

Administratif

De l'autre côté de la CPAM

Que deviennent tous les formulaires, sous forme papier ou électronique, que les Idels envoient à l'Assurance maladie? Reportage en Gironde dans un centre administratif, à l'occasion de la mise en place du programme Scor de dématérialisation des ordonnances.

DOSSIER RÉALISÉ PAR OLIVIER BLANCHARD - PHOTOGRAPHIES DE QUITTERIE DE FOMMÉRVault / COCKTAIL SANTÉ POUR L'INFIRMIÈRE LIBÉRALE MAGAZINE



Au fond d'une impasse, à Lormont, dans la banlieue de Bordeaux (Gironde), se dresse un petit bâtiment d'un seul étage, parfaitement anonyme. À l'intérieur, de grandes salles blanches et neutres se succèdent, des *open spaces* avec de petites grappes d'ordinateurs regroupés par fonction sur des tables identiques. À l'étage, réparties sur des dizaines de mètres de linéaires dans de lourds dossiers en kraft, des archives nous donnent cependant un indice sur le lieu : nous sommes dans un centre de traitement administratif de la CPAM.

Pour nombre de professionnels de santé, la "Sécu" s'apparente à une grande machine d'un seul bloc. Localement, l'Assurance maladie se compose pourtant de deux services aux fonctions et aux hiérarchies différentes : les services administratifs des CPAM (*pour tous les sigles de ce dossier, lire le glossaire ci-contre*) et les services médicaux placés auprès de ces caisses. Les premiers évaluent la "qualité administrative" des pièces fournies, les seconds la pertinence médicale des soins. Plus précisément, les contrôles administratifs ou de "gestion des risques" portent sur l'exactitude des renseignements fournis, la présence et la validité des pièces justificatives aux paiements ou l'adéquation entre ces pièces et les versements. Ils repèrent ainsi les doubles paiements, les exonérations abusives (une déclaration d'ALD pour un patient qui n'y a pas droit, par exemple), les soins pendant hospitalisation, le nombre d' AIS3 par jour et par patient, etc. Le service médical, lui, contrôle la qualité même du soin. C'est lui qui repère

par exemple les soignants dits "hyperactifs" (dont le nombre d' AIS3 par jour semble excessif) ou les fraudes graves (déclaration de soins non effectués, etc.), et ce, avec les agents assermentés du service contentieux. C'est au cœur des premiers, les services administratifs, que, pendant une journée, nous avons suivi pas à pas les feuilles de soins (FDS) envoyées par les Idels. L'occasion aussi, pour la CPAM, de délivrer quelques conseils...

FSP : LE PAPIER FAIT DE LA RÉSISTANCE

C'est le plus ancien moyen de communication avec la CPAM : le bon vieux formulaire Cerfa orange avec les cases à cocher. Encore aujourd'hui, il est l'un des derniers recours quand le patient n'a pas de carte Vitale ou quand le professionnel de santé n'a pas d'ordinateur sous la main. Une fois reçues à la CPAM, les feuilles de soins papier (FSP), dont le volume représente encore plus de 16 % pour les Idels en Gironde (contre 14 % pour les médecins, 7 % pour les kinésithérapeutes... ou 10 % chez les Idels du département voisin des Landes), sont transférées au pôle "flux interne". Elles y sont numérisées manuellement par des techniciens... sauf si elles sont mal imprimées, illisibles ou – problème le plus fréquent – mal remplies. Dans ce cas, les employés doivent "indexer le champ", c'est-à-dire saisir tous les actes des FDS un par un à la main.

Ainsi, plus la FDS est remplie lisiblement, plus son traitement sera facile, évidemment. Les éléments à indiquer figurent à l'article R161-42 du Code de la Sécurité sociale (à lire ou relire via le raccourci bit.ly/1vTdK0K). Chaque feuille rappelle les identifiants du patient, du soignant et du prescripteur, la

