

# SANTÉ

## PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES  
SOCIALES ET DE LA SANTÉ

UNION NATIONALE DES CAISSES  
D'ASSURANCE MALADIE

*Direction générale de l'offre de soins*

Sous-direction du pilotage de la performance  
des acteurs de l'offre de soins

Bureau des coopérations  
et des contractualisations (PF3)

*Direction déléguée à la gestion  
et à l'organisation des soins*

Département de l'évaluation  
et du marketing

### **Instruction DGOS/PF3/CNAM n° 2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé**

NOR : AFSH1240062J

Validée par le CNP le 12 octobre 2012. – Visa CNP 2012-243.

*Catégorie* : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles ;

*Résumé* : la présente instruction met à disposition des ARS et des DRSM une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé et précise les conditions de son utilisation ;

*Mots clés* : réseaux de santé – évaluation – ARS – DRSM – directeurs coordonnateurs de la gestion du risque.

#### *Références* :

- Code de la santé publique : articles L. 6321-1 et suivants et D. 6321-1 et suivants ;
- Code de la sécurité sociale : articles L. 162-45 et suivants et R. 162-59 et suivants ;
- Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM ;
- Instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » ;
- Autorisation CNIL : délibération n° 2011-322 du 13 octobre 2011.

#### *Annexes* :

- Annexe I. – Présentation de la démarche d'évaluation médico-économique des réseaux de santé.
- Annexe II. – Organigramme des tâches.
- Annexe III. – Courrier type aux réseaux (soins palliatifs et autres thématiques).
- Annexe IV. – Plan type d'analyse.
- Annexe V. – Fichiers de recueil pour les réseaux de soins palliatifs diabétologie, gérontologie, insuffisance respiratoire chronique.

*La ministre des affaires sociales et de la santé, le directeur général de la CNAMTS à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs coordonnateurs de la gestion du risque ; Mesdames et Messieurs les directeurs de la DRSM.*

La présente instruction est destinée à compléter les outils mis à disposition des agences régionales

de santé pour accompagner les évolutions attendues des réseaux de santé. À ce titre, la méthode d'évaluation présentée s'inscrit dans la démarche proposée par l'instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ».

L'évaluation des réseaux de santé constitue un impératif dont l'objectif est de mesurer le service rendu aux patients suivis par les réseaux. L'évaluation et la contractualisation, à travers la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), constituent deux volets indissociables du dialogue de gestion entre l'ARS et chaque réseau.

L'évaluation peut prendre différentes formes :

- l'évaluation interne ou l'autoévaluation : elle est assurée au minimum à l'occasion du rapport d'activité transmis à l'ARS par le promoteur du réseau chaque année avant le 31 mars (art. D. 6321-7 du CSP). Cette évaluation en continu doit permettre à l'ARS de suivre en routine l'activité et le bon fonctionnement des réseaux financés ;
- l'évaluation externe, pilotée par l'ARS, intervient au plus tard à la fin de la période contractuelle, soit tous les cinq ans.

Pour chaque réseau, sont actuellement disponibles des indicateurs socles permettant d'apprécier l'activité des réseaux en termes de nombre de patients ayant un plan personnalisé de santé (PPS), d'intégration des professionnels et des établissements et de couverture par les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) des dépenses. Depuis 2008, un indice synthétique de qualité (ISQ) synthétise également chaque année les indicateurs traceurs des procédures de qualité et sécurité mis en place par les réseaux.

Des indicateurs spécifiques sont enfin suivis pour mesurer l'atteinte des objectifs fixés par le CPOM.

La méthode d'évaluation médico-économique présentée ici vise à compléter les indicateurs existants en permettant une appréciation du service rendu par le réseau en termes médico-économiques et la comparaison de cette prise en charge avec d'autres modes d'organisation.

La présente instruction a pour objet d'exposer cette méthode et de préciser ses conditions de mise en œuvre au niveau régional.

## **1. Présentation de la méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé**

La méthode a été élaborée conjointement par la DGOS et la CNAMTS, avec l'appui d'une société extérieure, et a fait l'objet d'un premier déploiement dans trois régions pilotes : Aquitaine, Bourgogne et Rhône-Alpes, pour 44 réseaux.

La méthode repose sur une comparaison « cas/ témoins » : les patients du régime général de chaque réseau, qui disposent, sur la période d'analyse, d'un PPS, sont appariés et comparés à des témoins identifiés sur le bassin de recrutement du réseau dans la patientèle de médecins n'adhérant pas au réseau. Les critères de comparaison sont médicaux et économiques.

La méthode permet d'évaluer les réseaux des thématiques suivantes : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs, insuffisance respiratoire chronique/asthme, réseaux polyvalents de proximité pour les patients atteints de ces pathologies permettant de disposer d'éléments objectifs.

Une présentation détaillée de cette méthode figure en annexe I.

## **2. Conditions de mise en œuvre de la méthode d'évaluation des réseaux de santé**

### *Sur le ciblage des réseaux évalués*

Compte tenu du temps nécessaire aux requêtes et à l'exploitation des résultats, le déploiement de la méthode d'évaluation doit être réservé aux réseaux préalablement sélectionnés au regard de la thématique d'intervention du réseau et du nombre de patients ayant un plan personnalisé de santé.

Pour l'évaluation des réseaux sur les périodes 2011 et 2012, il est recommandé de cibler le dispositif sur les thématiques suivantes :

- les réseaux assurant le suivi d'au moins 100 patients ayant un plan personnalisé de santé sur la période étudiée ;
- les réseaux des thématiques suivantes : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs et les réseaux polyvalents pour la prise en charge sur les thématiques diabétologie, gérontologie, soins palliatifs et pathologies respiratoires.

Il conviendra dans tous les cas de vérifier que le nombre de patients par réseau et par thématique pour les réseaux polyopathologiques sera suffisant pour une analyse statistique fiable (au minimum 30 patients inclus dans l'étude).

Pour les réseaux disposant d'un ISQ très bas, d'autres actions immédiates peuvent être conduites, sans nécessairement recourir à l'évaluation médico-économique.

### *Sur la planification des travaux d'évaluation*

Il est proposé d'inscrire l'utilisation de la méthode dans le cadre d'un programme annuel permettant la planification des travaux au niveau régional. Ce programme est défini par chaque ARS

au titre de la direction de la coordination de la gestion des risques avec l'assurance maladie et dans le respect des présentes orientations. Chaque année, des orientations nationales seront le cas échéant définies par le conseil national de pilotage des ARS.

L'organisation des travaux au niveau régional devra s'appuyer sur une équipe projet pilotée par un chef de projet et composée d'au moins un chargé d'étude réseau de l'ARS, d'un médecin-conseil de la DRSM et d'un statisticien.

La planification des travaux d'évaluation devra prendre en compte les contraintes liées à la disponibilité dans le système d'information de l'assurance maladie des informations nécessaires à l'évaluation (délai de conservation de 2 ans et 1 mois glissant). À titre d'exemple, une observation sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 nécessite un lancement des requêtes après le 30 septembre 2012 et au plus tard le 31 janvier 2013.

Le déroulé des tâches de cette méthode d'évaluation est fourni en annexe II ainsi que des courriers types à destination des réseaux évalués (cf. annexe III).

L'utilisation de cette méthode nécessite notamment :

Une mobilisation des réseaux pour la fourniture de fichiers de leurs patients : à ce titre, il est précisé que la transmission par les réseaux des fichiers contenant le Numéro d'inscription au répertoire (NIR) des patients suivis est autorisée, dans le cadre de l'autorisation CNIL reçue pour l'utilisation par les DRSM de la méthode d'évaluation (délibération n° 2011-322 du 13 octobre 2011. Adresse Internet : <http://legimobile.fr/fr/cnil/del/aut/2011/2011-322/>)

La disponibilité du NIR est en effet la condition préalable à la fourniture de résultats issus des systèmes d'information de l'assurance maladie.

La mise à jour régulière par la CNAMTS, au niveau national, des requêtes informatiques mises à disposition permettant d'interroger la base de l'assurance-maladie (ERASME).

La réalisation par l'équipe projet d'une étude statistique et d'une analyse des résultats obtenus (cf. annexe IV – Plan type d'analyse).

#### *Sur l'usage des résultats de la méthode d'évaluation*

Cette méthode d'évaluation vient compléter les états des lieux réalisés en région et ses résultats doivent permettre d'orienter les décisions prises par les ARS. Elle est un outil d'aide à la décision pour les ARS. À ce titre, son utilisation a vocation à constituer un outil de dialogue de gestion du FIR entre les ARS et les réseaux, dans le cadre des CPOM.

Enfin, ses résultats devront alimenter le bilan annuel du FIR sur les réseaux, qui sera adressé au conseil national de pilotage des ARS. Il est ainsi demandé aux ARS de transmettre les résultats des évaluations ainsi réalisées, sous forme de scores globaux et les décisions prises à partir de l'analyse des résultats. Ces informations seront intégrées dans le bilan annuel national du FIR.

\*  
\* \*

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette instruction et de ses annexes à vos services.

Je vous invite à me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans l'utilisation de cette méthode, en prenant contact si nécessaire avec le bureau coopérations et contractualisations à la DGOS ([dgos-PF3@sante.gouv.fr](mailto:dgos-PF3@sante.gouv.fr)) ou avec le département de l'évaluation et du marketing à la CNAMTS ([dep@cnamts.fr](mailto:dep@cnamts.fr)).

Pour la ministre des affaires sociales  
et de la santé et par délégation :  
*Le directeur général de l'offre de soins,*

J. DEPEAUPUIS

*Le directeur général  
de la Caisse nationale d'assurance maladie  
des travailleurs salariés,*  
F. VAN ROEKEGHEM

## ANNEXE I

### PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION MÉDICO-ÉCONOMIQUE DES RÉSEAUX DE SANTÉ

#### 1. Le contexte

La circulaire DHOS/03/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 a précisé les critères d'appréciation de la valeur ajoutée des réseaux : l'efficacité est appréciée par une comparaison coûts/résultats entre plusieurs réseaux de périmètre comparable et par la comparaison coûts/efficacité entre l'activité menée par un réseau et une prise en charge par des acteurs non coordonnés.

