lorsque la décision de réaliser un contrôle sur site a été arrêtée pour un établissement donné, ce dernier en est informé par courrier recommandé avec accusé de réception signé du directeur de l'ARH, conformément au décret du 16 mars 2006 précisant les modalités du contrôle (notamment activités, prestations ou ensemble de séjours ciblés, nom et qualité des personnes chargées du contrôle, date de début du contrôle). Tous les documents transmis ou les éléments demandés à l'établissement, le sont sous le couvert du directeur de l'établissement. Le rendez-vous est fixé à une date compatible avec le délai nécessaire à la mise à disposition des contrôleurs des dossiers de patients dont les séjours ont été tirés au sort pour être contrôlés. Ce délai ne saura être supérieur à 3 semaines, ni inférieur à 2 semaines.

Le contrôle se déroule dans un local mis à disposition par l'établissement. Le praticien du Département de l'Information Médicale (DIM) fait porter en ce lieu unique les dossiers médicaux et administratifs correspondant aux numéros de RSS tirés au sort. Si l'établissement dispose d'un dossier patient informatisé, l'accès aux dossiers est été organisé par le DIM de manière adaptée à ce support. En complément aux dossiers médicaux, la facture correspondant à chacun des séjours tirés au sort est également mise à disposition du contrôleur.

## B) Le contrôle 2006 au Centre Hospitalier de Haguenau

Le Centre Hospitalier de Haguenau a reçu le 27 juillet 2006 un courrier de l'ARH, l'informant du déroulement d'un contrôle T2A sur site, dans le cadre d'une procédure dite « à blanc »<sup>2</sup> Dès ce courrier, il est indiqué que les activités d'hospitalisation de jour seront ciblées. Puis une correspondance émanant de l'Assurance Maladie a indiqué les dates du contrôle et la procédure informatique (Via LEDDA, Logiciel d'Extraction des Données de DATIM, l'hôpital est informé des RSS et des dossiers médicaux et administratifs à mettre à disposition du médecin-conseil). Le délai réglementaire de 3 semaines entre l'envoi de cette information et la visite a bien été respecté.

En interne, a été organisée par le Directeur des Affaires Financières en collaboration avec le praticien du DIM, une réunion d'information à l'attention des médecins les plus directement concernés, afin d'explicitier la philosophie, les enjeux financiers et les modalités du contrôle. Le praticien de DIM a également réalisé des contrôles de qualité-codage sur des dossiers de séjours relevant de la CM24 (Catégorie Majeure de diagnostic des séjours de moins de 48 heures) afin d'éclairer les médecins présents à l'aune d'exemples précis. Une démarche informative a aussi été entreprise auprès des secrétariats les plus exposés (Service d'Accueil des Urgences, chimiothérapie...) compte tenu de leur rôle dans le processus de création des dossiers d'hospitalisation et de codage. Le contrôle sur site s'est déroulé sur 6 jours (20, 21, 22, 25, 26 et 29 septembre 2006) et a effectivement ciblé les séjours CM24 et les séances sur l'année 2005. 323 séjours de moins de 24 heures ont été contrôlés, dont 155 en ophtalmologie et 90 en pédiatrie.

A l'issue du contrôle, 296 dossiers ont été jugés non conformes.

### **1.4.2 Du recodage au rapport de contrôle: une classification parfois imprécise, des échanges souvent brefs**

#### A) Le recodage des dossiers par les médecins conseil

Le travail des médecins-conseil porte sur les éléments suivants : contrôle du numéro de GHS, du nombre de suppléments journaliers pour passage en réanimation/

---

<sup>2</sup> Cette procédure à blanc avait fait l'objet, en janvier 2006, d'une information de la DHOS. Ce contrôle déroulait toutes les étapes d'un contrôle tel que prévu à l'article L. 162-22-18 du CSS, y compris celle de la récupération d'indus, mais excluait l'application de sanctions. Les sanctions ont été appliquées à partir de la parution du décret d'application de cet article, en 2007.

soins intensifs/ surveillance continue, du nombre de suppléments journaliers de néonatalogie, de la modulation du tarif de GHS / supplément journalier EXH, du codage des médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables. A noter, le cas des dialyses et IVG ainsi que celui des soins palliatifs fait l'objet de quelques particularités. Des précisions sont apportées en annexe (3).

Au vu du dossier médical du patient, le contrôleur extrait les informations pertinentes qui doivent être notées (et codées) sur le résumé de sortie. La conformité du codage des informations portées par l'établissement sur le résumé de sortie est alors vérifiée, par rapport aux règles de production des résumés de sortie, aux outils de codage des diagnostics et des actes et aux éléments du dossier médical du patient. Les outils de référence utilisés sont le guide de production des résumés de sortie du PMSI, la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies) et la liste des codes diagnostics spécifiques du PMSI (extensions CIM-10) pour le codage des diagnostics et la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour le codage des actes. L'outil de gestion du contrôle sur site procède automatiquement à la comparaison des informations codées par le contrôleur avec les informations équivalentes produites par l'établissement. Cette comparaison automatisée conduit alors à identifier des divergences lorsque les informations contrôleur / établissement ne sont pas strictement superposables.

#### B) Les cas particuliers

Les divergences observées sur les items du Résumé d'Unité Médicale (RUM) peuvent être liées à une mauvaise hiérarchisation de l'information, à l'utilisation d'un code diagnostique ou acte inadapté, ou encore à un mauvais codage du mode d'entrée... Mais il convient de préciser les modes de traitement de deux cas particuliers.

Tout d'abord, une situation de prise en charge exclue du champ de production du résumé de séjour (ex : consultation externe/frontière avec l'hospitalisation de jour) conduit à annuler tout résumé réalisé dans ces conditions. Ensuite, la non présentation, par l'établissement, du dossier médical du patient conduit à le considérer comme manquant.

#### C) Les divergences concernant les médicaments et DMI coûteux

Les éléments justifiant la prescription et la délivrance des médicaments coûteux ou Dispositifs médicaux implantables (DMI) doivent figurer dans le dossier du patient. L'absence de pièce justificative conduit à annuler le financement en sus. Au-delà de ces éléments justificatifs, le médecin conseil, conformément aux prérogatives dont il dispose,

---

peut également s'intéresser à la justification médicale des prescriptions (ex : indications de la Liste des Produits et Prestations –LPP-, respect des référentiels).

Pour mémoire, le décret relatif au contrat de bon usage des médicaments, produits et prestations (CBU) donnant droit à financement en sus des GHS définit la nature des engagements contractuels auxquels les établissements doivent se conformer. Le respect de ces engagements conditionne notamment le taux de prise en charge applicable aux médicaments, produits et prestations figurant sur la liste. Le contrôle inhérent au respect du CBU sort du cadre du présent contrôle, néanmoins, il est utile que le médecin contrôleur ait connaissance du contrat signé par l'établissement qu'il contrôle. Cependant, l'évaluation des objectifs inscrits au CBU fait l'objet d'une démarche spécifique indépendante du contrôle de la T2A.

D) Premier bilan : une mise en exergue des difficultés inhérentes à la classification

Pour l'année 2006, le rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2007 portant sur les données d'activité de l'année 2006, réalisé par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et paru le 17 septembre 2009, fournit un certain nombre d'informations. Il s'avère que sur les 253 avis rendus, 190 portent sur le Diagnostic Principal (DP) ou le Diagnostic Associé Significatif (DAS). Le DP est alors défini comme le « motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Cette définition a entraîné un nombre non négligeable de confusions, notamment pour les patients souffrant d'affections de longue durée (ALD) ou de maladies chroniques et hospitalisés pour une complication de celle-ci ou une pathologie intercurrente. Les DAS, quant à eux, sont les « diagnostics... significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation de moyens par rapport au seul DP ». Ils jouent un rôle capital pour la sévérité des cas, avec des conséquences financières qui peuvent être importantes.

Le bilan qualitatif des contrôles 2008 portant sur l'activité de l'année 2007 fait apparaître la répartition suivante des motifs d'erreur pour les séjours d'hospitalisation complète : erreurs sur DAS, environ 70 % ; erreurs sur DP, 40 à 70 % ; erreurs sur acte, 10 à 20 %. Ces chiffres issus de l'Assurance Maladie sont concordants avec ceux de l'ATIH : on note à nouveau les difficultés de codage liées aux diagnostics principaux et aux diagnostics associés, ces derniers occupant une place privilégiée parmi les orientations des contrôles.

Le bilan 2008 révèle également que les erreurs de codage les plus nombreuses ont été relevées dans les GHM suivants : nouveaux nés de 2500 g et plus, **avec autre problème significatif** ; oedème pulmonaire et détresse respiratoire ; accouchement par

voie basse **avec autre complication** ; **autres pathologies** de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif sans CMA (co-morbidité associée) ; affections du système nerveux, **avec CMAS** (co-morbidité associée sévère); cholécystectomies, sans exploration de la voie biliaire principale **avec CMA**. On constate qu'il s'agit de GHM soit assortis de CMA ou CMAS, éléments de codage délicats comme en témoigne le ciblage, soit définis de façon assez flou (« avec autre problème significatif », « autres pathologies... »). Dans ces derniers cas de figure, les GHM constituent souvent des catégories quelque peu fourre-tout. L'imprécision de la classification, qui témoigne de la difficulté et de la complexité conceptuelles de l'élaboration d'un tel outil, rend son application aléatoire, donc sujette à erreurs et interprétations divergentes, notamment en terme médical.

A cet égard, le passage à une nouvelle version de la classification, la V11, qui dénombre 2100 GHM au lieu des 800 existants, devrait permettre d'affiner la précision du codage. Elle suppose cependant une forte appropriation de la part les personnels chargés du codage, sans quoi la multiplication du nombre de GHM pourrait être une nouvelle source de confusion et d'erreurs. Par ailleurs, la définition du DP est simplifiée : désormais, le DP correspond au motif d'admission. Cette simplification est sans doute louable au vu de la complexité du codage, mais elle réduit la portée pédagogique du rapport de l'ATIH et les enseignements qui auraient pu en être tirés.

#### E) La concertation contrôleur/ praticien DIM

Une concertation avec le praticien du DIM doit obligatoirement être organisée. Celle-ci, d'après le Guide du Contrôle Externe Régional, consiste à « *reprendre et analyser tous les séjours pour lesquels des divergences* » contrôleur/établissement ont été mises en évidence. Cette étape de concertation DIM/contrôleur doit pouvoir « *être réalisée à tout moment de la période de codage des résumés par le contrôleur : résumé par résumé, requête par requête, à la fin du codage de l'ensemble des dossiers (en fonction de la disponibilité et/ou du souhait du praticien DIM – et du contrôleur)* ». Il est également mentionné que le praticien DIM « *pourra être accompagné par un praticien de l'établissement lors de la discussion de dossiers concernant les séjours de patients de ce dernier* ». Le Guide ajoute que « *ce n'est qu'à l'issue de cette concertation que les conclusions du contrôle sur site pourront être formulées. Si la concertation ne peut avoir lieu du fait de l'établissement, le codage du contrôleur sera retenu dans le rapport de contrôle* ». Il n'appartient pas au médecin contrôleur d'opérer un quelconque re-calcul de facture. Les nouveaux montants des factures "à recalculer" seront en effet calculés par les organismes d'assurance maladie (caisses gestionnaires), au vu des demandes adressées en ce sens par l'unité de coordination régionale..

Or, au Centre Hospitalier de Haguenau, le médecin contrôleur responsable du contrôle n'a sollicité le praticien DIM que le dernier jour du contrôle pour lui demander de signer les fiches de désaccord. Une demande de signature ne peut être à proprement parler assimilable à une concertation au cours de laquelle seraient repris un à un les dossiers litigieux. Le praticien DIM a dû faire la demande d'une entrevue, laquelle n'a eu lieu que le dernier jour du contrôle, le vendredi 29 septembre à 11h, sans qu'il soit possible de reprendre l'ensemble des dossiers concernés. Dans ces conditions temporellement très restrictives, il n'a pas été possible d'associer les praticiens concernés à la discussion finale. Ces derniers ont été brièvement rencontrés individuellement par le médecin conseil. Une telle absence d'échanges, éminemment propice à favoriser l'émergence d'un contentieux, a été génératrice de frustrations pour les acteurs du Centre Hospitalier de Haguenau concernés et a fait l'objet d'un ressenti négatif. A l'issue de cette entrevue avec le médecin DIM, ce dernier a fait état de son désaccord pour 76 séjours.

#### F) Le rapport de contrôle sur site

A l'issue du contrôle sont élaborées des fiches de synthèse qui constituent, par compilation, le rapport de contrôle. Elles recensent l'ensemble des activités contrôlées, les divergences observées, les éléments de facturation pour chaque séjour de l'échantillon. Le rapport est clos par une fiche "conclusive".

L'ensemble de ces fiches est adressé par le médecin contrôleur, sous forme papier, au directeur de l'établissement (avec copie au DIM), dans les jours suivant le contrôle sur site. Le directeur de l'établissement dispose alors de 15 jours pour retourner au contrôleur le rapport de contrôle signé et annoté. La fiche conclusive doit comporter la signature du directeur, responsable légal de l'établissement, ainsi que celle du praticien DIM ayant participé au contrôle. A défaut de retour dans les 15 jours suivant l'envoi par le contrôleur, du rapport signé par le directeur, celui-ci est réputé approuvé par l'établissement. La dernière page du rapport de contrôle est particulièrement importante, puisqu'elle permet à l'établissement de faire part de ses observations sur le déroulement et les conclusions du contrôle sur site.

## 1.5 Les suites du contrôle sur site

A la suite du contrôle sur site, est enclenchée la procédure de répétition d'indu qui va impliquer tant l'Assurance Maladie que les établissements ciblés. Il est intéressant de tenter de dresser un bilan global des premières campagnes de contrôle et de se pencher sur la communication qui les a entourées.

### 1.5.1 Du côté de l'UCR

#### A) La faculté de recourir à une expertise en matière de codage

Le décret n° 2006-307 (dit décret sanction) prévoit qu'au vu du rapport de contrôle, l'UCR peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre, et ce avant la transmission aux caisses des éléments nécessaires au calcul de l'indu.

Pour ce qui concerne les divergences portant sur les règles de codage du Guide de production des résumés de sortie, l'expert consulté doit être l'ATIH. Habituellement, la saisine de l'ATIH, conformément au décret "sanction", est réalisée à l'initiative de l'UCR. Cependant, et conformément à la circulaire du 31 juillet 2007 relative notamment à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité, un établissement peut demander au directeur de l'ARH la saisine de l'ATIH contre l'avis de l'UCR qui ne l'aurait pas jugé opportun. L'établissement dispose alors d'un délai de 15 jours après réception de la décision de l'UCR pour adresser au directeur de l'ARH un dossier argumentaire (de même nature que celui qui doit être produit par l'UCR pour la saisine de l'ATIH), dont une copie est également adressée à l'UCR, l'informant ainsi de la démarche. Après réception de la demande de l'établissement, le Directeur de l'ARH décide de l'opportunité de la saisine de l'ATIH, après avoir consulté le responsable de l'UCR, dans un délai d'un mois suivant la demande de l'établissement. Si le Directeur de l'ARH décide de recourir à l'avis de l'ATIH, l'UCR saisit l'ATIH dans les mêmes conditions qu'habituellement, laquelle dispose d'un mois pour répondre à l'UCR (et au Directeur de l'ARH le cas échéant).

#### B) Les éléments nécessaires au calcul et à la notification des indus

L'unité de coordination adresse un dossier à la caisse gestionnaire du patient, comportant les éléments nécessaires au recalcul du montant de la facture et à l'identification du séjour contrôlé, dans le respect de l'anonymat des patients. En cas de surfacturation constatée, la caisse engage une procédure de récupération d'indu.

En vue de la préparation de son rapport de synthèse, et dans la perspective d'éventuelles sanctions envers l'établissement, l'UCR doit disposer d'informations concernant le montant des factures des séjours. En effet, l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale stipule que le montant des sanctions financières prises à l'issue d'un contrôle "sur pièces et sur place", est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, et qu'il est calculé sur la base des recettes annuelles assurance maladie de l'établissement (dans la limite de 5% des recettes

annuelles d'assurance maladie de l'établissement). Après avoir calculé le pourcentage de surfacturation, l'unité de coordination recherchera donc également auprès des caisses concernées ou de l'ATIH, le montant de la recette assurance maladie de l'établissement correspondant à l'activité contrôlée, et pour la même période de temps.

#### C) L'élaboration du rapport de synthèse

Lorsque l'UCR est en possession de tous les éléments nécessaires, elle élabore un rapport de synthèse qui comporte les éléments suivants : les caractéristiques des activités soumises à sanction, les remarques de l'établissement, le bilan des divergences confirmées, un bilan de la surfacturation éventuellement observée pour chaque activité contrôlée, le montant de la recette assurance maladie totale de l'établissement pour l'année antérieure au contrôle et les conclusions de l'unité de coordination, comportant une éventuelle proposition de sanction financière de l'établissement. Le rapport de synthèse est transmis à la Commission Exécutive de l'ARH (COMEX) qu'il y ait ou non proposition de sanction. Mais il n'est pas transmis à l'établissement, même lorsque celui-ci a émis des observations ou questions sur lesquelles l'UCR a du se prononcer. Or, ce rapport devient, dans la suite du déroulement de la procédure, opposable.

### 1.5.2 Du côté des établissements

#### A) Le bilan quantitatif national 2007

En 2007, en termes quantitatifs, **492 établissements** ont été contrôlés (à rapporter aux 1 400 établissements MCO sous T2A), dont 219 établissements ex DG contre 248 en 2006 et 273 établissements ex OQN contre 286 en 2006. En termes de séjours, **231 096 séjours** ont été contrôlés, dont 95 856 pour les établissements ex DG contre 67 642 en 2006 et 135 240 pour les établissements ex OQN contre 67 139 en 2006. Enfin, 36 584 ATU ont été contrôlés contre 15 702 en 2006. Cette augmentation témoigne de la montée en charge du dispositif de contrôle. Les montants d'indus à recouvrer par établissement ont donc vocation à augmenter avec le nombre de séjours contrôlés.

Le montant d'indu total notifié aux établissements s'est élevé à 32 millions d'euros pour 492 établissements, dont 10 millions d'euros aux établissements ex DG et 22 millions d'euros aux établissements ex OQN. Les établissements publics représentaient 44,5% des établissements contrôlés et 41,5% des séjours mais seulement 31,3% de l'indu notifié. Concernant les sanctions financières, il convient de rappeler que 2007 est la

première année de leur application. 41 établissements ont été concernés par une proposition de sanction, dont 22 ex DG et 19 ex OQN, **soit 8,33% des établissements contrôlés**. Une sanction a été proposée par les UCR aux COMEX pour ces 41 établissements. Le montant total des sanctions proposées par les UCR aux COMEX pour l'ensemble des établissements s'est élevé à 3 935 475 € dont 1 458 625 € pour les ex DG, soit 37% du montant total des sanctions, et 2 476 851 € pour les ex OQN. Globalement, les établissements privés semblent davantage en délicatesse au regard de ces contrôles que les établissements publics. Il semble toutefois difficile d'en tirer davantage de conclusions, compte tenu du peu de recul temporel dont nous disposons.

