



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

**VERS QUEL DEVELOPPEMENT DES RESEAUX
GERONTOLOGIQUES EN REGION ?**

– Groupe n°18 –

**BLIEZ Valérie
COURDENT Hélène
DARIOS Monique
DECROCK Claude
GUILLET Pierre-Henri**

**HUGUENARD Séverine
LUBART Vincent
MESNARD Marie
REYDANT-COUCPEY Clarisse
TROMBETTA Stéphanie**

***Animatrice,
DEFEBVRE Marguerite Marie***

Sommaire

Introduction.....	7
1. Un développement progressif et encore inachevé des réseaux de santé.....	9
1.1 Le cadre historique, juridique et financier des réseaux de santé.....	9
1.1.1 La lente évolution : vers un encadrement législatif des réseaux.....	9
1.1.1.1 L'apparition de la notion de réseaux dès la 1 ^{ère} guerre mondiale	9
1.1.1.2 D'un cadre juridique aux contours flous à la réforme de 2002	9
1.1.1.3 La réforme de 2002 : vers un cadre financier pérenne des réseaux de santé	10
1.1.1.4 Les objectifs et le fonctionnement des réseaux de santé en général	11
1.1.2 Le cas des réseaux gérontologiques.....	12
1.2 Etat des lieux des réseaux gérontologiques en région Nord Pas-de-Calais	13
1.2.1 Présentation de la région Nord Pas-de-Calais.....	13
1.2.1.1 La population des personnes âgées	13
1.2.1.2 Le bilan du SROS III	14
1.2.1.3 La démographie médicale	14
1.2.2 Les réseaux étudiés en région Nord Pas-de-Calais : un objectif, des territoires, des populations, des acteurs.....	15
1.2.2.1 Les points communs entre les réseaux gérontologiques	15
1.2.2.2 Leurs divergences	15
1.2.2.3 L'analyse des budgets des réseaux de gérontologie dans le Nord Pas-de-Calais	17
2 Les atouts et freins au développement des réseaux gérontologiques en région.....	19
2.1 Les atouts : une réponse multiprofessionnelle et volontariste à un besoin de santé publique	19
2.1.1 Les bénéficiaires des réseaux de gérontologie.....	19
2.1.1.1 Une organisation adaptée à la prise en charge des personnes âgées	19
2.1.1.2 Les atouts pour les professionnels : un outil commun	20
2.1.2 Les bénéfices pour la politique de Santé publique.....	21
2.1.2.1 Les atouts financiers	21
2.1.2.2 Les atouts en terme de qualité et d'amélioration de l'offre de soins	21

2.2	Les freins au développement maîtrisé des réseaux gérontologiques	21
2.2.1	Les freins à la création des réseaux gérontologiques : lourdeur administrative et contrôle étatique.....	21
2.2.2	Les freins au fonctionnement des réseaux gérontologiques	22
2.2.2.1	Les freins humains : la diversité des acteurs	22
2.2.2.2	Les freins organisationnels : la multiplicité des modalités d'organisation	23
2.2.2.3	Un frein aux adhésions : la rationalisation des moyens économiques	23
2.2.2.4	Un frein à l'évaluation : le coût économique et humain	24
3	Propositions pour le développement maîtrisé des réseaux gérontologiques en région	24
3.1	La nécessité d'harmoniser certaines règles de fonctionnement pour assurer une plus grande égalité dans la prise en charge des personnes âgées.....	25
3.1.1	Pour une organisation administrative et financière rationalisée des réseaux gérontologiques	25
3.1.1.1	Pour un outil d'accompagnement national à la mise en place et à l'évaluation des réseaux gérontologiques	25
3.1.1.2	Pour une organisation juridique plus protectrice : l'intérêt de recourir au groupement de coopération sanitaire (GCS)	26
3.1.1.3	L'harmonisation des financements dérogatoires	27
3.1.1.4	Pour une meilleure lisibilité financière	28
3.1.2	L'organisation des soins : pour une visée universelle...au service du réel	29
3.1.3	L'harmonisation de la formation ou la professionnalisation des acteurs.....	29
3.2	Dépasser les cloisonnements préjudiciables à la prise en charge des personnes âgées : « pour une diversité mieux coordonnée »	30
3.2.1	Une coordination entre réseaux de même nature : la mutualisation des moyens	30
3.2.1.1	Une coordination globale : pour une approche organisationnelle plus intégrée	30
3.2.1.2	Une coordination sectorielle : la mise en place d'une dynamique de partage d'information	31
3.2.2	La coordination avec les acteurs intervenant auprès du réseau de gérontologie	31
3.2.2.1	La coordination avec le CLIC	31
3.2.2.2	La coordination avec le médecin traitant	32
	Conclusion.....	33
	Bibliographie	34
	Liste des annexes.....	39

R e m e r c i e m e n t s

Le groupe tient à remercier vivement le docteur Marguerite Marie Defebvre ainsi que l'ensemble des interlocuteurs, professionnels de santé, experts et usagers qui ont apporté leur contribution à l'élaboration de ce rapport.

Liste des sigles utilisés

- **ANAES** : agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
- **APA** : allocation personnalisée d'autonomie
- **ARH** : agence régionale de l'hospitalisation
- **CCMSA** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
- **CLIC** : centre local d'information et de coordination
- **CNAM** : caisse nationale d'assurance maladie
- **CNAMTS** : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
- **CPAM** : caisse primaire d'assurance maladie
- **CNR** : coordination nationale des réseaux
- **CRR** : comité régional de réseaux
- **CSP** : code de la santé publique
- **DDASS** : direction départementale des affaires sanitaires et sociales
- **DGS** : direction générale de la santé
- **DMS** : durée moyenne de séjour
- **DHOS** : direction des hôpitaux et de l'organisation des soins
- **DNDR** : dotation nationale des réseaux
- **DRDR** : dotation régionale de développement des réseaux
- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **FAQSV** : fonds d'aide à la qualité des soins de ville
- **FHF** : fédération hospitalière de France
- **GIE** : groupement d'intérêt économique
- **GIP** : groupement d'intérêt public

- **GIR** : groupe iso ressource
- **GCS** : groupement de coopération sociale
- **ICG** : instance de coordination gérontologique
- **IDE** : infirmière diplômée d'état
- **IDF** : Ile de France
- **LFSS** : loi de financement de la sécurité sociale
- **MSA** : mutualité sociale agricole
- **PRSP** : plan régional de santé publique
- **SROS** : schéma régional d'organisation sanitaire
- **SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile
- **URCAM** : union régionale des caisses d'assurance maladie
- **URML** : union régionale des médecins libéraux

Introduction

« *Les réseaux : mythe ou réalité ?* » a pu titrer en 1999, la revue Technologie & santé¹. Si à la fin des années 90 de nombreuses interrogations agitaient le monde des réseaux et des institutions de santé, après plus de 6 ans, la révolution copernicienne qui entendait déplacer le centre du système de santé du professionnel au patient reste encore inachevée.

Ainsi, vingt ans d'orientations politiques successives dans le domaine des réseaux ont façonné la situation actuelle. Initialement, les réseaux ville-hôpital, issus de la réflexion sur les besoins en matière de prise en charge du VIH, fonctionnaient sur un principe de coopération spontanée entre les professionnels et ne demandaient que peu de financements et un soutien timide des pouvoirs publics. Les ordonnances de 1996 puis la création du fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en 1999 ont formalisé ces pratiques et introduit des « organisations » sur un fond d'initiatives militantes. La cohérence de cet ensemble disparate et sa reconnaissance allaient être redonnées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins. Désormais, l'article L 6321-1 du code de la santé publique définit les réseaux de santé comme ayant « *pour objectif 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.* »².

La crainte d'enfermer les réseaux de santé dans un modèle unique limitant les initiatives a fait opter pour une grande souplesse de leur définition légale. Cependant, derrière un mot et une définition légale, un statut unifié³ et un financement spécifique⁴, se cache encore un univers très hétérogène.

A l'échelle régionale et infrarégionale, le développement des réseaux de santé est constant depuis plusieurs années ; ils s'insèrent de manière progressive dans le système de santé en tentant de répondre aux besoins d'accompagnement coordonné face à des

¹ Les réseaux : mythe ou réalité ? *technologie & santé, revue de la CNEH*, n° 37, juillet 1999, p. 3.

² Article 84 de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002.

³ Article L 6321-1 CSP.

⁴ Enveloppe créée au sein de l'ONDAM.

besoins de santé publique. Dans ce contexte, la prise en charge des personnes âgées dépendantes constitue un enjeu majeur auquel le développement de nouvelles formes de prise en charge telles que les réseaux gérontologiques tente de répondre.

Dans le Nord Pas-de-Calais, l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) ont arrêté quatre thématiques prioritaires à compter de 2006, dans lesquelles figure le thème des personnes âgées. Quatre réseaux gérontologiques de santé, financés par la dotation régionale des réseaux (DRDR) présentent des modalités de prise en charge et de fonctionnement différentes. La question se pose donc de savoir comment peut s'opérer un développement homogène de ces réseaux gérontologiques en région, aussi bien en ce qui concerne la prise en charge du patient qu'en ce qui concerne leur financement et leur organisation administrative. A partir de l'étude des différents modes de fonctionnement des réseaux existants dans la région Nord Pas-de-Calais, et par comparaison avec l'existant dans la littérature et dans d'autres régions, diverses propositions pour un traitement homogène des dossiers des promoteurs en guichet unique ont été envisagées.

Si, comme le dit Bernard Elghozi, il est opportun d'envisager que *« pour que se poursuive l'histoire des réseaux, il est aujourd'hui nécessaire de capitaliser ces années de pratiques alternatives souvent dites de « contournement », ayant pour but de pallier les manques et les dysfonctionnements institutionnels afin de faciliter l'accès aux soins »*⁵, cela ne semble pas suffisant. Il existe une opportunité de développement des réseaux de santé pour passer du stade de l'expérimentation au stade de l'extension, voire de la généralisation et rationaliser les modes de fonctionnement. La généralisation organique des réseaux gérontologiques en région constitue aujourd'hui une forme d'organisation efficace et naturelle pour prendre en compte des patients polypathologiques et pour dépasser les cloisonnements sans poser la question du pouvoir, chacun gardant sa compétence et aucun acteur n'étant subordonné à un autre.

Priorité des SROS III, les réseaux gérontologiques existent bel et bien, et sont appelés à se développer en région. Cependant, malgré leur efficacité, ils restent des pousses fragiles dont le développement au sein du système de santé passe par de nouvelles formes d'harmonisation des prestations et des financements ainsi que par des coopérations accrues entre les différents acteurs.

⁵ Elghozi (Bernard) – Accès aux soins et réseaux de santé, un peu d'histoire sur le terrain à Créteil, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, p. 116.

1. Un développement progressif et encore inachevé des réseaux de santé

1.1 Le cadre historique, juridique et financier des réseaux de santé

1.1.1 La lente évolution : vers un encadrement législatif des réseaux

1.1.1.1 L'apparition de la notion de réseaux dès la 1^{ère} guerre mondiale

Au cours de la 1^{ère} guerre mondiale, la tuberculose fait des milliers de victimes, dont des enfants et des personnes fragiles. Des réseaux de lutte contre la tuberculose sont alors mis en place avec l'ouverture de dispensaires dans les grandes villes. Emerge alors l'idée selon laquelle la notion de réseau ne saurait être cantonnée au secteur sanitaire ; elle a même vocation à s'étendre au secteur médico-social et social. C'est alors que des réseaux institutionnels sont créés et gérés par les préfetures et les directions des affaires sanitaires et sociales à partir de 1964. Ils ont pour objectif de lutter contre les grands fléaux à caractère médico-social que sont l'alcoolisme, le tabagisme...

Progressivement, la notion de réseau est comprise comme une prise en charge globale des patients, qui implique donc une coordination des soins. En effet, les effets réducteurs de l'hyperspécialisation, donc du manque de prévention en amont par les généralistes notamment, sont perceptibles dès 1981, lors des premiers cas de Sida. Une prise en charge globale suppose en outre de favoriser la coopération inter-hospitalière. C'est ainsi que sont créés dans les années 1985 les réseaux Sida, sur une initiative spontanée. Néanmoins, le ministère de la Santé reconnaît en 1991 l'intérêt de ce travail et incite à la création de réseaux ville-hôpital qui reposeraient sur un financement mixte Etat/Assurance maladie.

1.1.1.2 D'un cadre juridique aux contours flous à la réforme de 2002

Les ordonnances de 1996⁶ légitiment le fonctionnement des réseaux face à l'augmentation de pathologies chroniques, justifiant une prise en charge sur le long terme et l'intervention de nombreux professionnels, en institution comme à domicile, correspondant à la logique des réseaux. Le droit reconnaît alors deux types de réseaux : les réseaux hospitaliers (agrés par le directeur de l'ARH et bénéficiant de financements hospitaliers) qui relèvent du Code de la santé publique (CSP) d'une part, et les 19

⁶ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

réseaux expérimentaux du champ ambulatoire d'autre part, dits « réseaux Soubie », qui relèvent du Code de la Sécurité sociale.

La création en 1999 du FAQSV qui, jusqu'en 2002, sera le financeur principal des réseaux, contribue à formaliser les pratiques sans pour autant décourager les initiatives militantes.

La loi du 4 mars 2002⁷ relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a simplifié, unifié et clarifié le dispositif législatif et réglementaire applicable aux réseaux de santé. Les décrets d'application de cette loi en date du 25 octobre et du 17 décembre 2002⁸ précisent respectivement les modalités de financement ainsi que les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux de santé doivent satisfaire pour bénéficier des financements publics. La circulaire d'application de l'ensemble de ces textes⁹ reconnaît désormais les réseaux de santé au sein du CSP. La définition donnée est élargie, unifiée et souple car centrée sur leurs missions : « ils ont pour objet de favoriser l'accès au 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 (...) et d'assurer une prise en charge, adaptée sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic et des soins (...) ». En dépit de cette ébauche d'institutionnalisation, les réseaux ont cependant pour la plupart encore aujourd'hui un statut associatif¹⁰.

1.1.1.3 La réforme de 2002 : vers un cadre financier pérenne des réseaux de santé

La loi du 4 mars 2002 a été complétée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, par la création, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), d'une 5^{ème} enveloppe permettant le financement spécifique et pérenne des réseaux : la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). Cette enveloppe est constituée par prélèvement des enveloppes dédiées au financement des établissements de santé publics et privés, aux soins de ville, au médico-social, ce qui la rend totalement fongible. Le décret du 25 octobre 2002¹¹ détaille les conditions d'attribution de cette nouvelle enveloppe qui est dite « mixte », car alimentée par trois types de prélèvements : sur l'enveloppe hospitalière, l'enveloppe des établissements

⁷ Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁸ 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 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.

⁹ Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.

¹⁰ Loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association.

¹¹ 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.

privés, l'enveloppe médico-sociale. Depuis lors, le FAQSV ne finance plus toutes les dépenses du réseau mais seulement les études préalables à la mise en place d'un réseau, l'aide au démarrage, et l'évaluation, ce qui explique qu'elle ait diminué de 40%. E

En 2004, 157 réseaux étaient financés par le FAQSV pour un montant de 24,4 millions d'euros (M€). Quant à la DRDR, elle finance le travail de coordination et de prévention, la formation, ainsi que les rémunérations dérogatoires des professionnels adhérents au réseau. L'avenir du financement se présente *a priori* sous un jour favorable : la DNDR est en croissance continue ; elle est passée de 23 M€ en 2002 à 165 M€ en 2005, cependant l'enveloppe pour 2006 n'a que peu augmenté. En outre, la part de la DNDR utilisée s'accroît : 60% en 2004 contre 20% en 2002.

Les sources de financement sont donc multiples : le FAQSV, la DNDR qui se décline à l'échelle régionale (la DRDR), la gestion du risque, le Plan régional de santé publique (PRSP), les subventions provenant des Conseils général et régional ou du secteur privé (laboratoires pharmaceutiques) ou encore des mutuelles. La seule source de financement incontournable est la DNDR, elle assure un financement dit « dérogatoire », au sens où seuls les actes dérogatoires, c'est-à-dire les consultations spécifiques des médecins (consultations dépistage ou remplissage de la grille Aggir) sont pris en compte, le reste étant rémunéré comme une consultation en libéral. Certains réseaux cependant veulent n'être tributaires d'aucun financeur, et se financent donc sur leurs fonds propres ; tel est le cas par exemple du réseau de soins palliatifs Sainte Péline à Paris.

1.1.1.4 Les objectifs et le fonctionnement des réseaux de santé en général

L'objectif est certes avant tout qualitatif : l'organisation en réseau est censé améliorer la qualité de la prise en charge et faciliter le maintien à domicile des personnes âgées ; mais aussi quantitatif ; les réseaux étant censés générer des économies. Ils supposent tous un projet médical liant les professionnels ainsi qu'un acte d'adhésion des patients et des professionnels de santé. De surcroît, une convention constitutive, signée par tous les acteurs, définit le siège, l'objet du réseau et les moyens nécessaires à sa réalisation, c'est-à-dire notamment les personnes morales et physiques qui le composent, ainsi que l'organisation, le fonctionnement et la démarche d'évaluation qui doit avoir lieu tous les trois ans. Le réseau doit également établir une charte cosignée par chacun des membres qui définit leurs engagements, leurs rôles respectifs, et rappelle les principes éthiques du réseau. Enfin, le rapport d'activité du réseau est à remettre tous les ans aux ARH et aux URCAM. L'instruction des projets de réseaux de santé se fait sous l'égide d'un secrétariat commun à l'ARH et à l'URCAM, encore que la DDASS ait un rôle d'orientation, d'information, d'accompagnement. Elle s'organise comme suit : le montage puis le dépôt du dossier, l'audition, la consultation. Enfin la décision est prise, et le cas

échéant le financement est alloué¹². Le nombre des réseaux est évalué à plus de 350 contre 54 en 2002, dont plus de 70 réseaux gérontologiques.

1.1.2 Le cas des réseaux gérontologiques

La prise de conscience s'est faite progressivement de la nécessité d'une prise en charge la plus globale possible de la personne âgée. En effet, la situation des personnes âgées relève du domaine tant sanitaire que social, et même l'approche purement sanitaire rend indispensable une action transversale, plus encore que dans d'autres spécialités. La gériatrie se caractérise par des poly-pathologies, ce qui justifie donc l'implication d'acteurs multiples. Une prise en charge globale doit en outre permettre de mieux prévenir et d'anticiper la sortie d'hospitalisation.

