

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Arrêté du 2 août 2001 portant agrément d'une action expérimentale en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

NOR : MESS0122846A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-12 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 27 mars 2000 ;

Vu l'avis du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux en date du 16 mai 2000 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 29 mars 2001,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - La mise en place, à titre expérimental, d'un réseau de soins des toxicomanes présenté par l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69) et la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon est agréée aux conditions fixées par les articles suivants et, en tant que de besoin, selon des modalités précisées dans l'annexe au présent arrêté.

Art. 2. - L'agrément est accordé pour une durée de trois ans à compter du 2 août 2001. Il peut être retiré à tout moment dans les conditions mentionnées à l'article R. 162-50-7 du code de la sécurité sociale, notamment en cas de non-respect des obligations de toute nature auxquelles le promoteur est tenu, ou à la demande de ce dernier.

Art. 3. - L'action expérimentale, objet du présent agrément et identifiée sous le numéro 960000131, a pour objet la mise en place, dans l'arrondissement de Lyon, d'un réseau de soins pour une amélioration de la prise en charge des toxicomanes.

Ses objectifs sont d'améliorer la prise en charge des toxicomanes par les professionnels libéraux, d'inciter ces professionnels à s'engager dans l'activité de soins aux toxicomanes et de faciliter leur travail, de participer à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, enfin d'évaluer l'efficacité de l'activité de soins aux toxicomanes exercée en réseau.

Art. 4. - L'action expérimentale est mise en œuvre par l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69) et la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon, ci-après dénommées les promoteurs. La population concernée est constituée de patients affiliés, à titre personnel ou comme ayants droit, auprès de la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon, dépendants à l'héroïne et commençant un traitement de substitution.

L'extension du bénéfice de cette action aux ressortissants d'autres régimes d'assurance maladie est subordonnée à l'adhésion des organismes d'assurance maladie concernés à la convention mentionnée au premier alinéa de l'article 6 et annexée au présent arrêté.

Art. 5. - Le réseau est constitué de médecins généralistes et de pharmaciens.

Art. 6. - La mise en œuvre de l'action expérimentale fait l'objet d'une convention de gestion conclue entre l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69) et la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon. Cette convention, annexée au présent arrêté, détermine les conditions de fonctionnement du réseau, notamment les conditions d'adhésion des professionnels de santé, ainsi que les droits et engagements respectifs des parties.

La participation du laboratoire Schering-Plough à l'action expérimentale fait l'objet d'une convention entre ces laboratoires et l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69).

La participation de la société Coccilog à l'action expérimentale est définie par une convention passée entre cette société et l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69).

La participation de la ville de Lyon à l'action expérimentale est définie par une convention passée entre la ville et l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69).

Art. 7. - Sous peine de retrait de l'arrêté d'agrément, le laboratoire Schering-Plough et la société Coccilog s'abstiennent de toute mention de leur participation au réseau à des fins de promotion ou de publicité.

Art. 8. - Le promoteur assume la responsabilité technique de l'ensemble du dispositif, objet du présent agrément. Il s'assure du

respect des conditions posées à la création du réseau expérimental, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge des toxicomanes par la prévention des maladies virales, la recherche d'une prescription et de conditions de délivrance adaptées aux besoins du patient et la prévention du nomadisme médical et pharmaceutique.

Art. 9. - La participation à l'action expérimentale, objet du présent agrément, repose sur le volontariat des professionnels, des assurés et de leurs ayants droit.

Le patient qui souhaite bénéficier d'un traitement de substitution dans le cadre du réseau conserve le libre choix du médecin généraliste et du pharmacien à condition que ceux-ci aient adhéré au réseau. L'accord du patient est exprimé par la signature d'un contrat avec l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69) qui comporte l'engagement de ne consulter qu'un seul généraliste et de ne demander la délivrance du produit qu'à un seul pharmacien. Le non-respect de cet engagement entraîne l'exclusion du réseau. Un échec thérapeutique ne saurait être une clause d'exclusion. Un passage à un autre mode de traitement doit être dans ce cas facilité. Le contrat comporte également l'accord du patient pour participer à un recueil régulier de données médicales et sociales le concernant, ces données étant rendues anonymes avant leur exploitation. Le patient peut mettre un terme à son adhésion à tout moment. Dans ce cas, il renonce aux avantages de sa prise en charge dans le réseau.

La participation des professionnels à l'action expérimentale est subordonnée à la signature d'un document d'adhésion à l'association Généralistes et Toxicomanies (GT 69) prévoyant notamment un engagement à participer au recueil des informations médicales et sociales concernant les patients qu'ils prennent en charge.

Art. 10. - Les toxicomanes recevant un traitement de substitution et désireux de participer à l'expérimentation sont répartis par tirage au sort entre 2 cohortes de 150 patients chacune :

- une première cohorte de patients (groupe témoin), suivis par les médecins du réseau, mais dont les consultations médicales et le suivi pharmaceutique sont pris en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun (paiement à l'acte) ;
- une deuxième cohorte de patients dont les consultations et le suivi pharmaceutique sont rémunérés par des forfaits. Ces patients bénéficient de la gratuité des soins mais s'engagent, en contrepartie, à s'adresser, pendant toute la durée de l'expérimentation, à un seul et même généraliste ainsi qu'à un seul pharmacien, membres du réseau, et à accepter le recueil et l'exploitation de données les concernant.

Art. 11. - L'activité exercée, dans le cadre de l'expérimentation, au bénéfice des patients de la deuxième cohorte prévue à l'article 10, par les professionnels de santé mentionnés à l'article 5 est rémunérée comme suit :

1^o Les médecins généralistes :

Ils perçoivent un forfait fixé à 457,34 € par an et par patient décomposé de la façon suivante :

420,76 € rémunérant les consultations et versés trimestriellement (105,19 € par trimestre) après vérification du respect par chaque participant de ses engagements :

36,58 € correspondant à la prise en charge médico-sociale du patient (orientation du patient en fonction de l'évaluation de sa situation vers les services sociaux ou de soins). Ces 36,58 € sont versés en une seule fois à la fin du premier trimestre de chaque année de suivi.

Ils ne peuvent percevoir aucune autre rémunération. Ils délivrent aux patients des soins à titre gratuit.

2^o Les pharmaciens :

Ils perçoivent un forfait fixé à 36,58 € par an et par patient et rémunérant le temps médico-social passé avec le patient après vérification du respect par chaque participant de ses engagements. Ce forfait est versé trimestriellement (12,19 € par trimestre).

Art. 12. - L'évaluation du dispositif est menée dès la mise en œuvre du réseau. A cette fin, le promoteur s'engage à adapter son système d'information aux obligations posées par la nécessité du suivi et de l'évaluation médico-économique du projet. Il établit notamment un suivi exhaustif de l'activité du réseau et élabore un questionnaire de satisfaction des patients.