Le comité national de gestion du FIQCS a souhaité la mise en place d'un dispositif d'évaluation des réseaux de santé, réalisé en deux étapes.

La première étape est une évaluation de chaque réseau basée sur des indicateurs socles. Le recueil initialisé en 2008 est effectué par les ARS auprès de chaque réseau et les résultats synthétiques sont présentés au niveau national dans le rapport d'activité réalisé par la CNAMTS et la DGOS.

La seconde étape vise à mettre à disposition des instances régionales et nationales une méthodologie reproductible permettant d'objectiver la plus-value médico-économique du modèle organisationnel en réseau de santé par rapport aux autres modes de prise en charge.

Elle vient compléter les outils mis à disposition des agences régionales de santé pour accompagner les évolutions attendues des réseaux de santé. À ce titre, la méthode d'évaluation présentée s'inscrit dans la démarche proposée par l'instruction DGOS/PF3 n° 2012-349 du 28 septembre 2012 relative au guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? ».

La DGOS et la CNAMTS ont assuré le pilotage des travaux d'élaboration de cette méthodologie, en collaboration avec une société extérieure. Le modèle et les outils ont été expérimentés dans trois régions. Cette expérimentation a permis de confirmer l'adéquation de la méthode à l'évaluation des réseaux des thématiques suivantes : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs, insuffisance respiratoire chronique, asthme, réseaux de proximité pour les patients atteints de ces pathologies.

Elle permet de disposer d'éléments objectifs. Toutefois, compte tenu du temps nécessaire aux requêtes et à l'exploitation des résultats, son déploiement doit être réservé aux réseaux préalablement sélectionnés dans le cadre d'un programme annuel.

Pour l'évaluation des réseaux sur les périodes 2011 et 2012, il est recommandé de cibler le dispositif sur les thématiques suivantes :

Les réseaux assurant le suivi d'au moins 100 patients sur la période étudiée ;

Les réseaux thématiques suivants : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs et les réseaux polyvalents sur les thématiques diabétologie, gérontologie, pathologies respiratoires, soins palliatifs. Chaque réseau complète le fichier correspondant à son orientation.

#### 2. La méthodologie

Le cadre général est celui d'une enquête contrôlée cas/témoin. Elle est effectuée de façon spécifique par thématique, l'appariement des groupes devant se faire sur des paramètres propres à chaque thématique.

Pour améliorer la qualité de cet appariement, et neutraliser les effets d'« environnement » autant que faire se peut, les témoins sont choisis dans le même territoire que les cas, dans la clientèle de médecins non adhérents à un réseau de la thématique évaluée.

Cette méthode est essentiellement basée sur les informations disponibles dans le système d'information de l'assurance maladie.

#### 3. Organisation

La méthode de constitution des groupes cas et témoins, le recueil des critères médicaux et économiques nécessitent de mobiliser les acteurs locaux : ARS, réseaux, services médicaux des régions.

L'ARS adresse aux réseaux un courrier auquel sont joints les fichiers à compléter. Les réseaux fournissent aux DRSM les identifiants de tous les patients ayant eu un PPS sur la période étudiée ainsi que les identifiants des médecins adhérents et intervenant dans au moins un PPS. Cette transmission est réalisée sur serveur de dépôt sécurisé (serveur PETRA).

Pour les patients cas et témoins potentiels, sont extraites du système d'information de l'assurance maladie les informations nécessaires à l'appariement et à la construction des indicateurs à l'aide d'une requête nationale fournie aux DRSM pour les patients du régime général. Pour les fichiers qui ne comportent aucun NIR renseigné, aucune recherche ne sera effectuée et aucune requête ne sera lancée.

L'ensemble de la procédure a fait l'objet d'une déclaration CNIL au niveau national (délibération CNIL n° 2011-322 du 13 octobre 2011).

L'analyse des résultats est effectuée par l'équipe projet mise en place au niveau régional pour la réalisation de ces travaux.

#### 4. Les principes généraux

Sont présentés dans ce paragraphe les principes généraux applicables aux réseaux entrant dans le champ de la méthode de référence.

Pour chacune de ces thématiques, les principes spécifiques sont présentés dans l'annexe « Méthodologie spécifique à chaque thématique » à laquelle il convient de se reporter pour l'évaluation.

##### 4.1. Constitution du groupe des patients « cas »

Les patients « cas » sont l'ensemble des patients adhérents au réseau évalué, ayant un plan personnalisé de santé (PPS) pendant la période d'observation.

Il faut par ailleurs que les cas soient assurés au régime général d'assurance-maladie. En cas de changement de régime d'assurance-maladie d'un patient « cas » pendant l'année, le patient est exclu.

Selon les thèmes, des critères d'exclusion sont appliqués, cf. annexe « Méthodologie spécifique à chaque thématique ».

##### 4.2. Constitution du groupe des patients « témoins »

Pour améliorer la qualité de l'appariement cas/témoins, les témoins sont choisis dans le territoire couvert par le réseau, dans la clientèle de médecins non adhérents à un réseau de la thématique évaluée.

À cette fin, le réseau adresse, à la DRSM, la liste des médecins et spécialistes adhérents au réseau et étant intervenus dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de l'année observée (nom, prénom, numéro ADELI du médecin).

Le territoire couvert par le réseau est déterminé à partir des codes postaux (4 premiers chiffres) de l'ensemble des patients adhérents au réseau et ayant un PPS.

Cette approche permet de réaliser des appariements cas/témoin qui se font *de facto* sur les caractéristiques socio-démographiques du territoire : contrôle de tous les facteurs « cachés » représentés par ces caractéristiques.

En outre, en identifiant un groupe témoin issu de la patientèle de médecins traitants non adhérents à un réseau de la même thématique, le risque d'effet « contagion » (modification des comportements et de la pratique étendue à l'ensemble de leurs patients par les médecins membres du réseau de santé) est levé.

*Attention* : lorsque le réseau déclare un nombre important de médecins, la requête ne permettra pas de trouver des patients « témoins ». Ce peut être le cas pour des réseaux de proximité intervenant sur des zones rurales à faible densité de médecins généralistes. Si cette situation se présente, l'identification des témoins pourra s'effectuer à partir des 3 premiers chiffres du code postal, pour étendre la zone de recrutement des témoins.

Il convient, en tout état de cause, de reprendre contact avec le réseau pour vérifier que la liste des médecins fournie ne comprend bien que des médecins adhérents au réseau et étant effectivement intervenus dans au moins un plan personnalisé de santé d'un patient au cours de l'année d'observation.

Pour chaque thématique, les critères d'inclusion et d'exclusion spécifiques appliqués aux patients « cas » sont appliqués également aux patients témoins (cf. annexe « Méthodologie spécifique à chaque thématique »).

Compte tenu de la volumétrie, les patients « témoins » sont les patients ayant eu des soins remboursés sur la période des trois premiers mois de l'année.

##### 4.3. Critères d'appariement cas/témoins

###### A. – PRINCIPES GÉNÉRAUX

Pour tous les réseaux, les critères d'appariement de base sont le territoire d'implantation, le sexe et le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur.

Par thématique, des critères supplémentaires d'appariement sont déterminés (cf. annexe « Méthodologie spécifique à chaque thématique »).

L'appariement cas/témoins est basé sur des critères uniquement disponibles dans les bases régionales de l'assurance maladie (ex. : pour la gérontologie, appariement sur le niveau de soins d'auxiliaires médicaux, puisque le GIR n'est pas disponible pour les témoins).

Afin de ne pas biaiser les résultats, pour les thématiques diabétologie et gérontologie, les individus (cas ou témoins) atteints de cancer ne sont pas retenus pour l'étude, car ils sont en nombre insuffisant pour être étudiés de manière significative et risqueraient de biaiser l'analyse par des valeurs extrêmes de consommation.

Dans le cas de la gérontologie, les individus en IRCT sont retirés.

Dans le cas de la diabétologie, les individus en IRCT sont conservés et les analyses se font sur deux classes : IRCT et non IRCT.

B. – RETRAITEMENT DES BASES DE DONNÉES

Compte tenu de la méthode retenue (comparaison cas/témoin), il est indispensable de faire en sorte que les témoins soient comparables.

Pour chaque pathologie, il a été retenu une méthode permettant, à partir des informations disponibles à l'issue de la requête, de s'assurer au mieux que cette hypothèse est vérifiée. Les critères suivants sont retenus :

a) Pour les réseaux de gérontologie, les témoins dont l'âge est inférieur au patient cas le moins âgé sont supprimés de la base.

b) Pour les réseaux de soins palliatifs, les témoins ayant des dépenses totales inférieures au minimum des dépenses totales des cas sont à retirer de l'étude.

Sont retirés les individus ayant des dépenses en réanimation supérieures à la moitié des dépenses totales remboursées sur les trois derniers mois (il est considéré que dans ces situations, la probabilité qu'ils aient bénéficié d'une prise en charge palliative est faible).

c) Pour toutes les thématiques, les cas et les témoins ayant des dépenses totales nulles sont retirés.

4.4. Indicateurs d'évaluation

A. – CRITÈRES D'ÉVALUATION MÉDICAUX

Sur le plan médical, ont été retenus des indicateurs généraux (recours à l'hospitalisation, venues en urgence...) ainsi que des indicateurs spécifiques à chaque thématique.

Les indicateurs médicaux communs à tous les réseaux de santé quelle que soit la thématique sont :

- part des patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation MCO ;
- nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO ;
- nombre moyen de journées en SSR ;
- part de patients ayant au moins un acte en urgence.

L'amélioration de la prise en charge des patients par les réseaux doit se traduire par une augmentation de la « part des patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation MCO ».

Par contre, pour les autres indicateurs, une meilleure prise en charge des patients par le réseau consistera en une diminution.

Pour les indicateurs médicaux spécifiques, il est fait appel aux référentiels existants : recommandations HAS, guides ALD de la HAS, publications dans des revues à comité de lecture, sachant qu'un indicateur doit répondre en outre à la contrainte d'être aisé à recueillir chez les cas comme chez les témoins à travers les bases de données disponibles.