Les réseaux gérontologiques diffèrent précisément des autres réseaux de santé du fait de cette transversalité intrinsèque. En effet, les réseaux traditionnels ont initialement vocation à converger vers des thèmes ciblés : la cancérologie, les soins palliatifs, les diabétiques..., tandis que, sans pour autant renier le principe d'une gradation des soins, les réseaux gérontologiques reposent avant tout sur une logique territoriale. En 1999 déjà, la mise en place d'instances de coordination gérontologique (ICG) a contribué à ce que les réseaux de soins deviennent de véritables réseaux de santé de proximité. L'implication de plus en plus fréquente de nouveaux acteurs témoigne d'une telle évolution : les aides techniques, les aides ménagères, les auxiliaires de vie sociale, les services de soins infirmiers, ainsi que le principe des familles d'accueil, des foyers logements, des EHPAD...

L'arrêté du 30 mars 2000¹³ fonde la nécessité de promouvoir la prise en charge des personnes âgées dans leur cadre de vie habituel. Ces réseaux sont promus par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) en partenariat avec la caisse nationale d'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS) et la caisse des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Les actions proposées par ces réseaux consistent à proposer un bilan initial gérontologique comportant un volet médical et un volet social¹⁴.

En décembre 2004, la Cour des comptes dénombrait 38 réseaux gérontologiques. La MSA notamment a développé 19 premiers réseaux gérontologiques expérimentaux de 2000 à 2004 dans le cadre des réseaux « Soubie » dont la finalité était notamment de retarder le placement en institution, de maintenir les personnes âgées à domicile et de maîtriser les coûts actuels de la prise en charge de la dépendance.

¹² Voir annexe 5.

¹³ Arrêté du 30 mars 2000 portant agrément de réseaux gérontologiques expérimentaux.

¹⁴ Article 3 de l'arrêté du 30 mars 2000.

1.2 Etat des lieux des réseaux gérontologiques en région Nord Pas-de-Calais

1.2.1 Présentation de la région Nord Pas-de-Calais

En 2005, la population du Nord Pas-de-Calais est estimée à 4,032 millions d'habitants soit 6,64% de la population française. La région se situe au quatrième rang des régions françaises pour l'importance de la population. L'espace régional de 12 414 km² (2,3% du territoire national) est densément peuplé avec une densité à 324 habitants par km², soit le triple de la moyenne nationale. Cette population vit à 95% dans des espaces à dominante urbaine contre 82% au niveau national.

Les habitants du Nord Pas-de-Calais estiment majoritairement que la santé dans la région est mauvaise. A ce ressenti, correspond une réalité : les indicateurs de santé sont moins bons dans la région que dans le reste de la France. D'ailleurs, l'espérance de vie dans le Nord Pas-de-Calais est la plus basse de France : 71 ans pour les hommes (moyenne nationale : 74 ans) ; 80 ans pour les femmes (moyenne nationale : 81,9 ans). La surmortalité, toutes causes confondues, est de 21,5% (année 1995). Bien qu'elle comprenne plus de 258 000 personnes âgées de 75 ans et plus, la population régionale reste jeune, comptant 28% de moins de 20 ans contre 24,6% au niveau national¹⁵.

1.2.1.1 La population des personnes âgées

Dans la région, 18,6% de la population a plus de 60 ans et quatre zones sont repérées comme ayant une population plus âgée : les secteurs de Lens, Valenciennes, Lille, Roubaix et Tourcoing. Même si la proportion dans la région (6,3%) est plus faible que la moyenne nationale (7,6%), les personnes âgées de plus de 75 ans représentent plus de 250 000 habitants. Ce chiffre est important si l'on considère la fréquence, aux âges élevés, des polyopathologies et de la dépendance. En effet, en 2003, lors d'une enquête régionale un jour donné, 1/3 des lits d'hospitalisation étaient occupés par des personnes de 75 ans et plus, et parmi elles, 60% étaient dépendantes. Quant à l'allocation personnalisée d'aide à domicile (APA), 56 167 personnes en bénéficiaient déjà en 2004 dans la région, soit 7,5% de la population des plus de 60 ans. Parmi elles, 76% vivent à domicile, 24% en établissement. Or, la population régionale ne va cesser de vieillir dans les années à venir. Le vieillissement s'effectue à un rythme différent selon les territoires considérés, ce sont les communes minières et les pôles ruraux qui connaissent le plus fort accroissement de l'effectif des 60 ans et plus. Il existe une inégalité vis-à-vis

¹⁵ Voir annexe 4.

du vieillissement, les cadres vieillissant bien et mieux que les ouvriers. Pourtant, l'ensemble de la population progresse en moyenne vers un vieillissement, chaque année plus favorable.

1.2.1.2 Le bilan du SROS III

D'une manière générale, on remarque dans le Nord Pas-de-Calais un manque de valorisation et d'organisation de la gériatrie, une insuffisance de formation des personnels, un déficit de géiatres (en 2004, 19 postes de praticiens hospitaliers étaient vacants et 49 praticiens partiront à la retraite dans les 10 ans), trop peu de réseaux gérontologiques et une absence de programme régional de santé consacré aux personnes âgées.

1.2.1.3 La démographie médicale

Avec un effectif de 6501 médecins libéraux, la région comptabilise 4116 médecins omnipraticiens et 2385 médecins spécialistes, soit une densité de 103 médecins généralistes pour 100 000 habitants, ce qui est identique à la moyenne nationale. Par contre, pour les médecins spécialistes, la densité régionale est très largement inférieure à la densité nationale, respectivement 59 spécialistes pour 100 000 habitants dans la région et 91 au niveau national¹⁶. Cette répartition est inégale sur le territoire. D'ores et déjà un certain nombre de cantons est confronté à une pénurie, six cantons font d'ailleurs l'objet de dispositifs particuliers. Au regard des 1245 médecins généralistes de plus de 55 ans, on peut s'attendre à 125 départs à la retraite par an dans les cinq années à venir. Les nouvelles promotions d'internes en médecine générale étant inférieures à ces départs, se creuse donc un déficit de l'ordre de 150 généralistes par an.

Les projections établies par les URCAM pour la période 2008-2013 sont, quant à elles, marquées globalement par une forte diminution des densités médicales de généralistes libéraux. En effet, 17 régions sur 22 dont le Nord Pas-de-Calais devraient encore voir leur densité médicale diminuer.

Le vieillissement de la population de la région, conjugué à une augmentation de la dépendance liée à l'allongement de la durée de vie, crée l'émergence de besoins sanitaires et sociaux nouveaux. Dans le même temps, les effectifs médicaux vont se restreindre du fait du départ en retraite d'un bon nombre de praticiens et d'un renouvellement insuffisant des effectifs lié à un déficit de formation. Ces données amènent à une remise en question du fonctionnement actuel qui pourrait donner toute sa place aux réseaux gérontologiques.

¹⁶ Voir annexe 4.

1.2.2 Les réseaux étudiés en région Nord Pas-de-Calais : un objectif, des territoires, des populations, des acteurs

L'analyse porte plus précisément sur quatre réseaux de santé situés dans la région Nord Pas-de-Calais : le réseau du Ternois, le réseau Lille-Hellemmes-Lomme (LHL), le réseau EOLLIS et le réseau « Vie l'âge » de Lens-Lievin. Ils ont notamment pour particularité de couvrir des territoires de santé très différents. En effet, le Ternois est une zone rurale, constituée de 137 communes et comprenant environ 48 000 habitants, dont 12 000 de plus de 60 ans avec une population âgée dépendantes estimée à 500 personnes. A contrario, les deux autres réseaux ont une couverture urbaine (Lille) et périurbaine (EOLLIS). Plus précisément, le réseau de LHL comprend 12 000 personnes de plus de 75 ans et 2 000 estimées dépendantes. Quant au réseau EOLLIS, la couverture porte sur 4 cantons soit 30 000 habitants, dont 22 500 de plus de 60 ans et 7 100 de plus de 75 ans. Enfin, le réseau « Vie l'âge » couvre une zone minière de 36 communes, soit plus de 250 000 habitants dont 50 000 personnes de plus de 60 ans.

1.2.2.1 Les points communs entre les réseaux gérontologiques

Ces réseaux présentent des points communs : tout d'abord, ils ont fait le choix d'opter pour une forme juridique souple : l'association « Loi de 1901 ». Pour chacun d'entre eux le président du réseau a la qualité de médecin. Par ailleurs, leur activité est très semblable puisque le nombre de dossiers traités est d'environ 200 par an. Enfin, concernant les modes de signalement, toute personne ayant connaissance d'une situation difficile (médecin traitant, famille, service social, SSIAD, CLIC, IDE, service d'aide à domicile, hôpital...) peut adresser la personne âgée au réseau. La prise en charge du patient se fait avec son consentement, et l'accord du médecin traitant qui participe aux réunions de coordination. Durant celles-ci, sont élaborés les plans d'intervention et d'action pour chaque patient. Ce dernier est par ailleurs invité à cette concertation.

1.2.2.2 Leurs divergences

- Tout d'abord, la **finalité** poursuivie par les réseaux est distincte. Si l'objectif est d'améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes polyopathologiques de plus de 60 ans, le réseau du Ternois cible son action sur les personnes résidant à domicile, alors que les autres prennent également en charge les personnes âgées hospitalisées. Aussi, le niveau de la dépendance des personnes prises en charge varie : GIR 1 à 6 pour EOLLIS et LHL, GIR 1 à 4 pour le Ternois.
- On note également une **participation inégale des libéraux** selon les réseaux. Ainsi par exemple, 150 généralistes ont adhéré au réseau EOLLIS, contre 23 seulement

pour Lille, 56 pour le Ternois et 10 pour « vie l'âge ». Néanmoins, on retrouve parmi les membres des infirmiers, des masseurs kinésithérapeutes, des psychologues, et des partenaires médico-sociaux (EHPAD, centre de soins, foyer hébergement).

- Une autre différence notable concerne les **professionnels salariés des réseaux**. Seul EOLLIS mutualise son personnel avec le CLIC du secteur et un réseau de soins palliatifs. Le partage de compétences porte notamment sur le responsable gestion et ingénierie (2/5 pour le réseau), le responsable coordination et développement (1/3 pour le réseau), l'assistante sociale (1/4 pour le réseau) et le psychologue (1/6 pour le réseau). Néanmoins, le réseau du Ternois recourt au personnel de l'hôpital local de St Pol sur Ternois, moyennant rémunération : la secrétaire (1 ETP), le psychomotricien (0,1), le diététicien (0,1), le psychologue (0,2), et l'ergothérapeute (0,5).
- Au niveau de la **coordination**, le réseau du Ternois ne dispose pas de médecin coordonnateur dédié au réseau. C'est l'infirmière qui coordonne les soins et les services sous validation du médecin traitant. Sinon les réseaux du Ternois, LHL et EOLLIS disposent chacun de deux équivalents temps plein d'infirmière, d'un équivalent temps plein de secrétaire et de temps d'ergothérapeute. *A contrario*, seul le réseau LHL a demandé du temps de psychiatre (vacation), et le réseau EOLLIS une personne chargée de l'éducation pour la santé. Selon les cas, le personnel est salarié ou effectue des vacances (ex : vacances de gériatre pour le réseau LHL, et médecin dédié à 80 % pour le réseau EOLLIS). A ce titre seul le réseau de LHL prévoit l'intervention d'un médecin gériatre alors que pour les autres ce sont des médecins généralistes.
- S'agissant de **l'articulation avec le ou les CLIC** du secteur d'intervention du réseau gérontologique, les réseaux EOLLIS et du Ternois ont constitué une association regroupant à la fois le réseau et le CLIC, alors que les réseaux LHL et « Vie l'âge » ont passé une convention avec les CLIC de leur secteur d'intervention.
- Pour la **coordination avec les autres réseaux de santé** du département, seuls les réseaux EOLLIS et « Vie l'âge » prévoient ce type d'articulation. En effet, EOLLIS tisse des liens avec le réseau soins palliatifs de son secteur, le réseau LHL et le réseau régional de la mémoire ; le réseau « vie l'âge » avec la coordination pour les soins palliatifs du secteur sanitaire de Lens, le réseau « convergence » (volet psychiatrie), le réseau « Périnice » prenant en charge l'incontinence, le réseau mémoire « Méotis » et la coordination régionale des réseaux. Néanmoins, le réseau du Ternois fait partie de la fédération des réseaux gérontologiques.
- Sur **la prise en charge et du suivi de la personne âgée**, pour les réseaux EOLLIS et LHL, une cellule de coordination, regroupant les professionnels intervenant auprès

du patient, réalise le bilan gérontologique et élabore le plan d'intervention. Pour le réseau du Ternois, le bilan gérontologique est réalisé par l'infirmière coordinatrice et le personnel de l'hôpital local (si besoin), puis, le plan d'intervention est décliné lors d'une réunion de coordination, rassemblant tous les professionnels participant au maintien à domicile du patient. La fréquence des visites de suivi et de réévaluation est définie selon les besoins pour les réseaux EOLLIS et LHL, alors que pour le réseau du Ternois, le suivi est assuré pour chaque patient par l'infirmière coordinatrice tous les 30 à 60 jours, une réévaluation est réalisée chaque année.

- Du point de vue de la formalisation de la prise en charge, et plus particulièrement sur l'aspect du **dossier patient partagé**, seuls les réseaux EOLLIS et du Ternois ont mis en place un dossier papier, localisé au domicile du patient et au siège du réseau. Pour le réseau EOLLIS, il est partagé avec le réseau gérontologique de Lille, le réseau Méotis et le CLIC. Pour le réseau du Ternois, le dossier est partagé entre les membres du réseau et le CLIC, avec comme projet de l'informatiser. Quant au réseau LHL, il n'y a qu'un cahier de liaison au domicile du patient où chaque professionnel note ses interventions. Pour obtenir des informations, les intervenants doivent soit se rendre au domicile du patient, soit contacter par téléphone le médecin traitant. Le réseau le plus avancé sur la question semble être le réseau « Vie l'âge » puisqu'il a mis en place un « portail internet » donnant accès à un dossier commun partagé, sécurisé et aidant à l'évaluation standardisée (test réussi en mars 2005).

1.2.2.3 L'analyse des budgets des réseaux de gérontologie dans le Nord Pas-de-Calais¹⁷

Les budgets des réseaux sont variables bien que la thématique de la qualité de la prise en charge des personnes âgées soit commune.

- Les dépenses d'investissements: la création d'un réseau nécessite un investissement en matériel. Les promoteurs y consacrent peu d'argent à la vue du budget global, laissant présager une mutualisation des moyens existants. En effet, l'activité du réseau s'appuie sur des moyens déjà existants ou peu coûteux (bureaux, chaises ...) que possèdent déjà les acteurs du réseau. L'analyse des moyens affectés au système d'information et informatique montre l'autonomie de gestion des réseaux. Plus de 40% de ces dépenses sont consacrées à l'acquisition de logiciels et matériels informatiques permettant la gestion de l'activité, le suivi des dossiers patients et la communication entre acteurs. Le reste des dépenses concerne l'acquisition de nouveaux matériels. Les

¹⁷ Voir annexe 10.

moyens de communication et de suivi s'avèrent indispensables et incontournables dans la création d'un réseau. La mise en commun ou l'utilisation des matériels existants sont des pistes d'optimisation des moyens et de rentabilité dans la gestion.

➤ Les dépenses de fonctionnement : un cinquième du budget global est affecté aux dépenses de fonctionnement. Ce poste est plus élevé que celui du personnel lorsque des actions spécifiques à développer y sont incorporées. Les dépenses de personnel constituent le poste le plus important et respectent bien la répartition de la dotation globale (80% de dépenses en charges de personnel et 20% autres charges). Par ailleurs, le réseau qui développe des actions spécifiques (exonération du ticket modérateur...) a des dépenses de fonctionnement supérieures aux dépenses de personnel. Dans le cas du financement du personnel social (réseau EOLLIS), le montant indiqué correspond au prorata du personnel travaillant soit pour le réseau soit pour le CLIC. Cette mutualisation des moyens humains va dans le sens de l'optimisation des coûts et de l'efficacité des acteurs. Elle met en évidence la coopération d'institutions différentes pour une prise en charge commune de la personne âgée.

L'examen des dépenses prévisionnelles du personnel administratif et du personnel de santé montre des disparités d'un réseau à un autre. Cependant, une grande partie est allouée au personnel de santé afin de mener des évaluations des patients. Les acteurs de terrain sont donc priorisés permettant ainsi une meilleure couverture du secteur. Des coûts supplémentaires sont envisagées lorsqu'un CLIC n'est pas incorporé au réseau, et des moyens de coordination et de pilotage sont à prévoir.

➤ Sur le financement global : deux réseaux sont financés à 100% par la DRDR. Le troisième bénéficie d'un financement de 6,3% provenant de l'hôpital local et 96,7% de la DRDR. L'hôpital participant au financement (mise à disposition de personnel qui travaillera dans ce réseau) trouve par ce fait un intérêt dans les finalités et les objectifs de ce réseau. Dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, on constate qu'il y a peu de financements complémentaires.

Il se dégage, de cette analyse des réseaux gérontologiques existants dans la région Nord Pas-De-Calais, un potentiel favorable à la prise en charge de la personne âgée, toutefois leur développement est freiné par des difficultés d'organisation.

2 Les atouts et freins au développement des réseaux gérontologiques en région

2.1 Les atouts : une réponse multiprofessionnelle et volontariste à un besoin de santé publique

2.1.1 Les bénéficiaires des réseaux de gérontologie

Tous les acteurs sont favorables au développement des réseaux : les bénéficiaires, les professionnels médicaux, et les tutelles qui sont dans l'attente des propositions et de résultats objectifs.

2.1.1.1 Une organisation adaptée à la prise en charge des personnes âgées

La littérature et une grande majorité des acteurs s'accordent à dire que les réseaux gérontologiques sont une organisation adaptée pour prendre en charge les personnes âgées dépendantes. Ils permettent de répondre à des attentes telles que les spécificités médicales des personnes âgées, le souhait de celles-ci de rester à domicile et d'éviter les hospitalisations ainsi que leur attachement au médecin de famille. La qualité de vie devient l'enjeu du réseau.

