

**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'établissement  
Sanitaire et Social public  
Promotion : 2006 - 2007  
Date du Jury : Décembre 2007**

---

## **De l'organisation en filière au réseau de santé généraliste**

**L'expérience menée  
au Centre Hospitalier d'Allauch**

---

**Frédéric GREGOIRE**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur Eric FAES, Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch, pour m'avoir accueilli au sein de la structure.

Merci à Monsieur Robert SARIAN, Directeur Adjoint, pour la confiance qu'il m'a accordée et le partenariat qu'il a su mettre en place au cours de ce stage.

Merci aux membres de l'équipe de direction pour leur accompagnement tout au long de mes travaux, et plus particulièrement, à Madame Joëlle UGONA pour son soutien, ses idées et sa spontanéité qui touchent sa manière d'exercer et par là même le bien être des personnes accueillies.

Je tiens à remercier l'École Nationale de la Santé Publique, et plus particulièrement Monsieur Jean-Marc GILBON, responsable de la filière des Directeurs d'Établissement Sanitaires et Sociaux, pour m'avoir permis durant ce cycle de formation d'élargir et d'affiner mes connaissances.

Je voudrais remercier aussi les professeurs, et plus particulièrement Madame Alice TEIL, de l'université de Lyon III de L'institut de Formation et de Recherche sur les Organisation Sanitaires et Sociales et leurs Réseaux, pour la qualité des enseignements dispensés.

Mes remerciements enfin à ma famille et mes amis pour leur présence et leur soutien au quotidien au cours de mon parcours professionnel et qui m'ont permis d'aboutir.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Les logiques environnementales</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Coordination</b> .....	<b>5</b>
<b>1.2 Réseau</b> .....	<b>6</b>
1.2.1 Éléments de précision .....	6
1.2.2 Dispositions juridiques .....	9
1.2.3 Typologie des réseaux .....	14
<b>1.3 Objectifs des autorités</b> .....	<b>17</b>
1.3.1 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire .....	17
1.3.2 Plan Régional de Santé Publique .....	17
1.3.3 Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale .....	18
<b>1.4 Contexte local</b> .....	<b>20</b>
1.4.1 Population .....	20
1.4.2 Offre de soins régionale .....	21
1.4.3 Offre de soins du Centre Hospitalier d'Allauch .....	21
<b>2 La démarche d'élaboration d'une coordination</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 Constat de terrain : des relations bilatérales</b> .....	<b>23</b>
2.1.1 Les conventions pour le court séjour .....	24
2.1.2 Les conventions pour les consultations externes .....	24
2.1.3 Les conventions pour les Services de Soins Infirmiers à Domicile .....	24
<b>2.2 Les problématiques rencontrées par les professionnels</b> .....	<b>25</b>
2.2.1 Le besoin en soins .....	25
2.2.2 Le besoin de réorganisation .....	26
2.2.3 Le besoin du terrain .....	26
<b>2.3 La structuration en groupes de travail multi professionnels</b> .....	<b>28</b>
2.3.1 Les réponses au besoin d'harmonisation des pratiques et des filières .....	28
2.3.2 Les réponses au besoin d'optimisation des moyens .....	33
2.3.3 Les réponses au besoin de communication .....	34
<b>2.4 Analyse de la méthode</b> .....	<b>36</b>
2.4.1 Point forts .....	36
2.4.2 Élément à améliorer .....	37