Glossaire

- AIS** Acte infirmier de soin
- ALD** Affection de longue durée
- AMI** Acte médico-infirmier
- ARL** Accusé de réception logique
- CPAM** Caisse primaire d'Assurance maladie
- DEP** Demande d'entente préalable
- DI** Démarche infirmière (lettre-clé)
- DSI** Démarche de soins infirmiers
- FDS** Feuille de soins
- FSE** Feuille de soins électronique
- FSP** Feuille de soins papier
- MSA** Mutualité sociale agricole
- PJJ** Pièce justificative jointe
- PM** Prescription médicale
- RSI** Régime social des indépendants
- Scor** Scannérisation des ordonnances
- Uncam** Union nationale des caisses d'Assurance maladie (regroupant les trois principaux régimes d'Assurance maladie : régime général, MSA, RSI)

date des actes, la nature des actes un à un avec les compléments (dimanche, jour férié, etc.) sur la même ligne et dans un maximum de six lignes par feuille. Les mentions "idem" ou les grands traits pour signifier que les soins se suivent ne sont donc pas tolérés.

Le support papier reste archivé dans la caisse d'origine trente-trois mois après sa réception. Mais c'est dans un centre spécialisé que sa version numérisée est traitée et le paiement déclenché – avec une réception par le professionnel dans les vingt jours en moyenne. Pour des raisons de coût et de volume, plusieurs caisses peuvent mutualiser leurs efforts. Ainsi, c'est à Nanterre dans les Hauts-de-Seine que dix-huit personnes traitent chaque jour les FSP scannées de Gironde et des Hauts-de-Seine. ■ ■ ■



FSE: DÉJÀ UN GRAND CLASSIQUE

Les télétransmissions et la FSE, sécurisée ou non, ont constitué les premiers pas vers la dématérialisation, il y a plus de quinze ans déjà. Aujourd'hui, grâce à la carte Vitale et aux logiciels de gestion du cabinet, la FSE est le mode privilégié de communication avec la CPAM. Elle est même devenue obligatoire. Le dernier avenant à la convention entre les syndicats d'Idels et l'Assurance maladie précise qu'en cas de « *non-respect systématique* » des télétransmissions, le professionnel de santé risque une « *suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux* » pendant trois, voire six mois.

Après le clic de l'infirmier sur son logiciel de gestion du cabinet, la

FSE ne part pas vers le centre départemental habituel mais est traitée directement dans l'un des huit centres informatiques spécialisés en France. Dès la réception de la FSE, c'est ce centre qui envoie un ARL au professionnel pour confirmer que le fichier a bien été transmis. Le contenu de la FSE est alors automatiquement confronté aux bases de données "classiques" (numéros de prescripteurs, clés de cotations, etc.) pour une première vérification directement dans le centre informatique national.

Le lendemain de l'envoi, les techniciens du pôle départemental du soignant reçoivent les FSE du centre informatique classées en trois groupes : les accords (qu'ils valident tous ensemble d'un seul clic, entraînant un paiement en

Procédure

Relances

Les relances pour défaut de pièces justificatives constituent un exemple de traitement strictement administratif. Quelles que soient les pièces concernées, cette procédure suit le déroulé suivant : J0, paiement de la FDS ; J30, date limite d'envoi des pièces

justificatives ; J45, relance par la caisse pour absence des pièces ; J75, déclaration d'indu par la caisse ; J135, recours par la caisse et saisie sur le flux du professionnel (la caisse rembourse le règlement du soin non justifié de J0 en saisissant la somme indue sur un des versements en cours à J135). Pour les jours d'hospitalisation payés en indu, le délai de recours

peut être plus long car le temps de récupérer (à la CPAM, on dit "valoriser") les informations données par les sites d'hospitalisation est aléatoire. Ces données sont souvent communiquées à plus de six mois : les relances peuvent donc être envoyées jusqu'à un an après le soin (J365). Mais les sanctions restent évidemment les mêmes.

moyenne dans les cinq jours), les rejets et les FSE litigieuses qu'ils vont vérifier une par une. Pour les FSE litigieuses, la décision finale (accord ou rejet) est prise par le technicien après analyse au cas par cas des pièces présentées. En cas de rejet, le technicien du pôle départemental envoie un e-mail explicatif au soignant, s'il est adhérent du système Compagnon Flux Tiers.