Dans l'exemple du diabète, on dispose d'indicateurs intermédiaires (suivi du taux de HbA1c notamment) pour lesquels il a été démontré qu'ils étaient corrélés à de meilleurs résultats en termes d'état de santé sur le moyen terme (recommandations HAS ALD 8 2007 et actualisation 2010). Ce sont ces indicateurs qui ont été retenus.

Quand il n'existe pas d'indicateurs intermédiaires fiables, par exemple dans le cas des soins palliatifs, le critère qui a été privilégié est lié à l'objectif d'éviter des réhospitalisations ou des venues en urgence, ce qui peut s'apprécier sur le court terme. Dans ces cas, les indicateurs de recours à l'offre de soins constituent des indicateurs de résultat adaptés.

Les critères médicaux spécifiques à chaque thématique sont présentés en annexe.

B. – CRITÈRES D'ÉVALUATION ÉCONOMIQUES

Sur le plan économique, l'évaluation des coûts est effectuée sur la base des dépenses de l'assurance-maladie en distinguant :

- les dépenses de soins de ville décomposées en honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, actes CCAM, médicaments, dispositifs médicaux, biologie, transports ;
- les dépenses de soins hospitaliers décomposées en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, autres). Les informations disponibles dans le système d'information de l'assurance maladie sont différentes entre le secteur public et le secteur privé. C'est pourquoi, pour réaliser les comparaisons, sont retenus les coûts remboursés bruts, étant entendu que les champs de dépenses couverts par les dépenses hospitalières privées (GHS, suppléments pour soins critiques, médicaments en sus des GHS, hors honoraires médicaux) et les dépenses hospitalières publiques (prix de journée supposés intégrer les différents postes de coûts hors médicaments en sus) sont différents. Il peut ainsi être opéré des comparaisons cas/témoins sur un territoire donné entre dépenses hospitalières privées d'une part, dépenses hospitalières publiques d'autre part.

Pour obtenir un coût complet pour les réseaux, on inclut le coût au titre du FIQCS/FIR par patient adhérent au réseau et ayant un PPS. Ce coût est égal au montant versé sur le FIQCS/FIR (y compris les charges à payer) divisé par le nombre de patients avec PPS figurant dans le rapport d'activité correspondant à l'exercice étudié.

#### 4.5. Période d'observation

La période d'observation doit être de douze mois. Cela permet de disposer d'un recueil de coûts sur une période suffisamment longue, notamment pour les soins hospitaliers, et de pouvoir évaluer l'application d'indicateurs médicaux qui s'apprécient sur une année.

Compte tenu des contraintes liées à la disponibilité dans le système d'information de l'assurance-maladie des informations nécessaires à l'évaluation (conservation de 2 ans et 1 mois glissant), on peut retenir soit une année civile soit 12 mois de date à date en fonction de la date de lancement des requêtes. À titre d'exemple, une observation sur la période du 1<sup>er</sup> janvier 2011 au 31 décembre 2011 nécessite un lancement des requêtes au plus tard le 31 janvier 2013, etc.

Pour les réseaux hors soins palliatifs, les périodes à retenir sont les suivantes :

- les patients cas sont les patients dont le PPS a été établi avant le début de la période annuelle observée et dont le PPS est actif à la fin de cette période annuelle ;
- les médecins du réseau sont les médecins adhérents et ayant participé à au moins un PPS au cours de la période annuelle observée ;
- pour le calcul des indicateurs, la période d'observation retenue s'étend sur une année en date de soins.

De façon spécifique pour les soins palliatifs, la durée d'observation porte sur les trois mois avant le décès, pour tous les patients du réseau décédés pendant l'année d'observation moins les trois premiers mois. Les médecins du réseau sont les médecins adhérents et ayant suivi au moins un patient du réseau sur cette période.

Ex. : le réseau fournit les données de l'ensemble des patients décédés entre le 1<sup>er</sup> avril 2011 et le 31 décembre 2011, ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le 31 décembre 2011.

Lorsque les réseaux transmettent dans leur liste des patients avec une date d'adhésion au réseau postérieure à la période étudiée, les patients concernés doivent être exclus de l'étude.

#### 4.6. Procédure d'appariement et d'extraction des items nécessaires à la construction des indicateurs

Sur la base des critères d'appariement retenus pour chaque thématique, la requête sur la base ERASME permet de :

- constituer des strates [par exemple pour le diabète, on adopte trois tranches d'âge, deux tranches pour le sexe, deux tranches pour le traitement antidiabétique (avec ou sans insuline), et trois tranches pour le traitement cardio-vasculaire, on obtient 36 strates] ;
- répartir l'échantillon des cas (patients du réseau, après application des critères d'exclusion) selon ces strates ;
- constituer un groupe témoin avec répartition des patients identique à celle des cas dans chaque strate. En pratique, le fichier des témoins potentiels est lui-même découpé en strates et un tirage au sort est effectué dans chaque strate pour tirer les patients témoins pour aboutir au « bon » nombre de patients témoins (comme indiqué ci-dessus dans un ratio de 10 témoins pour un cas, ou un ratio inférieur si la volumétrie rend la requête non praticable). Il ne s'agit pas bien sûr d'être représentatif par strate, mais d'atteindre une représentativité globale.

##### Extraction des items nécessaires à la construction des indicateurs

Sont extraites d'ERASME les informations nécessaires aux analyses comparatives :

- consommation de soins en montants remboursés selon les agrégats retenus ;
- informations sur les séjours hospitaliers en secteur public (incluant les données sur les hôpitaux locaux) et secteur privé lucratif : nombre de séjours hospitaliers, durée de séjour, montants remboursés en distinguant médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation, dialyse, radiothérapie, urgences, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, autres ;
- indicateurs médicaux spécifiques à chaque thématique.

##### Constitution de la base de données anonyme

L'ensemble des traitements décrits ci-dessus nécessite que les patients soient identifiés au démarrage de la procédure, et seul le service médical dispose des données transmises par le réseau en vertu du protocole. Mais ensuite, au moment d'extraire dans ERASME les informations utiles, *via* la requête nationale, les données d'identification sont effacées. Les données suivantes sont automatiquement supprimées : nom, prénom, NIR, code postal, caisse d'affiliation, la date de naissance est transformée en âge. Ainsi, à aucun moment n'est constitué un fichier comprenant à la fois les identifiants de patients et les données médicales.

Pour les médecins prenant en charge les patients sont effacés : nom, prénom, adresse, numéro ADELI.

*In fine*, on obtient un fichier spécifique d'un réseau (et donc d'une thématique), avec une ligne par patient, comprenant les cas et les témoins, sans donnée nominative ni indirectement nominative.

#### 4.7. Analyse statistique

Les analyses réalisées sur ces données ont pour objet de déterminer si le réseau apporte une plus-value médicale et économique. Ainsi, les indicateurs d'évaluation sont étudiés de façon comparative entre cas et témoins. Ces analyses produiront par réseau des statistiques agrégées.

L'analyse statistique porte sur :

- caractéristiques des deux groupes, vérification de l'appariement entre cas et témoins ;
- comparaison des critères médicaux entre les groupes cas/témoins ;
- comparaison des coûts entre les deux groupes en distinguant soins de ville/ soins hospitaliers.

Pour les réseaux prenant en charge au moins 100 patients sur l'année, mais dont les effectifs retenus pour l'analyse sont inférieurs à 30, la méthode d'évaluation peut être appliquée en « poolant » les réseaux d'une même thématique au plan régional, ce qui permet d'obtenir une vision globale de la plus-value médico-économique sur cette thématique.

#### 4.8. *Recommandations de lecture des résultats*

La méthode de comparaison cas/témoins, utilisée par ailleurs dans plusieurs études antérieures, permet d'aboutir à des conclusions quant à la plus-value médicale et économique des réseaux de santé.

Les résultats obtenus constituent un faisceau d'indicateurs permettant de porter un jugement global sur un réseau donné et sur le modèle d'organisation en réseau pour une thématique donnée.

1. Pour chaque thématique, les critères d'appariement cas/témoins accessibles dans ERASME sont fiables et intègrent l'essentiel des facteurs de variabilité des coûts.

Ainsi, pour le diabète, les témoins sont repérés à partir du traitement antidiabétique, et le fait d'apparier les cas et les témoins sur l'âge, ainsi que sur la nature des traitements antidiabétiques et cardiovasculaires (outre l'appariement sur la zone géographique), permet d'aboutir à des populations ne différant essentiellement que par l'appartenance ou non au réseau.

Sur la thématique « gérontologie », les critères d'appariement ont été affinés sur le niveau de sévérité et de dépendance des patients, en utilisant le paramètre « dépenses d'auxiliaires médicaux », les GIR ou tout autre critère de sévérité et de dépendance ne pouvant être obtenus aisément pour les patients « témoins ». Lors de l'expérimentation, la fourniture par les réseaux des GIR de leurs patients a permis de mettre en évidence, pour chaque réseau, une corrélation entre le GIR et les dépenses d'auxiliaires médicaux.

L'ARS demandera aux réseaux évalués de fournir systématiquement la part de patients par GIR.

2. L'existence d'indicateurs de résultats spécifiques par thématique permet d'apprécier l'impact du réseau. Ainsi pour le diabète, la gérontologie, l'insuffisance respiratoire, la méthode donne la possibilité de quantifier les indicateurs du suivi médical recommandé.

3. Les résultats obtenus ont montré une stabilité tant lors des tests menés lors de l'élaboration de la méthode que lors de l'expérimentation sur les trois régions. De façon spécifique pour le diabète, ils sont comparables avec notamment l'étude ENTRED.

4. Le parcours de soins repérable dans ERASME est particulièrement détaillé pour la consommation de soins de ville. Lorsque l'évaluation est défavorable au réseau sur les indicateurs de suivi médical (comme les dosages biologiques, les examens d'imagerie...), il conviendra de demander au réseau de démontrer la spécificité de la prise en charge des patients par l'hôpital en consultation externe, tant pour les actes médicaux que pour les examens de laboratoire. Pour les prescriptions médicamenteuses, la délivrance n'intervenant qu'en ville, le niveau de l'indicateur prend en compte l'exhaustivité des délivrances.

