

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
16/10/81

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MMES et MM. les Médecins-Conseils Régionaux

Réf. :

DGR n° 1206/81 - ENSM n° 535/81

Plan de classement :

2453					
------	--	--	--	--	--

Objet :

TRAITEMENT A DOMICILE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE GRAVE
Les Caisses d'Assurance Maladie sont informées des nouvelles modalités conventionnelles à mettre en place pour le traitement de l'insuffisance respiratoire chronique grave, suite à la création d'une Association Nationale pour le traitement de l'insuffisance respiratoire ; les compétences des Associations sont étendues à l'oxygénothérapie intensive isolée.

Pièces jointes :

0	6
---	---

Liens :

Com.circ	SDAM	964/80	ENSM	360/80
----------	------	--------	------	--------

Date d'effet :

IMMEDIATE

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Téléphone :

@

16/10/81	MMES et MM les Directeurs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie des Caisses Régionales d'Assurance Maladie (pour attribution)
Origine : DGR ENSM	MMES et MM les Médecins Conseils Régionaux (pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 1206/81 - ENSM n° 535/81

Objet : Traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique grave

La CNAMTS a participé le 9 juillet 1981, à l'Assemblée Générale constitutive de "l'Association Nationale pour le Traitement à Domicile de l'Insuffisance Respiratoire Chronique" (ANTADIR).

En sont actuellement membres :

Les Associations régionales ou locales, les représentants des sociétés savantes intéressées, les représentants des trois grands régimes d'Assurance Maladie et de la Sécurité Sociale Minière.

L'ANTADIR s'est donnée un double objectif :

- harmoniser les activités des Associations régionales
- rationaliser la gestion des matériels (extracteurs d'oxygène et appareils de ventilation assistée).

En effet, l'enquête menée par la SEREHO (à la demande du Ministère de la Santé et des Caisses Nationales d'Assurance Maladie), enquête à laquelle ont participé activement les médecins conseils du régime général, avait mis en évidence :

- les disparités tant matérielles que financières de l'organisation et la distribution des soins ;
- les améliorations que l'on pouvait attendre de l'utilisation des extracteurs d'oxygène, sur l'un et l'autre plans. De faite, l'évolution des connaissances médicales et des techniques appliquées permet de penser que les malades seront de plus en plus nombreux à bénéficier d'une oxygénothérapie isolée (sans assistance ventilatoire).

L'apparition des extracteurs d'oxygène sur le marché est récente ; ils sont inscrits au TIPS depuis novembre 1980. L'arrêté public au Journal Officiel du 12 décembre 1980 fixait le tarif de responsabilité des caisses : 600 F pour 15 jours de location, 22 344 F pour l'achat des appareils. Outre les conséquences proprement financières de cet arrêté (l'achat des extracteurs sur le compte de risque) il posait un certain nombre de questions juridiques et comptables. Elles ont été successivement abordées au cours de l'année 1981, lors de réunions au Ministère de la Santé en Janvier 1981 (compte-rendu ci-joint) et dans le cadre de la création de l'Association Nationale.

Par ailleurs, plusieurs caisses régionales ont révisé les conventions conclues avec les associations régionales en début d'année ; aux termes des nouvelles conventions les forfaits versés au titre de l'assistance ventilatoire sont le plus souvent mensuels. Les malades pris en charge sont amenés à être réhospitalisés (sauf pour certaines pathologies non évolutives comme la polyomyélite). L'étude menée sur l'Insuffisance Respiratoire Chronique Grave a estimé cette réhospitalisation à une moyenne de 60 jours par an. Il conviendra donc de s'assurer que le budget prévisionnel de l'association tient compte de ces jours de réhospitalisation, et de calculer les forfaits en conséquence (soit sur la base de 300 jours, soit sur la base d'une moyenne établie au vu de l'activité des années précédentes).

Ainsi, nous devons dès à présent mettre en place les structures conventionnelles et financières les mieux adaptées à de nouvelles réalités.

1 - LA PROPRIETE DES APPAREILS : DEVOLUTION DE LA PROPRIETE A L'ASSOCIATION NATIONALE

Aux termes du TIPS, les extracteurs achetés sur prestations légales "restent propriété de la Caisse d'Assurance Maladie". Cette disposition avait pour objectif d'éviter des abus, reventes ou un gaspillage de matériels par les malades. Il ne pouvait être question par cette disposition de doter les Caisses d'un parc qu'elles n'ont pas les moyens ni matériels, ni comptables de gérer : il n'existe pas de compte d'immobilisation en compte de risque ; la valeur d'un parc ne peut être comptabilisée : l'amortissement en devient impossible.

Conformément aux dispositions de la convention-type (article 5) et aux recommandations de la Direction de la Sécurité Sociale du Ministère de la Santé, les Caisses transféreront la propriété des appareils aux associations, en l'occurrence pour les extracteurs, à l'Association Nationale qui se chargera de gérer ce fond d'amortissement, et d'assurer le renouvellement des matériels. La gestion de ce parc, et les flux tant physiques que financiers seront ainsi aisément connus.

Pour les appareils de ventilation assistée, le transfert de propriété s'effectuera également.

2 - LES FORFAITS : DEPENSES DE FONCTIONNEMENT DE L'ASSOCIATION NATIONALE ET AMORTISSEMENT DES MATERIELS

Les forfaits versés aux associations régionales ou locales comprenaient jusqu'à ce jour les frais de maintenance des appareils et les coûts de fonctionnement des associations. Il faudra prévoir d'y inclure les frais de fonctionnement de l'Association Nationale estimés à ce jour à 2 F par jour et par malade pris en charge. Les forfaits en cours seront ainsi majorés à dater du 1^{er} janvier 1982 ; par contre, pour l'oxygénothérapie isolée, à laquelle peut correspondre l'installation d'un extracteur chez un malade, un nouveau forfait est applicable ; les frais de fonctionnement de l'Association Nationale pourront y être inclus dès qu'il sera fixé.

En application de la convention type, les associations perçoivent aujourd'hui des forfaits mensuels. L'amortissement des appareils acquis par le biais de l'association nationale sera inclus dans ce forfait dès le 1^{er} janvier 1982. Le montant annuel y afférent sera cependant porté explicitement dans la convention (cf. projet d'avenant).

3 - LES CONVENTIONS CAISSES REGIONALES D'ASSURANCE MALADIE / ASSOCIATIONS : CONCLUSION D'AVENANT POUR L'OXYGENOTHERAPIE

La plupart des Caisses Régionales d'Assurance Maladie ont à ce jour conclu des conventions avec les Associations régionales et locales existantes (liste en annexe). La plupart de ces conventions ne comporte pas de disposition permettant la prise en charge de l'oxygénothérapie non associée à la ventilation assistée. Il est alors nécessaire de conclure des avenants tenant compte de cette thérapie isolée, et prévoyant un forfait spécifique pour l'oxygénothérapie intensive. Vous trouverez, ci-joint, une proposition d'avenant-type.

4 - LE CIRCUIT FINANCIER D'ACHAT DES APPAREILS : CONSTITUTION DE CAISSES-PIVOTS

Un des objets de l'Association Nationale est la constitution d'un groupement d'achat. Un contrat sera élaboré au plus vite entre l'ANTADIR et les fabricants de matériels. Il stipulera notamment les conditions de livraison aux Associations régionales, la mise à disposition des fiches nécessaires à l'entretien, la constitution éventuelle d'un stock tampon de matériels. L'Association Nationale sera ainsi l'interlocuteur juridique et financier des fabricants.

Une première avance du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale va permettre à l'Association Nationale d'assurer l'acquisition des premiers appareils. Dès qu'une prescription surviendra, les extracteurs pourront être mis à disposition des Associations régionales et des malades.

Le règlement s'effectuera alors de la façon suivante :

- le fournisseur livre le matériel commandé ;
- l'Association Nationale règle le fournisseur ;
- elle transmet la facture acquittée à l'Association Régionale ;
- celle-ci à réception des matériels aura porté l'avis de conformité sur la facture ;
- les factures ainsi visées sont transmises à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui effectuera un règlement auprès de l'Association Nationale (jusqu'à leur financement sur le fond d'amortissement).

