

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :

15/10/98

Origine :

CABDIR

Mmes et MM. les Directeurs

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

- Mmes et MM. les Médecins Conseils Régionaux

- Monsieur le Médecin Chef de Service de la Réunion

- Mmes et MM. les Médecins-Conseils Chefs de Service
- des Echelons Locaux

Réf. :

CABDIR n° 8/98

Pour attribution

Plan de classement :

13	22	24				
----	----	----	--	--	--	--

Objet :

Réseau et Filière de Soins

Pièces jointes :

0	8
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

Mme Dominique OSSELIN - M. Arnaud LIENHARD - DGR / Drs. Maryse MEDINA - Arlette MEYER - ENSM

Téléphone :

01.42.79.32.08 / 01.42.79.33.13 01.42.79.32.17

@

Le Directeur

Mmes et MM. les Directeurs

15/10/98

Origine :
CABDIR

- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

- Mmes et MM. les Médecins Conseils Régionaux

- Monsieur le Médecin Chef de Service de la Réunion

- Mmes et MM. les Médecins-Conseils Chefs de Service
- des Echelons Locaux

Pour attribution

N/Réf. : CABDIR N° 8/98

Objet : Réseaux et filières de soins

Dans une première circulaire du 3 février 1997, la CNAMTS vous faisait part de ses premières observations sur le développement des réseaux et filières de soins, dans le cadre de l'application de l'article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale.

Depuis cette époque, un certain nombre d'éléments nouveaux ont permis d'approfondir, sans pour autant les remettre en cause, les principes qui vous avaient été exposés.

Par ailleurs, l'examen des premiers dossiers transmis par les caisses ou soumis au Conseil d'Orientation des Réseaux et Filières de soins Expérimentaux (appelé Commission SOUBIE, du nom de son Président), ainsi que la rencontre de caisses et de divers promoteurs permettent de tirer des premiers enseignements qui justifient des instructions complémentaires.

SOMMAIRE

CHAPITRE I.	Les évolutions juridiques	3 à 8
A.-	Rappel des textes fondateurs	3
B.-	Les dispositions complémentaires	3 et 4
C.-	Les orientations ministérielles	5
D.-	Les orientations de la CNAMTS	5 à 8
1.	Procédure	6 et 7
2.	Orientations indicatives sur les thèmes d'expérimentation :convergences avec les nouvellesorientations du service médical	7 et 8
CHAPITRE II.	Les critères d'analyse du projet	8 à 14
A.-	Répondre aux besoins locaux par des projets rapidement opérationnels	8 et 9
B.-	Les éléments constitutifs du dossier	9 à 14
CHAPITRE III.	Le rôle de la CNAMTS : aide apportée aux caisses.....	14 à 18
A.-	L'aide à l'instruction des dossiers	14 et 15
B.-	L'élaboration d'outils destinés aux caisses	16 à 18
CHAPITRE IV.	Précisions concernant le rôle du Service Médical	18 et 19

ANNEXES

1. Article L 162.31.1 et décret d'application
2. Convention Etat/CNAMTS du 30 mars 1998
3. Décision du 28 janvier 1998,
publiée au Bulletin Officiel n° 98/9
portant règlement intérieur du Conseil d'Orientation
4. Relevé de décisions de la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS du 12 mai 1998
5. Grille d'analyse
6. Cahier des charges
7. Eléments de réflexion sur l'évaluation

I. Les évolutions juridiques

A. Rappel des textes fondateurs

1. L'article L.162-31-1

Cf. Annexe 1

2. Le décret d'application

Cf. Annexe 1

B Les dispositions juridiques complétant le dispositif

1 L'articulation avec les réseaux ville-hôpital

L'article L 712.3.2 autorise les établissements de santé à constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins ou à certaines pathologies.

Ces réseaux peuvent associer des médecins libéraux et autres professionnels de santé.

Par ailleurs, les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L 162.31.1 du Code de la Sécurité Sociale.

La circulaire ministérielle DH/EO 97 n° 97277 du 9 avril 1997 précise que les deux types de réseaux prévus par l'ordonnance hospitalière et par l'ordonnance sur la maîtrise de l'évolution des dépenses "diffèrent essentiellement dans leurs modalités et dans leurs champs d'application respectifs" et sont "soumis de ce fait à deux procédures distinctes".

Si les deux types de réseaux visent à développer la qualité de la prise en charge du patient par une meilleure coordination et continuité des soins donnés, les réseaux de soins ambulatoires présentent une double spécificité : ils revêtent un caractère expérimental et permettent des dérogations, notamment quant aux règles de prise en charge des patients et de rémunération des professionnels.

Par ailleurs, la convention constitutive du réseau de soins ville/hôpital est agréée par le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation tandis que les réseaux ambulatoires et leurs conventions sont agréés par arrêté ministériel après avis de la Commission SOUBIE.

La Direction des Hôpitaux projette de diffuser des informations complémentaires sur cette articulation entre ces différents types de réseaux. Dès qu'elles seront officielles, les caisses en seront destinataires.

2 La convention Etat/CNAMTS

Le 30 mars 1998, l'Etat et la CNAMTS ont signé la convention prévue par l'article R 162-50-1 (Cf. Annexe 2). Dans ce cadre, la CNAMTS s'est engagée à favoriser le développement d'actions expérimentales visant à promouvoir des formes innovantes d'organisation des soins et de prise en charge des assurés sociaux, et à donner aux organismes locaux toutes les recommandations pertinentes pour la conception et le montage des actions.

De son côté, l'Etat a accepté le principe d'une diffusion du cahier des charges définitif élaboré par la CNAMTS auprès de ses services déconcentrés afin qu'ils favorisent les actions expérimentales en cohérence avec celui-ci.

3 Le règlement intérieur de la Commission SOUBIE

Par décision du 28 janvier 1998, publiée au Bulletin Officiel n° 98/9 du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (Cf. Annexe 3), la Direction de la Sécurité Sociale a défini les règles de fonctionnement du Conseil d'Orientation. Celles-ci fixent en particulier les procédures à suivre en matière d'instruction des dossiers.

Un rapporteur, membre de l'IGAS ou de la Cour des Comptes et un contre-rapporteur, membre du Conseil d'Orientation, sont désignés pour étudier les dossiers au regard, notamment, de l'ensemble des dispositions de l'article R 162-50-4, qui revêt, de ce fait, une particulière importance et qu'il convient donc de prendre en compte lors de la conception du projet.

4 La composition de la Commission SOUBIE

L'article R 162-50-8 a fixé la composition du Conseil d'Orientation, les arrêtés des 19 décembre 1996 et 28 octobre 1997 portant nomination des membres de l'instance qui doivent assister personnellement aux séances.

Ont été désignés parmi les membres permanents, le Président de la CNAMTS représentant de la Caisse Nationale, et le Médecin-Conseil National.

On notera, par ailleurs, parmi les membres, la présence des représentants des syndicats de médecins, de chirurgiens-dentistes et d'auxiliaires médicaux libéraux, ainsi que celle des représentants des établissements de soins et médico-sociaux.

Leur présence au sein de la Commission SOUBIE justifie le soin tout particulier qu'il convient d'apporter, lors de l'élaboration du projet, à la consultation des différents partenaires locaux, et notamment, des professionnels de santé.

C Les orientations ministérielles

Lors de l'installation de la Commission SOUBIE le 30 octobre 1997, le Secrétaire d'Etat à la Santé a précisé les orientations qui présideront lors des procédures d'agrément :

Ne seront pas agréés les projets qui :

remettraient en cause les principes de solidarité, d'égal accès aux soins, d'universalité qui fondent le système de Sécurité Sociale

sélectionneraient les risques

En revanche, seront étudiés les projets qui mettent au coeur du dispositif le malade, innovent dans l'organisation des soins, le mode de rémunération des professionnels, augmentent le degré d'implication de ces derniers dans la gestion économique du système...

D Les orientations de la CNAMTS

Lors de la séance du 12 mai 1998 (Cf. Annexe 4), la Commission de l'Assurance Maladie a souligné la volonté des instances délibérantes de la CNAMTS d'appeler l'ensemble du réseau de l'Assurance Maladie à participer à l'émergence de projets d'expérimentations sur le terrain.

Ces orientations s'articulent autour de quatre points :

La création d'une véritable dynamique sur le terrain.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge, tout en minimisant le coût de celle-ci.

L'évaluation de l'impact qualitatif et économique du dispositif.

La priorité aux projets structurants qui reposent sur l'expérimentation de nouveaux modes de coordination des soins, dispensés selon des règles d'organisation du parcours des patients précisément consignées.

Ces orientations sont développées dans le cours de la circulaire.

Par ailleurs, la Commission a validé les procédures d'instruction que doivent suivre les dossiers en fonction de leur incidence sur les bénéficiaires du Régime Général et a déterminé les thèmes médicaux que les expérimentations pourraient prioritairement développer.

1 Procédure : les circuits d'instruction et d'agrément des dossiers

La procédure d'instruction varie selon que les projets ont une incidence ou pas sur les bénéficiaires du Régime Général :

a) Les dossiers sans incidence sur les bénéficiaires du Régime Général

Le premier type de dossiers, le moins fréquent, recouvre les projets présentés exclusivement par les autres régimes d'Assurance Maladie au profit de leurs seuls ressortissants.

Le Régime Général n'étant pas directement concerné par ces projets, la CNAMTS n'est pas tenue d'émettre un avis préalable.

Il appartient donc aux promoteurs de déposer leurs dossiers directement auprès du Secrétariat de la Commission SOUBIE qui, au vu de l'analyse réalisée par le rapporteur, émettra un avis. Le dossier sera ensuite transmis au Ministre concerné pour éventuel agrément.

b) Les dossiers concernant les bénéficiaires du Régime Général

Deux catégories composent ce deuxième type de projets selon que les caisses d'Assurance Maladie sont elles-mêmes promoteurs du projet ou pas.

1. Dossiers présentés par des promoteurs autres que les caisses

Ces dossiers sont directement déposés par les promoteurs devant le secrétariat de la Commission SOUBIE.

Le secrétariat constate le respect des obligations réglementaires (Cf. articles R 162.50.1 à R 162.50.6) et, si le dossier est considéré comme complet, l'adresse à la CNAMTS pour avis préalable.

Après une instruction réalisée par la Division de la Coordination des Soins de la Direction de la Gestion du Risque et par l'Echelon National du Service Médical (faisant notamment apparaître la position des organismes locaux concernés), la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS sera appelée à délibérer sur l'avis à donner sur le dossier.

La CNAMTS transmettra l'avis des administrateurs au secrétariat de la Commission SOUBIE.

S'agissant d'un avis, la Commission SOUBIE n'est pas tenue de le reprendre à son compte. Toutefois, compte tenu du poids du Régime Général, cet avis revêt une particulière importance.

2. Dossiers dont l'initiative revient en tout ou partie aux caisses

Une caisse peut être totalement ou conjointement à l'initiative d'un projet, dès lors qu'elle en admet le principe en se déclarant promoteur ou copromoteur.

Cette position de promoteur ne saurait résulter du simple fait qu'une caisse a été contactée par un promoteur ou figure dans le projet de convention qui apparaît au dossier.

N'est "promotrice" que la caisse qui se reconnaît responsable ou co-responsable du projet, par une délibération de son conseil d'administration en ce sens.

Cette délibération est essentielle puisqu'elle détermine la procédure d'instruction des dossiers.

Le dossier promu ou copromu par une caisse doit être adressé directement par celle-ci à la CNAMTS. Comme dans le cas précédent, la Division de la Coordination des Soins, conjointement avec l'Echelon National du Service Médical, en assurera l'instruction, puis sollicitera l'avis du Conseil d'Administration de la CNAMTS.

Dans ce cas spécifique, et en vertu de la responsabilité qu'assume la CNAMTS dans les orientations de la branche maladie, il lui revient soit de reprendre à son compte le projet et le porter devant le Conseil d'Orientation, soit de refuser qu'il accède à cette instance.

En effet, l'article 6 de la convention passée avec l'Etat prévoit que la CNAMTS soumet elle-même directement à la Commission SOUBIE les projets à l'initiative des caisses.

