

Contrôles externes de l'Assurance maladie « Contrôles T2A » Nouvelles modalités

Dr Didier Theis - Hôpitaux Publics Grand Lille
Journées du Grand Sud - Aix en Provence - 18/06/2026

Nouveau guide des contrôles externes

CNAM-représentants de l'Etat-ATIH

- ▶ Travaux préliminaires de 2024 et 2025 : relance des contrôles, introduction de la dématérialisation
- ▶ Mise en évidence par l'AM de la nécessité d'actualiser le guide de contrôle externe 2018, afin de sécuriser la procédure, et en introduisant la notion de dématérialisation et de délocalisation
- ▶ Discussions fin 2025 - début 2026 avec les Fédérations

Evolution majeure : dématérialisation et distanciel

- ▶ Le guide mis à jour, à paraître, semble après échange avec les fédérations avoir pris en compte les intérêts des deux parties, en particulier ceux des établissements
- ▶ Mais les évolutions majeures qui sont la dématérialisation, et le recours à l'analyse des dossiers par l'AM à distance, comporte des risques sur le bon déroulé des contrôles et les résultats des concertations
- ▶ Il est important de préciser les avancées obtenues, pour défendre nos intérêts, mais aussi d'insister sur les vigilances à avoir communément pour éviter les dérives

Préambule

- ▶ **Attention : présentation des éléments « connus » suite aux derniers échanges avec les fédérations, donc sous réserves de modifications / CNAM avant publication**

La préparation des éléments des dossiers contrôlés

- ▶ **Confirmation :** Deux modalités de contrôle sont possibles et sont laissées au choix de l'établissement de santé :
 - ▶ **Modalité 1 :** Le MDIM ne prépare pas le contrôle et met à disposition des équipes de contrôles les dossiers médicaux et administratifs des séjours à contrôler.
 - ▶ **Modalité 2 :** Le MDIM et son équipe préparent le contrôle et colligent les éléments des dossiers des patients permettant de justifier la facturation des séjours contrôlés
- ▶ Ce choix doit être formalisé par écrit par l'établissement de santé (mail ou courrier à adresser au MCRC après rencontre MCRC-MDIM)

La préparation des éléments des dossiers contrôlés

- ▶ **Confirmation :** Deux modalités de contrôle sont possibles et sont laissées au choix de l'établissement de santé :
 - ▶ **Modalité 1 :** Le MDIM ne prépare pas le contrôle et met à disposition des équipes de contrôles les dossiers médicaux et administratifs des séjours à contrôler.
 - ▶ **Modalité 2 :** Le MDIM et son équipe préparent le contrôle et colligent les éléments des dossiers des patients permettant de justifier la facturation des séjours contrôlés
- ▶ Ce choix doit être formalisé par écrit par l'établissement de santé (mail ou courrier à adresser au MCRC après rencontre MCRC-MDIM)

Mod 1 : Partage de la charge initiale, sur un calendrier imposé - pas seulement sur le DIM

N'empêche pas de préparer les dossiers pour son propre compte en amont

Vigilance : le MCRC doit proposer les 2 modalités au MDIM et indiquer la marche à suivre

La dématérialisation

Pour la Modalité 1 = « Le MDIM ne préparent pas le contrôle »

► Implications :

- organisation pratique → selon dossiers papier / partiel / total DPI...
- Numérisation sur place puis enregistrement sur un serveur sécurisé de l'établissement par équipe de contrôle
- Charte d'accès au DPI, charte « de bonne pratique informatique » : à faire signer à l'équipe contrôle (à demander par l'établissement)

La dématérialisation

Pour la Modalité 2 = « Le MDIM et son équipe préparent le contrôle »

► L'AM précise :

- « informations nécessaires et suffisantes, et leur support, attendues par l'équipe de contrôle pour un séjour type de chaque champ de contrôle permettant de justifier le codage et la facturation » (DP/DR/CMA/actes CCAM/suppl...)
- Possible étude d'un dossier par champ par MCRC/MDIM pour préciser les éléments attendus
- La sélection des documents par le MDIM doit être suffisamment complète (toutes les pièces demandées) pour permettre la conduite du contrôle dans sa totalité.
 - Toutefois, des envois complémentaires ponctuels pourront se faire si nécessaire, en accord avec le MCRC et sans que le déroulement du contrôle n'en soit globalement affecté, notamment ces envois doivent être compatibles avec le déroulement initialement prévu en terme de temps et de durée du contrôle.