Une caisse primaire pourrait jouer le rôle de caisse-pivot. Elle serait l'interlocuteur des Associations régionales ou locales et se chargerait de régler les factures à l'Association Nationale. Celle-ci aurait en outre à charge de vérifier auprès de la caisse d'affiliation que deux appareils n'ont pas été prescrits au même malade (un par le médecin hospitalier, l'autre par le médecin de ville par exemple).

5 - LES CRITERES D'EXONERATION DE PARTICIPATION

Une instruction sera incessamment adressée aux Médecins Conseils Régionaux pour préciser les critères d'exonération du ticket modérateur, et de participation de l'Assurance Maladie en matière d'insuffisance respiratoire chronique grave.

Les services de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés se tiennent à votre disposition pour toutes questions ou difficultés se présentant sur le plan régional.

Je me permets de souligner le caractère original et expérimental de ce dispositif ; nous devons dans l'année qui vient prêter une attention particulière à l'ensemble du système dans tous ses aspects conventionnels et financiers ; à cet égard, nous réexaminerons d'ici un an les modalités de calcul des forfaits et l'opportunité des amortissements ; nous procéderons au bilan de l'économie générale de ce nouveau dispositif.

Le Directeur

D. COUDREAU.

P.J. - 1/ Statuts de l'Association Nationale
2/ Compte rendu de l'Assemblée Générale Constitutive
3/ Projet d'avenant
4/ Compte rendu réunion Ministère
5/ Convention-type
6/ Liste des Associations membres.

L'ANNEXE 5 : LE TABLEAU "SURVEILLANCE MEDICALE" N'EST PAS INTEGRE DANS LA BDBM.

MODELE D'AVENANT A LA CONVENTION TYPE

ARTICLE 1.

Les dispositions de la présente convention s'appliquent à l'oxygénothérapie intensive sans utilisation d'appareil d'assistance respiratoire.

ARTICLE 2.

L'annexe fixant les forfaits est ainsi complétée :

"Malades bénéficiaires d'une oxygénothérapie intensive isolée avec utilisation d'un appareil extracteur d'oxygène" :

- forfait mensuel : F.

ARTICLE 3.

Les amortissements versés mensuellement durant l'année s'élèveront à :

F. pour les extracteurs

F. pour les respirateurs.

Fait à

ASSOCIATION NATIONALE POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

STATUTS

I - CONSTITUTION ET OBJET DE L'ASSOCIATION

Article 1 - Constitution

Il est constitué conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901 une association nationale entre des associations régionales pour le traitement de l'insuffisance respiratoire grave, et les organismes ci-dessous désignés.

Cette association nationale prend la dénomination d'Association Nationale pour le Traitement à Domicile de l'Insuffisance respiratoire Chronique.

Son siège est provisoirement fixé à PARIS, 66 Avenue du Maine, 75682 PARIS CEDEX 14. Il peut être transféré sur décision du Conseil d'Administration.

Article 2 - Objet

Afin d'assurer avec les praticiens traitants et les associations régionales une meilleure distribution des soins, afin de favoriser l'accès des malades aux différents traitements, l'association nationale a pour objectifs :

1/ Administratif et financier

- de coordonner l'activité et le fonctionnement des associations régionales ;
- de faciliter la concertation de ses membres, pour la conclusion des conventions passées notamment entre les associations et les organismes d'Assurance Maladie.

2/ Technologique et médical

- d'assurer l'achat et de coordonner la gestion du parc des extracteurs d'oxygène et des appareils de ventilation assistée, ainsi que des appareils et fournitures dont la liste sera fixée par le Conseil d'Administration ;

- de mettre ces appareils et fournitures à la disposition des associations régionales
- d'évaluer les mutations technologiques, et de contribuer ainsi à une meilleure orientation de la fabrication des matériels et leur amélioration suivant les besoins définis par la commission médico-technique.

3/ D'études et prévision

- de rassembler et de traiter les informations, recueillies auprès des associations régionales, nécessaires à l'exécution des missions définies au 2/ ci-dessus ;
- d'entreprendre et susciter des études et recherches susceptibles d'améliorer le traitement des insuffisants respiratoires appareillés ;
- d'émettre des propositions à l'attention des Ministres de Tutelle.

4/ De formation et information

- de déterminer les besoins et élaborer des programmes en matière de formation des personnes concernées par la gestion technique et administrative des matériels ;
- de diffuser toute information utile, tant auprès des pouvoirs publics, que des médecins, des professions para-médicales et de la population ;
- de coordonner son action avec les organismes dont la vocation s'attache à la prévention et au traitement de l'insuffisance respiratoire chronique.

Article 3 - Composition

Sont membres de l'association nationale :

1 - les associations régionales qui ont pour but l'organisation et la distribution des soins pour le traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique.

Sont membres de l'association nationale, les associations existantes à la date de la constitution et qui ont adhéré aux présents statuts. La liste des associations membres figure à l'annexe I des présents statuts.

Toute demande d'admission ultérieure d'une association régionale doit être adressée au Président qui la soumet au Conseil d'Administration. Celui-ci doit statuer dans les trois mois qui suivent le dépôt de cette demande.

La qualité de membre de l'association nationale se perd pour une association :

- . par le retrait décidé par l'association régionale,
- . par la radiation prononcée, pour motifs graves ou refus de contribuer au fonctionnement, par le Conseil d'Administration de l'association nationale.

Le Président de l'association concernée est préalablement entendu par le Conseil d'Administration.

2 - Les Organismes Nationaux d'Assurance Maladie suivants :

- Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ;
- Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;
- Caisse Centrale de Secours Mutuel Agricole ;
- La Caisse Nationale Autonome de la Sécurité Sociale dans les Mines.

3 - Les organismes suivants

- le Comité National de Lutte contre les Maladies respiratoires et la Tuberculose ;
- la Société Française des Maladies respiratoires ;
- la Société de Réanimation de Langue Française ;
- l'Union Française des Anesthésistes-Réanimateurs.

II - FONCTIONNEMENT

Article 4 - L'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale est composée des membres suivants :

- un représentant désigné par chaque association régionale ;
- deux représentants désignés par chaque organisme national d'Assurance Maladie ;
- un représentant de chacun des organismes visés au paragraphe 3 de l'article 3.

Chaque représentant dispose d'une voix pour les votes de l'Assemblée Générale. Les décisions y sont prises aux deux tiers des voix des membres présents.

Tout membre de l'Assemblée Générale peut se faire représenter par un autre membre de cette Assemblée. Le nombre de mandats susceptibles d'être recueillis par une même personne est limité à deux. Pour siéger valablement, l'Assemblée Générale doit réunir au moins la moitié de ses membres.

Les Représentants des Ministres chargés respectivement de la Santé et de la Sécurité Sociale peuvent assister à l'Assemblée Générale.

Article 5 -

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an. Elle peut être convoquée en assemblée extraordinaire sur décision du Conseil d'Administration, ou sur proposition des deux tiers au moins de ses membres.

Les Assemblées ordinaires ou extraordinaires sont présidées par le Président du Conseil d'Administration en exercice.

L'Assemblée ordinaire se réunit chaque année aux jour, heure et lieu fixés par le Conseil d'Administration.

Article 6 -

L'Assemblée Générale ordinaire entend les rapports du Conseil d'Administration et du Commissaire aux Comptes. Elle statue sur les comptes de l'exercice clos au 31 décembre précédent, ainsi que sur toutes les questions relatives au fonctionnement de l'association. Elle donne toute autorisation au Conseil d'Administration et au Président pour effectuer les opérations rentrant dans l'objet de l'association et pour lesquelles les pouvoirs qui leur sont confiés par les statuts seraient insuffisants.

L'Assemblée Générale délibère sur toutes les questions figurant à l'ordre du jour établi par le Conseil d'Administration.

L'Assemblée Générale extraordinaire peut apporter toutes modifications aux statuts et ordonner la dissolution de l'association dans les conditions visées aux articles 18 et 19.

