

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

23/04/91

Origine :

ENSM

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
Monsieur le Médecin Chef de La Réunion
Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils Chefs de
Service
Mesdames et Messieurs les Directeurs de CRAM
Mesdames et Messieurs les Agents Comptables des CRAM
Mesdames et Messieurs les Directeurs des CGSS
(pour attribution)
Mesdames et Messieurs les Directeurs de CPAM
Mesdames et Messieurs les Agents Comptables des CPAM
Mesdames et Messieurs les Directeurs de CETELIC
(pour information)

Réf. :

ENSM n° 1421/91

Plan de classement :

30

Objet :

Circulaire d'application relative au Protocole Régional d'Actions Concertées.

Cette circulaire a pour objet de faciliter la réalisation et la mise en oeuvre d'un Protocole Régional d'Actions Concertées conformément aux directives de la circulaire d'orientation.

Pièces jointes :

Liens :

Compl.la circ.CNAMTS CABDI n° 49/90 - ENSM n° 1358/9
R 0

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DESMES A. GOLFOUSE - ENSM Y. RACT

Téléphone :

42.79.33.56 - 42.79.34.57

@

**Direction de la
Gestion du Risque**

23/04/91

Origine :
ENSM

Mesdames et Messieurs les Médecins Conseils Régionaux
Monsieur le Médecin Chef de La Réunion

Mesdames et Messieurs les Praticiens Conseils Chefs de
Service

Mesdames et Messieurs les Directeurs de CRAM

Mesdames et Messieurs les Agents Comptables des CRAM

Mesdames et Messieurs les Directeurs des CGSS

(pour attribution)

Mesdames et Messieurs les Directeurs de CPAM

Mesdames et Messieurs les Agents Comptables des CPAM

Mesdames et Messieurs les Directeurs de CETELIC

(pour information)

N/Réf. : ENSM n° 1421/91

Objet : Circulaire d'application de la circulaire CAB n°
49/90 et ENSM n° 1358/90.
Protocole Régional d'Actions Concertées.

Ainsi que cela vous avait été annoncé dans la circulaire d'orientation CAB n° 49/90 - ENSM n° 1358/90 du 5 juin 1990, nous vous adressons un document qui définit les principes d'élaboration du protocole régional d'actions concertées dans l'optique d'une application optimale des principes énoncés dans la circulaire.

Ce protocole se veut un net engagement des deux parties à assumer leurs responsabilités dans leur domaine de compétence.

La mise en oeuvre d'un protocole d'actions concertées n'est pas une fin en soi mais permettra le meilleur service des prestations aux assurés ainsi que les actions concertées de toute nature dans un esprit de partenariat affirmé visant la régulation médicalisée des dépenses de soins.

G. JOHANET

Pr. C BERAUD

P.J. : 1

PROTOCOLE REGIONAL D'ACTIONS CONCERTEES (PRAC)

PRINCIPES D'ELABORATION

L'OBJET

Ce protocole, conclu entre le Directeur de la CRAM et le Médecin-Conseil Régional, a pour objet de formaliser et de concrétiser la concertation entre les partenaires dans les champs d'activité du niveau régional.

Il est précisé les objectifs régionaux en tenant compte des orientations nationales et, en matière d'hospitalisation, des projets locaux, pour une application optimale de la circulaire CAB n° 49/90 - ENSM 1358/90 du 5 juin 1990. Il fixe les obligations réciproques des deux parties.

Le PRAC matérialise la collaboration médico-administrative qui, au niveau régional concerne essentiellement l'expertise en santé publique mais peut aussi intéresser certains aspects de l'expertise médico-sociale.

Il repose sur une gestion par objectifs et sur des évaluations régulières.

LE CONTENU

EN MATIERE D'EXPERTISE EN SANTE PUBLIQUE

C'est la mission prépondérante du niveau régional quel que soit le champ d'intervention, mission qui engage résolument l'Assurance Maladie dans une approche de régulation médicalisée des dépenses de santé.

Sa méthodologie est la conduite de projet qui constitue désormais l'axe de gestion des risques.