La dématérialisation : la norme

- ▶ Quelle que soit la modalité choisie, la transmission de l'ensemble des pièces sélectionnées se fera par voie dématérialisée par le médecin du DIM (en 2025 via BLUEFILES)
 - ▶ Le SI de l'établissement doit permettre la numérisation ou l'impression puis la numérisation des documents du dossier informatique dans les murs de l'établissement
 - ▶ Logiciel de l'établissement de santé doit permettre d'extraire les pièces au format numérique (PDF); impressions écran si besoin (ex pancarte non transformable en pdf)
 - ▶ Zip préconisé : taille limite par envoi maximum de 2 Giga-octets via Bluefiles
 - ▶ Serveur dédié sécurisé de l'Assurance maladie
 - ▶ C'est le MDIM qui transmet via bluefiles, même dans la modalité 1 (pas d'accès par MCRC)
 - ▶ la CNIL a confirmé qu'il n'y a aucune obligation de réaliser une convention dans le cadre du transfert de données des établissements à l'Assurance maladie
- ▶ En l'absence de contentieux, les données et pièces collectées sont détruites dans l'année suivant la clôture du dossier (contrôle sans suite ou indu non contesté et recouvré).

La dématérialisation ⇒ une analyse des dossier
par les contrôleurs en distanciel entérinée

► « La procédure de transmission dématérialisée permettra également une analyse des séjours par une partie de l'équipe du contrôle à distance »

➔ « *L'analyse des séjours par les contrôleurs pourra se faire indifféremment en établissement de santé et/ou en distanciel* »

Les dates/périodes du contrôle

- ▶ **Le projet de programme régional de contrôle**
 - ▶ transmis à la Commission de contrôle de l'ARS, qui le propose au DGARS pour décision
 - ▶ doit être élaboré et validé dans des délais compatibles avec une mise en œuvre des contrôles sur site **courant 2ème semestre de l'année n** (sur des facturations de l'année n-1)
 - ▶ **Normalement pas de contrôle en début d'année ??**
- ▶ Courrier adressé au DG de l'établissement à une date laissant suffisamment de semaines avant le début des contrôles pour intégrer
 - ▶ le délai des 15 jours du courrier RAR,
 - ▶ la prise de contact par le MCRC auprès du directeur de l'établissement et du médecin du DIM
 - ▶ l'échange des fichiers
 - ▶ et un **temps de préparation minimal à laisser au médecin du DIM pour organiser le contrôle**, par rapport à la date de début de contrôle prévisionnelle indiquée dans le courrier
- ▶ Le MCRC contacte le Directeur de l'établissement de santé dès réception et au moins **4 à 6 semaines avant la date prévisionnelle** ⇒ **pas de modulation selon le nbr de dossiers**
- ▶ Le délai de 4 à 6 semaines : à partir de la date d'envoi du fichier SecRssDef.zip par le MCRC au MDIM : quelle que soit la modalité choisie de préparation

Le ciblage

- ▶ Le guide indique : « atypies préjugant d'un comportement de codage ou de facturations différent des autres établissements de même catégorie », et
 - ▶ de la connaissance « de terrain » des établissements de santé ou des atypies de la région
 - ▶ des éventuels signalements dont peuvent avoir eu connaissance les responsables du ciblage
- ▶ **Demande : obtenir de UCR/Commission de contrôle de l'ARS des éléments de justification des modalités de ciblage et du choix des champs pour chaque établissement (comparaisons? référentiels ?)**
- ▶ Pas d'avancée, il est répondu que le ciblage est réalisé :
 - ▶ dans le cadre des priorités nationales et au regard résultats des contrôles antérieurs
 - ▶ et est pertinent puisque les taux de rejets avec la reprise des contrôles restent élevés !!
- ▶ Juste suppression de la notion « d'atypie **statistiques** pouvant être le reflet d'irrégularités de codage, ou de facturations à l'origine d'un préjudice pour l'Assurance maladie » → « atypie de codage ... »

La concertation - planification

- ▶ « La planification de la concertation sera posée au mieux dès la première rencontre. Elle est organisée selon la convenance des deux parties et le nombre total de dossiers contrôlés »
- ▶ le MCRC et le MDIM s'accordent sur l'ordre des champs de contrôle afin d'organiser au mieux les phases de concertation.
 - ▶ = planifient ensemble les modalités, dates des phases de concertation et le nbre de jours nécessaires au DIM pour préparer les différentes phases de concertation : ensemble des dossiers ou champ par champ
 - ▶ calendrier permettra au MDIM de faire intervenir, si besoin, les cliniciens en charge des patients.
- ▶ cette planification : fait l'objet d'un procès-verbal daté et signé des deux médecins, puis adressé à la direction de l'établissement de santé et à l'UCR.
- ▶ En cas de problème le calendrier sera revu en conséquence.