Article 7 - Le Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration est composé de 18 membres ; il comprend :

- 8 membres de droit :

. deux représentants de la CNAMTS ;

. un représentant de chacune des trois autres Caisses Nationales ;

. trois personnalités particulièrement qualifiées désignées l'une par les organismes d'Assurance Maladie et les deux autres par les Ministres chargés respectivement de la Santé et de la Sécurité Sociale.

- 10 membres, élus à bulletin secret pour trois ans par l'Assemblée Générale. Le mandat d'un membre élu est renouvelable une fois.

Lorsqu'un membre du Conseil d'Administration perd la qualité qui lui avait valu sa désignation, il doit être procédé à son remplacement.

Les représentants des Ministres chargés respectivement de la Santé et de la Sécurité Sociale, peuvent assister aux séances du Conseil d'Administration.

Article 8 -

Le Conseil d'Administration se réunit une fois au moins par semestre. Il est convoqué par son Président ou sur demande des deux tiers de ses membres.

La présence de la moitié au moins des membres du Conseil d'Administration est nécessaire pour la validité des délibérations. Les décisions sont prises à la majorité des voix. En cas de partage la voix du Président est prépondérante.

Tout membre du Conseil d'Administration qui n'aura pas assisté sans motif valable à trois réunions consécutives pourra être considéré comme démissionnaire.

Il est tenu un procès-verbal des séances signé par le Président et le Secrétaire. Il est établi sur des feuillets numérotés et conservés par le Secrétaire.

Article 9 -

Le Conseil d'Administration met en oeuvre la politique approuvée par l'Assemblée Générale. Il présente tous les ans un rapport moral et financier à l'Assemblée Générale.

Le Conseil d'Administration a pour les opérations se rattachant à l'objet de l'association, à l'exception de celles réservées à l'Assemblée Générale par la réglementation en vigueur ou les présents statuts, les pouvoirs les plus étendus.

Il est notamment investi des pouvoirs suivants :

- il représente l'association vis à vis des tiers,
- il élabore tous règlements intérieurs ainsi que toutes propositions de modification des statuts et règlements intérieurs soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale,
- il convoque l'Assemblée Générale et fixe son ordre du jour,
- il conclut tous accords, fixe les conditions de travail et de rémunération du personnel au concours duquel il fait appel,
- il gère les fonds de l'association, décide de leur placement,
- il trace toutes directives générales, crée et régit tous services dans le cadre de l'objet de l'association,

- il décide l'ouverture de tous comptes de dépôts de fonds ou de titres,
- il passe tous marchés et commandes de fournitures,
- il désigne en son sein deux Administrateurs chargés avec le Trésorier de la vérification annuelle des comptes.

Article 10 -

Le Président assure la représentation permanente du Conseil d'Administration.

Il préside toutes les Assemblées ; en cas d'absence ou de maladie, il est remplacé par un Vice-Président et en cas d'absence ou de maladie de ce dernier, par le membre le plus ancien ou en cas d'ancienneté égale, par le plus âgé.

Article 11 -

Les fonctions de membres du Conseil d'Administration et de la Commission Médico-Technique sont gratuites. Toutefois les frais de déplacement peuvent donner lieu à remboursement.

L'association nationale peut employer des agents rétribués. Ils peuvent être appelés par le Président à assister, avec voix consultative, aux séances de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Article 12 -

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à son Président, un Vice-Président, à l'un ou plusieurs de ses membres.

Article 13 - En cas de décès, de démission ou tout autre cause de départ d'un administrateur, il est procédé à son remplacement selon les règles de répartition des sièges fixées par l'article 7.

Le mandat des administrateurs ainsi désignés expire à la date où aurait expiré le mandat des administrateurs remplacés.

Article 14 -

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres un Bureau composé :

- d'un Président,
- de deux Vice-Présidents,
- d'un Secrétaire,

- d'un Trésorier.

Le Président et le Bureau sont chargés d'exécuter les décisions de l'Assemblée Générale et du Conseil d'Administration.

Le Président représente l'association nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile.

Le Président réunit le Bureau autant de fois qu'il le juge nécessaire. Chaque réunion du Bureau donne lieu à la rédaction d'un procès-verbal qui doit figurer sur le registre des délibérations.

Un des Vice-Présidents remplace le président dans ses fonctions en cas d'empêchement.

Le Bureau fixe l'ordre du jour et la date du Conseil d'Administration.

Le Secrétaire est chargé de l'envoi des convocations, de la rédaction des procès-verbaux des réunions (Assemblée Générale, Conseil d'Administration, Bureau), de la correspondance et de la tenue du registre officiel.

Le Trésorier, assisté du gestionnaire administratif, tient les comptes et effectue toutes les opérations conformément aux directives du Président et du Conseil d'Administration.

Les représentants des Ministres chargés respectivement de la Santé et de la Sécurité Sociale peuvent assister aux réunions du Bureau.

Article 15 - Commission Médico-Technique

Une Commission Médico-Technique permanente est créée.

Elle est consultée par le Conseil d'Administration sur toutes les questions concernant l'exécution des programmes.

La Commission élit en son sein un Président.

La Commission se réunit au moins une fois par an, ou sur convocation extraordinaire de son Président.

Le Président de la Commission Médico-Technique peut assister aux réunions du Bureau et du Conseil d'Administration.

La Commission Médico-Technique examine les matériels, et propose les choix nécessaires, dans le meilleur rapport qualité/prix en tenant prioritairement compte de l'aspect médical.

Elle évalue et oriente dans la mesure du possible les mutations technologiques. La Commission Médico-Technique élabore un cahier des charges pour la maintenance du matériel.

Elle détermine un programme de formation ou de recyclage des techniciens.

La Commission Médico-Technique fait des propositions au Conseil d'Administration.

La Commission Médico-Technique est composée des personnalités désignées par le Conseil d'Administration. Les Caisses Nationales d'Assurance Maladie y sont obligatoirement représentées. La Commission Médico-Technique pourra s'adjoindre des experts à titre temporaire.

III - GESTION FINANCIERE ET RESSOURCES

Article 16 - Les ressources de l'association nationale

Elles proviennent :

1/ du versement d'une cotisation annuelle versée par les membres de l'association nationale - à l'exception des Caisses Nationales d'Assurance Maladie - dont le montant est fixé par l'Assemblée Générale, sur proposition du Conseil d'Administration ;

2/ des conventions et protocoles financiers conclus entre les associations et les Caisses d'Assurance Maladie ;

3/ des subventions accordées par l'Etat, les départements, les communes ou tous autres organismes ou collectivités publiques et privées ;

4/ des dons et legs ;

5/ et d'une manière générale de toutes ressources légales possibles.

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation, le résultat de l'exercice et un bilan.

Les comptes de l'association sont soumis chaque année à la vérification des membres désignés par le Conseil d'Administration (dernier alinéa de l'article 9). Un rapport est présenté au Conseil d'Administration avant approbation du bilan par l'Assemblée Générale.

Article 17 -

Les dépenses de l'association sont constituées des dépenses de fonctionnement général et des dépenses nécessitées par l'achat et le renouvellement des matériels.

IV - MODIFICATION DES STATUTS - DISSOLUTION

Article 18 -

Les statuts ne peuvent être modifiés que par une Assemblée Générale Extraordinaire. Celle-ci se réunira obligatoirement dans un délai de deux ans à compter de la date d'adoption des présents statuts.

Les propositions de modifications sont inscrites à l'ordre du jour qui doit être envoyé aux associations membres, au moins 21 jours à l'avance.

La décision de modifier les statuts ne peut être acquise qu'à la majorité des deux tiers des mandats.

Article 19 -

L'Assemblée Générale Extraordinaire appelée à se prononcer sur la dissolution de l'association nationale doit être convoquée spécialement à cet effet. La dissolution ne peut être votée qu'à la majorité des deux tiers. En cas de dissolution, l'Assemblée Générale désigne un ou plusieurs commissaires chargés de la liquidation des biens de l'association. Elle attribue l'actif net soit à un organisme public, soit à une association poursuivant les mêmes activités.

V - DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20 -

Un règlement intérieur est établi par le Conseil d'Administration qui le fait alors approuver par l'Assemblée Générale.

Ce règlement fixe les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'association.

Article 21 -

Est nulle et non avenue toute décision prise dans une réunion du Conseil d'Administration qui n'a pas fait l'objet d'une convocation régulière de tous ses membres, et d'une mise à l'ordre du jour.

**ASSOCIATION NATIONALE POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE DE
L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE
A.N.T.A.D.I.R.**

SIEGE SOCIAL ET SECRETARIAT
BUREAU 1014
66, Avenue du Maine
75014 - PARIS

Tél : 321 04 - 48
Paris, le 31 juillet 1981

Je vous prie de trouver ci-joint le Procès-Verbal de l'Assemblée Générale Constitutive de l'Association Nationale pour le Traitement à Domicile de l'Insuffisance Respiratoire Chronique.

Veillez agréer, _____, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Le Secrétaire,

Dr. GIROND

P.J. 1

**ASSOCIATION NATIONALE POUR LE TRAITEMENT A DOMICILE DE
L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE
A.N.T.A.D.I.R.**

SIEGE SOCIAL ET SECRETARIAT
BUREAU 1014
66, Avenue du Maine
75014 - PARIS

Tél : 321 04 - 48

PROCES-VERBAL

ASSEMBLEE GENERALE CONSTITUTIVE JEUDI 9 JUILLET 1981

L'Assemblée Générale s'est réunie le 9 juillet sous la présidence de Monsieur COUDREAU, Directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

Etaient présents :

Associations régionales :

PARIS - ADEP - Pr GOULON
 - ADEI - Mr DESSERTINE
CAEN - Pr LEMENAGER
LE HAVRE - GHAHR - Dr DUWOOS
NANCY - AIRL - Pr SADOUL
BREST - Pr. KERBRAT
 - Mme LE ROUX
 - CPAM - M. LE LOUPP
BORDEAUX - Pr. FREOUR
ROUEN - Dr. LEROY
BESANCON - Dr. NEIDHARDT
DIJON - Pr. JEANNIN
LYON - Pr. ROBERT
MARSEILLE - Pr. CHARPIN
LILLE AVAD - Dr. BERZIN
 - Pr. VOISIN
TOULOUSE - CCMRT - Pr DE LAUDE
 - Pr. ALBAREDE
 - ADAMU - Pr. CATHALA
GRENOBLE - Pr. PARAMELLE
MONTPELLIER - Pr. BERTRAND
TOURS - Pr. GINIES
NANTES - ARIRPLO - Pr. MOIGNETEAU
AMIENS - Dr. MUIR

- M. DEHU
 LIMOGES - Dr. GASTINNE
 ANGERS - Pr J. ACHARD

Caisses d'Assurance Maladie :

CNAMTS	- Dr MARTY - Médecin-Conseil National
	- Dr. GIROND - ENSM
	- Mme PETRAZ - Hospitalisation
	- Mlle MEYER - Hospitalisation
	- M. MANHES
CAN	- Mines - Dr LANFRAY
	- M. BESSON
CCMSA	- Dr. DEBOISE
	- M. MAGNE
	- M. FAUCONNET
	- M. DEBAUX
CANAM	- Mme FAFEUR
	- M. O. ARGUILLERE

Organismes :

SEREHO	- M. LEBRETON
	- M. LUDOT

Comité de Lutte contre les Maladies Respiratoires et la Tuberculose : Pr. CHRETIEN

Société Française de Lutte contre les Maladies Respiratoires : Pr FREOUR

Société de Réanimation de Langue Française : Pr ROBERT

Union Française des Réanimateurs Anesthésistes : DR. COURTINE

Personnalités :

Pr. J. LISSAC
 Pr. J. MARSAC
 Pr. MANTZ
 Pr. BAUDOUIN

Monsieur COUDREAU ouvre l'assemblée générale par un rappel de l'ordre du jour proposé :

- étude des statuts : présentation et discussion
- élection des membres éligibles au conseil d'administration
- élection du bureau par les membres du conseil d'administration

Les statuts ne présentent pas de particularités. L'objet de l'association mérite cependant d'être rappelé :

Des associations régionales ou départementales fonctionnent selon des schémas techniques, voire financiers assez divers, de là naît l'intérêt de créer un lien entre ces différentes associations.

Des quatre domaines d'intervention que propose l'association nationale, l'objectif technologique de gestion du parc de matériel (notamment les extracteurs d'oxygène) est le principal.

Le schéma de fonctionnement proposé est tout à fait classique : une assemblée générale, un conseil d'administration, un bureau et une commission médico-technique.

Après ce bref rappel, Monsieur COUDREAU propose de passer à la discussion de ces statuts, qui permettra d'en approfondir certains aspects.

Monsieur CHARPIN souligne que la gestion du parc ne peut être correctement envisagée qu'à l'échelon régional.

Monsieur DE LAUDE demande d'assouplir la rédaction du § 1 article 2.2. pour tenir compte des évolutions. Il demande enfin des précisions sur le § 2 article 2.2. : sera-t-il obligatoire pour les associations régionales de passer par l'association nationale pour l'acquisition et l'entretien de matériel ?

Madame LE ROUX de Brest et Monsieur LE LOUPP soulignent que l'association de Brest fonctionne depuis 1976 au niveau départemental. La coordination au plan national est nécessaire car la gestion de l'appareillage, les contacts avec les malades ne peuvent s'organiser qu'au plan local.

Monsieur SADOUL de Nancy propose, en réponse aux observations précédentes qu'il soit précisé dans cet article 2.2. § 1 : "d'assurer l'achat et de coordonner la gestion du parc", le rôle de coordination consistant ainsi à faciliter le choix des appareils et assurer l'information des techniciens.

Par ailleurs, en ce qui concerne la commission médico-technique, Monsieur SADOUL propose qu'elle puisse "s'adjoindre des experts siégeant à titre temporaire", pour éviter de se fossiliser et lui permettre d'être aussi évolutive que les matériels.

Monsieur GINIES de Tours ayant demandé la raison pour laquelle le Ministère des Anciens Combattants ne figurait pas dans les membres de l'association, Monsieur GIROND précise que ce ministère avait d'abord soulevé le problème mais n'a pas repris contact. De plus, le

Ministère de la Santé n'a pas jugé souhaitable que des ministères soient représentés en tant que tel dans l'association, en ce qui le concernait et pour tout autre ministère.

Monsieur DESSERTINE de Paris précise qu'il s'associe à la plupart des remarques formulées, notamment en ce qui concerne la coordination indispensable des interventions.

Monsieur GOULON de Paris estime que la gestion du parc par l'association nationale doit être comprise comme l'achat du meilleur matériel au meilleur prix. Une bonne coordination ne peut être que bénéfique.

Monsieur BERTRAND de Montpellier suggère que vu l'objet de l'association, il soit introduit dans sa dénomination une notion de gravité, pour éviter une extension considérable de cette association.

Monsieur FREOUR pense que le titre de l'association étant appelé à être public, le mot grave ne peut psychologiquement y figurer.

Monsieur MANTZ de Strasbourg regrette que dans les objectifs de l'association ne figure plus celui d'aide à la création d'associations nouvelles exprimé dans des documents intermédiaires.

Monsieur JEANNIN de Dijon souhaite que soit relativisé l'objectif d'études et prévision, celui-ci n'étant pas principal, les fonds pourraient manquer pour sa réalisation.

Monsieur COUDREAU remarque que les questions tournent autour du partage des responsabilités quant à la gestion du parc, et demande à Monsieur LUDOT de bien vouloir y répondre puisqu'il a assuré l'essentiel des travaux demandés par le ministère et les caisses nationales.

Monsieur LUDOT restitue le rôle de l'association nationale ; il s'agit de faire une centrale d'achat, et mettre les matériels à disposition des associations régionales. Ce sont elles qui assurent la mise à disposition des appareils auprès des malades et leur maintenance. Le particularisme de certaines associations doit être respecté. Il propose de retenir la remarque de Monsieur SADOUL et de modifier en ce sens l'article 2.