Les informations et analyses relatives au suivi et à l'évaluation du projet font l'objet :

- d'un rapport d'activité qui doit être adressé par le promoteur au secrétariat du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux avant le 1^{er} juillet de chaque année ;
- d'un rapport d'étape, établi au bout de dix-huit mois de fonctionnement ;
- d'une évaluation finale, à l'issue de la période d'expérimentation.

Art. 13. - Le rapport d'activité fait la synthèse de toutes les informations qui font l'objet du suivi du dispositif, tel que précisé dans la méthode d'évaluation. Il indique notamment :

- le nombre de patients admis ;
- le nombre de sorties du dispositif et de refus d'admission ainsi que les raisons de ceux-ci ;
- les professionnels engagés par catégorie ;
- les volumes des soins dispensés par type de soins et pour chaque cohorte de patients pris en charge dans le réseau ;
- le coût de traitement des cohortes de patients pris en charge en dehors du réseau ;
- les dépenses engagées par nature, et notamment les dépenses relatives au fonctionnement de l'association, aux coûts de structure, ainsi qu'à la rémunération des professionnels par catégorie ;
- les journées d'hospitalisation évitées ;
- les informations mentionnées au titre II, paragraphe C. 2, de la convention annexée au présent arrêté ;
- l'évolution des pratiques ;
- le niveau de satisfaction des patients et des professionnels de santé ;
- les difficultés de fonctionnement éventuellement rencontrées.

Art. 14. - L'évaluation finale a pour objet d'analyser l'intérêt médical, économique et organisationnel de l'action expérimentale, objet du présent agrément. Elle doit aboutir à une analyse de l'impact de la création d'une prise en charge spécifique de soins aux toxicomanes sur l'activité sanitaire par la comparaison entre les coûts des deux cohortes de patients et par la comparaison des résultats de la prise en charge de ces patients avec ceux des patients soignés en dehors du réseau. Le promoteur délègue la réalisation de l'évaluation finale à un tiers. Le choix du prestataire est effectué en concertation avec la Caisse nationale d'assurance maladie.

Art. 15. - Les rapports mentionnés à l'article 12 doivent être adressés par le promoteur au secrétariat du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux. L'absence de transmission au conseil d'orientation du rapport d'activité et du rapport d'étape peut entraîner la suspension immédiate de l'agrément.

Une copie de ce rapport est adressée également à la Caisse nationale d'assurance maladie, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales du Rhône ainsi qu'à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales Rhône-Alpes, à l'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie Rhône-Alpes et à l'union régionale des médecins libéraux Rhône-Alpes.

Art. 16. - Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 2 août 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre délégué à la santé,
BERNARD KOUCHNER

ANNEXE

CONVENTION DESTINÉE À FIXER LES CONDITIONS ET LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU RÉSEAU EXPÉRIMENTAL DE SOINS : « POUR UNE AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES TOXICOMANES À LYON »

Entre :

La caisse primaire d'assurance maladie de Lyon, dont le siège est 102, rue Masséna, 69471 Lyon, représentée par son président, M. Isaac Perez,

Et :

L'association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, GT 69 Généralistes et Toxicomanes, dont le siège est 39, rue Thomassin, 69002 Lyon, représentée par son président, le docteur Philippe Chossegros.

Préambule

Thème du dispositif :

La toxicomanie est devenue un phénomène de société, par ses retombées médiatiques et par sa rapide croissance dans notre pays depuis vingt ans. Parallèlement à cette augmentation du nombre des usagers de drogue, la détérioration du contexte social et la présence d'épidémies virales (sida et surtout hépatites) limitent les possibilités d'insertion ou de réinsertion et laissent des séquelles irréversibles, toutes responsables d'un coût individuel et social élevé.

Les pouvoirs publics ont montré leur sensibilité à ce type de problème. La prise en charge des toxicomanes a été envisagée sous un angle pragmatique en donnant la priorité aux actions de terrain, dans un cadre national défini.

Cette décision s'est traduite par la diffusion des thérapeutiques de substitution en secteur libéral. Si cette substitution a permis de réduire sensiblement les complications létales comme les overdoses, de nombreux problèmes sont encore présents, le nombre des médecins généralistes impliqués dans les traitements des toxicomanes se révèle encore insuffisant pour répondre à la demande des usagers de la drogue. Par ailleurs, des interrogations sont apparues concernant des effets pervers induits par ces traitements comme les injections des médicaments et leur revente.

Cadre juridique :

L'expérimentation est régie par les dispositions des articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-12 du code de la sécurité sociale qui autorisent la conduite d'actions expérimentales de caractère médical ou médico-social en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des soins préventifs et curatifs.

Signataires :

La CPCAM de Lyon et l'association GT 69 sont copromoteurs du projet.

Finalités et objectifs concrets du projet :

Le projet s'inscrit dans une quintuple préoccupation :

- améliorer la prise en charge des toxicomanes sur le plan de la prévention, des soins et de la réinsertion sociale ;
- en facilitant le travail des professionnels ;
- tout en maîtrisant les dépenses à la charge de la CPAM ;
- en servant d'exemple incitatif aux professionnels réticents à s'engager dans le soin aux toxicomanes ;
- enfin, en évaluant l'efficacité du travail en réseau.

Ainsi, la prise en charge dans le cadre de l'expérimentation doit prendre en compte l'ensemble des pathologies fréquemment associées à la dépendance : comorbidités psychiatriques, dépendances associées à l'alcool et aux psychotropes, infections VIH et/ou VHC. Dans ce but, et compte tenu du fait que les soins fournis à une personne toxicomane dans une situation sociale souvent dégradée peuvent se révéler plus complexe, l'expérimentation s'appuie sur l'ensemble des acteurs, médecins, paramédicaux, travailleurs sociaux, milieu hospitalier, notamment psychiatrique, indispensables à la qualité et à la continuité de la prise en charge.

Ce projet repose sur les deux hypothèses suivantes :

- un financement adapté, de type forfait par patient, doit permettre d'organiser encore mieux qu'au sein du réseau ville-hôpital existant la prise en charge de ces patients toxicomanes en atténuant la dichotomie sanitaire/social, doit améliorer la satisfaction des patients, des soignants, l'efficacité médico-sociale de la prise en charge, limiter le nomadisme médical et pharmaceutique, et doit optimiser le niveau de dépenses ;
- l'organisation proposée dans le présent projet doit être plus performante que celle actuellement apportée par la médecine traditionnelle libérale malgré les avancées récentes que représente la mise sur le marché des médicaments de substitution.

Zone géographique de couverture du réseau : arrondissement de Lyon.

Type de population ciblée :

Sont concernée par la présente convention, les assurés affiliés à la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon (régime général) et leurs ayants droit, toxicomanes dépendants à l'héroïne et débutant un traitement de substitution suivis dans les cabinets des généralistes participants.

Type de partenaires impliqués :

- promoteurs : association GT 69 et la CPCAM de Lyon ;
- professionnels de santé adhérant au réseau : médecins généralistes et pharmaciens ;
- patients inclus dans le réseau ;
- prestataires de services : société Eval et Data Marketing ;
- partenaires financiers : laboratoires Schering-Plough, société Coccilog, villes de Lyon et Villeurbanne, MILDT, coordination nationale des réseaux, section des médecins généralistes de l'UPML Rhône-Alpes, URCAM Rhône-Alpes et agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes.

