

Objet : RESEAUX DE SANTE

Date : 31 Décembre 2002

Date d'effet : Immédiate

N/Réf. : N° /02

La réglementation concernant le financement des réseaux de soins a été profondément modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et la **loi du 4 mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La présente circulaire a pour objectif de compléter la circulaire MIN/DHOS/DSS/ / CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002 par des précisions aux URCAM, DRSM, CPAM, CRAM destinées à la mise en oeuvre opérationnelle de la réforme du financement des réseaux.

La multiplication informelle des réseaux spontanés dans les années 80, initiés sur la thématique du Sida, puis des réseaux "ville-hôpital" au début des années 90, définis par circulaires ministérielles, a conduit le législateur à reconnaître ces nouvelles formes d'organisation des soins en leur donnant un cadre juridique.

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont ainsi créé deux catégories de réseaux :

- Les **réseaux et filières de soins expérimentaux** relevant de l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale appelés **réseaux "Soubie"**, ouverts au champ ambulatoire car permettant des dérogations aux règles de prise en charge des assurés et de rémunération des professionnels de santé libéraux

- Les réseaux relevant de l'article L 6121-5 du code de la santé publique appelés **"réseaux hospitaliers"** et agréés par le Directeur de l'ARH.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a tenté de modifier le dispositif expérimental des réseaux et filières de soins relevant du code de la sécurité sociale en instituant une régionalisation de la procédure d'agrément.

Compte tenu des multiples débats engendrés par ce texte, le décret d'application n'est jamais paru.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a modifié à son tour le financement des réseaux en substituant à la logique expérimentale antérieure une logique de généralisation des réseaux. **Elle institue une enveloppe de financement des réseaux gérée de façon déconcentrée au niveau régional.**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé introduit une définition unique des réseaux qui regroupe l'ensemble des catégories de réseaux préexistantes et impose des critères de qualité aux réseaux sollicitant des financements publics.

A) Rappel des textes :

• La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

La LFSS 2002 introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale :

- l'article L 162-43 instaure, au sein de l'ONDAM, une Dotation Nationale de Développement des Réseaux, déclinée en Dotations Régionales,

- l'article L 162-44 prévoit que, dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM décident conjointement des financements accordés aux réseaux de santé, dans la limite de la dotation régionale,

- l'article L 162-45 décrit les modalités de prise en charge des dépenses des réseaux dans ce nouveau cadre : règlement forfaitaire versé aux professionnels de santé ou à la structure gestionnaire du réseau de tout ou partie des dépenses du réseau et des dérogations au code de la sécurité sociale.

- l'article L 162-46 prévoit : "un décret en Conseil d'État précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements."

Un arrêté du 30 avril 2002 a fixé à 22,87 millions d'euros le montant de la dotation pour 2002. Le décret d'application est paru le 25/10/2002.

• La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

L'article 84 de cette loi abroge l'article L 6121 du code de la santé publique et crée dans ce code une définition unique des réseaux : les "réseaux de santé".

Les réseaux postulant à des financements publics (aide de l'état, financement par l'enveloppe réseaux...) sont soumis à des normes communes par le décret ..., qui portent sur les critères de qualité, les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation.

La publication du décret d'application est intervenue le 18/12/2002.

• Le FAQSV

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), créé par l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, est destiné notamment au financement d'actions concourant à la coordination des soins.

La gestion du fonds est exercée par un comité national de gestion placé au sein de la CNAMTS et au niveau régional par des comités régionaux placés au sein des URCAM, où sont représentés l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux : 20% du fonds sont destinés au financement des actions à caractère national et 80% aux actions à caractère régional.

Le montant des dépenses du Fonds pour 2001 et 2002 a été fixé à 106,72 euros.

Près de 70% des aides ont été accordées pour la mise en place d'actions de coordination.

- **Les soins palliatifs**

La loi du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs introduit des modes de rémunération particuliers pour les professionnels de santé libéraux délivrant des soins palliatifs à domicile.

Un décret d'application daté du 3 mai 2002 prévoit des rémunérations forfaitaires pour les professionnels de l'équipe de soins intervenant au domicile du patient.

Les rémunérations ainsi prévues doivent être intégrées dans la NGAP, à l'issue des négociations conventionnelles en cours.

- **Le champ conventionnel**

La loi 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie a inséré dans le code de la sécurité sociale l'article L 162-12-20 selon lequel les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des **Contrats de Santé Publique** ouvrant droit à une rémunération forfaitaire et qui comportent les engagements des professionnels relatifs à leur participation à des actions de coordination des soins, notamment à des réseaux de soins.

B) La politique de l'assurance maladie en matière de réseaux de santé :

- **L'assurance maladie soutient le développement des réseaux :**

L'assurance maladie a régulièrement manifesté son attachement à toute mesure susceptible de favoriser la coordination des pratiques, la continuité des soins et la complémentarité de l'offre de soins en considérant que les réseaux constituaient l'un des outils essentiels de cette démarche.

Le soutien de l'assurance maladie s'est manifesté dans le cadre de la procédure d'agrément des expérimentations : les CPAM ont soutenu, voire promu, de nombreux projets en vue de leur présentation au "comité Soubie", la CNAMTS puis les URCAM à partir de 2000 ont instruit plus de 50 projets d'expérimentation avant de les soumettre au conseil d'administration de la CNAMTS.

L'appui de l'assurance maladie s'est ensuite illustré lors de la mise en place des réseaux une fois leur agrément obtenu : les CPAM et services médicaux se sont fortement investis pour accompagner les promoteurs dans la définition des modalités concrètes de fonctionnement des réseaux.

L'accent mis sur la coordination dans les orientations du comité national de gestion du FAQSV, ainsi que l'importance des aides accordées pour les actions de coordination par les bureaux régionaux de gestion du FAQSV (près de 29 millions d'euros en 2001) démontrent aussi cet appui : le Fonds a permis le fonctionnement d'expériences nombreuses et diversifiées de réseaux.

Le Conseil d'Administration de la CNAMTS, sans remettre en cause ce soutien, a émis un avis défavorable sur le nouveau cadre législatif et réglementaire introduit par la LFSS 2002 car celui-ci induisait des difficultés techniques de gestion pour les caisses d'assurance maladie.

• Dès lors, l'assurance maladie pose plusieurs conditions à l'accompagnement des projets :

La faiblesse actuelle du montant de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux implique d'imposer un certain nombre d'exigences dans le ciblage des projets à financer. Le soutien de l'assurance maladie au financement des réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique se réalisera au regard des éléments d'appréciation suivants :

- Les réseaux de santé doivent apporter une plus value au regard de l'organisation de l'offre de soins existante. Cette plus value doit être de nature médicale, économique et organisationnelle. Le respect de cette triple condition contribuera à la réussite et à la pérennité des nouvelles organisations d'offre de soins mises en place.