Monsieur COUDREAU et Monsieur LUDOT précisent que cette coordination peut d'autre part permettre d'échanger certains matériels entre ces associations, soit parce qu'ils sont inutilisés, soit parce que des mutations technologiques viennent préciser leurs indications thérapeutiques.

Monsieur LE LOUPP rappelle que la création d'une association régionale ne doit pas préjuger les relations entre les associations existantes et les caisses régionales.

Monsieur LUDOT précise que s'il est hors de question de mettre en cause l'existence d'associations locales ou régionales, il est aussi nécessaire d'être conscient du fait que la multiplication de petites associations freine la réduction des coûts ; une certaine assise des associations est la source de leur bonne gestion. Les études et recherches qui font l'objet de l'association ne sont en aucune façon de la recherche fondamentale ; c'est le suivi des malades appareillés par la constitution d'un fichier que l'association se propose de réaliser en collaboration avec les médecins détenteurs de l'information.

Monsieur JEANNIN précise que son association tire les ressources du comité de lutte contre les maladies respiratoires et fonctionne avec le matériel fourni nommément aux malades par les caisses ; elles en confient la gestion à l'association ; la souplesse dont bénéficie cette association se retrouve dans ce projet transféré à l'association régionale voire nationale.

Madame PETRAZ précise que les associations fonctionnent normalement avec un forfait fixé par convention ; dans ce forfait sera incluse la participation sous forme de cotisation de l'association régionale ou locale à l'association nationale, ainsi que le coût de fonctionnement proprement dit.

Monsieur COUDREAU indique que la participation des caisses nationales à cette association indique bien évidemment que l'assurance maladie assurera financièrement ce qui est nécessaire. La CNAMTS s'engage à mettre au point les instructions nécessaires aux caisses régionales d'assurance maladie.

Monsieur BESSON de la CAN des Mines rappelle que la participation du régime minier est provisoire, jusqu'à confirmation du Conseil d'Administration le 15 juillet 1981.

Election des 10 membres éligibles au Conseil d'Administration

Après recensement des représentants des différentes associations, la liste des candidatures est établie et il est procédé à un vote à bulletin secret.

<u>CANDIDATS</u>	<u>Nombre de voix</u>	
- M. BERTOYE	31	élu
- M. ARTAUT	28	élu
- M. BERTRAND	28	élu
- M. SADOUL	27	élu
- M. DESSERTINE	26	élu
- M. PARAMELLE	26	élu
- M. VOISIN	26	élu
- M. MOIGNETEAU	25	élu
- M. DUWOOS	24	élu
- M. PARIENTE	24	élu

ont en outre obtenu :

- M. LEVI-VALENSI	13
- M. FREOUR	12
- Mme LEROUX	11
- M. DU CAULARD	5
- M. BARALE	2

Monsieur COUDREAU propose alors aux membres de droits et aux membres élus du Conseil d'Administration de se retrouver dans une autre salle pour procéder à l'élection du bureau de l'association nationale. Il indique d'autre part que les représentants des Caisses Nationales ont

désigné le Professeur MARSAC comme personnalité qualifiée. Celui-ci siégera également au Conseil d'Administration.

PARIS, le 9 juillet 1981

Le Secrétaire,

RELEVÉ DE DECISIONS CONCERNANT LE TRAITEMENT A DOMICILE DE L'INSUFFISANCE RESPIRATOIRE (extracteurs d'oxygène)

Compte-rendu de la réunion du 20 janvier 1981.

Assistant à la réunion, sous la présidence de M. QUATREMARRE :

- M. le Docteur GIRON médecin-conseil (CNAMTS)
- M. GRENIER de MONNER (DSS - Bureau P. 3)
- M. MANHES (CNAMTS)
- Mme le Docteur MARANGE (DGSH)
- Melle MEYER (CNAMTS - Division Hospitalisation)
- M. MILLOT (DGSH - Bureau PC 1)
- Mme le Docteur POCOULE (DGSH)

La réunion tenue le 20 janvier 1981 avait pour objet l'examen des problèmes d'organisation et de prise en charge du traitement à domicile de l'insuffisance respiratoire chronique. A l'issue de la confrontation entre les différents points de vue exprimés, les solutions suivantes ont pu être dégagées.

1 - Sur la question de la formule d'acquisition :

L'inscription des appareils extracteurs d'oxygène ayant fait l'objet d'un arrêté modifiant le tarif des accessoires susceptibles d'être livrés pour traitement à domicile (figurant au titre III - 1^{ère} partie du TIPS), paru au Journal Officiel du 12 Décembre 1980, il convient d'appliquer les nouvelles dispositions du TIPS pour cette catégorie d'appareils.

Celles-ci prévoient la possibilité d'une formule conjointe d'achat et de location, étant précisé qu'en cas d'achat, l'appareil reste la propriété de la caisse d'assurance-maladie. C'est donc au titre des droits ouverts à l'assuré que les caisses interviendront, sur la base d'un tarif de responsabilité fixé à 22 344 F pour l'achat et 600 F par quinzaine pour la location.

2 - Sur des conditions d'attribution et les relations entre les Caisses et Associations.

Le droit virtuel de bénéficier de ce type de traitement doit être reconnu à tout assuré social, et doit faire l'objet d'une demande d'entente préalable appuyée par une prescription médicale émanant soit d'un médecin d'une association d'aide aux insuffisants respiratoires - association à but non lucratif - soit du médecin traitant.

En cas d'acceptation par la caisse de la demande, le principe de l'intervention d'une des associations sus-évoquées, (au nombre de 19 actuellement), a été reconnu, tant pour les

garanties qu'elle apporte au plan de la sécurité que dans un but de régulation et d'une meilleure maîtrise de l'utilisation des appareils : regroupement des demandes et donc position plus avantageuse de négociation des prix face aux fournisseurs en situation de monopole - avantage pour les caisses de disposer d'un interlocuteur unique - spécialisation du médecin-conseil, d'où exercice d'un contrôle plus efficace.

Cependant, les attributions dévolues aux associations doivent être définies de façon limitative.

D'une façon générale, l'association aura pour rôle d'encadrer l'utilisation de ces appareils ; elle devra assurer par tous moyens la mise à disposition du malade de l'appareil, l'initiation à une utilisation correcte par les insuffisants respiratoires, l'installation et la maintenance du matériel, les réparations, les interventions urgentes en cas de panne et la fourniture éventuelle d'appareils de remplacement, ainsi que la surveillance périodique du fonctionnement correct de l'appareillage.

Mais l'association ne doit pas intervenir au plan médical. Les soins médicaux requis par ce type de traitement devront donc être honorés indépendamment, en tant que soins de ville.

L'Association passera avec l'organisme d'assurance-maladie une convention ayant pour objet notamment de déterminer les modalités de rémunération de son activité, de préférence sous la forme d'un forfait mensuel.

3 - Sur les conditions d'exercice du contrôle médical.

Le contrôle médical, au niveau national, enverra aux médecins-conseils des caisses des instructions précises :

- les invitant à surveiller étroitement les conditions d'attribution et d'utilisation des appareils de l'espèce, en particulier lorsqu'ils sont prescrits pour de très courtes périodes, compte-tenu du caractère encore expérimental de cette thérapie.
- et définissant les indications thérapeutiques dont relève ce type d'appareillage, de façon à éviter toute incitation à une multiplication inconsidérée de leur prescription. Celle-ci devra rester en tout état de cause limitée à une utilisation rigoureusement spécifiée (traitement d'une insuffisance respiratoire chronique, rééducation respiratoire ou prévention d'une aggravation de l'état du malade) devant permettre d'éviter ou de se substituer à une hospitalisation.

Tous éléments devront être fournis en vue de l'établissement par les caisses, au niveau national, d'un bilan de l'expérience dans le délai d'une année.

4 - Sur les problèmes de gestion et de stockage du matériel.

Dans un premier temps, en cas d'achat, l'appareil reste la propriété de la caisse régionale d'assurance-maladie, comme cela est précisé au TIPS.