TITRE I^{er}ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT
DU DISPOSITIF

A. – Organisation administrative du réseau

1. Rôle de l'association GT 69 :

Procéder à l'inclusion des professionnels et des patients dans le réseau par la signature de contrats individuels qui précisent les droits et les engagements de chacun.

Assurer la coordination au sein du réseau par le biais du médecin coordonnateur et du secrétariat :

- récupérer les données auprès des médecins, des pharmaciens et de la CPCAM ;
- transmettre ces données anonymisées à la société chargée de leur analyse ;
- récupérer les résultats de ces analyses ;
- organiser les différentes réunions prévues dans le cadre de l'expérimentation ;
- gérer le budget de l'étude ;
- participer au suivi et au pilotage du réseau en partenariat avec l'association GT 69 ;
- s'assurer, dans le cadre d'un objectif de prise en charge globale, que les missions de coordination et de suivi conjoints entre plusieurs professionnels des patients sont respectées.

2. Rôle de la CPCAM de Lyon :

Procéder au versement des prestations dérogatoires ;

Participer à l'évaluation du réseau en fournissant les données de consommation de soins des patients suivis dans les différentes cohortes ;

Participer au suivi et au pilotage du réseau en partenariat avec l'association GT 69.

3. Rôle des différentes instances de l'expérimentation :

3.1. Groupe de pilotage :

Il est composé de 4 membres représentants des promoteurs :

Dr Ph. Chossegros pour GT 69 ;

Dr A. Fhima pour GT 69 ;

Dr D. Fasquel pour l'ELSM ;

Mme A.-M. Vallucci pour la CPAM.

Il a pour mission de valider les travaux des groupes techniques. Il s'assure du bon déroulement de l'étude et se porte garant de la fiabilité des données recueillies pour l'évaluation. Il décide de l'éventuelle exclusion d'un professionnel ou d'un patient qui ne respecterait pas ses engagements. Il décide de l'utilisation des données et de leur publication. Le contenu des informations épidémiologiques transmises aux divers financeurs est déterminé par le comité de pilotage. Il s'agira de données synthétiques. Le groupe de pilotage garantit l'éthique du projet. Il valide le choix des partenaires financiers.

3.2. Groupes techniques :

Groupe technique ayant élaboré le projet et participant à son évaluation interne : Dr A. Fhima, Dr Ph. Chossegros, Dr G. Excler-Cavailher, Dr V. Noiry, M. L. Colas ;

Groupe d'évaluation externe : société Eval, Dr Y. Charpak, Dr Ph. Chossegros ;

Groupe informatique : adaptation du logiciel et formation informatique des médecins du réseau (Data Marketing, Société Nacadis, Dr A. Fhima).

B. – Organisation médicale et médico-sociale

1. Rôle des professionnels participant directement à l'expérimentation :

1.1. Rôle des médecins généralistes libéraux :

Assurer une prise en charge globale du patient toxicomane afin de réduire les périodes de crises (overdoses, hospitalisation), de limiter les complications somatiques (risques liés aux maladies virales) et les dérives sociales (maintien d'un emploi et/ou d'une cellule familiale quand ils existent...);

Participer à l'amélioration des modalités de prise en charge des toxicomanes en recueillant les données médicales nécessaires à l'évaluation et en participant à des réunions régulières de confrontation des pratiques avec les confrères du réseau.

Ainsi, en fonction de sa situation médicale, psychologique et sociale, le médecin généraliste met le patient en relation avec les professionnels nécessaires à sa prise en charge sanitaire et sociale.

1.2. Rôle des pharmaciens :

Jouer un rôle d'orientation des toxicomanes vers un système de prise en charge, de relais d'information, de relais vers les profes-

sionnels de santé formés à cette prise en charge, et de relais sur les bonnes pratiques, du fait de leur position préférentielle située à un carrefour d'utilisation des produits par les toxicomanes ;

Accompagner et soutenir les patients dans la mise en œuvre et la bonne utilisation du traitement ;

Participer à l'évaluation, par un recueil d'informations, qui permettra de déterminer les spécificités de cet accompagnement et le degré d'investissement du pharmacien.

1.3. Réunions des professionnels participant directement à l'expérimentation :

Une fois par trimestre, l'association GT 69 réunira les médecins généralistes et les pharmaciens participant au réseau. Cette réunion sera le lieu d'échanges des pratiques, et permettra une meilleure harmonisation et homogénéité de celles-ci. Les évaluations intermédiaires seront confrontées aux pratiques des professionnels, et réinterrogeront chacun d'eux sur son fonctionnement. Elles évitent de focaliser sur les situations individuelles, marquantes, qui faussent l'analyse objective.

2. Rôle des autres professionnels du réseau :

Participer à la prise en charge des toxicomanes suivis dans le cadre de l'expérimentation ;

Participer aux réunions régulières de l'association et, plus particulièrement, aux réunions annuelles au cours desquelles seront débattues les modifications des référentiels de l'association.

Réunion des professionnels : une réunion annuelle de l'ensemble de l'association GT 69 permettra de débattre avec l'ensemble des acteurs (médecins et pharmaciens qui n'ont pas participé à l'expérimentation, travailleurs sociaux, paramédicaux, hospitaliers) de la progression du projet et des modifications du théaurus. Ces résultats seront ainsi débattus avec les patients suivis dans l'enquête au cours d'une réunion organisée à la fin de l'étude avant la rédaction du rapport final.

C. – Modalités favorisant la continuité des soins

Disponibilité téléphonique des médecins pendant les heures d'ouverture du cabinet ;

Protocole de prise en charge des patients élaboré par les médecins de l'association GT 69, qui prévoit :

- des contacts réguliers (dans un premier temps hebdomadaires, puis bimensuels et enfin mensuels) ;
- une évaluation de sa situation clinique, psychosomatique mais aussi sociale, lors du premier contact ;
- des prescriptions paracliniques ;
- des orientations nécessaires en fonction de l'évaluation de situation (assistante sociale, éducateur, confrère spécialiste, centre hospitalier,...) ;
- l'initialisation d'un traitement de substitution : modalités, suivi, observance, effets secondaires ;
- la prise en charge des comorbidités : affections virales, affections psychiatriques...

Constitution et alimentation lors de chaque consultation, d'un dossier médical informatisé qui permet notamment d'éviter la redondance d'exams.

D. – Modalités favorisant la coordination des soins

Le docteur Fhima, directeur de l'association GT 69, assurera la fonction de coordinateur du réseau, et à ce titre assurera la coordination des soins :

- animation du réseau : préparer les réunions de travail, rédiger les comptes rendus des différentes commissions, préparer les groupes de pratiques cliniques ;
- gestion du réseau : tenir un état des actions du réseau, élaborer les projets issus des groupes de travail ;
- visualisation du réseau : représenter le réseau auprès des différentes instances institutionnelles, veiller à l'évaluation des procédures de fonctionnement, des actions du réseau, et à la prise en charge clinique, développer l'interface médico-psychosociale en impulsant des rencontres avec les nouveaux partenaires ;
- définition des modalités de coordination et de suivi des patients entre les professionnels concernés.

