

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I V ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

**Mission d'évaluation et de contrôle
des lois de financement
de la sécurité sociale**

- Audition, ouverte à la presse, sur « les arrêts de travail et les indemnités journalières » :
- Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne, et Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale2

Jeudi

17 janvier 2013

Séance de 10 heures

Compte rendu n°08

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

**Présidence de
M. Pierre Morange,
*coprésident***



COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
MISSION D'ÉVALUATION ET DE CONTRÔLE
DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Jeudi 17 janvier 2013

La séance est ouverte à dix heures.

(Présidence de M. Pierre Morange, coprésident de la mission)

La Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) procède à l'audition, ouverte à la presse, de Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, directrice coordinatrice gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne, et Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale.

Mme Bérengère Poletti, rapporteure. Le contexte dans lequel se place votre audition est le suivant : au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, une polémique est née autour du nombre de journées de carence sur les arrêts maladie. La Cour des comptes a été chargée d'étudier le coût des indemnités journalières (IJ), puis la MECSS s'est emparée du sujet. Les indemnités journalières entraînent une dépense dynamique, assez peu connue et mal maîtrisée, notamment par les employeurs.

Mme Liliane Ropars, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie de la Marne, coordinatrice de la gestion du risque pour la région Champagne-Ardenne. Je travaille depuis trois ans dans la Marne en qualité de directrice de la caisse primaire d'assurance maladie, et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) m'a chargée de coordonner la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé dans la région.

La gestion des arrêts de travail est évidemment un enjeu très important, non seulement pour les assurés sociaux, pour les comptes des organismes sociaux, mais aussi pour les employeurs et les professionnels de santé prescripteurs. De fait, nous sommes nombreux à intervenir dans ce processus médico-administratif qui met en jeu la coordination des acteurs à l'intérieur de la branche, entre les acteurs administratifs et les médecins conseils qui dépendent des directions régionales du service médical.

Quand j'ai étudié les chiffres des indemnités journalières en 2012, j'ai été frappée par la forte évolution des indemnités journalières subrogées par les employeurs : celles-ci sont passées de 30 % – au lieu de 70 % pour les IJ non subrogées, c'est-à-dire payées directement aux assurés sociaux – à 46 % – contre 54 % pour les IJ non subrogées.

Une des difficultés de la gestion de ce processus est liée au fait que l'assiette des revenus qui contribue aux règles de calcul est différente selon les risques retenus : le risque maladie, la maternité et la paternité, ou le risque accidents du travail-maladies professionnelles. Cette question pourrait être étudiée dans le futur.

La région Champagne-Ardenne représente 2 % de la France et la Marne 45 % de la région. Ainsi, mon département représente 1 % de la France.

En 2012, nous avons observé en région Champagne-Ardenne une décélération de 2,2 % – ce que nous considérons comme une forte décélération – du montant des arrêts de travail et de 0,2 % du nombre de journées indemnisées. Cette décélération est variable selon les départements. Dans la Marne, la baisse du montant des arrêts de travail est de 3,8 %.

Mme la rapporteure. Ce phénomène est-il lié à la crise ?

Mme Liliane Ropars. Il est probablement lié à la crise, mais aussi aux travaux que nous avons engagés en 2012, sous l'impulsion de l'ensemble des acteurs. Je précise que la CNAMTS agit dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et des contrats pluriannuels de gestion signés entre les directeurs de caisses primaires et le directeur général de la CNAMTS.

Concernant l'évolution des dépenses de santé, les contrats pluriannuels de gestion prévoient des objectifs chiffrés, annuels, qui, pour partie, prennent en compte le résultat régional et, pour partie, le résultat départemental. Cela incite les directeurs de caisse primaire à la fois à obtenir un résultat sur le département et à travailler en coopération régionale puisqu'une partie de leur résultat est liée au résultat régional. C'est un facteur de progrès. J'ajoute que les objectifs fixés sont les mêmes pour les médecins conseils et pour les directeurs de caisse primaire, ce qui est là encore un facteur de progrès : il est plus efficace d'agir dans le même sens.

Le risque accidents du travail (AT) représente, dans la Marne, 25 % des IJ – 75 % des IJ étant donc imputables au risque maladie. Il représente 28 % dans la région et 29,5 % dans la France entière. Il y a donc une différence notable de répartition entre le risque AT et le risque maladie. À ce titre, je signale que la décélération de 3,8 % du montant des IJ payées dans la Marne est liée au très fort recul – de 12,4 % – du risque accidents du travail. De la même façon, nous avons noté une forte décélération des IJ de moins de trois mois. Mais le phénomène est valable aussi bien pour la Marne, pour la région, que pour la France entière.

Nous avons noté également que deux tiers des IJ versées pour arrêts de travail concernaient des arrêts de moins de trois mois.

Enfin, les indemnités journalières représentent 13 % de la dépense de soins de ville et entre 5 et 6 % du total des dépenses de l'assurance maladie. Elles sont prescrites à 80 % par les médecins libéraux et à 20 % par les médecins hospitaliers. Et parmi les 80 % de médecins libéraux, 60 % sont des médecins généralistes et 20 % des spécialistes.