- L'utilité et l'efficacité des réseaux financés ne pourront être avérées que s'ils sont évalués. Les modalités de suivi et d'évaluation doivent être prévues dès l'élaboration du projet ; ils permettent sa structuration, son adaptation et la validation du modèle mis en place.

- Les financements doivent prioritairement être accordés à des projets qui présentent un caractère viable avéré. Ceux-ci concernent en priorité les réseaux expérimentaux ou "Soubie" se situant au terme de leur période d'expérimentation, les réseaux préalablement financés par le FAQSV, et ceux agréés par l'ARH dans le cadre de l'ancien article L 6121-5 du CSP à condition d'une participation effective des professionnels de santé libéraux dans le réseau.

- Un réseau ne pourra être financé que s'il apporte la garantie d'une association des professionnels de santé libéraux à l'ensemble du projet : retombée effective sur leurs pratiques ; participation à la promotion, la mise en oeuvre, aux instances décisionnelles...

- La répartition des financements au sein des dotations régionales devra s'effectuer en respectant un équilibre entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, conformément à la nature des sources d'imputation de la dotation nationale de développement des réseaux. Les projets contribuant à favoriser les modes de coopération renforcée entre les professionnels de ces deux secteurs ne pourront d'ailleurs que favoriser cet équilibre.

- Afin de maintenir l'égalité de traitement des assurés sociaux sur l'ensemble du territoire français, les projets à vocation modélisante seront privilégiés, c'est à dire ceux dont le mode d'organisation peut être retenu en vue d'une restructuration de l'offre de soins.

A ce titre, seront entrepris des travaux sur trois thèmes :

- les soins palliatifs, selon le modèle d'organisation et d'accompagnement décrits dans les textes d'application de la loi 99-477 du 9 juin 1999 ;

- la gérontologie, en référence au mode d'organisation promu par la CCMSA en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM, agréé par l'arrêté ministériel du 1er avril 2000 ;

- le diabète, selon le schéma type d'organisation reposant sur l'éducation du patient, la formation pluridisciplinaire et la prise en charge diététique et podologique.

C) Caractéristiques de la réforme :

• Création d'une enveloppe "réseaux"

La création de la Dotation Nationale De Développement Des Réseaux par l'article 36 de la LFSS 2002 correspond à la mise en place d'une cinquième enveloppe dans l'ONDAM. Cette enveloppe spécifique, qui permet aux réseaux de bénéficier désormais de financements pérennes, est constituée de prélèvement des différentes enveloppes de l'ONDAM. Elle est intégralement répartie en 26 dotations régionales limitatives.

• Gestion de l'enveloppe

L'article 36 de la LFSS 2002 et son décret d'application sont muets sur le mécanisme qui pourrait assurer le respect des enveloppes régionales.

Dans tous les cas, les directeurs d'URCAM veilleront au respect de l'enveloppe lors de la décision de financement en exigeant de connaître le montant disponible de la dotation après imputation des dépenses engagées au titre des décisions précédentes. Il reviendra donc au directeur de l'URCAM de "prioriser" les projets sollicitant un financement auprès de la Dotation De Développement Des Réseaux, compte-tenu de la marge de manoeuvre existante.

• Nature des dépenses prises en charge

La dotation de développement des réseaux est destinée à financer "tout ou partie" des dépenses des réseaux. Le champ des dépenses ainsi couvertes est relativement large, mais il doit s'articuler avec les autres dispositifs de financement des réseaux, à savoir :

- La nouvelle architecture conventionnelle :

Elle prévoit notamment d'inscrire dans les annexes tarifaires conventionnelles des rémunérations forfaitaires pour les activités de coordination des professionnels de santé qui adhèrent à des contrats de santé publique dont le contenu précis sera défini dans la convention, ce qui laisse ainsi entrevoir la possibilité de prendre en charge d'une manière générale sur le risque de nouvelles rémunérations pour les professionnels de santé liées à leur activité de coordination dans les réseaux.

Dans l'attente de la mise en place du dispositif, les rémunérations correspondantes pourront relever de l'enveloppe réseau.

- Les textes relatifs aux soins palliatifs :

Le nouveau dispositif réglementaire concernant les soins palliatifs introduit des modes de rémunération pour les professionnels de santé libéraux intervenant dans le cadre d'une équipe de

soins palliatifs à domicile et une obligation de négocier dans le champ conventionnel le montant des forfaits correspondants.

Deux types de forfaits sont envisagés : un forfait rémunérant la coordination des soins pour le coordonnateur de l'équipe de soins et un forfait rémunérant la participation à la coordination pour les autres professionnels de santé de l'équipe de soins.

Cette équipe de soins ambulatoire peut intervenir dans le cadre d'un réseau de santé doté d'une équipe de référence chargée de la coordination administrative, dont le financement peut relever de la dotation de développement des réseaux.

Là encore, dans l'attente de l'inscription des forfaits dans les annexes tarifaires conventionnelles, l'enveloppe réseau pourra couvrir ces dépenses.

- Le FAQSV :

Prenant acte de la mise en place d'une enveloppe pérenne destinée au financement des réseaux, le Comité National de Gestion du FAQSV, lors de sa séance du 8 mars 2002, a redéfini les orientations qu'il souhaitait donner à l'attribution des aides du FAQSV sur le thème de la coordination des soins. Il a limité le champ d'intervention du FAQSV aux dépenses d'études préalables, aux frais d'évaluation et aux aides au démarrage des réseaux, rendant possible à ce titre la prise en charge des investissements et des frais de fonctionnement des nouveaux réseaux pendant une à deux années.

En conséquence, les dépenses susceptibles d'être couvertes par la dotation de développement des réseaux sont les suivantes :

- les dépenses de fonctionnement (charges de personnels, loyers, frais divers...);
- les dérogations aux dispositions du code de la sécurité sociale.

Le champ des dérogations envisageables est équivalent à celui retenu pour les réseaux et filières expérimentaux agréés dans le cadre de la procédure "Soubie" :

- dérogations aux règles de prise en charge des patients (exemple : prise en charge à 100% hors ALD et CMU)
- rémunérations dérogatoires destinées aux professionnels de santé (exemple : consultation de prévention)
- prise en charge des rémunérations des "non professionnels de santé" intervenant dans la prise en charge des patients dans le réseau (exemples : assistante sociale, diététicienne, psychologue...)

• Circuits de financements

En application de la loi, la décision de financement porte sur la hauteur mais aussi sur les modalités de financement des réseaux : elle peut prévoir un règlement forfaitaire des dépenses financées par la nouvelle enveloppe.

Deux cas de figure sont donc envisageables :

- Versement d'un forfait global à la structure gestionnaire du réseau couvrant les deux catégories de dépenses prises en charge par la dotation de développement des réseaux : frais de fonctionnement et dérogations ;

- Mise en place d'un double circuit de financement : versement à la structure gestionnaire du réseau d'un forfait global couvrant les frais de fonctionnement et les rémunérations des "non professionnels de santé" et règlement direct aux professionnels de santé ou au patient des prestations dérogatoires.