Dans l'application des sanctions, les ARH n'ont pas suivi systématiquement l'avis de l'UCR et se sont montrées moins sévères, se situant sans doute davantage dans une perspective de gestion et non d'un point de vue strictement financier.

Les économies réalisées sont évaluées par l'assurance-maladie à 24 millions d'euros en 2006, 55,1 millions en 2007 et 32,6 millions en 2008, soit **près de 112 millions d'euros** depuis la mise en œuvre des contrôles. A titre indicatif, par rapport aux dépenses totales d'assurance-maladie, ces montants représentent **0,02% pour l'année 2007**. L'impact réel des répétitions d'indus est donc davantage d'ordre symbolique qu'économique pour l'assurance-maladie.

## B) L'issue des contrôles au Centre Hospitalier de Haguenau

### a) 2006 : un contentieux en cours

Le rapport de contrôle des médecins inspecteurs a été reçu le 11 octobre 2006. Il en ressort que sur 323 dossiers contrôlés, 296 sont contestés par l'assurance-maladie, 210 d'entre eux étant des actes pour lesquels l'hospitalisation est estimée non justifiée (et ne pouvant de ce fait donner lieu à facturation d'un GHM, mais seulement d'un acte externe), le restant faisant l'objet d'un changement de GHM.

Dans la perspective de la rédaction des observations au rapport de contrôle, les praticiens concernés ont été sollicités par la direction pour faire valoir leurs observations. Suite aux remarques recueillies auprès des praticiens, les observations du Centre Hospitalier de Haguenau ont été compilées dans un courrier le 25 octobre : ce ne sont plus 76 mais 111 non conformités qui sont alors contestées par le Centre Hospitalier de Haguenau. Il s'avère que la contestation porte non pas sur les seuls éléments de facturation, mais sur l'opportunité médicale de prise en charge en hospitalisation des patients concernés. La réponse de la CPAM contenant la notification d'indu est parvenue au Centre Hospitalier de Haguenau le 31 mai 2007 : 267 dossiers ont fait l'objet d'une

réclamation d'indu ; 27 contestations ont été acceptées, sans qu'il en soit précisé le motif ; 19 dossiers litigieux sont restés sans réponse (ni réclamation d'indu, ni acceptation).

Le Centre Hospitalier de Haguenau a fait état de son opposition et a pris la décision de porter 111 dossiers à la contestation, demandant notamment que lui soit exposé l'argumentaire fondant la demande de répétition de l'indu et que soient portées à sa connaissance les voies de recours formelles. Sur 111 dossiers contestés, 101 ont vu leur rejet confirmés par la CPAM et 10 sont restés sans réponse. Le Directeur de la CPAM a alors mis en demeure le Centre Hospitalier de Haguenau de verser l'indu d'un montant de 24 932.93 € (assorti de la majoration de 10% qui a par la suite fait l'objet d'une remise gracieuse), ce que l'établissement a fait à titre conservatoire, en date du 13 septembre 2007.

Le Directeur du Centre Hospitalier de Haguenau a alors décidé de former un recours non juridictionnel devant la Commission de recours amiable le 20 septembre 2007. Dans une décision du 29 octobre 2007 notifiée au Centre Hospitalier de Haguenau le 12 novembre 2007, ladite Commission a refusé de faire droit à sa demande qui tendait à l'annulation de la décision du directeur de la CPAM.

Il a alors été décidé de poursuivre l'action de contestation jusqu'au contentieux. En effet, bien que le montant réclamé ne soit ni de nature à mettre en péril les finances de l'établissement, ni très important au regard des demandes de répétition d'indu généralement formulées aux autres établissements de santé, les réponses reçues n'ont pas été éclairantes, en particulier sur les questions médicales. Le CHH n'ayant pas estimé que les arguments de la CPAM ne lui permettait de comprendre ni de justifier le rejet de certains dossiers, seule la voie contentieuse s'est avérée susceptible d'apporter les motivations demandées. Le recours contentieux a été formé le 11 janvier 2008 devant le Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS) du Bas-Rhin, qui a rendu sa décision le 15 avril 2009. Si certains arguments du Centre Hospitalier de Haguenau ont été rejetés (cf infra), une expertise technique, (dont les modalités sont prévues aux articles R.142-22 et 142-24-3 CSS) a été ordonnée concernant les divergences portant les aspects médicaux de la prise en charge des patients.

*b) Le contrôle 2008 : une réclamation d'indu acceptée*

Ce contrôle s'est déroulé du 4 au 19 septembre 2008. Afin d'éviter de réitérer le manque de dialogue précédemment constaté avec les médecins conseil, le praticien DIM a pris les devants afin d'examiner un par un le contenu des dossiers contrôlés avec le médecin contrôleur, en partenariat avec la direction des soins, mandatée sur le sujet. Il a cependant exprimé le regret que les échanges directs entre praticiens responsables de leurs codages et médecins conseil n'aient pas été plus fournis. Les seuls échanges qui

ont eu lieu sont ceux pour lesquels une demande expresse de convocation a été émise par le praticien DIM afin que certains dossiers, qui lui semblaient délicats, fassent l'objet d'une discussion argumentée.

Sur 800 dossiers contrôlés, 380 ont été jugés non conformes, qu'on peut diviser en deux catégories. 304 RSS ont été jugés injustifiés, au motif du rejet de facturation d'une hospitalisation, ces prises en charge devant être réalisées dans le cadre d'une consultation externe. A l'instar du contrôle de 2006, la majeure partie des dossiers refusés concernent des séjours de moins de 24 heures. 76 RSS ont fait l'objet d'un changement de GHM après recodage des RUM incriminés. Les motifs du recodage ont été (par ordre croissant de dossiers concernés) l'absence d'acte codé alors que réalisé, le mauvais choix du diagnostic principal et la présence injustifiée de diagnostic associé significatif.

Cette fois, 67 dossiers ont été portés à la contestation par le Centre Hospitalier de Haguenau. Pour 66 d'entre eux, il s'agissait d'hospitalisation pour libération du canal carpien. Certes, les progrès médicaux permettent de réaliser ces actes dans le cadre d'hospitalisations de plus en plus courtes, sous anesthésie locale. Cependant, l'asepsie nécessaire à ce type d'intervention impose la réalisation du geste chirurgical au bloc opératoire de l'hôpital. Le seul argument de l'anesthésie locale ne suffit pas à exclure l'hospitalisation pour ces interventions. Le Centre Hospitalier de Haguenau a également fait valoir qu'elles s'inscrivent aux premiers rangs des activités chirurgicales que les objectifs nationaux de santé publique souhaitent développer en ambulatoire. Pour que les établissements de santé puissent se conformer à ces objectifs, la prise en charge financière doit être cohérente au regard des moyens mis en œuvre et des charges exposées. Or, le fait que l'ENC fasse état d'un coût de 732,06 € pour la réalisation de cette intervention dans les règles de l'art tandis que la CCAM ne la valorise qu'à 104,50 €, entraîne un tel différentiel que cette activité n'est pas envisageable en dehors d'une hospitalisation de jour. La CPAM a été sensible à ces arguments et a accepté de valider la pratique de ces 66 prises en charge chirurgicales en hospitalisation.

Le montant de récupération d'indu de 96 285,49 euros a été versé et n'a pas fait l'objet de contestation.

### **1.5.3 Au niveau régional et national, l'Assurance Maladie communique autour de ses actions de contrôle**

#### **A) Des bilans annuels régionaux et nationaux à la diffusion confidentielle**

Un bilan annuel du contrôle externe régional est réalisé par l'unité de coordination, selon le modèle national. Chaque bilan comporte des éléments quantitatifs (nombre de

contrôles réalisés sur l'année, nombre de séjours contrôlés, nombre et montant des indus proposés et perçus par les caisses, nombre et type de sanctions...) et des éléments qualitatifs (type de divergences mises en évidence, principales anomalies de codage ou de production de l'information mises en évidence, ...). Ce bilan doit être transmis par la COMEX, au niveau national, aux Caisses Nationales d'Assurance Maladie, à la DHOS, la DSS et à l'ATIH. Il a également vocation à être porté à la connaissance des établissements de la région, des médecins contrôleurs, du Comité Technique Régional de l'information médicale (COTRIM).

Un bilan annuel national du contrôle externe sera réalisé (selon une procédure à définir) et sera transmis aux partenaires institutionnels concernés. Outre l'harmonisation des pratiques de codage, cette diffusion de l'information pourra alimenter les mises à jour des outils de contrôle.

Jusqu'à présent, la diffusion de tels rapports est restée très confidentielle, le Centre Hospitalier de Haguenau n'ayant pas pu se les procurer. Mais tandis que la communication à destination des professionnels de la santé et, en premier chef, de ceux ciblés par les contrôles, demeurerait limitée, celle à destination du grand public a été beaucoup plus directe, suscitant des réactions mitigées dans le monde hospitalier.

- B) Une communication grand public de l'Assurance Maladie parfois jugée vexatoire par les professionnels du monde de la santé

Les bilans 2007 et 2008 ont fait l'objet de communiqués de presse librement consultables sur le site internet de l'Assurance Maladie. Cependant, le contrôle externe des données PMSI des établissements de santé ne fait pas l'objet d'une communication spécifique. Le bilan est intégré aux points d'information traitant des « luttres contre les abus et les fraudes », points élaborés par la récente Direction éponyme, créée au sein de l'Assurance Maladie : et chargée d'assurer la coordination et le suivi des contrôles T2A. Le contrôle externe des établissements de santé figure donc, dans ces communiqués, au même rang que celui des arrêts de travail injustifiés, des mises sous accord préalable des prescripteurs excessifs d'indemnités journalières, des professionnels de santé ayant un volume d'activité aberrant, des prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizona, des « mégaconsomants » ou du trafic de traitements substitutifs aux opiacés ayant entraîné des arrestations de personnes en possession de faux papiers et des cartes Vitales falsifiées... A titre d'exemple, le paragraphe concernant le contrôle T2A d'un communiqué de presse du 6 décembre 2007 énonce : « *En 2007, les programmes initiés en 2005 et 2006 ont été poursuivis et renforcés. C'est notamment le cas du contrôle de la tarification à l'activité des établissements qui a permis d'économiser*

**70,7 millions d'euros en deux ans** ou de celui des fraudes à la consommation de médicaments. Enfin le contrôle du respect des règles de prise en charge à 100% a été élargi aux praticiens hospitaliers et a permis d'économiser **25,5 millions d'euros** en 2 ans.».

Ces chiffres méritent cependant d'être mis en perspective : les deux montants cités, cumulés sur les années 2006 et 2007, représentent **0,10% de l'objectif de dépenses MCO** prévus aux PLFSS 2006 et 2007 pour les établissements financés à la T2A.

Les divergences de codage relevées lors des contrôles sur site sont explicitement présentées comme issues d'une volonté délibérée d'obtenir des paiements non justifiés par l'activité médicale et d'escroquer l'Assurance Maladie. Le cas des hospitalisations de jour reclassées en actes externes, qui intéresse de près le Centre Hospitalier de Haguenau au vu des contrôles qui s'y sont déroulés, est notamment cité. Une telle interprétation semble éminemment sujette à caution. La complexité technique des règles de codage ainsi que les divergences d'appréciation médicale dont elles peuvent faire l'objet, ouvrent un large voie à l'erreur de bonne foi. Dès lors qu'il y a désaccord sur le codage d'un séjour ou d'un acte, la plus grande prudence doit être de mise avant de déceler une intention dolosive.

Cette complexité a d'ailleurs été prise en compte par le législateur, qui a prévu, dès le départ, la possibilité, pour l'UCR, de « *consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre* » (article R.162-42-10 du CSS) et de recourir à des instances d'expertise pré-contentieuse. Concernant les problèmes techniques liés au codage, ces dernières sont même organisées sur deux niveaux de recours, le COTRIM en première intention puis l'ATIH en cas de désaccord persistant, tant il peut y avoir matière à débat. Pour les questions d'une autre nature, notamment médicale, l'UCR a la possibilité de solliciter l'avis d'un expert issu, notamment, d'une société savante. De même, l'existence d'un guide de production des résumés PMSI souligne le besoin de fournir des éléments de clarification aux acteurs du codage.

Cet arsenal expertal mis à la disposition de l'UCR souligne à quel point l'exactitude d'un codage est délicate à évaluer. Il est quelque peu ambitieux d'attendre de chaque praticien qu'il ait la même expertise que l'ATIH dans ce domaine. Un droit à l'erreur pourrait être admis et la bonne foi présumée avant d'étiqueter les établissements de santé comme fraudeurs. D'ailleurs, dans la pratique, les CPAM locales se montrent moins spontanément accusatrices : le directeur de la CPAM d'Alsace du Nord a aisément accédé à la demande de remise de la majoration de 10% sollicitée par le Centre Hospitalier de Haguenau, mentionnant dans un courrier qu'il ne mettait pas en doute la bonne foi de l'établissement. Il serait donc légitime que les résultats des contrôles soient utilisés de façon plus circonstanciée, l'accusation d'intention frauduleuse n'étant pas anodine et bien souvent erronée.

Un nouveau dispositif de contrôle, de par les remises en question qu'il génère et les sanctions qu'il commande, est sans doute voué à susciter des frustrations et des critiques. Ces dernières méritent cependant écoute et considération, dans un souci d'équité, de transparence et d'amélioration d'un dispositif encore récent, dont il apparaît qu'il ne pourra asseoir sa légitimité qu'en affirmant sa crédibilité.

Au vu des premiers contrôles, un certain nombre de contentieux ont été engagés, comme cela est le cas au Centre Hospitalier de Haguenau. Cependant, les recours juridictionnels ne sauraient constituer la seule réponse au dispositif mis en place. Tant les établissements que l'Assurance Maladie devraient chercher à se placer dans une perspective préventive, qui implique pour les uns l'amélioration du processus de recueil de l'activité, de tenue des dossiers et du codage et du contrôle interne de ce codage, et pour l'autre une logique de pédagogie et de transparence.

## **2 Vers un changement de paradigme dans la philosophie et la mise en œuvre des contrôles ?**

L'observation de la philosophie et de la mise en œuvre des contrôles externes plaide en faveur d'un changement de paradigme, applicable autant aux établissements de santé qu'à l'Assurance Maladie, afin de tirer tous les enseignements et les conséquences de trois années de contrôles externes.

### **2.1 La philosophie et le déroulement des contrôles**

Le déroulement des contrôles au Centre Hospitalier de Haguenau a permis de mettre en lumière certains aspects qui pourraient être problématiques dans la procédure, sur les plans aussi bien juridique qu'économique et sociétal.

#### **2.1.1 Une procédure parfois hésitante appliquée à un domaine complexe, dans un contexte de manque de lisibilité normative**

La procédure de contrôle externe, tant dans ses modalités de déroulement que dans l'esprit qui l'anime, révèle des aspects à optimiser, qu'il s'agisse des plans juridique et économique que des objectifs qui lui sont assignés.

- A) L'application des principes de motivation de la demande de répétition de l'indu et du respect du contradictoire

Au stade pré-contentieux comme devant les juges, le Centre Hospitalier de Haguenau n'a pas réussi à obtenir une motivation au fond des rejets de dossiers dont il a fait l'objet.

Ainsi, sur 323 dossiers d'hospitalisation de jour, 286 dossiers ont été déclassés par les médecins conseil et 111 dossiers ont été contestés par l'établissement, estimant qu'ils relèvent effectivement d'une prise en charge en hospitalisation et non d'un acte externe comme indiqué par l'Assurance Maladie. L'établissement a détaillé son argumentaire avec soin dans sa réponse au rapport de contrôle. Or, l'UCR n'a pas répondu à ces observations. Le Guide du contrôle externe régional précise pourtant que l'UCR, après avoir pris connaissance des remarques de l'établissement, lui adresse un courrier l'informant de la prise en compte ou non de ses remarques. Cependant, ce guide, élaboré sous l'égide de la DHOS, n'a pas de valeur normative et n'est pas opposable aux acteurs du contrôle externe. Il n'existe aucune obligation réglementaire faite à l'UCR d'apporter une réponse aux observations formulées par les établissements, ce qui semble peu conforme au principe du contradictoire.

Principe de droit existant dans toute procédure, qu'elle soit civile, administrative, pénale ou disciplinaire, le principe du contradictoire est un principe d'égalité et de loyauté entre les parties. Il permet à chacune d'entre elles de connaître les demandes ou les reproches de son adversaire et les oblige à communiquer tous les éléments et les pièces dont elles disposent, afin de les soumettre à la critique et de préparer leur défense. Ainsi, chacune des parties est mise en mesure de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques que ses adversaires lui opposent. Le principe du contradictoire est à rapprocher des notions de droits de la défense, loyauté, équité et égalité des armes (art. 6-1 CEDH). Applicable à tout moment de la procédure, il implique, entre autres, que les parties échangent leurs conclusions et leurs pièces en temps utile. Aussi la procédure de contrôle T2A présente-t-elle un vide juridique qu'il conviendrait de combler, d'autant plus que cette omission est récurrente.

En effet, suite à la demande de répétition de l'indu (courrier du directeur de la CPAM en date du 31 mai 2007), le Centre Hospitalier de Haguenau a réitéré son opposition et demandé l'exposé de l'argumentaire sur lequel se fonde la demande de répétition d'indu, la communication du rapport de l'UCR ainsi que la communication des voies de recours formelles. Il a ensuite fait l'objet d'une mise en demeure en date du 21 août 2007, telle que prévue à l'article R. 133-9-1 du CSS. Ce texte prévoit que la mise en demeure « *comporte (...) le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées* ». En l'espèce, cette disposition a été

interprétée dans son sens le plus restrictif et le plus administratif. Les seuls argumentaires reçus ont été : « actes à facturer en externe » ou « RSS injustifié », le Directeur de la CPAM ajoutant que « *l'UCR (me) fait savoir que les éléments développés par vos soins ne sont pas de nature à modifier la position des responsables du contrôle.* » Cet argument suffit-il à constituer motivation d'un acte faisant grief ? Si, au plan strictement juridique, il peut paraître suffisant, il semble peu éclairant sur le fond. De plus, aucun des deux courriers ne comportait l'énoncé des voies de recours, comme ce doit être le cas pour toute décision portant grief (l'article précité imposant pourtant la mention du « *délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R. 142-1* ».). Le directeur de la CPAM précise également que le coordonnateur de l'UCR aurait informé que, « *selon le compte-rendu de la réunion de l'UCR au cours de laquelle a eu lieu l'analyse du rapport de contrôle externe au Centre Hospitalier de Haguenau, l'ensemble des avis sur les données de facturation du médecin conseil responsable du contrôle sur site ont été confirmées au vu des données réglementaires en vigueur* ». Le directeur de la CPAM fait ici référence au rapport de synthèse élaboré par l'UCR, cité en première partie. Or, ce rapport, sur lequel se fondent tant la décision de mise en demeure du directeur que la décision de la Commission, n'a pas été transmis au Centre Hospitalier de Haguenau. Les conclusions de l'UCR pourraient-elles lui être opposables sans que soit violé le principe du contradictoire, dans la mesure où l'établissement n'a pu y avoir accès ? Il pourrait alors être permis de s'interroger sur la portée juridique de la décision du directeur de la CPAM.