En théorie, la personne âgée dépendante devient acteur de son parcours, l'épicentre de tout le dispositif. La pratique est néanmoins plus contrastée. Les résultats sur le plan médical laissent penser que les personnes âgées prises en charge par les réseaux gérontologiques sont moins hospitalisées et moins longtemps et augmentent leurs chances de survie (taux de mortalité inférieur à 30%). 98% des bénéficiaires des réseaux MSA ont exprimé leur satisfaction générale et considéré que le réseau contribue indéniablement à l'amélioration de leur qualité de vie au domicile. Néanmoins, mis à part le bilan de la MSA¹⁸, aucun indicateur fiable n'a permis de prouver de façon objective cette plus value médicale. Malgré cela, la mise en réseau garantit une meilleure information des usagers et des familles, notamment par le biais des conseils d'un psychologue qui fait partie intégrante du réseau. Les usagers se voient proposer également la possibilité d'adapter leur environnement grâce à la présence d'un ergothérapeute au sein du réseau (principalement le réseau EOLLIS), ce qui facilite leur maintien à domicile. L'image des réseaux s'avère positive au regard des questionnaires de satisfaction remplis par les personnes prises en charge par le réseau. Implanté en

zone rurale, le réseau répond à des besoins aigus du fait de l'éloignement des structures. Si c'est un atout pour les patients, c'en est aussi un pour les professionnels.

2.1.1.2 Les atouts pour les professionnels : un outil commun

Le réseau est un instrument facilitateur qui permet la mutualisation des compétences, grâce à l'accès au plateau technique et aux expertises en matière de gérontologie. Il permet l'ouverture sur les autres professionnels. Quand il y a adhésion, elle se fait par capillarité.

La formalisation d'un lien avec le CLIC, sous forme de convention, permet au réseau de se décharger des aspects sociaux de la prise en charge et de répondre à son objectif principal d'améliorer la qualité de vie des patients.

Pour les hospitaliers, il favorise le désengorgement des lits d'aval et d'amont et la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS), ainsi que l'ouverture sur la ville. Pour les institutions sanitaires et sociales, il permet une meilleure programmation des entrées.

Pour les promoteurs des réseaux la régionalisation des procédures de création des réseaux simplifie et raccourcit les circuits décisionnels. Dans certaines régions, les institutionnels comme la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ou la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS), se positionnent comme des facilitateurs, apportant un appui méthodologique. En facilitateur externe, la MSA, forte de son expérience de réseaux, accompagne et porte les projets locaux. De même, la coordination régionale des réseaux affiche un soutien identique.

Le médecin traitant exerçant en lien avec un ou plusieurs réseaux de santé est capable de définir une véritable trajectoire pour son patient. Le réseau le met en relation avec d'autres professionnels et des structures dont les compétences sont complémentaires. Les réseaux gérontologiques sont une opportunité pour la coordination des soins et pour l'organisation cohérente du parcours des patients. Le médecin peut confronter en confiance sa pratique au cours des séances de formation, de réunions de concertation et d'évaluation collective des pratiques. Il peut s'appuyer sur des dossiers de patient structurés, même si leur degré d'informatisation mérite encore d'être amélioré. En d'autres termes, le réseau est un moyen pour le professionnel de santé de rompre l'isolement qui caractérise le plus souvent son exercice libéral et rend difficile l'organisation du parcours du patient. En outre, les réseaux semblent contribuer à modifier les pratiques : les professionnels s'en approprient peu à peu les outils et les services (protocoles de prise en charge, réunions pluridisciplinaires, formations...).

¹⁸ *Evaluation finale de la mise en place, à titre expérimental, des réseaux gérontologiques promus par la CCMSA, en partenariat avec la CNAMTS et la CANAM – Rapport d'évaluation réalisé par Thierry BOVAL et Agnès ROBERT, Juillet 2003.*

2.1.2 Les bénéfices pour la politique de Santé publique

2.1.2.1 Les atouts financiers

L'étude menée par la MSA¹⁹ montre que les réseaux gérontologiques diminueraient le coût de la prise en charge médicale des personnes âgées : un patient adhérant à un réseau gérontologique a une dépense de prise en charge globale inférieure de 23% par mois à une personne hors réseau. Depuis 2002, la mise en place de la DNDR simplifie et pérennise le processus de financement des réseaux.

2.1.2.2 Les atouts en terme de qualité et d'amélioration de l'offre de soins

Le réseau permet :

➤ un effort de coordination de l'existant : les nouvelles règles du jeu introduites par la réglementation (charte des réseaux, convention constitutive, rapport d'activité), si elles sont un gage de qualité, facilitent surtout la lecture et la comparaison des réseaux et clarifie la situation juridique.

➤ de suppléer aux problèmes de démographie médicale : le réseau est une autre conception du soin, et ce pour deux raisons : tout d'abord, introduire la notion d'anticipation revient à établir un nouveau modèle de santé plus qu'un simple modèle de soins. D'autre part, l'idée de partenariat, de travail en horizontalité est en rupture avec la conception traditionnelle, hiérarchisée, et donc verticale du travail au sein du secteur sanitaire : cette démocratisation des relations de travail est largement favorisée par la volonté partenariale des réseaux.

Ces résultats très positifs montrent le potentiel que recèle le développement des réseaux gérontologiques pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes. Cependant, des obstacles à ce développement subsistent.

2.2 Les freins au développement maîtrisé des réseaux gérontologiques

2.2.1 Les freins à la création des réseaux gérontologiques : lourdeur administrative et contrôle étatique

La lourdeur des procédures de création, de surcroît sans compensation financière du temps passé à monter le dossier, constitue l'un des premiers freins au développement

¹⁹ *Op. cit.*

des réseaux. Le cahier des charges est une étape délicate : il n'est pas encore suffisamment précis. La phase d'évaluation des besoins, de définition des objectifs et du management du projet, ainsi que l'estimation des ressources disponibles demande une recherche conséquente et lourde, faute de compétences. Leur négociation est rendue difficile par la multiplicité des acteurs et des intérêts divergents.

Les financeurs hésitent à susciter des créations devant le manque de visibilité des résultats au regard des moyens engagés. Certains hospitaliers se rapprochent de cette stratégie d'immobilisme ou de retrait. Leur intérêt est majeur, mais leur contribution en moyens humains ou logistiques les font douter. L'enthousiasme démesuré de certains leaders effraye les adhérents potentiels dans leur souci de garder « leur patient ». Ils se méfient de la possible mainmise par l'Etat sur l'exercice libéral de la médecine.

2.2.2 Les freins au fonctionnement des réseaux gérontologiques

2.2.2.1 Les freins humains : la diversité des acteurs

Le réseau réunit de fait des professionnels d'origine et de culture différentes. La rationalité de chaque professionnel s'appuie sur des valeurs identitaires et des images qui lui assurent une reconnaissance. La peur d'une perte d'identité professionnelle, peut entraîner un sentiment de dévalorisation, de démotivation voire des résistances. En effet, les conflits de pouvoirs et de territoires rendent difficiles les nécessaires négociations :

- les médecins libéraux cherchent une reconnaissance personnelle et professionnelle et craignent la mainmise d'un côté par les gériatres hospitaliers et de l'autre par les tutelles via l'évaluation. Leur rôle de leader rend difficile le décroisement vers les autres acteurs ;
- les hospitaliers affichent la crainte d'un hospitalo-centrisme qui les contraint à céder de leurs moyens et adoptent alors une position de retrait ;
- le fait que les financeurs annoncent une volonté de recadrage, dans un but de limiter les dépenses inutiles, risque de limiter la liberté d'action des acteurs du réseau.

Sur la finalité même des réseaux, notamment la dissociation entre médical et social, entre curatif et préventif, les intérêts divergent : la coordination nationale des réseaux (CNR) soutient une politique préventive de santé, alors que les organisations favorables au développement des réseaux de gérontologie, telles que la MSA, sont opposées à ce que cette démarche préventive soit assurée par le réseau. La place des militants des premiers réseaux expérimentaux est particulière. Leur difficulté à s'adapter au fonctionnement plus structuré des réseaux depuis les nouvelles règles de fonctionnement et de financement peut constituer un frein.

2.2.2.2 Les freins organisationnels : la multiplicité des modalités d'organisation

➤ La séparation entre le sanitaire et le social : cette séparation est encore trop marquée. Elle constitue l'un des obstacles organisationnels au développement des réseaux de gérontologie. Il est majoritairement évoqué par les professionnels et les institutionnels et se traduit très concrètement par des doublons d'action, des vides de prise en charge, ou des flous de champ d'action. Un exemple souvent cité est celui de la double évaluation gérontologique, celle des équipes du Conseil général pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et celle du réseau gérontologique. De même, les frontières entre un réseau gérontologique et un CLIC de niveau 3, ne sont pas toujours bien identifiables. Elles fluctuent d'un secteur à l'autre, et sont incompréhensibles pour les usagers et acteurs. Les pratiques vont d'une totale séparation des activités et des acteurs à une fusion complète. Or, dans la mesure où la place du CLIC conditionne l'articulation du médical et du social, il est nécessaire de circonscrire précisément sur le terrain les missions de chacun.

➤ L'insuffisance de la formation professionnelle des acteurs du réseau de gérontologie : la faiblesse des actions de formation, notamment leur manque de cohérence, explique les réticences des professionnels. L'absence de coordination réelle entre les partenaires ne permet pas d'élaborer un plan de formation mutualisé, ce sont plutôt des actions ponctuelles autour de thèmes précis. On ne note pas d'adéquation entre le développement des réseaux gérontologiques et le projet de formation spécifique.

2.2.2.3 Un frein aux adhésions : la rationalisation des moyens économiques

➤ Un manque de visibilité qui inquiète : malgré des avancées considérables, le financement des réseaux reste un sujet d'inquiétude. Chaque année depuis sa création, le montant de l'enveloppe, attribué aux réseaux, n'est communiqué au mieux que le dernier trimestre de l'année $n-1$. Ce manque de visibilité financière fragilise les capacités d'engagement et de mobilisation des professionnels de santé, de même qu'elle restreint la capacité des ARH et URCAM à développer des stratégies d'accompagnement des professionnels dans la promotion des réseaux. Les professionnels sont freinés par l'absence de visibilité et de pérennisation des emplois créés. Le manque d'homogénéité des modes de rémunération n'incite pas les professionnels de santé à adhérer au réseau. Cette insécurité permanente handicape les créations et fonctionnements des réseaux.

Par ailleurs, la fragmentation du budget du réseau par objectif ne permet pas de « lisser » le travail et favorise au contraire un travail par « à coups ». Cette procédure, à défaut d'autres outils de pilotage, permet à l'Etat de contrôler les financements régionaux. Apparaît alors la nécessité d'une démarche d'évaluation plus pertinente que celle

actuellement en place, qui est centrée sur une évaluation interne qui ne permet pas de comparaison.

➤ Une capacité financière globale en baisse : en 2006, l'enveloppe de la DNDR n'a que peu évolué par rapport à celle de 2005, contrairement aux années précédentes. Par conséquent, le passage progressif d'un financement antérieur des réseaux par le FAQSV vers un financement uniquement par la DRDR, engendre une baisse de l'enveloppe globale pour l'année 2006, alors que, d'après les URCAM, relayées par la CNAMTS, les demandes ne cessent de croître, tant pour l'augmentation des budgets des réseaux que pour la création de nouveaux réseaux.

2.2.2.4 Un frein à l'évaluation : le coût économique et humain

Chaque réseau a sa configuration propre, cette diversité rend impossible la comparaison. L'exemple de la dissemblance des dossiers patients, des configurations d'équipe, des liens ou non avec un CLIC, de la mutualisation plus ou moins élargie des moyens, sont autant des paramètres qui empêchent des comparaisons fiables. Le financement des évaluations externes n'est pas assuré, alors qu'elles sont obligatoires. L'ARH, seul interlocuteur à l'avoir évoqué, attend une homogénéisation de ces évaluations. Le coordonnateur médical dispose rarement de ces compétences. Les tutelles appuient le recrutement de cadres administratifs formés à l'évaluation. Un des réseaux étudiés a d'ailleurs recours à un ingénieur spécialisé.

Afin de pallier les freins au développement des réseaux de gérontologie, il s'avère nécessaire d'harmoniser les pratiques de chaque réseau et de favoriser leur coordination.

3 Propositions pour le développement maîtrisé des réseaux gérontologiques en région

Il s'agit désormais, après une phase de maturité, d'accompagner les réseaux dans leur fonctionnement et dans l'atteinte de leurs objectifs initiaux, d'asseoir leur fonctionnement afin de fournir une réponse optimale. Pour ce faire, le développement des réseaux gérontologiques en région et leur pérennité supposent la mise en place de nouvelles configurations de travail plus harmonisées et la conception d'outils permettant de coordonner au mieux la prise en charge disparate des personnes âgées.

3.1 La nécessité d'harmoniser certaines règles de fonctionnement pour assurer une plus grande égalité dans la prise en charge des personnes âgées

On ne peut pas intégralement normer l'organisation des réseaux gérontologiques. En effet, tout réseau gérontologique doit avant tout prendre en compte une réalité géographique et démographique donnée, ce qui exclut l'uniformité. On constate cependant une diversité excessive dans l'organisation de ces réseaux. Par ailleurs, l'incidence de la démographie médicale doit être prise en compte afin d'éviter des inégalités qui pourraient se révéler contraires à l'effet recherché d'égalité d'accès aux soins. Réaliser un tel objectif nécessite d'harmoniser les réseaux à promouvoir, sans pour autant les uniformiser totalement, ni même casser les dynamiques régionales et *a fortiori* locales existantes. Ainsi, harmoniser ne saurait signifier uniformiser. En revanche, il est souhaitable que les outils utilisés soient similaires quel que soit le réseau.

3.1.1 Pour une organisation administrative et financière rationalisée des réseaux gérontologiques

3.1.1.1 Pour un outil d'accompagnement national à la mise en place et à l'évaluation des réseaux gérontologiques

Les incitations nationales pour le développement des réseaux existent. Les plans nationaux, les priorités nationales, les SROS III, leur accordent une place primordiale. Cependant, aussi importantes qu'elles soient, elles doivent se traduire sur le terrain, ce qui implique de guider les promoteurs des réseaux gérontologiques au travers de plans d'accompagnement. La structure des réseaux est assez lourde, entraînant moins d'engagement des professionnels libéraux. Une procédure plus simple s'avère donc nécessaire. Les documents à fournir pour la création et le suivi des réseaux pèsent dans la gestion quotidienne des réseaux et des professionnels de santé libéraux y adhérant. Il conviendrait de mettre en place rapidement **un outil spécifique à la gérontologie permettant de fixer des règles de base communes, un véritable « minimum requis »** à remplir pour tous les réseaux gérontologiques. Cela devrait par ailleurs conduire à une simplification réglementaire, en effet, la mise en place d'un cahier des charges implique que le promoteur du dossier n'aura plus à définir lui-même toute l'organisation de son action ni sa méthodologie d'évaluation, ce qui constituera un gain de temps très important.

La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS), la MSA et la CNAMTS,

élabore actuellement un cahier des charges pour les réseaux de gérontologie dont l'entrée en vigueur est prévue fin 2006-début 2007²⁰. Il précisera clairement, de manière succincte les missions et les critères d'évaluation des réseaux de gérontologie. Il doit être directif et simple afin de servir aux réseaux et aux régions et de dégager des indicateurs d'évaluation plus précis, permettant une évaluation des réseaux homogènes et plus simple. Il sera toujours possible aux réseaux gérontologiques par la suite de répondre à d'autres missions complémentaires. Cette démarche permettra de cibler les enjeux prioritaires pour ce type de réseau ; elle aura par ailleurs l'avantage d'afficher un message clair aux promoteurs et de faciliter l'instruction des dossiers. En ce sens, l'évaluation externe effectuée en 2004 sur les ex-réseaux MSA a permis de déterminer les critères de déficiences des personnes à intégrer dans le réseau de gérontologie afin que celui-ci fonctionne correctement²¹.

Il est tout aussi nécessaire d'établir **des règles communes pour l'évaluation des réseaux gérontologiques**. En effet, l'évaluation n'a de sens qu'à partir du moment où un objectif commun a été préalablement défini. Cet objectif peut être purement normatif ou efficace (rapport coût/moyens) ou encore susceptible d'améliorer les pratiques. Quoi qu'il en soit, l'évaluation des réseaux ne saurait se cantonner à la seule analyse de la performance ; elle passe également par des activités telles que l'inspection, le suivi ou contrôle de gestion, l'expertise, l'audit... Les règles communes pour l'évaluation des réseaux pourraient être une déclinaison d'objectifs quantitatifs et qualitatifs et la définition d'un petit nombre d'indicateurs ciblant plus particulièrement les enjeux prioritaires en matière de gérontologie : la réalité du réseau (accessibilité, acceptabilité...) ; la qualité et la sécurité des soins (conformité par rapport au processus initialement suivi...) ; l'optimisation des coûts (les données de l'Assurance maladie sont souvent incomplètes...) ; l'adaptabilité du réseau par rapport à une situation nécessairement évolutive (démographie, démographie médicale...).

Outre l'harmonisation des indicateurs pour les dispositifs d'un même type, il serait opportun de décliner des objectifs d'évolution intermédiaires²² et de moduler les objectifs en fonction de l'ancienneté du réseau et/ou du contexte local.

3.1.1.2 Pour une organisation juridique plus protectrice : l'intérêt de recourir au groupement de coopération sanitaire (GCS)

Aucun modèle ne semble devoir être privilégié au niveau national, les spécificités locales doivent déterminer ce choix afin de s'insérer parfaitement dans le tissu territorial.

²⁰ Voir les travaux menés à l'INCA pour les réseaux sur le cancer et à la DHOS pour les réseaux périnatalité.

²¹ GIR moyen pondéré-GMP/profil du médecin coordonnateur et de la secrétaire de réseau fixés.

²² Par exemple, des clauses de rendez-vous à 6 mois ou un an.