Dans le souci du respect de l'enveloppe, la décision favorisera le premier cas de figure, à savoir le versement d'un forfait global couvrant l'ensemble des dépenses.

Dans tous les cas, il conviendra de distinguer clairement les prestations dérogatoires des prestations de droit commun relevant de l'enveloppe ambulatoire : ne seront imputées sur l'enveloppe réseau que les dérogations entraînant un surcoût pour l'assurance maladie.

Le décret du 25/10/2002 prévoit que le paiement du règlement forfaitaire est assuré par la CPAM dans la circonscription de laquelle se situe le siège du réseau, la répartition entre les régimes étant effectuée sur le taux retenu pour la répartition de la dotation globale de financement des établissements du service public hospitalier de l'exercice concerné. Par convention entre les régimes, le paiement peut être assuré par une caisse d'un autre régime que le régime général.

Le décret prévoit donc la mise en place d'une caisse pivot pour les règlements forfaitaires, si cette formule de forfaitisation est retenue par la décision de financement, dès lors que le promoteur le souhaite.

Il appartient au promoteur du réseau de se mettre d'accord avec la caisse pivot pour définir les modalités de versement du règlement forfaitaire. Ceci suppose la rédaction d'une convention de financement précisant les obligations des deux parties, celles-ci devant comporter a minima l'engagement du promoteur de renseigner la caisse à chaque nouvelle inclusion ou sortie du réseau sur l'identité des patients et des professionnels (numéros d'identification).

Quelle que soit le cas de figure retenu, les rémunérations dérogatoires ont pour contrepartie l'engagement individuel de chaque professionnel de santé à adhérer à la charte du réseau, définie par l'article D 766-1-4 du CSP. L'engagement devra impérativement être formalisé par la signature d'un acte d'adhésion à la charte, qui sera adressé à la CPAM concernée par les versements.

• Critères de choix

En application du nouveau dispositif réglementaire, les réseaux sollicitant un financement public doivent répondre aux critères de qualité décrits dans le décret d'application de l'article 84 de la loi n°02-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Dans leurs décisions de financement les URCAM veilleront en outre à respecter les critères propres à l'assurance maladie détaillés en annexe, qui ont été définis dans le cadre d'un groupe de travail regroupant la CNAMTS et plusieurs URCAM.

Enfin, les critères de qualité figurant dans le cahier des charges d'examen des projets annexé à la circulaire CNAMTS cab/dir n°8/98 du 15/10/1998 relative aux réseaux et filières de soins, repris et adapté par les URCAM, constitue un outil utile.

D) Procédures :

• Instruction du dossier

La décision conjointe est l'aboutissement d'une instruction conjointe des demandes de financement : l'article R 162-60 du CSS prévoit que les conditions d'instruction des demandes de financement sont définies par une convention locale signée entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM.

La convention doit reprendre le cadre d'organisation défini dans la circulaire Ministère/ CNAMTS... qui repose sur les modèles existants de comité ou de secrétariat régional des réseaux et décrit le rôle respectif des URCAM et ARH dans la procédure d'instruction, au cours de laquelle l'avis de différents partenaires peut être sollicité (URML, fédérations hospitalières, fédération régionale des réseaux...).

L'URCAM est donc associée non seulement à la décision de financement mais aussi à l'instruction des projets de réseau. Il conviendra de veiller à ce que les services de l'URCAM ne soient pas les seuls instructeurs des dossiers sauf d'une part à devenir de fait une "annexe" technique de l'ARH et d'autre part à ne plus pouvoir assumer les autres missions qui sont les leurs.

La participation de l'URCAM à l'instruction des dossiers implique nécessairement :

- la connaissance de l'enveloppe disponible
- la stabilisation des budgets et projets
- la liberté de recourir aux experts de son choix
- l'association du Service Médical et des CPAM dans les conditions décrites ci-

dessous.

- Rôle du Service Médical dans l'instruction du dossier :

Le Service Médical apporte son expertise technique au secrétariat technique régional des réseaux et participe à la réalisation d'une analyse médico-administrative du projet.

Il se prononce, au minimum, sur les critères relevant de sa compétence :

- intérêt médical, au regard de l'offre de soins existante, libérale et hospitalière, des besoins de santé sur l'aire géographique considérée, des priorités de santé publique nationales et régionales, de la sécurité, de l'organisation, de la qualité, de la coordination et de la continuité des soins.

- intérêt et opportunité au regard d'éventuels autres réseaux, des orientations définies par les SROS, SNOS et schémas gérontologiques...

Le Médecin Conseil Régional, ou son représentant, transmet aux directeurs de l'URCAM et de l'ARH son avis motivé sur l'ensemble du projet finalisé.

- Rôle des CPAM dans l'instruction du dossier :

L'avis de la CPAM dans la circonscription de laquelle se situe le siège du réseau demandant un financement doit être sollicité.

L'appréciation de la CPAM, qui constitue une aide importante à la décision, porte notamment sur :

- l'analyse des besoins ;
- le promoteur du réseau ;
- les modalités d'application de la décision de financement envisagées par le promoteur.

• **Décision de financement**

Les directeurs de l'ARH et de l'URCAM décident conjointement des financements dans la limite de la Dotation Régionale De Développement Des Réseaux. Les décisions précisent la durée d'application : elle est au maximum de 3 ans et peut être prorogée au delà par une nouvelle décision formulée au vu des résultats de l'évaluation.

Les conditions de notification et de retrait de la décision sont décrites dans le décret du 25/10/2002. Celui-ci ne prévoit pas de possibilité d'appel en cas de refus de financement.

Du fait de l'absence d'agrément, la décision de financement pour une durée déterminée est une acceptation implicite des conditions de fonctionnement décrites par le promoteur dans le dossier de demande de financement.

Le directeur de l'URCAM est co-responsable de la décision de financement. En cas d'avis négatif, sa position est bloquante.

En qualité de représentant des assurés sociaux, le Conseil d'Administration de l'URCAM doit être associé aux décisions de financement. Pour ce faire, il appartient au Conseil de l'URCAM de définir la politique qu'il entend mettre en oeuvre sur sa région en fixant les orientations générales dans lesquelles les décisions du directeur devront s'inscrire. De même, la concertation entre le directeur de l'URCAM et le président du Conseil d'Administration de l'URCAM favorisera une approche globale des financements des réseaux.

Le directeur de l'URCAM doit en outre veiller au respect des conditions posées par l'assurance maladie, décrites précédemment (cf. B)) lors de la formulation de chaque décision de financement.

• Modalités de versement

La loi prévoit deux modalités de versement pour les réseaux financés par la dotation de développement des réseaux :

- un forfait global versé à la structure gestionnaire recouvrant l'ensemble des charges du réseau ;
- des prestations individualisées pour les professionnels de santé et les patients en sus d'un forfait global versé à la structure gestionnaire couvrant les dépenses de fonctionnement et les rémunérations des "non professionnels de santé".