<b>3</b>	<b>Les nécessaires au passage en Réseau.....</b>	<b>39</b>
3.1	<b>La structuration indispensable .....</b>	<b>39</b>
3.1.1	Forme juridique .....	39
3.1.2	Conseil d'administration.....	42
3.2	<b>Les orientations stratégiques.....</b>	<b>44</b>
3.2.1	Tutelles.....	44
3.2.2	Usagers.....	45
3.2.3	Professionnels.....	46
3.2.4	Établissements.....	46
3.3	<b>Les moyens à mettre en œuvre.....</b>	<b>47</b>
3.3.1	Cellule stratégique .....	47
3.3.2	Identification des centres décisionnels.....	47
3.3.3	Communication .....	49
3.4	<b>Les perspectives.....</b>	<b>49</b>
3.4.1	Convention constitutive et dossier de financement.....	49
3.4.2	Évaluation de l'organisation.....	50
	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES :	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CCAS :	Centre Communal d'Action Sociale
CLIC :	Centre Local d'Information et de Coordination
CNAMTS :	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNG :	Comité National de Gestion
CNQCS :	Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins
CNR :	Coordination Nationale des Réseaux
CSP :	Code de la Santé Publique
CSS :	Code de la Sécurité Sociale
DNDR :	Dotation Nationale des Réseaux
DRDR :	Dotation Régionale des Réseaux
FAQSV :	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
GCS :	Groupement de Coopération Sanitaire
GIP :	Groupement d'Intérêt Public
GRSP :	Groupement Régional de Santé Publique
HAS :	Haute Autorité de Santé
HMO :	Health Maintenance Organization
IGAS :	Inspection Générale des Affaires Sociales
MRS :	Mission Régionale de Santé
ONDAM :	Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PRSP :	Plan Régional de Santé Publique
SDOSM :	Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SROS :	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD :	Services de Soins Infirmiers À Domicile
URCAM :	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
LFSS :	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
FIQCS :	Fonds d'Intervention pour la Qualité et le Coordination des Soins

## Introduction

La conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à OTTAWA, a adopté, le 21 novembre 1986, la « Charte d'OTTAWA<sup>1</sup> », en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous. Déjà, les principes de promotion de la santé et des actions à mettre en œuvre sont envisagés. Nous pouvons distinguer le besoin de créer des environnements favorables : « Nos sociétés sont complexes et interconnectées et l'on ne peut séparer la santé des autres objectifs. Les liens qui unissent de façon inextricable les individus à leur milieu constituent la base d'une approche socio-écologique à l'égard de la santé. [...] ». Plus encore, nous voyons se dégager la notion de réorientation des services de santé : « Dans le cadre des services de santé, la tâche de promotion est partagée entre les particuliers, les groupes communautaires, les professionnels de la santé, les établissements de services et les gouvernements. Tous doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de soins servant au mieux les intérêts de la santé. [...] ».

En France, le système sanitaire et social est constitué d'établissements mettant à disposition des personnels médicaux et paramédicaux, de structures de soins qui vont du cabinet infirmier libéral au centre hospitalier universitaire en passant par des médecins isolés ou travaillant en groupe, des cliniques privées à but lucratif ou non lucratif, des centres hospitaliers, des maisons de retraite ou des hôpitaux locaux. Pour une même demande, une même pathologie, un patient pourra donc être traité par un praticien hospitalier rémunéré au mois ou par un médecin payé à l'acte. Le tout est censé répondre au mieux à la diversité des demandes de soins de la population. L'adéquation entre ces structures et cette demande constitue un problème important qui, dans notre système de soins basé sur le libéralisme et sur le libre choix, nécessite qu'on lui apporte des solutions. Les coûts ne sont pas les mêmes, les efficacités, pour ne pas parler de la seule efficacité, sont également différentes.

---

<sup>1</sup> Charte élaborée à OTTAWA, capitale du CANADA, lors de la première conférence internationale pour la promotion de la santé, consultable sur le site de l'Organisation Mondiale de la santé à l'adresse suivante :

[http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=french](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=french)

Rappelons que le CREDES avait proposé en 1998 un commentaire synthétique<sup>2</sup> de ces différents constats : « la complexité de la prise en charge des patients, la multiplicité des intervenants et leur spécialisation croissante, les cloisonnements institutionnels, la relative inorganisation de notre système (très grande liberté tant du côté des producteurs que des consommateurs) ne conduisent pas spontanément à optimiser les processus de soins, tant en termes de qualité (continuité et coordination des soins) que de coût (soins inutiles, redondants...). Cette idée n'est pas neuve et on la retrouve à l'œuvre dans les projets de réseaux ou de filières. ».

Les réseaux de santé constituent une révolution dans la manière de concevoir et d'organiser des liens entre les acteurs de santé. Beaucoup de réseaux associent des professionnels issus des domaines privés et publics. Ce n'est pas facile de faire travailler ensemble des professionnels de santé que tant de choses séparent : histoire personnelle, statut social, mode de rémunération, grilles d'analyse . . . Les uns ont une connaissance pointue de la maladie, les autres appréhendent le patient dans son milieu de vie, avec ses contraintes et ses logiques propres.