Par ailleurs, nous réalisons des enquêtes de satisfaction auprès de nos publics. En 2012, dans la Marne, 95 % des assurés, 94 % des professionnels de santé et 90 % des employeurs déclaraient être satisfaits des prestations de leur caisse primaire. Les meilleures notes ont été attribuées à l'appréciation relative au revenu de remplacement, qui est de 7 sur 10, et à l'accompagnement des professionnels de santé par les délégués de l'assurance maladie, qui est de 7,2.

Bien sûr, les plans de contrôle ont beaucoup évolué depuis 2004. Avant cette date, la plupart des contrôles réglementaires obligatoires débutaient au premier jour du quatrième mois. Depuis, le système s'est affiné : contrôles systématiques des arrêts de 45 jours par les médecins conseils ; contrôles fondés sur des référentiels de moyennes des durées d'arrêt par pathologie – par exemple, 30 jours d'indemnités journalières pour les lombalgies. Nous y avons été aidés par les observatoires locaux, qui ont été mis en place mais aussi par les outils qui ont été mis à notre disposition et qui ont fortement progressé, notamment l'année dernière.

Nous avons un système de dématérialisation totale en entrée, que nous appelons « **DIADEME** » – dématérialisation et indexation automatique des documents et des messages électroniques – et des corbeilles gérées maintenant par les techniciens.

De nombreux médecins prescrivent des arrêts de travail dématérialisés. Sur la première semaine de janvier 2013, ce fut le cas de plus d'un quart des médecins de la Marne. Cela prouve que, dans notre département, nous avons su accompagner les médecins et emporter leur adhésion. Cela aura un impact sur la qualité de la prescription et sur la durée de l'arrêt. Nous disposons aujourd'hui de nombreux référentiels.

Mme la rapporteure. S'agit-il surtout de jeunes médecins ?

Mme Liliane Ropars. Non. C'est une question d'accompagnement, de persévérance, de sensibilisation et de travail en coopération avec les professionnels de santé.

Les employeurs nous aident, de leur côté, grâce à l'attestation de salaire dématérialisée. Aujourd'hui, dans notre département, 70 % de ces déclarations sont dématérialisées, ce qui simplifie pour nous le traitement du processus. 60 % des déclarations d'accidents du travail sont également dématérialisées.

Vous constatez donc une progression de la dématérialisation, qui améliore forcément les délais et mécaniquement la qualité de la prestation.

En 2012, une lettre-réseau a défini les consignes en matière de contrôles administratifs et médicaux. Publiée le 29 mai, elle a été mise en œuvre durant l'été dans nos caisses pour être opérationnelle dès la rentrée. La CNAMTS nous a par ailleurs dotés d'un référentiel de liquidation afin que les techniciens, dans toutes les caisses primaires de France, puissent liquider les dossiers suivant les mêmes critères. Ces deux outils internes nous aident grandement.

Les 44 fiches-repères relatives aux prescriptions d'IJ sont un moteur important, puisqu'elles servent non seulement aux médecins prescripteurs, mais aussi aux médecins conseils pour opérer les contrôles sur la même base que les référentiels d'indication de durée de l'IJ.

Depuis de nombreuses années, nous privilégions le processus des IJ dans l'allocation des ressources internes et nous avons développé des services en santé. Je me félicite que ma caisse primaire développe le service en santé active, également développé dans les Yvelines et dans dix à douze autres caisses primaires de France. En effet, dans ces services, nous pourrions travailler, notamment, sur la prévention des lombalgies et mettre en place des ateliers dans les départements. Le département de la Sarthe, qui a expérimenté ce genre de service, a montré qu'il pouvait avoir un impact sur certaines pathologies.

Enfin, un grand effort a été mis sur l'accompagnement des employeurs, des professionnels de santé et des assurés sociaux. Pour moi, le contrôle s'accompagne d'un très fort sens de l'accompagnement.

Mme la rapporteure. Pouvez-vous nous expliquer ce qui fait votre originalité ?

Mme Liliane Ropars. Je pense que c'est la forte coordination régionale qui existe entre les quatre caisses primaires. Certes, la région est petite et cette coordination est évidemment plus simple qu'en Île-de-France ou dans la région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA), dans laquelle j'exerçais mes fonctions précédemment.

Ensuite, nous avons eu l'idée de travailler sur les arrêts de travail « AT » en mettant l'accent sur leur contrôle – ce qui explique la décélération de 12 %, dont je faisais état tout à l'heure.

Enfin, nous avons fait le pari que la dématérialisation, dans tous les domaines, en direction des employeurs, en direction des médecins prescripteurs, et en interne, serait un des facteurs déclencheurs de notre évolution. De fait, la dématérialisation nous oblige à revoir, en interne, la gestion de nos processus et, bien sûr, à nous remettre en cause régulièrement.

Voilà, à mon avis, ce qui fait notre originalité. J'ajoute que l'excellente coopération entre les services médicaux et les services administratifs nous a beaucoup aidés – et je pense plus particulièrement à la caisse primaire de l'Aube.