Dans l'attente d'une solution cible destinée à couvrir l'ensemble des besoins de liquidation et d'information liés aux organisations émergentes des soins telles que les réseaux, la solution transitoire envisagée est la suivante :

- Pour le versement du forfait global, l'article R 162-68 du CSS prévoit que ce règlement est assuré par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège. Il prévoit également que les dispositions de versement et de répartition entre les régimes sont identiques à celles de la dotation globale versée aux établissements publics sanitaires.

Un compte de charge et un compte d'acomptes spécifiques seront notifiés aux CPAM par l'Agence Comptable Nationale. Dans l'attente de la mise à jour du logiciel RDBG, les caisses pourront liquider et payer manuellement des acomptes sur le compte de classe 4.

- Pour le versement des prestations individualisées, les codes de prestations de l'applicatif Dexter pourront être utilisés pour une saisie dans PROGRES par la CPAM dont relève l'assuré. Les modalités d'utilisation de cette solution informatique sont décrites dans la circulaire CNAMTS cab/dir n° 7/2000 du 23/08/2000.

Pour que les versements soient réalisés, la structure gestionnaire du réseau doit impérativement disposer d'une personnalité morale et être identifiée par un numéro inter-régimes.

Cet identifiant, attribué par l'ARH, et issu d'un fichier permettant une consolidation nationale, figure dans la décision de financement conjointe URCAM/ ARH. Il doit impérativement être reporté sur les feuilles de soins et tous les documents utilisés dans le cadre de l'activité du réseau.

Suivi statistique et comptable

Le calcul des dépenses imputées sur la dotation de développement des réseaux est réalisé, au niveau régional, à partir d'un double suivi :

- Le forfait global fait l'objet d'un suivi comptable individualisé ;
- Le cas échéant, les prestations individualisées payées en sus impactent les comptes des prestations concernées. L'interrogation des bases informationnelles par requête ERASME permet de connaître les dépenses des assurés du régime général.

Concernant le suivi des prestations individualisées, les dépenses liées aux dérogations accordées dans le cadre des réseaux expérimentaux dits "Soubie" ne devront pas être comptabilisées car celles-ci relèvent de l'enveloppe "soins de ville" jusqu'au terme de la période autorisée et ne s'imputent donc pas dans la dotation de développement des réseaux.

Les dépenses correspondantes pourront être isolées à partir de la liste des numéros d'identification des réseaux "Soubie" figurant en annexe.

- 10 -

Rôle du Service Médical dans le suivi des réseaux

Le Service Médical peut, conformément à ses missions, réaliser, de sa propre initiative ou à la demande du secrétariat des réseaux, l'analyse, à un moment donné, du fonctionnement médical du réseau (analyse du service médical rendu). Ses conclusions seront transmises aux deux directeurs ARH/URCAM.

Le Service Médical peut réaliser le suivi médical externe du dispositif et dans ce cadre, transmettre des informations, et participer, selon une méthodologie définie initialement, au suivi global externe du réseau. Là aussi, ses conclusions seront transmises aux deux directeurs ARH/URCAM.

Le Service Médical, afin de ne pas être à la fois juge et partie, ne participe pas au fonctionnement du réseau, aussi,

- Il ne participe pas au montage, du dispositif.

- Il ne participe pas, en tant que membre décideur, aux différents comités qui concourent au fonctionnement du réseau.

E) Suivi et évaluation globale

L'article R 162-66 du CSS prévoit la transmission au Ministère chargé de la santé et de la sécurité sociale et aux caisses nationales d'assurance maladie d'une synthèse régionale annuelle comprenant l'analyse des rapports d'activité annuel des réseaux financés par la dotation de développement et l'analyse des évaluations intervenant au terme de la décision de financement.

Afin d'assurer une remontée d'information homogène de la gestion de la dotation de développement des réseaux en région et permettre de procéder notamment à des comparaisons inter-régionales, la rédaction d'un document type spécifique est envisagé. Des précisions sur ce point seront fournies ultérieurement.

Par ailleurs, il est important de faire remonter l'ensemble des difficultés rencontrées tant dans la procédure que sur le fonds des dossiers. Le Département Innovations en Organisation des Soins (DIOS) de la DRM à la CNAMTS assurera la centralisation des remontées et procédera à une diffusion auprès de l'ensemble des URCAM de leur résolution.

- 11 -

ANNEXES

1) Article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002

2) Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du code de la sécurité sociale.

3) Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2002

4) Article 84 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

5) Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L 6321-1 du code de la santé publique.

6) Circulaire MIN/DHOS/DSS// CNAMTS n°2002-610 du 19 décembre 2002.

7) Critères de choix propres à l'assurance maladie

8) Présentation schématique de la dotation nationale de développement des réseaux

9) Liste des numéros d'identification des réseaux agréés dans le cadre dit "Soubie"

- 12 -

ANNEXE 1

LOI n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002

Article 36

I. - Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. L. 162-43. - Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4o du I de l'article LO 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux. « Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code. « Art. L. 162-44. - Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45, supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé. « Art. L. 162-45. - Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau. « En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale : « 1o Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ; « 2o Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ; « 3o Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ; « 4o Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations. « Art. L. 162-46. - Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en oeuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements. » II. - 1. Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ». 2. Dans le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, après les mots : « Ce montant prend en compte », sont insérés les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, ». 3. Dans le quatrième alinéa de l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, ». 4. Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en son sein, », sont insérés les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et ». 5. Dans le 1o du I de l'article L. 325-2 du même code, les mots : « prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code » sont supprimés. III. - Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets,

pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.

- 13 -

ANNEXE 2

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43, L. 162-44 et L. 162-46 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 8 avril 2002 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs en date du 23 avril 2002 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 avril 2002 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. R. 162-59. - Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43. Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

« Art. R. 162-60. - Dans chaque région, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes.

« Art. R. 162-61. - La décision conjointe prévue par l'article L. 162-44 prend en considération, pour chaque demande :

« a) La prise en compte des priorités pluriannuelles de santé publique ;

« b) L'intérêt médical, social et économique, au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médico-sociaux ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation ;

« c) Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation ;

« d) L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière

- 14 -

des prestations ;

« e) La justification des dérogations demandées en application de l'article L. 162-45.

« Art. R. 162-62. - La décision conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie autorise le réseau à bénéficier des

dispositions de l'article L. 162-45 dans la limite du montant disponible de la dotation régionale de développement des réseaux après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe.

« Ne s'imputent pas sur cette dotation régionale les frais couverts par l'assurance maladie en application des articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-3.

« Art. R. 162-63. - La décision conjointe est publiée et notifiée dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande vaut rejet. Ce délai ne court qu'à compter de la réception d'un dossier complet comportant les éléments suivants :

« a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau ;

« b) Les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge dans le réseau ;

« c) Les modalités de suivi des dépenses du réseau.