Nous pouvons distinguer quatre logiques d'action dans l'organisation des réseaux.

Le réseau sera pour le directeur d'établissement sanitaire et social une branche de son projet d'établissement dans laquelle il injectera ou non les moyens humains et techniques dont il dispose. L'hôpital repose sur une organisation complexe où cohabitent de nombreux professionnels, soignants, mais également administratifs, techniques, travailleurs sociaux. Ces professionnels sont habitués au travail en groupe, mais ils sont soumis à la hiérarchie. L'hospitalier travaillera, sur ordre ou avec l'autorisation du directeur d'établissement, dans le cadre de ses horaires de travail.

Le médecin généraliste est quant à lui un travailleur indépendant et bénéficie d'une relative liberté de prescription. Il tire ses revenus du paiement à l'acte des soins qu'il prodigue. Dans le travail de réseau, le médecin généraliste viendra chercher de son propre chef une valorisation de son statut et de son intégration.

---

<sup>2</sup> BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D., Novembre 1998, « *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères* », Rapport CreDES n°1243, pp 98.

Le troisième acteur est représenté par le financeur. L'État, les caisses de sécurité sociale, les mutuelles, les collectivités locales ; tous engagent des sommes qui ne leur appartiennent pas mais dont ils ont la responsabilité de la bonne gestion. Ils doivent donc rendre compte de la bonne utilisation des budgets engagés.

Le dernier acteur en est aussi l'élément central, il s'agit de l'utilisateur, de la personne pour qui tous ces professionnels tenteront de s'harmoniser.

L'utilisateur aura tantôt un rôle passif, dès lors il aura le « droit » d'accepter ce que les professionnels lui proposent. Alors, l'acceptation par un patient de son admission dans un réseau de santé comporte son accord implicite du circuit qui lui est proposé, des modalités d'exécution et du partage des informations le concernant. Il sera libre de s'inscrire dans ce réseau ou d'en sortir et son accès à l'information se fera par l'intermédiaire de l'adhésion à la charte du réseau.

Sa place sera aussi, selon le degré d'évolution du réseau, centrale et décisionnelle. Le réseau proposera dès lors à l'utilisateur de se prononcer sur sa propre prise en charge, et il aura le pouvoir d'infléchir les soins et leur coordination dans un sens qui lui correspond mieux. Il aura alors accès, à l'égal des professionnels, au processus décisionnel.

La question qu'il faut se poser est celle de savoir quelle place doivent prendre les réseaux dans notre système de santé. Leur développement est évidemment très différent selon qu'on leur attribue une fonction de substitution, faisant des réseaux le mode privilégié d'organisation tant de la santé ambulatoire que des structures hospitalières ; ou une fonction subsidiaire, avec comme intention de répondre à certains dysfonctionnements du système existant sans le remettre en cause dans sa totalité.

Dans le cadre actuel, le réseau assure la coordination entre les différents professionnels, mais pas la prise en charge à proprement parler. Il est clair que les modalités de financement de l'offre incitent les professionnels et établissements à préserver leur activité propre et reconnaissent mal les actions de coopération. Il faut donc adopter une démarche pragmatique par laquelle nous concevons le réseau comme une nouvelle façon de travailler, et dont la place dans notre système de santé et de soins reste encore à préciser. Il faut donner la possibilité à des acteurs de terrain de s'organiser différemment pour répondre plus efficacement aux besoins de leurs patients et aux attentes de la population, et de capitaliser de nouveaux savoir-faire.

La première partie s'attachera à présenter l'environnement dans lesquelles évoluent les acteurs de soins. La complexité du système sanitaire, social et médico-social et de son articulation nécessite un développement particulier. Nous aborderons donc les contraintes vécues au niveau national et les déclinaisons des politiques publiques au niveau régional, départemental et local. Puis, nous décrirons l'organisation sanitaire, sociale et médico-sociale du secteur dans laquelle évolue le Centre Hospitalier d'Allauch.

La deuxième partie traitera du rôle du Directeur dans l'impulsion de la démarche de coordination entre des établissements de nature et d'objet différent ; comment cet apparent paradoxe peut être orienté vers une mutualisation des moyens de chacun. Elle développera les besoins des acteurs de terrain mais aussi ceux des autorités sanitaires et sociales qui sont représentées par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale d'Hospitalisation sous la forme des Missions Régionales de Santé.

