



Document consultable dans Médi@m

Date :

20/01/2003

Domaine(s) :

PROFESSIONS DE SANTE

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

Objet :

Compléments juridiques et techniques pour la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein.

Liens :

Cir-82/2002

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

MPS

Pièces jointes :

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 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 information

Résumé :

Point réglementaire et technique sur l'organisation du cancer du sein :

- Avenant à l'AcBUS
- Liquidation des actes
- Prise en charge des assurées des départements limitrophes
- Contrôle qualité
- Sections locales mutualistes

Mots clés :

**Le Directeur
Délégué aux Risques**


Pierre-Jean LANCERY



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 14/2003

Date : 20/01/2003

Objet : Compléments juridiques et techniques pour la mise en place du dépistage organisé du cancer du sein.

Affaire suivie par : DDRI/MPS Arnauld SENN ☎ 01.42.79.33.42.

arnauld.senn@cnamts.fr

Madame, Monsieur le Directeur,

PARTIE 1 : QUESTIONS POLITIQUES

1.1 Avenant à l'AcBUS mammographie

Il est apparu que les dispositions de l'accord national de bon usage des soins étaient en décalage avec la réalité du déploiement du dépistage sur le terrain.

- Calendrier d'application de l'accord (modification de l'article 3 de l'AcBUS)

Le calendrier prévu dans le texte initial pose des problèmes d'application par rapport au rythme d'avancement du dépistage sur le terrain.

En effet, si l'on s'en tient à une lecture littérale de l'arrêté ACBUS du 24 Mars 2002, il conviendrait de prévoir une pénalisation financière des radiologues non intégrés dans un dispositif de dépistage dès janvier 2003. Or, tous les départements n'auront pas mis en place de dispositif de dépistage organisé du cancer du sein en Janvier 2003. De nombreux professionnels pourraient se trouver injustement pénalisés dès le début de l'an prochain, et ce même s'ils remplissent par ailleurs les conditions requises pour la participation à un dépistage organisé.

Une telle situation pourrait donc s'avérer très délicate au plan politique et compromettre la mise en place du dépistage organisé sur le terrain.

Afin d'éviter une telle situation, il a été décidé d'élaborer un avenant à l'AcBUS initial afin de repousser le calendrier d'application:

- des sanctions financières applicables aux radiologues non intégrés dans le dépistage. Initialement prévu pour janvier 2003, le calendrier d'application des sanctions sera repoussé selon des modalités qui seront précisées par ce texte. En tout état de cause la pénalisation financière devra être appliquée sur l'ensemble du territoire français en janvier 2005.
- de l'interdiction faite aux radiologues non intégrés dans le dispositif de pratiquer des mammographies. Initialement programmée pour juillet 2004, cette mesure verra son application également repoussée au mois de janvier 2006.

Le texte, approuvé par le Conseil d'Administration du 22 octobre 2002, est actuellement en cours de signature et sa parution officielle au Journal Officiel devrait intervenir au cours des premières semaines de l'année 2003.

Il est donc demandé aux caisses de ne pas appliquer les sanctions financières susmentionnées, prévues en 2003. Dès que le texte aura été signé par l'ensemble des parties, un exemplaire de ce document sera adressé au réseau des caisses (néanmoins, ce texte n'aura de valeur réglementaire qu'après sa parution au Journal Officiel).

- Suivi, études et audit (modification des articles 7 et 8 de l'AcBUS)

L'avenant à l'AcBUS vise à préciser les dispositions initiales de l'AcBUS en ce qui concerne la réalisation d'études et d'audit.

1.2 Pilotage du dispositif de dépistage organisé

Le pilotage du dispositif de dépistage organisé est assuré par deux instances :

- Le Groupe National de suivi de l'accord national de bon usage des soins (visé par l'art. 8 de l'AcBUS mammographie) : cette instance regroupe des représentants de la FNMR et des trois caisses nationales d'assurance maladie. Elle est chargée d'examiner les difficultés d'application de l'accord et de le faire évoluer, si besoin est. Elle est également chargée de mettre en œuvre et de suivre les études relatives au dépistage.
- Le Groupe technique cancer du sein : cette instance regroupe au niveau national l'ensemble des acteurs concernés par la mise en œuvre du dépistage organisé du cancer du sein. Elle assure le suivi du dispositif de dépistage organisé sous ses différents aspects (organisationnels, médicaux, etc.). A ce titre, elle se prononce sur les difficultés d'interprétation des cahiers des charges et émet toute recommandation utile à ce sujet.

