



l'Assurance Maladie
des salariés - sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-82/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

28/05/2002

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Dépistage organisé du cancer du sein.

Liens :

Plan de classement :

45

Emetteurs :

DDRI

Pièces jointes : 7

à Mesdames et Messieurs les

<input checked="" type="checkbox"/> Directeurs	<input checked="" type="checkbox"/> CPAM	<input type="checkbox"/> CRAM	<input checked="" type="checkbox"/> URCAM
	<input type="checkbox"/> UGECAM	<input checked="" type="checkbox"/> CGSS	<input type="checkbox"/> CTI
<input checked="" type="checkbox"/> Agents Comptables			
<input type="checkbox"/> Médecins Conseils	<input type="checkbox"/> Régionaux	<input type="checkbox"/> Chef de service	
	<input type="checkbox"/> Médecin Chef de la Réunion		

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Point réglementaire et organisation du dépistage. Documents à utiliser dans le cadre du programme.

Mots clés :

L'Agent Comptable

Joël DESSAINT

Le Directeur
Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCERY



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 82/2002

Date : 28/05/2002

Objet : Dépistage organisé du cancer du sein.

Affaire suivie par : Arnauld SENN ☎ 01.42.79.33.42

SOMMAIRE

1. Point réglementaire
 - 1.1 Textes égaux et réglementaire relatifs au principe du dépistage organisé
 - 1.2 Textes légaux et réglementaires relatifs à l'affectation sur le risque des dépenses afférentes aux actes de dépistage organisé
 - 1.3 Textes légaux et réglementaires relatifs à la prise en charge des frais de fonctionnement des structures de gestion sur le FNPEIS
 - 1.4 Textes légaux et réglementaires relatifs à la prise en charge à 100% des actes de dépistage organisé
 - 1.5 Textes légaux et réglementaires relatifs au principe du tiers-payant
 - 1.6 Textes à paraître
2. Etapes de la mise en œuvre du dépistage: schéma général
 - 2.1 Mise en place du cadre du nouveau dispositif
 - 2.2 Fonctionnement opérationnel du dispositif: extraction des fichiers et transmission de ces fichiers à la structure de gestion
3. Suivi et évaluation du dispositif
 - 3.1 Contrôles ponctuels sur les actes payés au titre du dépistage organisé
 - 3.2 Contrôle général de l'activité de la structure de gestion
 - 3.3 Relations avec les professionnels participant au dépistage organisé
4. Documents spécifiques au dépistage organisé du cancer du sein
 - 4.1 Un bon de prise en charge
 - 4.2 Une lettre d'invitation aux femmes visées par le dépistage vous sera proposée
5. Choix des matériels
6. Circuit de prise en charge
 - 6.1 Schéma relatif à la prise en charge
 - 6.2 Rôle du médecin traitant pendant la montée en charge du dispositif
7. Comptabilisation
 - 7.1 Comptabilisation des actes de mammographie
 - 7.2 Comptabilisation des frais de gestion de la structure de gestion
8. Mesures concernant le contrôle interne
 - 8.1 Contrôles systématiques
 - 8.2 Contrôles par sondages

1.POINT REGLEMENTAIRE

Jusqu'à présent les actions de dépistage organisé des cancers constituaient des actions purement expérimentales qui n'existaient que dans certains départements français (32 pour le cancer du sein). Eu égard au caractère purement expérimental de ces actions, tous les frais liés à ces actions relevaient du FNPEIS aussi bien pour les actes médicaux que pour les frais de fonctionnement des structures de gestion chargées de l'organisation du dépistage au niveau local.

Ce nouveau dispositif introduit désormais une distinction entre les frais pris en compte sur le risque et ceux pris en compte sur les fonds du FNPEIS.

. 1.1 Textes légaux et réglementaires relatifs au principe du dépistage organisé

Article L 1411-2 du code de la santé publique: pose le principe des programmes de dépistages organisés des maladies aux conséquences mortelles évitables. La liste de ces programmes est fixée par arrêté des ministres concernés.

Arrêté du 24 septembre 2001: les premiers programmes concernent la mise en place du dépistage organisé des trois cancers: sein, col de l'utérus et colo-rectum.

. 1.2 Textes légaux et réglementaires relatifs à l'affectation sur le risque des dépenses afférentes aux actes de dépistage organisé

L'article L 321-1 8° du code de la sécurité sociale dispose que l'assurance maladie comporte " la couverture des frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes arrêtés en application des dispositions de l'article L 1411-2 du code de la santé publique".

La couverture de ces frais ne relève donc plus du FNPEIS dans ce nouveau dispositif.

1.3 Textes légaux et réglementaires relatifs à la prise en charge des frais de fonctionnement des structures de gestion sur le FNPEIS

Le cahier des charges "structures de gestion" annexé à l'arrêté du 27 septembre 2001 (cf. infra) précise que ces frais sont pris en charge sur le FNPEIS et sur les fonds des conseils généraux. Le budget des structures de gestion comprend (cf. le document budget-type):

- frais de personnel administratif
- salaire du médecin coordonnateur et de l'informaticien
- frais relatifs à l'organisation de la seconde lecture
- frais généraux (location des locaux, téléphone etc.)