De la même façon, face à la Commission de recours amiable (CRA), le Centre Hospitalier de Haguenau s'est éprouvé quelque difficulté à obtenir une argumentation exhaustive. La CRA, dans sa décision, estime que le rapport établi à l'issue du contrôle sur site permet de déduire le caractère contradictoire de la procédure. Or, les observations formulées par le Centre Hospitalier de Haguenau en réponse au rapport de contrôle appelaient un débat contradictoire ou, à tout le moins, une réponse précise et argumentée de l'organisme chargé du contrôle. Cependant, en dépit de plusieurs sollicitations, aucune réponse au fond n'a été apportée. Enfin, la décision même de la CRA n'a pas davantage répondu au fond de l'argumentation déployée par le Centre Hospitalier de Haguenau dans son recours amiable du 20 septembre 2007, dans la mesure où elle n'a pas fait suite aux arguments présentés par l'établissement portant sur l'absence de motivation et l'atteinte au principe du contradictoire. Ne pourrait-on y voir une méconnaissance de l'article R-142-4 CSS, selon lequel la Commission de recours amiable « *donne (...) son avis au conseil d'administration [de la caisse], qui statue et notifie sa décision aux intéressés. Cette décision doit être motivée.* »

Il faut souligner que le cas du Centre Hospitalier de Haguenau ne serait pas isolé. En effet, selon la Fédération Hospitalière de France (FHF), les cas ont été nombreux pour

lesquels l'échelon du contrôle médical des caisses ne semble pas avoir fourni les justifications et commentaires permettant d'éclairer ses appréciations et de justifier les demandes de répétition d'indu.

Il en résulte un sentiment de manque de transparence, qui semble avoir frustré l'établissement d'un débat argumentaire qu'il appelait de ses vœux et avoir été vécu comme une incitation au contentieux. En effet, dans les cas où les demandes de répétition de l'indu portent sur des divergences d'appréciation des « normes » (modalités de prise en charge médicale d'un patient en l'absence de références médicales juridiquement opposables ; modalités de hiérarchisation des actes, prise en charge de patients « hors normes », etc), les établissements de santé seront enclins à saisir le TASS pour obtenir, au-delà de l'exonération éventuelle de tout ou partie de la répétition de l'indu, une clarification des règles par le biais de l'expertise technique.

Le stade contentieux ne s'est pas avéré plus satisfaisant. Dans son argumentaire, la CPAM met en avant le « *respect scrupuleux* » de l'article R.133-9-1 du CSS. Or, elle ne fait référence qu'à la première partie de cet article, qui décrit les règles formelles que doit respecter la notification et qui ont effectivement été suivies. La CPAM ne fait pas mention de la suite de l'article, qui mentionne, comme indiqué supra, que doit être énoncé dans la mise en demeure, le motif de rejet des observations présentées, lequel est pourtant effectivement absent. Le « *respect scrupuleux* » de l'article paraît donc sujet à caution. Par ailleurs, la CPAM estime que le principe du contradictoire a été respecté dans la mesure où des échanges ont eu lieu lors du contrôle avec des praticiens et le Directeur du Centre Hospitalier de Haguenau et que ce dernier a signé le rapport sur lequel se fonde la position de la CPAM, l'opportunité de la prise en charge médicale en hospitalisation de jour ayant été discutée sur les cas relevés lors du contrôle. Or, la décision de réclamer un indu n'appartient pas aux médecins conseil mais à l'UCR. Il semblerait cohérent que ce soit avec l'auteur de la décision qu'ait lieu un échange au fond. En outre, pourquoi demander aux établissements de fournir des observations au rapport de contrôle si ces observations n'appellent aucune réponse et ne paraissent prises en considération à aucun moment de la procédure ?

Pourtant, le TASS n'a pas suivi le Centre Hospitalier de Haguenau. Concernant le rapport de contrôle, il relève son contenu (identité des médecins rencontrés, énumération des 323 dossiers examinés, tableau récapitulatif des résultats du contrôle, observations du Centre Hospitalier de Haguenau signées par son directeur, et « *raisons médicales pour lesquelles les dossiers examinés ont été redressés* »). Il fait état des éléments mentionnés dans la notification d'indu du 9 juillet 2007 (rappel du contrôle et montant de l'indu en résultant, tableau récapitulatif, délai d'un mois pour s'acquitter de l'indu,

modalités de mise en demeure avec majoration de 10%, possibilité de présenter des observations). Il effectue le même rappel pour la mise en demeure du 20 août 2007 et indique que la décision de la Commission de Recours Amiable a répondu aux arguments soulevés concernant le non respect de non rétroactivité des lois et règlements, du principe du contradictoire de la motivation de répétition de l'indu, ajoutant qu'il n'est « *pas obligatoire pour la partie adverse (la CPAM) d'adhérer aux griefs avancés* » par le Centre Hospitalier de Haguenau. Il semble donc considérer que le contenu de ces correspondances et la mention « RSS injustifié » constituent une motivation suffisante fournissant les raisons médicales du redressement et qu'une réponse plus développée tendrait à s'apparenter à une adhésion à l'argumentaire du Centre Hospitalier de Haguenau. De même, il ne juge pas problématique que les voies de recours n'aient été mentionnées qu'au niveau de la mise en demeure et non lors de la notification d'indu qui est pourtant une décision faisant grief. Enfin, énumérant la liste des courriers envoyés par le Centre Hospitalier de Haguenau à la CPAM dans lesquels l'établissement faisait valoir ses observations, il en déduit que le principe du contradictoire a été respecté. Le fait qu'une réponse y soit apportée ou non ne semble pas avoir d'importance, la possibilité de s'exprimer suffit. Cette interprétation du principe du contradictoire paraît relativement restrictive et littérale.

B) Le respect du principe de non-rétroactivité des lois et règlements

La non-rétroactivité des lois et règlements constitue un principe général du droit, opposable tant en droit public (Conseil d'Etat, 25 juin 1948, *Société du Journal « L'Aurore »*) qu'en droit privé (article 2 du Code Civil). Aucune dérogation à ce principe n'est admise en droit français.

Le contrôle réalisé en septembre 2006 au Centre Hospitalier de Haguenau sur les données d'activité 2005 portait intégralement sur des prises en charge de moins d'une journée. Les dossiers y afférents ont donc été constitués antérieurement à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 5 mars 2006 et de parution de sa circulaire du 31 août 2006, dite circulaire frontière. Or, ces deux textes d'application sont indispensables pour éclairer les conditions de facturation des GHS de la CMD 24 et circonscrire la notion des prises en charge hospitalières de moins d'une journée par la détermination de trois critères<sup>3</sup>. La circulaire indique « *il s'agit dans tous les cas de rappeler aux établissements*

---

<sup>3</sup> « Un GHS ne peut être facturé que si l'état de santé [du patient] présente les caractéristiques suivantes : *un caractère instable, ou que le diagnostic reste incertain ; nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ; nécessite la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.* »

*publics et privés les critères qui seront retenus pour juger du bien-fondé de leur facturation à l'occasion des contrôles qui leur seront appliqués, conformément à l'article L162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale notamment*». Il est possible de s'interroger sur le fait de savoir si les éléments réglementaires antérieurs se suffisaient à eux-mêmes.

La contestation du Centre Hospitalier de Haguenau pour non respect du principe de non rétroactivité ne portait pas là sur le principe même des contrôles et des décisions de répétition de l'indu, pour lesquels les textes sont très antérieurs à 2006. La question de la rétroactivité concerne les critères appliqués, définis postérieurement à la date de prise en charge médicale. Rappelons que l'arrêté du 31 décembre 2003 fondant les contrôles T2A ne définit pas ce qui relève de l'activité externe et ne fournit aucune indication au sujet de la facturation de ces séjours de moins de 24 heures. A la date de ces prises en charge, les praticiens ne disposaient d'aucune information particulière à cet égard. Or, les conditions de facturation en hospitalisation de tels séjours sont apparues suffisamment délicates pour que les pouvoirs publics aient éprouvé la nécessité d'apporter une clarification, via une circulaire et un courrier d'accompagnement. Ce dernier, signé par la DHOS, indique d'ailleurs que la circulaire-frontière « *est destinée à préciser les conditions de facturation des séjours hospitaliers de moins d'une journée* », preuve qu'un tel éclairage était indispensable, d'autant plus que le ministère ajoute, dans ce même courrier, que « *compte tenu du nombre important de textes nouvellement publiés, il est possible que certaines consignes ne soient pas identifiées par les établissements (...)*. Et de préciser qu'il en est ainsi des « *nouveaux GHS relatifs à des prestations hospitalières pour des patients « ambulants* » ». Ce besoin de clarification, manifeste en septembre 2006, ne l'était-il pas autant en 2005 ? Il ne semblerait pas illégitime d'attendre de la part des médecins conseil qu'ils tiennent compte, dans leur appréciation du codage, de l'absence de tout référentiel face à des modalités de facturation parfois aléatoires.

Comme en a témoigné l'un des praticiens du Centre Hospitalier de Haguenau, il est également parfois arrivé que les médecins conseil examinent les séjours contestés à l'aune des critères définis par les textes de 2006, alors que le respect du principe de non-rétroactivité induisait naturellement qu'ils n'étaient pas opposables. La demande de répétition d'indu relative aux séjours concernés se verrait dès lors privée de base légale.

Aux dires de la CPAM, les contrôles effectués par les praticiens conseil en 2006 se sont appuyés sur le décret n° 92-1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures de soins alternatives à

l'hospitalisation, qui a intégré au CSP l'article D.712-30 traitant des prestations « *équivalant par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ». Selon le rapport de contrôle, les séjours concernés ne correspondaient pas à ces critères. La CPAM rappelle que le rapport de contrôle ne fait nullement référence aux dispositions de l'arrêté du 5 mars 2006 ni à celles de la circulaire du 31 août 2006, mais se fonde exclusivement sur la distinction entre hospitalisation et soins externes définis par les décrets de 1992. Les critères de contrôle seraient donc bien antérieurs aux actes visés pour l'année 2005. Elle ajoute dans son argumentaire que « *Les dispositions prévues par ce décret sont donc bien antérieures aux contrôles effectués et sont d'une évidence telle qu'elles ont été reconduites par le décret du 20 juillet 2005* ». Cette évidence laisse songeur : en effet, le législateur tend plutôt à revenir sur un point donné dans les cas où ce dernier est générateur de confusion et d'incompréhension, et non pas lorsqu'il tombe sous le sens. Les dispositions de ce décret indiquent que sont réalisées en hospitalisation de jour les prestations « *équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet* ». Ce critère semble médicalement bien délicat à estimer, de façon sans doute variable d'un praticien à l'autre, et fait référence à des habitudes dont on ignore qui est compétent pour les fixer. Ces dispositions semblent bien plutôt caractérisées par leur notable absence de précision que par leur évidence...

Sur ce point, la réponse du TASS, qui sursoit à statuer, ne tranche pas réellement le fond du problème. Ce dernier a ordonné une expertise médicale afin de déterminer si les 111 dossiers contestés relèvent ou non d'une prise en charge en hospitalisation. Mais il charge également l'expert médical de déterminer si les textes au vu desquels les dossiers ont été contrôlés étaient bien en vigueur à ce moment. Le jugement est ainsi libellé : le tribunal « *ordonne une expertise médicale aux fins :*

- (...) *de dire si les 111 dossiers contestés par le Centre Hospitalier de Haguenau relèvent d'une prise en charge en hospitalisation ou, sinon laquelle ?*
- *De dire si les 111 dossiers contestés par le Centre Hospitalier de Haguenau ont été contrôlés et redressés en application des textes en vigueur lors du contrôle ou, sinon lesquels ?*

*La confie au Docteur PETON Patrick, Médecin légiste (...) »*

Il semble étonnant de confier à un expert médical la question de savoir quels étaient les textes applicables au moment du contrôle. Ce problème est purement juridique : en

quoi la compétence médicale s'y étendrait-elle ? Le risque est alors de maintenir le flou interprétatif dans lequel cette matière se trouve.

### C) Stabilité normative, sécurité juridique et lisibilité des règles

Si le principe de la T2A peut sembler simple, consistant à lier le financement des établissements à leur activité via le codage de cette dernière, sa mise en oeuvre s'avère d'une complexité certaine. En témoigne la multiplication des textes afférents au contrôle depuis 2004. Le *Guide du contrôle externe régional de la production des informations médico-administratives* a fait l'objet de trois versions à ce jour (octobre 2004, décembre 2006 et août 2007). Quant au *Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique*, il a fait l'objet de deux versions (janvier 2004 et février 2006) et sera sans doute modifié avec le passage à la nouvelle classification des GHM. Le législateur, de son côté, a multiplié les interventions normatives. Citons le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 pris pour l'application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, la circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 18 décembre 2005 relative à la mise en oeuvre du dispositif de contrôle régional dans le cadre de la T2A et la lettre DHOS/F1 n° 2027 du 12 janvier 2006 y afférent, le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, l'instruction DHOS du 16 novembre 2006 relative à l'arrêté « prestations » du 25 août 2006 et aux nouvelles prestations de soins externes, le décret n° 2006-1591 du 13 décembre 2006 relatif à la procédure de recouvrement des indus et des pénalités et modifiant le code de la sécurité sociale, la circulaire DSS n°2007-73 du 21 février 2007 relative à l'application de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale sur la récupération des indus des assurés sociaux, la circulaire DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 relative à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité, le décret n° 2008-710 du 16 juillet 2008 relatif aux sanctions financières liées au contrôle des établissements de santé, la circulaire DHOS/F/ATIH/2008 n° 228 du 18 juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008 et au bilan de la campagne de contrôle 2007... Dans cette même veine, l'article L.1362-22-6 CSS a fait l'objet d'un nombre d'arrêtés étonnant : arrêté du 31 janvier 2005, remplacé par ceux du 6 septembre 2005, du 5 mars 2006 puis du 27 février 2007 et du 25 février 2008.

Ce foisonnement normatif témoigne de la fragilité conceptuelle du système. Les établissements de santé se trouvent confrontés à des normes mouvantes, parfois incomplètes, souvent imprécises. Il en résulte une forme d'insécurité juridique, que l'absence actuelle de jurisprudence ne contribue pas à atténuer. Dans l'attente d'une stabilisation de ce contexte, il semblerait logique que le doute profite aux établissements

de santé dès lors que la norme applicable ne s'impose pas avec une clarté dénuée de toute ambiguïté.

Par ailleurs, afin de pallier ces incertitudes, il paraîtrait opportun de donner au contrôle une visée pédagogique permettant aux établissements de progresser dans leur compréhension et dans leur application des règles de tarification. Or, l'Assurance Maladie ne semble pas avoir intégré cette dimension dans sa pratique.

### **2.1.2 Une optique de contrôle dénuée de perspective pédagogique et exclusivement axée sur la répression**

Le Centre Hospitalier de Haguenau s'est trouvé confronté au silence de l'UCR face à ses observations de même qu'à l'absence de motivation de la répétition d'indu dont il a fait l'objet.

Alors que les observations au rapport de contrôle ont été élaborées en concertation avec la communauté médicale de l'établissement, il n'a pas été possible de communiquer auprès des représentants du corps médical sur les raisons des requalifications opérées sur les séjours hospitaliers. Par ailleurs, il a été dénombré au Centre Hospitalier de Haguenau 19 dossiers refusés par le médecin conseil, et pour lesquels aucun indu n'a été réclamé sans qu'aucune explication ne soit donnée. Fallait-il en déduire qu'ils étaient finalement acceptés ? Si oui, sur quelle base, pour quel motif ? Ni l'UCR, ni l'assurance-maladie ne l'ont explicitement indiqué. De plus, dans 10 de ces cas indécis, l'état de santé du patient et les modalités de sa prise en charge étaient équivalentes à ceux de dossiers rejetés pour lesquels un indu était réclamé. La confusion est donc grande : quelles conclusions en tirer ? Quelle conduite à adopter à l'avenir ?

Le Centre Hospitalier de Haguenau espérait obtenir une prise de position claire et généralisable sur la définition d'une prise en charge en hospitalisation de jour ainsi que sur sa légitimité médicale et soignante. Un tel positionnement apparaît indispensable à la modification des pratiques de prise en charge et à la visibilité, et à la clarté des règles applicables. En effet, si aucune justification médicale n'est fournie à des praticiens de bonne foi, pourquoi modifieraient-ils des pratiques qu'ils estiment médicalement fondées ? Ils pourraient même considérer que leur pratique est non seulement médicalement justifiée mais qu'y renoncer exposerait le patient à un risque sanitaire et eux-mêmes, par voie de conséquence, à un risque juridique par engagement de leur responsabilité médicale.

De ce fait, lors d'un prochain contrôle, les mêmes erreurs sont vouées à se répéter. L'Assurance Maladie pourrait alors en déduire une intention de l'escroquer, ce qui soumettrait l'établissement au risque de poursuites pénales. Or, le chef d'établissement,

face aux règles de l'art médical et de la déontologie, se trouve dans une situation difficile pour imposer un mode de prise en charge à un praticien. Dans ce contexte, il paraît inconcevable que certaines atermoiements de communication, puissent avoir des répercussions sur la qualité de prise en charge des patients.

Or, comme en témoignent les orientations des campagnes de contrôle affichées par l'Assurance Maladie, cette dernière se situe clairement dans une perspective répressive. Ce positionnement, du fait de son caractère exclusif, pourrait avoir des effets contre-productifs dans le sens où il pousse à la confrontation et au contentieux et entretient la confusion dans un domaine dont la complexité a largement été soulignée, alors qu'il conviendrait de chercher à favoriser une évolution des pratiques harmonisée au plan national, visant à optimiser le financement des établissements de santé sur une base d'équité et d'encouragement à la vertu tant soignante et médicale que financière.

Afin de prévenir les désaccords, une Charte des engagements de l'assurance-maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés signée par l'UNCAM la DHOS, la DSS et toutes les fédérations hospitalières a été publiée (cf annexe 4). Divisée en trois parties, elle préconise des principes de bonne conduite à appliquer au cours des contrôles contentieux. Par définition, une charte constitue uniquement un engagement moral dépourvu de force juridique, dont le non-respect reste sans conséquence. En effet, ce texte prévoit notamment la communication du bilan annuel de l'UCR aux établissements, ce qui n'a pas été fait en pratique alors que cette mesure semble relever du plus élémentaire bon sens. Une telle charte semble donc insuffisamment incitative et gagnerait à être complétée par des obligations plus fermes et à être juridiquement opposable afin qu'elle ne reste pas lettre morte.