Pour ce faire, le coordonnateur disposera d'outils :

- contacts réguliers et individuels avec les médecins et les pharmaciens participant à l'expérimentation pour s'assurer du bon déroulement des inclusions et de la conformité du recueil des données ;
- réunions trimestrielles de confrontation des pratiques ;
- évaluations intermédiaires (trimestrielles) basées sur les informations saisies informatiquement par les médecins généralistes,

sur les fiches d'évaluation pharmacien, et sur les données de consommation de soins des patients toxicomanes des différentes cohortes.

Cette coordination favorisera l'adaptation du référentiel de bonnes pratiques et veillera à son application par un travail pédagogique et un soutien aux pratiques.

E. - Système d'information

Les données en provenance des cabinets médicaux sont recueillies grâce à un logiciel spécifiquement développé par la société Data Marketing. Ce logiciel spécifique crée des fichiers indépendants reconnus par un numéro spécifique qui permet le suivi des malades dans le temps. Ce fichier contient l'ensemble des informations présentes dans le questionnaire présenté en annexe. Le recueil de ces données est réalisé tous les trimestres par un informaticien de la société Données Commercialisation.

La liste des numéros de sécurité sociale des toxicomanes en cours de traitement de substitution, recueillie par le chef de projet auprès de chaque médecin du réseau, est adressée au service médical de l'assurance maladie qui recueille leur consommation médicale pendant la période en cours à partir de la base SIAM.

Le codage des dossiers en provenance du service médical de l'assurance maladie (remplacement du numéro de sécurité sociale et du numéro spécifique à chaque dossier de généraliste par un seul numéro commun différent des deux autres) est réalisé par une personne morale (le chef de projet) qui est le seul à disposer des trois numéros différents. Cette liste est conservée dans les locaux de l'association GT 69 sous forme d'un fichier papier enfermée dans un tiroir réservé à cet effet. L'accès du local de l'association est seulement accessible aux professionnels du réseau.

Une fois ce codage réalisé, la nouvelle base de données est adressée à la société chargée de l'analyse statistique (Eval). Le fichier de correspondance papier est détruit dès la fin de l'étude.

Les données en provenance des officines de pharmacie sont recueillies sous forme de dossier papier. Ils font l'objet d'un recueil à la suite de l'inclusion, à la fin du premier mois ; puis tous les trois mois pendant la durée de l'étude. Ces dossiers reconnaissables grâce au numéro d'ordre du pharmacien et du numéro patient qui aura été transmis par le médecin au moment de l'inclusion seront saisis sur l'ordinateur de l'association par le directeur de projet qui leur attribuera le numéro commun aux trois dossiers de l'enquête (généraliste, pharmacien, service médical).

Une fois ce codage réalisé, la nouvelle base de données est adressée à la société chargée de l'analyse statistique (Eval). Les bases de données initiales et la nouvelle base de données sont effacées de l'ordinateur de l'association après chaque codage semestriel. Le fichier de correspondance papier est détruit dès la fin de l'étude.

Les données concernant les groupes témoins (ensemble des patients en cours de traitement de substitution, sous-groupe de 150 témoins permettant l'évaluation de la prise en charge en réseau) sont directement anonymisées au niveau de l'ELSM puis transmis au chef de projet. Le fichier créé chaque trimestre est alors copié sur une disquette, remise en main propre par le directeur de projet à la personne chargée du traitement de ces données dans la société Eval.

TITRE II

MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS

A. - Médecins généralistes

1. Critères d'inclusion :

Etre membre de l'association GT 69 et volontaire pour participer au réseau expérimental ;

S'engager à respecter le contenu, les dispositions et la finalité de l'expérimentation et se donner tous les moyens tant techniques que professionnels ou éthiques pour satisfaire aux besoins de l'expérimentation.

2. Modalités d'adhésion :

Le médecin signe avec l'association GT 69 un contrat d'engagement.

3. Modalités de sortie :

Dans le cas d'un départ volontaire du médecin, il doit proposer à ses patients inclus dans l'expérimentation de choisir parmi ces deux possibilités :

Je continue à être votre médecin traitant et votre engagement dans l'expérimentation est de fait résilié ;

Vous souhaitez rester dans le réseau expérimental et alors vous choisissez un des médecins généralistes adhérant à l'expérimentation comme médecin traitant.

Dans le cas d'une exclusion pour non-respect des engagements, le médecin doit également proposer à ses patients inclus dans l'expéri-

mentation de choisir parmi ces deux mêmes possibilités. L'exclusion d'un des médecins du réseau sera décidée par le comité de pilotage. Cette décision sera prise si, après un premier rappel, le médecin continue à ne pas respecter ses engagements.

B. - Pharmaciens

1. Critères d'inclusion :

Etre volontaire pour participer au réseau expérimental ;

S'engager à respecter le contenu, les dispositions et la finalité de l'expérimentation et se donner tous les moyens tant techniques que professionnels ou éthiques, pour satisfaire aux besoins de l'expérimentation.

2. Modalités d'adhésion :

Le pharmacien signe avec l'association GT 69 un contrat d'engagement.

3. Modalités de sortie :

Dans le cas d'un départ volontaire du pharmacien, il doit proposer à ses patients inclus dans l'expérimentation de choisir parmi ces deux possibilités :

Je continue à être votre pharmacien et votre engagement dans l'expérimentation est de fait résilié ;

Vous souhaitez rester dans le réseau expérimental et alors vous choisissez un pharmacien adhérant au réseau.

Dans le cas d'une exclusion pour non-respect des engagements, le pharmacien doit également proposer à ses patients inclus dans l'expérimentation de choisir parmi ces deux mêmes possibilités. L'exclusion d'un des pharmaciens du réseau sera décidée par le comité de pilotage. Cette décision sera prise si, après un premier rappel, le pharmacien continue à ne pas respecter ses engagements.

C. - Patients

1. Critères d'inclusion :

- être un toxicomane dépendant à l'héroïne, débutant un traitement de substitution ;

- être suivi par un généraliste participant à l'expérimentation ;

- être un ressortissant de la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon ;

- être volontaire pour participer au réseau expérimental et accepter par avance que sa participation à l'un des deux groupes (avec et sans dérogation tarifaire) qui répartit les patients volontaires soit décidée par un tirage au sort.

2. Modalités d'adhésion :

Le patient signe avec son médecin un contrat d'engagement.

3. Modalités de sortie :

Dans le cas d'un départ volontaire du patient, le médecin généraliste informe le coordonnateur de la sortie du patient du réseau. Les droits et les engagements du patient mais également du médecin et du pharmacien vis-à-vis de ce patient cessent immédiatement.