Toutefois, la caisse peut en faire dévolution à l'Association chargée de la gestion du matériel.

Certaines associations se verront donc dotées progressivement d'un parc d'extracteurs.

Aussi, dans un deuxième temps, l'association devra utiliser en priorité, pour l'approvisionnement des malades, les moyens existants de son parc dont elle sera ainsi en mesure d'assurer une rotation suffisante, avec des coûts de stockage réduits. A cette fin il faudra prévoir un aménagement des forfaits mensuels qui devront inclure, au fur et à mesure de la constitution du parc, des dotations d'amortissement destinées à permettre le renouvellement ultérieur des appareils.

5 - En dernier lieu, la revalorisation des actes de kinésithérapie respiratoire, insuffisamment cotés à la nomenclature des actes professionnels, a également été évoquée. Un relèvement de cette cotation pourra éventuellement intervenir. Toutefois, compte-tenu de l'incidence financière non négligeable d'une telle mesure, la nouvelle cotation devra être expressément réservée aux seuls actes concernés par les traitements en question et de nature à éviter une hospitalisation.

La mise en oeuvre du système qui vient d'être décrit dans ses grandes lignes passe par l'établissement de relations privilégiées entre caisses et associations. Aussi, y a-t-il lieu de prévoir une participation importante de ces dernières aux Conseils d'Administration des Associations concernées, de façon à assurer un contrepoids aux éventuelles pressions d'intérêt qui risquent de se manifester en leur sein.

ANNEXE A LA CIRCULAIRE
SDAM N° 164/80
ENSM N° 360/80

CONVENTION TYPE

Entre : LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE DE
représentée par

d'une part,

Et : L'ASSOCIATION
représentée par

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet de permettre - sous la surveillance du service d'assistance ventilatoire à domicile (AVAD) de la région de, géré par, association reconnue d'utilité publique - le traitement à domicile des malades assurés sociaux atteints d'insuffisance respiratoire chronique et devant utiliser des appareils d'assistance respiratoire.

Article 2 - PIECES A FOURNIR A LA CAISSE REGIONALE D'ASSURANCE MALADIE

L'association fait connaître à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie signataire ses statuts ainsi que la composition de son Conseil d'Administration. Toute modification quant aux conditions de fonctionnement de l'association devra être immédiatement communiquée à la Caisse Régionale.

Article 3 - ADMISSION

Les malades susceptibles de bénéficier de ce service doivent faire l'objet préalable d'un examen par un service hospitalier spécialisé, public ou privé, compétent pour porter ou confirmer l'indication d'assistance ventilatoire à domicile et pour assurer l'entraînement aux techniques de soins dont relèvent les intéressés.

La liste des services répondant à ces conditions est arrêtée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie après avis et avec l'accord du Comité Technique prévu à l'article 7 de la présente convention. Elle pourra être modifiée selon la même procédure.

Article 4 - PRISE EN CHARGE

§ 1 - Dès qu'est envisagée l'utilisation à domicile d'un appareil d'assistance respiratoire, l'association en informe sans délai la Caisse d'Assurance Maladie compétente.

La Caisse d'Assurance Maladie délivre la prise en charge dans les conditions du droit commun.

Cette prise en charge couvre :

1° - les frais d'acquisition de l'appareil prescrit sous réserve qu'il s'agisse d'un appareil homologué ou autorisé à l'achat en catégorie III.

2° - le forfait mensuel tel que défini au & 42 - fixé chaque année par la Caisse régionale d'Assurance Maladie, sur présentation par l'Association des documents comptables et financiers nécessaires (bilan, compte d'exploitation, compte de résultats, budget prévisionnel...).

§ 2 - Le forfait mensuel comprend :

- les frais d'enlèvement, de remise en état et de livraison ou de mise à disposition, qu'il s'agisse d'une réattribution ou d'une première attribution ;
- la maintenance en état de bon fonctionnement du matériel et les visites de contrôle ;
- la fourniture de tout matériel complémentaire indispensable au traitement de l'insuffisance respiratoire (matériel d'aspiration bronchique, canules trachéales, aérosoliseur,...) ;
- en cas de nécessité d'un traitement oxygénothérapique associé, la fourniture du détendeur, du matériel indispensable et de l'oxygène dans les conditions prévues par la législation ;
- une participation éventuelle à la modification de l'installation électrique et aux frais de fonctionnement dans le cas d'utilisation d'appareils volumétriques d'une certaine puissance ;

en outre, pour les malades trachéotomisés :

- le coût de l'installation du téléphone si celle-ci n'existait pas ;
- les frais d'intervention, dans le cadre des prescriptions du médecin responsable, d'une infirmière ayant reçu une formation appropriée dans un service de réanimation de C.H.U.

§ 3 - L'association réclame éventuellement à l'assuré sa participation ; elle est subrogée, en application de l'article 1250 du Code Civil, dans les droits de ce dernier en ce qui concerne le remboursement par la Caisse d'Assurance Maladie, des frais d'acquisition de l'appareil.

Article 5 - GESTION DES APPAREILS

L'association est chargée de la gestion des appareils acquis pris en charge par les Caisses d'Assurance Maladie. A cet effet, la propriété des appareils est transférée, à titre gratuit, à l'Association, cette dernière assumant la responsabilité des appareils à elle confiés.

L'association conclut des contrats avec les fournisseurs, notamment pour fixer les conditions dans lesquelles est assurée la maintenance des appareils.

Sous réserve des dispositions relatives à l'entente préalable visée à l'article 4 § 1 ci-dessus, l'association procède à la réattribution des appareils disponibles, après en avoir effectué la reprise, la désinfection, la remise en état et le stockage.

L'association s'engage à tenir un fichier des malades disposant à domicile d'un appareil d'assistance respiratoire et un fichier des appareils en service.

En vue de l'établissement du forfait mensuel prévu à l'article 4 § 2 ci-dessus, l'association tient, pour le service d'assistance ventilatoire à domicile (AVAD), une comptabilité spécifique détaillée tant de ses dépenses que de ses recettes.

Article 6 - CONTROLE

L'association s'engage à fournir aux organismes d'assurance maladie la liste des malades assurés sociaux bénéficiaires de l'appareillage d'assistance respiratoire et à leur donner toute facilité en vue de permettre le contrôle.

Article 7 - FONCTIONNEMENT

Il est créé un comité technique et financier chargé de :

- donner son avis sur le budget et les comptes du service d'assistance ventilatoire à domicile, sur la proposition du forfait mensuel et en général, sur toutes les questions ayant une incidence financière. Cet avis est consultatif.
- d'étudier tous les problèmes de caractère technique relatifs à l'assistance ventilatoire à domicile (AVAD).

Il a notamment pour tâche de faire des propositions en ce qui concerne l'habilitation des services hospitaliers susceptibles de porter l'indication d'assistance ventilatoire à domicile.

- d'une façon générale, il a pour mission de suivre le fonctionnement et de favoriser le développement de l'assistance ventilatoire à domicile.

Le comité technique et financier comprend :

- le Médecin-Conseil Régional ou son représentant, président ;
- le Président de l'association ou son représentant, vice-président ;
- le Directeur de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie ou son représentant ;
- le Secrétaire général de l'association ;

- un ou plusieurs directeurs de Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
- un ou plusieurs médecins-conseils des échelons locaux du Service médical ;
- un ou plusieurs chefs de service choisis par le comité parmi les chefs des services hospitaliers énumérés à l'avenant prévu à l'article 3.

Le comité technique peut s'adjoindre, à titre consultatif, toute personnalité dont l'avis lui paraîtrait souhaitable.

Le comité technique et financier se réunit au moins une fois par an ; une sous-commission médicale peut être constituée en son sein et chargée de faire des propositions techniques.

Le Secrétariat du comité et de la sous-commission est assuré par l'association.

Article 8 - Les clauses de la présente convention pourraient être à tout moment modifiées à la suite de la publication de textes légaux ou réglementaires ou d'instructions ministérielles.

Article 9 - La présente convention prend effet à compter du

Elle se renouvellera d'année en année par tacite reconduction, sauf de dénonciation par l'une ou l'autre des parties au termes de chaque échéance annuelle avec préavis de 3 mois.