2 Orientations indicatives sur les thèmes d'expérimentation : convergence avec les nouvelles orientations du Service Médical

La Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS a souhaité, sans que cela exclue la possibilité d'opter pour d'autres thèmes susceptibles de répondre à des besoins ressentis localement, orienter la réflexion des organismes locaux et régionaux vers des thèmes présentant un intérêt national tant au regard des coûts qu'à celui des enjeux de santé publique.

Dans cette perspective, les projets ayant pour thème la prise en charge des affections de longue durée méritent une attention particulière.

Par ailleurs, d'autres thèmes d'expérience pourraient être développés, concernant l'organisation des soins palliatifs et du traitement de la douleur afin de donner la meilleure qualité de vie possible aux malades en fin de vie, à domicile.

Le choix de ces thèmes repose principalement sur les considérations suivantes :

Ils impliquent une véritable coordination de l'ensemble des acteurs participant successivement ou simultanément à la prise en charge du patient : professionnels libéraux, professionnels des établissements de soins.

Par ailleurs, les soins dispensés associent, selon des modalités variables, l'offre ambulatoire de proximité, des plateaux techniques réduits et des plateaux lourds avec hébergement des patients.

Ils impliquent une continuité dans la prise en charge.

Ils supposent le traitement de la pathologie elle-même, mais également la prévention et le traitement des complications ou des rechutes.

Leur prise en compte s'inscrit naturellement dans les nouvelles orientations du Service Médical :

- connaissance des pathologies, notamment pour les affections de longue durée,
- promotion de la qualité des soins, par l'évaluation collective des pratiques
- contribution à l'analyse des besoins afin de déterminer la meilleure adéquation des ressources par rapport aux besoins.

D'autres projets, portant sur des thèmes différents, peuvent bien entendu, en fonction de leur portée innovante, recueillir toute l'attention et l'investissement des organismes locaux de l'Assurance Maladie.

II Les critères d'analyse du projet

A Répondre aux besoins locaux par des projets rapidement opérationnels

Conformément aux orientations de la CNAMTS, les promoteurs veilleront à inscrire leurs projets dans un contexte géographique et technique favorable.

1 La réponse aux besoins locaux

La démarche proposée dans le cadre de l'expérimentation est une démarche ascendante à partir de besoins ressentis localement et qui ne seraient pas ou mal couverts par d'autres structures ou institutions.

La première action des caisses qui souhaitent être à l'origine d'un projet consiste donc à identifier les besoins, à vérifier que ces besoins sont bien ressentis par les éventuels acteurs du projet afin de favoriser leur future implication, mais aussi à s'assurer que la réponse aux besoins ne pourrait pas être trouvée dans le cadre réglementaire traditionnel. Cette première analyse sera menée conjointement par les services administratifs et médicaux.

2 Le caractère opérationnel des projets

Compte tenu de la durée de l'expérimentation, trois ans pour les projets à compter de la date d'agrément, durant une période de cinq ans depuis la publication de l'ordonnance, les projets présentés doivent privilégier une mise en oeuvre rapide.

Ainsi, retiendra-t-on, de préférence, les projets dont l'application est limitée à une aire géographique précise et évitant la création de structures de coordination lourdes en termes de gestion et de financement.

La dimension du projet (notamment en nombre de patients) ne doit pas pour autant descendre en dessous d'un seuil qui ne permettrait pas une évaluation pertinente de l'expérimentation ou qui ferait apparaître comme disproportionnés les investissements financiers nécessaires au démarrage du projet.

Par ailleurs, les caisses éviteront de présenter des projets-cadres qui n'auraient pas fait l'objet de discussion sur le terrain avec les partenaires locaux ou qui omettraient certains éléments essentiels du dossier (par exemple la convention ou la méthodologie d'évaluation...) indispensables pour une présentation devant la Commission SOUBIE.

B Les éléments constitutifs du dossier

Les articles R 162.50.1 à R 162.50.6 dressent la liste des éléments constitutifs du dossier qui sera présenté en Commission SOUBIE.

Au-delà des justifications qu'il convient d'apporter pour répondre aux exigences des textes juridiques, six points feront l'objet d'un examen tout particulier par les services de la CNAMTS :

1 Le récapitulatif des dérogations sollicitées

L'article L 162.31.1. fixe la liste des dérogations susceptibles d'être sollicitées dans le cadre de l'expérimentation. Ainsi que le précisait la précédente circulaire, ces dérogations sont nombreuses et importantes, puisqu'elles permettent non seulement d'élargir le champ des prestations prises en charge par l'Assurance Maladie (actions de prévention ou de coordination ou de formation par exemple), mais aussi de modifier les règles de rémunération des professionnels de santé (forfaitisation, capitation...).

Les caisses participant ou initiant une expérience veilleront à présenter dans leur projet, sous forme de tableau, et de manière exhaustive, un récapitulatif des dérogations sollicitées, la formalisation de celles-ci ayant le mérite d'obliger les partenaires à se mettre d'accord sur leur contenu et sur les solutions adoptées dans la perspective de la rédaction de la convention liant les partenaires.

2 Le financement des projets

a) Le plan de financement

Le plan de financement de l'expérimentation constitue l'un des éléments faisant l'objet d'un examen particulièrement attentif tant des instances délibérantes de la CNAMTS que de la Commission SOUBIE.

Chaque dossier fera donc apparaître l'économie générale du projet: plan de financement sur la durée de l'expérience, avec distinction de la participation de chacun des financeurs, budget prévisionnel d'investissement et de fonctionnement en repérant dans ce dernier les charges directes et indirectes, estimation du seuil d'activité au-delà duquel le projet ne serait plus viable, fixation d'objectifs d'économie chiffrés sur chacun des postes concernés.

Les économies de fonctionnement doivent de préférence avoir couvert, à l'issue de l'expérience, la totalité des dépenses supplémentaires résultant de la mise en oeuvre du réseau ou de la filière. Cependant, une exception pourra être faite pour les dépenses d'investissement liées au système d'information nécessaire à la coordination des professionnels de santé, dont le plan de financement fera l'objet d'une présentation distincte. Ces dépenses d'investissement comprennent non seulement l'acquisition de matériels mais aussi l'achat de logiciels et de prestations de services, en matière d'évaluation par exemple, dont la valorisation sera effectuée sur la base des prix de marché. Les différents partenaires attacheront une importance particulière à la définition, dans la convention, de clauses relatives à la propriété industrielle et intellectuelle des matériels, logiciels et prestations de services utilisés, acquis ou créés pour l'expérimentation.

En l'absence de fongibilité des enveloppes financières de la médecine ambulatoire et des établissements de soins, il est difficile, à partir de l'expérimentation, d'obtenir tout de suite une éventuelle baisse de la dotation globale hospitalière, lorsque l'économie d'un projet, en particulier d'un réseau, repose sur l'hypothèse d'une moindre hospitalisation des patients pris en charge.

Cependant, les partenaires devront s'attacher à estimer l'impact financier attendu sur la Dotation Globale, avec l'ARH et les établissements de santé concernés, et détermineront le calendrier d'application de la diminution recherchée ce qui implique donc un suivi précisément défini, en amont, dans le projet. Ce calendrier devra s'appliquer sur la durée de l'expérimentation. Par ailleurs, tout établissement hospitalier partenaire du projet, s'engagera à fournir au promoteur et aux caisses, tous les éléments d'information d'ordres statistique et financier concernant les séjours hospitaliers des patients rentrant dans le projet. L'accord concernant les objectifs fixés, les moyens de mise en oeuvre utilisés ainsi que le calendrier d'application devra être formalisé par voie de convention. Il conviendra de vérifier le respect de ces objectifs en se fondant sur une analyse quantitative.

b) Le cofinancement des projets

Dans toute la mesure du possible, les promoteurs, et en particulier les caisses, rechercheront une participation des financeurs locaux lors de l'élaboration des projets.

Cette participation pourra se concrétiser par la mise à disposition de locaux ou de matériel ou par une aide financière aux investissements ou au fonctionnement de la structure.

Ainsi pourront être sollicités, suivant la nature des projets, et le niveau d'implication des partenaires, les autres régimes d'Assurance Maladie, les mutuelles complémentaires, les Agences

Régionales d'Hospitalisation, les Observatoires Régionaux de la Santé, le Conseil Général, le Conseil Régional, les municipalités...

Par ailleurs, les partenaires veilleront à ce que les dépenses non compensées comme celles nécessaires au système d'informations soient, au moins partiellement, réparties entre les différents financeurs, dès lors qu'ils sont impliqués dans le projet, voire intéressés par les résultats issus du système.

Il conviendra enfin d'obtenir, le plus souvent possible, une compensation des mutuelles complémentaires, si le projet prévoit à titre exceptionnel un transfert de charges de celles-ci vers le Régime Général (cas d'une nouvelle exonération du ticket modérateur pour une catégorie de patients ou pour des prestations jusque-là non couvertes). Cette compensation pourrait, par exemple, se concrétiser au travers d'une aide aux dépenses de fonctionnement ou d'investissement de la structure.

3 La convention passée entre la caisse et les promoteurs

a) Le projet de convention doit obligatoirement figurer dans le dossier

L'article R 162.50.2 du Code de la Sécurité Sociale précise que les demandes d'agrément des actions expérimentales définies à l'article L 162.31.1 sont accompagnées du projet de convention mentionnée à l'article R 162.50.5 et de ses justifications au regard des critères définis à l'article R 162.50.4.

Ce projet de convention est l'une des pièces principales du dossier, tant pour l'instruction du projet que pour son agrément. A l'agrément sera d'ailleurs annexée cette convention.

En effet, il ne s'agit pas d'une simple convention de tiers payant, mais d'un véritable contrat qui formalise les engagements des promoteurs du projet et des caisses (ou des caisses, si elles sont promoteurs, et de leurs partenaires dans le projet).

Lors de la présentation du dossier à la CNAMTS, le projet de convention, certes non encore signé par les partenaires, devra cependant être suffisamment abouti pour permettre d'apprécier le niveau et le caractère durable de l'engagement des acteurs locaux.

Lors de la présentation du dossier à la Commission SOUBIE, la convention devra cette fois être totalement finalisée afin d'être signée très rapidement, dès l'agrément du Ministre acquis. Elle aura donc été validée préalablement par le Conseil d'Administration de la caisse.

b) Son contenu est la synthèse des éléments constitutifs du dossier

L'article R 162.50.5 définit le contenu de la convention. Parmi les obligations, on notera l'importance des deux dernières dispositions qui impliquent que les partenaires formulent précisément les dérogations sollicitées, ainsi que leurs engagements, tant au regard de la qualité, de la sécurité, de la continuité des soins, que du suivi et de l'évaluation de l'action.

La convention est donc la synthèse de tous les éléments constitutifs du dossier. C'est un document à caractère juridique opposable.

c) Qui négocie et signe la convention ?

Que le projet soit promu par un tiers ou qu'il soit promu par une caisse, il appartient aux organismes sociaux de négocier et de signer ce document avec les partenaires du projet.

Qui sont les négociateurs et les signataires ?

Il s'agit d'une part des partenaires non institutionnels, promoteurs ou non promoteurs. Pour des raisons de simplification administrative, il apparaît souhaitable que les partenaires désignent un représentant pour négocier et signer la convention surtout lorsque celle-ci engage de nombreux acteurs.

Ainsi les professionnels de santé peuvent-ils se constituer en association et désigner le président de celle-ci comme interlocuteur unique, représentatif de leurs intérêts. Il en va de même des usagers s'ils participent activement au fonctionnement du projet.

Il s'agit, par ailleurs, des organismes sociaux. Pour ces derniers, il convient de distinguer deux types de situations :

soit le projet est très localisé et ne met en cause qu'une caisse du Régime Général; dans ce cas, la caisse négociera et signera elle-même la convention; il en ira de même des caisses des autres régimes,

soit un même projet concerne les circonscriptions de plusieurs caisses, voire, à titre exceptionnel, touche une ou plusieurs régions. Dans ce cas, une seule et même convention devra être négociée par l'ensemble des caisses concernées, même si chacune est appelée à signer le document unique.