Le MCRC ne doit pas hésiter à **demande à rencontrer les médecins cliniciens** (selon disponibilités) pour éclairer les débats en amont de la concertation, afin d'éviter de mettre par erreur en anomalie des codages de séjour qui seraient justifiés au vu des éléments apportés par les cliniciens. Il est conseillé d'informer régulièrement le MDIM sur la nature des constats pendant la phase de recueil, permettant ainsi une meilleure appropriation des désaccords avant la remise des fiches au MDIM.

Vigilance : les contrôleurs doivent être souples si il faut adapter le calendrier et les modalités de concertation initialement prévues, selon complexité des dossiers

La concertation - préconisations du déroulé

- ▶ **Quelques préconisations sont proposées pour la concertation du 1^{er} et du dernier champ**
 - ▶ Permettre au MDIM de disposer du temps nécessaire pour préparer la concertation du premier champ
- ▶ **Les éléments manquants et ayant une influence sur la facturation sont recevables jusqu'à la fin de la concertation**
- ▶ PV possible à l'initiative du MCRC à l'issue de chaque champ; n'a pas de valeur réglementaire mais peut être utile en cas de difficulté ou de contentieux.

La concertation - fiches de concertation

- ▶ **L'envoi des fiches médicales de concertation** au MDIM en amont de la concertation devra être réalisé **systematiquement** (et non ~~selon l'accord de gré à gré entre le MCRC et le MIM~~)
 - ▶ « L'envoi préalable des fiches médicales de concertation est rendu indépendant du fait de préparer ou non les dossiers en amont »
- ▶ **A noter, si l'AM ne modifie pas la valorisation**
 - ▶ elle n'édite pas les fiches médicales de recueil et les fiches de concertation des dossiers concernés, mais seulement une fiche de synthèse
 - ▶ Si le DIM veut les modifier et les concerter, il doit demander leur édition
 - ▶ Ceci doit être indiqué par le MCRC au début du contrôle au MDIM

La concertation - sous valorisations

- ▶ *L'AM réaffirme que dans un souhait d'efficience et de gain de temps pour les deux parties, l'Assurance maladie recentre les contrôles T2A, et donc le recodage des praticiens-conseils, sur les seuls éléments impactant la facturation (déjà en 2018)*

Vigilance : pose éventuellement question sur les documents de preuve sélectionnés et dématérialisés initialement ⇒ /ex il faut pouvoir défendre des DAS initialement non valorisants après recodage par l'AM, notamment du DP ; pouvoir compléter les documents en conséquence

- ▶ Il est acté que :
 - ▶ si le sous-codage ne doit pas être recherché systématiquement, cependant **tout sous codage repéré doit être pris en compte et revalorisé**
 - ▶ tous les éléments impactant la facturation avant **et après recodage** sont pris en compte.

La concertation

- ▶ L'AM indique : « la phase de concertation n'est pas une nouvelle phase d'analyse des séjours et n'aboutit pas forcément à un consensus sur le codage des séjours. Des désaccords de codage peuvent persister et l'établissement de santé aura tout loisir de les motiver dans d'éventuelles observations écrites suite à l'envoi du rapport de contrôle »

Vigilance indiquée à l'assurance maladie : si la concertation ne laisse pas suffisamment au MDIM la capacité de discuter des dossiers, cela risque d'augmenter le nombre de contentieux inutilement

Vigilance sur :

- ☐ le nombre d'échanges prévus et temps consacré à chaque concertation, et leur modulation selon la complexité constatée parfois au moment de l'analyse
- ☐ la capacité laissée d'échanger régulièrement en plus de ce qui a été préalablement décidé