S'il semble pertinent d'élargir les objectifs de l'Assurance Maladie vers une perspective pédagogique et préventive plus constructive, la réflexion peut être développée au-delà du contrôle externe en lui-même. Il serait intéressant de réfléchir à une mutualisation, au niveau national, des retours d'expériences issues de ces contrôles. Les difficultés rencontrées par les établissements pourraient faire l'objet d'une remontée (par exemple auprès de l'ATIH) afin d'être débattues et solutionnées collégalement et non de façon isolée à l'échelon local. Le fruit de ces réflexions collectives permettrait de faire évoluer le Guide du contrôle externe régional de façon transparente, consensuelle et concertée.

Une réflexion globale paraît d'autant plus pertinente que le contrôle externe soulève des questions délicates dont la réponse ne peut relever exclusivement de l'assurance-maladie.

### 2.1.3 Des interrogations médicales, sociétales et politiques qui appellent des réponses que l'assurance-maladie n'a pas seule légitimité à fournir

#### A) La délicate définition du périmètre des « actes frontière »

Depuis plusieurs années, l'activité ambulatoire a fait l'objet de nombreuses politiques incitatives, de type réglementaires, contractuelles ou tarifaires. Or, depuis la mise en œuvre des contrôles en 2006, les séjours de moins de 24 heures ont chaque année figuré en bonne place parmi les priorités nationales de ciblage, l'Assurance Maladie s'attachant à rechercher les cas où la prise en charge aurait dû relever d'un acte externe, bien moins rémunérateur qu'un GHS, et non d'une hospitalisation. Aussi, dans ce contexte national, le recours à la circulaire frontière du 31 août 2006 dans l'argumentaire des contrôleurs pour sanctionner l'activité ambulatoire a été perçue « *comme un véritable coup bas* »<sup>4</sup> par de nombreux établissements. Certes, la circulaire se donne la peine de préciser : « *Toutefois, afin d'obtenir le respect de ces normes de la part des établissements, sans pour autant les amener à freiner ou désinciter la pratique de l'activité ambulatoire, les sanctions éventuelles qui résulteraient d'un contrôle objectivant cette pratique en dehors d'une structure individualisée conforme à l'article D.6124-301 seront examinées de manière circonstanciée* »... Dans la pratique, le caractère circonstancié desdits examens, appliqués à une matière délicate (le qualificatif d'actes « frontière » révèle bien la difficulté à en définir le périmètre) semble avoir été apprécié fort différemment entre établissements et contrôleurs. Lors des contrôles, les désaccords liés à des interprétations différentes des cas cliniques semblent avoir été monnaie courante. Certes, l'ambiguïté n'est pas de mise dans les cas où il était avéré que la pratique constituait une dérive à visée uniquement économique (par exemple, exérèse d'un naevus, rapportant 300 euros en ambulatoire et seulement 20 en externe). Mais bien souvent, comme en témoigne l'exemple du Centre Hospitalier de Haguenau, il s'agissait avant tout de divergences de points de vue médicaux.

Sur les 296 dossiers déclassés par les médecins conseil à la suite du contrôle sur site, le Centre Hospitalier de Haguenau en a contesté 111, dont il a estimé qu'ils relevaient effectivement d'une prise en charge en hospitalisation. Les praticiens concernés ont fourni des argumentaires précis et structuré, justifiant de la nécessité de l'hospitalisation des patients concernés. En ophtalmologie, les 13 dossiers contestés concernaient des patients caractérisés par leur éloignement géographique (résidents

---

<sup>4</sup> Extrait de la publication « Contrôles Codage T2A », Fédération Hospitalière de France, 2007

mosellans) et leur âge supérieur à la moyenne des patients pris en charge dans l'unité, ce qui implique une obligation de surveillance particulière. En pédiatrie, il s'agissait d'actes médicaux associés à des sédations sur enfants dans un contexte multidisciplinaire. La mise en œuvre d'une surveillance médicale et soignante particulière, l'accès à un plateau technique et la nécessité d'un environnement hospitalier sécurisé rendent nécessaire, du point de vue des cliniciens réalisant ces prises en charge, l'hospitalisation des patients concernés. L'un des praticiens du Centre Hospitalier de Haguenau a d'ailleurs vivement réagi et s'est fendu d'un courrier au médecin inspecteur, revendiquant la justification médicale du test au synacthène en pédiatrie. Il a explicitement mentionné qu'il entendait maintenir ce test en hôpital de jour. Le médecin conseil a fait part de la transmission à l'UCR de cette question, qui, comme les autres, est restée sans réponse. En médecine interne, les séjours concernaient des perfusions longues de corticoïdes (6 heures) et la réalisation de certains actes longs et nécessitant une surveillance soignante continue. (saignées, tests au glucagon ou au Modopar...). Dans certains cas, le patient doit être présent dès huit heures du matin, ce qui implique de prévoir une prise en charge programmée, avec une disponibilité du patient immédiate. Il peut s'avérer nécessaire de contrôler les allées et venues du patient, par exemple lors d'un test de déshydratation, pour l'empêcher d'aller boire. Enfin, certains tests sont susceptibles de provoquer des effets secondaires (nausées, malaises, céphalées, ...): une surveillance infirmière continue est donc nécessaire. Un environnement hospitalier immédiat constitue alors un gage de sécurité pour le patient.

Ces prises en charge correspondent aux « *prises en charge médicales* » définies comme « *justifiant le recours à une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin* » et ne nécessitant pas « *d'environnement technique particulier* » et explicitement identifiées par la circulaire comme propres à concentrer les difficultés pratiques pour fixer la frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge relevant de l'activité externe. Certes, toujours d'après la circulaire, dans les cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique un GHS ne peut être facturé que lorsqu'une telle surveillance n'est pas requise chez un patient habituel. Il s'agit donc d'une surveillance prolongée en raison par exemple du terrain à risque du patient. Ce texte ajoute que « *les actes qui requièrent dans tous les cas une surveillance médicale prolongée ne justifient pas la facturation d'un GHS, le tarif de l'acte réalisé en externe intégrant la rémunération de la surveillance. La durée, normale ou prolongée, d'un acte s'entend donc par référence à la durée moyenne de l'acte réalisé chez un patient habituel* ».

Cet effort de définition, aussi louable et nécessaire soit-il, comporte encore beaucoup d'imprécision (« *patient habituel* », « *terrain à risque* », « *durée moyenne* »...),

laquelle ne peut, et ne doit, pas être résorbée, sans quoi la pratique médicale perdrait sa raison d'être. Les textes n'ont pas vocation à se substituer à l'examen par un praticien diplômé et à la prise de décision au cas par cas, selon des critères d'opportunité médicale. Si la pratique médicale communément admise par les professionnels de santé se définit comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient, ce principe doit être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée « en externe » peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée. Seul le praticien responsable de la prise en charge est in fine habilité à en juger. La circulaire ne dit pas le contraire lorsqu'elle souligne que « *dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité externe* ».

La contestation présentée par le Centre Hospitalier de Haguenau portait donc bien, non pas sur les seuls éléments de facturation, mais sur l'opportunité médicale de prise en charge en hospitalisation des patients concernés, que les praticiens de l'établissement ont estimée nécessaire en termes de sécurité et de qualité des soins pour les malades. Rappelons en passant que l'article D.6124-301 du CSP, qui indique que la prise en charge d'un patient en hospitalisation de jour dépend de son état de santé, garde une portée juridique supérieure à celle d'une circulaire, qu'elle revête un caractère simplement interprétatif, ou nettement impératif. Dans tous les cas, ce sont l'état de santé du patient et l'importance de la mobilisation des ressources qui doivent guider la décision de procéder ou non à une hospitalisation. Or, ce principe fondamental semble parfois avoir été quelque peu perdu de vue lors des contrôles.

Compte tenu de ce contexte, l'établissement a demandé qu'une expertise technique portant sur l'interprétation des modalités de prise en charge des patients concernés soit diligentée, demande à laquelle le TASS a fait droit (les dossiers sont en cours d'expertise à l'heure actuelle).

#### B) Normalisation versus individualisation de la prise en charge

Il n'existe aucune définition juridique précise des notions d'hospitalisation, soins externes ou actes habituellement réalisés en médecine de ville. La FHF a dénoncé l'application mécanique des critères de la circulaire frontière par les contrôleurs, alors que la norme doit être appliquée en fonction de l'état de chaque patient. Il n'est pas possible de construire des listes d'actes, car hormis les activités strictement chirurgicales, c'est

surtout le contexte de la prise en charge qui justifie ou non l'hospitalisation. Cet aléa concerne de nombreux actes pratiqués sous anesthésie et de diagnostic, invasifs ou non, susceptibles de complications et qui imposent une surveillance post-interventionnelle (ou au moins de vérifier que la personne dispose d'un environnement sécurisant avant son retour à domicile). C'est la qualité des soins qui est ici en jeu, ainsi que l'éthique professionnelle et personnelle de chaque praticien. Une application uniforme de critères de prise en charge serait perçue comme une volonté de l'Assurance Maladie d'imposer des normes et des référentiels au détriment de la nécessaire individualisation de chaque prise en charge. L'Assurance Maladie outrepasserait alors ses compétences qui ne s'étendent pas au domaine clinique.

Certes, face aux progrès rapides des connaissances médicales et la croissance du nombre des publications, l'individualisation de la prise en charge n'est pas incompatible avec la réflexion autour de critères communs et de la synthèse des informations disponibles. La légitimité de l'instance fixant des recommandations doit alors être largement reconnue et respectée pour que ces dernières aient une véritable valeur. On peut penser ici aux conférences de consensus. Il s'agit d'une démarche rigoureuse et explicite pratiquée par le milieu médical selon une méthodologie élaborée par la Haute Autorité de Santé (HAS), débouchant sur des recommandations sur un thème précis<sup>5</sup>. Ce travail permet de définir une stratégie médicale optimale en fonction de l'état actuel de « l'art », précisant ce qui est approprié de ce qui ne l'est pas et ce qui doit faire l'objet d'études complémentaires. La réalisation d'une conférence de consensus est particulièrement adaptée lorsqu'il existe une controverse professionnelle forte, justifiant une synthèse des données disponibles, une présentation des avis des experts du thème, un débat public, puis une prise de position de la part d'un jury indépendant. Un guide réalisé par la HAS à ce sujet mentionne explicitement que le promoteur d'une conférence de consensus peut être un organisme d'Assurance Maladie. Aussi, dans les cas où le contrôle externe fait surgir des difficultés d'ordre médical, un recours aux résultats de ces

---

<sup>5</sup> La démarche de la conférence de consensus repose sur une analyse et une synthèse objective de la littérature scientifique, des avis d'experts et de professionnels et des enquêtes de pratiques. Son objectif est d'émettre des « *recommandations médicales et professionnelles* » qui pourront être utilisées pour établir des références médicales, c'est à dire des « *standards de pratique déterminant ce qui est approprié et/ou inapproprié de faire, lors de la mise en œuvre de stratégies préventives, diagnostiques et/ou thérapeutiques dans des situations cliniques données* ». Les recommandations sont rédigées en toute indépendance par un jury dans le cadre d'un huis clos de 48 heures faisant immédiatement suite à une réunion publique. Le déroulement de la séance publique tient à la fois de la conférence scientifique (avec établissement du degré de preuve scientifique des éléments de réponses), du débat démocratique durant lequel chaque participant (les experts et l'auditoire présent) peut exprimer son point de vue, et du modèle judiciaire avec l'intervention d'un Jury. Celui-ci, multidisciplinaire et multiprofessionnel, établit les recommandations, de la manière la plus indépendante et la plus objective possible, en distinguant ce qui relève de la preuve scientifique, de la présomption et de la pratique usuelle.

conférences, voire l'organisation de nouvelles conférences pourraient être envisagés et formalisés.

Par ailleurs, certains dossiers rejetés du Centre Hospitalier de Haguenau appellent une mention particulière. Parmi les dossiers d'ophtalmologie rejetés par l'assurance-maladie, 13 d'entre eux (cas de patients pris en charge pour bilan pré-opératoire ) concernaient des patients résidant en Moselle, dont le temps de transport était supérieur ou égal à une heure et dont l'âge était supérieur à la moyenne des patients du service. Ici, la problématique sociale tend à prendre le pas sur la question purement médicale. Elle mérite d'autant plus d'attention que les phénomènes de regroupement et de concentration des plateaux techniques hospitaliers, déjà bien engagés, vont rendre les réflexions sur les délais d'accès à ces derniers plus prégnantes encore à l'avenir. L'article L.6112-2 du CSP fait obligation aux établissements de santé de veiller à la continuité des soins « *en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaire à la poursuite de leur traitement* ». Ethiquement et juridiquement, les établissements de santé ne sauraient renvoyer à domicile un patient âgé, confus, isolé, résidant dans un désert médical. Le personnel hospitalier est responsable de l'évaluation de « l'aptitude à la rue ». Certaines situations alourdissent la prise en charge, comme la précarité sociale, le suivi psychologique ou l'isolement géographique. De ce fait, un certain nombre d'hospitalisations de jour ne correspondraient plus aux critères de la circulaire-frontière. Ces dossiers ont été mis à la contestation dans le but que l'UCR tranche sur la possibilité d'une hospitalisation de jour de tels patients. Faute de financement adéquat, les hôpitaux doivent-ils y renoncer ?

Il s'agit là d'un débat bien davantage sociétal que médical, qu'il n'appartient probablement pas aux caisses d'assurance-maladie de trancher. Nous sommes là en plein cœur de l'approche appelée de ses vœux par le Comité Consultatif d'Ethique, lorsqu'il estime que tout arbitrage économique, intervenant dans le champ de la santé et impactant l'accès aux soins, « *relève d'un débat de société, (et) présente une dimension politique* »<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> In Avis N°101 du CCNE, « Santé, éthique et argent : les enjeux éthiques de la contrainte budgétaire sur les dépenses de santé en milieu hospitalier », 28 juin 2007.

#### **2.1.4 Le ciblage : facteur d'iniquité en termes d'équilibre économique ?**

Compte tenu du contexte budgétaire contraint qui est aujourd'hui celui des établissements de santé, l'impact financier des contrôles T2A n'est pas négligeable, loin s'en faut. Aussi ces contrôles doivent-ils être pensés à l'aune de la philosophie globale qui préside au financement des hôpitaux. Rappelons-en ici quelques principes. La mise en œuvre de la T2A a impliqué de mettre en œuvre une mesure analytique des coûts des établissements et d'identifier les facteurs de formation des coûts, afin de déterminer les tarifs des différents actes et prestations. Cette mission est dévolue à l'ENCC, Etude nationale des Coûts Commune, qui remplit trois objectifs :

- la construction d'une échelle de coûts par GHM, révisée annuellement, fondement des tarifs utilisés pour le financement des établissements ;
- la publication de coûts moyens par GHM, décomposés par grands postes de charges, auxquels les établissements peuvent comparer leurs propres coûts, pour leur gestion interne ;
- la constitution d'une base de données utilisée pour les travaux assurant l'évolution de la classification des GHM.

La méthodologie employée par l'ENCC a vocation à aboutir à la production d'un coût de séjour MCO le plus complet et le plus précis possible, et qui permettent in fine d'établir un modèle d'allocation budgétaire cohérent. Sur la base de l'échelle de coûts ainsi déterminés par l'ENCC, sont fixés les tarifs de prestations nationaux (GHS). Malgré son caractère exemplaire, l'évolution des dépenses réelles par séjour, qui suit les changements sensibles de la prise en charge médicale, creuse l'écart avec les tarifs qui accuseront toujours un temps de retard par rapport à la réalité des coûts. La justesse des coûts constatée reste approximative, et partant, les tarifs pratiqués aussi. Les tarifs sont un compromis, ils ne sont qu'un reflet de la réalité des coûts. La recherche d'une valorisation plus précise, qui se poursuit aujourd'hui à travers la V11, est louable mais il restera toujours un décalage avec une réalité très complexe à décrire. Certaines unités peuvent se situer dans une tranche de tarifs survalorisés, ce qui constitue certes un effet d'aubaine, mais d'autres unités peuvent se voir appliquées des tarifs sous-évalués du fait des faiblesses de leur construction. Il faut mettre les structures à l'abri de cette situation. La notion de taille critique ne peut être atteinte à l'échelle d'une unité ou d'une activité. Or, le ciblage effectué dans le cadre du contrôle externe semble aller dans le sens d'une accentuation de ces failles.

La facturation d'un GHS vient rémunérer un établissement pour une prise en charge à un tarif moyen, calculé par l'ENCC sur la base d'un coût moyen et adossé à une durée

de prise en charge standard. Ce qui signifie que le coût réel de prise en charge peut être supérieur ou inférieur à ce coût moyen. L'échelle de dispersion des occurrences étant parfois très significative, il est d'ailleurs indispensable d'avoir recours à des outils de redressements statistiques. Logiquement, l'équilibre budgétaire de l'établissement repose sur une moyenne entre séjours plus coûteux et séjours moins coûteux que le GHS correspondant sur l'ensemble de son activité.

La durée de séjour est l'un des éléments qui impactent le plus le coût d'une prise en charge. Les séjours de moins de 24 heures, bien que le GHS correspondant tienne compte de leur courte durée, font partie des séjours les plus « rentables » pour un établissement. C'est grâce à ce type d'activité qu'un établissement peut faire face aux dépenses engendrées par des prises en charge dont la lourdeur et la complexité excèdent la moyenne et impliquent des durées de séjours étendues, mal valorisées financièrement. Or, les séjours de moins de 24 heures constituent, on l'a vu, l'une des cibles privilégiées des contrôles. En focalisant de cette façon son contrôle sur des séjours qui, en ce qu'ils sont tendanciellement moins coûteux, permettent, à ce titre, aux établissements de compenser des surcoûts non financés, elle remet en cause le principe même du calcul d'un coût moyen. Si l'on retranche du calcul du coût moyen d'un GHM les séjours les moins coûteux, ce coût moyen augmente mécaniquement. Il s'ensuit que le fait de cibler les séjours les moins coûteux en fonction de leur seule durée tend à obérer les règles concourant à l'équilibre financier global des établissements. Il convient de relever que, du fait de l'intégration des séjours de très courte durée (ancienne CMD 24) dans les catégories majeures de diagnostic, ce phénomène risque de s'accroître. Les graphes à bulles en annexe (5) permettent d'illustrer ce propos :

De la même façon, au sein même des GHM, il semblerait que l'Assurance Maladie tende à poser des règles de ciblage (notamment en fonction des actes non classants) qui évincent du contrôle les séjours qui rassemblent un nombre d'actes important, donc plus coûteux. Sont contrôlés en priorités les séjours les plus « simples », donc les plus rentables. Le contrôle porte sur la frange basse des GHM. Apparaissent également systématiquement parmi les priorités nationales de ciblage les séjours avec CMA et CMAS. Ces séjours sont visés car particulièrement susceptibles d'erreur, du fait de la complexité de codage liées aux comorbidités associées et/ou sévères. L'Assurance Maladie priorise donc les séjours dont les cas de redressement seront fréquents et l'indu demandé élevé.