Pour des raisons de simplification administrative vis-à-vis des promoteurs ou des partenaires, il serait souhaitable qu'une procédure de délégation, notamment en matière de négociation, soit mise en place entre organismes.

L'URCAM, dans ce cas, semble être l'organisme le mieux à même d'assurer cette nécessaire coordination en étroite collaboration avec les CPAM et les Echelons Locaux et Régionaux du Service Médical. De même, elle apparaît comme l'interlocuteur privilégié des CRAM et des ARH impliquées dans le projet.

4 Le système d'information

Il ne peut y avoir de réseau sans un système d'informations partagées entre les professionnels de santé, que ce soit un système informatique ou papier. Le système qui sera précisément décrit dans le projet doit cependant être adapté à la dimension et aux objectifs de celui-ci.

Quatre types de missions peuvent séparément ou simultanément légitimer la mise en place d'un système d'informations :

1. La constitution d'une base de données nécessaire à l'évaluation.

2. La création d'un dossier médical partagé ou d'une fiche de liaison entre les professionnels libéraux, entre les libéraux et les hospitaliers en vue de coordonner les prises en charge, d'éviter le nomadisme, de gérer la filière de soins.
3. La structuration du réseau par la normalisation de la circulation de l'information, du choix des informations transférées, des modes d'actualisation des données, du rôle de chacun en la matière.
4. L'information et la formation continue des professionnels de santé.

La manière dont le réseau va gérer cette information est déterminante pour le bon fonctionnement de celui-ci. En conséquence, les partenaires s'attacheront à vérifier notamment que dans le système proposé, l'accès aux informations soit rapide et efficace, mais aussi sécurisé, que les informations soient suffisantes, fiables et actualisées, que leur délai d'intégration soit rapide.

5 Les modalités d'évaluation et de suivi

Conformément aux obligations réglementaires, le dossier présenté à l'agrément doit faire apparaître les modalités d'évaluation du projet, et l'évaluation doit démarrer simultanément à la mise en place de l'expérimentation.

Il s'agit, de préférence, d'une évaluation globale du projet, analysant aussi bien les structures et leurs conditions de fonctionnement, que le suivi des stratégies diagnostiques et thérapeutiques médicales spécifiquement utilisées, que les résultats obtenus, notamment au regard des objectifs recherchés et des ressources investies.

Il faut particulièrement insister sur l'importance de la qualité de l'évaluation finale qui doit, en principe, être confiée à un intervenant extérieur au fonctionnement du dispositif.

En effet, les résultats issus de celle-ci conditionneront la poursuite en l'état, la reprise sur d'autres sites ou l'arrêt de l'expérimentation. Ces résultats ont toujours vocation à être rendus publics ; tout projet qui prévoirait leur caractère confidentiel ne saurait être retenu.

6 Les engagements en terme de qualité

Ces engagements doivent être explicites et formalisés, par exemple, dans le cadre de chartes de qualité des professionnels, ou d'actes d'adhésion des patients au dispositif.

Le respect des engagements volontaires des différents participants, mentionnés dans les chartes de qualité et les actes d'adhésion figurant au dossier, doit être une condition du maintien des professionnels de santé et des patients dans le réseau.

Il est en effet important que le réseau ou la filière implique le plus possible ceux qui les forment et les font vivre. Les engagements doivent donc placer tous les acteurs dans une situation d'égalité entre eux en terme de responsabilité, au profit d'une réalisation commune et durable.

Ainsi l'organisation mise en place doit-elle prévoir des engagements précis et planifiés dans le temps, afin de pouvoir en vérifier l'application et les ajuster en cas de difficulté.

Les principaux types d'engagements figurent dans le cahier des charges fixé en annexe.

III. Le rôle de la CNAMTS : l'aide apportée aux caisses

La Commission de l'Assurance Maladie a souhaité que les services de la CNAMTS contribuent à l'émergence des projets du Régime Général, tout en respectant l'initiative locale.

Une cellule pluridisciplinaire, au sein de la Division de la Coordination des Soins, qui travaille en étroite collaboration avec l'Echelon National du Service Médical, est aujourd'hui constituée au sein de la Direction de la Gestion du Risque de la CNAMTS afin non seulement d'instruire les dossiers examinés par la Commission SOUBIE et présentés par des promoteurs externes à l'institution, mais aussi d'apporter aux caisses toute l'aide nécessaire à l'instruction et à la mise en oeuvre de leurs propres projets.

Actuellement, sont en instance à divers stades d'instruction, une centaine de dossiers, impliquant les caisses à des degrés divers.

A L'aide à l'instruction des dossiers

1 Les modalités pratiques

Il convient de distinguer les procédures d'information des procédures d'instruction.

Les pré-projets

A ce stade, la Division de la Coordination des Soins souhaite seulement être informée des projets en cours de négociation, tout particulièrement si la caisse en est le "copromoteur", et notamment de leur objet (thème médical), de la population ciblée, de la zone géographique concernée et de la nature des promoteurs.

Cette information la plus exhaustive possible, et en temps réel, lui permettra de compléter un répertoire actualisé des projets, faisant notamment apparaître leur état d'avancement. Ce répertoire a vocation à comprendre, dans une première partie, les projets ambulatoires et, à terme, dans une seconde partie, les projets de réseaux ville hôpital ou d'autres types d'expérimentations (Cf. Article L 162.31. du Code de la Sécurité Sociale). Il fera l'objet d'une diffusion semestrielle aux organismes, à charge pour eux de procéder à une validation ou une réactualisation des informations qu'il contient.

Un projet de ce répertoire des projets ambulatoires a été diffusé dernièrement aux différents organismes d'assurance maladie (CPAM, CRAM, URCAM).

Les dossiers déjà élaborés et négociés

A ce stade d'avancement du projet, l'aval de principe des instances et des partenaires locaux est acquis. Le conseil d'administration de la caisse s'est prononcé favorablement sur les éléments constitutifs du dossier, et en particulier, sur le projet de convention, manifestant les engagements des partenaires, sur le système d'information envisagé, la méthodologie d'évaluation et le plan d'économie.

Une triple analyse sera réalisée au niveau national: juridique, administrative et financière, ainsi que médicale.

La Division, étant, par ailleurs, chargée de gérer le dossier de la planification de l'offre de soins dans sa composante sanitaire, médico-sociale et ambulatoire, examinera, en lien avec l'ENSM, les projets expérimentaux dans une perspective d'harmonisation et de complémentarité de l'offre de soins et recueillera selon la nature des projets, tous les avis nécessaires pour avoir une vision globale du contexte dans lequel s'inscrit le projet: Agences Régionales d'Hospitalisation, Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, Echelons Régionaux et Locaux des Services Médicaux.

Des réunions avec les organismes promoteurs et notamment les caisses, permettront de finaliser les dossiers afin de favoriser leur passage en Commission SOUBIE.

B L'élaboration d'outils destinés aux caisses

La Division de la Coordination des Soins et l'ENSM ont élaboré un certain nombre d'outils destinés aux caisses.

1 La grille d'analyse des projets (Cf. Annexe 5)

Vous trouverez, ci-joint, à titre indicatif, la grille permettant d'analyser les projets au regard notamment des obligations réglementaires qu'ils doivent respecter, mais aussi des avantages attendus.

Si elle constitue un fil conducteur commun pour leur étude, dans les faits, cette grille- type doit être utilisée de manière souple, en fonction de la nature et de l'enjeu de chacun des projets.

Enfin, ayant été élaborée au vu des premiers dossiers inscrits à l'ordre du jour de la Commission SOUBIE ou transmis par les caisses, il convient de préciser que cet outil évoluera dans le temps.

Lors de l'instruction du projet, la Division de la Coordination des Soins et l'ENSM chercheront à déterminer, au moyen de la grille d'analyse précitée, les avantages attendus du projet au regard de trois grandes rubriques :

a) Les avantages d'ordre sanitaire

La plus value médicale pour les patients est un aspect essentiel des projets. Elle sera repérée notamment au travers de :

- la réponse aux besoins non couverts ou l'amélioration de la prise en charge existante
- la facilité d'accès aux soins des patients
- la globalité de la prise en charge
- les procédures favorisant la continuité des soins et permettant de formaliser le parcours du patient dans le dispositif de l'offre de soins
- les modalités de la coordination des soins
- la mise en oeuvre des mesures de prévention et de suivi
- la qualité des référentiels de bonne pratique retenus
- l'existence de dispositifs de formation et d'information de l'ensemble des acteurs (formation des professionnels de santé, éducation des patients)

b) Les avantages d'ordre économique

Seront appréciées plus particulièrement :

- les conditions dans lesquelles est assurée la maîtrise des coûts
- l'économie induite par la nouvelle forme d'organisation des soins
- l'approche de la connaissance du coût de la pathologie concernée ou du coût du patient

c) Les avantages d'ordre structurel

Enfin seront recherchés les éléments qui participent :

à la reconfiguration de l'offre de soins
au décloisonnement des structures
à la définition de nouveaux engagements pour les professionnels de santé et les patients

2 Le cahier des charges définitif (Cf. Annexe 6)

Remis en forme, le projet de cahier des charges, diffusé en février 1997 à la suite de sa validation par la Commission de l'Assurance Maladie de la CNAMTS, devient le cahier des charges définitif.

Il sera adressé officiellement aux Pouvoirs Publics, chargés de le diffuser aux Echelons déconcentrés de l'Etat.

3 Les modules d'évaluation (Cf. Annexe 7)

Ainsi que cela a été précisé dans le chapitre II, § 5, le suivi de l'expérimentation et les résultats obtenus à son issue, grâce à l'évaluation, sont des éléments qui détermineront la poursuite, l'extension ou la fin de cette expérimentation.

La méthodologie utilisée est donc essentielle.

En conséquence, la Division de la Coordination des Soins et l'ENSM s'attachent à élaborer avec le CREDES un modèle indicatif d'évaluation. Celui-ci se présentera sous forme de modules susceptibles d'être dissociés et dont les critères pourront être utilisés en fonction de la nature et de l'enjeu du projet.

Cet outil est en cours de réalisation et devrait être diffusé au cours de l'année 1999.

Dans cette attente, vous trouverez en Annexe 7 quelques éléments de réflexion sur l'évaluation qui peuvent être enrichis, dans l'immédiat, par une lecture des recommandations de l'ANDEM publiées en 1995.

4 Le retour d'informations

Outre le répertoire des réseaux précités, la Division entend apporter le plus grand nombre d'informations pratiques aux caisses afin d'enrichir leur réflexion.

Ainsi, au-delà de l'instruction des dossiers, elle se propose :

- a) de mettre en contact les caisses participant à des projets à vocation assez proche afin de faciliter l'élaboration ou le suivi des projets.
- b) de diffuser semestriellement un bulletin d'information qui permettra d'informer les caisses sur :

le nombre et la nature des dossiers examinés par la Commission SOUBIE
la liste des agréments ministériels acquis
les points juridiques ou techniques nouveaux émergeant de l'instruction des dossiers

La Division se chargera enfin de dresser un bilan annuel de l'activité des différentes instances.

IV. Précisions concernant le rôle du Service Médical

A. Généralités sur l'organisation

La Commission d'Assurance Maladie de la CNAMTS a précisé les orientations en matière de filières et réseaux (Cf. chapitre D.2 - Orientations indicatives sur les thèmes d'expérimentation : convergence avec les nouvelles orientations du Service Médical).

Comme indiqué dans la circulaire, le Département des Relations avec les Professions de Santé de l'ENSM collabore pleinement à tous les aspects du dossier réseaux et filières : analyse des dossiers, élaboration des outils, réunions, préparation des avis de la CNAMTS,...

Il recueille les avis des différents départements et divisions de l'ENSM sur les dossiers et assure la liaison avec la Division de la Coordination des Soins de la DGR.

Les interventions du Service Médical dans les expérimentations peuvent être multiples et les Médecins-Conseils Régionaux veilleront à la cohérence de ces interventions avec les orientations retenues au niveau régional.

Quelle que soit l'origine du projet (locale ou régionale), l'analyse du Service Médical et son avis doivent accompagner les projets d'expérimentation qui sont adressés à la CNAMTS et son rôle, lorsqu'il participe aux expérimentations, doit être formalisé dans la convention.