1.4 Textes légaux et réglementaires relatifs à la prise en charge à 100% des actes de dépistage organisé

La prise en charge à 100 % de ces mêmes examens résulte quant à elle de l'application de deux autres articles du code de la sécurité sociale:

- *l'article L 322-3 16°* qui dispose que " la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat dans les cas suivants [...] pour les frais d'examens de dépistage effectués dans le cadre des programmes mentionnés au 8° de l'article L 321-1 "

- *l'article R 322-1* pris en application du précédent article qui précise que: " la participation de l'assuré prévue à l'article L 322-2 est également supprimée pour les frais d'examens de dépistage sous réserve que ces examens soient effectués dans le cadre des programmes figurant sur la liste mentionnée au deuxième alinéa de l'article L 1411-2 du code de la santé publique".

De l'application de ces différents textes, il résulte donc que les frais engagés au titre de ces dépistages relèvent du seul risque maladie mais avec prise en charge à 100%.

1.5 Textes légaux et réglementaires relatifs au principe du tiers-payant

Le principe du tiers-payant relève quant à lui de l'arrêté du 27 septembre 2001 fixant le modèle de la convention type mentionnée à l'article L 1411-2 du code de la santé publique. Cette convention type précise en effet que les organismes d'assurance maladie s'engagent " à prendre en charge l'acte de dépistage organisé sans participation de l'assuré et selon les modalités du tiers payant".

Arrêté du 27 septembre 2001

Il détermine:

- . la convention type radiologues/ caisses d'assurance maladie.
- . les trois cahiers des charges concernant respectivement: l'organisation générale, la structure de gestion, et les radiologues (ces textes annexés au dit arrêté ont fait l'objet d'une publication au Bulletin Officiel N° 2001/43 de Novembre 2001).
 - . Organisation générale : principes généraux de l'organisation du dépistage. Rôles respectifs de l'Etat, de l'Assurance Maladie, du Comité Technique des cancers (émanation du Comité Régional des Politiques de Santé). Ce Comité Technique des Cancers est co-présidé par le DRASS et le directeur de l'URCAM. Il examine les candidatures des futures structures de gestion.
 - . Structure de gestion : définition des missions des structures de gestion : organisation du dépistage, deuxième lecture, contrôle des professionnels etc...
 - . Radiologues : normes imposées au radiologue pour la participation au dispositif, obligations médicales imposées aux praticiens dans le cadre du dispositif.
 - . Informatique (transmis par le ministère fin mars 2002): ce document énumère les conditions à remplir par les structures de gestion sur le plan informatique ainsi que les données devant faire l'objet d'un suivi épidémiologique. Il convient néanmoins de souligner qu'il ne sera défini aucun logiciel national. L'audit des applications existantes initialement envisagé par les autorités ministérielles ne sera finalement pas réalisé.

1.6 Textes à paraître au Journal Officiel :

- texte modifiant le Règlement Conventionnel Minimum afin de permettre aux radiologues de pratiquer le tiers-payant. Remarque : Le tiers-payant n'est prévu que pour les mammographies de dépistage, les autres mammographies étant prises en charge selon les règles du droit commun.
- les arrêtés AFSSAPS relatifs à l'organisation du contrôle qualité concernant le dépistage. La parution de ces arrêtés est indispensable à la mise en place d'un dépistage basé sur la qualité. Une fois ces arrêtés parus, une liste des organismes chargés du contrôle qualité pourra être établie par le directeur de l'AFSSAPS.

Par ailleurs, **l'accord national de bon usage des soins relatif à la mammographie** (couvrant les mammographies dans le dépistage et hors dépistage) a été tacitement approuvé par les autorités ministérielles. La parution officielle du texte est intervenue au JO du 24 Mars 2002.

Cet accord national vise à restructurer l'ensemble du secteur de la mammographie de la façon suivante:

- Exigence particulière vis-à-vis du radiologue désireux de s'intégrer dans le dispositif de dépistage: il devra personnellement réaliser 500 mammographies au cours de sa première année de participation (ou 300 comme exécutant + 200 comme second lecteur dans l'hypothèse où le radiologue fait partie des seconds lecteurs).

- Application du tarif ZM 41 à l'ensemble des mammographies (dans et hors dépistage) au démarrage du dispositif. Par la suite (au bout d'une période de 18 mois à compter de la signature de l'ACBUS) ces tarifs évolueront en fonction de la situation du praticien par rapport au dispositif de dépistage: les radiologues ne participant pas au dépistage se verront appliquer une pénalité tarifaire de 5 Z.
- A l'expiration d'une période de 36 mois à compter de la signature de l'accord, les parties signataires de l'ACBUS s'engagent à demander aux pouvoirs publics de réserver l'acte de mammographie (diagnostic comme dépistage) aux seuls radiologues intégrés dans le dispositif de dépistage organisé.
- Suspension du supplément de numérisation pour les examens mammographiques.

☞ L'objectif de cet accord est de restructurer l'ensemble du secteur en imposant à toutes les mammographies des normes de qualité exigeantes et uniformisées. Sans une telle démarche, le risque de mammographies non conformes aux normes de qualité serait évident.