« La décision précise la durée de l'application qui ne peut excéder trois ans. Elle peut être prorogée dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation.

« Pour mettre en oeuvre la décision conjointe, l'organisme désigné, dans la circonscription où le réseau a son siège, définit avec le ou les promoteurs du réseau les modalités d'application de la décision.

« Art. R. 162-64. - Le retrait de la décision de financement est pris conjointement par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou de non-respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs.

« Art. R. 162-65. - Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet, le promoteur transmet aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés :

« - au plus tard le 31 mars de chaque année un rapport d'activité relatif à l'année précédente qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;

« - au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévu à l'article R. 162-63 un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau. Ce rapport analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante et fait état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

« Art. R. 162-66. - A partir des rapports qui leur sont adressés, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie élaborent une synthèse régionale annuelle comprenant :

« 1° L'analyse des rapports d'activité selon les modalités fixées par la convention et qui comporte les éléments nécessaires à apprécier :

« a) La consommation de la dotation régionale de développement des réseaux ;
- 15 -

« b) Un récapitulatif détaillé des dérogations et des dépenses financées à ce titre.

« 2° L'analyse des évaluations des réseaux arrivant à terme.

« Ces documents de synthèse sont transmis au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale pour le 30 juin au plus tard et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie et au conseil régional de santé.

« Art. R. 162-67. - Lorsque la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement est prise par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de la circonscription où le réseau a son siège après consultation de chacun des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation et d'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés. En cas de désaccord de l'un des directeurs d'une région limitrophe, la décision de financement du réseau ne s'applique pas aux assurés sociaux ressortissant de la caisse d'assurance maladie de la région considérée.

« Les dépenses du réseau s'imputent sur chacune des dotations régionales de développement des réseaux, au prorata des bénéficiaires relevant des organismes d'assurance maladie de chaque région concernée.

« Art. R. 162-68. - Lorsque la décision conjointe met en oeuvre le règlement forfaitaire prévu par l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, le paiement de ce règlement est assuré par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription où le réseau a son siège. Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

« La répartition de ce règlement forfaitaire entre les régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée selon les taux retenus, pour l'année considérée, en application des dispositions de l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

La sous-section 2 de la section VI du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est abrogée.

Article 3

A compter de la date de publication du présent décret, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie sont destinataires des informations concernant les décisions d'agrément des réseaux expérimentaux prises avant le 31 décembre 2001. Les dispositions de l'article R. 162-64 du code de la sécurité sociale sont applicables à ces décisions.

Article 4

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

- 16 -

ANNEXE 3

Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002

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

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-43 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment l'article L. 315-9 ;

Vu la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, notamment l'article 71 ;

Vu l'arrêté du 30 avril 2002 pris en application de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale fixant pour l'année 2002 l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements sanitaires de la France métropolitaine financés par dotation globale ;

Vu l'arrêté du 30 avril 2002 pris en application de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles fixant pour l'année 2001 l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses sociales et médico-sociales autorisées pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés ;

Vu l'arrêté du 30 avril 2002 pris en application de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale fixant l'objectif quantifié national pour l'année 2002 des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique,

Arrêtent :

Article 1

Le montant de la dotation nationale de développement des réseaux prévue par l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale est fixé pour 2002 à 22,87 millions d'euros.

Article 2

La dotation nationale prévue à l'article 1er s'impute :

- à hauteur de 10,67 millions d'euros sur l'objectif national d'évolution des dépenses hospitalières prévu par l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

- à hauteur de 10,67 millions d'euros sur l'objectif de dépenses déléguées mentionné au II de l'article L. 227-1 du même code ;

- à hauteur de 0,76 million d'euros sur l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-2 du même code ;

- à hauteur de 0,76 million d'euros sur l'objectif mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles.

Article 3

Le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux pour 2002 est fixé comme suit :

- 17 -

Régions Montants (EUR)

Alsace 715 670

Aquitaine 1 081 990

Auvergne 655 200

Bourgogne 731 040

Bretagne 1 056 590

Centre 938 390

Champagne-Ardenne 634 270

Corse 369 920

Franche-Comté 580 080

Île-de-France 2 844 670

Languedoc-Roussillon 917 580

Limousin 506 090

Lorraine 870 100

Midi-Pyrénées 987 190

Nord - Pas-de-Calais 1 244 540

Basse-Normandie 664 370

Haute-Normandie 732 990

Pays de la Loire 1 113 300

Picardie 747 180

Poitou-Charentes 746 910

Provence-Alpes-Côte d'Azur 1 498 490

Rhône-Alpes 1 690 320

Guadeloupe 391 260

Guyane 327 570

Martinique 386 850

Réunion 437 440

Article 4

La directrice générale de l'action sociale, le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

- 18 -

ANNEXE 4

Loi no 02-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Chapitre V

Réseaux

Article 84

I. - Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Réseaux de santé

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6321-2. - Régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

« Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux.

« Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

« - celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;
« - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. »

II. - Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8° de l'article L. 6143-1 et au 6° de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1.

III. - L'article L. 6121-5 du même code est abrogé.

- 19 -

ANNEXE 5

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 octobre 2002,

Décète :

Article 1

Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ

« Chapitre 1er

« Réseaux de santé

« Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

« Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

« Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en oeuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

« Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

« Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'usager le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'usager le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

« Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa

- 20 -

santé et le respect de leur confidentialité.

« Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'usager ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'usager et par les professionnels.

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'usager. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite «charte du réseau», définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

« 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;

« 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;

« 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.

« Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.

« Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.

« Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en oeuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.

« Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

« Art. D. 766-1-5. - Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :

« 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;

- « 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;
- « 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;
- « 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
- 21 -
- « 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
- « 6° Les modalités de représentation des usagers ;
- « 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
- « 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;
- « 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants
- « 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;
- « 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
- « 12° Le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre ;
- « 13° Les conditions de dissolution du réseau.
- « Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.
- « Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.
- « Art. D. 766-1-7. - Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.
- « Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :
- « 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;
- « 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;
- « 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;
- « 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;
- « 5° Les coûts afférents au réseau ;
- « 6° L'impact du réseau sur son environnement ;
- « 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »

Article 2

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire et le ministre délégué aux libertés locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

- 22 -

ANNEXE 6

CIRCULAIRE MIN/DHOS//DSS// CNAMTS n°610 du 19 décembre 2002

Relative aux réseaux de santé, en application de l'article L.6321-1 du code de la santé publique et des articles L.162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

Résumé:

La loi droit du malade et qualité du système de santé (article 84) définit les réseaux de santé et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) crée une dotation nationale de développement des réseaux : la présente circulaire a pour objet d'accompagner la mise en oeuvre opérationnelle de ces nouvelles dispositions qui réforment en profondeur le cadre légal des réseaux par une définition unifiée et des procédures administratives de création et de financement simplifiées.

Elle a été élaborée sur la base d'organisations et procédures initiées dans de nombreuses régions. Des outils méthodologiques issus des travaux d'un groupe de travail mené par les ARH et les URCAM viendront la compléter ultérieurement.