M. le coprésident Pierre Morange. Cette philosophie, marquée par la coordination et l'utilisation optimisée de la dématérialisation des données, est-elle une originalité de la branche assurance maladie ? Est-elle partagée, articulée avec d'autres organismes publics ou parapublics, Pôle emploi ou les autres administrations ?

Mme Liliane Ropars. L'articulation se fait dans le cadre de la coordination régionale, avec la Mutualité sociale agricole (MSA) et avec le Régime social des indépendants (RSI), dans la mesure où ils participent à tous nos groupes régionaux de coordination de la maîtrise des risques.

Avec les autres organismes comme Pôle emploi ou l'URSSAF, nous avons commencé à travailler. Ce n'est pas très simple, dans la mesure où le répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) nous permet d'examiner une situation individuelle, mais pas encore de « requêter ».

M. le coprésident Pierre Morange. À quoi est-ce lié ?

Mme Liliane Ropars. Aux autorisations de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), peut-être.

M. le coprésident Pierre Morange. J'étais chargé de rapporter le projet de RNCPS devant la CNIL et je peux donc vous affirmer qu'elle n'a pas pu émettre de réserves à ce propos. Il y a forcément d'autres raisons, certainement d'ordre culturel ou administratif.

Mme Liliane Ropars. Nous n'en sommes qu'à la première étape de la mise en place de ce RNCPS, mais celle-ci est fondamentale. Elle nous permet déjà d'interroger le répertoire par individu. Nous le faisons à partir du numéro d'immatriculation de la sécurité sociale. Le véritable progrès aura lieu quand nous pourrons faire des requêtes.

M. le coprésident Pierre Morange. Où en êtes-vous des procédures d'exploitation de données de *data mining* ?

Mme Liliane Ropars. Nous avons fait partie du groupe de caisses intégrées au dispositif expérimental, mais n'avons pas pu, à travers cette expérience, trouver le moyen de « requêter » de manière efficace, ni trouver des profils type. Nous avons simplement dégagé quelques pistes. Nous allons travailler avec l'URSSAF sur les entreprises susceptibles d'être des « coquilles vides », avec la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) sur le cumul d'indemnités journalières et de pensions de retraites et avec Pôle emploi sur les cumuls

d'indemnités journalières et d'allocations chômage. Voilà l'axe fort du contrôle contentieux qui sera lancé dans les caisses en 2013.

M. le coprésident Pierre Morange. Articulez-vous votre action avec les services fiscaux ?

Mme Liliane Ropars. Nous mettons bien évidemment en place cette articulation, mais nous agissons au cas par cas, sur la base de l'analyse des situations individuelles, mais pas sur la base de requêtes.

M. Lionel Tardy. Les arrêts de travail sont un sujet de préoccupation. En moyenne, un arrêt de travail sur cinq est abusif. Souvent, les salariés ne renvoient pas l'avis d'arrêt de travail dans les délais. Ils ne sont pas forcément à leur domicile aux heures de présence obligatoire. Enfin, ils font très souvent prolonger leur arrêt de travail par un médecin différent de celui qui a prescrit l'arrêt initial.

Mais je m'intéresse surtout aux actions de sensibilisation que vous menez auprès des entreprises et des professionnels de santé comme des réunions d'information. Certains départements sont allés plus loin, en préconisant des durées idéales d'arrêt de travail selon certaines maladies, en mettant en place des entretiens d'alerte ou des mises sous accord préalable (MSAP) des médecins, ces derniers devant alors demander l'aval du service médical de la CPAM avant de prescrire un arrêt maladie. Là où ces MSAP ont été instaurées, les arrêts ont diminué de 30 % à 50 %. Avez-vous expérimenté ce système ? A-t-il été mis en place dans d'autres CPAM au sein de votre région ? Qu'en pensez-vous ?

Mme Liliane Ropars. Je répondrai d'abord sur les avis d'arrêt de travail qui arrivent tardivement, sur les contrôles de présence obligatoire au domicile, sur les départs hors circonscription de la caisse, sur les arrêts itératifs de courte durée, ainsi que sur le contrôle du prescripteur de la prolongation – puisqu'il y a eu une évolution réglementaire récente dans ce domaine.

Les assurés sociaux qui sont en arrêt de travail ont des obligations définies par les textes. Depuis de nombreuses années en Champagne-Ardenne, nous avons lancé des campagnes de communication sous forme d'encarts dans la presse, de dépliants et d'affiches dans les cabinets médicaux, pour les leur rappeler. Personne ne doit ignorer que nous pouvons procéder à des contrôles.

Sur les trois derniers mois de l'année 2012, en Champagne-Ardenne, nous avons reçu 1 % des arrêts hors délai, ce qui est assez peu. Néanmoins, plus les arrêts de travail seront dématérialisés, moins les avis parviendront hors délai, puisque quelques secondes suffiront à les transmettre.

Mme la rapporteure. Quel est le pourcentage d'avis de travail parvenus hors délai, au niveau national ?

Mme Liliane Ropars. Il est similaire : de 1 % à 1,5 %.