La troisième partie nous permettra d'envisager la pérennité de l'organisation mise en place. En effet, en comparant une démarche projet à une démarche qualité, il est indispensable de concevoir, dès son origine, comment l'organisation retenue peut être pérennisée. Nous présenterons donc dans cette partie les directives retenues et à mettre en place à court, moyen et long terme pour parvenir à passer du stade de coordination à celui de réseau.

# 1 Les logiques environnementales

Les établissements sont les lieux de réalisation des politiques publiques. Aussi, pour comprendre pleinement le sens développé dans ce mémoire, il est nécessaire d'exposer les notions propres à ces nouvelles organisations. Le passage de la structuration en filière et de leur coordination **(1.1)** à l'organisation en réseau **(1.2)** s'explique par rapport à des contraintes **(1.3)** qui s'exercent dans un contexte d'offre de soins régionale et locale **(1.4)**.

## 1.1 Coordination

La filière de soins est une organisation de la demande de soins. « Elle correspond à l'organisation de la trajectoire empruntée par un usager pour circuler dans un dispositif d'offre organisé ou non en réseau.

L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage.

La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte rendu.<sup>3</sup> ».

« Ce qui est trajectoire singulière pour un patient individuel devient filière lorsque plusieurs patients suivent régulièrement cette même trajectoire [...]. Concernant plus particulièrement les patients, nous appellerons filière un ensemble de chemins parcourus de façon uniforme par un type de patient pour une famille de prise en charge donnée, réalisée par des praticiens liés les uns aux autres par une participation au mode de prise en charge.<sup>4</sup> ».

**Nous nous plaçons donc au niveau de la demande de soins et sur les règles d'accession aux soignants, mais sans intervenir dans chacune de leur pratique et sans chercher à en modifier les rapports.**

L'exemple par excellence en est la loi de 2004<sup>5</sup> introduisant la notion de médecin traitant et de parcours patient. Ainsi un patient qui va de son médecin traitant vers l'hôpital puis bénéficie des soins d'un kinésithérapeute de ville et d'une infirmière, emprunte-il une filière de soins au sein de l'organisation territoriale actuelle du système de santé mis à sa disposition.

---

<sup>3</sup> SCWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLKOSWSKA T., Novembre 2005, *Créer et piloter un réseau de santé*, 2<sup>e</sup> édition, paris : Editions ENSP, p 13.

<sup>4</sup> CLAVERANNE JP, PASCAL C., 2003, « Complémentarité et réseau : de la métaphore à la pratique », *Le courrier de l'Evaluation en Santé*, numéro 23, p 6.

<sup>5</sup> LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel de la République Française du 17 août 2004.

## 1.2 Réseau

### 1.2.1 Éléments de précision

#### A) Définition

L'étymologie du terme de Réseau<sup>6</sup> retient le sens le plus général de maillage, lui conférant d'abord un sens d'interconnexion physique. Cet usage dédié en premier lieu au textile qualifie désormais des infrastructures de transports routiers, ferroviaires, énergétiques ou d'agencements organisationnels particuliers comme les réseaux de firmes.

D'autres acceptions évoquent des notions plus dynamiques de circulation ou d'échange de flux. Dans l'approche sociologique, le réseau est présenté comme une forme organisationnelle souple et flexible, laquelle permet de répondre aux turbulences, instabilités et complexités de l'environnement. « Conçu comme un moyen de dépasser les frontières érigées par les organisations, le réseau se conçoit aussi comme un vecteur d'ouverture sur le monde et de contact avec d'autres environnements. La prolifération des connexions permet de passer de relations de nature hiérarchique dans une organisation instituée, à des relations porteuses d'égalité et de réciprocité.<sup>7</sup> ».

Les réseaux de soins consistent en une organisation de l'offre de soins. C'est, selon la Haute Autorité de Santé «une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné sur un territoire donné.<sup>8</sup> ».

Il correspond à «une organisation coordonnée de personnes morales ou physiques, accroissant la rationalité technique et économique d'un dispositif d'offre au sein duquel l'utilisateur circule alors de façon pertinente. »<sup>9</sup>.

