

4. RPS— Relations avec les professionnels de santé

4.1 Maîtrise médicalisée des soins de ville

Malgré les multiples interventions visant à retarder l'instauration du CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles), le lancement s'est avéré être un véritable succès. L'objectif de départ de 61 contrats signés a été largement dépassé puisque 130 généralistes y ont adhéré.

A noter que 31,5 % de ces signatures ont été enregistrées suite à la visite des médecins-conseils.

L'échelon de Nancy a participé activement à la campagne d'échanges confraternels 2009, en réalisant 812 échanges, soit 27 % des objectifs régionaux.

Les thèmes présentés sont les suivants : asthme, indemnités journalières, ALD, HTA et prévention cardio-vasculaire.

4.2 Maîtrise médicalisée en établissements

Comme en 2008, en partenariat avec le pôle RPS, le pôle OSS (organisation du système de soins) a collaboré à la présentation de la maîtrise médicalisée à l'hôpital, versant T2A et versant prescriptions hospitalières. Les préconisations de rencontres dans les établissements de santé pour 2009 ont été revues fortement à la hausse. L'échelon de Nancy s'est vu confier 158 services à visiter et en a rencontré 100.

En synergie avec la Cpm, les praticiens-conseils ont sensibilisé les acteurs de l'hôpital afin qu'ils contribuent à l'effort de maîtrise médicalisée.

Les transports, les arrêts de travail et les antibiotiques ont constitué les thèmes majeurs abordés lors de ces entretiens.

Ces actions commencent à porter leurs fruits car on observe une évolution des profils de prescriptions.

4.3 Actions conventionnelles

La formation Médecins de la commission paritaire locale (CPL), composée à égalité de médecins libéraux et de médecins-conseils, s'est réunie à deux reprises pour étudier l'adéquation entre la cotation des actes en C2 ou C3 et le contenu de la consultation à partir de l'historique des actes et des comptes-rendus de consultations.

Les résultats de cette analyse ont été communiqués à l'ensemble des médecins spécialistes libéraux ainsi qu'un rappel des conditions de facturation. Par ailleurs, 10 pharmaciens ont été convoqués par la CPL pour insuffisance dans la délivrance de génériques. Un objectif de 70% de substitution leur a été fixé pour 2009.

5. OSS— Organisation du système de soins

Cette année 2009 a vu la finalisation du volet « soins de suite et de réadaptation » du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) III et sa présentation aux instances consultatives puis décisionnelles de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Outre ses activités habituelles, le pôle OSS a participé à l'analyse de l'organisation, du fonctionnement et des pratiques des IRM (imagerie par résonance magnétique) en Lorraine, à l'enquête pour le volet SROS réanimation ainsi qu'au contrôle du respect de la mise sous accord préalable des hospitalisations

à temps complet pour les interventions chirurgicales de la cataracte et les arthroscopies du genou.

Dans le cadre de la campagne GIRAGE (évaluation de la dépendance des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), le secrétariat de la commission départementale de coordination médicale (CDCM), assuré auparavant par le Conseil Général, a été confié à l'Assurance Maladie, et notamment au secrétariat du pôle OSS à compter du 01.01.2009.

RAPPORT D'ACTIVITÉS 09

Service Médical de Nancy (54)

1. Présentation de l'échelon

Effectifs :	21 praticiens-conseils 55 agents administratifs
Départs :	- mutation : 1 cadre - retraites : 1 cadre et 1 agent - invalidité : 1 cadre - décès : 1 médecin-conseil
Arrivées :	mutations : 2 médecins-conseils et 2 agents
Trois sites :	- Nancy - Essey-lès-Nancy - Lunéville



2. CPR2A Contrôle des prestations relation avec les assurés

L'activité CPR2A a augmenté de 8,6 % en 2009 par rapport à 2008. La répartition des avis par type de prestation reste constante.

Le contrôle sur personne est toujours une priorité puisque près d'un avis sur quatre donnés par les médecins-conseils résulte d'un examen médical de l'assuré.

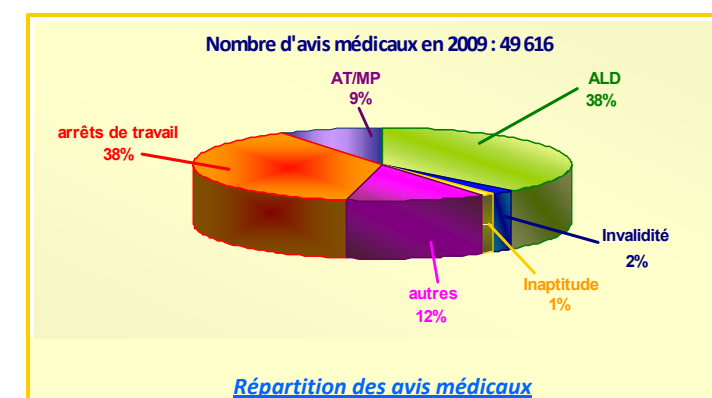
2.1 La Plate-forme

Seize médecins-conseils participent au fonctionnement de la plateforme.