Sur les 300 arrêts que nous avons reçus hors délai, 240 ont fait l'objet d'un avertissement, puisqu'il s'agissait du premier arrêt envoyé tardivement et les autres ont fait l'objet d'une sanction : pour 8 d'entre eux, nous n'avons payé que 50 % de l'IJ ; et pour 50 autres, nous n'avons payé aucune IJ.

La semaine dernière, j'ai fait faire un audit sur une journée de production et j'ai pu constater que la consigne était respectée dans les services. Il faut dire que depuis l'été dernier, depuis que nous avons le système informatique DIADEME, nous pouvons mettre en œuvre des contrôles automatiques. Or il est bien plus facile de faire respecter les consignes quand les contrôles sont automatisés.

M. Gérard Sebaoun. Mais pourquoi ces arrêts sont-ils arrivés tardivement ?

Mme Liliane Ropars. En partie en raison de la négligence des assurés sociaux, et en partie en raison de leur volonté de nous les faire parvenir tardivement, ce qui motive l'application des sanctions que je vous ai mentionnées. Néanmoins, il arrive aussi qu'en raison de certaines pathologies, des assurés sociaux ne soient pas en capacité de nous faire parvenir leur arrêt de travail. Dans tous les cas, avant d'appliquer des sanctions, nous demandons l'avis d'un médecin conseil.

Nous avons par ailleurs effectué en Champagne-Ardenne 2 000 contrôles pour vérifier la présence obligatoire au domicile.

M. Gérard Sebaoun. Pour combien d'inspecteurs ?

Mme Liliane Ropars. Les inspecteurs agréés et assermentés ne travaillent qu'à temps partiel sur les contrôles de présence au domicile, car ils procèdent aussi à des contrôles sur la matérialité des accidents du travail ou des maladies professionnelles, ou sur d'autres types d'abus, fraudes, *etc.*

Nous avons la chance, dans notre région, que la caisse de l'Aube ait pu développer une base de données permettant de suivre pas à pas l'ensemble des contrôles de présence au domicile, de communiquer avec le service médical, de tracer les sanctions qui ont pu être prises et la réponse fournie par l'assuré social. Cet outil nous permet de tirer des conséquences de chacun des contrôles individuels, pour pouvoir progresser l'année suivante. Dans mon département de la Marne, je me suis donné comme objectif, pour 2013, d'effectuer 1 500 contrôles à domicile – soit bien davantage que l'année dernière.

Mme la rapporteure. Quelle est votre cible ?

Mme Liliane Ropars. La plupart du temps, nous ciblons les arrêts de courte durée de moins de trois mois, mais aussi les arrêts de travail accordés par les médecins identifiés comme « hyperprescripteurs ». Cela nous permet d'organiser des tournées de contrôle sur certains secteurs géographiques.

M. le coprésident Pierre Morange. Il est ressorti des auditions précédentes que la philosophie générale du contrôle médical consistait plutôt à cibler les actions sur les arrêts de plus de 45 jours, qui sont les plus onéreux – quelque 80 % du montant total de la dépense des IJ. Je suppose que votre volonté de cibler votre contrôle sur les arrêts itératifs de courte durée relève d'une stratégie bien déterminée. Laquelle ?

Par ailleurs, lors d'auditions précédentes, nous avons reçu des sociétés de contrôle médical mandatées par les entreprises qui regrettaient l'absence de communication avec les services du contrôle médical de l'assurance maladie et l'obligation de faire parvenir dans un délai de 48 heures leur avis, qui souvent aboutissait à l'inexploitation des informations recueillies.

On pourrait imaginer qu'entre le contrôle des arrêts de courte durée, celui des sociétés mandatées par les entrepreneurs et celui, plus traditionnel, des arrêts de plus de 45 jours, il soit possible d'optimiser les résultats que nous vous avons initialement présentés.

Mme la rapporteure. Nous avons entendu que les caisses primaires ne réagissaient pas forcément au signalement d'un employeur alors que la MSA, par exemple, répondait systématiquement.

Mme Liliane Ropars. Lors de l'assemblée générale de la chambre de commerce et d'industrie de la Marne, j'ai précisé aux employeurs que, dans ces domaines, nous étions à leur disposition.

J'ai omis de mentionner, concernant les contrôles de présence à domicile, que les signalements des employeurs font partie, par construction, de la cible. Ils ont été de l'ordre de 300 dans la Marne, en 2012.

Il est important que des contrôles médicaux soient effectués sur les arrêts coûteux, qui sont donc majoritairement les arrêts longs. Mais il est également important qu'ils soient complétés par des contrôles administratifs émanant des directeurs des caisses primaires et portant sur certaines formalités – présence à domicile, délai de transmission des avis d'arrêts de travail. Nous devons jouer à la fois sur le segment des arrêts longs qui font en effet l'essentiel de la dépense et sur les arrêts courts qui, en termes d'image, nécessitent un traitement particulier.

M. le coprésident Pierre Morange. Comment s'articule votre action avec celle des sociétés de contrôle médical mandatées par les entreprises ?