Cependant, il faudrait un statut juridique plus fiable et moins diversifié que le statut associatif qui, malgré des atouts indéniables de souplesse de constitution, se heurte à la professionnalisation du réseau (rémunérations, financements de plus en plus importants, structures devenant pérenne...) et engendre des difficultés de gestion et de responsabilité lourdes face aux montants engagés qui, souvent élevés, peuvent dans certains cas faire penser à de petites entreprises²³. Si le **GCS** est encore relativement récent, ce qui ne permet pas d'avoir un recul suffisant pour en évaluer réellement l'efficacité, il **peut se révéler une forme juridique intéressante pour les réseaux**. Lors de la présentation du plan Hôpital 2007, le ministre de la Santé a estimé que le GCS pourrait devenir « *un cadre juridique ad hoc pour les réseaux de santé* ». Il permet, en effet, de faire vivre des structures sanitaires et sociales avec les mêmes droits et devoirs, qu'elles soient de statut public ou de statut privé tout en donnant librement à chaque acteur sa juste place dans le processus de décision. Il implique par ailleurs la mise à disposition des personnels.

3.1.1.3 L'harmonisation des financements dérogatoires

Les dispositifs financiers dérogatoires propres aux réseaux sont nombreux²⁴. L'intérêt de ces dispositifs dans le cadre des réseaux gérontologiques présente deux avantages principaux : tout d'abord, il permet de faciliter la mobilisation des professionnels autour de la personne âgée dépendante et ensuite, d'expérimenter, sur une échelle maîtrisable, des actes nouveaux et reconnus comme nécessaires, avant de les généraliser. Force est de constater qu'aucune harmonisation n'a été réalisée en la matière malgré de nombreuses préconisations en ce sens. La Fédération Hospitalière de France (FHF) a engagé les pouvoirs publics à produire « *un rapport détaillé visant à comparer les avantages et inconvénients des modalités dérogatoires en œuvre dans les différents réseaux régionaux, en s'aidant, le cas échéant, des référentiels établis ou en cours de constitution.* »²⁵. Afin de pouvoir envisager une harmonisation, le rapport « *Des réseaux pour l'avenir* »²⁶ conclut quant à lui qu'il serait nécessaire de tester les rémunérations spécifiques dans le cadre de l'enveloppe réseaux, puis de les normaliser dans un cadre contractuel, après évaluation et validation de leur intérêt par l'ARH et l'URCAM. Il semble donc opportun d'envisager, **à acte équivalent, une rémunération égale**.

²³ A titre d'exemple, le budget pour l'année 2005 du réseau du Ternois s'élève à 455 067 euros.

²⁴ Aux termes du deuxième alinéa de l'article L 162-45 du code de la sécurité sociale, la décision de financement « *peut déroger aux articles du code de la sécurité sociale [...] en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux, les frais couverts par l'assurance maladie, le paiement direct des honoraires par le malade, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.* ».

²⁵ Rapport « Réseaux et coopération hospitalière », FHF, janvier 2003.

²⁶ Rapport « Des réseaux pour l'avenir » remis en janvier 2004 au ministre de la Santé.

3.1.1.4 Pour une meilleure lisibilité financière

➤ Au niveau national : si le financement des réseaux de santé a connu des avancées considérables, aussi bien quant à son montant qu'à sa simplification, le mécanisme de fixation annuelle de la dotation des réseaux est largement critiquable²⁷. Il conviendrait que la DNDR ne soit pas prisonnière du cadre annuel trop limitatif, afin de pouvoir être réellement incitative pour les promoteurs, les établissements et les professionnels de santé. A ce titre, le rapport « *Des réseaux pour l'avenir* »²⁸, proposait de définir un plan pluriannuel jusqu'en 2007 et d'étager la progression des dotations. A terme, les missions régionales de santé devraient avoir la capacité d'anticiper sur les rythmes et donc faire en sorte que les dotations annuelles s'inscrivent dans une perspective pluriannuelle permettant ainsi de donner un **horizon financier plus clair** aussi bien aux financeurs qu'aux promoteurs des réseaux.

➤ Au niveau régional : la majorité des réseaux de gérontologie sont financés par la DRDR mais, en pratique, cette régionalisation des financements entraîne des disparités entre les différents réseaux. Les URCAM n'ont pas de politique commune et harmonisée de financement des réseaux. Par exemple, l'aide complémentaire à la personne (forfait mensuel) n'est pas financée par toutes les URCAM. La mise en place d'un **forfait de coordination des soins** permettrait d'éviter des financements variables et disparates au sein des réseaux et des régions. Il serait souhaitable en ce sens de mettre en place une sous enveloppe fléchée au niveau régional et national afin d'assurer l'articulation entre les réseaux et de construire concrètement la transversalité. Par ailleurs, on peut constater que les réseaux gérontologiques financés en région Nord Pas-de-Calais ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. La dotation étant régionale, il serait également opportun de respecter une certaine équité entre les différents départements et donc de **compléter la couverture régionale** en fonction des besoins en insérant un nouveau type de critère de sélection dans la procédure de choix des réseaux.

Il serait enfin opportun d'harmoniser les modalités de versement des fonds aux réseaux et d'affectation des crédits d'intervention aux ARH et aux URCAM pour aider au développement des réseaux. En effet, si la réglementation prévoit que le versement des fonds se fait en fonction d'une convention établie entre le réseau et la CPAM du département, en pratique les modalités s'avèrent complexes et diffèrent largement d'un département à l'autre (les délais de conventionnement vont de quelques jours à plusieurs mois, les transmissions d'informations sont nombreuses ou réduites...). Une caisse pivot

²⁷ La dotation est communiquée dans le courant du dernier trimestre de l'année n-1. A titre d'exemple, le montant de la dotation pour 2005 n'a été connu que le 16 novembre 2004.

²⁸ *Op. cit.*

par région pourrait être désignée pour conclure l'ensemble des conventions de paiement avec les réseaux et gérer les versements des fonds.

3.1.2 L'organisation des soins : pour une visée universelle...au service du réel

Il conviendrait de formaliser des protocoles de soins communs²⁹ afin d'appréhender uniformément dans toute la région les pathologies des personnes âgées. En effet, les réseaux gérontologiques étudiés ne l'ont fait que partiellement alors même qu'ils sont confrontés à des situations parfois semblables. Les différences ne peuvent se concevoir que dans des cas limités comme le cadre de protocoles encore en discussion ou de recherches biomédicales elles-mêmes protocolisées. Le but doit être de constituer un seul langage commun entre les acteurs. Pourtant, un réseau gérontologique dans le Nord n'est pas la réplique d'un réseau gérontologique en Pas-de-Calais. Cela justifie-t-il pour autant la possibilité pour chaque réseau gérontologique de cultiver sa spécificité comme bon lui semble ? Un réseau gérontologique dans un environnement rural n'a pas les mêmes contours et contraintes qu'un réseau gérontologique urbain ou périurbain.

C'est pourquoi l'harmonisation de la prestation à réaliser ne doit pas être synonyme d'uniformisation qui ferait fi des particularités mais au contraire se concevoir comme ayant une visée universelle adaptée au réel.

3.1.3 L'harmonisation de la formation ou la professionnalisation des acteurs

Le développement des réseaux gérontologiques ne peut relever de la génération « spontanée », il nécessite une professionnalisation de la démarche et des acteurs. Ainsi, les réseaux ont-ils besoin d'une ingénierie spécifique en complément des fonctions de coordination, de gestion de projets et d'évaluation ?

Cette question est essentielle car nombreux sont les professionnels qui n'ont pas une conscience claire de leur manque de compétences dans des domaines qui étaient jusqu'à la création du réseau extraprofessionnelles. La promotion de réseaux demande des compétences de conduite de projet, des capacités à animer des réunions, de plus dans certains cas une expertise juridique, financière ou sociologique peut être nécessaire. Le coordonnateur spécialisé par ses compétences viserait à l'optimisation des moyens et des résultats, notamment par le biais de protocoles organisationnels. Il serait intéressant de valoriser cette fonction en mettant en place une meilleure lisibilité du statut, une formation spécifique³⁰, voire une incitation financière. Afin de remédier à l'absence de culture du réseau et de permettre aux professionnels d'acquérir des savoirs faire en la matière, une

²⁹ Diagnostic, thérapeutique, bilan gérontologique, suivi médical.

³⁰ Voir notamment le master « ingénierie des réseaux de santé », Université de Marne-la-Vallée, Institut Francilien d'Ingénierie des Services ou encore celui de l'Université d'Aix Marseille ou de Besançon.

réforme de la formation initiale semble être une autre solution pour la majorité des interlocuteurs rencontrés. Il s'agirait d'inscrire très tôt des éléments sur l'organisation des soins, la notion de réseau et l'intérêt à les développer. Il est dommageable qu'une telle réforme ne soit pas encore envisagée par les pouvoirs publics. De même, de nombreux professionnels seraient intéressés par un développement de la formation continue voire une spécialisation de celle-ci par thèmes.

3.2 Dépasser les cloisonnements préjudiciables à la prise en charge des personnes âgées : « pour une diversité mieux coordonnée »

3.2.1 Une coordination entre réseaux de même nature : la mutualisation des moyens

3.2.1.1 Une coordination globale : pour une approche organisationnelle plus intégrée

La multiplicité des réseaux aujourd'hui pose certains problèmes, tant pour le patient souffrant de plusieurs pathologies qui ne saura pas à quel réseau s'adresser, que pour les professionnels, surchargés par le travail administratif, adhérant à plusieurs réseaux (plusieurs intervenants pour le patient, plusieurs conventions pour le médecin). L'approche thématique, qui favorise cette multiplicité, mène donc à une impasse : les réseaux pathologiques finissent par instaurer un découpage par épisode pathologique du patient au détriment d'une approche globale. Ainsi, la multiplication de ces réseaux sur un territoire donné contribue au final à créer davantage de confusion que de coordination.

Il semble donc nécessaire de **coordonner les « réseaux cousins »**, en favorisant ainsi la pluridisciplinarité sur un territoire donné, comme par exemple, la coordination entre un réseau gérontologique, un réseau de soins palliatifs, ainsi qu'un réseau Alzheimer. Une telle coordination nécessiterait la création d'une structure au-dessus des réseaux, du type « maison de santé », avec une cellule de coordination comprenant une petite équipe médicale de 5 ou 6 professionnels de santé spécialisés. Cette équipe restreinte devra être appuyée par un système d'information et une connaissance des professionnels de santé.

L'existence de cette structure régionale de coordination serait néanmoins compatible avec la subsistance de réseaux de proximité, dévolus exclusivement à la prise en charge des personnes âgées. Chacun de ces réseaux bénéficierait du support de l'équipe de la « maison de santé » pour la coordination des actions et la gestion de l'intendance et de l'évaluation (information, accompagnement méthodologique).

3.2.1.2 Une coordination sectorielle : la mise en place d'une dynamique de partage d'information

L'échange d'information entre les réseaux va devenir une condition incontournable de leur développement, rejoignant les démarches inter-établissements mises en œuvre aux niveaux régional et national. La coordination des réseaux passe nécessairement par la mise en commun du dossier médical des patients pris en charge par un réseau afin d'éviter les examens médicaux redondants et de connaître toutes les pathologies du patient. La prise en charge sera globale et non seulement à l'égard d'une seule pathologie. Il est nécessaire pour cela de mettre en place un processus automatique de remontée de l'information, compatible entre tous les régimes et les structures intervenant dans le réseau de gérontologies.

Le dossier médical partagé doit être informatisé et regroupé au siège du réseau, avec une version écrite au domicile du patient. Chaque professionnel de santé intervenant auprès du patient disposera d'une fiche de transmission sur laquelle il figurera les nouvelles informations médicales et sociales qu'il transmettra au siège du réseau et ces informations seront laissées en version papier au domicile du patient.

3.2.2 La coordination avec les acteurs intervenant auprès du réseau de gérontologie

3.2.2.1 La coordination avec le CLIC

Le CLIC est un complément du réseau de gérontologie s'il est bien géré et s'il existe un bon système d'information avec le réseau et la population ciblée. Il permet une articulation entre le sanitaire et le social, favorisant là encore une prise en charge globale de la personne âgée. Il permet aux usagers de bénéficier de prestations médicales et sociales à partir d'un bilan tri-dimensionnel (médical, fonctionnel et social). La valeur ajoutée d'un CLIC pour le réseau est de lui permettre de s'adresser à un public plus large ; quant au réseau, il fait bénéficier le CLIC de son expertise médicale. Le seul inconvénient de cette alliance reste la difficile appréciation des missions du CLIC. Pour les personnes âgées comme pour les professionnels de santé, l'important est qu'il y ait un interlocuteur unique et que le suivi soit offert en continu. Les médecins participent aux actions d'informations ou de prévention organisées dans le cadre des missions du CLIC.

La labellisation « CLIC3 » d'un réseau permet une évaluation unique (utilisable par le réseau et le CLIC), de favoriser les liens entre le sanitaire et le social. Or, entre le CLIC et le réseau, il y a 2 rapports d'activités distincts, 2 financeurs différents, 2 comptabilités séparées avec 2 comptes de résultats. La solution idéale serait **d'éviter cette duplication** et de **mieux établir le partage de compétences**.

3.2.2.2 La coordination avec le médecin traitant

La pérennité des réseaux a pu sembler remise en cause avec la mise en place du dispositif du médecin traitant. Ce dernier oriente en effet le patient vers les établissements de santé et les autres professionnels de santé en fonction des pathologies, ce qui, d'une certaine façon, semble entrer en concurrence avec la logique des réseaux. En réalité, il n'y a pas de contradiction entre ces deux dispositifs qui ont le même objectif : un objectif principal de santé publique, même si le parcours de soins coordonné a un caractère plus directif et une dimension économique plus marquée que le cadre des réseaux. *A priori*, les réseaux de gérontologie continueront à exister s'ils arrivent à **se coordonner avec le médecin traitant** de manière à être complémentaire. En effet, le réseau est nécessaire dans la mesure où le médecin traitant ne pourra pas le remplacer à lui seul. Il conviendra donc d'organiser le système de manière à ce que le médecin traitant soit le principal interlocuteur du patient et le réseau un support pour ce dernier.

Conclusion

« Je crois qu'il est nécessaire de sortir enfin des cloisonnements entre médecine salariée et médecine libérale. Cela est d'ailleurs demandé par un nombre croissant de professionnels, notamment ceux qui participent aux réseaux ville-hôpital et aux coopérations entre établissements de santé de statuts différents. Et cela permettra de mieux faire face aux évolutions démographiques et au nécessaire respect de l'équité territoriale » a déclaré le ministre de la santé lors d'un récent discours³¹. Il a par ailleurs souhaité que la politique gériatrique ait notamment pour objectif *« le développement de la coordination entre tous les partenaires tout au long du parcours du patient, grâce aux CLIC et aux réseaux gérontologiques. »*. Ces propos volontaristes ne doivent pas pour autant cacher les difficultés qui subsistent : *« Les réseaux de santé « plus que décevants » [sont] des dispositifs dispendieux à l'efficacité très limitée »* souligne l'inspection générale des affaires sociales³².

Entre volontarisme et alarmisme, les réseaux gérontologiques présentent un potentiel certain d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes sous réserve que les moyens mis en place respectent des critères minimaux de qualité et que l'approche soit de plus en plus transversale tant en ce qui concerne les compétences que l'information ou les procédures. Si le développement des réseaux gérontologiques en région passe préalablement par une position d'observation de la situation existante à court terme, il sera utile ensuite de rechercher de nouvelles collaborations sur le territoire entre les réseaux eux-mêmes mais aussi avec les autres partenaires de l'action sanitaire et sociale, ainsi que des incitations plus fortes et un réel portage politique.

³¹ Discours du 16 mai 2006 au salon « Hôpital Expo ».

³² Rapport de l'IGAS rendu fin mars au ministre de la santé, Xavier Bertrand, Le monde, 18 mai 2006.

Bibliographie

I. OUVRAGES ET RAPPORTS

Conseil économique et social – *Aménagement du territoire et établissements de santé*, rapport présenté par M. Michel PICARD, 2004, 242 pages.

Conseil économique et social – *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, rapport présenté par M. Eric MOLINIE, 2005, 274 pages.

Cour des comptes – *Les personnes âgées dépendantes*, rapport au Président de la République, suivi des réponses des administrations et des organisations intéressées, novembre 2005.

CREDES – *L'évaluation des réseaux de soins et de santé*, novembre 2003, 177 pages.

FASSIN (Didier) – *Faire de la santé publique*, éditions ENSP, 2005, 59 pages.

HENRARD (Jean-Claude), ANKRI (Joël) – *Vieillesse, grand âge et santé publique*, éditions ENSP, 2003.

MANIERE (Dominique), AUBERT (Martine), MOUREY (France) – *Interprofessionnalité en gérontologie. Travailler ensemble : des théories aux pratiques*, Erès, 2005, 279 pages.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE – *Le développement des réseaux de santé : réalités et perspectives*, mardi 16 novembre 2004.

Passeport réseaux de soins – Guide proposé par l'URML Bretagne, octobre 2002.

Rapport PAILLERET (François de) – *Réseaux de soins et les relations entre l'hôpital et la médecine de ville*, avril 1999.

Rapport « *Réseaux et coopération hospitalière* », FHF, janvier 2003.

Rapport « *Des réseaux pour l'avenir* », groupe de travail constitué de Yves Kessler, oncologue, Edith Droumaguet, pédiatre, Hélène Hanaire-Boutin, diabétologue, Gilles

Poutout, Assurance maladie, Sophie Bentégeat et Pierre Lafly, ministère de la santé, janvier 2004.

SCHWEYER (François-Xavier), LEVASSEUR (Gwénola), PAWLIKOWSK (Teresa) – *Créer et piloter un réseau de santé, un outil de travail pour les équipes*, éditions ENSP, 2^e édition, 2005, 112 pages.

Traité pratique des réseaux de santé, Les Indispensables, Berger-Levrault, août 2005.

II. TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (création des réseaux expérimentaux).

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, annulant et remplaçant l'article L.6321-2 du code de la santé publique.

Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 relative au financement de la sécurité sociale pour 1999 (création du FAQSV).

Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 relative au financement de la sécurité sociale pour 2001 (régionalisation de la procédure d'agrément des réseaux expérimentaux).

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

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.

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.

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

Arrêté du 27 janvier 2003 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2003.

Arrêté du 25 février 2004 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2004.

Arrêté du 25 octobre 2004 modifiant la répartition de la dotation nationale des réseaux pour 2004.