Remarques importantes:

- 1) **CONCERNANT LES 32 SITES EXPERIMENTAUX LE DEPISTAGE ORGANISE FERA L'OBJET DE DISPOSITIONS PARTICULIERES CONCERNANT L'EVOLUTION DE CES DISPOSITIFS (ASPECTS ORGANISATIONNELS, INFORMATIQUES, ETC..). IL EST PREVU AU NIVEAU DE LA CIRCULAIRE MINISTERIELLE RELATIVE AU DEPISTAGE QUE LES SITES EXPERIMENTAUX DEVRONT SE CONFORMER AUX DISPOSITIONS GENERALES DU CAHIER DES CHARGES POUR SEPTEMBRE 2002. CEPENDANT, AFIN DE TENIR COMPTE DES DONNEES HISTORIQUES LOCALES ET AFIN DE RESPECTER L'EXPERIENCE ACQUISE PAR LES SITES EXISTANTS UN TRAVAIL PARTICULIER SERA EFFECTUE EN COOPERATION AVEC LES ACTEURS LOCAUX AFIN DE DETERMINER LES MODALITES D'EVOLUTION DE CES SITES (CIRCUIT ORGANISATIONNEL, BONS DE PRISE EN CHARGE, RELATIONS CAISSE/ STRUCTURE DE GESTION ETC..).**
- 2) **LE CADRE DEFINI PAR LA PRESENTE CIRCULAIRE CONCERNE DONC EN PRIORITE LES SITES NOUVEAUX CANDIDATS DEVANT METTRE EN PLACE POUR LA PREMIERE FOIS UN DISPOSITIF DE DEPISTAGE.**
- 3) Les cahiers des charges **n'ont pas été conçus par les autorités ministérielles comme des documents opérationnels** à destination des caisses. De très nombreuses questions pratiques ne sont donc pas réglées par les cahiers des charges. Un certain nombre de questions sont réglées par cette circulaire. D'autres questions feront l'objet de circulaires ultérieures de la part de la CNAMTS chaque fois que cela sera nécessaire.

2. ETAPES DE LA MISE EN OEUVRE DU DEPISTAGE : SCHEMA GENERAL

La mise en place du dispositif de dépistage organisé du cancer du sein passe par plusieurs étapes (dont certaines ne dépendent pas de l'Assurance Maladie).

2.1 Mise en place du cadre du nouveau dispositif

2.1.1. Mise en place de la structure de gestion

- Elaboration du dossier relatif à la structure de gestion par les promoteurs du projet. Ce dossier doit répondre à toutes les obligations énumérées par les cahiers des charges.
La future structure de gestion peut avoir des statuts très divers: association, GIE, GIP, établissement de santé, etc.. Les caisses d'assurance maladie ont donc la possibilité de présenter un dossier de candidature, au même titre que les autres acteurs. Leur candidature sera examinée par le comité technique des cancers dans les mêmes conditions que les autres candidatures, c'est-à-dire :
 - Passage du projet devant le Comité Technique des Cancers co-présidé par le directeur de l'URCAM et le DRASS.
 - Avis du Comité Technique des cancers (émanation du comité régional des politiques de santé) et transmission de ces avis au Conseil Général et aux organismes d'Assurance Maladie.
 - Choix conjoint de la structure de gestion par le Conseil Général et les caisses d'Assurance Maladie. Ce choix se matérialise par un accord officiel des deux institutions et la conclusion de deux conventions : une convention entre la structure de gestion et les caisses d'assurance maladie (cf. modèle de convention joint à la présente circulaire) et une convention entre la structure de gestion et le conseil général.
 - En ce qui concerne l'Assurance Maladie, la convention est signée entre d'une part la structure de gestion et d'autre part la caisse primaire, la CMR, et la caisse MSA. Le modèle de convention devra être utilisé.

- Répartition globale des financements au profit de la structure de gestion
La répartition globale des financements entre conseil général et assurance maladie **ne fera pas l'objet de textes officiels ou de directives.** Les autorités ministérielles ont préféré laisser aux acteurs locaux le maximum de liberté de négociation. Il convient donc dans le cadre de cette négociation :
 - de saisir officiellement le conseil général pour savoir s'il entend participer financièrement au dépistage organisé du cancer du sein. Cette participation pourra prendre la forme de subventions, de financement ponctuel d'investissements, ou de mises à dispositions (locaux etc..).
 - de saisir le niveau national dans l'hypothèse où le conseil général refuserait de participer au financement du dispositif.

Concernant la rémunération de la deuxième lecture centralisée au niveau de la structure de gestion.

Les autorités gouvernementales n'ont pas souhaité fixer un tarif national pour la rémunération de la deuxième lecture. Afin d'éviter une trop grande disparité entre les circonscriptions, l'Assurance Maladie a souhaité fixer un "PRIX-REPERE" pour la rémunération de la deuxième lecture : **4 EUROS par dossier (c'est-à-dire pour les 4 clichés)**. La participation de l'Assurance Maladie au financement de la deuxième lecture se fera donc dans la limite de ce prix-repère (elle peut naturellement être inférieure à ce tarif). **Attention: ce prix-repère n'est pas un tarif national au sens juridique du terme.**

En effet, si la structure de gestion souhaite rémunérer la deuxième lecture à un niveau supérieur, elle pourra le faire mais en disposant d'un financement complémentaire de la part d'autres financeurs (Conseil Général ou autres) permettant d'apporter un complément de financement à due concurrence.