5. Sur la thématique « soins palliatifs », la mesure du résultat a été limitée au seul indicateur quantitatif disponible dans le système d'information, à savoir le nombre de journées d'hospitalisation dans les trois mois précédant le décès.

Le pourcentage de décès en hospitalisation MCO n'est pas un indicateur médical retenu au motif que le patient, même pris en charge à domicile, a toujours le choix d'avoir recours à une prise en charge hospitalière, y compris dans les derniers jours de vie.

La « plus-value » qualitative, liée au confort psychologique du patient et de son entourage, est difficile à apprécier, dans l'état actuel de structuration des réseaux. Si cet aspect qualitatif peut être recueilli auprès des cas (enquête de « satisfaction » menée par le réseau dans le cadre de son auto-évaluation), il devient en revanche plus difficile de recueillir ces éléments pour les témoins.

L'indice de Karnofsky, qui permettrait de connaître les stades de gravité des personnes en soins palliatifs, nécessiterait l'interrogation du médecin traitant (ou de l'établissement de santé) pour les témoins et celle du réseau pour les cas. La complexité de recueil a conduit à exclure cet indicateur.

Afin de prendre en compte les objectifs des réseaux de soins palliatifs (prise en compte de la douleur et des autres symptômes, accompagnement psychologique...), les ARS pourront demander dans le cadre du rapport d'activité les informations relatives à ces objectifs. En l'absence de disponibilité de cette information pour les patients « témoins », elle ne servira pas à la détermination de la plus-value médicale du réseau, mais à mesurer la qualité de la prise en charge des patients par une approche des procédures dans le cadre du calcul de l'ISQ.

6. Sur toutes les thématiques, l'expérimentation a confirmé l'importance de la notion de territoire pour opérer l'appariement cas/témoins. En effet, ont été constatées des différences dans les valeurs des indicateurs des dépenses entre les témoins des réseaux de même thématique situés dans des zones différentes.

Ces différences de dépenses par patient témoin entre zones géographiques sont conformes aux résultats d'autres études. Bien que, pour un type d'activité donné, les dépenses moyennes des différents territoires d'une région puissent paraître similaires, les tests statistiques réalisés montrent que,

dans la majorité des cas, il n'est pas raisonnable de supposer que la dépense moyenne par patient est comparable d'un territoire à l'autre. Ces différences confirment la légitimité d'un appariement cas/témoin au niveau territorial.

Aussi, la mise en œuvre de la méthode ne peut déroger à la réalisation d'une comparaison cas/témoins sur un territoire homogène.

### 5. Le « scoring »

Pour les comparaisons interréseaux sur les indicateurs recueillis, afin de tenir compte des spécificités des territoires d'implantation, il convient de ne pas se contenter de comparer les indicateurs entre les réseaux, ceux-ci étant implantés dans des territoires aux caractéristiques différentes.

Pour une thématique donnée, trois scores permettent d'apprécier les disparités entre les réseaux.

Score de résultat médical « R » :

Sont pris en compte l'ensemble des indicateurs médicaux retenus pour la thématique.

Les différents critères de résultats sont agrégés dans un score global de résultat obtenu à partir de la cotation de chaque critère, selon le score suivant :

0 s'il n'y a pas de différence significative entre cas et témoins ;

- 1 si les cas ont une position significativement défavorable par rapport aux témoins ;

+ 1 si les cas ont une position significativement favorable par rapport aux témoins.

Le total des notes obtenu donne l'indicateur global de résultat « R ».

Score du coût moyen par patient « C » :

Dans cet indicateur (C), c'est le ratio dépenses totales moyennes cas/témoins qui est retenu.

Si la différence des coûts par patient entre cas et témoins n'est pas significative, C est égal à 1.

Si le coût moyen par patient est significativement inférieur chez les cas, C est coté < 1.

S'il est supérieur, C est coté > 1.

Score d'impact sur la structure des dépenses soins de ville/soins hospitaliers (ST) :

Outre le score précédent, il est important également de distinguer les dépenses de soins de ville des dépenses hospitalières, afin d'apprécier si un transfert s'opère des soins de ville vers les soins hospitaliers.

Le tableau suivant donne les valeurs attribuées selon la situation :

RATIO DÉPENSES HOSPIT. moyennes par cas/dépenses hospit. moyennes par témoin	RATIO DÉPENSES DE SOINS DE VILLE MOYENNES par cas/dépenses de soins de ville moyennes par témoin		
	> 1	1	< 1
> 1	0	0	1
1	0	2	1
< 1	3	3	4

Les niveaux 3 ou 4 sont les situations souhaitables : diminution des dépenses hospitalières et augmentation ou niveau équivalent de dépenses de ville (niveau 3), voire diminution des soins de ville, ce qui constitue évidemment la meilleure situation (niveau 4).

Les situations où un réseau diminuerait les dépenses de ville sans diminuer les dépenses hospitalières, voire en les augmentant, paraissent peu probables (niveau 1).

En revanche, un réseau qui ne générerait pas de diminution des dépenses hospitalières à niveau de dépenses de ville égal ou qui générerait une augmentation des dépenses hospitalières à niveau de dépenses de ville égal ou en augmentation (niveau 0) pourrait ne pas être pertinent dans son organisation actuelle.

La situation au centre du tableau (niveau 2) correspond au cas où aucune variation n'est observée dans la structure des dépenses.

## MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE À CHAQUE THÉMATIQUE

### a) Gériatrie

#### *Critères d'exclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients atteints de cancer sous traitement : présence de montants de médicaments de chimiothérapie et/ou de radiothérapie (codes CCAM dans le secteur privé, agrégat RADIOTHÉRAPIE dans le secteur public) et/ou GHS de chimiothérapie en secteur privé.

Patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale.  
Patients dont le montant total des dépenses est égal à 0.

*Critères d'inclusion du groupe témoin*

Patients répondant aux critères d'inclusion du réseau en termes de tranche d'âge.

*Critères d'appariement cas/témoin*

Âge : < 70 ans/  $\geq$  70 et < 85 ans/  $\geq$  85 ans.

Exonération du ticket modérateur (30 maladies, hors liste, polyopathologies).

Dépenses de soins d'auxiliaires médicaux. On déterminera la corrélation entre ces dépenses et le niveau de dépendance mesuré par le GIR (groupe iso-ressources) des patients du réseau (recueil auprès du réseau).

*Critères d'appariement non retenus*

Le GIR, qui permettrait de connaître les stades de gravité des cas et d'opérer un appariement plus précis avec les témoins, nécessiterait soit l'interrogation du médecin traitant pour les témoins et celle du réseau pour les cas, soit la convocation par le service médical des assurés concernés. La complexité de recueil amène à exclure ce critère d'appariement.

Pas de distinction selon l'existence d'un traitement antidiabétique et/ou d'un traitement à visée cardio-vasculaire, dans la mesure où ces traitements ne tracent pas la lourdeur du patient.

*Critères médicaux d'évaluation propres à la thématique*

Nombre moyen de prescriptions de benzodiazépines à demi-vie longue supérieure à 20 h (en principe contre-indiquées).

Pourcentage de patients ayant au moins une prescription de BZ à demi-vie longue.

Nombre moyen de dosages de la créatininémie ou clairance de la créatinine (en principe une fois par an chez les personnes âgées).

Pourcentage de patients ayant au moins un dosage de la créatininémie ou clairance de la créatinine.

Pour ces indicateurs, l'amélioration de la prise en charge consiste en une augmentation à l'exception des prescriptions de benzodiazépines pour lesquelles l'amélioration de la prise en charge consiste en une diminution.

*b) Diabétologie*

*Critères d'exclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients atteints de cancer sous traitement.

Patients ayant des dépenses de santé supérieures à 0 € sur l'année.

*Critères d'inclusion du groupe témoin*

Patients ayant un traitement antidiabétique avec ou sans insuline.

*Critères d'appariement cas/témoins*

Âge : < 65 ans/  $\geq$  65 et < 75 ans/  $\geq$  75 ans.

ETM : oui/non.

Traitement antidiabétique avec ou sans insuline.

Traitement à visée cardio-vasculaire : 0 produit, moins de 3 produits, 3 produits ou plus, en considérant le produit au niveau de la classe thérapeutique ATC.

*Critères médicaux d'évaluation propres à la thématique*

Suivi biologique :

- nombre moyen de dosages de la glycémie (en principe au moins 1 fois par an) ;
- nombre moyen de dosages du HbA1c (en principe 4 fois par an) ;
- nombre moyen d'explorations des anomalies lipidiques (en principe 1 fois par an) ;
- nombre moyen de dosages de la créatininémie ou clairance de la créatinine (en principe 1 fois par an).

Consultation ophtalmologique au moins une fois par an (fond d'œil).

Pourcentage de patients ayant au moins une consultation ophtalmologique dans l'année.

Consultation cardiologique et ECG au moins une fois par an.

Pourcentage de patients ayant au moins une consultation cardiologique dans l'année (CS ou CSC).

Pourcentage de patients vérifiant l'ensemble des critères de suivi.

*c) Soins palliatifs*

*Critères d'exclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Pas de date de décès connue.

Patients ayant des dépenses de santé en réanimation supérieures à la moitié des dépenses totales remboursées dans les trois derniers mois.

*Critères d'inclusion du groupe témoin*

Patients décédés sur la même période d'observation que les cas.

Patients ayant des dépenses de santé supérieures au minimum des dépenses totales des patients du groupe cas.

*Critères d'appariement cas/témoins*

Âge : < 65 ans/ ≥ 65 ans et < 85 ans/ ≥ 85 ans.

Exonération du ticket modérateur (30 maladies, hors liste, polyopathologies).

*Critères médicaux d'évaluation propres à la thématique*

Nombre de journées d'hospitalisation en MCO dans les 3 mois précédant le décès.

*Critères non retenus*

Le pourcentage de décès en hospitalisation MCO n'est pas un indicateur médical retenu dans la présente étude au motif que le patient, même pris en charge à domicile, a toujours le choix d'avoir recours à une prise en charge hospitalière, y compris dans les derniers jours de vie.