Arrêté du 9 mai 2005 portant détermination de la dotation nationale des réseaux pour 2005.

Arrêté du 29 mars 2006 portant détermination de la répartition de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2006.

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

III. ARTICLES

ACEF (Saïd), BALLORIN (Philippe), PUTEAUX (Anne-Isabelle) – Les réseaux, nouveaux acteurs du système de santé, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, pp. 138-144.

AUTEXIER (Jean) – A propos des filières et réseaux... *Les Cahiers Hospitaliers*, n° 176, février 2002, pp. 29-31.

BENTEGEAT (Sophie) – Réseaux de santé, un axe fort de la politique de santé, premier bilan depuis la mise en place de la dotation nationale de développement des réseaux, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, pp. 19-22.

CORMIER (Maxence) – Le droit des autorisations hospitalières est-il un frein à la coopération inter-hospitalière ? *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, avril-juin 2003, pp. 250-269.

COUSIN (Sophie), REQUILLARD (Hervé) – Réseau. Le second souffle, *Impact médecin*, 2003/04, n° 36, pp. 38-42.

DURAND (Jean-Pol), ORHON (Céline) – Evaluation du réseau : le référentiel ANAES, *Filière et réseaux*, 2004/05-06, n° 78-79, pp. 78-79.

ELGHOZI (Bernard) – Accès aux soins et réseaux de santé, un peu d'histoire sur le terrain à Créteil, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, pp. 115-120.

EVIN (Claude) – Le cadre législatif des réseaux de santé : une lente démarche vers la consécration, *Les Cahiers hospitaliers*, janvier 2006, pp. 16-19.

FREGÉAC (Françoise), PION (Emmanuelle) – Réseau gérontologique MSA, un bilan positif aujourd'hui reconnu, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, pp. 111-114.

LAUDET (Jean) – Mise en place d'un réseau gérontologique ville-hôpital issu du financement FAQSV analyse des difficultés, *La revue de gériatrie*, tome 30, n° 1, janvier 2005, pp. 57-62.

MATHIEU (Lilian) – Le réseau, sens et usages, *Les Cahiers de l'Actif*, n° 324/325, mai/juin 2003, pp.11-32.

POUTOUT (Gilles) – Réseaux : la fin des citadelles ?, *technologie & santé*, juillet 1999, n° 37, pp. 5 -28.

POUTOUT (Gilles) – Réseaux de santé, Nouveaux regards, nouvelles pratiques, *technologie & santé*, septembre/octobre 2005, n° 55/56, pp. 5 -18.

POUTOUT (Gilles) – Philosophie et genèse des réseaux de santé, *Les Cahiers hospitaliers*, janvier 2006, pp. 4-11.

POUTOUT (Gilles) – Qu'est-ce qu'un réseau de santé ? *Les Cahiers hospitaliers*, janvier 2006, pp. 12-16.

SANINNO (Nadine), DONIO (Valérie) – La nécessaire clarification de la place des réseaux de santé, *Filières & Réseaux 2 Santé*, n° 7, mars/avril 2006, pp. 44-45.

IV. ETUDES, MEMOIRES

BILLARD (Valérie) - *Le réseau comme réponse à une meilleure prise en charge des personnes âgées : l'exemple du C.H.U. de Rouen*, mémoire ENSP, décembre 2000.

DELMAS (Frédéric) – *Analyse d'une initiative de court séjour gériatrique au centre hospitalier de Rodez et mise en perspective avec un réseau en charge de personnes âgées au sein de l'hôpital*, mémoire ENSP, EDH 2002-2004.

MIP 2002 – *La politique des réseaux de santé à l'épreuve du réel : exemple du réseau de santé de l'association du bassin de vie n° 8 (ABV8) du département des Hauts de Seine*, groupe 30, animateur : Frédéric SICARD.

RAVINET (Catherine) – *De la nécessité d'un mode de prise en charge coordonné à la réalité du terrain : l'exemple du réseau Franc-Comtois de diabétologie*, mémoire ENSP, EDH, 2003.

V. SITES INTERNET

Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) www.arh-bretagne.fr

ARH Nord Pas-de-Calais : www.5962.fr

ASSOCIATION AGEVILLAGE : www.agevillage.com,

COORDINATION NATIONALE DES RESEAUX : www.cnr.asso.fr

CNAMTS : www.ameli.fr

Haute Autorité en Santé (HAS) : www.anaes.fr

MINISTERE DE LA SANTE : www.sante.gouv.fr

Mutualité Française : www.fnmf.fr

Mutuelle Sociale Agricole (MSA) : www.msa.fr

OBSERVATOIRE NATIONAL DES RESEAUX DE SANTE (ONRS) : www.onrs.net

Observatoire Régional de Santé : www.orsb.asso.fr

URCAM : www.assurance-maladie.fr

URML d'Ile-de-France : www.urml-idf.org

URML Nord Pas-de-Calais : www.urml.org

Liste des annexes

Annexe 1 : Méthodologie du groupe

Annexe 2 : Planning des entretiens

Annexe 3 : Grille des entretiens

Annexe 4 : Pyramide des âges – Nord Pas-de-Calais ; Démographie médicale – Nord Pas-de-Calais

Annexe 5 : L'instruction du dossier réseau

Annexe 6 : L'articulation des réseaux autour de l'usager de santé

Annexe 7 : Grille d'analyse des stratégies

Annexe 8 : Lettre relative aux CLIC et réseaux de santé gérontologiques

Annexe 9 : Le financement des réseaux

Annexe 10 : Le financement des réseaux étudiés

Annexe 11 : Rétroplanning

Annexe 1

Méthodologie du groupe

Le groupe Module Interprofessionnel 18 a travaillé à partir d'une problématique qui revêt plusieurs enjeux : celui de l'augmentation du nombre de personnes âgées dans notre société et celui des nouvelles formes de prise en charge à développer et/ou à trouver pour ces personnes âgées. Le réseau de santé tente de les résoudre ; la dotation nationale de développement des réseaux via la région leur apporte une réponse financière qui n'est pas extensible. Au-delà de cette réponse, les acteurs de terrain, les financeurs ou encore les experts doivent tenter de trouver des solutions tenant à la fois compte des besoins de la population et du respect des enveloppes attribuées.

Notre étude a donc consisté à aborder ce problème au travers de la région Nord Pas-de-Calais, l'ARH et l'URCAM ayant retenu le thème des personnes âgées comme une priorité à partir de 2006. Seuls quatre réseaux de santé gérontologiques y sont financés par la DRDR.

Notre étude n'a pu être exhaustive : dans la mesure où nous n'avons pu disposer que de trois dossiers sur les quatre réseaux de gérontologie que compte la région Nord-Pas-De-Calais, elle s'est appuyée sur une étude comparative et sur les témoignages des acteurs de ces réseaux.

Notre travail de groupe a consisté, dans un premier temps, à la lecture de ces dossiers, afin d'en extraire le contenu, d'en dégager les zones d'incompréhension (précisées par les experts entretenus), de comprendre leur fonctionnement respectif et enfin de comparer leur mode de fonctionnement. Nous avons enrichi nos connaissances au travers de données bibliographiques et réglementaires, ainsi que d'entretiens.

Devant la diversité de ces réseaux de santé en général et des réseaux gérontologiques en particulier, nous avons tenté de trouver des pistes afin de favoriser un développement homogénéisé qui permettrait de dégager des critères de bon fonctionnement tant au niveau qualitatif que financier .

Le travail de groupe en inter-filiarité (10 personnes aux statuts, parcours et formations différentes) s'est déroulé en plusieurs étapes du 9 mai 2006 au 18 mai 2006.

Le Docteur Defebvre, médecin inspecteur de la santé publique de la DRASS de LILLE, a réalisé la séance introductive en rappelant les objectifs et buts à atteindre de ce

travail puis en présentant les réseaux en général et les réseaux gérontologiques en particulier. Deux autres points d'étape ont été faits avec l'animatrice, la semaine suivante, afin de constater de nos travaux.

A l'issue de la première journée, le travail de groupe a pu commencer. Celui-ci a comporté plusieurs points que sont les axes stratégiques du groupe, les méthodes de travail (lectures et entretiens), le travail rédactionnel, la mise en commun et relecture du document, la préparation de la restitution et l'argumentation.

➤ Les axes stratégiques ont été les suivants :

- La création d'un tableau d'échéancier (rétroplanning) ;
- La compilation de documents ;
- Le partage des tâches ;
- L'élaboration du plan détaillé et de la problématique ;
- La distribution de la rédaction.

Des débriefing biquotidiens ont été réalisés sur les lectures faites, les entretiens réalisés, les informations recueillies, afin que l'ensemble des membres du groupe dispose du même niveau d'information et de compréhension.

Des grilles d'analyse des 3 dossiers et des entretiens ont été élaborées.

➤ Les méthodes de travail utilisées ont été les suivantes :

- Des entretiens semi directifs avec préparation de questions (les interviewers) soumises au groupe pour validation ;
- L'élaboration d'une grille commune de lecture pour faciliter l'étude comparative ;
- Des entretiens sur place avec l'URCAM, la DHOS, la MSA et M. POUTOUT ;
- Des liens avec les autres groupes travaillant autour de la thématique des réseaux ;
- La lecture et l'appropriation de la bibliographie.

➤ La phase rédactionnelle :

- La rédaction a été réalisée tant de manière individuelle que par groupes de 2 ou 3 personnes ;
- La relecture commune du document a permis d'obtenir un consensus sur le contenu et de vérifier son adéquation avec le plan établi.

➤ La préparation de la phase orale

Un échéancier (rétroplanning) est prévu fin juin pour la présentation du travail de groupe (détermination des représentants du groupe devant le jury et élaboration du « power point »).

Synthèse

Le fonctionnement du groupe a mis en évidence la nécessité de définir très rapidement une problématique partagée par le groupe, de faire des points d'étape pour assurer la cohérence de l'ensemble, et enfin de négocier les propositions retenues.

Ce travail collectif ne s'est pas fait sans difficulté, il a fallu composer avec le temps qui était imparti et les logiques professionnelles de chacun. Malgré cela, le MIP a été l'occasion de confronter des opinions et des cultures diverses, et a permis de fonctionner « en réseau ».

Annexe 2

Planning des entretiens

Mardi 9

Présentation par le Docteur Marguerite Marie Defevre

Mercredi 10 matin

- recherche documentaire : lecture des dossiers des réseaux ;
- recherche internet : ARH/URCAM/INSEE ;
- prise de RDV : HAS, ministère, Rennes (CLIC, ARH, URCAM), associations d'usagers à Lille ;
- relations avec les groupes MIP 10, 15, 25, 28.

Mercredi 10 après midi

- restitution des lectures et travaux à l'ensemble du groupe ;
- élaboration de la grille d'entretien.

Jeudi 11 matin

Entretiens téléphoniques

9h00 – Mme Caroline HENNION (directrice en charge du dossier transversal de la gériatrie au sein d'un établissement PSPH, le groupement hospitalier de l'institut catholique de Lille)

11h40 – RDV avec les autres groupes traitant du thème des réseaux.

Jeudi 11 après-midi

Entretien téléphonique

15h00 – M. CHAUSSEGROS (Coordination nationale des réseaux)

17h00 – Mme Catherine LACHAUSSEE (chargée de mission à la CNAV, direction de l'action sociale)

Vendredi 12 matin

Entretiens téléphoniques

8H30 – M. le Dr FOURNIER (Géiatre, PH, chef du service de gériatrie au CH de Lens, à l'origine du réseau de santé et du CLIC EOLIS (président d'EOLIS), médecin référent du réseau « vil'âge » d'Hénin Carvin)

11H00 – Mme Virginie RINGLER cadre A à la DDASS du Nord au sein du service des politiques gérontologiques, en charge du médico-social et des réseaux et CLIC)

Vendredi 12 après-midi

Entretiens téléphoniques

14h00 – Mme Caroline FLEURIEL (Chargée de mission au CLIC de Lille)

15H00 – Mme le Dr HELFRICH (Médecin généraliste installée à Lille, fait partie d'une association de généralistes et intervient dans le cadre du réseau de Lille-Helemmes-Lomme)

17h00 – Mme Annick BONY (Chef de bureau à la DGAS)

Déplacement

14H00 – M. François Xavier SCHWEYER (sociologue ENSP)

Lundi 15 matin

Entretiens téléphoniques

09h00 – M. Xavier DE VERDHELAN (Chargé de mission à l'URCAM, en charge du dossier des réseaux de santé pour la DRDR)

11h00 – M. Gwen MARQUE (Directeur d'hôpital, chargé de mission à l'ARH, en charge de la DRDR)

Lundi 15 après-midi

Entretiens téléphoniques

13H30 – Mme Mahe (CLIC EOLIS)

15h00 – Dr JABOT (ENSP)

Déplacements

16h00 – DHOS (M. Jean MALIBERT, chargé de mission réseaux)

16H00 – M. POUTOUT (ancien directeur adjoint de l'URCAM IDF, professeur associé à l'université de Marne-la-Vallée, directeur délégué au CNEH)

Mardi 16 matin

Entretiens téléphoniques

08h00 – M. le Dr TILLAC (Médecin conseil MSA, référent sur le réseau gérontologique du Ternois)

09h00 – Mme Nadine SANINO (évaluatrice de réseaux)

Déplacement

10h00 – M. Pierre BERGMAN (CNAMTS, département de la coordination et de l'efficience des soins)

Mardi 16 après-midi

Déplacement

14h30 – Mme LONCLE (ENSP)

14h00 – Mmes Françoise FREGEAC et Isabelle SAPORTA (MSA)

Mercredi 17 matin

Entretiens téléphoniques

08H45 – M. ECHARDO (ARH Paris)

10h00 – Mme DESPATURE (DH LOOS)

Annexe 3

Grille d'entretien type pour les acteurs des réseaux gérontologiques

GRILLE D'ENTRETIEN « SEMI-DIRECTIF »
Date :
Lieu :
Personne rencontrée :
1. Organisation/statut juridique du réseau
Question 1 : quel est votre rôle dans la mise en place des réseaux ?
Question 2 : quelle est la composition du réseau et son statut juridique ?
Question 3 : quelle est la participation des usagers au sein des réseaux ?
Question 4 : quelle est l'évolution du nombre de personnes prises en charge par les réseaux ? <ul style="list-style-type: none">- quels sont les motifs de refus de prise en charge et pourquoi ? (critères d'adhésion)- du fait de la diversité des populations au sein du bassin concerné, les réseaux sont-ils adaptés ?
Question 5 : quels liens entretenez-vous avec les autres réseaux ?
Question 6 : quelle est la nature de vos relations avec les partenaires locaux ? (Hôpitaux, ARH, collectivités, DRASS/DDASS, médecins...) <ul style="list-style-type: none">- quelle est l'implication du secteur libéral ? comment dynamiser son implication ? (méfiance des médecins et difficulté de recrutement)- quelle est la collaboration avec l'hôpital car la prise en charge se fait aussi bien à domicile qu'à l'hôpital ?
2. Outils
Question 7 : comment est géré le dossier commun partagé au quotidien ? Version informatique ? version papier ?

3. Financement

Question 8 : comment est financé le réseau ? uniquement par la DRDR ? Y-a-t-il des financements complémentaires, de quel type ? Est-ce que ce mode de financement est adapté ? A combien s'élève le financement ? Quelles difficultés avez-vous rencontré afin d'obtenir le financement ? envisagez-vous des difficultés futures quant à ce financement ?

Question 9 : avez-vous envisagé une stagnation future de la DNDR ?

Question 10 : quelles propositions pouvez-vous faire en matière de financement ?

4. Perspectives/coordination

Question 11 : que pensez-vous de la multiplication des réseaux, notamment en gérontologie ?

Question 12 : le nombre de réseaux va croissant, quelles sont les difficultés liées à cette multiplication ? Les acteurs rencontrent des difficultés notamment lorsqu'un patient est suivi par plusieurs réseaux. Faut-il coordonner les réseaux ? Pourquoi ? Sous quelles formes ?

Question 13 : comment voyez-vous évoluer le réseau que vous avez mis en place ?

Question 14 : comment voyez-vous le développement des réseaux dans votre région ? Des réseaux pluridisciplinaires ?

Question 15 : à quel niveau se fait la coordination (territoire de santé, département, région) par qui, et sous quelle forme (nouvelle structure, appui sur l'existant, niveau autonomie) ?

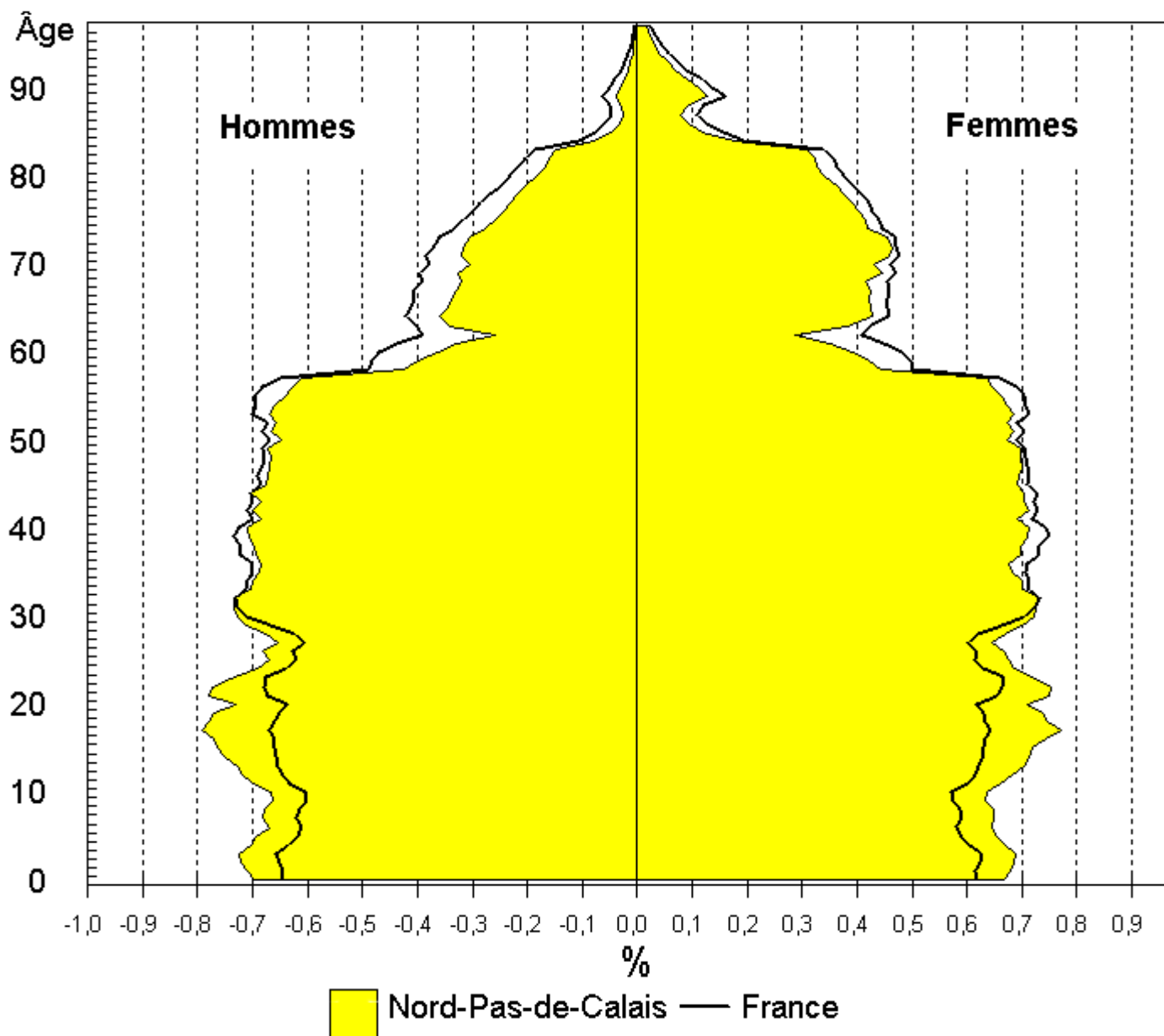
Question 16 : faut-il mutualiser les moyens entre les réseaux ?