. Participation globale de l'Assurance Maladie

Dans le passé, la participation avait été fixée forfaitairement à 60F par mammographie. Ce chiffre est clairement insuffisant pour permettre aux structures de gestion de fonctionner dans le cadre fixé par les cahiers des charges de Novembre 2001.

Ce chiffre a donc été réévalué à **13 EUROS** par mammographie (soit 85F30).

Ce chiffre de 13 € comprend les 4€ de la seconde lecture. Il est donc demandé aux caisses de se baser sur ce chiffre pour établir leurs prévisions budgétaires.

Concernant de manière plus générale les prévisions budgétaires, il est demandé aux caisses de baser leurs estimations sur un taux de participation de 50% de la population cible.

Un bilan sera effectué d'ici la fin de l'année 2002 afin de vérifier que ce niveau de participation est suffisant.

2.1.2 Formalités CNIL

Des travaux sont actuellement en cours entre les services de l'Assurance Maladie et ceux du Ministère afin d'établir un texte national couvrant l'ensemble du dispositif et les trois régimes. Ces travaux devraient aboutir au cours du premier semestre 2002. Néanmoins, dans l'attente du résultat de ces travaux, il est donc demandé aux caisses qui démarreraient au cours des premiers mois de 2002 d'effectuer une demande CNIL individuelle.

☞ Une aide méthodologique sera fournie par les services de la CNAMTS.

☞ Les formulaires peuvent être commandés à la CNIL par internet.

<http://www.cnil.fr>

La transmission des fichiers à la structure de gestion (fichier de population cible, fichier des professionnels de santé et fichier de contrôle a posteriori cf infra) **n'est possible qu'à partir du moment où la demande faite à la CNIL a reçu une issue favorable.**

Par ailleurs, **la structure de gestion** est tenue d'effectuer **sa propre déclaration CNIL** car elle utilise et manipule des données médicales dans le cadre de son activité. Cette démarche ne concerne donc pas la caisse. **Une demande commune vis-à-vis de la CNIL n'est pas envisageable.**

2.1.3 Mise en place du dispositif conventionnel local

- Les radiologues désirant participer au dispositif s'adressent en première intention à la structure de gestion. C'est elle seule qui se prononcera sur leur capacité à intégrer le dispositif.
- Un contrôle obligatoire des professionnels intéressés est réalisé par la structure de gestion: formation du professionnel et qualité de son matériel. Cette tâche incombe exclusivement à la structure de gestion et aux organismes agréés par l'AFSSAPS travaillant en coordination avec elle. En cas de problème concernant ces organismes agréés, il est possible de demander plus d'informations à :

Agence Française de Sécurité Sanitaire et des Produits de Santé
143-147 boulevard Anatole France
93285 St-Denis Cedex
Tel: 01 55 87 30 00

- La structure de gestion envoie aux caisses des trois régimes la liste des radiologues ayant fait acte de candidature et remplissant les conditions nécessaires à l'intégration dans le dispositif.
- Une lettre est adressée par la caisse à tous les radiologues candidats ayant été dûment contrôlés par la structure de gestion. Cette lettre invitera les professionnels désirant intégrer le dispositif à conclure la convention-type réglementaire radiologues/caisses. La caisse primaire joindra à cette même lettre une copie de la convention type radiologues / caisses pour signature (exemplaire préalablement signé par les caisses des trois régimes). **S'agissant d'un texte réglementaire national, la convention-type caisse / radiologue n'est pas susceptible d'adaptation locale.**

☞ La rédaction de la lettre aux radiologues est laissée à l'initiative des caisses

- Etablissement par la caisse de la liste des radiologues adhérant au dispositif au fur et à mesure de la réception des réponses.
- Le dispositif ne peut se mettre en place qu'à partir du moment où 50% des radiologues de la circonscription ont signé la convention-type (cf. cahier des charges). Une éventuelle dérogation à ce seuil de 50% est possible pour des raisons tenant aux conditions locales, comme cela est précisé dans le cahier des charges.

Cette décision relève exclusivement du Comité Régional des Politiques de Santé. Si, le taux de 50% de professionnels n'est malgré tout pas atteint, la caisse primaire devra en rendre compte à la CNAMTS.

- **Par ailleurs, pour la bonne marche du dispositif, il conviendra de désigner parmi les trois caisses locales (CPAM, CMSA, CMR) un correspondant inter-régime chargé de coordonner la diffusion des informations entre les différents organismes et assurant un secrétariat permanent du dispositif. La désignation de ce correspondant est laissée à l'initiative des caisses.**

Prise en charge des actes

Les actes de mammographies en première lecture , réalisés chez le radiologue seront pris en charge sur le risque, à 100% et en tiers-payant. Cette modalité de prise en charge ne concerne que les actes relevant du dépistage organisé. Le financement de ces actes ne relève donc pas des relations caisse / structure de gestion.

Par contre, la prise en charge des frais de fonctionnement de la structure de gestion ainsi que le paiement de la deuxième lecture (paiement des experts) relèvent des relations caisse/structure de gestion.

Les structures de gestion devront faire part aux caisses de leurs besoins budgétaires. Cette demande devra comporter les éléments figurant dans le budget-type joint à la présente circulaire.