Il ressort de ce qui précède que la philosophie du ciblage par l'Assurance Maladie semble particulièrement inéquitable : cette logique poussée à son terme présente une

mise en danger de la viabilité financière des établissements de santé. Or, ces derniers sont soumis de façon de plus en plus pressante à un impératif d'équilibre financier. Rappelons le discours de M. le Président de la République sur le thème de la réforme de l'hôpital prononcé à Neufchâteau le 17 avril 2008, indiquant que les hôpitaux doivent « être tous à l'équilibre d'exploitation d'ici 2012. » La réalisation de cet objectif, fixé au plus haut niveau de l'Etat, implique que soient posées des règles transparentes, justes et acceptées par tous. Il semble parfaitement justifié de cibler, par exemple, les actes pour lesquels les établissements ne disposeraient pas d'autorisation, car d'une part les autorisations sont délivrées au niveau régional dans le cadre d'une politique sanitaire de territoire visant à répartir au mieux l'offre de soin et d'autre part les activités autorisées sont financées par une enveloppe régionale limitative. En revanche, cibler des actes dans l'objectif purement financier de récupérer un montant d'indu le plus élevé possible, sans égard pour la logique financière qui préside à l'équilibre des budgets hospitaliers, suscite à juste titre un certain émoi au sein des directions financières des hôpitaux.

L'évolution des priorités de ciblage se heurte cependant à un obstacle organisationnel relatif au positionnement de l'Assurance Maladie. Cette dernière, en effet, est juge et partie en la matière : l'Assurance Maladie est le premier financeur des établissements de santé, et, en l'occurrence, l'organisme contrôleur du bon usage des deniers qu'elle distribue. Rappelons que l'UCR est, selon les textes, composée à majorité de membres issus de l'Assurance Maladie. Ne peut-on y voir là un conflit d'intérêt, qui pourrait expliquer en partie certaines orientations des contrôles ? Cette distribution des rôles n'est éminemment pas satisfaisante et demande réflexion.

Il conviendrait de réfléchir à une instance de décision permettant la tenue d'un débat préalable. Dans une telle phase pré-contentieuse, tous les acteurs concernés devraient être représentés : des représentants de l'Assurance Maladie et de l'ARH, les médecins de DIM et les instances dirigeantes des établissements de santé. Pourrait être envisagée, par exemple, l'instauration de modalités arbitrales entre ces acteurs. Une représentativité équilibrée est garante de légitimité : les décisions d'une instance considérée par tous comme équitablement représentative de tous les intérêts en présence seront bien plus difficilement sujettes à contestation. Cette instance aurait également autorité pour assurer la transparence de la procédure et le respect du contradictoire : la communication aux établissements du rapport de l'UCR ou le déclenchement d'une expertise pourraient relever de sa compétence.

## **2.2 Du point de vue des établissements : retenir les enseignements**

### **2.2.1 Le positionnement du praticien responsable du DIM**

#### A) Une responsabilité aux contours flous dans le cadre du contrôle externe

Dans le cadre du contrôle externe, le médecin du Département de l'Information Médicale apparaît comme ayant essentiellement un rôle technique, consistant à réaliser le rapprochement entre le dossier médical et le RSS correspondant, la centralisation des dossiers médicaux et administratifs correspondant aux numéros de RSS tirés au sort, l'extraction et l'anonymisation via les logiciels fournis, la mise à disposition des dossiers dans le local dédié. Comme indiqué en première partie, à l'issue du contrôle sur place, une concertation doit avoir lieu entre le médecin contrôleur et le médecin du DIM. Puis ce dernier signe le document issu de cette concertation. Or, la valeur de ce paraphe pose question.

Dans les faits, lors du contrôle de 2006 au Centre Hospitalier de Haguenau, la signature du médecin de DIM n'a effectivement pas semblé valoir acquiescement aux remarques du contrôle médical. Les désaccords dont le médecin de DIM a fait part à ce moment (portant sur 76 dossiers) ont été modifiés par le chef d'établissement dans sa rédaction des observations au rapport de contrôle (111 dossiers portés à la contestation in fine). Il convient de rappeler que l'organisation et les conditions dans lesquelles se déroule l'hospitalisation relèvent de la compétence – et donc de la responsabilité - du chef d'établissement. La signature du DIM semble alors avoir simplement vocation à prouver que la concertation a eu lieu, sans présumer de l'avis de l'établissement sur ces conclusions. A cette étape du contrôle, le rôle du DIM se cantonnerait à celui de double regard, de témoin servant de preuve concernant le déroulement de la procédure, le contenu des dossiers, bref des aspects matériels et techniques. Cette situation semble logique, l'élément déclencheur de la facturation d'un GHS étant l'admission en hospitalisation, qui ne relève pas de la décision du médecin responsable du DIM, mais de la décision du médecin ayant examiné le patient et de la responsabilité du directeur.

Par conséquent, la « concertation » médecin DIM/médecin conseil, au cours de laquelle est passée en revue l'intégralité des dossiers rejetés afin que le praticien du DIM prononce son accord ou son désaccord avec l'avis du médecin-conseil, semble dénuée d'intérêt : pourquoi reprendre et analyser les séjours qui posent problème puisque le médecin du DIM n'a ni la légitimité médicale pour débattre des questions de fond (il n'est pas responsable de la prise en charge médicale), ni autorité hiérarchique sur ses

collègues en matière de codage ou de tenue des dossiers patients (ce qui lui aurait valu de répondre pour eux des erreurs de codage) ?

C'est donc bien plutôt avec les praticiens concernés que la concertation devrait être obligatoire, en présence du directeur ou de son représentant. Le fait qu'ils accompagnent le praticien du DIM lors de la discussion des dossiers ne devrait pas être une simple faculté, mais une obligation procédurale, garante du respect du contradictoire au plan juridique, et au plan interne respectueuse de la répartition des compétences de chaque acteur. Or, lors des deux contrôles qui ont été menés au Centre Hospitalier de Haguenau, le DIM a déploré l'insuffisance des dialogues entre praticiens et médecins-conseil. Le cadre temporel des contrôles et la méthodologie des médecins-conseil n'a pas permis le développement d'un réel échange, ce qui l'a contraint à sortir de son rôle technique pour investir le champ du débat médical. Pour autant, on pourrait arguer du fait que les textes attribuent au DIM la responsabilité de l'information médicale, de même que la réalisation d'un contrôle qualité visant à vérifier que les informations sont pertinentes par rapport à la réalité. Dans un contrôle du codage tel que le contrôle externe, le champ de cette responsabilité pose question. Bref, il apparaît que les responsabilités respectives des différents acteurs du contrôle au sein d'un établissement sont assez confuses.

#### B) Le positionnement et la légitimité du DIM restent à clarifier et à consolider

Cette question est à resituer de façon plus globale dans les débats qui ont trait au positionnement du médecin de DIM. Aujourd'hui, les interrogations subsistent quant à la portée, l'étendue et les conséquences de la responsabilité du praticien du DIM dans la qualité du codage. Sa position charnière entre les fonctions médicales et les fonctions administratives peut faire craindre un mélange des genres entre contrôle de la qualité des données et contrôle de l'opportunité et de la qualité de la prise en charge. Le partage et le pilotage collectif de certaines informations est parfois vécu par les praticiens comme un biais destiné à les surveiller et à les contrôler de façon tatillonne. Le travail du DIM peut être ressenti comme une immixtion illégitime dans leur activité. Or, le praticien du DIM ne dispose pas du pouvoir d'imposer telle ou telle modification des modalités de codage et doit agir par persuasion, sur un pied d'égalité auprès de ses confrères. Il lui est donc nécessaire de se forger une légitimité solide, basée sur des compétences reconnues, pour faire entendre sa voix auprès des autres praticiens.

Pour ce faire, le fait de conserver une activité clinique, afin de garder plus facilement une légitimité médicale et hospitalière est souhaitable. Le DIM peut être un médecin spécialiste de la santé publique, un médecin en reconversion ou exercer cette responsabilité en plus de sa pratique clinique. Il ne faut pas nier que cet aspect reste délicat à concilier, en pratique, avec l'exigence d'expertise qui est attendue du praticien

du DIM. Aujourd'hui, asseoir les compétences du DIM par une professionnalisation représente une priorité. Sa formation, qui ne repose actuellement que sur la formation continue, gagnerait à être enrichie de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées d'Information médicale comme prérequis obligatoire). En effet, il est hautement souhaitable que ce praticien soit un spécialiste du domaine de l'information médicale, notamment issu de la spécialité Santé Publique. En tout état de cause, ce dernier doit être un expert, averti des nombreuses subtilités techniques et institutionnelles de la gestion des informations médicales nominatives. Il est également important de ne plus considérer le recueil et le traitement de l'information comme sa mission principale. Une ré-orientation vers le soin et une perspective de développement dans le pilotage stratégique de l'établissement constitue des voies à approfondir.

Dans son rôle d'expert et de traducteur entre deux pôles de compétences, administratif d'un côté, soignant de l'autre, le DIM cherche encore sa place. A la suite d'une demande récurrente de clarification de leurs rôles par certains DIM, le CNIM (Collège National de l'Information Médicale) s'est fixé pour objectif de rédiger des recommandations afin de préciser leurs rôles et missions. Elles serviront ensuite de base de réflexion dans tous les établissements, qu'ils soient publics ou privés.

## **2.2.2 Traçabilité et codage, un travail de longue haleine afin d'accroître la qualité de l'information**

### **A) Améliorer la qualité du codage**

Au Centre Hospitalier de Haguenau, le contrôle 2006 a permis de mettre en exergue des pratiques de codage inadéquates, ce qui a été l'occasion de mener une réflexion entre la direction, le praticien du DIM et le médecin concerné pour corriger cette pratique. Il s'agissait notamment de certaines prises en charge pour bilan pré-greffe dans le service de néphrologie, réalisées dans le cadre d'une hospitalisation de jour. Le praticien concerné a été immédiatement enjoint de mettre en œuvre la nouvelle modalité d'organisation telles que présentées en annexe (6).

Dans la mesure du possible, le DIM a vocation à intervenir en amont pour prévenir ce type de dérives. Si ses fonctions premières consistent à fournir une expertise médico-technique et une expertise médicale sur les systèmes d'information, il est également souhaitable que le DIM, situant son analyse et son contrôle dans une perspective de gestion, ait un rôle de conseil auprès de l'équipe dirigeante d'une part, du corps médical et soignant d'autre part. En tant qu'interface entre l'administration et le corps médical, le directeur attend du DIM qu'il soit un praticien sentinelle, alertant par exemple lorsque la

dynamique d'une équipe dans le chaînage de l'information médico-administrative est mise à mal.

Il semble qu'aujourd'hui, dans nombre d'établissements, la pierre d'achoppement en matière d'amélioration du codage réside dans l'identité du codeur : trop souvent, les praticiens délèguent cette tâche dont ils ont, en vertu des textes, la responsabilité, au personnel soignant ou aux secrétaires médicales. Les inévitables failles dans la transmission de l'information entraînent omissions, approximations, inexactitudes. Un travail de fond doit être mené afin de résorber, dans les esprits, la dichotomie existant entre le dossier patient, considéré comme relevant bien du domaine médical, et le codage vécu comme une tâche administrative. Au Centre Hospitalier de Haguenau, le DIM a été mandaté pour réaliser un audit aux fins de déterminer qui réalise concrètement le codage au niveau des unités de soins, et avec quels résultats. La communication autour de cet audit auprès de la communauté médicale visera à les sensibiliser à l'importance de leur implication personnelle dans ce domaine.

#### B) Améliorer la tenue du dossier patient

Un problème récurrent a été soulevé lors des contrôles au Centre Hospitalier de Haguenau, en particulier lors du contrôle de 2008 : à quelques reprises, des dossiers ont été rejetés par les médecins-conseil pour incomplétude, l'activité réalisée n'ayant pas été notée. Or, en l'absence de traçabilité, l'établissement n'a pas d'argument à opposer au médecin-conseil.

Les enjeux de la traçabilité doivent faire l'objet d'un travail de fond en interne, axé sur la formation et la pédagogie. En effet, comme en témoignent certaines observations rédigées par les praticiens concernés par les contrôles, certaines exigences relatives à la tenue du dossier patient n'ont pas été pleinement intégrées. Le fait, par exemple, qu'il soit évident, pour certains praticiens, que tel ou tel examen requiert nécessairement une surveillance adéquate de la part du personnel soignant, ne les dispensent pas d'en prendre note. De même, la réalisation d'un acte non enregistré dans le dossier patient ne peut être établie, est considérée comme inexistante donc n'a pas à être facturée. La tenue du dossier patient étant désormais une obligation réglementaire (article R 1112.2 du Code de la Santé Publique), il n'est pas possible de faire la preuve de la réalité d'un acte ou d'une prestation par d'autres moyens que les éléments devant obligatoirement y figurer.

Cet aspect implique que services de soins et département de l'information médicale travaillent main dans la main. En effet, la définition des outils informatiques qui relève en partie de la responsabilité du DIM représente un véritable enjeu. L'activité de codage restant perçue par les médecins comme ingrate et chronophage, il conviendrait de rendre

les outils informatiques pédagogiques et, dans la mesure du possible, aisé d'utilisation pour les personnels. Les outils d'aide au codage qui existent actuellement constituent une piste qui mérite d'être explorée par les établissements, le retour sur investissement pouvant s'avérer très largement positif. On peut citer l'exemple du CHU de Limoges, qui a mené une expérimentation visant à améliorer la qualité et l'exhaustivité du codage de l'activité de 5 de ses services entre octobre 2007 et février 2008. Pour atteindre cet objectif, un outil informatique mobile permettant de piloter le codage du PMSI au lit du patient a été mis à disposition des médecins. Celui-ci devait permettre aux services d'obtenir un meilleur recueil des diagnostics et actes réalisés au lit du patient, un recueil plus exhaustif des complications et comorbidités en codant lors de la visite, et d'alerter sur les dossiers à compléter ou à contrôler. Le bilan a fait état d'une satisfaction générale des utilisateurs sur l'utilisation du progiciel et sur les informations mises à disposition.

## **2.3 Contrôles externes et démarche qualité dans le cadre de la T2A**

La réalisation des contrôles externes de l'Assurance Maladie, par les interrogations qu'elle suscite et les pierres d'achoppement qu'elle rencontre, est génératrice d'une réflexion plus globale sur le modèle de financement à la T2A en lui-même et les nécessaires évolutions dont il devra faire l'objet.

### **2.3.1 Faire évoluer la classification, adapter les outils de valorisation des séjours**

#### **A) Le cas des actes donnant lieu à facturation d'un Forfait Sécurité Environnement**

Le forfait SE regroupe une catégorie de prestations d'hospitalisation visant à couvrir les dépenses résultant des soins non suivis d'hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des *"moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier"*. Sont visés les actes intermédiaires entre hôpital de jour et actes externes, et nécessitant un passage sur un plateau technique, pour les malades ambulants non hospitalisés mais pour lesquels l'établissement a mobilisé des ressources distinctes de celles habituellement mises en œuvre par un médecin dans un cabinet libéral. Les actes susceptibles de donner lieu à facturation d'un FSE sont limitativement énumérés par

arrêté. Il existe quatre forfaits SE, variables selon les actes délivrés aux patients<sup>7</sup>. Il est rappelé que le forfait SE ne peut venir en cumul de la facturation d'un GHS ou d'un ATU. Si ces conditions sont remplies, l'acte CCAM et le forfait SE sont valorisés par l'ARH. En permettant d'affiner la transition entre hospitalisation et acte externe, cette catégorie de prestations a vocation à valoriser plus finement et plus justement l'activité qui se rapproche des actes frontière. Elle pourrait contribuer à résorber les erreurs et les aléas de codage dans cette « zone grise ». A cet effet, et pour tirer les enseignements de la première campagne de contrôles T2A, le FSE 4 a été créé pour financer les saignées thérapeutiques qui ne relevaient, avant 2007, que de la CCAM.

Malheureusement, cette catégorie d'actes présente plusieurs points insatisfaisants. Concernant le caractère limitatif de la liste d'actes concernés, notons qu'il existe des actes non valorisés financièrement du fait de leur absence de cette liste. Au Centre Hospitalier de Haguenau par exemple, l'hospitalisation a été refusée par les médecins conseil pour des actes effectués sous sédation chez des enfants (ex : scintigraphies). Or, à l'heure actuelle, il n'existe aucun moyen de valoriser une sédation en activité externe (il n'existe pas de code CCAM). Doit-on en déduire qu'il faut abandonner une quelconque sédation chez les enfants pour ces examens en consultation externe ? En terme de qualité des soins, il paraît difficile de répondre par la négative. Par ailleurs, dans les faits, la durée de certains actes et l'ampleur des moyens à mobiliser pour leur réalisation sont telles qu'ils ne sont pratiqués qu'en établissement hospitalier (une saignée thérapeutique, par exemple, dure deux heures et mobilise tant du temps médical que du temps infirmier). Enfin, la valorisation financière des FSE laisse à désirer, les coûts des activités correspondantes, calculés par l'ENCC, étant souvent largement supérieurs aux montants du forfait.

Aussi, en l'état actuel de la réglementation, le dispositif du FSE ne paraît pas être de nature à apporter une amélioration significative à la question des actes frontière, tant médicalement que financièrement. Cependant, l'idée ayant présidé à leur création est intéressante et comporte sans doute un potentiel réel d'amélioration, qu'il conviendrait de développer.

---

<sup>7</sup> Le SE 1 pour les actes d'endoscopie sans anesthésie générale ou loco régionale, nécessitant le recours à un secteur opératoire ; le SE 2 pour les actes sans anesthésie générale ou loco régionale, nécessitant le recours à un secteur opératoire ; le SE 3 ou le SE 4 pour les actes nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier

## B) Valorisation des actes externes en établissement de santé

La Classification Commune des Actes Médicaux est une nomenclature de description des actes et des produits. Elle constitue la base du financement de l'activité réalisée dans les services de soins externes et dans les services d'urgences (pour les passages non suivis d'hospitalisation) et, comme son nom l'indique, dans le secteur libéral : elle est commune à la médecine de ville et au secteur hospitalier. Or, un établissement hospitalier doit faire face à des surcoûts spécifiques liés à ses missions de service public. Si certaines, telle la précarité ou la permanences des soins, sont prises en compte via les dotations MIGAC, d'autres ne font pas l'objet de financement spécifique, tels la continuité des soins et les activités de soins non programmés qui induisent le maintien d'une surcapacité en lits et en personnel ou les frais d'infrastructures liés à la maintenance et à l'amortissements des bâtiments et des équipements lourds. Pourtant, les tarifs issus de la CCAM ne prennent pas en compte ces surcoûts, de sorte que l'activité externe est, de notoriété publique, considérée comme sous-valorisée dans les établissements de santé.

Rappelons que les établissements de santé ne sont pas parties prenantes aux négociations nationales destinées à fixer les tarifs de la CCAM alors que ces derniers leur sont opposables. Il paraîtrait pourtant légitime que les hôpitaux aient voix au chapitre en la matière et puissent s'appuyer sur des outils tels l'ENCC pour faire état des coûts réels qu'ils ont à supporter au titre de leur activité externe. L'un des grands objectifs de la T2A n'était-il pas de garantir une certaine équité de traitement entre les différents acteurs du monde de la santé?