Mis en place en 2012, le système informatique Compagnon vise à expliquer aux professionnels les causes d'un rejet. La nouveauté, c'est aussi que la CPAM s'engage à traduire les rejets en langage "compréhensible" pour que les Idels corrigent rapidement les erreurs et gagnent du temps. Dès qu'elle reçoit cette explication par e-mail, l'Idel doit renvoyer sa FSE corrigée, attendre une validation par Compagnon (parfois par absence de réponse dans les cinq jours) et ensuite, dans les trente jours, envoyer les pièces justificatives corrigées. Le professionnel peut être alors sûr que ses flux ne seront plus rejetés, réduisant ainsi le risque de double facturation. Ce système permet un paiement dès la réception du flux et non plus à réception par la CPAM des pièces justificatives.

DÉGRADÉ : LA ROUE DE SECOURS SANS CARTE VITALE

Le mode dégradé a été inventé en même temps que les télétransmissions. Il permet de faire des télétransmissions même si le patient, pour une raison ou pour une autre, n'a pas sa carte Vitale. Cependant, pour prouver que le soin a bien été réalisé, le professionnel de santé doit envoyer des FDS papier signées par le patient en complément de sa FSE non

sécurisée. Mode hybride, le dégradé doit permettre de lier la rapidité de traitement de la FSE et la simplicité pratique de la FSP pour les patients dont les Idels n'ont pas lu la carte Vitale.

Dans le mode dégradé, les FSE non sécurisées suivent donc le même chemin que les sécurisées (*lire plus haut*) et entraînent, de même, un paiement à J1. Les FSP, elles, sont à considérer comme des pièces justificatives au même titre que les prescriptions. Les FSP (et autres pièces justificatives éventuelles) doivent être envoyées au centre départemental dans les trente jours qui suivent l'envoi du flux (mais après avoir attendu le délai de validation par non-réponse de Compagnon, en général de cinq jours). À leur réception, les FSP sont rapprochées manuellement des FSE par des techniciens du centre départemental, puis archivées (par jour de pointage) pendant trente-trois mois. Si les pièces jointes ne sont pas reçues à temps, la CPAM relance le professionnel.

Avec le système Scor (*lire aussi plus loin*), il est encore possible de recourir au mode dégradé, sauf que plus rien ne passe par la Poste. Comme auparavant, il faut préparer une FSE non sécurisée, puis faire signer au patient les FSP. Ce qui change, c'est que le professionnel peut scanner les FSP une par une et les envoyer numériquement (sous la forme de fichier PDF) en tant que pièces jointes de la FSE. Dans ce cas précis, l'Idel peut même imprimer et faire signer sa FSP sur une simple feuille blanche (et pas l'imprimé Cerfa classique), à condition que toutes les informations précisées dans l'article R 161-42 du Code de la Sécurité sociale soient mentionnées sur le ■ ■ ■

Interview



Jean-Luc Mahoudo, adjoint au directeur prestations à la CPAM de Gironde

« Un devoir de rationalisation »

Certains estiment que la mise en place de Scor permet avant tout de faire l'économie du coût de numérisation des justificatifs papier...

Pour la caisse, le traitement (manuel) d'une FSP est cinq fois plus onéreux que celui d'une feuille de soins télétransmise (dégradé ou FSE) [1,74 euro contre 0,27 euro]. Pourtant, ce n'est pas la seule motivation du programme. L'avantage pour la CPAM est de ne plus avoir à faire de rapprochement manuel de la pièce justificative par rapport au règlement. Les professionnels de santé, eux, n'ont plus à transmettre de pièces papier, ne doivent conserver les pièces sur un support de leur choix que 90 jours, n'ont plus à faire de tri pour les classer en fonction de la caisse d'appartenance.

Pourquoi est-ce au professionnel de santé de faire cet effort supplémentaire ?

Scor répond à la mise en place des avenants. Sa démarche a été impulsée à l'origine par la Cour des comptes, qui a pointé du doigt des écarts sur l'envoi des pièces dans certaines caisses. Nous ne pouvons pas gaspiller de l'argent public. Notre devoir de rationalisation est très important. C'est d'abord un devoir citoyen pour maintenir notre système de protection sociale.

Où peut-on avoir plus de renseignements sur Scor ?

Chaque professionnel peut avoir un compte personnel sur ameli.fr. Et en plus contacter sa caisse en cas de problème. ✦



**34% des Idels
recourent
au programme
Scor de
"scannérisation
des ordonnances"**

document imprimé (en pratique, il faut surtout s'assurer que son nom et son numéro Adeli apparaissent sur la feuille, les autres cases étant remplies automatiquement par les logiciels lors de l'impression).