Textes de référence :

- loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;
- loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (article 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique ;
- loi n°2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;
- décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;
- décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux ;
- décret n°2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile pris pour l'application de l'article L.162-1-10 du code de la sécurité sociale ;
- arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002

Texte abrogé : circulaire n° 99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux qu'elle annule et remplace.

Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour objet «de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires...»

Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Les lois précitées ont posé le fondement de leur encadrement juridique, leur organisation, leurs financements : la présente circulaire en précise les modalités de mise en oeuvre.

- 23 -

Deux axes opérationnels la structurent :

- les principes généraux communs aux réseaux : structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement ;
- l'instruction régionale : dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH/URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux.

I -Un cadre législatif et réglementaire rénové et simplifié :

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part. Ainsi les procédures d'agrément des réseaux de soins par les ARH ou des réseaux de soins expérimentaux "SOUBIE" par le ministère sont supprimées, mais les financements acquis à ce titre sont poursuivis jusqu'à échéance.

- La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (article 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L.6321-1 qui donne une définition unique et souple des "réseaux de santé" et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (article 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale –articles L.162-43 à L.162-46 – qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux ; le montant de cette dotation nationale de développement des réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le décret d'application du 25 octobre 2002 précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe.

II -Des principes généraux communs

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour des pathologies et/ou une population déterminée.

A La structuration générale des réseaux et la coordination :

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

«Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers», les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination.

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi droit des malades, et en garantir la transparence.

-Les réseaux sont organisés et formalisés:

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en oeuvre pour les atteindre. Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont nécessaires à leur formalisation :

- document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge individualisée ;

- charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs,

- 24 -

- convention constitutive.

-Les droits du patients sont garantis:

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau.

Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, « deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (article 3 de la loi droits des malades).

-Les réseaux sont structurés :

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire, ...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

-La coordination constitue le fondement essentiel du réseau :

- La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.

- La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B -Le système d'information :

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en oeuvre d'un système d'information permettant la transmission d'information de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations.

Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quitte le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications.

Il est recommandé que les différents systèmes d'information, informatisés, utilisés au sein d'un réseau soient interoperables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C - Qualité et évaluation :

- 25 -

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation.

- La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

- les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage;
- ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en terme de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

- Les actions menées sont évaluées :

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques et compte-tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- au plus tard le 31 Mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- tous les trois ans ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D -Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- financements pluriannuels sur crédits de l'Assurance Maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- financements conjoncturels sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville géré par l'Assurance Maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge

- 26 -

des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage -investissement, fonctionnement- pour la première voire la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent:

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...);
- le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

Les réseaux de soins " SOUBIE " sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales...). A la fin de cette période, le résultat de l'évaluation de leurs structure et actions servira de support à la décision de poursuivre leur financement sur la nouvelle enveloppe "réseaux"

S'agissant de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération des professionnels libéraux exerçant dans le cadre d'une équipe de soins à domicile, dès lors que des dispositions conventionnelles seront mises en oeuvre, sera financée sur le risque Assurance maladie conformément à la loi n°99-947 du 9 juin 1999, y compris lorsque les professionnels de l'équipe de soins palliatifs interviennent à domicile au sein d'un réseau. Les membres de l'équipe, ainsi rémunérés, bénéficient en revanche des actions de formation et d'évaluation proposées par le réseau et financés sur l'enveloppe.

La rémunération des professionnels par des forfaits en application de l'article L 162-12-20 du code de la sécurité sociale permet d'encourager l'engagements des professionnels à participer à "des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins"...Ce dispositif n'est pas réservé à des réseaux spécifiques mais a une portée générale pour l'ensemble des professionnels de la ville intervenant dans le cadre des réseaux de santé.

III-Les modalités d'organisation dans les régions :

A - Un dispositif d'instruction commun aux différents financeurs autour de l'ARH-URCAM

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de "guichet unique" qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux est recommandée :

- Un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet de recevoir pendant au moins deux périodes prédéterminées dans l'année, les projets de réseaux sollicitant un financement et d'en assurer, le cas échéant, une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ; il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'Assurance Maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que les représentants des collectivités territoriales éventuellement financeurs ; il peut faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeurs préalablement formés.

- 27 -

- Le secrétariat technique peut organiser la consultation des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement co-financeurs et des représentants des usagers, sur les projets de réseaux finalisés . Cette concertation peut avoir lieu au sein d'un comité régional des réseaux lorsqu'un tel comité est constitué. L'avis du comité est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi et de l'évaluation du plan régional des réseaux de santé.

B - Modalités d'organisation de la décision de financer un réseau sur la dotation régionale

La décision de financer un réseau sur la dotation régionale de développement des réseaux (issue de l'enveloppe créée au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM concernés ; déconcentrée, elle est donc prise au plus près des préoccupations régionales, dans le cadre des orientations relatives au développement des réseaux proposées chaque année par les directeurs, pour délibération respective, à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernée. Elle devrait ainsi faciliter l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

- La prise de décision :

Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement.

La décision conjointe de financer le réseau est prise dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet (enregistré à sa réception), indiquant nécessairement les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer au réseau ainsi que les modalités prévues de suivi des dépenses. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Elle est publiée et notifiée à son promoteur et comprend le numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH (suivant des modalités définies en annexe), le silence gardé pendant plus de quatre mois valant rejet.

- les modalités d'imputation sur la dotation régionale :

S'agissant des modalités de prise en charge des dépenses des réseaux, l'article L. 162-45 du CSS précise que "la décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau".

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordonnateur), aux actions collectives de prévention (hors financement par les FNPEIS ou FNASS ad hoc), aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau (hors formation continue des professionnels concernés qui relève du cadre conventionnel ad hoc), la rémunération des prestations des professionnels hors champ conventionnel, les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé (non prévues par les conventions).

Lorsque l'engagement de financer le réseau est pluriannuel, le montant du financement est calculé annuellement. Au terme de chaque année du financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante doit être soumis à l'approbation du directeur de l'URCAM et de l'ARH pour bénéficier et ajuster, le cas échéant, le versement annuel suivant à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la hausse doit être limitée au budget pluriannuel initialement accordé.

La décision conjointe prend en compte pour chaque nouveau projet le montant de l'enveloppe disponible après imputation des dotations résultant des décisions antérieures.

- 28 -

- les modalités de versement du financement accordé :

Lorsqu'un financement est accordé sur la dotation régionale de développement des réseaux, c'est la décision de financement qui détermine les modalités de versement ainsi que sa périodicité (échéances de paiement).

Une attention particulière doit être apportée au respect de l'enveloppe disponible, ce qui conduit à avoir une vision globale de l'ensemble des charges qui seront imputées sur cette enveloppe en terme de fonctionnement et d'activité des professionnels.