Chaque jour, le médecin-conseil de permanence traite les protocoles de soins et étudie en moyenne 9 arrêts de travail de courte durée, sélectionnés en fonction de certaines pathologies dont principalement les syndromes dépressifs et les lombalgies.

Dans plus de 35 % des cas, une fin de prise en charge de l'arrêt de travail est transmise aux services administratifs pour notification. L'objectif fixé par la COG (convention d'objectifs et de gestion) de donner 60 % des avis sur personne est largement atteint avec un taux de 83 %.

Les critères de ciblage sont donc opportuns. Une formation continue du secrétariat a permis de professionnaliser le travail des agents et d'augmenter le nombre de protocoles de soins traités par lot.



L'arrivée très progressive des protocoles de soins électroniques, depuis juillet 2009, n'a pas bouleversé les méthodes et les circuits de travail actuellement instaurés. En effet, seulement 145 demandes d'exonération du ticket modérateur ont été réceptionnées par « voie électronique » depuis juillet 2009.

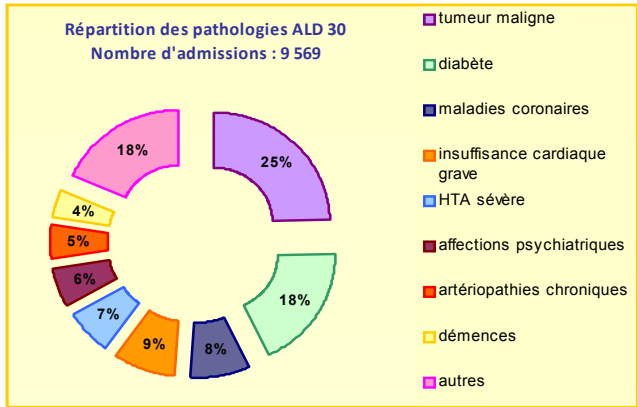
Le gain de temps n'est pas perceptible puisque peu de médecins traitants utilisent cet outil et qu'il n'y a pas pour l'instant de correspondance avec l'appliquet Hippocrate.

Activité de la plateforme en 2009	
Type d'avis	Nombre
Arrêts de travail	2 188
ALD	13 665
TOTAL	15 853

2.2 Les arrêts de travail

Le Service Médical intensifie le contrôle des arrêts de travail entrepris depuis plusieurs années déjà. Pour le risque maladie, le nombre d'avis est passé de 13 387 en 2008 à 14 468 en 2009, soit 8 % de plus.

2.3 Répartition des ALD 30 (affections de longue durée)

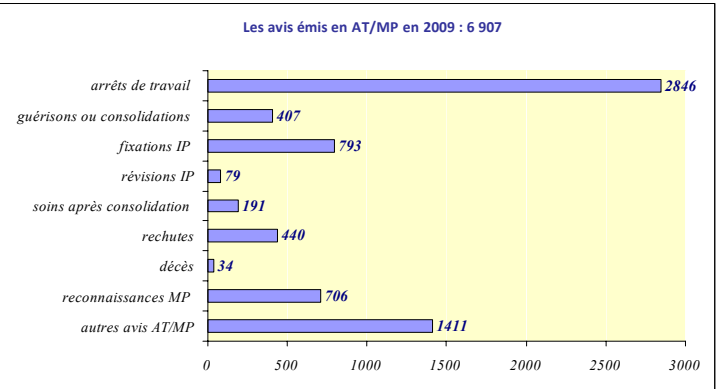


Les échéances étant « médicalisées » au maximum, le nombre d'avis par bénéficiaire est de 1,26. Ce chiffre reste constant. Le nombre de bénéficiaires contrôlés a progressé de 5 % par rapport à 2009.

Le nombre d'admissions d'exonération du ticket modérateur concernant le diabète et l'HTA sévère (hypertension artérielle) est en baisse : respectivement -11,8 % et -18,5 %. En revanche, les demandes pour insuffisance cardiaque grave ont augmenté : +10 %. Le nombre de révisions d'ALD 30 a également fortement progressé (+20 %). Ce constat est lié aux dispositions de la Loi de financement de la Sécurité Sociale de 2006 qui prévoyait la réactualisation des protocoles de soins pour 4 pathologies fréquentes : le diabète, l'HTA, les maladies coronaires et la maladie d'Alzheimer. Pour améliorer la qualité de la prise en charge de ces pathologies, 60 médecins généralistes ont fait l'objet d'un échange confraternel.