D'autre part, si le patient ne peut pas signer sa feuille (*lire p.29 sur les exclusions à la signature de FDS*), afin d'éviter d'imprimer les FDS pour les scanner immédiatement, des logiciels de gestion infirmière proposent maintenant de signer électroniquement les feuilles. Concrètement, l'Idel doit scanner une fois pour toutes sa propre signature qui s'imprimera ensuite automatiquement sur toutes ses FDS. Ainsi, dans le cas où le patient ne peut pas signer la feuille, le logiciel produit alors la FSP directement en version PDF lorsque l'Idel coche la case "impossibilité de signer". Il n'y a alors aucune manipulation à faire et, en quatre clics, le PDF ainsi produit sera reconnu automatiquement comme une pièce justificative de la FSE. Ce "raccourci" (qui revient à faire de la FSE sécurisée... sans lire la carte Vitale du

patient) n'est autorisé que pour les patients réellement dispensés de signature des FSP.

DSI ET DEP: TRAITEMENT MÉDICAL STRICT

Certains soins infirmiers (notamment les AIS mais aussi quelques AMI) nécessitent de faire, avant le début des soins, une démarche de soins infirmiers ou (bien que cela n'existe plus officiellement) une demande d'entente préalable. C'est sur la base de ce document que le service médical de la CPAM exprime son refus ou son accord pour la réalisation de ces soins (l'accord se manifestant généralement par une absence de réponse sous quinze jours après l'envoi). Bonne nouvelle, même si, à ce jour, le formulaire "résumé" de la DSI doit encore être transmis par voie papier avec la prescription, il est prévu, dans le cadre des travaux destinés au remplacement de la démarche de soins infirmiers (annoncé depuis 2007...), de rapidement dématérialiser ce flux pour faciliter les transferts, les échanges d'information et les contrôles, nous indique l'Uncam.

Point de vue

« Avec Scor, pas de risque de retrouver des pièces sur le Net »

L'Assurance maladie au niveau national répond, via son service de communication, sur la confidentialité des données Scor.

« Le programme Scor ne connaît pas la notion de dossier patient et n'utilise pas de services de publication sur Internet. Il n'y a donc pas de risque que les pièces justificatives de la facturation des professionnels de santé se retrouvent sur le Net par erreur. La plateforme de stockage des pièces justificatives de la facturation est elle-même exposée dans un environnement sécurisé. Les données sont scellées et les fichiers stockés sur deux supports physiques différents. Ces fichiers sont découpés en six morceaux différents, recomposés par un fichier de parité. Le fichier n'est donc pas directement accessible. L'accès à ces pièces justificatives de la facturation des professionnels de santé utilisateurs – il ne s'agit en aucune façon d'un dossier médical ou d'un dossier patient – est sécurisé par une carte à puce nominative et par des habilitations spécifiques. Les fichiers sont strictement cloisonnés par régime de rattachement des assurés et organisme destinataire. »

Tout comme les arrêts de travail des salariés, les DSI et DEP sont donc traitées exclusivement par les services médicaux de l'Assurance maladie – à qui il faut donc les transmettre en les adressant au médecin conseil de son département. Le second volet de la DSI est envoyé dans un deuxième temps – et sans la prescription – aux services administratifs de la CPAM, qui l'archivent trente-trois mois (mais sans rien vérifier). Ensuite, seule la cotation DI accompagnée de la prescription médicale est transmise, via le programme Scor, aux services administratifs et, pour ces services, ce sera la seule trace tangible de la DSI.

Au final, on peut donc voir que la réalité de l'envoi ou non de la DSI aux services médicaux ne conditionne pas le paiement, par les services administratifs, des actes soumis à DSI préalable. Seule la déclaration par le soignant de l'envoi de la DSI sur la FDS fait preuve d'envoi pour les services administratifs (et pas la réception ou non de la DSI papier, ni l'accord ou non du service médical). Ce n'est qu'en cas de contestation ou de conflit que les services adminis-

tratifs désarchivent la DSI et font un contrôle *a posteriori*. Les contrôles *a priori* des services médicaux sur les DSI ne semblent en outre pas systématiques.