**Le réseau présente donc la caractéristique de coordonner tant l'offre que la demande. Il a donc pour objet d'intervenir sur les filières, mais aussi sur les pratiques.**

---

<sup>6</sup> Issu du latin *retis*, le terme de *resel* apparaît dans la langue française au 12<sup>ème</sup> siècle, puis deviendra ensuite *réseau*.

<sup>7</sup> Op. Cit. CLAVERANNE J-P, PASCAL C., 2003, « Complémentarité et réseau : de la métaphore à la pratique », *Le courrier de l'Évaluation en Santé*, numéro 23, p 4.

<sup>8</sup> HAS : Publication ANAES Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique Octobre 2001.

<sup>9</sup> Op. Cit. SCWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLKOSWSKA T., *Créer et piloter un réseau de santé*, p 13.

## B) Historique

La première forme d'organisation retrouvée dans le cadre de la protection de la santé publique peut être apparentée à celle développée dans les années 1914. Afin de lutter contre le risque de contamination de la population par la tuberculose, les pouvoirs publics mirent en place un plan de prise en charge de la maladie<sup>10</sup>.

C'est dans un cadre législatif que des dispensaires sont ouverts dans les grandes villes, leur mission étant alors d'assurer :

- un diagnostic précoce, une prise en charge gratuite,
- le placement des sujets contagieux pour isolement et traitement dans les sanatoriums des malades pouvant être soignés ; le placement dans les hôpitaux publics avec des lits spécialisés pour les cas désespérés,
- la prophylaxie par une infirmière visiteuse à domicile chargée de l'éducation sanitaire de l'entourage et du public,
- une surveillance épidémiologique est assurée par le dispensaire à l'aide du fichier médical.

La promulgation de l'ordonnance du 4 octobre 1945<sup>11</sup> met en place la sécurité sociale et le principe de la mutualisation sur la collectivité du risque assurance maladie. L'état finance et organise un dispositif de prise en charge des fléaux sociaux recouvrant le soin, la prévention et la réhabilitation. Nous sommes alors en présence des réseaux institutionnels appelés « Réseaux Sanitaires Spécialisés ».

Il faudra attendre la loi du 19 janvier 1983 pour voir apparaître la notion encourageant l'expérimentation de « Réseaux de Soins Coordonnés », largement inspirés des notions de « managed care »<sup>12</sup>. Le « managed care » met l'accent sur l'information des personnes, des usagers, maîtres de leur choix, pour trouver les services et les produits les plus efficaces, au meilleur marché possible. Il s'appuie sur ce que l'on appelle la « demand management » (la gestion de la demande), pour faire adopter aux usagers des

---

<sup>10</sup> VIÑAS J M., Septembre 1998, « L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996 », *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, pp13-14.

<sup>11</sup> Ordonnance du 4 Octobre 1945, portant organisation de la Sécurité Sociale Publiée au Journal officiel Lois et Décrets du 06/10/1945, page 6280.

<sup>12</sup> Op. Cit. VIÑAS J M., «L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996 », pp13-14.

conduites personnelles les plus conformes à leurs propres intérêts<sup>13</sup>. Le prototype des « Managed Care Organization », de ce nouveau style d'organisation, est ce que l'on appelle les « Health Maintenance Organizations » (HMO). Une HMO fixe librement le prix annuel de l'ensemble des soins, la caisse verse pour chaque adhérent un forfait annuel et l'adhérent paie la différence entre ces deux sommes. L'adhérent s'engage à ne consulter que des médecins de l'HMO. Il s'agit d'optimiser les soins en réalisant une filière de soins. La gestion de l'offre de soins par enveloppe budgétaire est ainsi privilégiée.

L'émergence des réseaux doit être rapprochée des initiatives de professionnels, menées dans les années 80, dans les domaines de la gérontologie ou du Sida. La coopération entre la médecine de ville et l'hôpital est incontournable face au développement des maladies chroniques. En effet, d'une part, aucun médecin ne peut répondre isolément de manière satisfaisante aux besoins du patient, et, d'autre part, il apparaît nécessaire de développer la prise en charge du patient dans ses aspects sociaux et médico-sociaux pour respecter aussi son environnement.