Autres sujets discutés, à préciser

- ▶ Sur la participation au contrôle d'un autre MIM que celui/ceux de l'établissement (accès aux données médicales)
- ▶ Sanctions :
 - ▶ Tout le champ doit être contrôlé si nbr <150
 - ▶ Sinon le nb de dossiers minimum pour un champ sanctionnable doit être sup à 150 (~~50~~)
 - ▶ l'établissement a eu le temps nécessaire et suffisant pour modifier ses pratiques de codage et de facturation entre 2 contrôles
- ▶ Saisines ATIH
 - ▶ Quotas régionaux
 - ▶ Cumul de plusieurs demande en 1 seule saisine

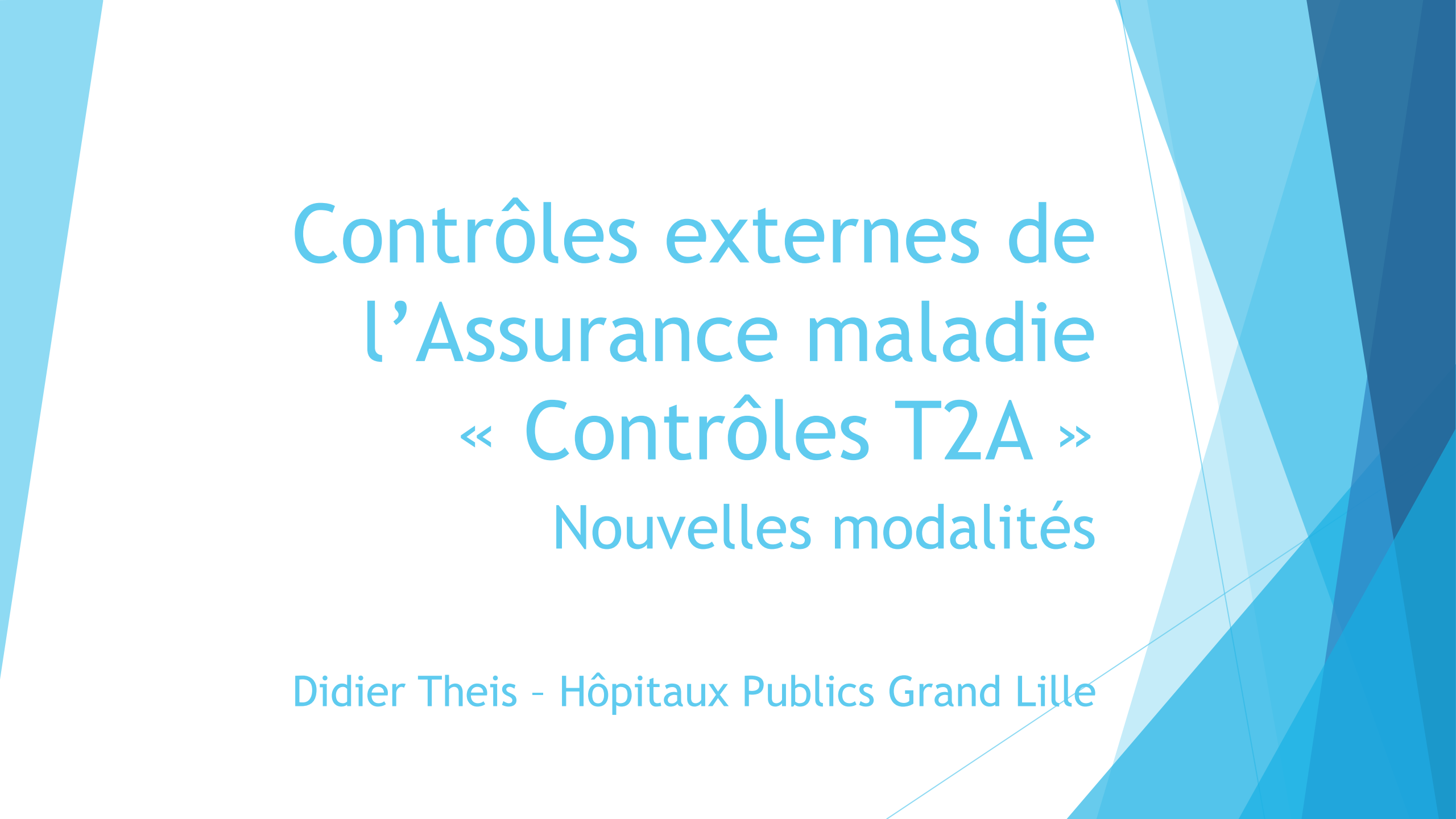
Pour conclure... l'impact du distanciel

- ▶ Sujet beaucoup discuté lors des derniers échanges, ; **en attente de formulation finale par l'assurance maladie**
- ▶ Certains établissements ont demandé du distanciel, même pour la réunion initiale, notamment quand le MDIM est prestataire ou exerce sur des sites à distance
 - ▶ *Vigilance : si une latitude est laissée pour les établissements dans le guide, l'AM demande dans ce cas un équilibre des parties - ce qui voudrait dire que l'AM pourrait aussi demander le distanciel dès qu'elle le souhaite*
- ▶ Après discussion..., pour la réunion initiale entre le MCRC et le MRIM, et pour les phases de concertation