Question 17 : quelles perspectives, quelle pérennité pour les réseaux ?

Annexe 4

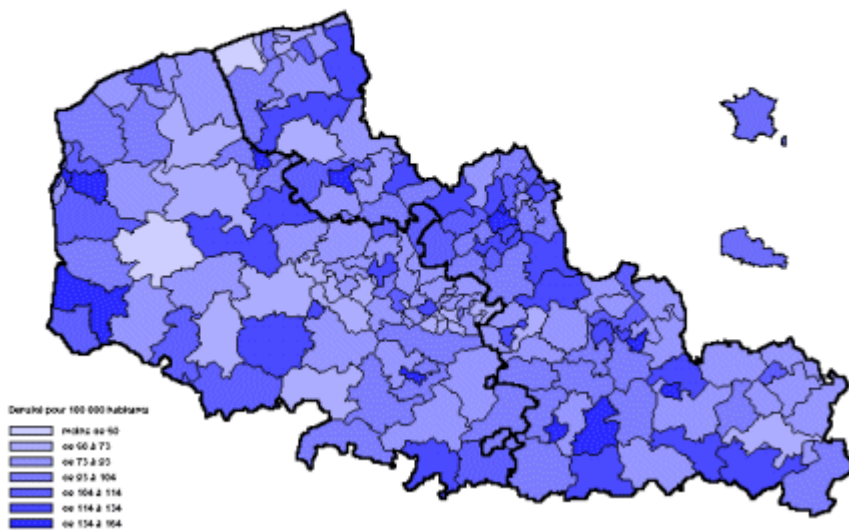
Pyramide des âges – Nord Pas-de-Calais Démographie médicale – Nord Pas-de-Calais

Pyramide des âges au 1er janvier 2004

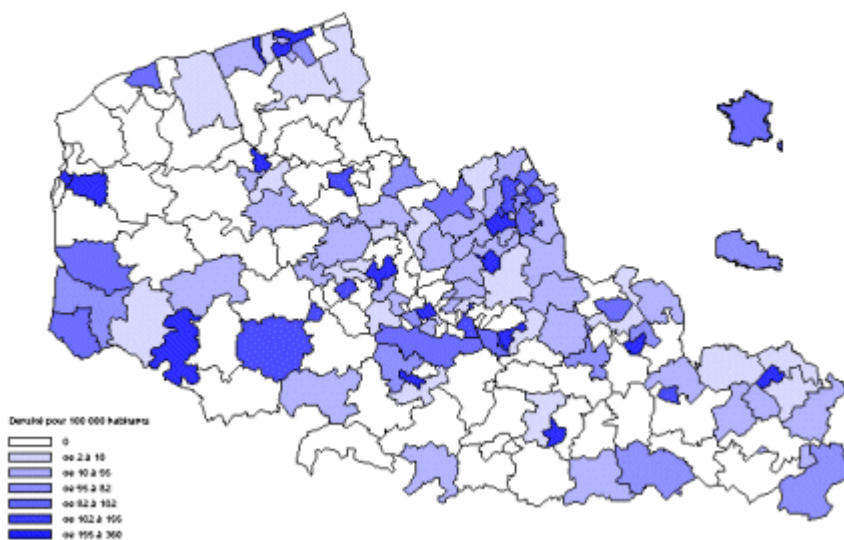


Source : Insee -recensements - Estimations localisées de population
(http://www.insee.fr/fr/insee_regions/nord-pas-de-calais/rfc/figure/POPOP104.GIF)

Médecins Omnipraticiens -Densité cantonale



Médecins Spécialistes -Densité cantonale

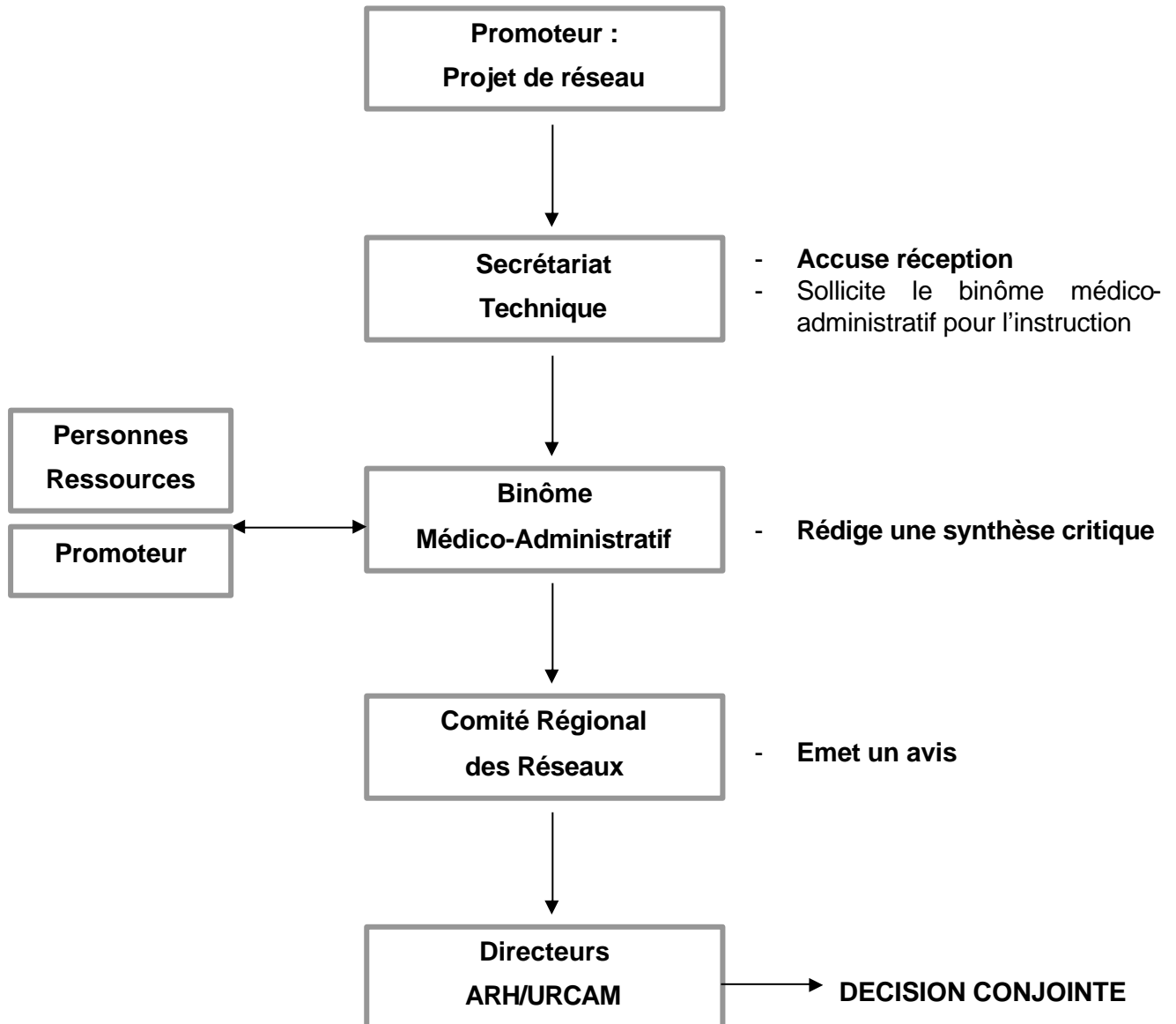


	Densité pour 100.000 hab.	
	Nord Pas-de-Calais	France
Chirurgiens - Dentistes	40,4	60,3
Sages-femmes	1,0	4,3
Laboratoires	4,4	7,1
Infirmiers libéraux	55,8	77,1
Masseurs Kinésithérapeutes	55,0	59,6
Orthophonistes	12,4	14,9
Orthoptistes	1,4	3,7

Source : <http://www.npdc.assurance-maladie.fr/6694.0.html>

Annexe 5

L'instruction du dossier réseau



Annexe 6

L'articulation des réseaux autour de l'utilisateur de santé



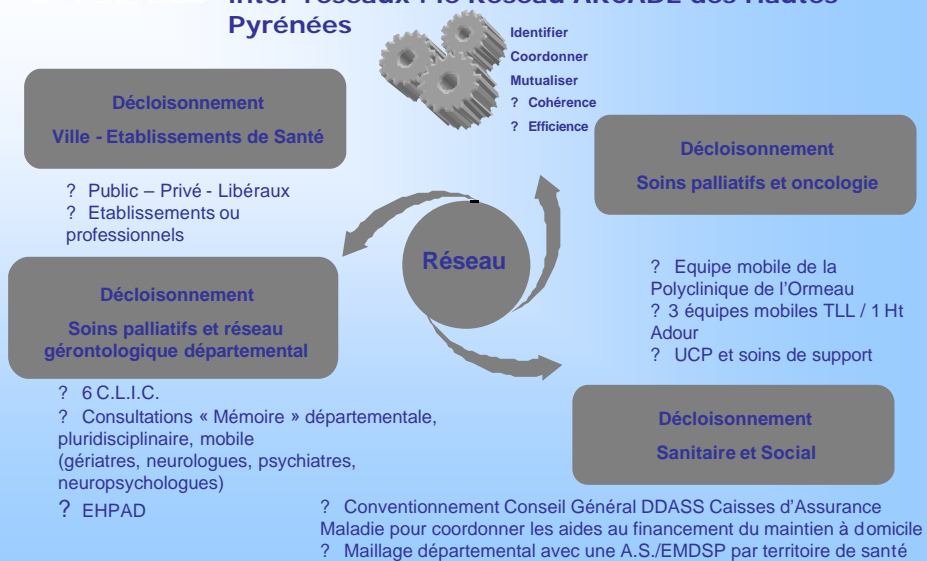
L'articulation des réseaux autour de l'utilisateur de santé Mignonne, allons voir si la marguerite...

- Les conditions du succès : modification des pratiques
 - L'ensemble des acteurs de santé autour de la personne
 - Les réseaux comme offre territoriale de prise en charge globale
 - Le décloisonnement sanitaire et social comme impératif de réussite
 - Le soutien institutionnel et les moyens adaptés aux objectifs fixés
- Les modalités d'organisation : coordination territoriale des réseaux
 - Mutualisation de la logistique et de certaines ressources humaines
 - Formation commune inter-professionnelle aux thématiques des réseaux et à la pratique du travail en réseau
 - Démarche d'évaluation commune
 - Articulation entre les procédures (D/SP, SP/Oncologie, SP/Gérontologie...)

16 novembre 2004



Un exemple de laboratoire permanent pour l'innovation, le décloisonnement et l'articulation inter-réseaux : le Réseau ARCADE des Hautes-Pyrénées



16 novembre 2004



L'articulation des réseaux autour de l'utilisateur de santé Mignonne, allons voir si la marguerite...

- Le système d'information : outil nécessaire et structurant pour chaque réseau
 - dossier patient personnel avec identifiant unique
 - Messagerie sécurisée,
 - Portail et site internet, annuaire des professionnels
 - Interfaçage avec l'ensemble des acteurs des réseaux, y compris les acteurs libéraux et sociaux
 - Nécessité de convivialité et d'une ergonomie adaptée
- Le système d'information : outil indispensable pour le partage d'informations
 - entre les réseaux de proximité et les réseaux thématiques régionaux et inter-régionaux
- Le système d'information : outil de soutien pour la continuité de la prise en charge

16 novembre 2004

Annexe 7

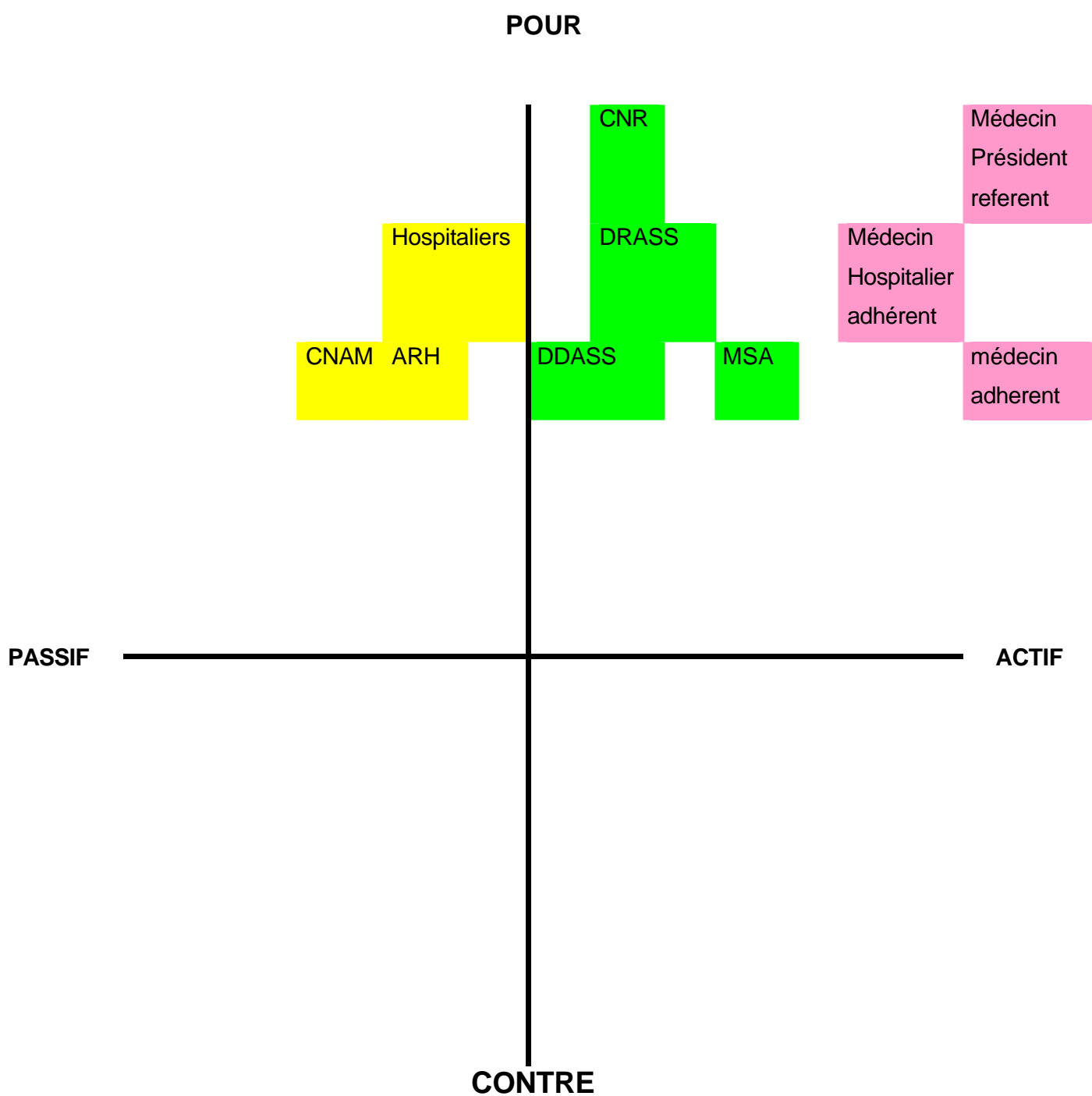
Grille d'analyse des stratégies

ACTEURS	MISSIONS Et OBJECTIFS LATENTS OU MANIFESTES	RESSOURCES ATOUS	CONTRAINTES	STRATEGIES PREVISIBLES
CNR	<ul style="list-style-type: none"> -répondre à une structuration insuffisante -mutualisation des compétences -centrer sur prévention et qualité de vie -transformer les représentations de la santé 	<ul style="list-style-type: none"> -les premiers réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> -attentes de la DRDR -hospitalocentrisme -visions différentes pour chacun -pas de vision commune et globale -rapport de pouvoir entre les acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> -fusionner social et sanitaire -promouvoir globalité -en faveur d'un territoire de proximité -négociation
ARH	<ul style="list-style-type: none"> -remettre évaluation régionale au centre de la stratégie : rationaliser -moins de liberté -uniformisation des outils -plus de collaboration avec le conseil général 	<ul style="list-style-type: none"> -position stratégique sur la région -indépendance entre ARH -dynamisme des acteurs de terrain -légitimité -finance 	<ul style="list-style-type: none"> -absence de vision régionale -flou et concurrence entre réseaux -réelles motivations des promoteurs de réseau -scission sanitaire et sociale -système centré sur le curatif -trop de réseaux tue réseau 	<ul style="list-style-type: none"> -donner parole à l'utilisateur -inscrire les réseaux dans le SROS -afficher volonté de participatif -pas favorable au développement des réseaux gérontologiques isolés -prôner échelon régional de financement -favoriser l'émergence des liens pour ensuite les généraliser en réseau de réseaux -attentiste. position de veille
DDASS	<ul style="list-style-type: none"> -conseil et accompagnement des dossiers 	<ul style="list-style-type: none"> -instruit les dossiers -aide technique 	<ul style="list-style-type: none"> - ne refuse jamais 	<ul style="list-style-type: none"> -attentiste -soutien -facilitateur