Progressivement, la Direction générale de la Santé publiera des circulaires encourageant le fonctionnement en réseau afin d'en structurer son organisation. Ce sont les domaines du SIDA<sup>14</sup>, des soins de proximité<sup>15</sup>, de la toxicomanie<sup>16</sup>, de l'hépatite C<sup>17</sup> et enfin de l'alcool-dépendance<sup>18</sup> qui sont privilégiés.

---

<sup>13</sup> LACRONIQUE J-F., Mai-Juin 1998, « Le système de santé américain : Evolutions et réseaux », *Revue Hospitalière de France*, numéro 3, p 337.

<sup>14</sup> Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

<sup>15</sup> Circulaire DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relative à la mise en place des réseaux de santé de proximité.

<sup>16</sup> Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux de toxicomanie, suite à la circulaire n°93-72 du 9 novembre 1993.

<sup>17</sup> Circulaire DGS/DH n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.

<sup>18</sup> Circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

## 1.2.2 Dispositions juridiques

### A) Première phase : de 1996 à 2002

La notion de filière ou de réseau a donc été introduite progressivement dans la sphère des professionnels de santé. Nous trouvons dans l'ancien article L. 712-3-2 du Code de la Santé Publique que « Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux, d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.<sup>19</sup> ».

Alors que cet article décrit le champ des réseaux inter-établissements, le Code de la Sécurité Sociale propose dans son article L. 162-31-1 la mise en œuvre de réseaux expérimentaux en vue de définir des modalités de financement innovantes. En complément, un décret du 12 novembre 1999 s'applique aux réseaux ambulatoires en créant le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Cette mesure est renforcée par la circulaire du 25 novembre 1999<sup>20</sup> qui propose de faire un état des lieux des réseaux existants et d'harmoniser le cahier de charges des demandes de financement. Il convient ensuite de souligner l'évolution favorable de la législation.

La loi du 4 mars 2002<sup>21</sup> relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne pour la première fois, dans son article 84, **une définition unique et légale des réseaux de santé**.

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic, que des soins. Ils peuvent participer à des actions de Santé Publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

---

<sup>19</sup> Article L.712-3-2 du Code de la Santé Publique Modifié par Ordonnances no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, art. 29 Journal Officiel de la République Française du 25 avril 1996.

<sup>20</sup> CIRCULAIRE DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

<sup>21</sup> LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, Journal Officiel de la République Française n° 54 du 5 mars 2002 page 4118.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.<sup>22</sup> ».

Deux ans plus tard, la réforme de l'assurance maladie<sup>23</sup> a pour objectif d'instaurer une véritable prise en charge globale du patient et de rationaliser le système de santé en misant sur une maîtrise médicalisée des dépenses, une réponse de qualité en termes de soins, une meilleure répartition de l'offre de soins résorbant les inégalités territoriales, une optimisation financière des ressources disponibles. Cette organisation s'articule autour de la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et des Missions Régionales de Santé (MRS). L'article 68 de la loi du 13 août 2004 précise que le fonctionnement des futures Agences Régionales de Santé s'appuiera sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé. La MRS est constituée entre l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)<sup>24</sup> et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), elle est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions<sup>25</sup>.

La MRS intervient dans quatre domaines :

- Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé,
- les propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins,
- le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux<sup>26</sup>,
- le programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

La MRS est dirigée alternativement, par périodes d'une année, soit par le Directeur de l'ARH, soit par le Directeur de l'URCAM.

---

<sup>22</sup> Art. L. 6321-1 –Chap. 1 Titre II Livre III du Code de la Santé Publique.

<sup>23</sup> Op. Cit. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>24</sup> Titre IV, article 10 de l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>25</sup> Article 67 de la loi du 13 Août 2004 et article L.162-47 du code de la sécurité sociale.

Pour renforcer le dispositif, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2002 met en place dans l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), une nouvelle enveloppe avec un fonds dédié au développement des réseaux au niveau national et régional. La Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR)<sup>27</sup> et la Dotation Régionale de Développement des réseaux (DRDR) sont désormais identifiées.

#### B) Deuxième phase : de 2002 à 2006

Nous avons vu que les textes de 2002 constituent une avancée majeure dans la reconnaissance des réseaux, qu'il s'agisse de la définition unique proposée par la loi du 4 mars 2002 ou de l'instauration de la DNDR. Malgré ces principes unificateurs, les réseaux sont financés essentiellement à partir d'une déclinaison de l'ONDAM en enveloppes<sup>28</sup>, principalement composés des Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la DNDR.