La « plus-value » qualitative, liée au confort psychologique du patient et de son entourage, est difficile à apprécier, dans l'état actuel de structuration des réseaux.

Si cet aspect qualitatif peut être recueilli auprès des cas (enquête de « satisfaction » menée par le réseau dans le cadre de son autoévaluation), il devient en revanche plus difficile de recueillir ces éléments pour les témoins.

L'indice de Karnofsky, qui permettrait de connaître les stades de gravité des personnes en soins palliatifs, nécessiterait l'interrogation du médecin traitant (ou de l'établissement de santé) pour les témoins et celle du réseau pour les cas. La complexité de recueil conduit à exclure cet indicateur.

C'est pourquoi, sur les soins palliatifs, n'est retenu qu'un indicateur quantitatif portant sur le nombre de journées d'hospitalisation dans les trois mois précédant le décès.

*d) Insuffisance respiratoire chronique*

*Critères d'exclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients atteints de cancer sous traitement.

*Critères d'inclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients âgés de plus de 45 ans et ayant un traitement à visée respiratoire.

Patients ayant des dépenses de santé supérieures à 0 € sur l'année.

*Critères d'appariement cas/témoins*

Âge : ≥ 45 ans et < 65 ans/ ≥ 65 ans et < 75 ans/ ≥ 75 ans.

ETM : oui/non.

Traitement à visée respiratoire : sans corticoïde inhalé/avec corticoïde inhalé/prescription d'O<sub>2</sub> à domicile.

*Critères médicaux d'évaluation propres à la thématique*

Nombre moyen d'actes de kinésithérapie respiratoire.

Nombre moyen d'actes d'explorations fonctionnelles respiratoires.

Pourcentage de patients ayant au moins une consultation pneumologique dans l'année.

Pourcentage de patients avec vaccin antigrippal.

*e) Asthme*

*Critères d'exclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients atteints de cancer sous traitement.

*Critères d'inclusion du groupe cas et du groupe témoin*

Patients âgés entre 5 et 44 ans et ayant un traitement antiasthmatique.

Patients ayant des dépenses de santé supérieures à 0 € sur l'année.

*Critères d'appariement cas/témoins*

Âge : ≥ 5 ans et < 15 ans/ ≥ 15 ans et < 25 ans/ ≥ 25 ans et < 45 ans.

ETM : oui/non.

Traitement antiasthmatique : corticostéroïde inhalé seul/corticostéroïde inhalé en association avec un traitement additionnel/corticoïde par voie orale.

*Critères médicaux d'évaluation propres à la thématique*

Pourcentage de patients avec au moins 4 ordonnances de bêta-2 agonistes de courte durée d'action inhalés dans l'année (traduisant un contrôle insuffisant de la maladie).

Nombre moyen d'actes d'explorations fonctionnelles respiratoires.

Pourcentage de patients ayant au moins une consultation pneumologique dans l'année.

Pourcentage de patients avec vaccin antigrippal.

GLOSSAIRE

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

DGOS : direction générale de l'offre des soins.

ARS : agence régionale de santé.

PPS : plan personnalisé de santé.

ALD : affection longue durée.

CMU : couverture maladie universelle.

CMUC : couverture maladie universelle complémentaire.

ETM : exonération du ticket modérateur.

ATU : forfait d'accueil et de traitement des urgences.

CCAM : classification commune des actes médicaux.

ECG : électrocardiogramme.

GIR : groupe iso-ressource.

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique.

EAL : exploration d'anomalie lipidique.

DRSM : direction régionale du service médical.

BDO : base de données opérante.

ELSM : échelon local du service médical.

GHS : groupes homogènes de séjour.

IRCT : insuffisance rénale chronique terminale.

SI : soins intensifs.

SC : soins conservateurs.

SSR : soins de suite et de rééducation.

LPP : liste des produits et prestations.

ANNEXE II

ORGANIGRAMME DES TÂCHES

Envoi d'un courrier aux réseaux par les ARS explicitant la démarche. Sont joints au courrier le fichier contenant les grilles de recueil des informations nécessaires et les consignes de remplissage.

L'ARS recueille auprès des réseaux les adresses mails sur lesquelles seront notifiées les adresses URL du serveur DRSM.

L'ARS transmet ces adresses mails à la DRSM.

Collecte des données par les réseaux.

Notification de l'URL de dépôt par la DRSM au réseau.

Les réseaux déposent leur fichier sur le serveur sécurisé de la DRSM.

Récupération par la DRSM des fichiers déposés par les réseaux.

La DRSM constitue le groupe des cas (exclusion des patients affiliés à un autre régime, NIR erronés, complétion des informations manquantes...).

Lancement de la requête par la DRSM. La requête permet de recueillir la consommation des cas et des témoins. Le groupe témoin est constitué par la requête selon les critères suivants :

- patients présents dans les bases sur la période observée ;
- patients résidant sur le territoire de référence du réseau (4 premiers chiffres du code postal) ;
- patients dont le médecin traitant n'est pas adhérent à un réseau de la thématique évaluée.

À l'issue de la requête est créée automatiquement un fichier anonymisé (attribution d'un numéro d'ordre à chaque patient, avec suppression NIR, numéro ADELI, noms, prénoms et adresses des patients et des médecins).

La DRSM envoie ce fichier anonymisé aux membres du groupe projet régional + table des codes postaux sans lien avec le fichier principal (à des fins de vérification) + fichier contrôle.

Analyse des résultats par l'équipe projet régionale.

ANNEXE III

COURRIER TYPE AUX RÉSEAUX SOINS PALLIATIFS

*Logo ARS*

Réseau....

Madame la directrice/Monsieur le directeur

Le comité national de gestion du FIOCS a souhaité mettre à disposition des instances régionales et nationales une méthodologie reproductible permettant d'objectiver la plus-value médico-économique du modèle organisationnel en réseau de santé par rapport aux autres modes de prise en charge.

La méthode a été élaborée conjointement par la DGOS et la CNAMTS, avec l'appui de la société extérieure.

La méthodologie s'appuie sur une comparaison d'indicateurs recueillis pour des patients pris en charge par un réseau et des patients pris en charge hors réseau. Ces indicateurs sont construits à partir des informations disponibles au niveau des directions régionales du service médical de l'assurance maladie (DRSM) dans le système d'information. À cette fin, la DRSM de votre région doit disposer d'informations administratives sur les patients inclus et les médecins intervenant dans chaque réseau.

Vous trouverez en annexe un fichier Excel comportant :

Un tableau « patients » (onglet « patients ») qui doit être complété pour tous les patients décédés entre le JJ/MM/AA et le JJ/MM/AA, ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le JJ/MM/AA. Pour ces patients, vous devrez disposer du numéro d'inscription au répertoire (NIR), des nom, prénoms et date de naissance. Ces informations sont indispensables à la mise en œuvre de la méthode.

Un tableau « médecins » (onglet « médecins ») qui doit être complété pour tous les médecins (généralistes et spécialistes) adhérant au réseau et étant intervenus dans au moins un plan personnalisé de santé d'un patient au cours de l'année AA : nom, prénoms, adresse du cabinet, numéro ADELI. Le numéro ADELI facilitera les recherches pour la DRSM. Si pour certains médecins, vous ne disposez pas du numéro ADELI ou de l'adresse exacte de leur cabinet médical, indiquer uniquement les noms, prénoms des médecins et la ville d'implantation de leur cabinet.

Afin de vous aider à compléter ces tableaux, le fichier comporte un onglet « consignes » à lire avant de procéder au recueil des informations et de compléter ces tableaux.

Le fichier complété sera enregistré sur votre système informatique. Puis, vous déposerez ce fichier sur un serveur sécurisé de la DRSM. L'adresse de l'URL sur laquelle vous devrez déposer le fichier vous sera communiquée par mail. Je vous remercie de m'adresser par retour l'adresse mail sur laquelle vous souhaitez obtenir cette notification. Je vous précise que l'adresse de l'URL de dépôt sera spécifique à votre réseau.

Votre fichier devra y être déposé au plus tard le JJ/MM/AA. Le nom de votre fichier devra impérativement respecter le format suivant : « R\_n° X.xls », X étant le numéro d'identifiant de votre réseau.

Les résultats des requêtes effectuées par la DRSM font l'objet de traitements anonymes par une équipe dédiée à cette étude conformément à l'autorisation de la CNIL en date du 13 octobre 2011.

Je vous remercie de votre collaboration à cette phase indispensable à la démarche d'évaluation entreprise. Nous vous tiendrons informé(e) des résultats de cette étude.

*Le directeur général de l'ARS de XXX,*

COURRIER TYPE AUX RÉSEAUX  
(autres thématiques)

Logo ARS

Réseau....

Madame la directrice/Monsieur le directeur

Le comité national de gestion du FIOCS a souhaité mettre à disposition des instances régionales et nationales une méthodologie reproductible permettant d'objectiver la plus-value médico-économique du modèle organisationnel en réseau de santé par rapport aux autres modes de prise en charge.

La méthode a été élaborée conjointement par la DGOS et la CNAMTS, avec l'appui de la société extérieure.

La méthodologie s'appuie sur une comparaison d'indicateurs recueillis pour des patients pris en charge par un réseau et des patients pris en charge hors réseau. Ces indicateurs sont construits à partir des informations disponibles au niveau des directions régionales du service médical de l'assurance maladie (DRSM) dans le système d'information. À cette fin, la DRSM de votre région doit disposer d'informations administratives sur les patients inclus et les médecins intervenant dans chaque réseau.

Vous trouverez en annexe un fichier Excel comportant :

Un tableau « patients » (onglet « patients »), qui doit être complété pour tous les patients ayant eu un plan personnalisé de santé créé avant JJ/MM/AA et encore actif à la fin JJ/MM/AA + 1. Pour ces patients, vous devrez disposer du numéro d'inscription au répertoire (NIR), des nom, prénoms et date de naissance. Ces informations sont indispensables à la mise en œuvre de la méthode.