B Avis du Service Médical

Le Service Médical est le conseiller technique des caisses. A ce titre, il donne, dans tous les cas, un avis sur le bien-fondé médical d'un projet, au regard des besoins en soins de la population concernée.

Il donne également un avis au regard de la qualité médicale du projet lui-même. Il pourra s'aider, pour ce faire, de la grille d'analyse jointe en Annexe 5.

Il pourra, par exemple, être amené à se prononcer sur le bien-fondé et la qualité des référentiels médicaux applicables dans le projet ainsi que sur la formation dispensée dans le dispositif expérimental. Il veillera alors à ce que les référentiels cités soient en conformité avec les référentiels

nationaux en vigueur (RMO ou référentiels de bonne pratique : ANAES, Agence du Médicament). Ces référentiels pourront faire l'objet de précisions complémentaires dans le cadre des projets d'expérimentation.

En l'absence de référentiels nationaux, et en cas d'utilisation de référentiels spécifiques au dispositif, le Service Médical donnera son avis sur les procédures de leur élaboration et de leur validation.

Il se prononcera sur la pertinence des indicateurs et de la méthode d'évaluation choisis en vue de l'évaluation médicale du dispositif.

Enfin, il donnera un avis au terme de l'expérimentation et pourra émettre un avis annuel sur son déroulement.

C Toute participation du Service Médical doit être formalisée

Sans préjudice de ses prérogatives définies à l'article L 315-1 du Code de la Sécurité Sociale, le rôle du Service Médical peut naturellement être particulièrement développé dans certains projets et notamment lorsque la caisse est promotrice ou copromotrice du projet.

Il peut ainsi participer à l'élaboration d'un projet, de son suivi, exercer son rôle dans des Comités, veiller au respect des critères d'inclusion ainsi qu'au respect des dispositifs mis en place en vue d'améliorer la qualité des soins (suivi des formations, respect des référentiels...).

En cas de participation à une expérimentation, le Service Médical ne peut alors procéder à l'évaluation des résultats, qui devra être assurée par une structure extérieure indépendante de l'expérimentation. Dans tous les cas, il est indispensable que le projet formalise le rôle du Service Médical dans la convention.

La Division de la Coordination des soins et l'ENSM se tiennent à votre disposition pour tout renseignement complémentaire dont vous pourriez avoir besoin.

Le Directeur

Gilles JOHANET

ANNEXES

A LA

CIRCULAIRE

RESEAUX ET FILIERES DE

SOINS

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1**Article *L. 162-31-1* et décret
d'application
- Annexe 2**Convention Etat/CNAMTS du
30 mars 1998
- Annexe 3**Décision du 28 janvier 1998 sur
le Règlement intérieur du
Conseil d'orientation
- Annexe 4**Relevé de décisions de la CAM
du 12 mai 1998
- Annexe 5**Grille d'analyse
- Annexe 6**Cahier des charges
- Annexe 7** Eléments de réflexion sur
l'évaluation

ANNEXE 1

Article L. 162-31-1

et

Décret d'application

Art L. 162-31-1 (Ord. n° 96-345 du 24 avr.1996, art.6)

I. Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical et médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

Ces actions peuvent consister à mettre en oeuvre:

1° des filières de soins organisées à partir de médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins;

2° des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques;

3° tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa.

Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé.

Les institutions mentionnées au 1° de l'article 1er de la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui concourent à des actions médico-sociales de maintien à domicile peuvent participer à ces actions expérimentales.

II. Pour la mise en oeuvre des actions décrites au I, il peut être dérogé aux dispositions suivantes du Code de la sécurité sociale:

1° articles L.162-5 et L.162-5-2 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux;

2° articles L.162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade;

3° articles L.321-1 et L.615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

4° articles L.322-3 et L.615-16 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

III. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en conseil d'Etat.

Art. R.162-50-5 (Décr. n° 96-789 du 11 sept. 1996)

Les projets d'actions expérimentales sont agréés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du comité de coordination visé à l'article R.114-1.

L'arrêté fixe la durée de l'agrément, qui ne peut excéder trois ans. Cette durée peut être prorogée au vu de l'évaluation et après avis des organismes nationaux d'assurance maladie concernés et du conseil d'orientation, dans les limites du délai d'expérimentation fixé à l'article L.162-31-1.

Est annexée à l'arrêté d'agrément la convention conclue entre les promoteurs de l'action expérimentale et les organismes d'assurance maladie concernés. Cette convention précise:

- a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements entrant dans son champ d'application peuvent y adhérer;
- b) Les conditions dans lesquelles les bénéficiaires de cette action expérimentale expriment l'accord exigé par l'article L.162-31-1;
- c) Les règles dérogatoires aux dispositions du présent code mentionnées au II de l'article L.162-31-1, rendues applicables aux adhérents à la convention et aux assurés sociaux bénéficiaires, et notamment les modalités de prise en charge, par les régimes de base et, le cas échéant, par les organismes de protection complémentaire, des prestations entrant dans le champ d'application de la convention;
- d) Les conditions dans lesquelles l'action expérimentale doit être conduite, notamment les engagements souscrits par chacune des parties à la convention au regard de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins ainsi que du suivi et de l'évaluation de cette action.

Art R.162-50-4 (Décr. n°96-789 du 11 sept. 1996)

Lorsque le dossier est complet, le conseil d'orientation émet un avis sur le projet en prenant en considération:

- a) Son intérêt économique, au regard notamment de l'objectif de maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie;
- b) Son intérêt médical, au regard de l'organisation, de la qualité et de la continuité des soins;
- c) Les conditions de prise en charge financière des prestations;
- d) La qualité du système d'information mis en place en vue de l'évaluation du projet;
- e) La justification des dérogations demandées aux dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles en vigueur.

Le président du conseil d'orientation transmet les avis aux ministres compétents pour statuer sur la demande d'agrément.

ANNEXE 2

Convention Etat /CNAM

du

30 mars 1998

CONVENTION ETAT/CNAMTS

Entre le président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

d'une part,

et le ministre de l'emploi et de la solidarité,
le secrétaire d'Etat au budget,
le secrétaire d'Etat à la santé,

d'autre part,

Vu l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins,

Vu les articles R. 132-50-1 à R. 162-50-12, issus du décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux,

Il est convenu ce qui suit :

ARTICLE 1er - La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, favorise, dès la signature de la présente convention, le développement d'actions expérimentales diversifiées visant à promouvoir des formes innovantes d'organisation des soins et de prise en charge des assurés sociaux, telles que définies à l'article L. 162-31-1 susmentionné.

ARTICLE 2 - La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés donne aux organismes de base toutes les recommandations pertinentes pour la conception, le montage juridique et financier des actions, que ces organismes en soient directement les promoteurs ou qu'ils agissent en qualité de partenaires d'actions initiées par les professionnels libéraux, les établissements de santé ou toute autre personnes physique ou morale située dans leur ressort territorial.

Le montant et les modalités de financement des frais de gestion des actions expérimentales et notamment ceux liés à la mise en place des systèmes d'information et des procédures d'évaluation seront précisés dans chaque projet soumis à l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et du Conseil d'orientation et à l'agrément de l'Etat.

ARTICLE 3 - Conformément aux dispositions de l'article R. 162-50-1 susmentionné, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés fixe le cahier des charges des actions expérimentales qu'elle entend promouvoir. Ce cahier est arrêté dans un délais de deux mois à compter de la présente convention. La caisse en assure la diffusion la plus large auprès de l'ensemble des parties intéressées.

ARTICLE 4 - L'Etat s'engage à diffuser le cahier des charges auprès de ses services déconcentrés pour qu'ils favorisent les actions expérimentales en cohérence avec celui-ci.

ARTICLE 5 - Afin d'assurer aux expériences une assise large et de dégager de celles-ci des enseignements significatifs, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés s'efforce de privilégier des expérimentations communes aux différents régimes. Dans le même esprit, elle s'engage à associer les autres régimes obligatoires et à rechercher aussi fréquemment que possible la participation des organismes de protection complémentaire aux actions dont elle est le promoteur.

ARTICLE 6 - La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés soumet directement à l'avis du conseil d'orientation les projets dont elle-même ou les caisses locales sont à l'origine. Elle s'engage à fournir à ce dernier tous éléments d'information permettant d'assurer un suivi de l'intérêt économique et médical des projets à mettre en place, en tant que de besoin, les systèmes d'information nécessaires. L'Etat s'engage à ce que la décision d'agrément des projets d'actions expérimentales, dûment accompagnés du projet de convention mentionné à l'article R. 162-50-5 et de ses justifications au regard des critères définis à l'article R. 162-50-4, soit prise dans le délai d'un mois à compter de la date de transmission au ministre par le président du Conseil d'orientation de l'avis rendu.

ARTICLE 7 - La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés transmet un rapport d'étape annuel sur les actions expérimentales agréées par le ministre et qu'elle a présenté au conseil d'orientation. Elle participe à l'évaluation des projets.

Fait à Paris, le 30 mars 1998

**Le Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie
des Travailleurs Salariés**

Le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité

Le Secrétaire d'Etat au Budget

Le Secrétaire d'Etat à la Santé

ANNEXE 3

Décision du 28 janvier 1998

sur le Règlement intérieur

du Conseil d'orientation

(Texte non paru au *Journal Officiel*)

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le secrétaire d'Etat à la santé,
Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-10;
Vu l'arrêté du 7 novembre 1996 portant nomination du président du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux;
Vu les arrêtés du 19 décembre 1996, 31 mai 1997 et 28 octobre 1997 portant nomination au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux;
Vu l'arrêté du 17 mars 1997 pris en application de l'article R. 162-50-11 du code de la sécurité sociale;
Vu la proposition du président du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux,

Décident:

Article 1er

Le présent règlement a pour objet de fixer les règles de fonctionnement dudit conseil, en application de l'article R. 162-50-10 du code de la sécurité sociale.

Article 2

Le président est assisté par la direction de la sécurité sociale qui assure le secrétariat du conseil d'orientation.

Convocation et information des membres du conseil

Article 3

Le conseil d'orientation des filières et réseaux de soins comprend des membres permanents et des membres associés. Les membres permanents participent à toutes les séances du conseil. Les membres associés participent à la partie de l'ordre du jour des séances au cours de laquelle sont examinés des projets qui associent des membres des professions qu'ils représentent et pour laquelle ils sont convoqués. Lorsqu'ils siègent, les membres associés ont les mêmes attributions que les membres permanents.

Article 4

Le conseil d'orientation est réuni à l'initiative de son président qui fixe l'ordre du jour.

Article 5

Les convocations sont adressées par le secrétariat quinze jours au moins avant la tenue de la séance.

Article 6

Les convocations sont accompagnés de l'ordre du jour et des dossiers à examiner en séance, ainsi que d'une fiche de présentation rédigée par le rapporteur.

Cette fiche pourra être, au plus tard, remise en séance.

Article 7

Le conseil d'orientation peut valablement siéger s'il comprend au moins le tiers des membres permanents. A défaut, une nouvelle réunion doit intervenir dans un délais maximal de dix jours après celle au cours de laquelle le quorum n'a pas été atteint.

Article 8

Après avoir vérifié que le quorum est atteint, le président ouvre la séance et appelle les questions inscrites à l'ordre du jour.

Article 9

Le président est chargé de vérifier que la composition du conseil est, pour chaque dossier, conforme aux dispositions de l'article 3 du présent règlement. Il est chargé de veiller à la bonne tenue et à la discipline des réunions. Il invite les rapporteurs à exposer l'ensemble des éléments techniques du dossier qu'ils ont instruit et à soumettre aux membres du conseil les conclusions auxquelles ils aboutissent.

Le président organise la délibération et recueille la position de l'ensemble des membres présents. A l'initiative du président, il peut être procédé à un vote.

Article 10

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci est personnel. Toutefois, un membre présent peut voter en lieu et place d'un membre absent ou excusé si celui-ci lui a donné pouvoir.

En cas de partage des voix, la voix du président est prépondérante.