Pour les patients inclus dans le groupe avec dérogation tarifaire, la constatation d'un non-respect des engagements fera l'objet d'un rappel de la part du médecin traitant. En l'absence de modifications de comportement une exclusion pourra être prononcée par le comité de pilotage. Cette exclusion n'implique par une interruption du suivi par le médecin.

TITRE III

DROITS ET ENGAGEMENTS DES PARTIES

A. - Promoteurs

1. Association GT 69 :

Droits :

- propriété du logiciel de saisie spécifique à l'expérimentation utilisé par les médecins ;

- copropriétaire des données de l'étude, codétenteur de l'agrément.

Engagements : assurer le soutien de l'étude dans les domaines de la formation et de la coordination.

2. CPCAM de Lyon :

Droits :

- copropriétaire des données de l'étude ;

- codétenteur de l'agrément.

Engagements :

- verser les forfaits couvrant les consultations médicales et le temps médico-social des médecins généralistes et des pharmaciens, nécessaires à cette prise en charge spécifique ;

- faire bénéficier l'assuré de la gratuité des consultations auprès du médecin de référence ;
- prendre en charge le ticket modérateur de la consultation pour les assurés non exonérés au titre d'une affection de longue durée.

B. - Acteurs

1. Comité de pilotage :

Droits : assurer le pilotage et le suivi de l'expérimentation.

Engagements :

- valider les travaux des groupes techniques ;
- s'assurer du bon déroulement de l'étude et se porter garants de la fiabilité des données recueillies pour l'évaluation ;
- fixer les modalités d'utilisation des données et de leur publication (le contenu des informations épidémiologiques transmises aux divers financeurs est déterminé par le comité de pilotage ; il s'agira de données synthétiques) ;
- garantir la propriété des données (chaque promoteur reste propriétaire de ses données) ;
- garantir l'éthique du projet ;
- valider le choix des partenaires financiers.

2. Médecins :

Droits :

- bénéficier d'une rémunération forfaitaire dérogatoire ;
- disposer tous les trimestres des résultats de l'évaluation statistique ;

Engagements :

- respecter le contenu des dispositions et la finalité de cette étude, en particulier pour le système d'information, l'inclusion et le suivi des patients selon le protocole de prise en charge des patients héroïnomanes en traitement de substitution et l'évaluation de ce suivi.

3. Pharmaciens :

Droits :

- bénéficier d'une rémunération forfaitaire dérogatoire ;
- disposer tous les trimestres des résultats de l'évaluation statistique.

Engagements :

- respecter le contenu des dispositions et la finalité de cette étude, en particulier pour l'inclusion et le suivi des patients selon le protocole de prise en charge des patients héroïnomanes en traitement de substitution et l'évaluation de ce suivi.

4. Patients :

Droits :

- bénéficier de la gratuité des consultations auprès du médecin de référence dans le cadre d'un forfait avec exonération du ticket modérateur de la consultation pour les assurés non exonérés au titre d'une affection de longue durée ;
- conserver le libre choix du médecin généraliste et du pharmacien à condition que ceux-ci aient adhéré au réseau.

Engagements :

- ne consulter qu'un seul généraliste et ne demander la délivrance des produits prescrits qu'à un seul pharmacien pendant la durée de l'expérimentation ;
- accepter le recueil régulier d'informations médico-sociales et de leur consommation médicale pour une évaluation statistique.

5. Société Eval :

Droits : bénéficier d'un financement spécifique pour le travail réalisé dans le cadre de l'expérimentation :

Engagements :

- assurer une analyse statistique chaque trimestre à partir des données recueillies chez les généralistes et les pharmaciens participant à l'expérimentation ainsi que les données fournies par l'assurance maladie concernant les trois cohortes de patients. Cette étude permettra, d'une part, d'évaluer l'évolution des patients au cours du temps et de comparer cette évolution au coût de leur prise en charge pour les patients avec et sans forfait et, d'autre part, de comparer ces coûts à ceux de la prise en charge des cohortes suivies hors du réseau ;
- participer aux réunions trimestrielles des professionnels de santé du réseau.

6. Société Data Marketing :

Droits : bénéficier d'un financement spécifique pour le travail réalisé dans le cadre de l'expérimentation.

Engagements :

- réaliser un logiciel spécifique permettant au médecin de saisir les informations relatives à l'expérimentation :

- installer ce logiciel sur les ordinateurs des médecins participant à l'expérimentation ;
- assurer le bon fonctionnement de ce logiciel pendant toute la durée de l'expérimentation ;
- recueillir les données anonymisées et les transmettre formatées à la société Eval.

C. - Financeurs

1. Assurance maladie :

Droits :

Obtention d'un rapport d'activité annuel qui fait la synthèse de toutes les informations qui font l'objet du suivi du dispositif. Il indique :

- le nombre de patients admis ;
- le nombre de sorties du dispositif et de refus d'admission ainsi que les raisons de ceux-ci ;
- les professionnels engagés par catégorie ;
- les volumes des soins dispensés par type de soins et pour chaque cohorte de patients pris en charge dans le réseau ;
- le coût de traitement des cohortes de patients pris en charge en dehors du réseau ;
- les dépenses engagées par nature, et notamment les dépenses relatives au fonctionnement de l'association, aux coûts de structure, ainsi qu'à la rémunération des professionnels par catégorie ;
- les journées d'hospitalisation évitées ;
- les informations mentionnées au titre II, paragraphe C-2 de la présente convention ;
- l'évolution des pratiques ;
- le niveau de satisfaction des patients et des professionnels de santé ;
- les difficultés de fonctionnement éventuellement rencontrées.

Obtention d'un rapport final.

engagements : liquidation des prestations dérogatoires (forfaits médecin et pharmacien) et financement du suivi de la consommation médicale des patients des différentes cohortes.

2. Laboratoire Schering-Plough :

Droits :

- connaissance des médecins et des pharmaciens participant à l'expérimentation ;
- possibilité d'assister en simple observateur aux réunions d'analyse de pratique portant sur les résultats de l'analyse statistique ;
- obtention d'un rapport d'activité annuel et d'un rapport final. Ces informations permettront au laboratoire de mieux comprendre les dérives qui surviennent dans les prescriptions de traitements de substitution et les solutions qui peuvent être proposées.

Engagements : cofinancement avec la société Coccilog du recueil des données, de l'évaluation externe et des frais de fonctionnement de l'expérimentation.

3. Société Coccilog :

Droits : obtention d'un rapport d'activité annuel, d'un rapport final et d'un indice de satisfaction de l'utilisation du logiciel de gestion de cabinet par les médecins partenaires de l'expérimentation.

Engagements : cofinancement avec le laboratoire Schering-Plough du recueil des données, de l'évaluation externe et des frais de fonctionnement de l'expérimentation.

4. Villes de Lyon et de Villeurbanne, MILDT, unions professionnelles Rhône-Alpes (section généraliste), URCAM Rhône-Alpes, coordination nationale des réseaux :

Droits : obtention d'un rapport d'activité annuel et d'un rapport final.