La connaissance du numéro de sécurité sociale permettra une identification plus simple des patients par la DRSM. Si pour certains patients, vous ne disposez pas des autres informations demandées, merci de fournir au minimum les données disponibles au niveau du réseau.

Un tableau « médecins » (onglet « médecins »), qui doit être complété pour tous les médecins (généralistes et spécialistes) adhérant au réseau et étant intervenus dans au moins un plan personnalisé de santé d'un patient au cours de l'année *N* : nom, prénoms, adresse du cabinet, numéro ADELI. Le numéro ADELI facilitera les recherches pour la DRSM. Si pour certains médecins, vous ne disposez pas du numéro ADELI ou de l'adresse exacte de leur cabinet médical, indiquer uniquement les nom, prénoms des médecins et la ville d'implantation de leur cabinet.

Pour les réseaux gérontologie, un tableau « répartition GIR » qui permet de fournir par GIR le nombre de patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant JJ/MM/AA et dont le PPS était encore actif à la fin JJ/MM/AA + 1.

Afin de vous aider à compléter ces tableaux, le fichier comporte un onglet « consignes » à lire avant de procéder au recueil des informations et de compléter ces tableaux.

Le fichier complété sera enregistré sur votre système informatique. Puis, vous déposerez ce fichier sur un serveur sécurisé de la DRSM. L'adresse de l'URL sur laquelle vous devrez déposer le fichier vous sera communiquée par mail. Je vous remercie de m'adresser par retour l'adresse mail sur laquelle vous souhaitez obtenir cette notification. Je vous précise que l'adresse de l'URL de dépôt sera spécifique à votre réseau.

Votre fichier devra y être déposé au plus tard le JJ/MM/AA. Le nom de votre fichier devra impérativement respecter le format suivant : « R\_n° X.xls », X étant le numéro d'identifiant de votre réseau.

Les résultats des requêtes effectuées par la DRSM font l'objet de traitements anonymes par une équipe dédiée à cette étude conformément à l'autorisation de la CNIL en date du 13 octobre 2011.

Je vous remercie de votre collaboration à cette phase indispensable à la démarche d'évaluation entreprise. Nous vous tiendrons informé(e) des résultats de cette étude.

*Le directeur général de l'ARS de XXX,*

ANNEXE IV

PLAN TYPE D'ANALYSE

1. Effectif inclus dans le champ de l'étude

SOURCE	
RA FIOCS 2011	Nombre de patients adhérents et ayant eu un PPS sur l'année observée
Fichier réseau parvenu à la DRSM	Nombre de patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude
	Pourcentage patients répondant critères/patients RA
	Nombre de patients du régime général
	Pourcentage patients régime général/patients répondant critères
	Nombre de patients du régime MSA
	Nombre de patients du RSI
	Nombre de patients autre régime ou indéterminé
BDO (base de données opérante)	Nombre de patients retrouvés dans la BDO
	Pourcentage des patients retrouvés dans la BDO/Nombre de patients du régime général
Nombre de patients répondant aux critères de l'étude après exclusion liée aux critères médicaux	
Décision : application de la méthode de référence ou pool	

Une analyse commune ARS/DRSM devra porter sur les écarts entre les effectifs déclarés dans le rapport d'activité FIOCS/FIR et le nombre de patients répondant aux critères d'inclusion de l'étude. Ces critères restreignent effectivement le champ aux seuls PPS créés dans l'année retenue pour l'observation avec des PPS encore actifs à la date de fin de la période retenue ou pour les soins palliatifs pour les personnes décédées pendant l'année d'observation moins les trois premiers mois.

Mais les critères d'inclusion dans l'étude peuvent ne pas expliquer à eux seuls les écarts constatés.

Des contacts avec les réseaux peuvent s'avérer nécessaires pour obtenir les facteurs explicatifs de ces écarts. Exemples : part importante des patients pris en charge sur des périodes courtes, problème de compréhension de la définition du PPS, erreurs dans les données fournies par le réseau dans le rapport d'activité, inclusion en EHPAD ou une prise en charge par le réseau sur quelques mois, etc.

2. Réseaux gérontologie

2.1. Critères d'appariement patients « cas » des réseaux et patients « témoins »

	CAS	TÉMOINS
Patients répondant aux critères médicaux de l'étude		
Homogénéité sur les critères de sexe		
Part des hommes (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur les critères d'âge		
< 65 ans		

	CAS	TÉMOINS
65-85 ans		
> 85ans		
Plus-value		
Homogénéité sur la présence d'ETM		
Présence d'une ETM (%)		
Plus-value		
Homogénéité dépenses de soins d'auxiliaires médicaux		
33 <sup>e</sup> centile (P33)		
66 <sup>e</sup> centile (P66)		
Classe 1 : < P33		
Classe 2 : > P33 et < P66		
Classe 3 : > P66		
Plus-value		

### 2.2. Répartition des GIR des patients du réseau étudié

Selon les consignes données aux réseaux, cette information doit concerner l'ensemble des patients répondant aux critères de l'étude.

NOMBRE DE PATIENTS CAS RÉPONDANT AUX CRITÈRES D'INCLUSION DE L'ÉTUDE	
Répartition par GIR (%)	
GIR 1	
GIR 2	
GIR 3	
Total GIR 1 à 3	
GIR 4	
GIR 5	
GIR 6	
Total GIR 5 et 6	
PCH ou NC	
Bornes des classes des montants dépenses auxiliaires issues de la requête (€)	
66 <sup>e</sup> centile (P66)	
33 <sup>e</sup> centile (P33)	

Pour mémoire, le GIR 1 correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants. Dans ce groupe se trouvent également les personnes en fin de vie.

Le GIR 2 regroupe deux catégories majeures de personnes âgées : celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer.

Le GIR 3 correspond, pour l'essentiel, aux personnes âgées ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.

Le GIR 4 comprend deux catégories de personnes âgées : celles n'assumant pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules, celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.

Le GIR 5 comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.

Le GIR 6 se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

### 2.3. Résultats médico-économiques

	CAS (n=)	TÉMOINS (n=)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Nombre moyen de prescriptions de BZ à demi-vie longue (> 20 heures)			
Pourcentage de patients ayant au moins une prescription de BZ à demi-vie longue			
Nombre moyen de dosages de la créatininémie ou clairance de la créatinine			
Pourcentage de patients ayant au moins un dosage de la créatininémie ou clairance de la créatinine			
Coût moyen des dépenses remboursées soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières			
Coût moyen des dépenses totales (ville + hôpital)			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIQCS/FIR			

#### Pour mémoire

Concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, sur la base des travaux et recommandations de la HAS, deux critères médicaux ont été retenus permettant de valider la bonne pratique des professionnels inclus dans le réseau : la prescription des benzodiazépines de demi-vie supérieure à 20 h, en principe contre-indiquée, et celle d'un examen de clairance de la créatinine ou d'une créatininémie, en principe une fois par an chez les personnes âgées.

### 3. Réseaux soins palliatifs

#### 3.1. Critères d'appariement patients « cas » des réseaux et patients « témoins »

	CAS	TÉMOINS
Patients répondant aux critères médicaux de l'étude		
Homogénéité sur les critères de sexe		
Part des hommes (%)		
Plus-value		

	CAS	TÉMOINS
Homogénéité sur les critères d'âge		
< 65 ans (%)		
65-85 ans (%)		
> 85 ans (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur la présence d'ETM		
Présence d'une ETM (%)		
Plus-value		

### 3.2. Résultats médico-économiques

DONNÉES CONCERNANT LES 3 MOIS précédant le décès	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO dans les 3 mois précédant le décès			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Coût moyen des dépenses remboursées en soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières			
Coût moyen des dépenses totales (ville + hôpital)			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIQCS/FIR			

## 4. Réseaux de diabétologie

### 4.1. Critères d'appariement patients « cas » des réseaux et patients « témoins »

	CAS	TÉMOINS
Patients répondant aux critères médicaux de l'étude		
Homogénéité sur les critères de sexe		
Part des hommes (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur les critères d'âge		
< 65 ans (%)		
65-85 ans (%)		
> 85 ans (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur la présence d'ETM		

	CAS	TÉMOINS
Présence d'une ETM		
Plus-value		
Homogénéité sur le traitement antidiabétique		
Présence traitement antidiabétique sans insuline		
Plus-value		
Homogénéité sur le critère traitement à visée cardio-vasculaire		
0 produit		
Moins de 3 produits		
3 produits ou plus		
Plus-value		

#### 4.2. Résultats médico-économiques

##### A. – PATIENTS NON-IRCT AVEC INSULINE

	CAS (n = 426)	TÉMOINS (n = 1 855)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Pourcentage de patients vérifiant l'ensemble des critères de suivi biologique			
Nombre moyen de dosages de la glycémie			
Nombre moyen de dosages de l'HbA1c			
Nombre moyen de dosages de la créatininémie ou clairance de la créatinine			
Nombre moyen d'explorations des anomalies lipidiques			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation ophtalmologique dans l'année			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation cardiologique dans l'année			
Coût moyen des dépenses remboursées soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières			
Coût moyen des dépenses totales (ville + hôpital)			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIQCS/FIR			

##### B. – PATIENTS NON-IRCT SANS INSULINE

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Pourcentage de patients vérifiant l'ensemble des critères de suivi biologique			
Nombre moyen de dosages de la glycémie			
Nombre moyen de dosages de l'HbA1c			
Nombre moyen de dosages de la créatininémie ou clairance de la créatinine			
Nombre moyen d'explorations des anomalies lipidiques			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation ophtalmologique dans l'année			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation cardiologique dans l'année			
Coût moyen des dépenses remboursées soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières			
Coût moyen des dépenses totales (ville + hôpital)			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIQCS/FIR			

## 5. Réseaux insuffisants respiratoires

### 5.1. Critères d'appariement patients « cas » des réseaux et patients « témoins »

	CAS	TÉMOINS
Patients répondant aux critères médicaux de l'étude		
Homogénéité sur les critères de sexe		
Part des hommes (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur les critères d'âge		
< 65 ans (%)		
65-85 ans (%)		
> 85 ans (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur la présence d'ETM		
Présence d'une ETM		
Plus-value		
Homogénéité sur le traitement à visée respiratoire		
Présence d'un traitement à visée respiratoire		
Plus-value		