Article 11

L'avis du conseil d'orientation doit être motivé. Lorsqu'il est négatif, il doit comporter l'ensemble des considérations techniques qui le justifient. Les promoteurs des projets ainsi que les caisses concernées sont informés de l'avis motivé rendu.

Organisation des travaux du conseil d'orientation

Article 12

Les dossiers relatifs à des projets de filières ou de réseaux expérimentaux, en application de l'article R. 162-50-2 du code de la sécurité sociale, doivent être adressés en dix exemplaires à l'adresse du ministère de l'emploi et de la solidarité, secrétariat d'Etat à la santé, direction de la sécurité sociale, sous-direction de l'accès aux soins - bureau 2 B, secrétariat du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins, 8, Avenue de Ségur, 75350 Paris 07 SP. Conformément à la convention-cadre passée entre l'Etat et les caisses, les projets soutenus par les organismes d'assurance maladie sont transmis au conseil d'orientation par leurs instances nationales.

Article 13

Le secrétariat assure la réception du dossier ainsi que leur transmission au président. Lorsque le secrétariat estime que le dossier est en état d'être examiné, il le transmet au président qui désigne un rapporteur et un contre-rapporteur. Le secrétariat adresse le projet pour avis à la caisse nationale concernée. A la demande du président, il inscrit le dossier à l'ordre du jour d'une prochaine séance du conseil.

Les promoteurs de projets sont informés de la date de la séance au cours de laquelle leur projet est examiné. A l'initiative du président, ils peuvent, s'ils le souhaitent, être entendus par le conseil, avant la délibération.

Si le dossier est incomplet au regard notamment des dispositions de l'article R. 162-50-2 du code de la sécurité sociale, le secrétariat en informe le ou les promoteurs du projet. Il leur signale les pièces complémentaires à fournir pour que le dossier puisse être instruit.

Sous l'autorité du président, le secrétariat assure la rédaction du procès-verbal des séances portant avis du conseil.

Article 14

Les dossiers sont instruits par des rapporteurs et des contre-rapporteurs.

Les rapporteurs sont désignés par le président parmi les membres de l'inspection générale des affaires sociales ou les magistrats de la Cour des comptes. Peut également être désignée comme rapporteurs toute personne justifiant d'une expertise technique particulière sur la nature des projets présentés. Les contre-rapporteurs sont désignés par le président parmi les membres du conseil d'orientation.

Article 15

Le rapporteur est chargé de l'instruction complète du dossier : il recueille, le cas échéant, les avis mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 162-50-3 du code de la sécurité sociale, et doit entendre les promoteurs du projet. Il examine l'ensemble du dossier, notamment au regard des éléments mentionnés à l'article R. 162-50-4. Dès sa désignation par le président, il rédige la fiche de présentation mentionnée à l'article 6 du présent règlement.

L'instruction d'un dossier donne lieu à un rapport écrit qui est remis en séance aux membres du conseil.

Ce rapport, qui est joint à l'avis du conseil d'orientation, fait état de tout élément de fait ou de droit qui justifie le caractère expérimental du projet présenté. Il examine l'économie générale du projet ainsi que le contenu de la convention, au regard notamment des éléments mentionnés à l'article R. 162-50-5 du code de la sécurité sociale et tient compte tout particulièrement du caractère innovant du projet en ce qui concerne l'objectif de maîtrise des dépenses de santé et la qualité des soins.

Article 16

Sur la base du document remis aux membres du conseil, le rapporteur expose son appréciation du dossier en séance. Il conclut son exposé par un avis, assorti le cas échéant de réserves sur des points particuliers du dossier.

Article 17

A la demande du président et à la suite de l'exposé du rapporteur, le contre-rapporteur fait état de tous commentaires et appréciations techniques complémentaires sur le dossier. Il consigne ses observations dans une note jointe au rapport mentionné à l'article 15.

Dispositions diverses

Article 18

Les membres du conseil d'orientation sont tenus à une stricte obligation de réserve pour tous les faits, informations ou documents dont ils ont connaissance dans le cadre de leur participation audit conseil. Ils s'abstiennent de procéder à toute diffusion des dossiers qui leur sont adressés.

Article 19

Les membres du conseil d'orientation exercent leur fonction à titre gratuit. Cependant ils ont droit à la prise en charge de leurs frais de déplacement et de séjour, en application de l'arrêté du 17 mars 1997. Les rapporteurs et contre-rapporteurs perçoivent une indemnité en application du même arrêté.

Les justificatifs relatifs à la prise en charge sont déposés au secrétariat du conseil d'orientation qui assure la transmission des pièces et justificatifs nécessaires à la prise en charge de ces frais.

Article 20

Un rapport annuel sur le déroulement des actions en cours est soumis au conseil d'orientation par le président sur la base notamment des informations que les caisses nationales s'engagent à lui transmettre, conformément à la convention-cadre qu'elles ont signée avec l'Etat.

Au terme de la période d'expérimentation mentionnée à l'article L. 162-31-1 susmentionné, le président soumet au conseil d'orientation un rapport de synthèse sur les actions menées et les enseignements auxquels elles ont conduits.

Article 21

La présente décision sera publiée au Bulletin officiel du ministère de l'emploi et de la solidarité.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

R. Briet

Pour le secrétaire d'Etat à la santé :

Le directeur général de la santé

J. Ménard

ANNEXE 4

Relevé de décisions de la CAM

du 12 mai 1998

3-2 Filières et réseaux de soins expérimentaux.

A l'unanimité, la Commission rappelle la volonté des instances délibérantes de la CNAMTS d'appeler l'ensemble du réseau de l'assurance maladie à participer à l'émergence de projets d'expérimentations sur le terrain et à s'impliquer dans leur élaboration sur la base des objectifs du cahier des charges adopté par la Commission en janvier 1997.

Elle souhaite en effet qu'une véritable dynamique s'instaure dans le réseau autour de projets susceptibles de devenir opérationnels rapidement, la Caisse Nationale, pour sa part, devant y contribuer tout en respectant l'autonomie des initiatives locales.

Elle demande qu'une information soit prochainement diffusée en direction de toutes les caisses afin d'explicitier l'approche et les critères en fonction desquels les instances de la CNAMTS porteront une appréciation sur les projets d'expérimentation qui leur seront soumis. L'avis des instances de la CNAMTS sera requis dès lors que ces projets concerneront les bénéficiaires du régime général et, lorsque les caisses locales figureront expressément parmi les promoteurs, le caractère favorable de cet avis décidera de l'envoi de ces projets à la Commission SOUBIE, au nom de l'assurance maladie.

Dans cette perspective, la Commission souligne que, conformément aux dispositions de l'ordonnance de 1996, des décrets pris pour son application, de la convention entre la CNAMTS et l'Etat et du cahier des charges élaboré par la CNAMTS, les projets d'expérimentations doivent répondre à un double objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients d'une part et d'autre part de minimiser le coût de la prise en charge selon des procédures permettant une évaluation de l'impact économique du dispositif expérimental.

La Commission précise de plus qu'elle entend privilégier les projets structurants qui reposent sur l'expérimentation de nouveaux modes de coordination des soins, dispensés selon des règles d'organisation du parcours des patients qui devront être précisément consignées.

Elle demande enfin que l'attention des caisses soit également attirée sur le fait que les projets initiés avec le soutien des caisses locales devront se consacrer prioritairement au traitement des pathologies lourdes et invalidantes, en cohérence avec les nouvelles orientations fixées au service médical. De même, certains autres thèmes pour lesquels l'intérêt des expérimentations est évident sur les plans qualitatifs et économiques, tels, par exemple, les réseaux de soins palliatifs destinés aux malades en fin de vie, justifient que les caisses s'y investissent.

ANNEXE 5

Grille d'analyse

GRILLE D'ANALYSE DU PROJET

PRESENTATION GENERALE DU PROJET

Dénomination du projet

Promoteur

Population concernée

Zone géographique

Partenaires

Calendrier prévisionnel

Etat d'avancement du projet

Etat des négociations au plan local
Avis du Conseil d'Administration de la Caisse
Avis des partenaires locaux et régionaux concernés (URCAM, CRAM, ARH)
Avis du service médical (ELSM, ERSM)

ETUDE D'OPPORTUNITE PRELIMINAIRE

Besoin sanitaire ou médico-social clairement identifié par différents partenaires, dans une zone géographique déterminée et/ou pour une population précise.
Economies potentielles réalisables dans le cadre de la réponse au besoin identifié.
Volonté des partenaires locaux de concevoir et de mettre en place un dispositif spécifique qui réponde au besoin identifié et permette, notamment, la réalisation des économies mises en évidence.
Non-concurrence avec des structures déjà existantes.
Articulation avec les dispositifs sanitaires existants.
Articulation avec les dispositifs sociaux ou médico-sociaux existants.
Articulation avec le schéma régional d'organisation sanitaire.
Absence de projet concurrent dans la même zone géographique.
Existence de sources de financement diversifiées.
Présence d'un animateur du projet capable d'entraîner une forte adhésion et de dynamiser le projet dans le temps.

LES OBJECTIFS POURSUIVIS

Les objectifs d'ordre sanitaire

La promotion de la qualité des soins.
La facilité d'accès aux soins.
La globalité de la prise en charge (sanitaire/social; prévention/suivi).
La continuité des soins.
La coordination des soins.
L'éducation des patients.

Les objectifs d'ordre économique

- La maîtrise des coûts.
- La connaissance des coûts.
- La mise en oeuvre de financements en multi-partenariat.
- L'introduction de nouvelles formes de rémunérations.

Les objectifs d'ordre structurel

- La reconfiguration de l'offre de soins.
- Le décloisonnement.
- Les nouvelles obligations des professionnels et des patients.

DESCRIPTION DE L'ORGANISATION DU DISPOSITIF ET DES MOYENS A METTRE EN OEUVRE

Les différents intervenants

- L'accès des professionnels de santé à l'expérimentation
 - L'information des professionnels de santé sur l'expérimentation
 - Les conditions d'adhésion des professionnels de santé
- Les rôles respectifs des différents intervenants:
 - Médecins généralistes:
 - Médecins spécialistes :
 - Pharmaciens :
 - Laboratoires :
 - Infirmiers :
 - Kinésithérapeutes :
 - Orthophonistes :
 - Orthoptistes :
 - Transporteurs :
 - Aides-soignantes :
 - Assistants sociaux :
 - Acteurs hospitaliers :
 - Autres :

La prise en charge médicale du patient

- L'analyse des besoins du patient (Besoins médicaux, prévention/suivi)
- Les modalités d'accès à l'expérimentation:
 - L'information des assurés sur l'expérimentation
 - Les critères d'inclusion des patients (critères médicaux, critères d'âge...).
 - Désignation du responsable de l'inclusion des patients.
- Description du parcours suivi par le patient.
- Les dispositions permettant de promouvoir la qualité des soins:
 - Engagement individuel des professionnels autour d'une charte assurance qualité
 - Modalités de choix ou d'établissement des protocoles de traitement propres au réseau
 - Modalités de formation continue des acteurs
 - Modalités de contrôle de l'acquisition des formations

Contrôle de l'application des procédures thérapeutiques, diagnostiques, du respect des circuits

Sécurité des soins

Implication des patients à la qualité des soins

Dispositions permettant une prise en charge globale du patient

Prise en charge sanitaire/Prise en charge sociale

Prévention/Suivi

Dispositions permettant d'assurer la continuité des soins

Réponses à l'urgence (Permanences, systèmes de garde...)

Utilisation du carnet médical

Retour des informations des patients vers le réseau

Observance des traitements

Respect des rendez-vous

Les modalités de la coordination des soins

Responsabilité de la coordination des soins

Désignation d'un professionnel de santé

Définition de la fonction de coordination des soins

Modalités de communication et de partage de l'information à l'intérieur de la structure expérimentale (dossier médical unique, fiche de liaison...)