Les caisses seront régulièrement informées des décisions de ces instances.

Par ailleurs, lorsque des difficultés importantes d'interprétation ou d'application des textes précités se posent de manière récurrente il est demandé aux caisses de bien vouloir en faire part aux URCAM qui en informeront les services de la CNAMTS. Les services de la CNAMTS soumettront ces questions aux instances compétentes, en tant que de besoin.

PARTIE 2 : QUESTIONS TECHNIQUES ET REGLEMENTAIRES

2.1 Liquidation des actes liés au dépistage organisé du cancer du sein

- Télétransmission par IRIS B2 / SESAM-Vitale

La mise en place du dispositif oblige à saisir, avec l'acte ZM, un code exonération pour la prise en charge à 100%.

- Le code « EXO DIV » devra être utilisé dans le contexte SESAM-Vitale.
- Le code « EXO PREV » devra être utilisé dans le contexte IRIS B2.

- Liquidation par PPN

Les codes suivants devront être utilisés :

- pour les actes ambulatoires : « EXO PREV »
- pour les actes hospitaliers : « EXO DIV » : une évolution est prévue pour, à terme, pouvoir saisir le même code « EXO PREV » en prestations hospitalières et ambulatoires.

- Dispositions concernant le remplissage de la feuille de soins papier

Le professionnel devra remplir la feuille de la façon suivante :

- Exonération du ticket modérateur : OUI
- Motifs : cocher la case « soins en rapport avec action de prévention »

2.2 Problème de la Prise en charge des assurées des départements limitrophes

REMARQUE : LES DEPARTEMENTS FRANCILIENS NE SONT PAS CONCERNES / DES INSTRUCTIONS SERONT DONNEES ULTERIEUREMENT A LEUR SUJET

Le dépistage organisé du cancer du sein dans les différents départements français pourra poser, au niveau local, des problèmes liés à des phénomènes d'attractivité entre des départements limitrophes : rayonnement d'offreurs de soins au-delà de leur département d'implantation, habitude des assurées en matière de recours aux soins, proximité des acteurs de soins des départements limitrophes etc.. Il est donc important de définir une conduite à tenir afin de prendre en compte ce problème.

- Principes généraux relatifs à cette procédure

- La prise en compte de ce phénomène ne doit pas bouleverser l'organisation du dispositif. **Il est donc demandé aux acteurs locaux de faire un usage modéré de cette procédure, qui doit rester exceptionnelle. Une utilisation abusive de cette procédure déstabiliserait l'ensemble du dispositif.**
- Pour pouvoir utiliser cette procédure, **le dépistage organisé doit être mis en place dans les départements limitrophes concernés.** En effet, cette procédure n'a pas de sens si l'un des deux départements ne bénéficie pas d'un dispositif de dépistage : les conditions d'exécution des actes ne sont pas comparables ; les contraintes de qualité ne sont pas applicables de façon identique dans les deux départements etc.
- Les caisses pouvant être concernées par ce phénomène doivent organiser en tant que de besoin les réunions inter-caisses nécessaires et procéder à l'information des radiologues des départements considérés.

- Obligations des caisses

- La caisse et la structure de gestion devront se procurer la liste des radiologues participants au dépistage dans tous les départements qui lui sont limitrophes – et où existe un dépistage organisé du cancer du sein - afin de pouvoir la fournir aux assurées qui lui en feraient la demande.
- La caisse devra désigner une personne chargée de régler, le cas échéant, les problèmes de prise en charge des assurées limitrophes.
- Il est demandé aux caisses de procéder au règlement de l'acte de dépistage au profit du radiologue, conformément au principe de tiers-payant défini pour le dépistage organisé du cancer du sein. Le règlement au professionnel se fait de la manière suivante :

. Aspect conventionnel : il est demandé aux caisses de ne pas faire signer à nouveau au professionnel la convention radiologue / caisse prévue par l'arrêté du 27 septembre 2001. En effet cette convention ayant un fondement réglementaire national, elle est par définition valable dans tous les départements. Il n'y a donc pas lieu de la faire signer une seconde fois. Par contre, il est conseillé aux caisses de demander aux caisses des départements qui leur sont limitrophes la liste des radiologues intégrés dans le dispositif de dépistage organisé, afin d'éviter tout paiement à un radiologue qui ne serait pas en droit de pratiquer les actes de dépistage.

. Aspect comptable : les règles d'affectation comptables sont identiques à celles énumérées dans la circulaire 82/2002 du 28 Mai 2002.