ACTEURS	MISSIONS Et OBJECTIFS LATENTS OU MANIFESTES	RESSOURCES ATOUS	CONTRAINTES	STRATEGIES PREVISIBLES
CNAMTS	<ul style="list-style-type: none"> -suppléer la coordination par le médecin traitant -intégrer des compétences en économie de la santé dans gestion interne des réseaux -articuler 	<ul style="list-style-type: none"> -participe à l'élaboration du cahier des charges avec Ministère 	<ul style="list-style-type: none"> -pas de critères d'évaluation, évaluation non homogène -articulation des financements (DRDR et FAQSV) 	<ul style="list-style-type: none"> -favorable au regroupement des réseaux : maison de santé
MSA	<ul style="list-style-type: none"> -créer 2O réseaux par an sur territoires ruraux petites tailles -maintenir réseaux dans sanitaire -limiter coût -role de proximité pour accompagner 	<ul style="list-style-type: none"> -soutien logistique des réseaux existants -expérience des réseaux expérimentaux -finance les évaluations de leurs réseaux -mise à disposition de professionnels salariés (Assistante sociale..) -soutien logistique des réseaux 	<ul style="list-style-type: none"> -peu de lisibilité du financement -différence de financement selon les régions -difficultés de trouver des leaders 	<ul style="list-style-type: none"> - favorable aux actions curatives -pas favorable à une supra coordination - favorable à des petits réseaux pour garder philosophie - discours parfois contradictoire - former les médecins à la gériatrie, susciter le soutien des hospitaliers

ACTEURS	MISSIONS Et OBJECTIFS LATENTS OU MANIFESTES	RESSOURCES ATOUTS	CONTRAINTES	STRATEGIES PREVISIBLES
CLIC	<ul style="list-style-type: none"> -organiser la mise en œuvre du plan d'aide à la personne -action de prévention -relier les acteurs sanitaires et sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> -seule à avoir vision globale -les professionnels adhérents deviennent « porteurs » 	<ul style="list-style-type: none"> -offre pas adaptée aux besoins(polypathologie, lourdeur des soins...) -acteurs saturés (en temps, en lits..) -outils communs peu ou pas utilisés -double action (ex :évaluation pour APA et pour le plan d'aide) -résistance des professionnels non adhérents 	<ul style="list-style-type: none"> -passif (paralysé)
MEDECIN ADHERENT PRESIDENT RESEAU	<ul style="list-style-type: none"> -éviter les ré hospitalisations -améliorer la qualité de vie -s'appuyer sur le réseau pour la sortie 	<ul style="list-style-type: none"> -corporatisme 	<ul style="list-style-type: none"> -perte de liberté -chronophage -certains patients adhérents sans adhésion de leur médecin -4 médecins sur 400 adhérents 	<ul style="list-style-type: none"> -communication -croisade
MEDECIN REFERENT	<ul style="list-style-type: none"> -mutualiser -harmoniser sans unifier -reconnaissance professionnelle personnelle- 	<ul style="list-style-type: none"> -appui de la MSA et politique et de l'hôpital -ancienneté du réseau 	<ul style="list-style-type: none"> -pas de financement pour le montage du dossier chronophage et pour l'évaluation externe -pas de motivation spontané des acteurs 	<ul style="list-style-type: none"> -implication très forte dans le réseau -position incontournable
MEDECIN HOSPITAL IER INITIATEU R RESEAU	<ul style="list-style-type: none"> -mutualisation des moyens -le généraliste reste responsable du patient -éviter l'hospitalocentrisme 	<ul style="list-style-type: none"> -participation pluridisciplinaire de fait à différents réseaux informels -DRDR structurante -réseau est une ressource pour le généraliste -expertise 	<ul style="list-style-type: none"> -le réseau ne se décrète pas -manque de personnel -manque de visibilité sur pérennisation des ressources financières -manque de cohésion des acteurs institutionnels 	<ul style="list-style-type: none"> -double discours entre hospitalier et promoteur -affiche refus d'hospitalo mais prend le rôle principal...

ACTEURS	MISSIONS Et OBJECTIFS LATENTS OU MANIFESTES	RESSOURCES ATOUTS	CONTRAINTES	STRATEGIES PREVISIBLES
ADMINIST RATIFS DH CH PSPH	-Filière gériatrique -désengorger l'amont -favoriser l'aval -éviter que l'hôpital soit la seule réponse -développer programmé -dissocier sanitaire du social -ouvrir l'hôpital vers l'extra -développer thématique commune de santé publique	-compétences hospitalières à disposition des libéraux -du temps	-Perçu comme hospitalocentriste -Rester modeste -passer des conventions ne pas empiéter sur territoire du médecin -peu de disponibilité des libéraux	-Très favorable -Retrait -négociation -centrer réseau sur le médecin traitant



LEGENDE

- LEADERS
- FACILITATEURS
- FINANCEURS OU ASSIMILES

Annexe 8

Lettre relative aux CLIC et réseaux de santé gériatriques

MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL
ET DE LA COHÉSION SOCIALE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA PROTECTION SOCIALE
MINISTÈRE DE LA FAMILLE
ET DE L'ENFANCE
Direction générale de l'action sociale
Sous-direction des âges de la vie
Bureau des personnes âgées (2 C)
Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction de l'organisation du système de soins
Bureau O 3 : réseaux, complémentarités
et recomposition des activités de soins

Lettre DGAS/DHOS2C/O 3 n° 2004-452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gériatriques

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Annexe : tableau synoptique CLIC (niveaux 2 et 3) ; réseaux de santé gériatriques.

Le ministre de la santé et de la protection sociale à Mesdames et Messieurs les directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation les préfets de région, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, Mesdames et Messieurs les préfets de département, directions départementales des affaires sanitaires et sociales ; direction de la solidarité et de la santé de la Corse et de la Corse-du-Sud, direction de la santé et du développement social de la Guadeloupe, direction de la santé et du développement social de la Martinique, direction de la santé et du développement social de la Guyane Les réflexions menées à la suite de la canicule de l'été 2003 ont mis en relief l'importance du niveau local de proximité, notamment pour repérer les personnes âgées fragiles, pour mener des actions de prévention primaires et secondaires, pour renforcer l'accès aux soins de proximité, ainsi que la nécessité d'intégrer dans un projet global cohérent et lisible les actions des structures de coordination existantes (CLIC et Réseaux de santé).

Un groupe de travail a été constitué, à notre initiative, chargé de formaliser des propositions destinées à renforcer la synergie entre CLIC et réseaux en prenant appui sur la réflexion et les expériences des acteurs locaux et en les capitalisant. Les conclusions de ce groupe mettent en évidence la nécessité de préciser et de clarifier, auprès de l'ensemble des acteurs intervenant auprès des personnes âgées, les spécificités et les complémentarités entre les CLIC de niveaux 2 et 3 et les réseaux de santé notamment gériatriques. Cette complémentarité doit être facilitée et organisée par les institutions et les organismes départementaux et régionaux chargés de leur pilotage.

Spécificités des CLIC (niveaux 2 et 3) et des réseaux de santé gériatriques

Les champs d'intervention :

Les CLIC s'inscrivent dans une politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées, qui est définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gériatrique). Les réseaux se situent dans le cadre de l'organisation du système de santé, qui est définie dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS).

Les missions :

Les CLIC et les réseaux de santé concourent à améliorer la qualité de la prise en charge fondée sur une approche globale et personnalisée des besoins des personnes, associant prévention, accompagnement social et soins. Ils mobilisent autour des besoins individuels, dans une aire géographique définie, les ressources du champ sanitaire, social et médico-social. Les soins font partie intégrante de la prise en charge assurée par les réseaux de santé, alors que les CLIC n'ont vocation à délivrer directement ni soins, ni prestations à domicile.

La spécificité des CLIC tient essentiellement à leur ancrage territorial fort, concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales, qui leur permet de faire converger les aspirations du public (personnes âgées et leur entourage), les interventions des professionnels et les politiques des institutions. Les CLIC sont des structures de proximité, lieux d'accueil, d'écoute et d'information du public, des centres de ressources pour les professionnels, et des observatoires des besoins et des réponses.

Les missions des réseaux sont centrées sur la prise en charge du patient, qui doit être globale, continue et d'égale qualité - quel que soit le lieu de prise en charge - pluriprofessionnelle et interdisciplinaire. Inscrits dans une démarche qualité, les réseaux sont organisés et structurés pour coordonner et former les professionnels concernés. La possibilité de rémunérer forfaitairement des prestations non financées dans le cadre des prises en charge traditionnelles (temps de coordination des professionnels, formation décloisonnée, prestations spécifiques en faveur des patients...) contribue à la qualité des prises en charge.

Les publics :

Les publics concernés par les CLIC et les réseaux de santé ne sont pas définis de la même manière, ils se recoupent, toutefois, partiellement, notamment dans le cas des réseaux de santé gériatriques. Les CLIC ont vocation à s'adresser à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels qui interviennent auprès d'elles. La population cible des réseaux de santé est définie en fonction de l'objet du réseau et des objectifs poursuivis. Les réseaux répondent à des besoins de santé spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Les réseaux de santé gériatriques concernent les personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.

Complémentarité CLIC/Réseaux de santé gériatriques

Une coopération étroite entre CLIC et réseau de santé gériatrique facilite le décloisonnement des acteurs locaux et permet à chacune de ces structures d'accomplir plus facilement l'intégralité de ses missions.

Le CLIC facilite l'accès au grand public pour le réseau, lui permet de démultiplier l'information, de mettre en oeuvre des actions de prévention et d'éducation à la santé vers un public beaucoup plus large, il facilite la mise en oeuvre de l'accompagnement social et médico-social et contribue à faire émerger et à développer des projets de **réseaux gériatriques** et à promouvoir les réseaux existants, dont il est partenaire, voire membre adhérent.

Le réseau de santé gériatrique offre au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable, une reconnaissance par les professionnels de santé, il permet aux personnes âgées atteintes de polyopathologies de bénéficier d'une prise en charge globale et continue, enfin le **réseau gériatrique** contribue aux projets de CLIC, à la promotion des CLIC existants.

Un financement au titre des CLIC et au titre des réseaux de santé gériatriques est compatible et cumulable, dès lors que la structure concernée remplit bien les missions afférentes à chacune des structures et que la présentation des comptes fait clairement apparaître les différentes sources de financement. Une concertation institutionnelle pour offrir aux CLIC et aux réseaux un cadre d'intervention cohérent et lisible.

Afin d'optimiser l'action des CLIC et des réseaux de santé, les instances départementales et régionales participant à l'instruction des dossiers doivent organiser et faciliter leur complémentarité. Nous leur recommandons d'établir une concertation régulière entre les deux niveaux de pilotage (régional pour les réseaux et départemental pour les CLIC), afin de donner un cadre cohérent et lisible aux actions des coordinations gériatriques (CLIC et réseaux) existantes et en préparation. Dans de nombreuses régions, des dispositifs de travail ont été mis en place et l'articulation entre ces deux instances se fait par le biais des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) qui participent aux comités régionaux des réseaux et travaillent en lien étroit avec les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Dans le cadre de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, il est mis fin au copilotage Etat/département du dispositif CLIC, le président du conseil général devenant le pilote unique et ayant vocation à autoriser les CLIC, après avis du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Une disposition transitoire stipule que les CLIC déjà labellisés à la date d'entrée en vigueur de la loi - fixée au 1er janvier 2005 - sont réputés autorisés. Il est donc indispensable d'associer les services des conseils généraux à la réflexion et au travail mené par les comités régionaux des réseaux. Les CROSMS qui seront amenés à donner un avis sur les projets de CLIC devront également s'attacher à favoriser la cohérence entre les deux dispositifs. Les deux instances de concertation (comité de pilotage départemental CLIC et comité régional des réseaux) devront s'organiser pour partager l'information dont elles disposent et faciliter, à travers l'instruction des dossiers CLIC et **réseaux gériatriques**, la complémentarité et la cohérence des deux dispositifs. A cet effet, la participation des conseils généraux aux comités régionaux des réseaux doit être recherchée. L'expérience des acteurs locaux et régionaux montre qu'il est particulièrement utile de :

- diffuser auprès de l'ensemble des décideurs et acteurs concernés une cartographie régulièrement actualisée des CLIC de niveaux 2 et 3 et des **réseaux gériatriques** (1) ;

- rechercher la cohérence et la compatibilité entre les territoires des CLIC et des **réseaux gérontologiques** ;
- exiger une articulation très solide entre CLIC de niveaux 2 et 3 et **réseaux gérontologiques**, afin d'éviter les doublons et de permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à la prestation adéquate, quelle que soit la porte d'entrée.

Cette concertation concrète visant à la cohérence des structures de coordination gérontologique contribuera à renforcer l'articulation entre les schémas gérontologiques départementaux et le SROS.

Nous vous invitons donc, dans vos champs de compétence respectifs, à assurer une large diffusion de la présente lettre, notamment auprès des URCAM, des conseils généraux et plus largement auprès des membres des comités régionaux des réseaux, des comités départementaux de pilotage CLIC et des CROSMS, enfin, auprès des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques.

Le directeur de l'hospitalisation
l'organisation des soins,
E. Couty

Le directeur général
de l'action sociale,
J.-J. Trégoat

ANNEXE I
TABLEAU SYNOPTIQUE CLIC (NIVEAUX 2 ET 3)
RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES

	CLIC NIVEAUX 2 ET 3	RÉSEAUX DE SANTÉ GÉRONTOLOGIQUES
Champ d'intervention	Politique publique territorialisée en faveur des personnes âgées définie dans le cadre du schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale (schéma gérontologique).	Organisation du système de santé - par valorisation de l'offre existante et par découplage des champs sanitaire, médico-social et social - définie dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins (SROS III). Objectifs
Principes généraux.	Améliorer la qualité de prise en charge des personnes âgées : - par une approche globale et personnalisée des besoins des personnes âgées ; - en mobilisant les ressources des champs sanitaire, médico-social et social ; - en associant prévention, accompagnement social et soins	
	Garantir la cohérence, la lisibilité et l'ancrage territorial des politiques publiques en direction des personnes âgées.	Faciliter l'accès aux soins. Garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge globales des personnes âgées.
	Mise en réseau des professionnels. Mutualisation des informations.	
	Ancrage territorial fort concrétisé par un partenariat étroit avec les collectivités territoriales. Mise en synergie des acteurs locaux (décideurs, professionnels et public). Proximité avec les personnes âgées : facilite et fait émerger la parole des personnes âgées et de leur entourage. Inscription des CLIC dans des démarches de développement local. Implication institutionnelle forte des acteurs de la politique gérontologique dans la mise en place et le suivi du dispositif.	Prise en charge du patient inscrite dans une démarche qualité : - principe de liberté d'adhésion des professionnels et des patients ; - adhésion des professionnels à la charte du réseau (prévoyant notamment des modalités d'échange d'information), à des référentiels professionnels et de prise en charge partagée et à la convention constitutive du réseau ; - possibilité de rémunération forfaitaire des prestations non financées dans le cadre des prises en charge traditionnelles (temps de coordination des professionnels, formation découplée, prestations spécifiques en faveur des patients...) ; - patient acteur de sa prise en charge :

		information éclairée du patient et formalisation de son accord (dans la mesure du possible).
Missions	<p>Lieu d'accueil, d'écoute et d'information du public.</p> <p>Centre de ressources pour les professionnels.</p> <p>Observatoire des besoins et des réponses.</p> <p>Facilite l'accès aux droits.</p> <p>Ne délivre directement ni soins ni prise en charge à domicile.</p> <p>Evalue les besoins, élabore un plan d'aide et met en place des réponses rapides, complètes et coordonnées, notamment pour les situations complexes et/ou urgentes.</p> <p>Identifie et facilite la mise en relation des professionnels de santé, du champs social, médico-social et de l'habitat.</p>	<p>Assure une prise en charge sanitaire coordonnée de la personne âgée, considérée dans son environnement.</p> <p>Permet le maintien à domicile par l'organisation de la coordination des acteurs multiples concernés.</p> <p>Assure une prise en charge globale comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'éducation à la santé ; - des actions de prévention ; - des diagnostics ; - des soins ; <p>- un accompagnement social, médico-social.</p>
	<p>Initie des actions de prévention, de soutien aux aidants naturels, de formation.</p> <p>Missions déclinées en 3 niveaux de label :</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau 1 : accueil, information, soutien ; - niveau 2 : évaluation et élaboration du plan d'aide et missions du niveau 1 ; - niveau 3 : suivi du plan d'aide et missions des niveaux 1 et 2. 	
Publics	<p>Toutes les personnes âgées de 60 ans et plus.</p> <p>Famille et entourage.</p> <p>Intervenants auprès des personnes âgées, professionnels, bénévoles, institutions</p>	<p>Personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire.</p> <p>Famille et entourage.</p> <p>Intervenants auprès des personnes âgées, professionnels, bénévoles, institutions.</p>
Acteurs	<p>Collectivités territoriales, CRAM, branche vieillesse des autres régimes d'assurance maladie, caisses de retraite complémentaires.</p> <p>Services sociaux, CCAS, équipes médico-sociales APA.</p> <p>Etablissements de santé, EHPAD, services d'aide à domicile, services de soins infirmiers à domicile.</p> <p>SVA, PACT ARIM, CICAT, et autres intervenants du secteur de l'habitat.</p>	<p>Professionnels de santé.</p> <p>Médecins du travail.</p> <p>Etablissements de santé.</p> <p>Centres de santé.</p> <p>Institutions sociales ou médico-sociales.</p> <p>Bénévoles.</p> <p>Représentants des usagers.</p>