Mme Liliane Ropars. Je reconnais qu'en la matière, nous rencontrons des difficultés : ou bien quand une entreprise mandate une société, l'avis du médecin arrive souvent tardivement, après le délai légal de 48 heures, l'arrêt de travail peut être terminé et nous ne pouvons donc plus agir ; ou bien l'entreprise nous envoie les résultats du contrôle effectué par le médecin, alors qu'il faudrait que ce soit le médecin contrôleur qui nous les transmette. Si le délai et la procédure étaient respectés, nous pourrions agir plus efficacement.

Il est important de travailler de façon complémentaire, d'autant que les entreprises sont de plus en plus nombreuses à verser une IJ complémentaire au salarié en arrêt de travail. Nos intérêts sont donc convergents.

M. le coprésident Pierre Morange. Un des intérêts du processus de dématérialisation est d'être rapide, et donc de régler ces problèmes de délai.

M. Lionel Tardy. Il est admis que, en dessous de 7 jours d'arrêt de travail, le risque de contrôle est très faible, ce qui constitue un vrai problème.

Par ailleurs, les chefs d'entreprise ont l'impression que l'historique des arrêts de travail du salarié n'est pas pris en compte. Le résultat est qu'une affection chronique, comme un banal mal de dos, peut être déclarée comme accident du travail, lequel sera à la charge de l'entreprise. Et la question risque fort de ne pas être réglée, malgré le signalement de l'employeur.

Plus généralement, les entreprises rencontrent de réels problèmes de communication avec les caisses primaires, difficultés qui n'existent pas avec d'autres organismes, qui réagissent rapidement et font les vérifications nécessaires.

M. Gérard Sebaoun. Parmi vos cibles, il y aurait des médecins « hyperprescripteurs ». C'est une cible utile, mais j'observe qu'il n'est pas toujours facile de contrôler les arrêts maladie. Par exemple, la distinction n'est pas toujours bien nette entre la maladie et l'accident du travail. Quoi qu'il en soit, quel nombre de médecins cela représente-t-il ?

M. le coprésident Pierre Morange. Pouvez-vous comparer vos chiffres avec la moyenne nationale ?

Mme Liliane Ropars. Je vous parlerai également des demandes d'ententes préalables, qui concernent ces médecins « hyperprescripteurs ». Mais commençons par les arrêts de courte durée et les arrêts itératifs pour maladie.

Avec DIADEME, avec la dématérialisation de nos processus en interne, nous avons la possibilité de repérer toutes les semaines, depuis maintenant quatre mois, l'ensemble des arrêts itératifs.

Tous les assurés sociaux auxquels on a prescrit un arrêt court reçoivent un courrier du directeur de la caisse primaire au bout du troisième arrêt. Mon collègue de la caisse primaire de l'Aube a d'ailleurs fait une évaluation, par anticipation, de l'intérêt de ce dispositif de lettre d'information adressée à l'assuré social.

Je vous précise le contenu de cette lettre :

« Vous nous avez adressé un arrêt de travail du... Il s'agit de votre troisième arrêt au cours des douze derniers mois. Dans l'éventualité d'un nouvel arrêt de travail dans les prochaines semaines, le médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie pourra être amené à prendre contact avec votre médecin traitant et vous-même afin d'examiner votre situation et d'apprécier si ces arrêts successifs sont bien une réponse adaptée à votre état de santé. Si vous avez une question, n'hésitez pas à contacter un conseiller de l'assurance maladie au 3646. Il est à votre écoute. »

M. Lionel Tardy. C'est parfait. Et tellement simple...

Mme Liliane Ropars. Mon collègue de l'Aube a étudié la population ciblée et un groupe témoin qui n'avait pas reçu ce courrier. Nous nous sommes aperçus que, sur la population ciblée, 51 % des assurés ne bénéficiaient pas d'un nouvel arrêt de travail, et 39 % sur la population témoin, soit un différentiel de 12 points.

Nous sommes partis d'un échantillon de 600 arrêts de travail : 300 dans la population ciblée et 300 dans le groupe témoin. Ce différentiel de 12 points, qui est significatif, nous encourage à persévérer dans cette voie, puisqu'il est très simple d'envoyer le courrier dont je vous ai donné lecture.

Cette expérimentation a été généralisée, depuis l'automne dernier, par la lettre-réseau de la CNAMTS de mai 2012 précitée.

Mme Stéphanie Drolez, responsable de la coordination régionale au sein de la caisse primaire de la Marne. Le système DIADEME est installé dans toutes les caisses.

M. le coprésident Pierre Morange. Est-il mis en œuvre de la même façon ailleurs ?

Mme Liliane Ropars. Je ne peux répondre que pour mon département et ma région.

M. le coprésident Pierre Morange. Ce n'est pas le sentiment que nous avons.

M. Lionel Tardy. Si j'ai bien compris, le logiciel DIADEME est déployé au niveau national, dans toutes les caisses primaires. Mais est-il possible de suivre un assuré social qui irait dans un autre département ou dans une autre région ? Imaginez que celui-ci ait eu trois arrêts de travail dans un premier département, puis trois arrêts dans l'autre. Que se passera-t-il ? Les compteurs sont-ils remis à zéro ? Cette situation se produit dans d'autres domaines, quand on change de région ou de département. Chaque organisme ou administration gère ses propres données sans procéder à aucun croisement de fichier.