... devrait être reformulé ainsi : le distanciel serait possible « **exceptionnellement** » si accord des 2 parties

Vigilance : le distanciel va déjà devenir la norme pour l'analyse des dossiers par l'AM. Il pourrait apparaître séduisant car éloigne la pression de l'assurance maladie. Mais il est un risque de dérive vers une moindre capacité de concertation si il est étendu, et d'augmentation des indus

Une remontée vers les fédérations des difficultés est essentielle

The background of the slide features abstract, overlapping geometric shapes in various shades of blue, ranging from light sky blue to deep navy blue. These shapes create a dynamic, modern feel. The text is centered and uses a clean, sans-serif font.

Contrôles externes de l'Assurance maladie « Contrôles T2A » Nouvelles modalités

Didier Theis - Hôpitaux Publics Grand Lille

Procédure d'extraction des séjours contrôlés

Résumé de la Procédure en 2025

Étape 1 : Via le module A de LEDDA, le MDIM génère un fichier de numéros de RSS candidats « *SecRssCand.zip* ». La feuille d'extraction ou son équivalent est incluse dans LEDDA par l'ATIH et ainsi mise à disposition du médecin du DIM.

« *SecRssCand.zip* » contient **tous les numéros de RSS**, sans données médico-administratives, correspondant aux **critères de ciblage**, et candidats au contrôle, **regroupés par champ de contrôle**.

Sans le modifier pour ne pas endommager la clé de cryptage, le MDIM transmet ce fichier par Bluefiles au MCRC.

Étape 2 Le MCRC¹⁶ récupère le fichier « *SecRssCand.zip* », ouvre OGC et se positionne sur « **tirage au sort** ». Le **tirage au sort** est une étape obligatoire, même s'il est prévu que le contrôle des champs soit exhaustif. Elle seule, permet de générer le fichier « *SecRssDef.zip* ».

Le fichier « *SecRssDef.zip* » contient les **numéros RSS finalement retenus** pour le contrôle.

Étape 3 Le MCRC adresse par courriel (via Bluefiles) avec demande d'accusé réception au MDIM :

Le fichier « *SecRssDef.zip* », sans l'ouvrir, la **fiche de liaison avec les caisses sous format fichier Excel** et la méthode de remplissage. Ce fichier est impérativement pré-rempli avec les **n° OGC** issus du fichier « *SecRssDef.zip* ».

Le **délai imparti** à l'établissement de santé pour préparer les dossiers ou la mise à disposition des dossiers médicaux (selon les modalités choisies) court à **partir de la date de réception du fichier « *SecRssDef.zip* »** qui permet au MDIM de visualiser la liste des numéros des RSS à contrôler.

Étape 4 A l'aide du module B du logiciel LEDDA et à partir du fichier « *SecRssDef.zip* » adressé par le MCRC et **sans l'ouvrir**, le MDIM extrait du fichier de sauvegarde des RSS de l'établissement de santé, **les données médico-administratives des RSS correspondant aux séjours retenus** et obtient le fichier « *SecRssCtl.zip* ».

Attention : les noms des fichiers ne doivent **jamais être modifiés** par les utilisateurs, afin de pouvoir être reconnus par LEDDA et OGC.

Les fichiers échangés **ne doivent en aucun cas être modifiés** :

Étape 5 Le MDIM adresse au MCRC via Bluefiles le fichier « *SecRssCtl.zip* »¹⁷.

Le MCRC ouvre une **nouvelle session dans OGC** avec le fichier « *SecRssCtl.zip* » puis ferme OGC. Cette manipulation permet de générer le fichier **Valco-before** qui contient les **RSA des séjours à contrôler**.

Les assistant(e)s techniques préparent et éditent (ou dépôt sur serveur sécurisé) les fiches médicales de recueil, les fiches médicales de concertation grâce au fichier Valco-before et à la fiche de liaison.