2.2) Fonctionnement opérationnel du dispositif : Extraction des fichiers et transmission de ces fichiers à la structure de gestion.

Chaque caisse doit mettre à disposition de la structure de gestion un certain nombre de fichiers. Ce travail doit être accompli séparément par les caisses des différents régimes. Ces fichiers permettront à la structure de gestion d'organiser concrètement le dépistage et d'organiser ses relations avec tous les acteurs: femmes dépistées, professionnels de santé, caisses d'Assurance Maladie.

- **fichier de la population cible** : femmes de 50 à 74 ans. Ce fichier sera utilisé par la structure de gestion pour déterminer l'ordre et l'échelonnement des convocations. Il sera utilisé pour l'envoi des convocations (effectuées soit par la structure de gestion soit par une caisse d'assurance maladie) et enfin pour le suivi des personnes dépistées tout au long du dispositif.

Le fichier de la population cible sera remis à la structure de gestion au moment du lancement du dispositif. Tous les trois mois, les informations seront transmises à la structure de gestion pour lui permettre de tenir ce fichier à jour.

Chaque caisse (CPAM, MSA et CMR) devra fournir son propre fichier. Un travail d'épuration est indispensable (élimination des doublons en particulier). Ce travail doit être effectué par la structure de gestion. Il est néanmoins possible qu'il soit effectué par une caisse sur délégation de la structure de gestion. Dans ce cas, il est indispensable:

- que cette délégation apparaisse officiellement dans la convention existant entre la structure de gestion et les caisses.
- que toutes les caisses donnent leur accord. En effet, la caisse chargée d'un tel travail devra nécessairement manipuler les données appartenant aux autres organismes. Ce travail ne fera pas l'objet d'une méthodologie nationale. Celui-ci relèvera donc exclusivement du niveau local.
- que la déclaration CNIL mentionne officiellement que l'épuration est réalisée par la caisse sur délégation de la structure de gestion.

Concernant la population cible, la tranche d'âge concernée – femmes de 50 à 74 ans – **ne pourra en aucun cas être modifiée par les acteurs locaux, tant pour des raisons réglementaires que médicales.**

- **fichier des professionnels de santé:** les professionnels concernés sont les suivants.
 - . Radiologues à titre principal.
 - . Gynécologues et médecins généralistes: ils seront concernés par la campagne en tant que praticien traitant et feront également l'objet d'actions de communication et de sensibilisation etc.. Par ailleurs, ils seront destinataires des résultats du dépistage. La structure de gestion doit donc disposer de leurs coordonnées.
- **fichier de contrôle a posteriori:** ce fichier permettra à la structure de gestion d'effectuer des mesures de contrôles sur les prestations versées.

Concernant toutes ces questions, il convient de souligner que le cahier des charges informatique ne résoudra que certaines questions posées par le dispositif. En effet, il traite avant tout des données épidémiologiques que la structure de gestion aura l'obligation de répertorier et de suivre. Par contre, il ne traite pas de manière détaillée des échanges entre structure de gestion et Assurance Maladie.

Par ailleurs, le document relatif à la norme d'échange constituera un cadre impératif dans toutes ses composantes (nature des données, format des fichiers etc.). La caisse ne pourra pas y déroger au plan local. La structure de gestion devra également se soumettre aux obligations posées par ce document.

Dans leur relation avec la structure de gestion, les caisses devront utiliser exclusivement la norme d'échange qui sera transmise par la CNAMTS.

3. SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF

3.1. Contrôles ponctuels sur les actes payés au titre du dépistage organisé.

La facturation et le paiement des actes de mammographies de première lecture (c'est-à-dire effectuées chez le radiologue) s'effectueront par les canaux traditionnels (cf. infra "circuit de prise en charge"). Il n'y aura pas de circuit de facturation et de paiement spécifiques au dépistage organisé des cancers du sein. Néanmoins, la caisse devra

effectuer des contrôles ponctuels sur les prestations réglées dans le cadre du contrôle interne. Le fichier de contrôle *a posteriori* permettra de mettre en œuvre ces contrôles. Ces mesures de contrôles internes seront particulièrement importantes au début de la mise en place du dispositif car les contrôles informatiques automatisés ne seront pas tous opérationnels (cf. point 8 "Mesures concernant le contrôle interne").

3. 2. Contrôle général de l'activité de la structure de gestion.

Ce travail de contrôle ne relève pas à titre principal de la caisse primaire. Cette tâche a été confiée à deux instances:

. Le conseil d'administration et de gestion cité dans le cahier des charges. Il est responsable de l'administration et de la gestion de la structure de gestion. Les financeurs siègent obligatoirement au sein de ce conseil.

A titre indicatif, il est proposé de répartir les sièges de la façon suivante:

- *1/3 des sièges à l'Assurance Maladie ; 1/3 des sièges au conseil général ;*
- *1/3 des sièges aux autres acteurs cités dans le cahier des charges (professionnels de santé, ordre des médecins et usagers).*

. Le Comité Technique du Cancer, émanation du comité régional des politiques de santé, est quant à lui le garant de la qualité des programmes et veille à ce que la structure de gestion respecte toutes ses obligations en matière de qualité. Ce comité est coprésidé par le directeur de l'URCAM et le DRASS.