M. le coprésident Pierre Morange. Étant à l'origine du RNCPS et de l'interconnexion des fichiers, je considère que ce cloisonnement et donc l'absence d'échanges d'information constitue un vrai scandale. Heureusement, la situation a changé depuis le décret d'application du 16 décembre 2009, même si nous ne contrôlons, pour le moment, que l'éligibilité des droits.

Mme Liliane Ropars. La difficulté de contrôler les arrêts de travail de courte durée est évidente quand nous recevons des avis d'arrêt de travail « papier ». Plus nous progresserons sur la dématérialisation des avis d'arrêt de travail émanant des médecins prescripteurs, plus nous serons en capacité d'exercer notre contrôle.

Il arrive que les assurés sociaux nous demandent l'autorisation de sortir de la circonscription. En 2012, dans la Marne, nous avons accordé 2 500 de ces autorisations.

M. le coprésident Pierre Morange. Pourriez-vous faire le point sur les contrôles dans la fonction publique, hospitalière, d'État et territoriale ?

Mme Liliane Ropars. Non. Nous étions hors expérimentation.

Mme la rapporteure. Et pour les arrêts de travail prescrits à l'hôpital ?

Mme Liliane Ropars. Non plus. Cela dit, 20 % des arrêts de travail sont prescrits par les médecins hospitaliers. Nous pourrions contrôler ces prescriptions dès que ces derniers utiliseront leur numéro de prescripteur à l'hôpital, ce qui n'est pas encore le cas. Nous en avons besoin pour contrôler non seulement les prescriptions d'indemnités journalières, mais également les prescriptions de médicaments et la dépense de transport – dont 70 % émanent des établissements.

M. le coprésident Pierre Morange. Je serai le rapporteur d'une mission sur le contrôle du transport sanitaire et je peux vous assurer que nous serons particulièrement vigilants.

Mme Liliane Ropars. Nous avons donc besoin du numéro de prescripteur hospitalier pour faire ce travail, en coopération avec les présidents de commissions médicales d'établissement (CME) et avec les directeurs généraux d'hôpitaux.

Nous avons beaucoup progressé en ce sens en Champagne-Ardenne comme dans les autres régions de France. Nous y travaillons également avec l'Agence régionale de santé (ARS). Je ne doute pas que nous aboutissions en 2013.

Mme la rapporteure. Il faut un code barre par médecin ?

Mme Liliane Ropars. Oui. Nous devons disposer du code de l'établissement de santé et du code de chacun des prescripteurs.

M. le coprésident Pierre Morange. Il faudra aussi que nos confrères hospitaliers utilisent le codage des actes. Et en ce domaine, sans faire le moindre procès d'intention, la marge de progression est encore assez importante.

M. Gérard Sebaoun. À la différence des médecins libéraux, les médecins hospitaliers ne disposent pas toujours des outils nécessaires. Ils ont leur façon de travailler et la dématérialisation n'est pas leur préoccupation première. Un vrai travail doit être effectué avec ces médecins, mais aussi avec la direction des hôpitaux, qui doit être en phase avec vous. Il faut que le matériel informatique soit installé et utilisé partout.

M. le coprésident Pierre Morange. La MECSS a constaté que les systèmes informatiques des différents établissements hospitaliers publics français étaient obsolètes et inadaptés. Elle n'a pu que regretter l'absence d'adaptation de ces systèmes informatiques qui, de surcroît, n'étaient pas articulés avec les systèmes de l'assurance maladie ou les systèmes utilisés en ambulatoire. D'où ce cloisonnement et ces déperditions d'énergie.

Mme Liliane Ropars. En 2013, les outils existent, et la coopération des médecins et de leurs organisations syndicales est acquise – comme le prouve leur acceptation de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Nous travaillons quotidiennement avec les établissements hospitaliers pour les aider à mettre en place les dispositifs dont nous avons besoin dans les années qui viennent. En effet, nous avons tous besoin de traçabilité.

Mme Stéphanie Drolez. Je souhaiterais compléter notre propos sur les médecins hyperprescripteurs. Notre démarche d'accompagnement est graduée.

Sur les 500 médecins généralistes libéraux de la Marne, une centaine sont considérés comme de gros prescripteurs parce qu'ils sont au-dessus de la moyenne. Ces médecins sont vus au minimum par le service médical dans le cadre d'échanges confraternels. Nous les sensibilisons à travers les fiches-repères, en leur apportant des profils pour qu'ils se situent par rapport à leurs confrères.

Les 400 autres sont suivis dans le cadre d'un accompagnement beaucoup plus léger par les délégués de l'assurance maladie, qui leur présentent les fiches-repères de durée moyenne des arrêts et le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle.