SCOR, LE PETIT NOUVEAU

Avec l'avenant à la convention signé fin 2013 par l'Assurance maladie et trois syndicats d'Idels, la CPAM a lancé le programme Scor de "scannérisation des ordonnances", en vue de dématérialiser les pièces justificatives aux paie-

ments. Ce programme, également en place chez les pharmaciens (depuis avril 2013) et les kinésithérapeutes (depuis avril 2014), est aujourd'hui utilisé par 64 % des officines, 45 % des kinésithérapeutes et 34 % des Idels, selon l'Unecam. Il se déploie peu à peu pour toutes les Idels de France depuis le 1^{er} mai dernier. Il est ainsi utilisé par 73 % des Idels en Gironde. Cette numérisation des pièces justificatives aux FSE concerne essentiellement les prescriptions médicales des soins, les FSP pour ■ ■ ■

Verbatim



© Olivier Blanchard

« Quelques trucs pour un bon Scor »

Jean-Pascal Anat, membre de Resiladom (Association de professionnels de santé pour les soins à domicile sur la Gironde), "client-expert" du logiciel CBA.

« Règle de base* : pour le Scor, il faut joindre un justificatif papier pour chaque FSE. Quitte à joindre, si ce n'est pas à l'Idel d'envoyer la prescription, une simple feuille blanche ou un justificatif pré-rempli (comme ceux créés par le logiciel ou certaines CPAM) afin d'expliquer

l'absence de prescription. Les débuts ont été difficiles pour les éditeurs de logiciels car le cahier des charges était très important et cela a demandé du temps pour se mettre à jour. Mais maintenant tout est en place pratiquement chez tous les logiciels pour le Scor.

Pas de panique, le logiciel fait tout ! Avec Scor, par ailleurs, le mode dégradé est devenu un mode très confortable. Attention tout de même à ne pas en abuser : les caisses ont prévenu que des contrôles seraient faits sur la réalité de "l'impossibilité de signer" des patients. De fait, c'est la proportion de ce mode de facturation par rapport aux autres, et donc les excès, qui attireront l'attention des caisses. »

* En Gironde. Mais au niveau national, cette pratique tend à se généraliser.

La scannérisation des pièces justificatives devrait, à terme, supprimer presque tous les envois papier des Idels aux CPAM

le mode dégradé et les prescriptions pour coter la clé DI. Les modalités précises de la scannérisation et de l'envoi des pièces sont toutefois dépendantes de chaque éditeur de logiciel de gestion de cabinet.

Après l'envoi par les Idels, les pièces justificatives (sous forme de fichier PDF) sont séparées des FSE et conservées sur un nouveau serveur national unique. En effet, le rap-

prochement entre ces pièces justificatives numériques et les FSE envoyées (qui, elles, ont suivi le parcours décrit plus haut) ne se fait que le lendemain, lors du pointage par les techniciens départementaux. Cette scannérisation devrait donc, à terme, supprimer presque tous les envois papier des Idels aux CPAM. De plus, puisque les pièces partent sur un serveur unique qui est national et interrégimes (CPAM, MSA, RSI), l'Idel n'aura plus qu'un seul envoi à effectuer, quel que soit le nombre de caisses sollicitées. En retour, par contre, c'est bien l'intégralité de ses actes qui sera accessible, pour la première fois, aux contrôleurs des différentes caisses. Enfin, la scannérisation devrait supprimer presque totalement le risque de perte de pièces et réduire à quatre-vingt-dix jours la durée de conservation par les professionnels des justificatifs papier (toutes les règles sont à lire dans le protocole d'accord, accessible via bit.ly/15ScwsK). Attention cependant à bien vérifier que la scannérisation des justificatifs est bonne et que de solides sauvegardes sont faites régulièrement. En effet, si le support de conservation des pièces par les professionnels de santé a changé, la durée légale de cette conservation est restée identique. Lorsque le professionnel de santé commence à utiliser le programme Scor, une vérification des premières pièces numériques est effectuée pendant quatre-vingt-dix jours par les techniciens de la CPAM. Ce contrôle concerne essentiellement les données techniques de la scannérisation (lumière, coupure...). Au bout des trois mois, si, en termes de qualité, le taux d'exploitabilité dépasse les 99 %, l'Idel touche l'aide pérenne à la scannérisation d'un montant annuel de 90 euros. ❖

En chiffres

➔ Il y a **101 CPAM** en France métropolitaine, auxquelles s'ajoutent une caisse commune de Sécurité sociale en Lozère, et cinq caisses de Sécurité sociale dans les départements d'outre-mer.