La décision favorisera le versement d'une dotation globale couvrant l'ensemble des dépenses inscrites au budget, y compris la rémunération des professionnels libéraux, imputées sur la dotation régionale des réseaux.

Le versement sera effectué par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège, la CPAM prenant le rôle de "caisse pivot". Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

La répartition entre les régimes s'effectuera selon les modalités applicables pour la répartition de la dotation hospitalière pour l'année considérée.

Lorsque des dérogations sont versées par le réseau aux professionnels de santé libéraux ou que des prises en charge dérogatoires sont accordées aux patients, un dispositif de suivi est établi par le promoteur avec la CPAM afin de suivre les dépenses correspondantes.

S'agissant de la rémunération des professionnels de santé intervenant dans le réseau, elle peut néanmoins être payée directement au professionnel concerné sous forme forfaitaire, tant que des dispositions conventionnelles n'ont pas prévu de rémunérations spécifiques.

Dès lors que des dispositions conventionnelles auront prévu des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux participant aux réseaux de santé, ces rémunérations seront imputées sur le compte risque de l'assurance maladie, s'agissant de prestations de droit commun. Ce transfert impliquera que les montants des forfaits versés aux professionnels ne pourront en aucun cas être différents de ceux définis dans les annexes tarifaires des conventions.

IV - Relations entre les régions et les instances nationales :

Chaque année, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la

consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et récapitulent les dérogations et dépenses financées à ce titre.

Ces documents de synthèse sont transmis à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernés ainsi qu'au ministre chargé de la santé (DHOS) et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie pour un suivi national.

V -Dispositions transitoires pour la fin 2002 :

- La parution des différents textes permet dès maintenant de notifier aux réseaux dont les dossiers sont prêts et opérationnels les moyens financiers leur permettant de mener d'ores et déjà leurs actions. Les CPAM sont en mesure de verser les montants prévus dans l'arrêté portant notification de la décision conjointe ARH/URCAM, à condition que la notification leur parvienne au plus tard le 23 décembre et précise le numéro d'identification du réseau, les modalités de versement et les échéances de paiement dès l'exercice 2002 ;

- S'agissant des réseaux relevant du dispositif "SOUBIE", l'amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 permet de poursuivre les financements sur les bases déjà acquises. En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux.

- 29 -

Conclusion :

L'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires et la présente circulaire doivent permettre aux partenaires régionaux de répondre aux besoins de santé publique par une approche coordonnée des dispositifs et faciliter le développement des réseaux, en appuyant les initiatives des promoteurs qui apportent une vraie valeur ajoutée pour le patient.

Des annexes viendront compléter cette circulaire dans les prochains mois afin de proposer des outils adaptables localement, d'aide au montage d'un projet de réseau, à l'instruction et à la décision à partir de la mutualisation des expériences ainsi valorisées : "quatre page" régional d'informations générales et pratiques sur les réseaux, guide pour l'instruction et l'évaluation, guide du promoteur, modèles-type...

Afin de pouvoir accompagner la mise en place du dispositif et en cas de difficulté, vous pouvez contacter au ministère de la santé Sophie BENTEGEAT (tel : 01 40 56 54 33 ; e-mail : sophie.bentegeat@sante.gouv.fr) et à la CNAMTS Stéphanie DROLEZ (tel : 01 42 79 31 31 ; e-mail : stephanie.drolez@cnamts.fr).

- 30 -

ANNEXE 7

Critères de choix propres à l'assurance maladie

1. Principes généraux :

Le réseau a une vocation a priori " interstitielle " ce qui signifie qu'il n'a pas vocation à se substituer à l'offre de soins existante mais à combler un déficit en terme d'offre ou d'organisation.

Deux types de réseaux pourraient intéresser prioritairement l'assurance maladie : des réseaux de proximité mis en place à partir de besoins ressentis par les professionnels et les patients et des réseaux à vocation régionale s'inscrivant dans une logique dynamique de réponse aux priorités de santé publique.

Le réseau doit participer au décloisonnement de l'offre des soins : ville/ hôpital, sanitaire/ médico-social, médecins/ auxiliaires.

Si un réseau doit être créé, il convient de veiller à ce qu'il s'appuie sur l'offre de soins existante : autre réseau, structures de soins ou médico-sociales...

L'opportunité du réseau doit être démontrée : existence d'un besoin ou plus-value par rapport à l'existant.

Le réseau doit offrir un service nouveau sur un plan organisationnel afin de favoriser en particulier la coordination et la permanence de la prise en charge.

Le réseau doit prévoir une dimension prévention et éducation du patient et une dimension sociale. Ces dimensions ne doivent pas être nécessairement réalisées par le réseau mais le projet doit présenter leur prise en compte dans le réseau.

Le réseau doit être cofinancé et au delà du financement principal qui s'impute sur la cinquième enveloppe. Ainsi, si le réseau doit recourir à des aides complémentaires du FAQSV il doit également bénéficier d'aides complémentaires d'un cofinancier (ARH ou hôpital, collectivités locales...) sauf dans le cas d'un réseau purement "libéral"

L'enveloppe budgétaire accordée doit être fermée : le nombre patients pris en charge est limité et le budget alloué au réseau doit être respecté.

L'assurance maladie doit suivre l'activité du réseau, le cas échéant en étant associée à certains travaux, sans pour autant participer aux instances délibérantes : la participation aux instances délibérantes des URCAM est à rejeter ; la participation des CPAM aux instances de pilotage est envisageable ; la participation des médecins conseils aux comités scientifiques peut être envisagée au même titre que celle prévue dans les comités médicaux des établissements de santé.

Tout réseau doit comporter un comité d'évaluation chargé du suivi et de l'évaluation. Les réseaux doivent faire l'objet d'un suivi attentif par l'ensemble des acteurs et des financeurs, débouchant notamment sur un rapport précis d'activité. Compte tenu de la généralisation des réseaux et du coût de leur évaluation, les réseaux n'ont plus lieu de faire systématiquement l'objet d'une évaluation par un prestataire externe. Le comité d'évaluation peut faire appel à un évaluateur externe, le coût du recours au prestataire ne pouvant dépasser le quart du montant global du projet.