- Obligations des professionnels

- Il est demandé aux professionnels de prendre en charge la transmission des clichés concernés pour seconde lecture à la structure de gestion implantée dans le département dont relève l'assuré, En effet, seule cette dernière est appelée à gérer ce dernier du point de vue médical (seconde lecture) et administratif (convocations ultérieures, gestion du fichier des invitations etc.). La transmission doit se faire dans des conditions permettant de préserver la qualité du cliché.

Remarque : Dans le cas où un accord local déjà existant permettrait une prise en charge de ces frais par les conseils généraux ou les caisses concernées (par l'intermédiaire des budgets des structures de gestion concernées) ce sont les dispositions dudit accord qui s'appliquent.

- Il est demandé aux professionnels de prendre en compte les documents de prise en charge émis par la structure de gestion du département dont relève l'assurée.
- Il est demandé aux professionnels de s'adresser à la caisse implantée dans le département dont relève l'assurée pour se faire rémunérer dans le cadre de la procédure de tiers-payant.

Procédure 1 / SESAM-Vitale: le professionnel utilisera exactement la même procédure que pour les autres assurées (saisie des codes exonérations etc.).

Procédure 2 / IRIS B2 : un paiement direct au profit du professionnel n'est possible que s'il existe une convention spécifique entre le professionnel concerné et la caisse de l'assuré. Dans le cas contraire, un tel règlement n'est pas possible. Il convient donc pour le professionnel de se mettre en relation avec les caisses limitrophes de son département (celles dont il pense recevoir des patients) afin de proposer la conclusion d'une telle convention. Dans le cas où une telle conclusion n'a pas lieu, il est demandé au professionnel d'avoir recours à une feuille de soins papier.

Procédure 3 / feuille de soins papier : il est demandé au professionnel de procéder au remplissage de la feuille selon les mêmes règles que pour les autres assurés.

- Une éventuelle prise en charge financière de ces frais d'envois par l'une des deux structures de gestion concernées relève exclusivement de la négociation locale.

- Cas particuliers

- Assurées relevant de deux régions informatiques différentes : seule la procédure1 (SESAM-Vitale) et la procédure 3 (papier) sont ici applicables pour des raisons techniques. En effet les liaisons IRIS B2 ne sont pas prévues pour fonctionner en

mode interrégional. Les régions informatiques étant généralement plus vastes que les régions administratives, les problèmes interrégionaux devraient se poser dans des cas relativement limités.

- Information des professionnels de santé : il est demandé aux caisses d'assurer l'information des professionnels de santé par l'intermédiaire des structures de gestion.
- Région Ile-de-France : la présente lettre n'est pas applicable à la région Ile-de-France pour des raisons tenant à la répartition tout à fait spécifique de l'offre de soins entre les différents départements franciliens. Cette question fait l'objet d'une réflexion au niveau des services de la CNAMTS.

2.3 Point de situation concernant la communication

Concernant la mise en place de la campagne de communication, il convient de se reporter aux point d'informations parus sur Médiam: Médiam / Gestion du risque / Prévention / cancer du sein. Il convient de souligner que la campagne de communication s'adaptera aux situations locales et aux besoins des acteurs locaux. De nouvelles informations seront diffusées sur Médiam au cours des jours à venir dans les rubriques citées ci-dessus.

2.4 Contrôle qualité

Les textes relatifs au contrôle qualité des appareils mammographiques ne sont pas encore parus. La présente circulaire précise donc l'attitude à tenir concernant le choix de l'organisme de contrôle qualité radiologique.

- Conduite à tenir

Sites expérimentaux existant

Il convient de continuer à avoir recours aux organismes de contrôles existant jusqu'à la parution officielle de la liste des organismes habilités à exercer le contrôle qualité.

Sites nouveaux

La mise en place d'un contrôle qualité est impérative, préalablement au démarrage effectif d'un dispositif de dépistage organisé de cancer. En effet, il ne saurait y avoir de dépistage organisé sans un contrôle qualité.

Le groupe technique chargé du dépistage organisé du cancer du sein, dans l'attente des textes AFSSAPS, élabore en ce moment des recommandations concernant le choix de l'organisme de contrôle. Ces recommandations devraient faire l'objet d'une publication officielle à la fin du mois de janvier 03. Il est donc demandé aux acteurs locaux de bien

vouloir, dans toute la mesure du possible, attendre la parution de ces recommandations qui les guideront dans leur choix. Dès parution de ces recommandations, une information sera immédiatement diffusée au réseau des caisses.