➔ **2,8 % des dépenses d'Assurance maladie sont des soins infirmiers**, soit 5,3 milliards d'euros en 2012, pour 520 millions d'actes.

➔ **154 503 salariés** travaillent en CDI pour le régime général de Sécurité sociale fin 2011, dont 71 321 dans la branche maladie et 8 146 au service médical.

➔ **La CPAM de Gironde compte 1200 salariés répartis sur une quinzaine de sites**. Cela représente une multitude de métiers: accueil, conseil, gestion des fichiers, contrôle, gestion des centres d'examen de santé, etc.

Source: Assurance maladie.



ET AUSSI... des détails qui n'en sont pas !

✓ Ne pas envoyer les prescriptions médicales avec les FSE dans deux cas précis

Les Idels n'ont pas à envoyer de prescriptions médicales avec les FSE dans deux cas :

1. lorsque les soins relèvent d'une DSI (envoyer par contre l'ordonnance des soins comme pièce justificative au paiement de l'acte coté avec la clé DI) ;
2. lors d'une suite de soins (par exemple pour un pansement sur plusieurs mois), mais à condition de bien encoder la "suite de soins" lors de la rédaction de la FDS (se référer à l'éditeur de son logiciel pour en connaître les modalités pratiques).

✓ Envoyer les ordonnances sans les agraffer avec le bordereau mensuel

En revanche, toutes les pièces justificatives doivent être rangées avec leur bordereau mensuel respectif. Les bordereaux mensuels doivent être ensuite regroupés dans une enveloppe par caisse. Enfin, le professionnel rassemble toutes les enveloppes pour les différentes caisses (CPAM, RSI et MSA) dans une seule grande enveloppe adressée à la CPAM. C'est cette grande enveloppe qui sera finalement étiquetée avec l'intitulé "télétransmissions infirmières", suffisamment affranchie et... envoyée à la CPAM. (Et si tout cela semble fastidieux, c'est qu'il est peut-être temps de passer à Scor !)

✓ Quels patients dispenser de la signature manuelle des FDS ?

Lorsque le bénéficiaire des soins n'est pas en état d'exprimer sa volonté ou lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'un adulte handicapé hébergé dans un établissement éloigné du domicile de ses parents ou de la personne exerçant le droit de tutelle (article R 161-43-1 de Code de la Sécurité sociale), il peut ne pas signer la FDS.

✓ Facturer les soins faits par les remplaçants

La seule façon de facturer les soins d'un remplaçant est d'utiliser une FSP du titulaire pour y noter les actes effectués. Le titulaire barre ensuite son nom sur la FSP pour le remplacer par le nom et le numéro Adeli du remplaçant.

Le paiement des soins se fait toujours au professionnel titulaire, charge à lui ensuite de rembourser son remplaçant.

En cas de litige administratif, c'est donc bien vers le titulaire des FDS que la caisse se retourne puisque c'est lui qu'elle paye. Le changement de nom sur la FSP n'a en fait une valeur légale qu'en ce qui concerne la responsabilité civile des soins effectués. En attendant l'instauration d'une éventuelle carte de professionnel de santé (CPS) pour les remplaçants, un titulaire ne doit donc jamais déclarer les soins d'un remplaçant avec sa propre CPS. Malgré ce que colporte une vieille légende urbaine, les modes "sécurisés" et "dégradés" sont donc totalement exclus pour facturer les soins d'un remplaçant. De fait, des tolérances différentes existent pour les modes de facturation dans chaque caisse départementale. Mais, en cas de conflit, ce sont toujours les directives nationales qui s'appliquent !

✓ Calculer le taux ouvrant droit à l'aide à la télétransmission

Le calcul du taux de FSE par rapport aux FSP, qui, à partir de 70 %, déclenche l'attribution de l'aide pérenne à la télétransmission (300 euros en plus des 100 euros versés dès la première FSE), se fait en comptant le nombre de soins effectués, et non le nombre de FDS transmises.