Engagements : cofinancement de la préparation de l'étude, de la formation des professionnels de santé, des postes de coordonnateur et de secrétaire.

5. Médecins généralistes de l'expérimentation :

Droits : obtention d'un rapport d'activité annuel et d'un rapport final.

Engagements : financement du matériel informatique.

TITRE IV

DÉROGATIONS

A. - Médecins

1. Nature de la dérogation :

Ce forfait couvre les consultations médicales et le temps médico-social des médecins généralistes nécessaires à cette prise en charge

spécifique. On entend par temps médico-social le temps nécessaire à l'orientation du patient en fonction de l'évaluation de sa situation (assistante sociale, éducateur, confrère spécialiste, centre hospitalier...).

2. Montant :

Le montant du forfait annuel versé à chaque médecin par patient inclus dans l'expérimentation s'établit à 457,34 € dont 420,76 € au titre des consultations et 36,58 € au titre du temps médico-social.

3. Mode de rémunération :

Il s'agit d'un forfait par patient.

4. Modalités de versement :

Le forfait est versé trimestriellement pour les 420,76 € versés au titre des consultations (105,19 € chaque trimestre) après vérification du respect par chaque participant de ses engagements et, en une fois pour les 36,58 € correspondant à la prise en charge médico-sociale. Ces 36,58 € sont versés en une fois à la fin du premier trimestre de chaque année de suivi.

5. Conditions d'interruption de versement :

Ce mode de versement sera interrompu :

- pour les perdus de vue (patients n'ayant pas consulté pendant le trimestre) ;
- pour les patients exclus de l'expérimentation pour non-respect répété des engagements ;
- pour les médecins qui cessent de participer à l'expérimentation ;
- pour les médecins exclus de l'expérimentation pour non-respect répété des engagements.

B. - Pharmaciens

1. Nature de la dérogation :

Ce forfait couvre le temps de conseil et d'orientation dans le système de soins, pour la délivrance fractionnée et quotidienne des produits de substitution.

2. Montant :

Le montant du forfait annuel versé à chaque pharmacien par patient inclus dans l'expérimentation s'établit à 36,58 €.

3. Mode de rémunération :

Il s'agit d'un forfait par patient.

4. Modalités de versement :

Le forfait est versé trimestriellement, soit 12,19 € par trimestre.

5. Conditions d'interruption de versement :

Ce mode de versement sera interrompu :

- pour les perdus de vue (patients n'ayant pas consulté le pharmacien pendant le trimestre) ;
- pour les patients exclus de l'expérimentation pour non-respect répété des engagements ;
- pour les pharmaciens qui cessent de participer à l'expérimentation ;
- pour les pharmaciens exclus de l'expérimentation pour non-respect répété des engagements.

C. - Patients

1. Nature de la dérogation :

Bénéficiaire de la gratuité des consultations auprès du médecin de référence dans le cadre d'un forfait avec exonération du ticket modérateur de la consultation pour les assurés non exonérés au titre d'une affection de longue durée.

2. Prestations engagées :

Les consultations omnipraticiens.

3. Modalités de prise en charge :

Versement direct au médecin membre du réseau sous forme forfaitaire et trimestrielle.

4. Conditions d'interruption de versement :

Ce mode de versement sera interrompu pour les perdus de vue (patients n'ayant pas consulté le médecin pendant le trimestre) et les patients exclus de l'expérimentation pour non-respect répété des engagements.

TITRE V

FINANCEMENT DU RÉSEAU

A. - Besoin de financement

Le projet se déroule sur trois ans et le budget se décompose selon les postes suivants :

- préparation de l'étude : 22 867,35 € ;
- acquisition du matériel informatique : 76 224,50 € ;

- formation des professionnels de santé : 7 622,45 € ;
 - valorisation de l'investissement assurance maladie (CPAM/ELSM) : 121 959,21 € ;
 - sous-total investissement : 228 673,52 €.
 - coordination de l'étude (1/2 poste de coordonnateur) : 114 346,70 € ;
 - secrétariat : 36 590,94 € ;
 - autres frais de fonctionnement : 18 295,47 € ;
 - sous total fonctionnement : 169 233,11 € ;
 - le surcoût forfait médecin : 41 774,66 € ;
 - temps médico-social rémunéré : 21 954,56 € ;
 - prise en charge du ticket modérateur pour les patients non exonérés au titre d'une affection de longue durée : 26 223,50 € ;
 - sous-total surcoût lié aux dérogations tarifaires : 89 952,73 € ;
 - recueil des données : 114 346,70 € ;
 - évaluation externe réalisée par EVAL : 97 575,85 € ;
 - sous-total évaluation : 211 922,55 € ;
 - sous-total coût net de l'expérimentation : 699 801,80 € ;
 - sous-total soins remboursés par la CPAM de Lyon : 998 932,76 € ;
- Coût total de l'expérimentation : 1 698 586,95 €.

B. - Financement de l'expérimentation

Le financement est assuré par les partenaires suivants :

Il s'agit de présenter les financements pour toute la durée du projet. Cela met en évidence la diversification des sources de financement et le montant de la participation de chacun.

CPAM de Lyon : 211 922,55 € ;

Prestations dérogatoires : 89 952,73 € ;

Valorisation de l'investissement assurance maladie (CPAM/ELSM) : 121 959,21 € ;

Affectation : le financement de la CPCAM de Lyon couvrira les prestations dérogatoires et le recueil des données de consommation de soins de patients des différentes cohortes.

Participations privées : 228 693,39 € ;

Laboratoire Schering-Plough : 137 216,03 € ;

Société Coccilog : 91 477,35 €.

Affectation : financement du recueil des données, de l'évaluation externe et du poste « autres frais de fonctionnement ».

Collectivités locales : 39 640,18 € ;

Ville de Lyon : 30 489,80 € ;

Ville de Villeurbanne : 9 146,94 €.

Affectation : cofinancement de la préparation de l'étude, de la formation des professionnels de santé et des postes de coordonnateur et de secrétaire.

Aures : 219 526,58 € ;

MILDT (Mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies) : 76 231,13 € ;

Unions professionnelles (section généraliste) : 22 869,33 € ;

URCAM : dans le cadre du fonds pour l'amélioration et la qualité des soins de ville : 112 822,07 € ;

Coordination nationale des réseaux : 7 623,11 €.

Affectation : cofinancement de la préparation de l'étude, de la formation des professionnels de santé et des postes de coordonnateur et de secrétaire.

Financement total : 699 801,80 €.

TITRE VI

SUIVI, ÉVALUATION ET MESURE DE LA SATISFACTION

A. - Suivi

1. Instances de suivi :

Le comité de pilotage s'assure du bon déroulement de l'étude et se porte garant de la fiabilité des données recueillies pour l'évaluation.

Les réunions trimestrielles des professionnels de santé du réseau permettent de discuter et d'analyser les résultats de l'évaluation périodique.