Dans l'hypothèse où des acteurs locaux seraient sur le point de choisir leur organisme de contrôle, ils peuvent contacter M. Arnauld SENN à ce sujet.

2.5 Bon de prise en charge

La circulaire précitée du 14 Août 2002 a précisé que l'utilisation du bon de prise en charge cerfatisé était facultative. Suite à des problèmes d'interprétations ayant pu se faire jour, il convient de souligner que l'utilisation d'un bon de prise en charge spécifique au dépistage reste obligatoire. Par contre, la formalisation de ce document est laissée à la liberté des acteurs locaux, ces derniers pouvant utiliser soit le bon cerfatisé soit un document élaboré au niveau local (lettre avec codes-barres etc.).

2.6 Participation des hôpitaux au dispositif de dépistage organisé

La participation des hôpitaux soulève un certain nombre de problèmes juridiques et budgétaires, et ce tant pour les anciens sites expérimentaux que pour les sites nouveaux candidats. Une réunion aura lieu très prochainement avec les autorités ministérielles afin de régler ces différentes questions. Le réseau des caisses sera immédiatement informé des solutions retenues à ce sujet.

2.7 Participation des sections locales mutualistes

Remarque : il convient de distinguer les SLM, qui gèrent les prestations pour le compte du Régime Général, des petits régimes (Assemblée Nationale, RATP, etc.) qui appliquent à leurs assurés des règles différentes de celles du Régime Général. Les représentants des petits régimes ont été également destinataires de toutes les informations relatives au dépistage.

Comme cela a été indiqué dans la circulaire 114 /2002 du 14 Août 2002, les responsables des différentes sections locales mutualistes ont été pleinement informés des dispositions propres au dépistage organisé du cancer du sein (aspects juridiques, organisationnels etc.). Par ailleurs, ils ont été destinataires de la norme d'échange informatique permettant les échanges de fichiers. Une nouvelle réunion, organisée le 12 décembre 02 a permis de faire un nouveau point sur les problèmes suivants :

- Participation des radiologues

Il convient de souligner que la signature de la convention caisse primaire / radiologue engage le praticien vis-à-vis de tous les organismes relevant du régime général. Il n'est donc pas nécessaire de faire signer au praticien une convention avec les différentes SLM. Par ailleurs, tout au long du dispositif, il est demandé aux caisses primaires

d'informer systématiquement les SLM d'une éventuelle exclusion d'un praticien, afin d'éviter de payer indûment des actes au titre du dépistage.

- Problèmes liés à l'organisation des SLM

L'organisation des SLM (réseau, fichiers informatiques etc.) est fondamentalement centrée sur la profession de l'assuré(e) et pas sur son lieu de résidence, contrairement à ce qui existe pour les CPAM. D'autre part, l'implantation des différentes sections n'obéit pas forcément à un découpage départemental identique à celui des CPAM.

Il est donc parfaitement possible qu'une SLM soit implantée géographiquement dans un département (A) et gère des assurées domiciliées dans un autre département (B).

Il est donc possible qu'une SLM implantée auprès de la CPAM du département A, où le dépistage n'existe pas encore, gère des assurées relevant d'un département B ou C où le dépistage existe déjà. La caisse primaire du département A, où le dépistage n'est pas encore organisée, peut donc avoir à connaître de paiements de SLM au titre du dépistage.

Une fois que le dépistage sera totalement généralisé, ce problème disparaîtra. Néanmoins, au cours des mois qui viennent ce type de cas pourra parfois se rencontrer. Il n'y a pas lieu de s'en inquiéter. Il est demandé aux caisses d'appliquer à ces paiements les règles générales d'affectation comptables définies dans la circulaire 82/2002 du 28 Mai 2002.

Si d'autres problèmes se faisaient jour au niveau local entre les caisses primaires et les SLM, il est demandé aux caisses primaires d'en rendre compte à leur URCAM qui en informeront les services de la CNAMTS afin de pouvoir prendre les mesures nécessaires en liaison avec les représentants nationaux des SLM.

2.8 Exclusion d'un praticien / juridiction compétente

Dans l'hypothèse où un praticien viendrait à être exclu du dispositif de dépistage, la caisse devrait notifier cette décision au professionnel par courrier. Il convient par ailleurs de mentionner dans le courrier l'existence des voies de recours existant en la matière.

Dans le cas présent, la juridiction compétente est le tribunal des affaires de sécurité sociale. Cette question a fait l'objet d'une étude au niveau du service juridique de la CNAMTS dont les conclusions ont été approuvées par les services ministériels.