En cas de dénonciation de la convention ou de la dissolution de l'association, les appareils dont la propriété a été transférée à cette dernière en vertu de l'article 5 ci-dessus, sont dévolus à la Caisse d'Assurance Maladie qui les a pris en charge à l'origine.

Fait à le

Le Président
de l'Association de

Le Directeur
de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie
de

ANNEXE N° 1

à la Convention du

LISTE DES SERVICES HOSPITALIERS

habilités à porter l'indication d'assistance ventilatoire à domicile

CENTRE HOSPITALIER DE

Service de Pneumo-phtisiologie Dr

HOPITAL PUBLIC DE

Service d'urgence et de réanimation Pr
médicale polyvalente

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE

. Centre d'examen et de traitement de l'insuffisance Dr
respiratoire

. Service clinique de Pneumo-Phtisiologie Pr

. Service d'Explorations Fonctionnelles Respiratoires Pr

CLINIQUE DE

Dr

ANNEXE N° 2

à la Convention du

Entre: : La Caisse Régionale d'Assurance Maladie de dont
le siège est à représentée par son Directeur,
dûment mandaté,

d'une part,

Et : L'Association située à
représentée par agissant en qualité de
.....,

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit

ARTICLE UNIQUE

A compter du, le montant du forfait mensuel prévu à l'article 4 de la convention, et déterminé dans les conditions du paragraphe 2 est fixé à :

1 - Malades bénéficiaires d'un appareil spirométrique
(sans oxygène) F

2 - Malades bénéficiaires d'un appareil spirométrique
(avec oxygène petit régime) F

3 - Malades bénéficiaires d'un appareil volumétrique
(avec oxygène petit régime) F

4 - Malades bénéficiaires d'un appareil volumétrique
(avec oxygène gros régime) F

Fait à le

Le Président
de l'Association de

Le Directeur
de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie
de

PROTOCOLE DE MISE EN ROUTE DE L'ASSISTANCE VENTILATOIRE A DOMICILE

INTRODUCTION

L'assistance ventilatoire à domicile (AVD) est un mode de traitement de l'insuffisance respiratoire chronique dont le but est double.

Chez les malades présentant une insuffisance respiratoire chronique relativement stable mais nettement caractérisée sur le plan fonctionnel, l'AVD doit améliorer la condition cardiorespiratoire, éviter les épisodes de décompensation respiratoire aiguë et apparaître comme une technique de rééducation complétant la kinésithérapie.

Chez les malades d'un niveau d'insuffisance respiratoire chronique supérieur en gravité, non stable, présentant fréquemment des épisodes de décompensation respiratoire aiguë, l'AVD apparaît plus comme une prothèse ventilatoire que comme une technique de rééducation. Elle doit cependant permettre une prolongation des délais de survie habituels de ces malades et une réduction du nombre des décompensations.

L'assistance ventilatoire à domicile est une technique relativement complexe dont les résultats ne peuvent être prévus que dans la mesure où l'indication en a été portée au terme d'un bilan technique, biologique et fonctionnel complet.

Il ne faut pas perdre de vue que cette technique est également capable d'aggraver certaines insuffisances respiratoires chroniques et de provoquer des complications graves.

L'AVD est utilisée avec ou sans oxygénothérapie.

I - INDICATION DE L'AVD

Toute insuffisance respiratoire chronique, quel qu'en soit le type, obstructif, restrictif ou mixte, peut être justiciable d'une AVD.

L'indication de cette technique est néanmoins conditionnée par l'existence d'une hypoventilation alvéolaire biologiquement caractérisée par l'hypercapnie. L'Hypoxémie accompagnée d'une hypocapnie n'est pas une indication de cette technique. L'hypoxémie isolée peut réaliser cependant une indication d'AVD dans la mesure où sa correction par administration d'oxygène, à débit réduit, entraîne une augmentation franche de la PaCO₂.

En résumé, on peut schématiser comme suit les indications de l'AVD :

1) Critères cliniques

a) Toute insuffisance respiratoire chronique, quel qu'en soit le type et gazométriquement située dans les conditions des paragraphes 2 a et b.

b) Les insuffisances respiratoires chroniques mécaniques par atteinte neuro-musculaire réalisent une indication particulière. Il conviendrait d'en discuter à chaque cas.

c) L'âge, supérieur à 75 ans, est une contre-indication relative.

d) Le contexte, psychique et social, les habitudes de vie (éthylisme-tabagisme), doivent être pris en considération.

2) Critères biologiques et fonctionnels

Les éléments spirographiques ne sont pas pris en considération. Seule la gazométrie peut guider l'indication, selon les règles suivantes :

a) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs et $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg en régime stable

b) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs et PaCO_2 comprises entre 45 et 50 mmHg, si la correction de par le test à l'O₂ augment la PaCO_2 à un niveau supérieur à 50 mmHg.

c) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs et $\text{PaCO}_2 < 45$ mmHg est une contre-indication

d) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs et PaCO_2 comprises entre 45 et 50 est une contre-indication.

NB - Ces différentes indications chiffrées sont susceptibles de modification en fonction des résultats ultérieurs.

3) Le coeur pulmonaire chronique décompensé peut réaliser une indication indépendamment de la gazométrie, dont il conviendra de discuter dans la mesure où une certaine sensibilité aux drogues (tonicardiaques et diurétiques) peut réapparaître sous AVD.

En résumé, le malade nécessitant une AVD sera classé dans un des groupes suivants :

[A) BP chronique obstructive

[B) IRC restrictive

[C) Autre IRC

[I) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg

[II) $\text{PaO}_2 < 50$ torrs. $45 < \text{PaCO}_2 < 50$ mais / de $\text{PaCO}_2 > 50$ mmHg lors du test à l'O₂

[CPC : s'il existe un CPC dominant le tableau clinique

[IRA 1, 2, 03 et 4 suivant le nombre des décompensations antérieures

[exemple : A II CPC IRA 3

II - PROTOCOLE DE MISE EN ROUTE DE L'AVD

L'hospitalisation est nécessaire pour réaliser le bilan. Une poussée d'insuffisance respiratoire aiguë peut motiver cette hospitalisation mais le bilan doit être réalisé dans des conditions cardio-respiratoires stables. Ce bilan comprend :

- 1) Examen clinique, thorax, ECG
- 2) EFR, spirométrie (éventuellement tests pharmacodynamiques) DpCO
- 3) Gaz du sang au repos
- 4) Test à l'oxygène (seulement pour les malades ABC II du chapitre indication). Gaz du sang après 1 heure d'O₂ au débit de 1 l/mn à la sonde nasale (bien en place et ventilation par le nez, bouche fermée).
- 5) Si le malade entre dans un des groupes d'indication, un essai de ventilation à l'embout buccal est entrepris. Le malade est habitué à la machine pendant une période minimum de 4 jours, aidé par un kinésithérapeute (séance de 10 à 20 mn, 6 séances par jour).

L'évolution gazométrique est notée quotidiennement pendant ces quatre jours.

Au 4^{ème} jour, le bilan suivant est pratiqué :
En ventilation spontanée au repos

- gaz du sang
- ventilation minute

La séance de ventilation est mise en route. Le choix du ventilateur (barométrique ou volumétrique) est laissé au médecin spécialisé dans les limites des appareils homologués et acceptés par la ligue. Ce test s'effectue sans oxygène.

A la 10 ou 20^{ème} minute, suivant la durée de la séance, et sous ventilation assistée

- gaz du sang
- ventilation minute
- P positive
- P négative
- fréquence ventilatoire

A la 15^{ème} minute après l'arrêt de la séance

- gaz du sang (phénomène de "rebound" possible)

le résultat de ce test est considéré comme bon si :

- la ventilation minute augment et f diminue
- PaCO₂ diminue de 5 mmHg ou plus en cours de séance
- l'amélioration de la Pao₂ est un élément intéressant, mais non indispensable.
- la diminution de la PaO₂ indique l'utilisation sous O₂ de la ventilation

Sont considérés comme mauvais résultats :

- l'augmentation ou le caractère stable de PaCO₂

- un phénomène de "rebound" dépassant de 5 mmHg la PaCO₂ de repos
- la diminution de la ventilation minute et l'augmentation de la fréquence.