Après le choix concerté des objectifs et la définition des méthodes de travail, la procédure reprend les 4 temps de la circulaire d'orientation à savoir :

1) Analyse de l'existant (à partir des sources d'informations, administratives, financières, médicales, générales ou finalisées) sous deux aspects :

<u>Versant médical</u>	<u>Versant administratif</u>
La Recherche d'Informations Médicales RIM selon une méthodologie précise : 1) choix des informations à recueillir 2) élaboration de la méthode de recueil 3) traitement des informations et discussion médico-technique.	Présentation de la situation à partir d'une analyse approfondie des données administratives et comptables.

La recherche d'informations médicales nécessite une saisie d'informations de qualité, une étude sérieuse et médicalement documentée. Elle doit, dans toute la mesure du possible, être représentative des comportements ou des dysfonctionnements étudiés. Pour cela, un soin particulier est accordé à l'analyse statistique : échantillonnage correct, respect des procédures de cette discipline, etc.

Le détail de ces modalités figure dans chaque avenant particulier.

Le rapprochement des deux aspects aboutit au diagnostic médico-administratif.

2) Diagnostic médico-administratif

Réalisé par la confrontation et l'analyse des données médicales avec les données administratives et financières, c'est un constat.

Il est formulé par la structure de pilotage pour donner lieu à des actions.

3) Actions :

Au niveau régional, elles sont le plus souvent d'ordre systémique. Elles sont l'aboutissement essentiel des phases précédentes et ont pour corollaire l'évaluation.

4) Evaluation :

La méthodologie en est précisée dès la phase 1 et est consignée dans le PRAC.

Elle porte, comme pour le PLAC, sur :

- **les résultats des actions** et aboutit à un second diagnostic médico-administratif pouvant entraîner ou non leur poursuite ;

- **la pertinence des moyens mis en oeuvre**, critique méthodologique qui revêt une importance particulière du fait des possibilités d'extension à d'autres régions de cette procédure d'expertise en santé publique.

EN MATIERE D'EXPERTISE MEDICO-SOCIALE

L'activité d'expertise médico-sociale est limitée à certaines régions et reste marginale. Elle obéit alors aux règles du PLAC.

MODALITES DE PARTENARIAT

Les structures :

Au niveau régional, l'étendue des champs d'études, la nécessaire concertation Service Administratif/Service Médical, l'implication des échelons locaux nécessitent la mise en place d'une structure de pilotage régional.

1) Le Comité Régional de Pilotage (CRP)

- Composition :
 - . le Directeur de la CRAM,
 - . le Médecin Conseil Régional,
 - . les Directeurs des CPAM,
 - . les Médecins Chefs des Echelons locaux du Service Médical.
- La présidence est assurée par le Directeur de la CRAM et la vice-présidence par le Médecin-Conseil Régional.
- Rôle :
 - . définir les objectifs régionaux et choisir les programmes d'action,
 - . intégrer les politiques nationales et en assurer l'application en fonction des conditions loco-régionales,
 - . déléguer au Secrétariat Permanent la mise en oeuvre des programmes choisis,

- . en matière hospitalière, ce Comité :
 - ▷ met en place localement les programmes nationaux, les adapte aux conditions loco-régionales, en assurer le suivi et en évalue les résultats (pas plus de deux programmes nationaux par an) ;
 - ▷ arrête les programmes régionaux impliquant tout ou partie des acteurs locaux et s'informe des programmes locaux ayant une incidence hospitalière afin de les insérer dans un ensemble régional cohérent, dans le cadre des responsabilités définies par la réglementation ;
 - ▷ délègue au Secrétariat Permanent du Risque Hospitalier la mise en oeuvre des programmes définis en Comité Régional.
- Pour ce faire, le CRP dispose de l'ensemble des informations nécessaires à son bon fonctionnement, ce qui implique une mise en commun des données administratives et médicales, locales et régionales.
- Il réalise, chaque année, une évaluation de son fonctionnement, selon une méthodologie définie a priori et dont chaque membre est informé.
- Il se réunit au moins 2 fois l'an : 1 fois pour faire le bilan de l'année écoulée, 1 fois pour préparer l'année à venir.