2.4 Les accidents du travail et maladies professionnelles

Le nombre d'avis global relevant uniquement du risque AT/MP a légèrement diminué (-1,7%). Toutefois, si les reconnaissances de maladies professionnelles sur tableau ont également baissé de -6% en 2009, le nombre de guérisons ou consolidations a progressé de +28%, les fixations IP de +11%, les soins après consolidations de +10%. Les affections péri-articulaires restent toujours la principale cause de reconnaissance de maladies professionnelles, suivies par les affections consécutives à l'inhalation de poussière d'amiante.



2.5 Le recours contre tiers : 12 millions d'euros récupérés

Après la professionnalisation des praticiens-conseils et des agents du service médical, une réunion de travail régionale a eu lieu le 18.06.2009. La direction régionale, sur une proposition de l'échelon local de Nancy, a permis la tenue de cette réunion au cours de laquelle les responsables du service juridique des Cpm et les équipes du service médical se sont rencontrés afin d'harmoniser les méthodes de travail et surtout d'améliorer l'efficacité

et la réactivité de leurs services. Un protocole régional favorisant le partenariat entre la Cpm et le service médical a été élaboré. Ce document a été signé par tous les directeurs. Il en ressort une amélioration du ciblage et de la qualité du suivi de ces dossiers. Deux cent soixante quinze avis ont été émis par les médecins-conseils spécialisés en recours contre tiers. Le montant de la récupération s'élève à 12 millions d'euros.

3. CCX Contrôle contentieux

3.1 A l'encontre des professionnels de santé

Programme national

Dans le cadre du programme national sur la chirurgie esthétique, la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre (SAS) a été saisie à l'encontre d'un chirurgien pour des anomalies de facturation. La commission des pénalités financières a décidé de soumettre à la procédure de mise sous accord préalable deux gros prescripteurs de soins de masso-kinésithérapie pour une durée d'un mois.

Programme loco-régional

Parallèlement, les analyses sur le plan loco-régional pour dépister les fraudes et pratiques dangereuses ont été poursuivies. Ainsi, deux plaintes ont été déposées devant les Conseils régionaux des Ordres, l'une contre une infirmière pour des facturations d'actes fictifs, l'autre contre un chirurgien-dentiste pour abus d'actes et d'honoraires, surcotations et non respect de la NGAP*.

Les Instances contentieuses

Trois nouvelles plaintes pour fautes, fraudes et abus, ont été déposées conjointement avec la Cpm devant les sections des assurances sociales des Conseils Régionaux des Ordres, à l'encontre d'un chirurgien, d'une infirmière et d'un chirurgien-dentiste.

Les SAS des Conseils Nationaux des Ordres ont rendu 2 décisions : un maintien de la sanction de 42 mois, dont 24 avec sursis, d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pour un chirurgien-dentiste et le rejet de la plainte de l'Assurance Maladie contre un chirurgien plasticien.

Enfin, le Conseil d'Etat a annulé la décision du Conseil National de l'Ordre concernant un chirurgien plasticien et rejeté le pourvoi en cassation d'un chirurgien-dentiste.

* nomenclature générale des actes professionnels

3.2 A l'encontre des établissements de santé



678 factures concernant 178 patients ont été analysées par le service médical dans le cadre de la rétrocession des médicaments

Les praticiens-conseils de l'échelon intervenant dans le contrôle de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé ont été à nouveau fortement mobilisés cette année sur la région Lorraine ainsi que sur la Champagne-Ardenne.

Le programme de mise sous accord préalable de l'hospitalisation à temps complet concernant certains actes chirurgicaux s'est également intensifié avec l'élargissement des gestes contrôlés et des établissements ciblés. Ce programme a nécessité un accompagnement particulier et un suivi auprès des référents nommés dans les centres hospitaliers.

Le contrôle du respect des règles de rétrocession des médicaments par un établissement de santé nancéen a requis un investissement conséquent notamment du pharmacien-conseil. A ce jour, la procédure se poursuit.

3.3 A l'encontre des assurés

L'essentiel de l'activité a porté sur la poursuite du programme de contrôle sur le mésusage de certains produits et sur les risques de fraude dans le traitement de substitution aux opiacés.

Le service médical a également étudié les comportements des « consommateurs atypiques » signalés par la caisse primaire.