6) En fonction de l'état clinique du malade et du résultat de ces tests, la décision d'appareillage doit obéir au schéma suivant :

A) Bons résultats aux tests précédents

a) malade au décours immédiat d'une décompensation aiguë - PaCO₂ > 60 torrs en régime stable - appareillage immédiat.

b) malade au décours immédiat d'une décompensation aiguë - mais PaCO₂ < 80 torrs.

malade IRC non décompensé gazométriquement situé selon les critères ABC E et II.

malade des groupes CPC et IRA.

Traitement médical + rééducation respiratoire (30 séances de kinésithérapie) + oxygénothérapie éventuellement.

Les malades sont revus à la fin du 2^{ème} mois de traitement avec examen des gaz du sang.

L'AVD est mise en route si les malades appartiennent toujours aux groupes sans obligation de bilan préalable.

B) Mauvais résultats aux tests

Traitement médical + rééducation respiratoire (30 séances de kinésithérapie) + oxygénothérapie éventuellement.

Les malades sont revus à la fin du 2^{ème} mois de traitement.

Un nouveau bilan est pratiqué, suivant le protocole du chapitre II et le malade reclassé.

III - SURVEILLANCE DES MALADES SOUS AVD

1) Matériel

Une visite systématique de l'installation tous les 3 mois, le double de l'avis de passage du technicien et un compte rendu de ses observations sont transmis au médecin chef du service, au médecin traitant et au médecin prescripteur de l'AVD.

Tout appel pour panne doit être honoré dans les 48 heures.

2) Médical

Voir tableau ci-joint.

Une visite du médecin traitant tous les 15 jours semble nécessaire. Une brochure détaillée sur l'AVD devra être renvoyée à celui-ci.

Le médecin spécialiste prescripteur, soumettant un malade à l'AVD et demandant le concours de l'association, s'engage, par accord réciproque, à suivre les indications portées dans le rapport et à envoyer au médecin chef de service de l'association un double du compte rendu de chaque consultation avec le résultat des examens pratiqués (gaz, EFR, radios,...).

IV - ARRET DU SEVRAGE DE L'AVD.

L'AVD prend fin dans les conditions suivantes :

- 1) Décès du malade
- 2) Amélioration de l'état du malade tel qu'il se classerait, cliniquement et gazométriquement, en dehors des groupes de malades suscités, et ceci depuis une période d'au moins une année.
- 3) Non utilisation, par le malade, de l'appareil.
- 4) Absence d'informations sur le devenir du malade depuis une période de plus de 6 mois (absence de transmission des comptes rendus de consultation).

Dans les conditions 1, 2, 3 et 4, le matériel mis à la disposition du malade reste la propriété de l'association et est remis au médecin chef de service.

I - ASSOCIATIONS

MIDI-PYRENEES

TOULOUSE

1 - L'Association pour le Développement du Service d'Assistance Médicale d'Urgence (ADAMU)

Hôpital Purpan - 31000 TOULOUSE

Président : Professeur LARENG

2 - Comité Départemental Contre la Tuberculose et les Maladies Respiratoires
Section d'Assistance à Domicile pour Insuffisances Respiratoires

11 rue Saint Jacques 31000 TOULOUSE

Président : Professeur DELAUDE

PROVENCE COTE D'AZUR

MARSEILLE

3 - Association Régionale d'Assistance respiratoire à Domicile

Hôpital Sainte Marguerite - Assistance Publique - 13274 MARSEILLE CEDEX 2

Président : Professeur CHARPIN

BOURGOGNE

DIJON

4 - Comité Côte d'Orient de lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires

1, rue Nicolas Berthot 21033 DIJON CEDEX

Président : Professeur JEANNIN

FRANCHE COMTE

BESANCON

5 - Le Don du Souffle

Centre Hospitalier Régional et Universitaire

Place Saint Jacques 25000 BESANCON

Président : Professeur BARALE

AQUITAINE

BORDEAUX

6 - Fédération girondine de lutte contre les maladies respiratoires
Section "Aide aux insuffisants respiratoires d'aquitaine" (AIRA)
2 rue des Treuils - 33000 BORDEAUX

Président : Professeur FREOUR

LANGUEDOC ROUSSILLON

MONTPELLIER

7 - Association pour l'Assistance respiratoire à domicile (APARD)
4, rue Fournarie 34000 MONTPELLIER

Président : Professeur BERTRAND

PAYS DE LA LOIRE

ANGERS

8 - Association pour l'aide aux insuffisants respiratoires (AIR)
Service de réanimation médicale
Centre Hospitalier Régional 49000 ANGERS

Président : Professeur BONHOMME

NANTES

9 - Association d'aide aux insuffisants respiratoires des pays de la Loire (AIRPLO)
Hôpital LAENNEC
Centre Hospitalier Régional 44600 NANTES

Président : Professeur MOIGNETEAU

ILE DE FRANCE

PARIS

10 - Association d'Entraide des Polios hospitalisés (ADEP)

36 avenue Duquesne 75007 PARIS

Président : Monsieur DESSERTINE

RHONE ALPES

LYON

11 - Association de la région de LYON pour la lutte contre la Poliomyélite -
Hôpital de la Croix Rousse
94 grande rue de la Croix Rousse 69004 LYON

Président : Professeur BERTOYE

GRENOBLE

12 - Association Grenobloise d'aide aux insuffisants respiratoires (AGIR)
Service de pneumologie - Centre Hospitalier Régional de LA TRONCHE
38043 GRENOBLE CEDEX

Président : Professeur PARAMELLE

HAUTE NORMANDIE

ROUEN

13 - Comité contre la tuberculose et les maladies respiratoires du département de Seine
Maritime - Service de pneumologie
Hôpital Charles Nicolle - Centre Hospitalier Universitaire - 76000 ROUEN

Président : Professeur MORERE

LE HAVRE

14 - Groupement Havrais d'aide aux handicapés respiratoires -
Service de pneumologie - Centre Hospitalier Calmette
48 rue du 329è - 76083 LE HAVRE CEDEX

Président : Docteur DUWOOS

BASSE NORMANDIE

CAEN

15 - Association d'aide aux insuffisants respiratoires
Service de pneumologie

Centre Hospitalier Universitaire - Côte de Nacre - 14033 CAEN CEDEX

Président : Professeur LEMENAGER

NORD

LILLE

16 - Ligue du Nord d'hygiène sociale - Service d'Assistance Ventilatoire à Domicile
(AVAD Nord-Pas de Calais)
15, rue d'Inkermann - 59000 LILLE

Monsieur le Président de la Ligue

LORRAINE

NANCY

17 - Association régionale pour l'aide des insuffisants respiratoires de Lorraine - Service
de médecine orientée vers l'insuffisance respiratoire - Hôpital BRABOIS
Centre Hospitalier Régional de Nancy - 54000 VANDOEUVRE LES NANCY

Président : Professeur SADOUL

CENTRE

TOURS

18 - Association régionale d'aide aux insuffisants respiratoires à domicile du Centre -
Service de réanimation respiratoire Hôpital BRETONNEAU - Centre Hospitalier
Régional 37033 TOURS CEDEX

Président : Professeur GINIES

BRETAGNE

BREST

19 - Association de gestion des appareils d'assistance respiratoire
CPAM du Nord Finistère - Rue de Savoie - 29000 N BREST

Présidente : Madame LEROUX
Monsieur le Professeur KERBAT

PICARDIEAMIENS

20 - Association régionale picarde d'aide aux grands insuffisants respiratoires - service de pneumologie

Centre Hospitalier régional - 80000 AMIENS

Président : Professeur LEVI-VALENSI

LIMOUSINLIMOGES

21 - Association pour l'aide aux insuffisants respiratoires - service de réanimation - Hôpital DUPUYTREN

Centre Hospitalier Régional et Universitaire - 87000 LIMOGES

Président : Professeur GAY