### 5.2. Résultats médico-économiques

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Nombre moyen d'actes de kinésithérapie respiratoire			
Nombre moyen d'actes d'explorations fonctionnelles respiratoires			
Pourcentage de patients avec vaccin antigrippal			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation pneumologique dans l'année			
Coût moyen des dépenses remboursées soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIOCS/FIR			

## 6. Réseaux asthme

### 6.1. Critères d'appariement patients « cas » des réseaux et patients « témoins »

	CAS	TÉMOINS
Patients répondant aux critères médicaux de l'étude		
Homogénéité sur les critères de sexe		
Part des hommes (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur les critères d'âge		
≥ 5 ans et < 15 ans (%)		
≥ 15 et < 25 ans (%)		
≥ 25 ans et < 45 ans (%)		
Plus-value		
Homogénéité sur la présence d'ETM		
Présence d'une ETM		
Plus-value		
Homogénéité sur le traitement antiasthmatique		
Présence de corticostéroïde inhalé seul		
Présence de corticostéroïde inhalé en association avec un traitement additionnel		
Présence de corticoïde par voie orale		
Plus-value		

### 6.2. Résultats médico-économiques

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées d'hospitalisation MCO			
Pourcentage de patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation			

	CAS (n =)	TÉMOINS (n =)	PLUS-VALUE
Nombre moyen de journées en SSR			
Pourcentage de patients ayant au moins un acte en urgence			
Pourcentage de patients ayant au moins une consultation pneumologique dans l'année			
Nombre moyen d'actes d'explorations fonctionnelles respiratoires			
Pourcentage de patients avec vaccin antigrippal			
Pourcentage de patients avec au moins 4 ordonnances de beta-2 agonistes de courte durée d'action inhalés dans l'année			
Coût moyen des dépenses remboursées soins de ville			
Coût moyen des dépenses remboursées hospitalières MCO			
Coût moyen des dépenses totales (ville + hôpital)			
Coût moyen des dépenses, y compris coût au titre du FIQCS/FIR			

ANNEXE V

FICHIERS DE RECUEILS RÉSEAUX SOINS PALLIATIFS

CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DES TABLEAUX

Deux tableaux sont à remplir : le tableau concernant les données des patients du réseau dans l'onglet PATIENTS et le tableau des données des médecins du réseau dans l'onglet MEDECINS.

ONGLET PATIENTS

Ce tableau sert à recueillir les données de l'ensemble des patients DECEDES entre le JJ/MM/AAAA et le JJ/MM/AAAA ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le JJ/MM/AAAA.  
Le PPS est un document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Il est important d'inscrire tous les patients correspondant à ces critères, y compris ceux pour lesquels vous ne possédez pas toutes les données. A minima les données nécessaires sont le nom, le prénom, la date de naissance. La fourniture du numéro de sécurité sociale du patient permettra une identification plus simple par la DRSM. Si pour certains patients, vous ne disposez pas des autres informations demandées, merci de fournir au minimum les données disponibles au niveau du réseau.

Première colonne : Inscrire le nom du patient

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du patient

Troisième colonne : Inscrire la date de naissance du patient avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Quatrième colonne : Inscrire le numéro de sécurité sociale du patient avec le format suivant : 2 77 09 49 007 099.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le régime d'affiliation du patient ? Si vous connaissez le régime d'affiliation du patient, indiquer OUI dans la colonne du régime correspondant. Si non, ne rien inscrire dans les colonnes.

Sixième colonne : Connaissez-vous le département d'implantation de la caisse d'affiliation du patient ? si oui inscrire le nom du Département. Si non ne rien inscrire.

Septième colonne : Quelle est la date d'adhésion du patient au réseau (date de signature du document d'adhésion) ? Inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Nuvième colonne : Connaissez-vous la date de décès du patient ? Si oui inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA. si non ne rien inscrire.

ONGLET MEDECINS

Ce tableau sert à identifier tous les médecins généralistes et spécialistes adhérents au réseau (ayant signé le document d'adhésion du réseau) et étant intervenu dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de la période annuelle observée (format AAAA). Ne sont pas recensés les médecins ayant seulement adressé le patient ou participant à des activités du réseau sans intervenir dans un PPS.

Il est important d'y inscrire l'ensemble des médecins répondant à ces critères, de façon exhaustive, y compris si vous ne possédez pas toutes les données nécessaires à leur sujet. A minima les informations nécessaires sont le nom ET le prénom (plusieurs personnes de la même famille pouvant travailler au sein d'un même cabinet médical).

Première colonne : Inscrire le nom du médecin

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du médecin

Troisième colonne : Connaissez-vous l'adresse du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire l'adresse sous le format suivant : 9, rue de la république, Lyon. Si non, préciser le nom de la ville d'implantation du cabinet.

Quatrième colonne : Connaissez-vous le code postal du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire le code postal du cabinet médical du médecin avec le format suivant : 69002. Si non, ne rien inscrire.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le numéro ADELI (numéro d'identification du médecin sur sa Carte de Professionnel de Santé) du médecin ? Si oui inscrire le numéro ADELI du médecin avec le format suivant : 49 591972. Si non ne rien inscrire.

Identification du réseau

Nom du réseau	
Numéro du réseau (N° 96XXXXXXXX)	
Thème du réseau	
Nom de l'interlocuteur au sein du réseau	
Téléphone de l'interlocuteur	
Adresse e-mail de l'interlo- cuteur	
Région	
Département du siège social du réseau	

Patients décédés ayant eu un programme personnalisé de santé (PPS) coordonnée par le réseau  
entre le JJ/MM/AAAA et le JJ/MM/AAAA

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO de sécurité sociale du patient	RÉGIME D'AFFILIATION			DÉPARTEMENT d'implantation de la caisse d'affiliation du patient	DATE d'adhésion au réseau (JJ/MM/AAAA)
				Régime général	Régime agricole	Régime social des indépen- dants		

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES ADHÉRENTS AU RÉSEAU ET ÉTANT INTERVENUS dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de l'année observée (format AAAAA)				
Nom	Prénom	Adresse du cabinet du médecin	Code postal du cabinet du médecin	Numéro ADELI du médecin

RÉSEAU DIABÉTOLOGIE

CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DES TABLEAUX

Deux tableaux sont à remplir : le tableau concernant les données des patients du réseau dans l'onglet PATIENTS et le tableau des données des médecins du réseau dans l'onglet MEDECINS.

ONGLET PATIENTS

Ce tableau sert à recueillir les données de l'ensemble des patients DECEDES entre le JJ/MM/AAAA et le JJ/MM/AAAA, ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le JJ/MM/AAAA.  
Le PPS est un document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Il est important d'inscrire tous les patients correspondant à ces critères, y compris ceux pour lesquels vous ne possédez pas toutes les données. A minima les données nécessaires sont le nom, le prénom, la date de naissance. La fourniture du numéro de sécurité sociale du patient permettra une identification plus simple par la DRSM. Si pour certains patients, vous ne disposez pas des autres informations demandées, merci de fournir au minimum les données disponibles au niveau du réseau.

Première colonne : Inscrive le nom du patient

Deuxième colonne : Inscrive le prénom du patient

Troisième colonne : Inscrive la date de naissance du patient avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Quatrième colonne : Inscrive le numéro de sécurité sociale du patient avec le format suivant : 2 77 09 49 007 099.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le régime d'affiliation du patient ? Si vous connaissez le régime d'affiliation du patient, indiquer OUI dans la colonne du régime correspondant. Si non, ne rien inscrire dans les colonnes.

Sixième colonne : Connaissez-vous le département d'implantation de la caisse d'affiliation du patient ? si oui inscrire le nom du Département. Si non ne rien inscrire.

Septième colonne : Quelle est la date d'adhésion du patient au réseau (date de signature du document d'adhésion) ? Inscrive la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Neuvième colonne : Connaissez-vous la date de décès du patient ? Si oui inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA. si non ne rien inscrire.

ONGLET MEDECINS

Ce tableau sert à identifier tous les médecins généralistes et spécialistes adhérents au réseau (ayant signé le document d'adhésion du réseau) et étant intervenu dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de la période annuelle observé (format AAAA). Ne sont pas recensés les médecins ayant seulement adressé le patient ou participant à des activités du réseau sans intervenir dans un PPS.

Il est important d'y inscrire l'ensemble des médecins répondant à ces critères, de façon exhaustive, y compris si vous ne possédez pas toutes les données nécessaires à leur sujet. A minima les informations nécessaires sont le nom ET le prénom (plusieurs personnes de la même famille pouvant travailler au sein d'un même cabinet médical).

Première colonne : Inscrive le nom du médecin

Deuxième colonne : Inscrive le prénom du médecin

Troisième colonne : Connaissez-vous l'adresse du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire l'adresse sous le format suivant : 9, rue de la république, Lyon. Si non, préciser le nom de la ville d'implantation du cabinet.

Quatrième colonne : Connaissez-vous le code postal du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire le code postal du cabinet médical du médecin avec le format suivant : 69002. Si non, ne rien inscrire.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le numéro ADELI (numéro d'identification du médecin sur sa Carte de Professionnel de Santé) du médecin ? Si oui inscrire le numéro ADELI du médecin avec le format suivant : 49 591972. Si non ne rien inscrire.

Identification du réseau

Nom du réseau	
Numéro du réseau (N° 96XXXXXXXX)	
Thème du réseau	
Nom de l'interlocuteur au sein du réseau	
Téléphone de l'interlocuteur	
Adresse e-mail de l'interlo- cuteur	
Région	
Département du siège social du réseau	

Patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant le début de la période annuelle observée (format AAAA)  
et dont le PPS était encore actif à la fin de cette période (format AAAA)

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO de sécurité sociale du patient	RÉGIME D'AFFILIATION			DÉPARTEMENT d'implantation de la caisse d'affiliation du patient	DATE d'adhésion au réseau (JJ/MM/AAAA)
				Régime général	Régime agricole	Régime social des indépen- dants		

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES ADHÉRENTS AU RÉSEAU ET ÉTANT INTERVENUS dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de l'année observée (format AAAA)				
Nom	Prénom	Adresse du cabinet du médecin	Code postal du cabinet du médecin	Numéro ADELI du médecin

RÉSEAU GÉRONTOLOGIE

CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DES TABLEAUX

Deux tableaux sont à remplir : le tableau concernant les données des patients du réseau dans l'onglet PATIENTS et le tableau des données des médecins du réseau dans l'onglet MEDECINS.