Définition d'un circuit de circulation de l'information

Détermination du support de circulation de l'information (informatique, papier)

Précisions sur la nature de l'information

Définition d'un dossier médical normalisé spécifique à la structure expérimentale

Adoption de mesures pour la sécurisation des informations

Délimitation de l'habilitation et de la propriété en matière de traitement des informations

Détermination de procédures de validation des données et de maintenance du matériel

Les modalités de pilotage du dispositif

Nature de l'instance responsable du pilotage (par ex: association)

Composition de l'instance de pilotage

Modalités de pilotage de l'expérimentation

Rôle des organismes d'assurance maladie

Rôle des services administratifs des caisses

Rôle des échelons du service médical

LE CADRE JURIDIQUE DE L'EXPERIMENTATION

Les dérogations sollicitées au titre de l'article L. 162-31-1

- Les dérogations concernant les frais couverts par l'Assurance Maladie
- Les dérogations concernant la rémunération des professionnels de santé
- Les dérogations concernant le paiement direct des honoraires
- Les dérogations concernant la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations

La convention établie entre les promoteurs et les organismes d'assurance maladie définie par l'article R. 162-50-4.

LE FINANCEMENT DU PROJET

L'économie générale du dispositif

- Les économies proposées.
- Les charges prévisionnelles générées par le dispositif (investissement, fonctionnement)
- Le coût du système d'information
- L'impact financier des dérogations sollicitées
- La détermination du besoin de financement de l'expérimentation.
- La détermination du retour sur investissement de l'expérimentation

L'assiette de financement

- La part des différents financeurs.
- La contribution de l'assurance maladie (analyse d'un éventuel transfert de charges).

LE SUIVI ET L'EVALUATION DU DISPOSITIF

Les modalités du suivi

- Les modalités de recueil de l'information.
- La validation de l'information.
- Les indicateurs retenus pour le suivi
 - Indicateurs relatifs à l'activité médicale
 - Indicateurs relatifs à l'organisation administrative du dispositif
 - Indicateurs de coût de prise en charge des bénéficiaires
- Le responsable du suivi.

L'évaluation finale

- Désignation de l'organisme chargé de la méthodologie d'évaluation finale et de la réalisation de cette évaluation
- La constitution de la base de données nécessaire à l'évaluation.
- La méthodologie d'évaluation.
- Les indicateurs retenus:
 - Indicateurs relatifs à l'activité médicale
 - Indicateurs relatifs à l'organisation administrative du dispositif
 - Indicateurs relatifs aux résultats médicaux du dispositif
 - Indicateurs relatifs aux résultats financiers du dispositif

Observations diverses

Observations d'ordre médical (problèmes éthiques, déontologiques...)

Observations d'ordre administratif (Observations particulières permettant de mieux comprendre le contexte local)

ANNEXE 6

Cahier des charges

Cahier des Charges des Réseaux et Filière de Soins Expérimentaux (article L. 162.31.1)

Ce cahier des charges type constitue un guide de réflexion pour les caisses souhaitant développer un projet ou examiner un projet présenté par un promoteur non institutionnel. Il ne prétend ni être exhaustif, ni être applicable en l'état.

I. Etude d'opportunité

Il s'agit d'apprécier les conditions de réussite et les facteurs de risque du projet.

1. Besoin sanitaire ou médico-social clairement identifié par différents partenaires, dans une zone géographique déterminée et/ou pour une population précise.
2. Economies potentielles réalisables dans le cadre de la réponse au besoin identifié.
3. Volonté des partenaires locaux de concevoir et de mettre en place un dispositif spécifique qui réponde au besoin identifié et permette, notamment, la réalisation des économies mises en évidence.
4. Non-concurrence avec des structures déjà existantes.
5. Absence de projet concurrent dans la même zone géographique.
6. Existence de sources de financement diversifiées.
7. Présence d'un animateur du projet capable d'entraîner une forte adhésion et de dynamiser le projet dans le temps.

II. Pré-requis du projet

Il s'agit de préciser les objectifs recherchés et d'évaluer les moyens nécessaires à la réalisation de ceux ci.

1 Définir l'objectif ou les objectifs à atteindre

Il convient de déterminer les objectifs quantifiables de l'expérimentation ainsi que les indicateurs permettant de mesurer les résultats.

Compte tenu de la complexité des projets et de leur multiples implications, il paraît difficile d'appréhender tous les indicateurs nécessaires. C'est pourquoi, il convient de privilégier une hiérarchisation des objectifs par ordre d'importance et de s'attacher à concevoir les indicateurs les plus significatifs au regard de cette hiérarchisation.

Les objectifs ne peuvent a priori évoluer dans le temps, sauf à remettre en cause l'évaluation de l'expérimentation et donc l'expérimentation elle même.

Il en va de même des indicateurs.

Toutefois, on peut imaginer que de nouveaux indicateurs soient considérés comme pertinents à l'issue du bilan de la première année de fonctionnement du dispositif. Il conviendra alors de les ajouter aux premiers.

Des objectifs peuvent être fixés :

Sur le plan médical

- assurer une prise en charge globale du patient dans sa dimension médicale (prévention et suivi) ainsi que sociale
- développer la permanence et la continuité des soins
- assurer une meilleure coordination de la prise en charge pour éviter des traitements inutiles et les hospitalisations injustifiées
- favoriser une meilleure orientation des patients par la définition d'un parcours précis dans le dispositif de soins
- améliorer la qualité du service rendu par une formation préalable des professionnels de santé sur les thèmes médicaux traités par le projet
- améliorer l'observance des traitements par une éducation des patients
- maintenir la qualité des soins, si un objectif purement économique a été fixé au projet
- rechercher l'implication des professionnels de santé dans le dispositif par le choix ou l'élaboration de référentiels thérapeutiques adaptés
- développer et valoriser l'évaluation des pratiques (auto-évaluation, évaluation par les pairs, évaluation par des tiers...)

Sur le plan économique

- infléchir la dépense totale de soins par la mise en place de protocoles de diagnostic et de traitement
- minimiser les coûts par une meilleure organisation de la prise en charge des patients
- développer une approche de la connaissance des coûts du patient ou de la pathologie
- introduire de nouvelles formes de rémunération des professionnels (tant pour le paiement des actes médicaux que pour la rémunération des fonctions de coordination)
- éviter le nomadisme des patients par la définition de parcours de soins et l'organisation d'un retour d'informations vers le réseau

Sur le plan structurel et organisationnel

- participer à la reconfiguration de l'offre de soins: vision globale et prospective de celle-ci
- permettre le décroisement des structures de soins : différents secteurs ambulatoires entre eux, secteur ambulatoire et hospitalier...
- favoriser la responsabilisation des professionnels de santé en développant les actes d'adhésion voire les chartes de qualité assorties de mesures contraignantes
- sensibiliser l'assuré à la prise en charge de sa santé par des engagements contractuels assortis de contraintes

2 Identifier les moyens à mettre en oeuvre pour la durée de l'expérimentation, en les distinguant selon les enveloppes financières concernées

Moyens humains :

Personnel médical et paramédical (cabinets libéraux) nécessaires au projet médical, personnel social et administratif utiles pour le fonctionnement de la structure mise en place. Déterminer l'organigramme en fonction du temps de présence requis.

Prestataires de service :

Recours au plateau technique des établissements de soins, aux centres de santé, aux établissements et structures médico-sociales, aux prestations des laboratoires, des officines pharmaceutiques, et des fournisseurs d'appareillage, aux associations d'aides ménagères ou de garde malades, mais aussi, par exemple, recours aux organismes de formation pour les professionnels et les patients.

Moyens matériels :

Locaux, équipements de la structure, et appareillage, petites fournitures nécessaires, le cas échéant, pour la prise en charge des patients du projet.

Moyens financiers nécessaires à la réalisation du projet tant sur le plan sanitaire qu'organisationnel :

Les moyens financiers permettront de couvrir les coûts directs du projet, définis comme l'ensemble des ressources consommées, liées à la prise en charge de la pathologie ou de la population définie comme l'objet du dispositif.

On distinguera à ce propos les coûts directs médicaux et les coûts directs non médicaux :

Les coûts directs médicaux correspondent à l'ensemble des ressources médicales consommées dans le cadre du dispositif expérimental, concernant le domaine ambulatoire comme hospitalier. Ils comprennent également le coût des mesures dérogatoires envisagées pour les professionnels de santé et les patients.

Les coûts directs non médicaux recouvrent les frais liés à l'utilisation des services et structures non médicaux nécessaires à la prise en charge du patient dans le dispositif: mise en place du système informatique, charges de fonctionnement de l'organisation proposée (loyer, salaires de personnels administratifs...). Cette catégorie de coûts comprend les frais relatifs à l'évaluation du dispositif, celle-ci pouvant nécessiter l'intervention d'organismes extérieurs. La présentation des coûts directs non médicaux pourra faire ressortir la différence entre charges fixes et charges variables.

Le calcul du délai de retour sur investissement des frais engagés, avec et hors frais liés au système d'informations, sera un bon indicateur de l'équilibre économique du projet.

Enfin, le besoin de financement doit être rapproché du montant des économies envisagées dans chaque enveloppe, ambulatoire et hospitalière afin de juger de l'intérêt économique du projet.

3 Récapituler les dérogations sollicitées

Doivent être récapitulées toutes les dérogations sollicitées pour les professionnels de santé et pour les patient en matière de :

nature des prestations prises en charge (prévention, éducation sanitaire du patient...)

hauteur de la prise en charge par l'assurance maladie. Une évaluation du transfert des charges des mutuelles et des ménages vers l'assurance maladie sera réalisée, le cas échéant. Les moyens de sa compensation seront alors appréciés

modalités d'intéressement des professionnels à une participation dans le projet ou à une moindre activité ou prescription

nouveaux modes de rémunération des professionnels

instauration d'un tiers payant

4 Identifier les partenaires

Tous les partenaires du projet doivent être identifiés, qu'il s'agisse des autres régimes, des organismes complémentaires, des partenaires financiers, des prestataires de service ou des acteurs du projet, regroupés ou pas en association.

5 Définir un calendrier

Compte tenu de la complexité des dossiers, les promoteurs veilleront à élaborer un calendrier très strict tant pour l'élaboration du projet que pour sa mise en oeuvre et sa montée en charge. Ce calendrier tiendra compte de la hiérarchisation des objectifs telle que définie au début de ce guide.

Des bilans d'étapes annuels seront réalisés afin de procéder à des réajustements du calendrier. L'évaluation devra permettre de comprendre les raisons ayant conduit au non respect du calendrier.

Un très fort dérapage du calendrier devrait conduire à l'abandon du projet.

III. Conception du projet

Il s'agit d'organiser le projet en fonction de l'objectif recherché et des moyens nécessaires.

1 Description de l'organisation

Modalités d'information du patient et des professionnels de santé sur le dispositif

Parcours du patient

Rôle des intervenants

coordinateur
médecins de 1er, de 2ème recours
structure d'accueil (téléphone, entrée dans le dispositif)
paramédicaux
personnels sociaux
prestataires de service

Rôle des instances de pilotage, de suivi, de contrôle et d'évaluation

2 Définition des outils

- Le système d'information : dossier médical, outils de liaison, confidentialité des données
- La méthodologie d'évaluation avec les différents critères retenus
- La charte de qualité des patients
- La charte de qualité des professionnels
- Les modalités de suivi et de contrôle

IV. Contractualisation des engagements (convention)

Il s'agit de formaliser les engagements des professionnels de santé impliqués dans le projet (libéraux et hospitaliers) ainsi que ceux des caisses et des autres participants ou financeurs.

Conformément aux dispositions de l'article R.162-50-5, la convention décrit la nature du partenariat négocié et établi entre la ou les caisse(s) concernée(s) et les promoteurs du projet. En particulier, la convention doit faire figurer les dérogations sollicitées pour la mise en place et le fonctionnement du dispositif.

En outre, ce document doit comprendre différents modèles d'actes juridiques définissant les droits et obligations de chacun des acteurs du dispositif.

Un premier modèle d'acte juridique, établi entre les promoteurs et les professionnels et établissements de santé synthétise les droits et obligations de chacun dans le cadre du fonctionnement du dispositif prévu par le projet. Les dispositions envisagées en vue d'assurer la qualité, la continuité, la sécurité des soins ainsi que le bon déroulement du suivi et de l'évaluation doivent être assorties d'engagements spécifiques. Par exemple, le respect de la qualité des soins pourra être garantie par la définition et la signature, par les professionnels du réseau, d'une charte d'assurance-qualité.