	<p>Professionnels sociaux, médico-sociaux, de santé.</p> <p>Bénévoles.</p> <p>Représentants des usagers.</p>	
Territoires	<p>Territoire infra-départemental, correspond aux bassins de vie (7 000 à 15 000 personnes âgées de 60 ans et plus).</p> <p>Territoire défini dans le schéma gérontologique départemental.</p> <p>Le réseau des CLIC maille le département.</p>	<p>Territoire inter-régional, régional ou infra-régional (lien avec le SROS)</p>
Forme juridique de la structure	<p>Structure sociale et médico-sociale, au sens du code de l'action sociale et des familles (article L. 312-1-11°).</p> <p>Dotée ou non d'une personnalité morale propre.</p> <p>54 % des CLIC sont gérés par des associations, 25 % par des villes, 10 % par des hôpitaux, 7 % par des conseils généraux, 4 % par des organismes divers.</p>	<p>Dotée ou non d'une personnalité morale propre.</p> <p>Si l'option d'une personnalité morale est retenue, il peut s'agir d'une association, d'un GIP, d'un GIE ou d'un GCS.</p>
Montage du dossier	<p>Circulaire DHOS/DSS/CNAM/2002 n° 610 du 19 décembre 2002.</p> <p>Pré-requis exigés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - document d'information aux usagers ; - charte du réseau ; - convention constitutive du réseau ; - modalités de partage de l'information ; - modalités d'évaluation. 	
Instruction / autorisation	<p>Avis du comité de pilotage départemental CLIC.</p> <p>Décision de labellisation conjointe : préfet - DDASS / président du conseil général.</p> <p>La loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit, à compter du 1er janvier 2005, le pilotage du dispositif par le président du conseil général, qui sera compétent pour autoriser les CLIC, après avis du CROSMS.</p>	<p>Avis des membres du comité régional des réseaux.</p> <p>Décision conjointe des directeurs de l'ARH et de l'URCAM de financement, sur la base des critères définis par décrets (convention régionale ARH/URCAM précisant les conditions d'instruction et de financement ; critères de qualité portant sur l'organisation, le financement et l'évaluation).</p>
Evaluation	<p>Organisation de l'évaluation et du suivi des CLIC par le comité de pilotage départemental ;</p> <p>Dans le cadre de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, auto-évaluation tous les 5 ans et</p>	<p>Rapport annuel d'activité.</p> <p>Evaluation triennale des actions, du processus mis en oeuvre et de l'efficacité du réseau.</p>

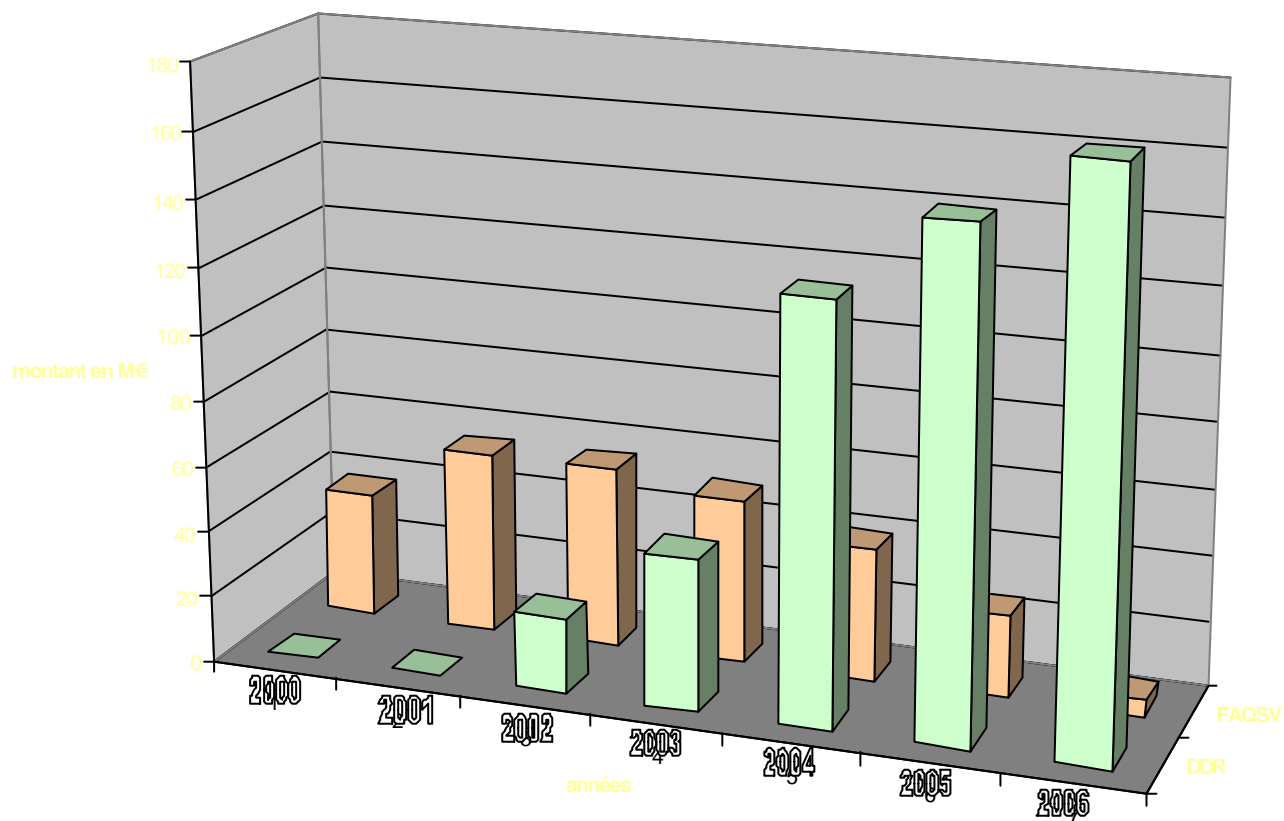
	évaluation externe tous les 7 ans.	
Financement	Un financement au titre des CLIC et des réseaux est compatible et cumulable, si : - la structure concernée remplit bien les missions afférentes à chacune des structures ; - la présentation des comptes fait bien apparaître les différentes sources de financement.	
	Cofinancement Etat, en 2004 : enveloppe spécifique dédiée aux CLIC au sein du Fonds de modernisation de l'aide à domicile (FMAD) : 22,2 millions d'euros. A compter du 1er janvier 2005, transfert de compétence et de crédits aux départements. Conseil général, communes, CRAM, autres régimes d'assurance maladie (branche vieillesse), caisses de retraite complémentaires, hôpitaux, FAQSV...	Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) : 5e enveloppe créée au sein de l'ONDAM par prélèvement des 4 autres enveloppes, répartie par région (DRDR). 2004 : 125 millions d'euros. FAQSV, dotation régionale hospitalière, collectivités territoriales, autres subventions : Etat, assurance maladie...
Appui au montage de dossiers	DDASS, conseil général, communes, CODERPA.	Guichet unique, secrétariat technique et cellule d'appui auprès des ARH - URCAM.
Complémentarité CLIC / Réseaux de santé gériatrique	Coopération CLIC / Réseau de santé gériatrique : - facilite le décloisonnement ; - permet au CLIC et au réseau d'accomplir plus facilement l'intégralité de leurs missions.	
	Le CLIC apporte au réseau : - un accès facilité au grand public, une possibilité de démultiplier l'information ; - une mise en oeuvre d'actions de prévention et d'éducation à la santé facilitée pour un public plus large ; - une mise en oeuvre de l'accompagnement social et médico-social facilitée ; - une contribution aux projets de réseaux gériatriques ; - une contribution à la promotion des réseaux existants.	Le réseau apporte au CLIC : - une expertise médicale facilement mobilisable ; - une reconnaissance du CLIC par les professionnels de santé ; - la possibilité d'une prise en charge globale et continue pour les personnes âgées atteintes de polypathologies ; - une contribution aux projets de CLIC ; - une contribution à la promotion des CLIC existants.
Préconisations	Concertation entre les 2 niveaux de pilotage (régional des réseaux et départemental des	

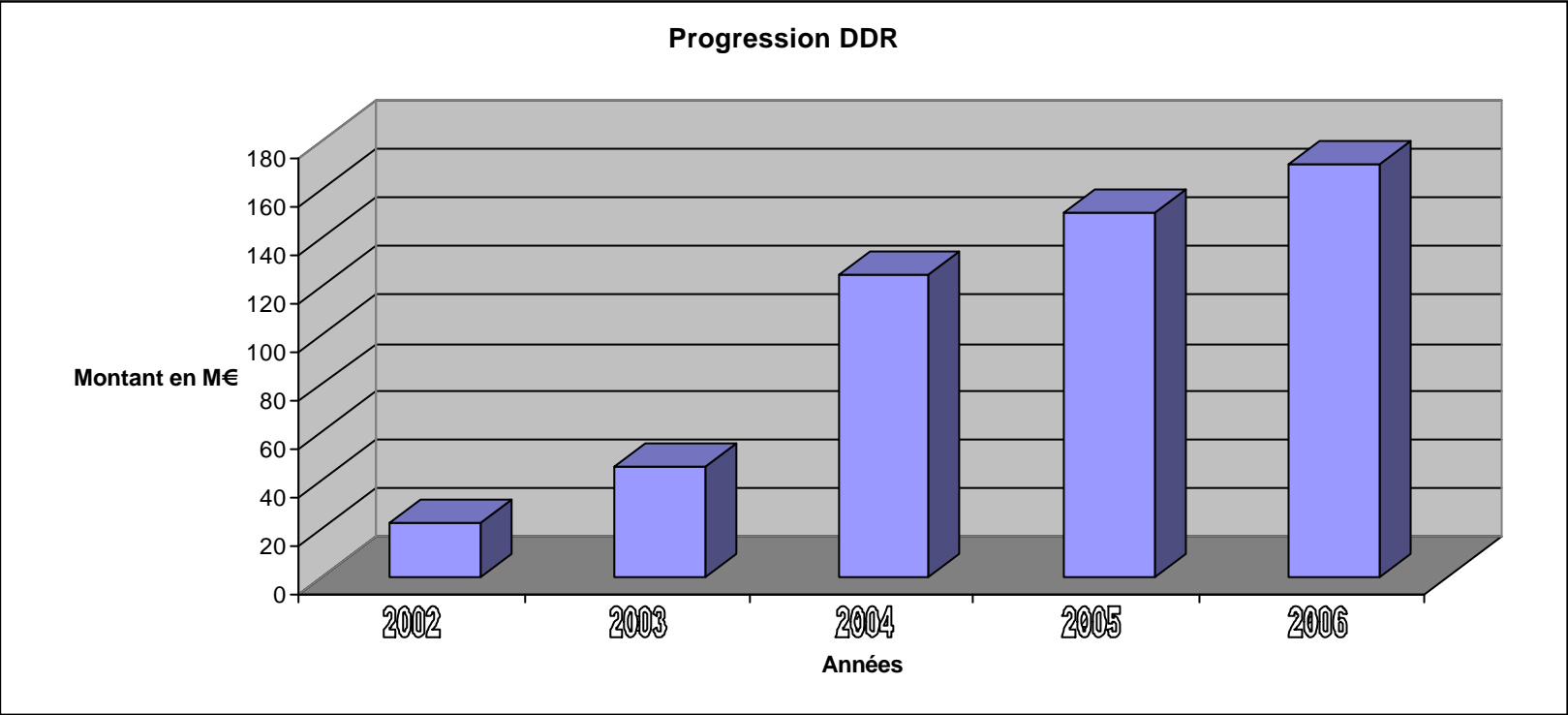
	<p>CLIC) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - recenser et cartographier régulièrement CLIC (niveaux 2 et 3) et réseaux de santé gérontologiques ; - viser à la cohérence et la compatibilité des territoires des CLIC et des réseaux de santé gérontologiques ; - inciter à une très forte articulation entre CLIC et réseaux, afin d'éviter les doublons et de permettre aux usagers et aux professionnels d'accéder à la prestation adéquate, quelle que soit la porte d'entrée ; - articuler le schéma gérontologique et le SROS. 	
<p>Textes de référence</p>	<p>Code de l'action sociale et des familles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - article L. 113-2 (loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales) ; - article L. 312-1 (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale). <p>Circulaire DAS/RV2 n° 2000/310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Expérimentation en 2000 et programmation pluriannuelle 2001/2005.</p> <p>Circulaire DGAS/AVIE/2C n° 2001/224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Modalités de labellisation pour 2001.</p> <p>Circulaire DGAS/2C n° 2004-59 du 12 février 2004 relative aux modalités de cofinancement des CLIC par l'Etat en 2004.</p>	<p>Code de la sécurité sociale : articles L. 162-43 à L. 162-46, R. 162-59 à R. 162-68.</p> <p>Code de la santé publique : articles L. 6321-1 et L. 6321-2, D. 766-1-1 à D. 766-1-7.</p> <p>Circulaire DHOS/DSS/CNAMTS n° 610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé.</p> <p>Arrêté du 25 février 2004 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2004 (J.O. du 20 mars 2004).</p>

Annexe 9

Le financement des réseaux

Financements réseaux





Annexe 10

Le financement des réseaux étudiés

Financiers	EOLLIS	TERNOIS	LILLE-LHOMME-LM
DRDR	100,0%	93,7%	100,0%
AUTRES	0,0%	6,3%	0,0%

Année 2005 référente		EOLLIS		TERNOIS		LILLE-LHOMME-LM	
budget annuel		305 505,00 €		455 067,00 €		296 615,00 €	
budget charges personnel		236 075,00 €	77,3%	160 299,00 €	35,2%	237 150,00 €	80,0%
répartition	<i>administratif</i>	68 400,00 €	29,0%	25 155,00 €	15,7%	102 000,00 €	43,0%
	<i>santé</i>	159 075,00 €	67,4%	135 144,00 €	84,3%	135 150,00 €	57,0%
	<i>social</i>	8 600,00 €	3,6%	0,00 €	0,0%	0,00 €	0,0%
	total	236 075,00 €	100,0%	160 299,00 €	100,0%	237 150,00 €	100,0%
budget investissement		4 890,00 €	1,6%	6 419,00 €	1,4%	13 000,00 €	4,4%
répartition	<i>SI (pc, logiciel)</i>	3000	61,3%	6419	100,0%	8800	67,7%
	<i>autres</i>	1890	38,7%	0	0,0%	4200	32,3%
	total	4890	100,0%	6419	100,0%	13000	100,0%
budget de fonctionnement		64 540,00 €	21,1%	288 348,00 €	63,4%	46 465,00 €	15,7%
répartition	<i>formation</i>	1 625,00 €	2,5%	9 764,00 €	3,4%	1 600,00 €	3,4%
	<i>évaluation</i>	0,00 €	0,0%	14 771,00 €	5,1%	6 000,00 €	12,9%
	<i>forfait dérogatoire</i>	25 502,00 €	39,5%	26 673,00 €	9,3%	13 345,00 €	28,7%
	<i>autres charges</i>	37 413,00 €	58,0%	237 140,00 €	82,2%	25 520,00 €	54,9%
	total	64 540,00 €	100,0%	288 348,00 €	100,0%	46 465,00 €	100,0%

Sur 3 années		EOLLIS		TERNOIS		LILLE-LHOMME-LM	
budget triennal		1 293 272,00 €		1 589 168,00 €		1 021 725,00 €	
budget charges personnel		992 361,00 €	76,7%	535 163,00 €	33,7%	796 575,00 €	78,0%
répartition	<i>administratif</i>	209 350,00 €	21,1%	76 602,00 €	14,3%	314 625,00 €	39,5%
	<i>santé</i>	667 061,00 €	67,2%	458 561,00 €	85,7%	481 950,00 €	60,5%
	<i>social</i>	115 950,00 €	11,7%	0,00 €	0,0%	0,00 €	0,0%
	total	992 361,00 €	100,0%	535 163,00 €	100,0%	796 575,00 €	100,0%
budget investissement		18 555,00 €	1,4%	6 419,00 €	0,4%	40 560,00 €	4,0%
répartition	<i>SI (pc, logiciel)</i>	8040	43,3%	6419	100,0%	17700	43,6%
	<i>autres</i>	10515	56,7%	0	0,0%	22860	56,4%
	total	18555	100,0%	6419	100,0%	40560	100,0%
budget de fonctionnement		282 356,00 €	21,8%	1 047 585,00 €	65,9%	184 590,00 €	18,1%
répartition	<i>formation</i>	6 863,00 €	2,4%	29 988,00 €	1,9%	6 525,00 €	3,5%
	<i>évaluation</i>	22 000,00 €	7,8%	38 313,00 €	3,7%	6 000,00 €	3,3%
	<i>forfait dérogatoire</i>	90 106,00 €	31,9%	95 064,00 €	9,1%	80 745,00 €	43,7%
	<i>autres charges</i>	163 387,00 €	57,9%	884 220,00 €	84,4%	91 320,00 €	49,5%
	total	282 356,00 €	100,0%	1 047 585,00 €	99,0%	184 590,00 €	100,0%

source: projets des 3 associations

Annexe 11

Rétroplanning (Phase écrite)

	Mardi 9 mai	Mercredi 10 mai	Jeudi 11 mai	Vendredi 12 mai	Lundi 15 mai	Mardi 16 mai	Mercredi 17 mai	Jeudi 18 mai	Vendredi 19 mai	Lundi 22 mai	Mardi 23 mai	Mercredi 24 mai	Jeudi 25 mai	Vendredi 26 mai	Vendredi 3 juin
Présences															
DH															
DS															
DESS															
IAS															
RDV animateur															
Méthodologie															
Lectures															
Résumés de lecture															
Bibliographie															
Elaboration grille d'analyse réseaux															
Elaboration des grilles d'entretien															
Entretiens (téléphone)															
Entretiens (déplacement)															
Renseignement des grilles d'analyse des entretiens															
Problématique															
Plan															
Rédaction															
Relecture															
Résumé															

Rétroplanning (Phase orale)

	Mardi 27 juin 2006	Mercredi 28 juin 2006	Jeudi 29 juin 2006	Lundi 3 juillet 2006	Mardi 4 juillet 2006	Mercredi 5 juillet 2006	Jeudi 6 juillet 2006	Vendredi 7 juillet 2006
PRESENCES								
DH								
DS								
DESS								
IAS								
Power Point								
Répétition soutenance								
Soutenance								