### 2.3.2 Viser la qualité, la cohérence et la clarté

#### A) Elargir l'objectif des contrôles à des critères qualitatifs

Au vu des défis actuels tant économiques que qualitatifs que doivent relever les établissements de santé, l'ambition des contrôles T2A gagnerait à dépasser la finalité strictement financière pour tenir compte des objectifs globaux de la réforme du financement des établissements de santé. La tarification à l'activité a vocation à permettre une allocation optimale des ressources, afin de répondre au mieux, au plan qualitatif et quantitatif, aux besoins de santé de la population, par le biais de la médicalisation du financement et de la responsabilisation des acteurs. La simplicité de l'objectif n'induit pas celle de l'outil. Les règles tarifaires doivent être subtilement élaborées et interprétées afin d'éviter les écueils (faire des choix d'activités/de modalités de prise en charge/de

patientèle en fonction de critères économiques, par crainte de sanctions...). Les modalités et les objectifs du contrôle T2A doivent intégrer cette perspective et ces risques d'effets pervers, sans quoi le contrôle induirait des biais obérant l'atteinte des objectifs de la réforme de la T2A.

C'est pourquoi le volet répressif du contrôle, si nécessaire soit-il, reste insuffisant. La complexité des règles de tarification rendent primordial un accompagnement des établissements dans la compréhension des mécanismes de codage afin de perfectionner leurs pratiques. Une dimension qualité doit donc guider le contrôle externe afin que ce dernier s'intègre de façon cohérente et harmonieuse au dispositif T2A, et participe de son évolution. Il semblerait logique que l'objectif premier du contrôle soit d'aboutir à un codage de la meilleure qualité possible, le volet sanctions n'étant qu'un sous-objectif subordonné à cette visée principale. En conséquence, les priorités nationales de ciblage devraient être déterminées à l'aune de cet objectif qualitatif, et non exclusivement en fonction des segments d'activités susceptibles de générer un montant d'indu le plus élevé possible. Par exemple, il pourrait être ajouté au rapport de contrôle une partie relative aux séjours dont le codage est erroné, même dans les cas où la modification suggérée n'entraîne aucune conséquence financière, dans le seul but d'harmoniser et d'améliorer les pratiques. Les rapports de contrôle pourraient indiquer, par segments d'activité contrôlés, le taux de séjours bien codés, le taux d'erreurs (à décliner par motif d'erreurs) et le taux de fraudes. Il pourrait être particulièrement intéressant d'élaborer une typologie des erreurs de codage, afin que les établissements puissent identifier les aspects sur lesquels ils doivent faire porter leurs efforts en priorité.

A cet égard, la méthodologie de la certification mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) pourrait être une source d'inspiration. Suite à l'auto-évaluation réalisée par l'établissement en interne, les experts-visiteurs de la HAS se rendent sur place. Le rapport qui en découle présente leurs appréciations déclinées en cinq niveaux selon la gravité du manquement constaté : la certification sans réserves ; la certification avec recommandations pour laquelle l'établissement doit mettre en œuvre les mesures préconisées par la HAS ; la certification avec suivi, qui implique la remise à la HAS d'un rapport détaillé prouvant que les mesures d'amélioration ont été réalisées ; la certification conditionnelle contenant des réserves majeures, l'établissement devant apporter des solutions dans un délai fixé par la HAS ; la non-certification. A l'instar de cette procédure, une auto-évaluation de la qualité du codage pourrait être généralisée. La visite des médecins contrôleurs pourrait donner lieu à des appréciations graduées, avec mise en œuvre d'un suivi adapté. Le rapport de contrôle pourrait faire état de recommandations et de préconisations, dont le respect serait vérifié lors d'un second contrôle. Comme en matière de qualité où sont déterminées des « pratiques exigibles prioritaires », qui sont des critères pour lesquels des attentes particulièrement signalées sont exprimées, des

objectifs qualitatifs nationaux pourraient être arrêtés. Le rapport pourrait aboutir à la déclinaison de ces objectifs au niveau de l'établissement contrôlé, lui fixer des axes de progression. Quoiqu'il en soit, il reste primordial d'apporter de la clarification et de la précision dans les critères de ces contrôles dont l'issue est vécue comme aléatoire, donc insécurisante.

#### B) Coordonner et harmoniser les différents dispositifs de contrôle

Il serait également souhaitable de mener une réflexion sur la mise en cohérence de l'ensemble des dispositifs de contrôle. Par exemple, chaque établissement doit signer avec son ARH et le représentant de l'assurance maladie un contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU). Ce contrat, conclu pour une durée de trois à cinq ans, poursuit deux objectifs : engager les établissements de santé dans une démarche qui favorise le bon usage des médicaments et des DMI dans la perspective d'une amélioration continue, tant de la qualité que de la sécurité des soins ; garantir le bien fondé des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des DMI facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Or, le contrôle externe de l'Assurance Maladie porte aussi sur la justification des prescriptions de dispositifs médicaux. De tels recoupements nuisent à la bonne lisibilité de l'ensemble des contrôles, risquent de conduire à des redondances et à des doubles peines. Le cas des mises sous entente préalables constitue un autre exemple de ce besoin de coordination : applicables aux établissements de santé depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2008, cette procédure vise les établissements de santé qui ont anormalement facturé ou tarifé des prestations d'hospitalisation complète qui auraient pu être réalisées en chirurgie ambulatoire. Le cœur de cible de ce dispositif recoupe donc largement les objectifs de ciblage des programmes de contrôle externe. Ces deux procédures mériteraient donc d'être coordonnées, voire fusionnées, afin d'éviter que les établissements n'aient le sentiment d'évoluer en permanence dans le cadre d'un contrôle (le Centre Hospitalier de Haguenau a fait l'objet d'une mise sous entente préalable en 2009) et puissent se consacrer pleinement à la mission de soins qui est la leur.

#### C) Tracer une frontière claire entre erreur et fraude

Appréhender de façon clairement différenciée erreur et fraude est l'une des bases de notre système pénal selon lequel il n'y a pas de crime sans intention de le commettre. Dans certains cas limitativement énumérés, l'élément intentionnel n'est pas requis : art

121-3 Code Pénal, « (...) Il y a également délit, lorsque la loi le prévoit, en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, le cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait. ».

Le cas de la négligence caractérisée pourrait être transposable au contexte du contrôle externe. Lors des premières réflexions (cf le compte-rendu de la première réunion du Comité de Suivi et de Concertation de la réforme de la tarification à l'activité, 15 juin 2004), les sanctions financières avaient vocation à s'appliquer « en cas d'erreur manifeste de codage ». La non correction d'une erreur manifeste peut s'apparenter à une négligence avérée. Or, le décret du 16 mars 2006 ne parle plus d'erreur manifeste. Son article. R. 162-42-11 évoque les motifs de sanctions suivants : « des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée ». La COMEX a toute latitude pour prendre la décision de la sanction. Cette décision faisant grief, ne devrait-elle pas être assortie des garanties que prescrit le droit pénal ? L'application d'une sanction n'implique-t-elle pas une forme de condamnation morale et de stigmatisation de sa cible, qui commande de n'y recourir qu'à bon escient ? Cet aspect appelle une réflexion éthique. Faut-il maintenir le principe de sanctions financières dans les cas où ni l'intention dolosive ni la négligence ne sont démontrées ?

Cette perspective éthique mériterait d'ailleurs d'être approfondie. L'un des effets pervers les plus redoutés de la T2A était la sélection de la patientèle pour des motifs économiques. Or, c'est un aspect totalement ignoré des contrôles. Il ne serait pas incongru d'intégrer le respect de l'éthique hospitalière et des principes du service public dans les critères.

### **2.3.3 Mutualiser les retours d'expérience, harmoniser l'application des règles, diffuser les bonnes pratiques.**

#### **A) Construire une « jurisprudence » du codage et développer le parangonnage**

L'insertion du contrôle externe T2A dans un processus qualitatif gagnerait inévitablement à une mutualisation des expériences, qui ne manquerait pas de renforcer l'effet levier sur la qualité. La mise en place d'un dispositif de développement continu de la tarification dans toutes ses composantes pourrait être envisagée, basée sur une évolution

planifiée des critères, alimentée par une veille sur les différents domaines et un retour d'expérience sur l'évolution des pratiques.

Aujourd'hui, ce rôle incombe de façon modeste à l'ATIH, dans le cadre de la saisine dont elle peut faire l'objet sur les questions suivantes : codage de toutes les variables du résumé de séjour, hiérarchisation des diagnostics en fonction des situations cliniques décrites dans le guide méthodologique de production des résumés du PMSI, groupage en GHM d'un RSA en fonction de ses informations. (Rappelons qu'elle n'est pas compétente pour les questions relevant des définitions médicales d'une affection et de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic, de la pertinence des soins, des honoraires médicaux, ou sur le bien fondé du classement d'un RSA dans un GHM en fonction des prestations. Elle ne peut que vérifier et valider le groupage au vue des informations contenues dans le RSA.). La réponse de l'ATIH doit comporter les principes de raisonnement et les références réglementaires et documentaires utilisées. Elle est adressée à l'auteur de la saisine (le responsable de l'UCR dans la majorité des cas, ou le DARH). L'UCR ayant saisi l'agence s'engage à informer les établissements concernés des cas soumis à expertise et de la réponse apportée par l'ATIH. Une diffusion de l'ensemble des cas au COTRIM est par ailleurs recommandée afin d'homogénéiser les pratiques de codages et de limiter les recours.

A des fins d'amélioration de la qualité du codage, l'ATIH publie sur son site Internet les situations cliniques ayant fait l'objet d'une saisine. De plus, il est prévu qu'un rapport annuel des saisines soit accessible sur ce site et soit remis au groupe national de suivi des contrôles T2A, émanation du conseil de l'hospitalisation. Le premier de ces rapports, relatif à la campagne de contrôle 2007 et portant sur les données d'activité de l'année 2006, est paru le 17 septembre 2009 sur le site de l'ATIH. Il pour objectif de décrire sur quelles divergences portaient les saisines et de donner des exemples d'avis, choisis pour illustrer et rappeler la manière dont les informations doivent être hiérarchisées et codées en fonction des règles officielles de production des résumés de séjour. Il fait état d'un nombre modeste de saisines (253) au vu des 492 établissements, 231 096 séjours et 36 584 ATU contrôlés. Sa portée est d'ores et déjà largement amputée par le passage à la classification V11 qui modifie les règles de codage : 141 avis portaient sur le codage du diagnostic principal dont les règles ont été simplifiées par la V11, et ne présentent plus qu'un intérêt informatif aujourd'hui. Par ailleurs, les exemples présentés concernant des cas précis, il n'est pas toujours possible d'en extrapoler des règles applicables à d'autres pathologies. Enfin, de nombreux items n'ont fait l'objet d'aucune saisine (actes techniques médicaux, séquelles, antécédents, diagnostics reliés...).

L'intérêt de ce rapport, qui a cependant le mérite d'exister, reste donc limité. Il serait opportun d'organiser de façon systématique une remontée des divergences

d'interprétation, des écueils rencontrés et des questions soulevées lors de chaque contrôle, accompagnée d'une argumentation précise et étayée des deux parties, afin d'en faire émerger une synthèse beaucoup plus fournie et globale. Ces restitutions pourraient alors avoir valeur de « jurisprudence » en la matière et être ainsi utilisés comme référentiels par les DIM en interne et par les médecins conseil au cours des contrôles externes. L'ATIH pourrait ainsi se voir reconnaître une compétence clairement identifiée et faisant autorité dans l'émission de recommandations et de préconisations relatives au codage.

Mais elle pourrait aller plus loin encore, et impulser et coordonner un dispositif basé sur le parangonnage (comparaisons constructives des établissements), l'observation et la description des pratiques existantes mutualisables, l'accompagnement du changement et le partage d'expérience. Ce type de démarche basé sur l'expérimentation et le partage permet de créer de la dynamique tout en se laissant le droit à l'erreur. L'approche comparative serait ainsi l'occasion pour les établissements d'identifier leurs propres marges d'amélioration. Sur le plan du management interne, elle est particulièrement appréciée par les établissements qui disposent ainsi d'un élément objectif pour mieux cibler la nature de leurs difficultés et convaincre leurs équipes de l'intérêt à agir. Elle permet également de valoriser les réussites, un élément de motivation déterminant dont une démarche strictement punitive est totalement dépourvue.

L'instauration d'un tel dispositif mérite réflexion afin de fonctionner de façon optimale, notamment sur la place de l'échelon régional, représenté par les COTRIM.

- B) Agir le plus en amont possible par l'élaboration et la diffusion de règles de bonnes pratiques de codage

La complexité du sujet, l'impact financier du codage et les conséquences des contrôles externes plaident de façon appuyée pour la mise en place de modalités de recours à une instance expertale hors de tout contentieux. Il est nécessaire d'instaurer une forme de dialogue entre un organisme technique et les établissements, de sorte qu'ils puissent obtenir des réponses à leurs questions et prévenir le recours au juge. A cet égard, le recours à l'ATIH reste insatisfaisant dans la mesure où la saisine directe n'est pas ouverte aux établissements et où elle intervient à un stade où le désaccord s'est déjà manifesté. Il s'avère que les modalités du contrôle et les possibilités de recours à une expertise telles qu'elles existent actuellement ne visent pas à répondre pas aux besoins des établissements et se situent uniquement dans la perspective du contrôleur. Or, face à un réel besoin d'accompagnement, aucune réponse structurée et harmonisée n'est

prévue, chaque établissement élaborant des solutions internes sans assurance de leur validité lors d'un contrôle. Il conviendrait donc de développer un service conçu pour les établissements de santé et leur délivrant un service personnalisé.

Certains COTRIM s'orientent dans cette voie. Le COTRIM Alsace dispose d'un Groupe Qualité composé de 5 à 6 médecins DIM, délivrant des avis sur des points de codage. En cas de désaccord entre un médecin DIM et un médecin conseil lors d'un contrôle, il peut être demandé que ce Groupe Qualité soit saisi. Cependant, son avis n'a pas de valeur juridique et n'est pas opposable à l'Assurance Maladie. La portée de ce dispositif reste donc très limitée. Les idées qui émergent aujourd'hui concernent l'élaboration de règles de bonnes pratiques de codage. Les COTRIM pourraient être la cheville ouvrière de ce dispositif, via le recueil des questionnements émanant des établissements ou des contrôleurs et l'élaboration consécutive de recommandations. Après validation par l'ATIH, ces dernières pourraient alors être considérée comme opposables en cas de contrôle.

## Conclusion

Du fait du caractère récent du contrôle externe des données T2A, le manque de recul temporel recommande une certaine prudence dans les conclusions que l'on peut en tirer aujourd'hui. Néanmoins, les établissements de santé comme l'Assurance Maladie gagneront à mettre à profit les premières réflexions qui en émergent.

L'Assurance Maladie ne peut se dispenser d'embrasser une vision large des objectifs de son contrôle, dans la mesure où il s'insère dans un dispositif global de réforme induisant une modification des comportements des différents acteurs du monde hospitalier. Faire des établissements de santé des partenaires, en développant le dialogue en amont des écueils plutôt que de leur donner un sentiment de stigmatisation, ouvrirait une voie plus apaisée à des échanges constructifs. Les établissements, quant à eux, doivent faire porter leurs efforts sur les aspects que le contrôle externe a pu prendre en défaut. Exhaustivité du codage, traçabilité de l'information, complétude du dossier patient, sont autant de volets qui nécessitent une mobilisation tangible de l'ensemble des personnels hospitaliers.

Cependant, l'évolution du contrôle externe requiert une impulsion émanant du niveau national, certaines problématiques ne pouvant être résolues au cas par cas, isolément, par des acteurs parties à la procédure et nécessairement partiels. Face à la dégradation de la situation financière de l'Assurance Maladie, la T2A devient-elle un outil de régulation de l'offre de soins, une arme destinée à réduire les dépenses de santé ? Il échoit aux pouvoirs publics de s'engager fermement et clairement sur ce sujet.

Par ailleurs, on ne saurait trop insister sur le fait que les aspects économiques sont indissociables de la notion de qualité. Lorsqu'il était ministre de la santé, M. Douste-Blazy avait fait part de son intention de requalifier la T2A en TAQ pour tarification à l'activité et à la qualité, ce qui semblait présager de l'introduction d'indicateurs de qualité qui conditionneraient aussi le financement. Si une telle ambition semble difficile à concrétiser dans l'immédiat, il n'est pas interdit, en revanche, de s'attacher à donner au contrôle externe une perspective qualitative. Concevoir ce contrôle comme inséré dans un processus évolutif, constructif, pensé dans la concertation et tendu vers un objectif d'amélioration du fonctionnement de la T2A, tel devrait être l'état d'esprit présidant à l'instauration des règles qui le définissent. Certes, revoir à cette aune les objectifs du contrôle externe en fait une démarche beaucoup plus exigeante, tant pour les établissements que pour l'Assurance Maladie. Il semble cependant que c'est une exigence que l'on est en droit d'attendre dans un système de santé tel que le nôtre.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages et périodiques :

EXPERT P., 2006, *La Tarification à l'activité \_ Médecine et gestion : une dynamique nouvelle*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Berger-Levrault, 349p.

LAROSE D., 2008, « Généralisation de la T2A : tous fraudeurs ? », *Gestions Hospitalières*, vol. 492, Numéro 521 spécial Hôpital Expo, p. 46 à 50.

PHILIPPE C., MÉDOUZE R.M., 2008, « T2A et contrôle externe : un nouveau contentieux pour les établissements de santé », *Gestions Hospitalières*, Numéro 472, p. 14 à 19.