Un second modèle d'acte juridique décrit les conditions d'adhésion du patient dans le dispositif, les droits accordés ainsi que les obligations à respecter.

V. Procédures à suivre

Des procédures spécifiques sont établies en vue d'informer la Division de la Coordination des Soins des projets en cours et de permettre l'examen du dossier par la Commission Soubie.

Si le projet ne respecte pas toutes les étapes définies dans le cahier des charges, il s'agit d'un pré-projet dont la Division de la Coordination des Soins souhaite seulement connaître les principales caractéristiques (objet, population ciblée, zone géographique concernée et nature des promoteurs) ainsi que leur actualisation au fur et à mesure du degré d'avancement de la conception du projet.

Si le projet est déjà élaboré et que le Conseil d'Administration de la caisse s'est prononcé favorablement sur la convention, une analyse médicale, administrative et financière est effectuée par la Division de la Coordination des soins sur la base du dossier qui lui a été transmis par les promoteurs. Cette analyse précède l'examen du projet en Commission Soubie.

Les procédures à suivre en vue d'un examen du projet par la Commission Soubie sont différenciées selon le positionnement de la caisse qui peut être promoteur, copromoteur du projet, ou seulement partenaire par la signature de la convention avec les promoteurs du projet.

Les dossiers non promus par les caisses sont directement déposés par les promoteurs au secrétariat de la Commission Soubie, et adressés par ce dernier à la CNAMTS pour avis officiel préalable à leur présentation à cette Commission. Après l'analyse effectuée par la Division de la Coordination des soins, le Conseil d'Administration de la CNAMTS sera appelé à délibérer sur l'avis à donner.

La décision d'une caisse primaire de promouvoir un projet résulte d'une délibération de son Conseil d'Administration. Le projet est alors transmis par la caisse à la CNAMTS.

En vertu de la responsabilité qu'assume la CNAMTS dans les orientations de la branche maladie, il lui revient, soit de reprendre à son compte le projet et le porter devant le Conseil d'Orientation soit de refuser qu'il accède à cette instance. En accompagnant ainsi la promotion d'un projet, la CNAMTS s'engage à soutenir au niveau local sa mise en oeuvre notamment par une aide logistique.

ANNEXE 7

Éléments de réflexion sur l'évaluation

EVALUATION DES DISPOSITIFS EXPERIMENTAUX

L'évaluation des dispositifs expérimentaux représente une étape incontournable dans le cadre de la mise en place des expérimentations prévues par l'article L.162-31-1 du code de la Sécurité Sociale:

- L'évaluation résulte d'une obligation réglementaire soulignée dans le décret d'application pour les actions expérimentales. En particulier, l'article R.162-50-5 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que la convention, conclue entre les promoteurs de l'action expérimentale et les organismes d'Assurance Maladie concernés, précise les conditions de suivi et d'évaluation de cette action.

- La construction de la démarche d'évaluation doit être envisagée et structurée dès la phase de conception du projet en fonction des objectifs recherchés. La méthode d'évaluation retenue doit permettre d'apprécier les conditions du déroulement de l'action expérimentale ainsi que les résultats obtenus. Les résultats issus de cette évaluation, qui ont vocation à être publiés, conditionnent l'arrêt, la reconduction, voire l'extension de cette action expérimentale (éventuellement reproductible sur d'autres sites).

Conscients des différents enjeux qui caractérisent cette démarche, la division de la coordination des soins et l'ENSM souhaitent mettre à disposition des promoteurs des outils d'évaluation que ceux-ci puissent utiliser pour la réalisation de leurs projets.

Avant de mettre à la disposition des caisses un véritable guide méthodologique, dont la réalisation a été confiée au CREDES, il a semblé nécessaire de diffuser d'ores et déjà quelques éléments de réflexion sur l'évaluation afin de faciliter le travail des services des caisses qui participent notamment à l'élaboration des projets. Le guide finalisé devrait être disponible au printemps de l'année 1999.

1 - LES DIFFERENTS NIVEAUX D'EVALUATION

Trois types d'évaluation doivent être distingués, revêtant chacun une importance particulière:

- 1- avant le lancement de l'expérimentation: il s'agit de l'analyse préliminaire (ou étude d'opportunité).
- 2- lors du déroulement de l'expérimentation: il s'agit de l'évaluation intermédiaire (ou suivi),
- 3- à l'issue de la durée de l'expérimentation: il s'agit de l'évaluation finale.

1- L'analyse préliminaire

Au cours de cette phase préalable, les objectifs, toutes les modalités de l'action et de l'évaluation correspondante sont décrits.

A l'issue de cette première étape, essentielle pour le bon déroulement de l'expérimentation, la présentation du dispositif doit être rédigée.

Celle-ci comporte deux parties: la première exposant la mise en place, l'organisation et le déroulement de l'expérimentation, la seconde décrivant en détail, le projet d'évaluation et la démarche choisie.

2- L'évaluation intermédiaire

Le suivi est indissociable de toute démarche expérimentale, dans la mesure où il permet au promoteur et aux acteurs de piloter son déroulement. Il permet d'analyser les écarts par rapport aux objectifs prévus et de recentrer l'organisation en vue de les atteindre dans une démarche d'auto-contrôle.

Le suivi doit être effectué à partir de tableaux de bord, et porter sur l'ensemble des composantes du dispositif, médicales, financières et organisationnelles.

3- L'évaluation à posteriori

Cette étape correspond à la synthèse des résultats et porte également sur les différentes composantes de l'expérimentation (états de santé des patients, aspect économiques, financiers et organisationnels du projet). L'objectif est de mesurer les éventuels écarts entre les résultats et les objectifs fixés.

Les caractéristiques de ces trois types d'évaluation sont exposées dans un tableau récapitulatif figurant en dernière page de ce document.

2-LES OUTILS ET METHODES DE L'EVALUATION

Le but de l'évaluation étant de porter un jugement sur les dispositifs expérimentaux, il importe de définir les critères de ce jugement. La comparaison des résultats obtenus avec les objectifs fixés constitue le principal critère de jugement.

Les objectifs de l'expérimentation auront été déterminés par l'ensemble des acteurs du projet (promoteurs, partenaires, financeurs et professionnels).

Les indicateurs seront les outils de mesure de l'atteinte de ces objectifs. Ils devront être regroupés dans des tableaux de bord, surveillés pendant la durée de l'expérimentation et constituer ainsi des instruments de pilotage de celle-ci.

Différentes méthodes pourront être employées pour recueillir et traiter l'information. La méthode choisie sera justifiée en fonction de la taille et des objectifs de l'expérimentation. Les modalités pratiques de l'évaluation, acceptées par l'ensemble des acteurs de l'expérimentation, devront être explicitées: désignation de l'équipe responsable, détermination du calendrier et du mode de financement de l'évaluation.

3- L'EVALUATION DES DIFFERENTES COMPOSANTES DE L'EXPERIMENTATION

Les cibles de l'évaluation sont distinctes selon le type d'évaluation considéré. Dans le cas de l'analyse préliminaire, l'évaluation concerne l'organisation actuelle des soins, avant la mise en oeuvre du projet.

Dans le cadre du suivi de l'expérimentation et de l'évaluation a posteriori, 3 axes d'analyse peuvent être retenus:

- l'activité médicale au sein du dispositif
- l'organisation administrative de l'expérimentation
- les résultats médicaux et financiers du fonctionnement de l'expérimentation

A/ EVALUATION DE L'ACTIVITE MEDICALE

Différents objectifs sanitaires peuvent être formulés lors de la conception d'un projet expérimental:

a) Promouvoir la qualité des soins

La qualité des soins pourra être assurée par le respect de référentiels par les professionnels et les patients. Les référentiels utilisés par les professionnels pourront être soit des référentiels nationaux, adoptés comme guide-lines internes, soit des référentiels propres au réseau qui seront collectivement approuvés et élaborés selon une procédure validée à l'extérieur du dispositif.

Cet objectif de promotion de la qualité des soins peut être décliné à différents niveaux:

Conception de référentiels propres au dispositif (recommandations de bonne pratique)
Application des référentiels du dispositif (nationaux ou internes) par les professionnels à chaque patient du réseau
Respect du plan de soins par le patient

Les indicateurs correspondants, déterminés par les professionnels, s'attacheraient à mesurer, par exemple, la proportion de professionnels suivant le référentiel de soins ou le pourcentage de patients respectant le plan de soins.

Des formations, concernant les thèmes médicaux traités dans le dispositif, ainsi que les programmes d'éducation des patients sont susceptibles d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels.

Différents exemples d'application:

Suivi de la formation prévue dans le cadre du dispositif par les professionnels
Suivi de la formation prévue dans le cadre du dispositif par les patients
Suivi de l'évolution des connaissances des professionnels sur le plan individuel et collectif

Des indicateurs mesurant le pourcentage de professionnels ou de patients suivant leur programme de formation selon les conditions fixées pourraient être établis.

b) Assurer la continuité des soins

La continuité des soins peut être définie comme la capacité du dispositif à répondre, de façon adéquate, aux différentes situations dans lesquelles se trouve placé le patient (situations aiguës, décompensations...).

Différents exemples d'application:

- Existence d'un système de garde pour les malades à domicile
- Ouverture d'une permanence téléphonique
- Réponse appropriée du dispositif à des situations de crise

Un indicateur de mesure de la continuité des soins peut être la proportion de patients pour lesquels un traitement associé à la prise en charge de leur pathologie a été effectué en dehors du dispositif.

c) Favoriser la prise en charge globale du patient

Pour chacun des professionnels de santé, l'organisation des interventions auprès du patient correspond notamment à deux objectifs complémentaires:

- **Liaison entre les besoins médicaux et sociaux du patient**
- **Prise en charge dans le domaine sanitaire des dimensions curatives et préventives.**

Différents exemples d'application:

- Existence d'actes de prévention
- Participation des acteurs sociaux au fonctionnement du dispositif
- Existence de programme de réadaptation

Indicateurs:

- Nombre d'actions de prévention pratiquées
- Nombre d'interventions auprès du patient par des acteurs sociaux extérieurs au dispositif

Interventions coordonnées de l'ensemble des professionnels concernés (médicaux et paramédicaux)

Exemple d'application:

- Respect des procédures d'intervention des acteurs
- Non redondance des prescriptions

Indicateur:

- Nombre de patients pour lesquels des prescriptions ont été redondantes
- Nombre et type des prescriptions redondantes concernées

B/ EVALUATION DE L'ORGANISATION ADMINISTRATIVE DU DISPOSITIF

Un dispositif expérimental peut remplir différentes missions en fonction desquelles son organisation administrative doit être adaptée:

a) Faciliter l'accès au dispositif pour les patients et des professionnels de santé

L'accès au dispositif est conditionné par différents facteurs. On peut remarquer en particulier:

- la qualité de l'information des patients et des professionnels sur l'existence du dispositif
- la facilité d'accès des patients au dispositif en termes économiques, temporels et géographiques.

Différents exemples d'application:

- Existence d'un mode d'information concernant le dispositif
- Proximité spatiale du dispositif

Différents indicateurs pourraient donner une déclinaison concrète à cette notion:

- La distance moyenne entre le lieu de résidence et le lieu de premier accès aux soins de premier recours (filiale) ou de deuxième recours.
- Le délai d'inclusion du patient qui remplit les critères fixés dans le cadre du dispositif.

b) Apporter une réponse adaptée aux besoins locaux

L'expérimentation correspond à une réorganisation de l'offre de soins répondant aux besoins locaux tout en s'articulant avec les dispositifs existants. Dans un processus dynamique, l'organisation doit pouvoir s'adapter aux modifications de l'état de santé de la population-cible.