2) Le Secrétariat permanent

Composition :

- Le Directeur de la CRAM,
- le Médecin Conseil Régional,
- les chargés de mission Régionaux, administratifs et médicaux y compris le Chirurgien-Dentiste et le Pharmacien chargés de mission sur le plan régional,
- au moins deux Directeurs de CPAM désignés par leurs pairs (ou leurs représentants),
- au moins deux Médecins Chefs des échelons locaux désignés par leurs pairs (ou leurs représentants).

Présidence : le Directeur de la CRAM.

Vice-Présidence : le Médecin Conseil Régional.

Rôle :

- mettre en oeuvre les décisions prises par le Comité Régional de Pilotage et précisées dans les avenants au PRAC,
- informer le niveau national et s'il y a lieu les différents acteurs du système de santé,
- réaliser un rapport annuel d'activité,
- mettre en place des "groupes de travail techniques" pour la réalisation des programmes.

Il se réunit au moins 4 fois par an, avant et après chaque réunion du Comité de Pilotage Régional.

Les questions hospitalières sont traitées par le Secrétariat Permanent du Risque Hospitalier, émanation du Secrétariat du PRAC, dont la composition et le rôle sont précisés dans la circulaire CAB N° ...

3) Les groupes de travail techniques

- . Leur composition varie selon les travaux (CRAM, CPAM, Service Médical) soit par branche, soit par département, options à définir selon les besoins et les opportunités.

En matière hospitalière, ces groupes de travail sont mis en place par le Secrétariat permanent de la gestion du risque hospitalier.

- Les structures techniques peuvent être en rapport avec une ou des structures de pilotage local.
- Elles se réunissent en tant que de besoin.

4) Relations avec le Comité de Pilotage "PLAC"

Elles se font :

- par les Directeurs de CPAM et les Médecins Chefs Locaux qui participeront aux deux instances,
- par l'intermédiaire des groupes de travail techniques régionaux qui, pour des objectifs comportant une part commune ou l'obtention des éléments détenus par les CPAM, peuvent travailler en concertation avec les structures locales.

LES DOCUMENTS

1) Le document de base

Il lie la CRAM et l'ERSM selon les champs définis plus haut.

2) L'avenant général

Il est négocié et signé annuellement au 4e trimestre et applicable au 1er janvier.

Il fixe de manière concertée les objectifs communs pour l'année suivante, tout en tenant compte des orientations nationales adressées chaque année aux régions ainsi que des projets locaux.

Il prévoit les modalités d'évaluation de l'ensemble des domaines d'intervention. Cette évaluation devant être réalisée et diffusée au cours du premier trimestre de l'année suivante.

En matière d'hospitalisation, il consigne entre autres les objectifs locaux retenus qui seront repris par la suite dans les PLAC.

3) Les avenants particuliers

Ils sont élaborés en réunions de concertation auxquelles participent les représentants des différentes branches et arrêtés par la structure de pilotage.

Ces avenants particuliers organisent les travaux décidés en commun et définissent les moyens spécifiques à mettre en oeuvre pour les réaliser.

Pour chaque étude menée, l'avenant précise :

- les motifs de déclenchement,
- les objectifs fixés,
- le choix des méthodes et moyens : informations recherchées, ressources humaines mises à disposition, moyens statistiques et informatiques, avec utilisation commune privilégiée de l'outil SIAM,
- les actions envisagées,
- les modalités d'évaluation.

Le Secrétariat procède à un suivi permanent des avenants à l'aide de tableaux de bord montrant : la situation du programme, l'état d'avancement, les problèmes soulevés.

Le CRP peut seul décider d'une modification d'avenant en cas de nécessité.

Cas spécifiques :

Il s'agit de programmations demandées par des intervenants extérieurs au protocole (CNAMTS/ TUTELLE) et dont l'urgence est motivée par le demandeur. Cette procédure doit rester exceptionnelle.

La périodicité des réunions ne peut pas être une entrave au déclenchement des travaux générés par ces demandes. En tout état de cause, une information réciproque des parties doit être faite et un avenant de régularisation signé.

L'EVALUATION

Chaque avenant général ou particulier doit prévoir les modalités d'une évaluation des actions envisagées : une évaluation qualitative et quantitative prévue initialement et devant figurer dans le bilan annuel.

Les procédures et méthodes de réalisation des avenants ainsi que les modalités de fonctionnement de la structure de pilotage seront également évaluées dans le cadre du bilan annuel.