2. Indicateurs de suivis :

2.1. Indicateurs économiques et financiers :

Ces indicateurs ont pour objectifs :

- de mesurer l'atteinte des économies attendues :

- taux de fidélisation : nombre et pourcentage de patients suivis par un seul généraliste ;

- dépenses de consultations remboursées par patient ;
- dépenses d'hospitalisations publique et privée remboursées par patient ;
- dépenses d'indemnités journalières remboursées par patient ;
- dépenses de pharmacie remboursée à 65 % par patient ;
- total des dépenses remboursées par patient ;
- taux de fidélisation réalisé/taux de fidélisation attendu ;
- économies réalisées/économies attendues pour chaque poste de dépense et tous postes confondus.

et

- de mesurer le retour sur investissement :
 - économies réalisées/coût net annuel ;
 - économies réalisées/coût annuel hors coût annuel du système d'information ;
 - économies réalisées/coût annuel hors coût annuel de l'évaluation ;
 - économies réalisées/coût annuel des frais de structure + surcoût annuel lié au forfait ;
 - économies réalisées/surcoût annuel lié au forfait.

2.2. Indicateurs médicaux et sociaux :

Ces indicateurs ont pour objectifs de mesurer au sein du réseau :

- les résultats médicaux :
 - taux de pluriprescription ;
 - niveau de consommation des traitements de substitution ;
 - pratique des injections ;
 - consommation d'alcool et de cocaïne, et de produits détournés de leur usage ;
 - nouvelles infections ;
 - suivi et traitement des infections présentes.
- les résultats sociaux :
 - vie en couple stable ;
 - logement indépendant ;
 - couverture sociale ;
 - accès à un travail ;
 - incarcérations.

et

- le fonctionnement du réseau, c'est-à-dire la présence et les résultats des prises en charge concertées ambulatoires ou en institution :
 - somatiques ;
 - psychologiques ;
 - sociales.

2.3. Indicateurs organisationnels :

- nombre de réunions des professionnels du réseau ;
- nombre de réunions du comité de pilotage ;
- rédaction et diffusion des comptes rendus de réunions aux membres du réseau ;
- taux de participation aux réunions trimestrielles des professionnels de santé du réseau ;
- taux de saisie des informations par les médecins sur le logiciel ;
- taux de remplissage et de transmission des dossiers papiers remplis par les pharmaciens ;
- taux de participation des autres professionnels à la prise en charge des patients.

3. Modalités de suivi :

Le suivi de ces indicateurs sera trimestriel. Les résultats seront restitués et analysés lors des réunions trimestrielles avec les professionnels du réseau et lors des réunions du comité de pilotage.

Les données utilisées pour les indicateurs économiques et financiers sont issues du système informationnel de l'assurance maladie.

Les données utilisées pour les indicateurs médicaux et sociaux sont issues du logiciel de saisie utilisé par les médecins du réseau et des dossiers papiers remplis par les pharmaciens du réseau.

Les données utilisées pour les indicateurs organisationnels sont issues du logiciel de saisie utilisé par les médecins du réseau, des dossiers papiers remplis par les pharmaciens du réseau, ainsi que des comptes rendus de réunions rédigés par le médecin coordonnateur.

4. Rapports de suivi :

Un rapport d'activité sera rédigé annuellement.

B. - L'évaluation finale

1. Nom de l'évaluateur externe :

L'évaluation est confiée à la société Eval selon un cahier des charges défini par l'association GT 69. Les données utilisées pour l'évaluation étant issues de bases de données informatisées qui recensent des informations nominatives, une déclaration à la CNIL a été faite. Par courrier du 7 décembre 1999, la CNIL a donné son accord.

2. Méthodologie d'évaluation :

L'évaluation prévoit le suivi en parallèle de trois groupes de patients :

- les patients adhérents du réseau expérimental ;
- les patients suivis par les médecins adhérents du réseau mais ne bénéficiant pas de la forfaitisation ;
- les patients suivis par des médecins n'adhérant pas au réseau expérimental.

Ne disposant pas du même système d'information pour les trois groupes, l'évaluation procédera en deux parties distinctes à partir du système d'information mis en place pour les seuls patients inclus dans le réseau expérimental et du système informationnel de l'assurance maladie (consommation de soins soumis au remboursement) :

- comparaison entre les trois groupes pour la consommation médicale ;
- comparaison entre le groupe réseau expérimental et le groupe suivi par des médecins du réseau mais ne bénéficiant pas de la forfaitisation ;
- suivi prospectif d'indicateurs de « bonne prise en charge » dans le seul groupe du réseau expérimental.

3. Indicateurs retenus :

Il s'agit des mêmes indicateurs que ceux utilisés pour le suivi trimestriel.

4. Obligations de l'évaluateur :

- transmet trimestriellement les résultats des indicateurs aux promoteurs du projet ;
- participe aux réunions trimestrielles des professionnels de santé du réseau ;
- remet une évaluation globale annuelle puis un rapport final au terme des deux ans d'expérimentation.

C. - Enquête de satisfaction

Ce travail sera réalisé à partir de grilles, validées, qui seront remplies au début de l'étude, après un an de fonctionnement, et en fin d'étude. Elle concerne les patients et les professionnels de santé adhérent au réseau expérimental.

TITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES

A. - Entrée en vigueur de la convention

La présente convention prend effet à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté portant agrément de l'expérimentation. Les parties signataires décident d'un commun accord de la date de début de l'expérimentation.

B. - Durée de la convention

La présente convention est applicable pour une durée de trois ans. Elle peut toutefois prendre fin avant ce terme en raison :

- du retrait de l'agrément par les autorités ministérielles compétentes ;
- de la publication de textes légaux, réglementaires ou d'instructions ministérielles mettant en cause les principes directeurs de la convention.

Conformément à l'alinéa 2 de l'article R. 162-50-5 du code de la sécurité sociale, les promoteurs pourront demander la prorogation de la présente convention. Cette demande doit intervenir dans un délai de six mois avant la date d'expiration de la présente convention.

C. - Révision de la convention

Les clauses de la présente convention peuvent être révisées, à tout moment :

- à la suite de la publication de textes légaux, réglementaires ou d'instructions ministérielles mettant en cause les principes directeurs de la convention ;
- par avenant signé par les parties signataires.

D. - Dénonciation de la convention

La présente convention peut être dénoncée par l'une des parties signataires :

- soit pour violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'une des parties signataires ;
- soit à la demande de l'une des parties signataires.

La dénonciation prend effet à l'échéance d'un préavis d'un mois, à compter de la date d'envoi par lettre recommandée avec accusé de

réception adressée par le demandeur à l'ensemble des parties signataires. Une dénonciation signifie l'arrêt immédiat de l'expérimentation. En conséquence, les droits et engagements des médecins, pharmaciens et patients adhérents du réseau cessent immédiatement.

Pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie de Lyon :

Le président,
I. PEREZ

Pour l'association GT 69 :

Le président,

DR PH. CHOSSI:GROS

Arrêté du 2 août 2001 portant agrément d'une action expérimentale en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

NOR : MESS0122847A

La ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-12 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 15 mai 2000 ;

Vu l'avis du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux en date du 12 septembre 2000 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 15 juin 2001,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. - La mise en place, à titre expérimental, d'un réseau de surveillance postopératoire à domicile par le CHU de Limoges est agréée aux conditions fixées par les articles suivants et, en tant que de besoin, selon des modalités précisées dans l'annexe au présent arrêté.

Art. 2. - L'agrément est accordé pour une durée de trois ans, à compter du 2 août 2001. Il peut être retiré à tout moment dans les conditions mentionnées à l'article R. 162-50-7 du code de la sécurité sociale, notamment en cas de non-respect des obligations de toute nature auxquelles les promoteurs sont tenus, ou à la demande de ce dernier.

Art. 3. - L'action expérimentale, objet du présent agrément et identifiée sous le numéro 960000172, a pour objet la mise en place, dans le département de la Haute-Vienne, d'un réseau de surveillance postopératoire à domicile, intitulé « SPOD » et confié au médecin traitant. Ce réseau est instauré dans le cadre d'une sortie précoce du séjour hospitalier au sein du service chirurgie viscérale et transplantation.

Son objectif est d'améliorer le confort psychologique du patient en lui permettant un retour rapide dans son milieu familial et médical, de valoriser le rôle du médecin généraliste et de diminuer la durée moyenne de séjour des patients.

Art. 4. - L'action expérimentale est mise en œuvre par le CHU de Limoges, ci-après dénommé le promoteur.

La population concernée est constituée des patients de la Haute-Vienne affiliés au régime général et à ses sections locales mutualistes, ainsi qu'au régime agricole, hospitalisés au sein du service précité et remplissant les conditions d'accès au réseau (absence de tout facteur de comorbidité, existence d'un environnement familial et social satisfaisant, engagement du médecin traitant, adhésion du patient).

L'extension du bénéfice de cette action aux ressortissants d'autres régimes d'assurance maladie est subordonnée à l'adhésion des organismes d'assurance maladie concernés à la convention mentionnée au premier alinéa de l'article 6 et annexée au présent arrêté.

Art. 5. - Le réseau est constitué de médecins généralistes libéraux (médecins traitants des patients adhérent au réseau SPOD), de médecins spécialistes hospitaliers du service de chirurgie viscérale et transplantation, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes.

Art. 6. - La mise en œuvre de l'action expérimentale fait l'objet d'une convention de gestion conclue entre le CHU de Limoges, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie de Limoges, d'autre part. Cette convention, annexée au présent arrêté, détermine les conditions de fonctionnement du réseau, notamment les conditions d'adhésion des professionnels de santé, ainsi que les droits et engagements respectifs des parties.

La participation de la Mutualité sociale agricole à l'action expérimentale fait l'objet d'un avenant à la convention précitée.

Art. 7. - Le promoteur assume la responsabilité technique de l'ensemble du dispositif, objet du présent agrément. Il s'assure du

respect des conditions posées à la création du réseau expérimental, notamment en ce qui concerne la permanence et la continuité des soins, l'organisation de la formation des professionnels.

La responsabilité de la coordination des soins est assurée par le chef de service de chirurgie viscérale et transplantation, ou par un de ses assistants en son absence.

Art. 8. - La participation à l'action expérimentale, objet du présent agrément, repose sur le volontariat des professionnels, des assurés et de leurs ayants droit.

Le patient qui souhaite bénéficier du réseau de surveillance postopératoire à domicile y adhère par un acte d'engagement écrit.

La participation des médecins traitants à l'action expérimentale est subordonnée à la signature d'une charte prévoyant notamment un engagement à visiter le patient quotidiennement pendant la durée prescrite et à transmettre le jour même le protocole de suivi par fax ou télétransmission.

Art. 9. - Pour la mise en œuvre de l'action expérimentale, les caisses d'assurance maladie sont autorisées à déroger aux règles tarifaires de rémunération des professionnels de santé ainsi qu'à pratiquer la dispense d'avance de frais pour les prestations effectuées par les médecins traitants et les paramédicaux dans le cadre de la SPOD.

Art. 10. - Les visites réalisées, dans le cadre de l'expérimentation, par les médecins traitants chargés de la prise en charge médicale du patient à domicile et du transfert des données de surveillance médicale sont majorées de 10 %.

Art. 11. - L'évaluation du dispositif, condition du présent agrément, est menée dès la mise en œuvre du réseau. A cette fin, le promoteur s'engage à adapter son système d'information aux obligations posées par la nécessité du suivi et de l'évaluation médico-économique du projet. Il établit notamment un suivi exhaustif de l'activité du réseau et élabore un questionnaire de satisfaction des patients adhérent à la SPOD.

Les informations et analyses relatives au suivi et à l'évaluation du projet font l'objet :

- d'un rapport d'activité qui doit être adressé par le promoteur au secrétariat du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux avant le 1^{er} juillet de chaque année ;
- d'un rapport d'étape, établi au bout de dix-huit mois de fonctionnement ;
- d'une évaluation finale, à l'issue de la période d'expérimentation.

Art. 12. - Le rapport d'activité fait la synthèse de toutes les informations qui font l'objet du suivi du dispositif, tel que précisé dans la méthode d'évaluation. Il indique notamment :

- le nombre de patients admis, leur accessibilité au réseau, les volumes des soins dispensés, les durées d'admission dans le réseau ;
- le nombre de médecins traitants adhérent au réseau, le nombre moyen de patients suivis par médecin, le nombre de séances d'information spécialisée suivies par le médecin ;
- les coûts du dispositif : dépenses engagées au titre de l'expérimentation (coûts de structure, rémunération des professionnels) ;
- la continuité des soins (taux de réhospitalisation) ;
- les économies réalisées (en matière de frais d'hospitalisation notamment) ;
- les difficultés de fonctionnement rencontrées.

Art. 13. - L'évaluation finale a pour objet d'analyser l'intérêt médical, économique et organisationnel de l'action expérimentale, objet du présent agrément. Elle doit aboutir à une analyse de l'impact de la création d'une prise en charge spécifique de surveillance postopératoire à domicile sur l'activité sanitaire, notamment les transferts constatés entre le secteur hospitalier le secteur ambulatoire. Le promoteur délègue la réalisation de l'évaluation. Le choix du prestataire est effectué en concertation avec les caisses nationales d'assurance maladie.

Art. 14. - Les rapports mentionnés à l'article 11 doivent être adressés par le promoteur au secrétariat du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux. L'absence de transmission au conseil d'orientation du rapport d'activité et du rapport d'étape peut entraîner la suspension immédiate de l'agrément.

Une copie de ce rapport est adressée également aux caisses nationales d'assurance maladie, à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de la Haute-Vienne ainsi qu'à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales du Limousin, à l'agence régionale de l'hospitalisation du Limousin, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie du Limousin et à l'union régionale des médecins libéraux du Limousin.

Art. 15. - Le directeur de la sécurité sociale, le directeur général de la santé et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des