## Sites internet :

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation.[visité tout au long des recherches], disponible sur internet : <http://www.atih.sante.fr/>

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES. Ameli.fr, l'Assurance Maladie en ligne.[visité tout au long des recherches], disponible sur internet : <http://www.ameli.fr/index.php>

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE. Fédération Hospitalière de France.[visité tout au long des recherches], disponible sur internet : <http://www.fhf.fr/>

## Textes règlementaires :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Décret n° 2008-710 du 16 juillet 2008 relatif aux sanctions financières liées au contrôle des établissements de santé. Journal officiel, n°0166 du 18 juillet 2008, disponible sur internet : <http://www.journal-officiel.gouv.fr/frameset.html>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 27 février 2007 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données

d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement. Journal Officiel, n°50 du 28 février 2007, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000426254&dateTexte=>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n° DHOS / F1/ MTAA/ 2006/ 376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée. Date d'application : immédiate. (texte non paru au journal officiel). disponible sur internet :

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/textes/application/06\\_376t.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/textes/application/06_376t.pdf)

#### **Codes :**

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, articles L. L. 6113-1 et s., D.6124-301, R 1112.2, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090930>

CODE DE LA SECURITE SOCIALE, articles L.114-9, L. 133-4, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L.315-1 et R.142-22 et 142-24-3, R.162-32-3, R.162-42-10, disponible sur internet :

<http://www.securite-sociale.fr/textes/codess/codeseclu.htm>

#### **Autres :**

DHOS, ATIH. « Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (Il constitue l'annexe II de l'arrêté du 20 janvier 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008). Bulletin officiel, fascicule spécial n° 2009/5 bis, disponible sur internet :

<http://www.atih.sante.fr/?id=000240009BFF>

CNAMTS. « Guide du contrôle externe régional de la production des informations médico-administratives utilisées pour la tarification à l'activité en MCO » , version 1.3, 1<sup>er</sup> août 2007, disponible sur internet :

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/vous-informer/guide-du-contrôle-externe-régional-de-la-t2a.php>

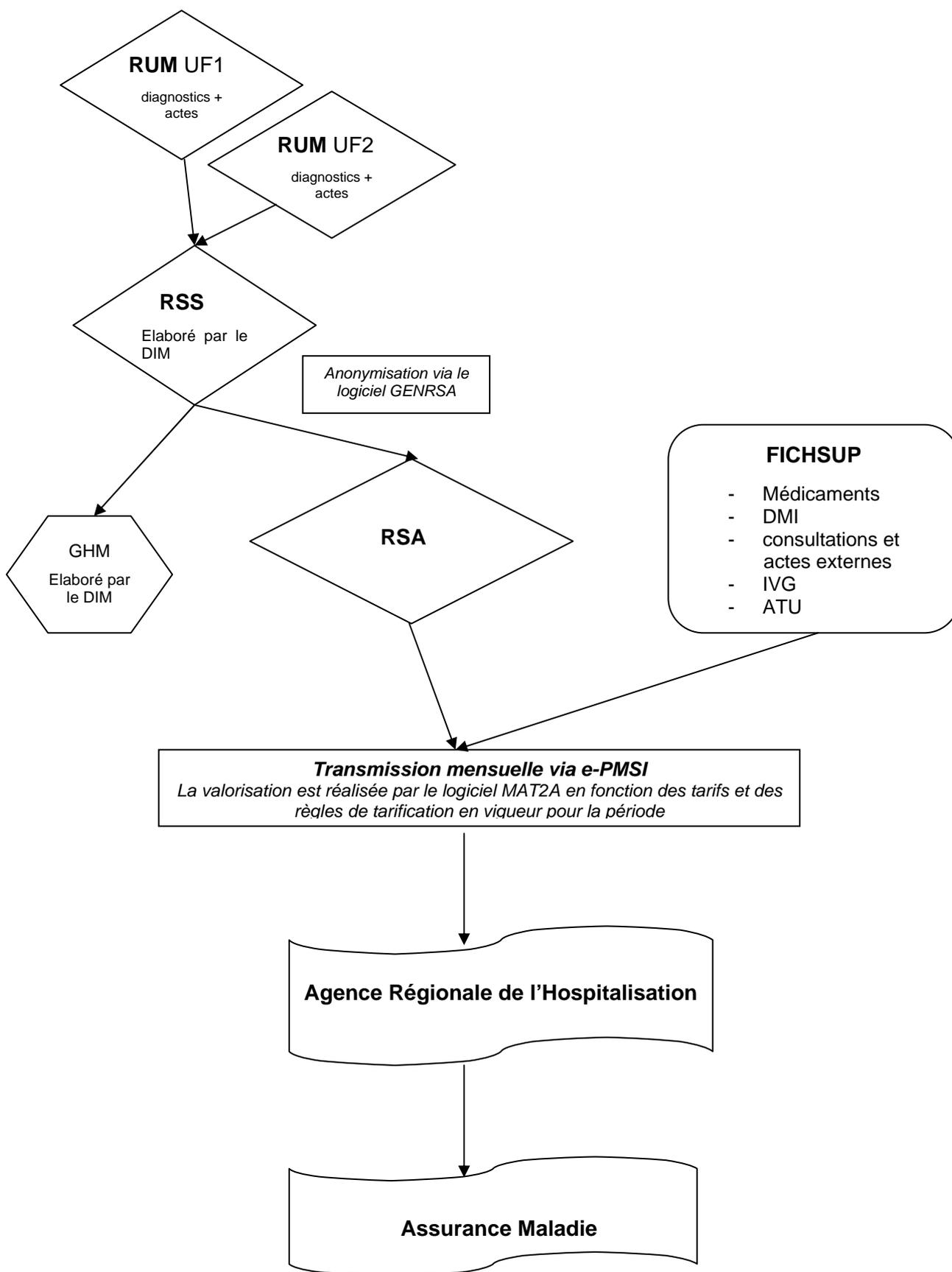
---

## Liste des annexes

---

1. Le circuit de des informations PMSI au niveau régional
2. L'Unité de Coordination Régionale en Pratique
3. Détail des éléments de codage des résumés et de l'information tarifante qui sont l'objet du contrôle
4. Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la Tarification à l'activité des établissements de santé
5. Graphes à bulles : une illustration de l'équilibre économique des établissements de santé
6. L'évolution des modalités du codage relatif aux prises en charge pour bilan pré-greffe

## Le circuit de des informations PMSI au niveau régional



# L'UNITE DE COORDINATION REGIONALE EN PRATIQUE

Le dispositif de contrôle présente un certain niveau de complexité : programmation des contrôles, utilisation des divers outils de contrôle, synthèse et interprétation des résultats, transmission d'information envers diverses instances, multiplicité des intervenants... L'ensemble de ces missions ont été confiées à l'Unité de Coordination régionale (UCR), créée par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (article R. 162-42-10 du CSS). Il s'agit d'une instance technique mixte, Etat et assurance maladie, chargée de :

- proposer à la COMEX le programme de contrôle,
- coordonner la réalisation de ce programme,
- proposer les sanctions à la COMEX.

## 1. Composition de l'unité de coordination régionale

Concernant la composition de l'UCR, l'article R. 162-42-10 du CSS stipule :

*" L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission exécutive, sur proposition de ses représentants des organismes d'assurance maladie et, dans la limite d'un tiers de ses membres, de personnels de l'agence régionale d'hospitalisation.*

*L'unité est composée en majorité de médecins et comprend au moins le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants "*

L'UCR est donc composée de personnels administratifs et de médecins. Ces derniers sont notamment responsables de l'analyse, de la gestion, de la conservation, de l'anonymisation et de la transmission des données médicales nominatives, dans le respect des règles du secret médical. L'UCR est présidée par un médecin conseil de l'assurance maladie (Cf courrier DHOS DSS n° 06/2798/d du 27 avril 2006).

## 2. Missions de l'unité de coordination en amont du contrôle sur site

Toujours selon l'article R. 162-42-10 du CSS, *" l'unité de coordination régionale du contrôle externe prépare le programme de contrôle régional annuel, coordonne la réalisation des contrôles et rédige le bilan annuel d'exécution du programme "*

- Elle propose à la COMEX le programme de contrôle régional : les contrôles sur site seront programmés en fonction notamment des orientations nationales et des résultats des ciblage réalisés (établissements à contrôler en priorité, calendrier de réalisation...). Elle en suit la réalisation.
- Elle reçoit tous les rapports de contrôle sur site émis par les médecins contrôleurs. Elle les enregistre et les traite.
- En cas de désaccord de l'établissement portant sur des problèmes de qualité de l'information médicale, elle peut solliciter les instances d'expertise.
- En liaison avec le médecin conseil responsable du contrôle sur site, elle prépare le rapport de synthèse, qui comporte :
  - o un relevé des anomalies de production de l'information médicale retenues soit d'emblée, soit après expertise,
  - o les rapports d'expertise technique s'il y a lieu,
  - o les conclusions de l'unité au vu du dossier de contrôle concernant l'établissement.
  - o Ce rapport est adressé au médecin responsable du contrôle sur site et à l'établissement. Lorsque des propositions de sanction sont émises, il est également transmis à la COMEX.

- Elle propose à la COMEX les sanctions justifiées par le constat des surfacturations mises en évidence lors du contrôle sur site.
- Elle élabore le bilan annuel du programme régional de contrôle, et le présente à la COMEX qui le transmettra aux partenaires institutionnels régionaux et nationaux.

### **3. Missions de l'UCR concernant les suites des contrôles sur site**

- Traitement du rapport de contrôle sur site

Dès réception du dossier, l'UCR s'assure qu'il est complet et cohérent et comporte les signatures nécessaires.

Elle prend connaissance des remarques de l'établissement et, éventuellement de ses demandes d'avis d'expert.

- Avis de réception adressé par l'UCR à l'établissement

A réception du rapport de contrôle, l'UCR adresse à l'établissement un courrier l'informant:

- de la prise en compte ou non des remarques figurant au rapport de contrôle,
- éventuellement, de l'acceptation ou non de ses propositions de saisine de l'ATIH.

- Demande d'avis d'expert

Le décret n° 2006-307 (dit décret sanction) prévoit qu'au vu du rapport de contrôle, l'UCR peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. Cette procédure doit être réalisée avant la transmission aux caisses des éléments nécessaires au calcul de l'indu.

Les éléments transmis à l'expert sont anonymisés (malade et établissement) par les médecins de l'UCR.

- Calcul du montant des indus

L'unité de coordination adresse un dossier à la caisse gestionnaire du patient (identifiée au moyen de la fiche de liaison avec les caisses d'assurance maladie). Ce dossier comporte les éléments (issus de la fiche n°3) nécessaires au recalcul du montant de la facture et les éléments de la fiche n°5 nécessaires à l'identification du séjour contrôlé. Le n° de RSS ne doit pas être transmis aux organismes d'Assurance Maladie.

Après comparaison des montants payés et des montants dus, et en cas de surfacturation constatée, la caisse engage une procédure de récupération d'indu. Cette récupération d'indu ne peut être réalisée que sur chaque dossier effectivement contrôlé par le médecin contrôleur.

En retour, et dans le cadre de la procédure "indu", la caisse transmet à l'UCR le montant initial de la facture de chaque séjour et le montant de l'indu.

Les éléments concernant les séjours pour lesquels la facture n'est pas à recalculer sont transmis également aux caisses, notamment pour ce qui concerne les montants initiaux.

- Calcul de sanctions financières

L'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale stipule que le montant des sanctions financières prises à l'issue d'un contrôle "sur pièces et sur place", est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, et qu'il est calculé sur la base des recettes annuelles assurance maladie de l'établissement, ou, si le

contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier, ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours (dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement). Le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale précise les modalités de constatation de la surfacturation et le barème des sanctions.

Pour les établissements ex-DG, et dans l'attente de la facturation individuelle directe à l'Assurance Maladie, la caisse procède à la reconstitution de la facture initiale, ) à partir des données suivantes :

- Montant de la facture de l'échantillon de séjours contrôlés : (avant et après contrôle (une fois recalculé – lorsque nécessaire - le montant de chaque facture individuelle)

Ce montant de la facture totale de l'échantillon avant et après contrôle permet de calculer le pourcentage de surfacturation.

A la suite de l'étape précédente, les caisses transmettent l'information nécessaire, pour les séjours de l'échantillon dont le montant de la facture a été recalculé (montant de la facture avant/après contrôle). L'unité de coordination réunit par ailleurs les montants des factures non recalculés auprès des caisses concernées.

Le pourcentage de surfacturation peut donc être calculé dès réception de la totalité de ces informations.

- Montant de la recette assurance maladie totale de l'établissement :

L'unité de coordination fait calculer la recette assurance maladie globale de l'établissement pour l'année antérieure au contrôle, par les caisses concernées ou par l'ATIH.

- Elaboration du rapport de synthèse

Lorsque l'unité de coordination régionale est en possession de tous les éléments nécessaires, elle élabore un rapport de synthèse qui comporte les éléments suivants :

- rappel de toutes les caractéristiques des activités soumises à sanction,
- rapport de contrôle comportant notamment les remarques de l'établissement,
- bilan des divergences confirmées, distinguant notamment les divergences avec et sans influence sur la facturation. A l'occasion de ce bilan, des éléments d'alerte concernant la qualité de l'information médicale produite par l'établissement pourront être signalés.
- rapports d'expertise pour les séjours concernés,
- bilan de la surfacturation éventuellement observée pour chaque activité contrôlée,
- montant de la recette assurance maladie de chaque activité soumise à sanction,
- montant de la recette assurance maladie totale de l'établissement pour l'année
- antérieure au contrôle,
- conclusions de l'unité de coordination, comportant une éventuelle proposition de
- sanction financière de l'établissement.

Le rapport de synthèse est transmis à la COMEX qu'il y ait ou non proposition de sanction.

## Détail des éléments de codage des résumés et de l'information tarifante qui sont l'objet du contrôle

### ❖ Contrôle du numéro de GHS

Le numéro de GHS est lié au numéro du GHM, le contrôle du GHS suppose donc le contrôle du GHM. C'est l'objet du point suivant que de s'assurer que le codage du résumé de sortie est correct, conduisant notamment au GHM adéquat. Toutefois, en cas de discordance entre GHM contrôlé et GHS porté sur la facture pour un ou plusieurs séjours, il conviendra d'en rechercher la cause (facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur, modification du RSS après envoi de la facture à l'assurance maladie...)

### ❖ Le cas des dialyses et IVG ainsi que celui des soins palliatifs est un peu différent

#### - Pour les activités de dialyse et IVG :

Il existe plusieurs GHM d'épuration extrarénale et un GHM d'IVG, mais il existe plusieurs tarifs de prestation pour chacun de ces GHM. Ces tarifs ne sont pas des tarifs de GHS. En fonction des années, la notion de GHS peut ne pas s'appliquer aux activités de dialyse et d'IVG. Outre la conformité du codage du résumé de sortie, il faudra donc s'assurer dans ces cas, que le tarif porté sur la facture traduit bien la réalité de la prestation réalisée.

#### - Pour les soins palliatifs :

Au niveau national, à un même GHM correspondent 3 GHS, un GHS "de base" et deux GHS majorés. Les GHS majorés sont utilisables par les établissements qui possèdent une unité ou des lits dédiés de soins palliatifs, reconnus par l'ARH. Cette reconnaissance par l'ARH d'une organisation et de moyens particulièrement dédiés aux soins palliatifs (hors équipe mobile) induit une capacité maximale de prise en charge de cette activité dans ces conditions encadrées. Un établissement détenteur d'une "reconnaissance soins palliatifs" n'est autorisé à facturer ses prises en charge au tarif du GHS majoré que dans la limite de cette capacité maximale. Au delà, c'est le tarif du GHS de base qui doit être appliqué.

Ces dispositions impliquent un double aspect du contrôle :

- **Au cours du contrôle sur site**, la conformité du codage du résumé de séjour sera analysée. Si le diagnostic principal "Soins palliatifs" est avalisé, le remplissage des fiches de synthèse du contrôle de cette activité se fera de manière automatique, par paramétrage préalable de l'outil de gestion du contrôle sur site :
  - o pour un établissement ne possédant pas de reconnaissance soins palliatifs: le GHS "contrôle externe" de la fiche de synthèse n°3 sera le GHS de base,
  - o pour un établissement possédant une reconnaissance ARH pour soins palliatifs, le "GHS contrôle externe" sera un des GHS majorés, en fonction de la nature de la reconnaissance.
- Mais le contrôle de cette activité passe aussi par la **vérification du respect par l'établissement du quota de facturation au tarif majoré**. Cette vérification n'est réalisable que dans un temps différent du contrôle sur site, au moyen des contrôles réalisés dans SNIIR AM.

### ❖ **Contrôle du nombre de suppléments journaliers pour passage en réanimation/ soins intensifs/ surveillance continue**

Schématiquement, le principe de facturation de suppléments journaliers vise à permettre un supplément de facturation pour les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, dont le financement n'est pas intégré dans les GHS. Les modalités de facturation de ces suppléments sont précisées par arrêté ministériel et peuvent être modifiées de façon annuelle.

Le contrôle s'attachera à vérifier que les conditions sont remplies par l'établissement, et notamment :

- que l'établissement possède bien l'autorisation ou la reconnaissance nécessaire,
- qu'un RUM a bien été produit pour la période du séjour dans l'unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue (dates d'entrée et de sortie correctes),
- que les conditions médicales nécessaires (IGS, actes marqueurs) sont remplies.

Les conditions de facturation de ces suppléments sont définies par arrêté.

### ❖ **Contrôle du nombre de suppléments journaliers de néonatalogie**

Le contrôle du nombre de suppléments de néonatalogie doit donc s'attacher à vérifier que :

- Les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale autorisant la facturation de ces suppléments sont correctes,
- l'unité médicale qui a pris en charge le nouveau né est bien une unité dont le niveau d'autorisation correspond au type de supplément facturé (réanimation, soins intensifs, néonatalogie)

### ❖ **Contrôle de la modulation du tarif de GHS / supplément journalier EXH**

Les séjours dont la durée s'écarte significativement de la durée moyenne de séjour du GHM bénéficiant d'un traitement particulier :

- en deçà d'une borne inférieure de durée de séjour, le séjour est facturé à hauteur de 50% du tarif du GHS.
- au delà d'une borne supérieure, toute journée supplémentaire fait l'objet d'un supplément journalier (EXH) dont le montant, forfaitaire, est fonction du GHS.

L'application de ces modulations, fonction de la durée du séjour, est assurée automatiquement par les outils de description de l'activité et de facturation intégrant la "fonction groupage T2A".

Son contrôle repose donc sur le contrôle des dates d'entrée et sortie du résumé de sortie. Lors du groupage des informations du RSS, l'outil fourni au contrôleur (intégrant cette même fonction groupage) précisera s'il s'agit d'un séjour avec extrême bas ou haut, ainsi que le nombre de journées supplémentaires s'il y a lieu.

### ❖ **Contrôle du codage des médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables**

Les listes (et codage) des médicaments coûteux et DMI donnant lieu à facturation en sus du GHS sont publiées par voie d'arrêté. Face à toute facture portant mention d'un ou plusieurs des éléments de ces listes, le médecin contrôleur en cherchera la prescription ainsi que la trace de la dispensation dans le dossier médical du patient.

Les éléments justifiant la prescription et la délivrance des médicaments coûteux ou DMI doivent figurer dans le dossier du patient. L'absence de pièce justificative conduit à annuler le financement en sus. Au-delà de ces éléments justificatifs, le médecin conseil, conformément aux prérogatives dont il dispose, peut également s'intéresser à la **justification médicale des prescriptions** (ex : indications de la LPP, respect des référentiels).

# Charte des engagements de l'assurance-maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la T2A des établissements de santé

## Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé

### Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Etat :

- L'Etat et l'Assurance Maladie veillent au respect du principe d'égalité de traitement des établissements contrôlés.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à ce que les contrôles soient réalisés avec compétence, rigueur et professionnalisme respectant les principes d'objectivité, de neutralité et d'impartialité.
- L'Etat et l'Assurance Maladie veillent à ce que les médecins contrôleurs placés sous leur autorité respectent le secret médical dans toutes les actions d'analyse, de conservation, d'anonymisation et de transmission des données médicales dont ils sont responsables tout au long de la procédure du contrôle et notamment à l'issue du contrôle sur site.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à préciser à l'établissement, avant le début du contrôle sur site, le cadre juridique du contrôle (article L. 162-22-18 CSS relatif aux sanctions financières).
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à actualiser en tant que de besoin le guide du contrôle externe régional. Chaque actualisation fera l'objet d'une information préalable des fédérations hospitalières.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à communiquer aux établissements le bilan d'activité annuel de l'UCR par l'intermédiaire de l'ARH.