. Enfin, dans l'hypothèse où la structure de gestion ne remplirait pas sa mission de manière satisfaisante, la caisse a la possibilité de résilier la convention la liant à la structure de gestion (cf. convention caisse / structure de gestion).

3.3 Relations avec les professionnels participant au dépistage organisé du cancer du sein

Les caisses devront s'assurer à l'issue de la première année de mise en place du dépistage que le professionnel adhérent a effectivement réalisé 500 mammographies. Ce niveau est réputé atteint si le professionnel a réalisé 300 mammographies dans le cadre de son activité et a lu 200 mammographies en tant que deuxième lecteur au niveau de la structure de gestion.

Attention: ce travail devra s'effectuer nécessairement en inter-régime. Le correspondant inter-régime devra centraliser les données émanant des trois régimes.

- Concernant les mammographies réalisées au cabinet du praticien, il conviendra pour la caisse d'effectuer une requête permettant de s'assurer du respect de ce seuil par le professionnel. Des instructions techniques seront données par la CNAMTS à ce sujet.

- Concernant les mammographies réalisées par les deuxièmes lecteurs, la caisse saisira officiellement la structure de gestion afin que celle-ci lui communique les noms des deuxièmes lecteurs au cours de l'année écoulée et le nombre de clichés lus par ceux-ci. Dès le lancement du dispositif, il conviendra d'informer la structure de gestion de cette obligation.

4. DOCUMENTS SPECIFIQUES AU DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

Certains documents - spécifiques au dépistage organisé – seront susceptibles d'être utilisés.

4.1 Un bon de prise en charge a été validé par les autorités ministérielles. Il aura trois fonctions :

1. Justificatif permettant la prise en charge des mammographies dans le cadre prévu par le dépistage organisé (100% et tiers-payant).
2. Instrument de suivi au niveau de la structure de gestion : il sera joint aux radios transmises à la structure de gestion pour seconde lecture, il permettra d'assurer le suivi des personnes et de planifier les reconvoctions.
3. Instrument de contrôle. Les caisses seront en effet amenées au moins au cours de l'année 2002 à effectuer des contrôles ponctuels (cf. contrôle interne) sur les paiements effectués au titre du dépistage organisé.

Remarques importantes :

Ce document ne doit être utilisé que dans le cadre du dépistage organisé. Ce document ne sera pas un document de facturation (comme cela a pu être le cas dans certains sites expérimentaux). La facturation s'effectuera par les canaux habituels (cf. le circuit de prise en charge). Ce document a été conçu pour pouvoir être utilisé dans le cadre d'ESOPÉ. Les modalités d'utilisation de ce document dans les 32 sites expérimentaux existants feront l'objet d'instructions particulières au cours des semaines qui viennent.

Le modèle de prise en charge dont vous trouverez un exemplaire en annexe vient d'être homologué sous les références :

- Cerfa "11950*01"
- homologation "S3340".

Il se compose d'un seul feuillet A4 à compléter par le praticien effectuant la mammographie de dépistage qui l'adresse à la structure de gestion locale chargée de recevoir les informations nécessaires à l'évaluation de ce programme de dépistage du cancer du sein.

Cette prise en charge, délivrée par la structure de gestion ou par les organismes d'assurance maladie avec une lettre d'accompagnement (dont le modèle vous sera bientôt transmis) et un document d'information, permet ainsi à la personne dépistée de bénéficier de la dispense totale d'avance des frais.

Ce document ne sert pas de base à la facturation des honoraires du praticien. Le médecin radiologue qui effectue la mammographie établit sa facturation dans les conditions habituelles soit dans le cadre de la télétransmission soit au moyen de feuilles de soins papier. Dans ce dernier cas, il n'omettra pas de cocher les cases "soins en rapport avec action de prévention" et "l'assuré n'a pas payé la part obligatoire". L'acte sera côté ZM41.

Période de validité des prises en charge

La prise en charge adressée à la personne dépistée devra faire apparaître la date de délivrance de la prise en charge. Celle-ci sera valable à compter de cette date pour une période **de trois mois**.

REALISATION DES PRISES EN CHARGE

Ce formulaire sera édité. Il sera édité par les centres éditiques dans le cadre d'ESOPÉ. Dans l'hypothèse où la structure de gestion souhaiterait se charger seule de l'envoi des invitations, elle assurera elle-même l'édition des prises en charge au moyen du document cerfatisé joint à la présente circulaire (cf. infra).

Informations éditées à partir des fichiers

Elles sont listées ci-dessous (cf. bon de prise en charge):

Nature	Détail et forme
date de délivrance de la prise en charge	JJ/MM/AA
Organisme expéditeur	Nom de l'organisme et adresse
Matricule assuré	0.00.00.00.000.000.00
Bénéficiaire de la prise en charge	Nom et prénom
date de naissance	JJ/MM/AA
adresse du bénéficiaire	
Code organisme délivrant la prise en charge	00.000.000.0
Code organisme délivrant la prise en charge	00.000.000.0
Adresse de la structure locale de gestion

Edition manuelle des prises en charge

En cas de besoin, vous pouvez éditer des prises en charge manuelles selon vos propres moyens.