Enfin, les « hyperprescripteurs » – une dizaine dans la Marne – sont convoqués en entretien d'alerte. Sur ces dix médecins, en 2012, l'un a fait l'objet d'une MSAP et un autre a été mis sous objectifs quantifiés, ce qui correspond à une version allégée de la MSAP. Ces dispositifs sont efficaces. Ils permettent de diminuer le nombre des prescriptions d'arrêts de travail, du moins tant que les médecins sont sous observation. Cela dit, seul un très petit nombre de médecins, très atypiques, sont concernés, et nous les suivons de près.

Mme la rapporteure. Est-ce que le nombre des prescriptions remonte quand la mise sous MSAP s'arrête ?

Mme Stéphanie Drolez. C'est le cas au bout de plusieurs mois, d'où notre vigilance continue avec ces médecins.

M. Gérard Sebaoun. Est-ce que ce sont les médecins qui ont la plus grosse activité ?

Mme Stéphanie Drolez. Pour qualifier un médecin d'hyperprescripteur, nous prenons en compte la patientèle – et non un nombre en valeur absolue d'IJ.

M. Gérard Sebaoun. C'est une corrélation.

Mme Stéphanie Drolez. Tout à fait. Nous nous fondons sur un pourcentage par rapport à la patientèle.

Mme Liliane Ropars. Je fonde beaucoup d'espoir sur les fiches-repères que la Haute Autorité de santé (HAS) a mis à la disposition du corps médical. Ces références sont utiles pour les médecins prescripteurs et le seront également dans le monde hospitalier. De plus, elles permettent à certains médecins de résister à la pression de leurs patients.

Nos avis d'arrêt de travail dématérialisés « en 5 clics » comprennent la durée indicative d'arrêt de travail recommandée. Celle-ci est modulée en fonction du type d'emploi de l'assuré social – en cas de bronchite, pour un travail sédentaire, elle est de 4 jours, tandis que, pour un travail physique lourd, elle est de 7 jours. En outre, au verso de cette fiche indicative, le médecin bénéficie de trois conseils sous forme de questions. Votre patient a-t-il reçu une information rassurante pour lui permettre de reprendre ses activités sans appréhension ? La question de la reprise de l'emploi a-t-elle été abordée dès le début de l'arrêt ? Votre patient a-t-il été informé des délais à respecter avant de reprendre des activités sportives et de loisirs ?

Toutes ces données sont réactualisées en permanence. Aujourd'hui, 44 fiches-repères couvrent une partie importante des arrêts.

Ces fiches servent également au contrôle et nous seront d'un très grand secours.

M. le coprésident Pierre Morange. Même si on ne peut pas standardiser la réalité du corps humain, les référentiels de la HAS ont l'avantage de fournir un cadre et de construire un raisonnement susceptible d'être adapté au quotidien, dans le cadre du colloque entre le praticien et le patient.

Cela m'amène à vous parler des logiciels d'aide à la prescription (LAP). Ceux-ci ne sont pas tous validés, dans la mesure où la qualité n'est pas toujours au rendez-vous. Certains sont même parfois financés par des intérêts économiques. Avez-vous des informations sur la progression de ces logiciels LAP agréés chez les prescripteurs ?

Mme Liliane Ropars. L'avis d'arrêt de travail dématérialisé est un outil de l'assurance maladie, que les médecins prescripteurs vont chercher sur le portail « Espace PRO » du site internet de l'assurance maladie. À ce jour, un important éditeur de logiciels métiers à destination des médecins l'a intégré, ce qui est un signal positif, dans la mesure où notre outil interne n'est véritablement disponible que depuis quelques mois, du moins de manière efficace, et où les éditeurs de logiciel ont besoin de temps pour l'intégrer. Mais on peut penser que lorsqu'un éditeur important l'a déjà intégré, les autres suivront.

Bien sûr, il nous faudra fortement accompagner les professionnels de santé prescripteurs. Voilà pourquoi nous avons mis en place des équipes de conseillers informatique service (CIS) – au nombre de cinq dans la Marne.

M. le coprésident Pierre Morange. Cela suppose que les systèmes informatiques de l'assurance maladie soient totalement opérationnels. L'année butoir pour la modernisation du système était 2004, puis 2008, puis 2012, et, si j'ai bien compris les dernières déclarations de la CNAMTS, elle a été reportée à 2014. Ce délai vous paraît-il raisonnable et surtout tenable ?

Mme Liliane Ropars. Ce délai me semble raisonnable et tenable. Il nous permet de gérer l'accompagnement de nos techniciens en interne – dont nous devons faire évoluer le métier – et celui des prescripteurs en externe. La montée en puissance du dispositif prend du temps et ne se limite pas à la mise au point technique des outils qui seront mis à notre disposition. Je sais que le directeur général se préoccupe très fortement de l'amélioration du système d'information et que tous les directeurs de caisse primaire le suivent pour mettre en œuvre, opérationnellement, sur le terrain, toutes les options, à chaque fois que c'est possible. Vous pouvez compter sur nous.