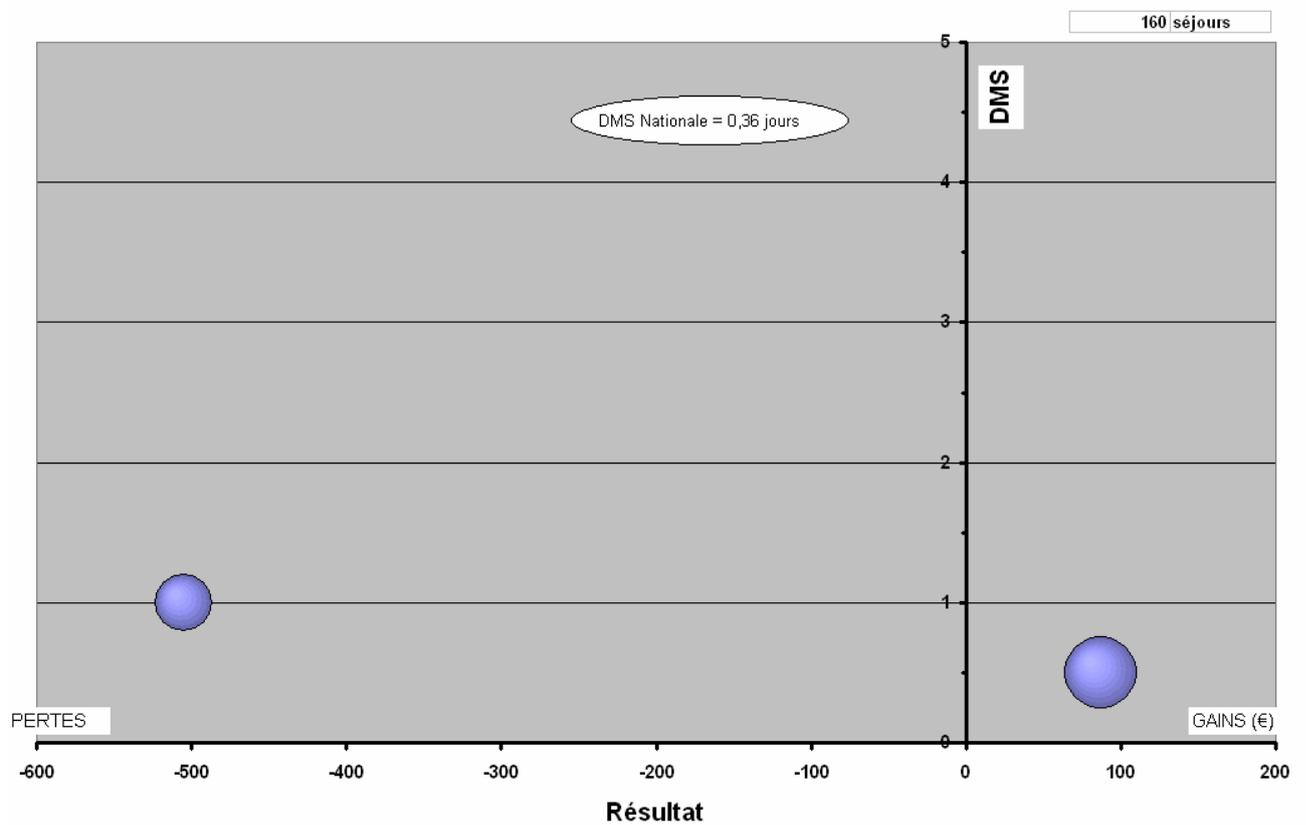
### Engagements de l'Assurance Maladie

- L'Assurance Maladie s'engage à mettre en place une procédure interne permettant d'éviter les conflits d'intérêt entre les contrôleurs et l'établissement contrôlé.
- L'Assurance Maladie s'engage à respecter les procédures du contrôle externe décrites dans le guide du contrôle externe régional.
- L'Assurance Maladie s'engage à fixer les dates du contrôle sur site au cours d'une concertation préalable avec l'établissement à contrôler.
- A l'issue de la mise à disposition des dossiers médicaux et administratifs par l'établissement, l'Assurance Maladie s'engage à ce que les tâches de secrétariat inhérentes au contrôle sur site, et notamment à l'exécution de photocopies, soient assurées par les contrôleurs ou par le personnel administratif du service du contrôle médical les accompagnant.
- L'Assurance Maladie s'engage à ce que les contrôleurs observent une stricte réserve, soient circonspects dans leur propos et s'interdisent d'intervenir dans la relation soignant soigné.

AS Q MP Kuzor

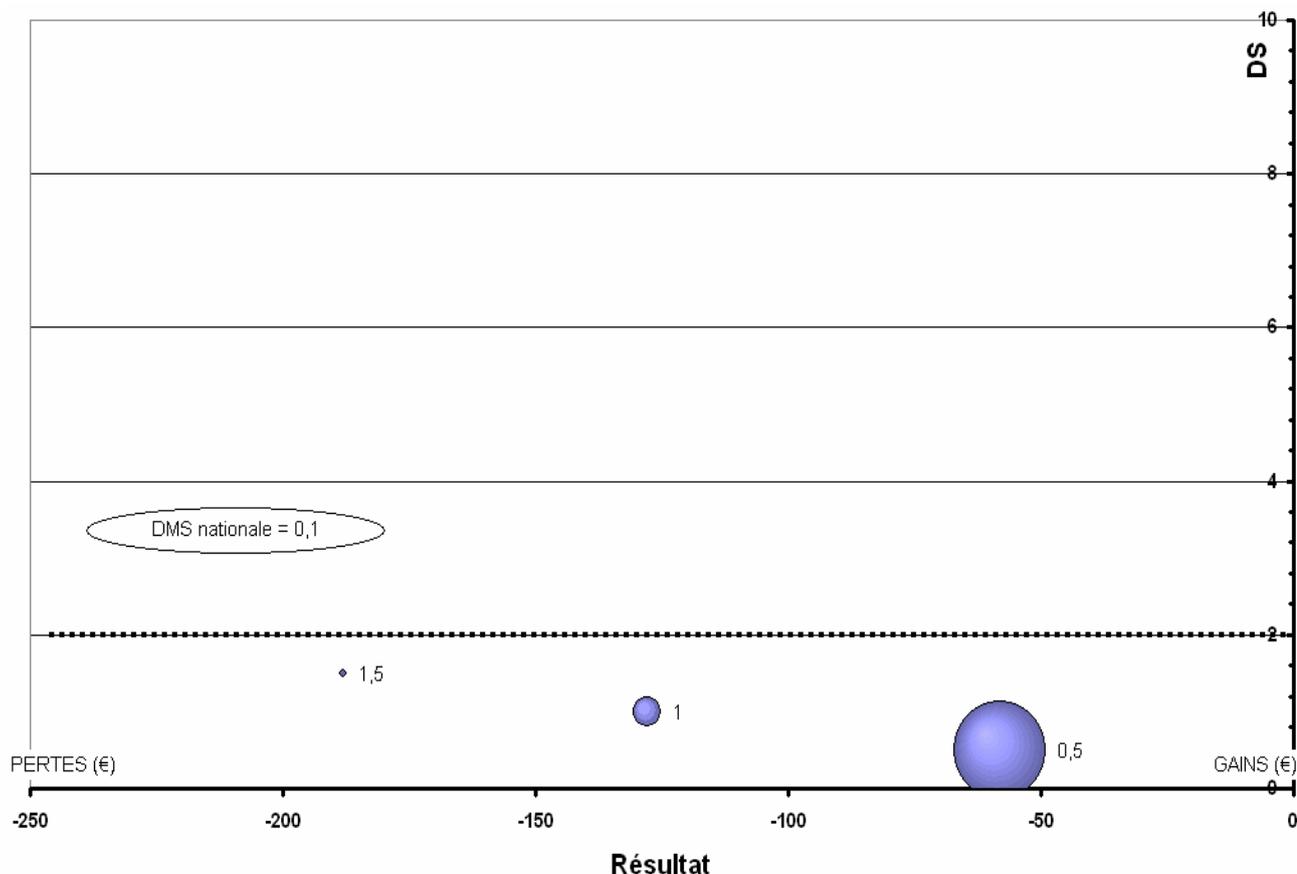
## Graphes à bulles : une illustration de l'équilibre économique des établissements de santé

### 24C17Z "Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours"



L'ordonnée indique la durée de séjour, l'abscisse la traduction en termes financiers : les bulles situées à droite de l'ordonnée représentent les séjours qui entraînent un gain financier, les bulles situées à gauche ceux qui provoquent une perte financière.

**24M36Z "Autres motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire" (209 séjours)**



Ce graphe pourrait paraître contradictoire avec le propos précédent dans le sens où, bien qu'il s'agisse de séjours de moins de 2 jours, aucun d'entre eux n'atteint l'équilibre financier : tous sont situés à la gauche de l'ordonnée, indiquant que dans tous les cas, le GHS est insuffisant pour compenser les débours liés à ce type de prise en charge. Mais c'est là un autre exemple du fait que les établissements doivent trouver ailleurs les ressources pour compenser des valorisations trop basses d'actes qu'ils continuent néanmoins d'accomplir, conformément à leur mission de service public qui est d'assurer des soins de la meilleure qualité qui soit. Ceci ne peut, naturellement, constituer une incitation à compenser des charges par des hospitalisations non conformes. Mais cela invite à réfléchir à la notion d'équilibre médico-économique global des prises en charge. Dans cet exemple, on constate néanmoins que plus la durée de séjour s'allonge, plus le séjour est coûteux.

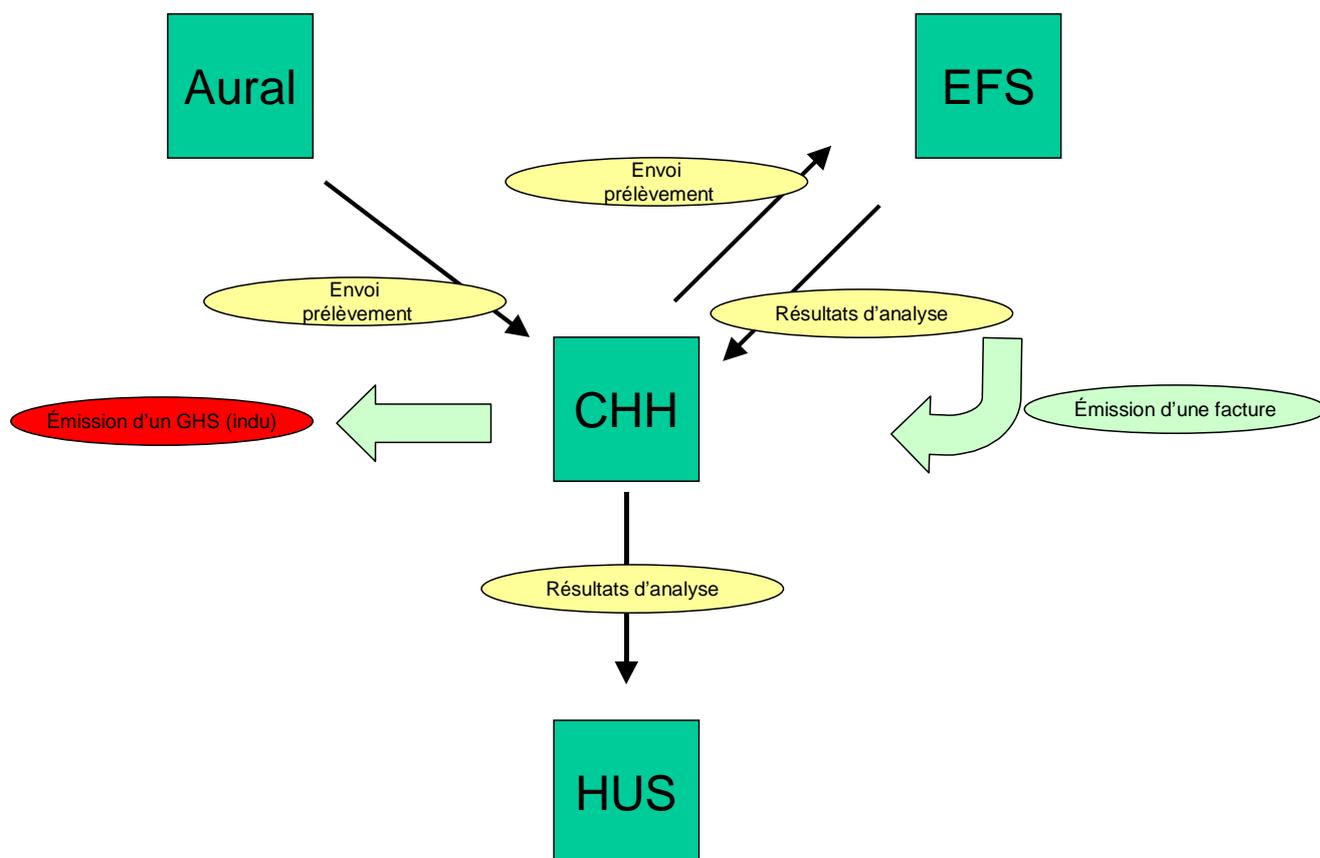
## L'évolution des modalités du codage relatif aux prises en charge pour bilan pré-greffe

Présentation de la problématique au Centre Hospitalier de Haguenau dans le service de néphrologie

### ❖ Modalités initiales de codage

A l'Aural (centre d'hémodialyse voisin de l'hôpital et travaillant étroitement avec lui, le praticien chef de service de néphrologie officiant pour les deux structures), un prélèvement sanguin, nécessaire à la recherche d'anticorps anti-HLA en vue d'une greffe, était effectué. Ce prélèvement est envoyé au Centre Hospitalier qui transmet l'échantillon à l'Etablissement Français du Sang pour analyse. Les résultats reviennent au CHH, qui les renvoie à l'établissement greffeur, en l'occurrence, au Centre Hospitalo-Universitaire de Strasbourg (pas de copie conservée de ces résultats d'analyse). Le Service de Néphrologie crée alors un séjour en hospitalisation de jour, alors que le patient est même pas venu physiquement au CHH. De ce fait, un GHS est émis indûment. Le CHH est destinataire de la facture émise par l'EFS à ce titre. Le patient est adressé aux HUS pour réalisation de la greffe. Les HUS émettent à leur tour un GHS en conséquence.

Voici un schéma simplifié résumant cette pratique:

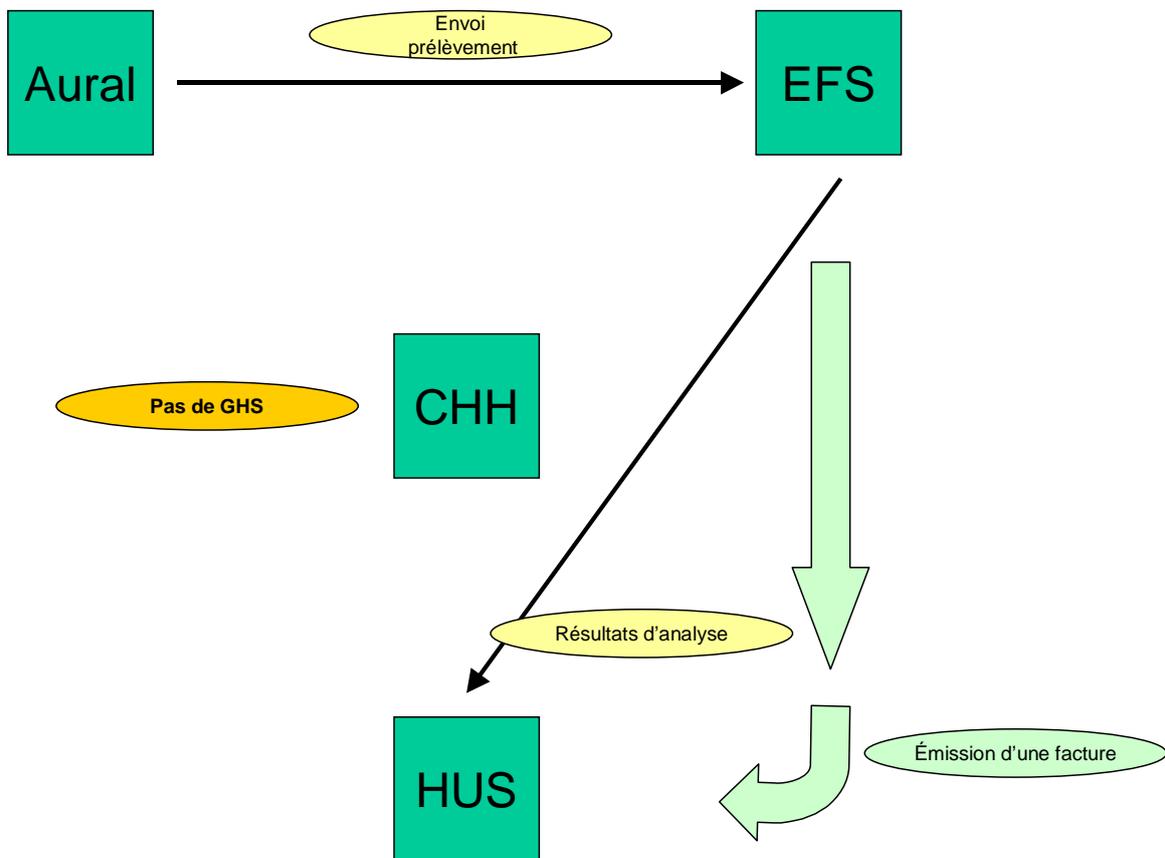


### ❖ Modalités de codage désormais en vigueur

Deux cas de figure sont à considérer : les patients dialysés au niveau de l'Aural et ceux dialysés au Service de Néphrologie.

#### 1) Patient dialysé au niveau de l'Aural

Le prélèvement sanguin est toujours réalisé à l'Aural mais l'échantillon est directement envoyé à l'EFS qui procède à l'analyse. Les résultats (ainsi que la facture) sont alors directement adressés aux HUS. Le patient est donc pris en charge aux HUS. Le Centre Hospitalier de Haguenau n'intervient plus.



### 1) Patient dialysé au Service de Néphrologie

Le prélèvement sanguin pour bilan pré-greffe est fait concomitamment à la séance de dialyse effectuée au Service de Néphrologie. Il est envoyé à l'EFS pour analyse. Les résultats sont retournés au CHH, avec la facture assortie. Celui-ci conservera au niveau du Service de Néphrologie une copie des résultats, dans le dossier de dialyse du patient. Les résultats sont transmis aux HUS, ainsi qu'une demande de remboursement pour la facture émise par l'EFS et payée par le CHH. Il n'y a à l'évidence pas lieu d'émettre de GHS autre que celui de la séance de dialyse.