2. Les critères :

Pour permettre le choix d'un projet, les critères suivants doivent apparaître dans les projets présentés au financement :

Critères organisationnels :

La décision de financement nécessite :

- l'identification du promoteur (personnalité morale) et la désignation d'un interlocuteur permanent des caisses et autres partenaires
- l'existence d'une structure fonctionnelle du type comité de pilotage
- 31 -
- la connaissance des différents prestataires de service appelés à intervenir dans le réseau ainsi que leur mission exacte (ex informaticiens, évaluateurs, structures de soins ou sociales....)
- la définition du rôle de tous les acteurs du réseau
- l'obtention de la description des modes de communication entre les différents professionnels du réseau, entre le réseau et les autres interlocuteurs en particulier l'assurance maladie , entre le réseau et les patients, entre la ville et l'hôpital
- le formalisation des outils de coordination des soins (modèles d'actes d'adhésion par exemple...) et des solutions assurant la continuité des soins

Critères de qualité :

La décision de financement nécessite :

- la formalisation des engagements des professionnels et des patients
- la prise en compte des droits des usagers et des précisions sur les modalités permettant l'information des patients
- la description des modalités de prise en charge des patients
- des garanties de prise en charge des patients dans des conditions de sécurité identiques à celles offertes dans les structures de soins traditionnelles
- l'existence d'une équipe de référence
- la possibilité pour le réseau de se référer à un expert identifié du domaine scientifique concerné
- la conformité des pratiques professionnelles aux dernières données acquises de la science
- l'actualisation des connaissances techniques des professionnels sur le domaine médical investi par le réseau voire sur les pratiques coordonnées, qui doit de préférence être partagée entre tous les acteurs du réseau
- l'association des professionnels au suivi et à l'évaluation du réseau
- l'engagement des professionnels qui participent au réseau à utiliser des équipements techniques de qualité (étalonnage récent des appareils de mesure par exemple...)

3. Déontologie et réseaux de santé :

Quelques principes :

- La sélection des patients à l'entrée du réseau ne peut résulter que du respect de critères médicaux ou géographiques, qui sont précisés dans la charte du réseau. La sélection peut aussi être liée à la limitation du nombre de patients pris en charge dans le réseau nécessaire au respect du budget alloué.
- Le coordonnateur du réseau veille à la qualité globale du réseau et au respect des principes éthiques. Il en assure le bon fonctionnement en vue d'atteindre les objectifs fixés.
- Chaque acteur du réseau est responsable de ses actes. L'indépendance professionnelle de chaque acteur, médecin ou non, est garantie malgré l'exercice en réseau.
- Le réseau doit posséder une structure non hiérarchique avec une organisation horizontale fondée sur l'alliance des compétences.
- La mise en place d'une formation interdisciplinaire favorise le décloisonnement dans le respect de l'indépendance de chaque professionnel adhérant au réseau.
- L'utilisation des protocoles et référentiels existants (notamment ANAES) ou leur élaboration dans le cadre du réseau concourt à l'amélioration et à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Les acteurs s'engagent à ne pas utiliser le réseau à des fins commerciales.
- Principes à respecter pour le patient :
 - . Droit à des soins de qualité sans aucune discrimination.
 - . Secret médical : droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique, sociale et sa vie privée.
 - . Libre choix et information du patient sur toutes les caractéristiques spécifiques de cette nouvelle forme de prise en charge avec ses avantages et ses inconvénients.
- 32 -
 - . Respect de la dignité des personnes notamment par la recherche de leur adhésion aux modes de prise en charge et de traitement.
 - . Respect de la volonté du patient notamment en prévoyant d'emblée les modalités de sortie du réseau et en informant le patient.

Outils et moyens utiles au respect de ces principes

- La convention constitutive du réseau

Elle précise les objectifs et les modalités d'organisation et de fonctionnement du réseau.

- La charte du réseau

Elle définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales (article D 766-3 du CSP)

Elle est adressée pour information au Conseil de l'Ordre.

- L'acte d'adhésion du patient

Il permet l'information et le recueil du consentement éclairé du patient.

L'adhésion au réseau se fait par la signature de ce document.

- L'acte d'adhésion du professionnel

Le professionnel s'engage à respecter la charte du réseau, en signant un acte d'adhésion individuel.

Il est adressé pour information au Conseil de l'Ordre.

La liste des professionnels adhérant au réseau peut être publiée dans les Caisses d'Assurance Maladie.

- Le dossier médical partagé

Il facilite le partage d'information, corollaire indispensable du travail en réseau.

Quelque soit le support utilisé (papier, informatique, internet), le respect du secret médical doit être garanti.

En cas d'échanges informatisés d'informations individuelles, une autorisation CNIL est requise.

Les modalités d'accès aux informations contenues dans le dossier médical partagé doivent respecter les dispositions prévues dans la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades.

- 33 -

ANNEXE 8

Dotation nationale de développement des réseaux

Risque

Évaluation, études, investissements, fonctionnement années 1 et 2

Prestations légales

Dérogations

rémunérations des PS

prestations patients (100%, forfaits TIPS...)

Frais de fonctionnement (locaux, salaires)

+ rémunérations des non professionnels de santé

(psychologues, assistantes sociales, diététiciennes...)

Risque

Forfaits de coordination Soins palliatifs

Autres

Enveloppe
Réseaux

FAQSV

- 34 -

ANNEXE 9

Réseaux et filières de soins agréés en application de l'ancien article L 162-31-1 du CSS
(expérimentations "Soubie")

Nom	Numéro d'identification	CPAM concernées
"Réseau de soins palliatifs coordonnés à domicile"	960000032	CPAM Tarbes
Réseau "ESPOIR"	Bourgogne + Ain 960000065 Franche-Comté 960000073	CPAM Auxerre CPAM Dijon CPAM Mâcon CPAM Belfort +CPAM Bourg en Bresse CPAM Besançon CPAM Lons le Saunier CPAM Montbéliard CPAM Vesoul
Réseau "ONCORESE"	960000057	CPAM Tulle
"Projet d'organisation d'un réseau gérontologique"	960000107	CPAM Agen CPAM Amiens CPAM Angers CPAM Arras CPAM Aurillac CPAM Bayonne CPAM Besançon CPAM Blois CPAM Carcassonne CPAM Chaumont CPAM Dijon CPAM Le Havre CPAM Mâcon CPAM Nevers CPAM Niort CPAM Orléans CPAM Périgueux CPAM La Rochelle CPAM Tours
"Réseau de professionnels de santé de Lens"	960000115	CPAM Lens
"Résopad 43"	960000123	CPAM Puy en Velay
Réseau "PARAD"	960000081	CPAM Clermont-

"Unité Pilote de soins palliatifs à domicile du Faucigny"	960000099	Ferrand
Réseau "GT 69"	960000131	CPAM Annecy
- 35 -		CPAM Lyon
Nom	Numéro d'identification	CPAM concernées
Réseau "SPOD"	960000162	CPAM Limoges
" Réseau expérimental de soins aux DNID de l'Essonne et du Val-de-Marne "	960000164	CPAM Créteil
Réseau "REDIAB Pas-de-Calais"	960000040	CPAM Evry
		CPAM Boulogne sur Mer
"Réseau gérontologique dans le Pays de Retz"	960000180	CPAM Calais
		CPAM St-Nazaire
"Réseau de prévention des risques liés au vieillissement chez les personnes âgées de 70 ans et plus"	960000149	CPAM Nice
"Filière diabète en Maine et Loire"	960000206	CPAM Angers
		CPAM Cholet
Réseau "Douleur 77"	960000198	CPAM Maincy
"Réseau nivernais pour l'urgence vitale"	960000214	CPAM Nevers
- 36 -		