Différents exemples d'application:

- Adéquation du projet médical aux besoins sanitaires identifiés
- Complémentarité avec les structures existantes
- Fidélisation de la population-cible au sein de l'expérimentation

Trois exemples d'indicateurs:

- Nombre de patients, correspondant à la cible, rentrés dans le réseau au cours de chacune des années de l'expérimentation
- Nombre de patients sortis du dispositif au cours de chacune des années de l'expérimentation
- Nombre de recours à des structures de soins extérieures au dispositif pendant la durée de l'expérimentation

c) Permettre la coordination de l'exercice des professionnels de santé

La mise en oeuvre de la coordination des soins suppose deux types de dispositions:

- **l'existence de règles et d'outils pour la communication entre les différents acteurs du réseau**
- **Le recueil exhaustif et la centralisation, par le coordinateur du réseau, des informations sur les interventions pratiquées.**

Exemples d'application:

- Respect des documents de liaison propres au dispositif
- Respect des règles de communication
- Facilité d'utilisation des documents de coordination
- Respect des règles d'accès et de remplissage du dossier médical unique

Exemples d'indicateurs:

- Proportion de documents (médicaux ou administratifs) sur lesquels ne figure pas la totalité des informations prévues.
- Nombre de dossiers et documents de liaison gérés par le médecin coordinateur

d) Garantir le pilotage de l'expérimentation

Le pilotage de l'expérimentation correspond à la capacité des membres de l'organisation à influencer sur le fonctionnement du dispositif en fonction de l'évolution de son activité. Cet objectif suppose le respect de deux dispositions principales:

- Le recueil sécurisé de l'information sur le fonctionnement du dispositif en vue de permettre le suivi et l'évaluation
- La possibilité d'intervention des acteurs du réseau dans les décisions sur le fonctionnement de l'expérimentation

Exemples d'application:

- Existence d'un système d'information permettant le recueil de l'intégralité des données sur le fonctionnement du dispositif
- Mise en oeuvre de dispositions permettant la confidentialité des informations recueillies dans le dispositif.
- Existence d'un comité assurant la représentativité des différents intervenants du dispositif (représentants des professionnels de santé, organismes sociaux, financeurs, usagers...).

Exemples d'indicateurs:

- Fréquence des réunions du comité assurant le pilotage du dispositif
- Proportion des réunions prévues qui se sont effectivement déroulées

C/ EVALUATION DES RESULTATS

L'évaluation des résultats de l'expérimentation porte notamment sur l'évolution de l'état de santé des patients ainsi que sur le coût de leur prise en charge.

L'évaluation des résultats portera sur les résultats intermédiaires, dans le cas du suivi, et sur les résultats obtenus dans la modification de l'état de santé immédiat ou à terme du patient à la sortie du dispositif, dans le cas de l'évaluation à posteriori.

L'exploitation des résultats obtenus suppose qu'un outil de comparaison soit adopté tant pour l'évaluation des résultats médicaux que financiers de l'expérimentation.

1) L'EXISTENCE D'UN OUTIL DE COMPARAISON

Deux types de comparaison peuvent être utilisées:

- La comparaison des résultats peut être réalisée par une **étude " Avant/Après "** qui porte sur les mêmes patients que ceux du dispositif mais avant la mise en place de celui-ci.
- Cette comparaison peut aussi s'effectuer par une **étude de type " Double cohorte "**. La comparaison est réalisée avec d'autres patients souffrant de la même affection mais non inclus dans le dispositif.

2) EVALUATION DES RESULTATS MEDICAUX

Les résultats des soins sont les changements que ceux ci induisent chez le malade en termes d'état de santé, de qualité de vie et de degré de satisfaction.

L'évaluation des résultats médicaux peut donc se définir selon plusieurs axes:

-Les résultats objectifs

Ces résultats pourront s'exprimer en termes de morbidité et ou de mortalité en comparaison avec un autre mode de prise en charge, hospitalier ou ambulatoire tel qu'il existe actuellement, ou en comparaison avec une prise en charge existant avant la mise en place du dispositif.

Les critères seront fonction du type de dispositif et des objectifs médicaux définis lors de la conception de l'expérimentation.

Quelques exemples de critères peuvent néanmoins être donnés:

- Nombre de complications dans le cadre d'un dispositif de prise en charge de pathologies dégénératives par exemple
- Nombre d'épisodes aigus
- Nombre d'hospitalisations
- Nombre de décès.....

-Les résultats subjectifs

1-Ils pourront être mesurés d'après le degré la satisfaction des patients recueillis après la réalisation d'enquêtes appropriées .

2-Ils pourront également être pris en compte par la mesure de la qualité de vie. Ces études seront alors réalisées selon des instruments de mesure ou échelles de qualité de vie disponibles, le plus souvent sous forme de questionnaires auto administrés, ayant déjà fait l'objet de validation.

3) EVALUATION DES RESULTATS FINANCIERS

La mise en place du projet expérimental se traduit par l'adoption d'une nouvelle forme d'organisation des soins qui trouve une traduction directe sur le plan économique et financier en termes de rémunérations ou de charges de fonctionnement du dispositif.

- Précisions sur l'approche utilisée

L'évaluation financière du projet s'inscrit dans une double optique:

- vérifier que les objectifs d'économies annoncés par les promoteurs ont été atteints au cours du suivi ou lors de l'évaluation à posteriori. L'intérêt économique du projet repose en partie sur les économies intervenant dans la prise en charge du patient. Les mesures de coûts directs médicaux centralisées dans la base de données peuvent permettre de déterminer dans le cadre du suivi ou lors de l'évaluation finale si les objectifs de réduction des dépenses sont respectés pour un ou plusieurs type(s) de poste (nombre et durée des séjours hospitaliers, médicaments, consultations...).

- comparer les coûts induits par le dispositif (budgets de fonctionnement, d'investissement et d'évaluation) avec les économies réalisées (coûts évités). Ce type d'approche consiste à rapporter les résultats de diminution des dépenses obtenus, de la valeur des ressources qui ont été utilisées en vue d'obtenir ce résultat. Le type d'étude adaptée à la mesure de l'efficacité économique est *l'analyse coût-bénéfice* qui rapporte les coûts induits et les économies obtenues grâce à l'application d'une stratégie ou d'un dispositif spécifique. *L'analyse coût-bénéfice* dans le cas de l'évaluation d'une expérimentation revient à comparer l'ensemble des économies obtenues pour les patients et les surcoûts induits par la mise en place du dispositif. A ce titre, deux types d'études coût-bénéfice peuvent être menées:

- *Une étude coût-bénéfice* comparant les économies induites pour l'ensemble des patients et la totalité des coûts supplémentaires directs médicaux et non médicaux induits par le dispositif.

- *Une étude coût-bénéfice* pour laquelle une partie seulement des coûts directs non médicaux sont pris en compte. En effet, les coûts liés à la mise en place du système d'information ne seraient pas inclus dans les coûts directs non médicaux induits par le projet de façon à ne pas déséquilibrer l'équilibre financier du projet.

- Les différents types de coûts

La définition des coûts et des méthodes de mesure adoptées constituent un préalable dans l'établissement d'une démarche d'évaluation. Différentes recommandations peuvent être émises:

Les classifications traditionnelles distinguent les coûts directs, les coûts indirects et les coûts intangibles.

- *Les coûts directs* peuvent être définis comme la valeur de l'ensemble des ressources consommées, liées à la prise en charge de la pathologie.

- *Les coûts indirects* recouvrent les coûts des pertes productives occasionnées par le patient et son entourage en raison de la maladie ou de la participation au dispositif (arrêts de travail principalement).

- *Les coûts intangibles* ont trait à la perte de bien-être du patient et de son entourage liée à la maladie. Il s'agit du coût humain et psychologique de la maladie (souffrance, douleur...).

Dans le cadre de l'évaluation économique du projet, seuls les coûts directs présentent un intérêt réel et sont susceptibles d'être mesurés sans difficultés techniques et conceptuelles.

Les coûts directs d'un projet sont décomposables en coûts directs médicaux et coûts directs non médicaux:

- *Les coûts directs médicaux* recouvrent différents aspects tels que la consommation médicamenteuse, l'utilisation de ressources médicales (hospitalisation, consultations et visites de médecins, examens de laboratoires et explorations, coût du traitement des effets secondaires etc).

- *Les coûts directs non médicaux* ont trait à l'ensemble des services et structures non médicaux nécessaires à la prise en charge du patient dans le cadre du dispositif: mise en place du système informatique, charges de fonctionnement de l'organisation proposée (loyer, salaires de personnels administratifs...).

- Les méthodes de mesure des coûts directs

Les méthodes de mesure dépendent des coûts considérés:

- Les coûts directs médicaux comprennent à la fois les coûts en médecine de ville et les coûts en établissement hospitalier.

La valorisation des coûts directs médicaux en médecine de ville est réalisée sur la base des montants remboursés pour chacun des patients par les CPAM. Cette pratique est valable pour tout ce qui concerne les coûts directs en ambulatoire. L'inventaire des coûts directs médicaux doit aussi prendre en compte l'impact des dérogations accordées au titre de l'article L.162-31-1 du code de la Sécurité Sociale (exonération du ticket modérateur, prise en charge de certains médicaments ou prothèses non référencés au TIPS...).

La mesure des coûts en établissement hospitalier s'effectue par l'utilisation de la comptabilité analytique ou du PMSI dans le cas des établissements ou des services mettant en oeuvre l'échelle de coût de ce programme.

Les coûts en médecine de ville comme en établissement hospitalier doivent être suivis pour chacun des patients inclus dans le dispositif et centralisés dans une base de données informatisée. Les modalités techniques permettant le suivi du coût d'un patient tant dans le domaine ambulatoire qu'hospitalier doivent faire l'objet d'accords spécifiques entre la caisse, les établissements hospitaliers concernés et les promoteurs du projet.

- Les coûts directs non médicaux comprennent les charges de fonctionnement et les dépenses d'investissement induites par la mise en place du projet.

La mesure des coûts directs non médicaux nécessite l'établissement et la tenue d'une comptabilité analytique permettant la décomposition en différents types de charges (charges fixes, charges variables).

3) EVALUATION MEDICO ECONOMIQUE.

L'évaluation médico-économique du dispositif rapproche les résultats médicaux des coûts induits par la mise en place du dispositif.

L'étude coût-efficacité rapproche les résultats objectifs¹ obtenus des coûts directs mesurés dans le cadre du dispositif.

L'étude coût-utilité rapproche les résultats qualitatifs² des coûts directs mesurés dans le cadre du dispositif.

Ce type d'étude, dont l'aspect conceptuel et l'utilisation concrète s'avèrent complexes, fera l'objet de développements ultérieurs dans les modules d'évaluation remis par le CREDES.

¹ Par exemple: années de vie gagnées, nombre de malades évités...

² Par exemple: degré de satisfaction, qualité de vie...

MODALITES D'EVALUATION D'UN DISPOSITIF EXPERIMENTAL

TYPE D'EVALUATION	ENQUETE PRELIMINAIRE	SUIVI	EVALUATION A POSTERIORI
Quand ?	- Avant le lancement de l'expérimentation	- Pendant l'expérimentation	- A la fin de la durée de l'agrément
Dans quel objectif ?	- Adéquation du projet aux besoins locaux	- Vérification de la dynamique du déroulement de l'action - Mesure de l'adéquation des moyens et des ressources - Recentrage de l'action sur les objectifs initiaux	- Evaluation des résultats afin de déboucher sur une aide à la décision (reconduction ou arrêt de l'expérimentation) - Comparaison des résultats aux objectifs
Par qui ?	- Les promoteurs	- Les acteurs du projet ou un évaluateur extérieur au projet	- Un évaluateur extérieur au projet
Pour qui ?	-Les financeurs - Les partenaires - Les acteurs	-Les financeurs - Les partenaires - Les acteurs	-Les financeurs - Les décideurs (politiques, organisme d'assurance maladie) - Les acteurs
Objet de l'évaluation ?	- L'organisation actuelle des soins	- L'activité médicale au sein du dispositif - L'organisation administrative du dispositif - Résultats intermédiaires	- Résultats du dispositif par rapport à l'organisation actuelle des soins - Résultats du dispositif par rapport à ses objectifs
Méthode à suivre ?	- Etude descriptive - Définition des besoins locaux - Faisabilité du projet	- Méthode d'audit interne et externe	- Enquêtes et études comparatives - Avant/Après, double cohorte - Etude descriptive