Remarque :

Ce formulaire sera mis en ligne sur Internet sur le site www.cnamts.fr sans possibilité de remplissage à l'écran compte tenu du fait qu'il s'agit d'une prise en charge engageant financièrement l'Assurance Maladie, celle-ci devant régler directement aux professionnels de santé les honoraires liés à ce dépistage.

4.2 Une lettre d'invitation aux femmes visées par le dépistage vous sera proposée

Deux situations sont possibles concernant la lettre d'invitation:

Situation 1: la structure de gestion souhaite rédiger une lettre d'invitation de sa propre initiative. Dans ce cas, la structure de gestion devra assumer non seulement la rédaction mais aussi l'impression et l'envoi des documents (lettre+ bon de prise en charge + document d'information) aux femmes concernées par le dépistage. La structure de gestion pourra naturellement avoir recours à un partenaire pour procéder à ces opérations (routeur).

Situation 2: la structure de gestion souhaite déléguer l'envoi des lettres d'invitations à la caisse primaire d'assurance maladie. Dans ce cas, la lettre qui sera utilisée sera exclusivement celle présentée en annexe (sans adaptation locale du texte). Cette lettre a été rédigée tant sur le fond que sur la forme pour être traitée par le système éditique ESOPE. Il convient de souligner qu'un espace particulier a été prévu pour l'impression de trois logos distincts. Ils pourront être utilisés pour faire figurer les logos des différents partenaires de l'Assurance Maladie (conseil général, organismes mutualistes, ou autres..) si cela est souhaité.

5. CHOIX DES MATERIELS INFORMATIQUES

Les autorités ministérielles n'ont pas souhaité mettre en place ou imposer une application informatique nationale pour le dépistage organisé du cancer du sein. La structure de gestion est donc libre de choisir le matériel et les logiciels qu'elle souhaite sous réserve que ceux-ci puissent satisfaire aux obligations imposées par le nouveau dispositif.

6. CIRCUIT DE PRISE EN CHARGE

6.1 Le schéma relatif à la prise en charge (cf. annexe) appelle les remarques suivantes:

1. les relances n'ont pas été mentionnées dans le schéma pour des raisons de lisibilité.

2. l'impression et l'envoi des convocations peuvent être assurées soit par la structure de gestion (si elle en a les moyens matériels) soit par l'Assurance Maladie sur délégation de la structure. Le schéma s'est basé sur cette dernière hypothèse.

6.2 Rôle du médecin traitant pendant la montée en charge du dispositif

La montée en charge du dispositif de dépistage organisé se fera sur une période assez longue (environ 2 ans). Pendant toute cette période, un certain nombre de femmes de la population cible pourraient ne pas être convoquées alors qu'elles ont besoin d'une mammographie de dépistage (en effet, d'un point de vue médical, les mammographies doivent être effectuées tous les deux ans).

Pour cette raison, le médecin traitant de la femme (médecin généraliste ou gynécologue) pourra saisir la structure de gestion pour connaître la situation de sa patiente au regard des vagues d'invitations. Dans l'hypothèse où la femme n'était pas prévue dans les prochaines vagues d'invitations, le médecin traitant pourra demander à la structure de gestion d'intégrer sa patiente dans une prochaine vague. Ainsi le maximum de femmes pourra bénéficier d'une mammographie. Cette saisine se fera soit de manière informelle (téléphone, fax) soit au moyen d'un document défini par les acteurs locaux (type "fiche de liaison") permettant de prendre en compte le nom, le n° d'assuré et l'adresse à laquelle l'invitation doit être envoyée.

Remarques importantes

- **Le document éventuellement utilisé pour saisir la structure de gestion n'est pas un bon de prise en charge.**
- **le médecin traitant ne doit en aucun cas être destinataire de bons de prise en charge.**
- **le médecin traitant ne doit en aucun cas avoir rempli lui-même des bons de prise en charge certifiés. Seule la structure de gestion (ou la CPAM via ESOPE) est habilitée à en délivrer.**
- **cette procédure est une tolérance qui ne doit pas désorganiser l'ensemble du mécanisme de dépistage organisé. Par ailleurs, elle est limitée dans le temps (période de montée en charge).**

7. COMPTABILISATION DES ACTES DE MAMMOGRAPHIE

7.1 Comptabilisation des actes de mammographie

Les actes de mammographie réalisés dans le cadre du dispositif de dépistage du cancer de sein seront imputés automatiquement sur le risque Maladie dans les comptes d'honoraires, soit du secteur privé (comptes "65611112xxx – Honoraires médicaux des

spécialistes") soit du secteur public (comptes "656111116 ou 656111213 – Honoraires du secteur public" selon la nature de l'établissement public concerné).

7.2 Comptabilisation des frais de gestion des structures de gestion

Les frais de fonctionnement relatifs aux structures de gestion doivent être imputés sur le FNPEIS au compte PM 656311412. Dépistage du cancer du sein.

8. MESURES CONCERNANT LE CONTROLE INTERNE

Les caisses primaires d'assurance maladie doivent s'assurer que toutes les mammographies effectuées se font dans le strict cadre des textes ministériels et des accords passés entre l'Assurance Maladie et les représentants de la profession.