ONGLET PATIENTS

Ce tableau sert à recueillir les données de l'ensemble des patients DECEDES entre le JJ/MM/AAAA et le JJ/MM/AAAA ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le JJ/MM/AAAA.  
Le PPS est un document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Il est important d'inscrire tous les patients correspondant à ces critères, y compris ceux pour lesquels vous ne possédez pas toutes les données. A minima les données nécessaires sont le nom, le prénom, la date de naissance. La fourniture du numéro de sécurité sociale du patient permettra une identification plus simple par la DRSM. Si pour certains patients, vous ne disposez pas des autres informations demandées, merci de fournir au minimum les données disponibles au niveau du réseau.

Première colonne : Inscrire le nom du patient

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du patient

Troisième colonne : Inscrire la date de naissance du patient avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Quatrième colonne : Inscrire le numéro de sécurité sociale du patient avec le format suivant : 2 77 09 49 007 099.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le régime d'affiliation du patient ? Si vous connaissez le régime d'affiliation du patient, indiquer OUI dans la colonne du régime correspondant. Si non, ne rien inscrire dans les colonnes.

Sixième colonne : Connaissez-vous le département d'implantation de la caisse d'affiliation du patient ? si oui inscrire le nom du Département. Si non ne rien inscrire.

Septième colonne : Quelle est la date d'adhésion du patient au réseau (date de signature du document d'adhésion) ? Inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Neuvième colonne : Connaissez-vous la date de décès du patient ? Si oui inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA. si non ne rien inscrire.

ONGLET MEDECINS

Ce tableau sert à identifier tous les médecins généralistes et spécialistes adhérents au réseau (ayant signé le document d'adhésion du réseau) et étant intervenu dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de la période annuelle observée (format AAAA). Ne sont pas recensés les médecins ayant seulement adressé le patient ou participant à des activités du réseau sans intervenir dans un PPS.

Il est important d'y inscrire l'ensemble des médecins répondant à ces critères, de façon exhaustive, y compris si vous ne possédez pas toutes les données nécessaires à leur sujet. A minima les informations nécessaires sont le nom ET le prénom (plusieurs personnes de la même famille pouvant travailler au sein d'un même cabinet médical).

Première colonne : Inscrire le nom du médecin

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du médecin

Troisième colonne : Connaissez-vous l'adresse du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire l'adresse sous le format suivant : 9, rue de la république, Lyon. Si non, préciser le nom de la ville d'implantation du cabinet.

Quatrième colonne : Connaissez-vous le code postal du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire le code postal du cabinet médical du médecin avec le format suivant : 69002. Si non, ne rien inscrire.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le numéro ADELI (numéro d'identification du médecin sur sa Carte de Professionnel de Santé) du médecin ? Si oui inscrire le numéro ADELI du médecin avec le format suivant : 49 591972. Si non ne rien inscrire.

ONGLET Répartition GIR

Ventilation par GIR pour les patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant la période observée (format AAAA) et dont le PPS était encore actif à la fin de la période annuelle (format AAAA). Le GIR à considérer est celui de la fin de la période JJ/MM/AAAA.

Identification du réseau

Nom du réseau	
Numéro du réseau (N° 96XXXXXXXX)	
Thème du réseau	
Nom de l'interlocuteur au sein du réseau	
Téléphone de l'interlocuteur	
Adresse e-mail de l'interlo- cuteur	
Région	
Département du siège social du réseau	

Patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant le début de la période annuelle observée (format AAAA)  
et dont le PPS était encore actif à la fin de cette période (format AAAA)

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO de sécurité sociale du patient	RÉGIME D'AFFILIATION				DÉPARTEMENT d'implantation de la caisse d'affiliation du patient	DATE d'adhésion au réseau (JJ/MM/AAAA)
				Régime général	Régime agricole	Régime social des indépen- dants	Autres		



Répartition par GIR des patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant le début de la période annuelle observée (format AAAA) et dont le PPS était encore actif à la fin de cette période (format AAAA).

	Nombre de patients
GIR 1	
GIR 1	
GIR 2	
GIR 3	
GIR 4	
GIR 5	
GIR 6	

- Le GIR 1** correspond aux personnes âgées confinées au lit, dont les fonctions mentales sont gravement altérées et qui nécessitent une charge pour la plupart des activités de la vie courante,
- Le GIR 2** regroupe deux catégories majeures de personnes âgées :
- celles qui sont confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
  - celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités à se déplacer ; locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle. La majorité d'entre elles n'assument pas seules l'hygiène de l'élimination anale et urinaire.
- Le GIR 4** comprend deux catégories de personnes âgées :
- celles n'assurant pas seules leur transfert mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillement. Une grande majorité d'entre elles s'alimentent seules,
  - celles n'ayant pas de problèmes locomoteurs, mais devant être aidées pour les activités corporelles et pour les repas.
- Le GIR 5** comprend des personnes assurant seules leurs déplacements à l'intérieur de leur logement, s'alimentant et s'habillant seules. Elles ont besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage ;
- Le GIR 6** se compose des personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie courante.

RÉSEAU INSUFFISANCE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

CONSIGNES POUR LE REMPLISSAGE DES TABLEAUX

Deux tableaux sont à remplir : le tableau concernant les données des patients du réseau dans l'onglet PATIENTS et le tableau des données des médecins du réseau dans l'onglet MEDECINS.

ONGLET PATIENTS

Ce tableau sert à recueillir les données de l'ensemble des patients DECEDES entre le JJ/MM/AAAA et le JJ/MM/AAAA ayant eu un plan personnalisé de santé (PPS) coordonné par le réseau avant le JJ/MM/AAAA.  
Le PPS est un document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Il est important d'inscrire tous les patients correspondant à ces critères, y compris ceux pour lesquels vous ne possédez pas toutes les données. A minima les données nécessaires sont le nom, le prénom, la date de naissance. La fourniture du numéro de sécurité sociale du patient permettra une identification plus simple par la DRSM. Si pour certains patients, vous ne disposez pas des autres informations demandées, merci de fournir au minimum les données disponibles au niveau du réseau.

Première colonne : Inscrire le nom du patient

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du patient

Troisième colonne : Inscrire la date de naissance du patient avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Quatrième colonne : Inscrire le numéro de sécurité sociale du patient avec le format suivant : 2 77 09 49 007 099.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le régime d'affiliation du patient ? Si vous connaissez le régime d'affiliation du patient, indiquer OUI dans la colonne du régime correspondant. Si non, ne rien inscrire dans les colonnes.

Sixième colonne : Connaissez-vous le département d'implantation de la caisse d'affiliation du patient ? si oui inscrire le nom du Département. Si non ne rien inscrire.

Septième colonne : Quelle est la date d'adhésion du patient au réseau (date de signature du document d'adhésion) ? Inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA

Neuvième colonne : Connaissez-vous la date de décès du patient ? Si oui inscrire la date avec le format suivant : JJ/MM/AAAA. si non ne rien inscrire.

ONGLET MEDECINS

Ce tableau sert à identifier tous les médecins généralistes et spécialistes adhérents au réseau (ayant signé le document d'adhésion du réseau) et étant intervenu dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de la période annuelle observé (format AAAA). Ne sont pas recensés les médecins ayant seulement adressé le patient ou participant à des activités du réseau sans intervenir dans un PPS.

Il est important d'y inscrire l'ensemble des médecins répondant à ces critères, de façon exhaustive, y compris si vous ne possédez pas toutes les données nécessaires à leur sujet. A minima les informations nécessaires sont le nom ET le prénom (plusieurs personnes de la même famille pouvant travailler au sein d'un même cabinet médical).

Première colonne : Inscrire le nom du médecin

Deuxième colonne : Inscrire le prénom du médecin

Troisième colonne : Connaissez-vous l'adresse du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire l'adresse sous le format suivant : 9, rue de la république, Lyon. Si non, préciser le nom de la ville d'implantation du cabinet.

Quatrième colonne : Connaissez-vous le code postal du cabinet médical du médecin ? Si oui, inscrire le code postal du cabinet médical du médecin avec le format suivant : 69002. Si non, ne rien inscrire.

Cinquième colonne : Connaissez-vous le numéro ADELI (numéro d'identification du médecin sur sa Carte de Professionnel de Santé) du médecin ? Si oui inscrire le numéro ADELI du médecin avec le format suivant : 49 591972. Si non ne rien inscrire.

Identification du réseau

Nom du réseau	
Numéro du réseau (N° 96XXXXXXXX)	
Thème du réseau	
Nom de l'interlocuteur au sein du réseau	
Téléphone de l'interlocuteur	
Adresse e-mail de l'interlo- cuteur	
Région	
Département du siège social du réseau	

Patients dont le plan personnalisé de santé (PPS) a été créé avant le début de la période annuelle observée (format AAAA)  
et dont le PPS était encore actif à la fin de cette période (format AAAA)

NOM	PRÉNOM	DATE de naissance (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO de sécurité sociale du patient	RÉGIME D'AFFILIATION				DÉPARTEMENT d'implantation de la caisse d'affiliation du patient	DATE d'adhésion au réseau (JJ/MM/AAAA)
				Régime général	Régime agricole	Régime social des indépen- dants	Autres		

MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES ADHÉRENTS AU RÉSEAU ET ÉTANT INTERVENUS dans un plan personnalisé de santé pour au moins un patient du réseau au cours de l'année observée (format AAAA)				
Nom	Prénom	Adresse du cabinet du médecin	Code postal du cabinet du médecin	Numéro ADELI du médecin