M. Gérard Sebaoun. Autant je crois aux référentiels de la HAS, autant je crois à l'accompagnement, autant je suis dubitatif à propos fiches-repères. Par exemple, si vous entrez la pathologie du patient, qui a subi une angioplastie simple, vous lirez que celui-ci peut retravailler au bout de 48 heures. C'est souvent le cas, mais pour certains patients, ce sera beaucoup plus compliqué, non pas parce que l'angioplastie s'est mal passée, mais parce tous les individus ne vivent pas de la même façon le geste agressif que représente cette intervention. La difficulté est dans ce rapport singulier à la pathologie qu'on ne peut pas standardiser. On pourrait d'ailleurs dire la même chose de la grossesse – même s'il ne s'agit pas d'une pathologie.

Mme Liliane Ropars. J'ai parfaitement conscience de cette difficulté et de la réalité du colloque singulier entre le médecin et son patient. Le fait de donner des durées indicatives, qui ne sont pas des durées obligatoires, ne constitue qu'un outil d'accompagnement.

M. Gérard Sebaoun. Entre « indicatives » et « obligatoires », il y a un fossé qu'il ne faudrait pas se dépêcher de combler ...

Mme la rapporteure. J'ai découvert dans la communication de la Cour des comptes que, pour certaines pathologies, la durée des durées prescrites pouvait aller de un à quatre. Nous sommes alors au-delà de cette problématique, avec des praticiens dont les modes d'exercice ne rendent pas forcément service à l'ensemble de la profession.

M. Gérard Sebaoun. Tout dépend de la façon dont le médecin entend les références et les applique.

M. Lionel Tardy. En 2012, au niveau national, on a observé un recul du montant des IJ, ce qui ne s'était pas produit depuis 2006. Le phénomène est-il dû uniquement au mode de calcul, moins avantageux, qui est entré en vigueur fin 2010 ? Pour ma part, je pense à la fréquence plus importante des contrôles, qui réduit les abus, et à la progression du chômage, qui incite les salariés à limiter leurs absences. Quelle est votre analyse ?

Mme Liliane Ropars. Deux facteurs, le vieillissement de la population active et le développement rapide de certaines pathologies chroniques contribuent à l'augmentation des IJ

à la hausse. D'autres facteurs les diminuent. La crise économique du moment en est un. Mais il y a aussi le contrôle opéré par les organismes sociaux ; le contrôle – encore marginal – opéré à la demande des employeurs, sous la forme de signalement ou d'appel à des sociétés de contrôle privées. Et il y a enfin le meilleur accompagnement des médecins prescripteurs, sous la forme d'aide à la prescription, de mise à disposition de références. Je pense que notre investissement, sur l'année 2012, a contribué de façon importante à la maîtrise de la dépense en matière d'II.

M. le coprésident Pierre Morange. Je terminerai par une question relative aux systèmes informatiques et aux prestataires qui les mettent en œuvre. Avez-vous encore recours à des systèmes assez lourds, du type *main frame* ? J'ai cru comprendre que l'assurance maladie avait mis en place des systèmes plus ouverts, plus souples, dont le coût de fonctionnement est bien moins élevé que celui des systèmes lourds, qui constituent pour les prestataires une manne particulièrement rentable ?

Mme Liliane Ropars. C'est un message fort pour le directeur général. Je n'ai pas une totale visibilité sur ce sujet, mais je peux vous affirmer que les éditeurs de logiciels évoluent. Ces dernières années, ils se sont beaucoup concentrés et sont maintenant peu nombreux sur le marché, qu'il s'agisse des logiciels à l'attention des médecins, des pharmaciens ou des auxiliaires de santé. Bien sûr, nous allons vers des référentiels beaucoup plus ouverts. Notre enjeu, dans l'année 2013, sera d'intégrer les dispositifs que nous avons mis en place sur le portail Espace PRO du site internet de l'assurance maladie dans les logiciels métiers et de faire en sorte que les éditeurs de logiciels s'adaptent avec la technologie et le service qu'attendent les médecins. Le GIE Sesam-Vitale travaille en lien étroit avec la CNAMTS dans ce sens. Il a été créé une commission de conseil, qui est basée au Mans et présidée par un directeur de caisse primaire.

Mme la rapporteure. Quelle est la proportion de médecins qui utilisent un logiciel métier ?

Mme Liliane Ropars. Aujourd'hui, quasiment tous. Dans ma région, il ne reste plus qu'une poignée de médecins, bientôt à la retraite, qui n'utilisent pas ces logiciels.

M. Gérard Sebaoun. J'ai une question spécifique sur le mi-temps thérapeutique. Il ressort de mon expérience dans une grande entreprise que le mi-temps thérapeutique prescrit pour un mois, quel qu'en soit le prescripteur, est quasiment de droit. Il semble qu'il n'y ait jamais de contrôle sur le premier mi-temps thérapeutique prescrit et qu'il faille attendre un certain temps pour que vous commenciez à en exercer un. Qu'en est-il ?

Mme Stéphanie Drolez. C'est une question que nous allons explorer attentivement dans le cadre de l'analyse des résultats de l'observatoire local des indemnités journalières de Champagne-Ardenne.

M. le coprésident Pierre Morange. Merci pour la précision de vos réponses.

La séance est levée à onze heures quinze.