Une commande a été adressée aux services informatiques de la CNAMTS afin de prendre en compte informatiquement la totalité des contraintes s'imposant aux caisses primaires d'assurance maladie. Une fois ces travaux achevés, la majeure partie des contrôles s'effectuera de façon automatisée par voie de rejets ou de signalements informatiques. Néanmoins, ces travaux imposent des interventions très lourdes, en particulier au niveau du fichier praticiens (notamment pour prendre en compte la notion de praticien sous convention type qui constitue une innovation). Ceux-ci ne seront achevés que dans plusieurs mois. C'est la raison pour laquelle, il sera nécessaire d'ici là de procéder à des vérifications ou des contrôles dans le cadre du contrôle interne. Cette circulaire a pour objet de définir un socle de base de contrôles à mettre en œuvre dans les Caisses.

Les obligations des caisses se situent à deux niveaux :

- santé publique: intégration des seuls radiologues dûment habilités à pratiquer des actes de dépistages; respect des tranches d'âge concernées (et exclusivement celles-ci).
- sécurisation financière: effectuer des règlements conformément aux dispositions réglementaires en vigueur.

LE SOCLE DE BASE EN MATIERE DE CONTROLE INTERNE A METTRE EN PLACE :

L'analyse des risques effectuée sur les processus de mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein met en évidence 5 axes d'analyse pouvant être qualifiés de sensibles :

- la bénéficiaire des soins
- la structure de gestion
- la Cnam
- les radiologues
- le processus de facturation

Les risques liés à ces axes d'analyse sont :

- ✓ externes : habilitation des professionnels de santé, double facturation (avec et sans prise en charge), actes fictifs,
- ✓ et internes : qualité du fichier assuré et de la saisie de la facturation

Sur ces trois axes, des contrôles pourront être réalisés par les Cnam (autant par les délégataires du Directeur que par ceux de l'Agent Comptable), a posteriori notamment au moyen de requêtes exécutées sur les données d'Erasmus régional et de consultation de pièces justificatives auprès de la structure de gestion. Selon l'importance du risque, ces contrôles pourront être systématiques ou par sondage.

8.1 -Contrôles systématiques portant sur :

- l'habilitation du radiologue à pratiquer le dépistage
- la réalisation par chaque professionnel de santé habilité, du seuil de 500 mammographies à l'issue de la 1^{ère} année
- le nombre de mammographies de dépistages réalisées par les femmes sélectionnées : ce nombre ne doit pas excéder 1 dans un délai de 2 ans après le 1^{er} dépistage.

8.2 -CONTROLES PAR SONDAGE PORTANT :

- sur l'objet de la facturation :
 - ✓ vérification que la population de **femmes** sélectionnées est bien âgée entre **50 et 74 ans** : vérification que seule cette tranche d'âge a été ciblée lors de l'extraction du fichier.
- sur l'existence de doublons d'identification :
 - ✓ vérification qu'une même femme n'a pas été sélectionnée deux fois au titre d'assurée et de bénéficiaire du fait d'une mauvaise qualité du fichier " Assuré " Ce travail, en principe effectué par la structure de gestion doit être contrôlé par l'Assurance Maladie.
- sur la qualité de la facturation :
 - ✓ **cotation, risque, prise en charge à 100% et tiers payant** : vérification que ces 4 conditions ont été prises en compte simultanément lors de la facturation
 - ✓ **radiologues en échanges magnétiques : confrontation avec les bons de prise en charge** (demande à la structure de gestion ou contrôle sur place).
 - ✓ **sur la suppression de la cotation du supplément " numérisation "**
- sur la justification de la facturation :
 - ✓ **existence du bon de prise en charge** (à demander à la structure de gestion dans un délai éloigné du délai de 2 ans de " reconvoction ")
- sur la réalité de la facturation (pour éviter actes fictifs) :
 - ✓ **certification par la structure de gestion de l'existence de compte-rendus d'interprétation des mammographies** : vérification du " service rendu "

- sur la 2ème lecture des mammographies :
 - ✓ nom des seconds lecteurs pour vérifier leur **habilitation**
 - ✓ nb de mammographies lues par ces derniers

8.3 -Contrôles de la prescription et de la consommation d'actes de mammographie dans le cadre d'une étude sur ces thèmes menée au cours d'actions de gestion du risque :

- nombre de femmes ayant réalisé en sus de la mammographie prévue dans le cadre du dépistage du cancer du sein, au moins une mammographie en libéral et montant remboursé associé
- suivi de l'activité des radiologues habilités dans le cadre du dépistage du cancer du sein :
 - ✓ nombre de mammographies effectuées dans le cadre du dépistage
 - ✓ nombre de mammographies effectuées en dehors du dépistage
 - ✓ nombre de mammographies analysées en tant que deuxième lecteur. La structure de gestion est tenue de transmettre annuellement à la caisse la liste nominative des seconds lecteurs avec le nombre de mammographies réalisées par eux en tant que deuxième lecteur.

Conclusion : Le socle de base de contrôles ainsi défini à mettre à œuvre est à considérer comme un socle a minima de contrôles et pourra être bien évidemment complété par des contrôles que les Caisses jugeront nécessaires suite à l'analyse des risques qu'elles auront menée en local dans ce domaine.