Le FAQSV a été créé par la LFSS pour 1999<sup>29</sup>. Il a pour objet de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville en promouvant de nouvelles formes d'organisation entre professionnels d'exercice libéral d'une part, et entre médecine de ville et médecine hospitalière d'autre part. Créé initialement pour une durée déterminée de 5 ans, le FAQSV s'est vu prorogé année après année. Entre 2000 et 2004 près de 200 M€ ont été dépensés au titre du FAQSV<sup>30</sup>. Sa gestion est fortement déconcentrée et jusqu'à présent 80 % au minimum des crédits ont été gérés au niveau régional.

La DDNDR est une enveloppe financière<sup>31</sup>, créée par la LFSS pour 2002<sup>32</sup>, au sein de l'ONDAM pour financer les réseaux de santé. Elle est constituée par prélèvement sur les

---

<sup>26</sup> Article L. 162-47 3° Section 10 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

<sup>27</sup> Les montants de cette dotation sont identifiés au niveau de l'ONDAM : 23 millions d'euros en 2002, 44 millions en 2003, 103 millions en 2004.

<sup>28</sup> L'Objectif Quantifié des Dépenses d'Assurance Maladie était décliné jusqu'en 2002 en quatre enveloppes budgétaires : dépenses hospitalières (hôpitaux publics et PSPH), OQN (établissement privés lucratifs), soins de ville et enfin médico-social. La dotation des réseaux constitue depuis la « cinquième enveloppe ».

<sup>29</sup> Modalités de fonctionnement déterminées par le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999.

<sup>30</sup> Source : Base de données nationale sur la gestion du FAQSV. CNAMTS 2005 Déclinée au niveau régional en DRDR.

<sup>31</sup> Part évaluée à environ 10% source IGAS « contrôle du FAQSV et de la DDR » fév. 2006.

<sup>32</sup> Les conditions d'application de la Loi 2001-146 du 21 Décembre 2001 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2002 ont fait l'objet de deux décrets N° 2002 - 1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé et N° 2002 - 1463 du 17 décembre 2002 relatif aux

autres enveloppes, son montant étant ensuite réparti régionalement par arrêté ministériel. Les DRDR sont gérées conjointement par un « guichet unique » regroupant le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et le directeur de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Ces enveloppes ont financé en 2004 respectivement cent soixante douze réseaux pour le FAQSV et deux cents quatre-vingt neuf pour la DRDR. Plus de la moitié des ressources allouées se concentre sur les cinq thématiques suivantes : cancer, diabète, gérontologie, soins palliatifs et douleur, et périnatalité. Si les dotations spécifiques des réseaux ont répondu aux attentes exprimées par les promoteurs à la fin des années 90, un regard sur le poids relatif de ces financements au sein des dépenses de santé nous confirme une certaine retenue. On retiendra que l'impulsion donnée par les deux enveloppes FAQSV et DRDR ne représente que 0,13% des dépenses de santé en 2002. Par ailleurs, le caractère non pérenne de ces dotations génère des difficultés dans le management opérationnel des réseaux. Il faut également noter que les procédures d'agrément des subventions induisent des délais de traitement souvent supérieurs à six mois<sup>33</sup>, limitant ainsi grandement les possibles capacités d'initiative.

#### C) Troisième phase : depuis 2007

La LFSS pour 2007<sup>34</sup> modifie par son article 94 les codes de la sécurité sociale (CSS) et de la santé publique (CSP) en créant un Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

« Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant j l'amélioration des soins dispensés en ville [...].

Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux [...].

Il finance des actions ou des structures concourant j l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde. [...].

---

critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.

<sup>33</sup> Déclarés entre 2,25 et 9,5 mois dans le cadre du rapport IGAS « contrôle du FAQSV et de la DRDR » fév. 2006.

<sup>34</sup> Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 publiée au Journal Officiel du 22 décembre 2006.

Il concourt j des actions ou j des structures visant au maintien de l'activité et j l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire [...].

Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupe des professionnels de santp[...].

Il contribue j la mise en œuvre du dossier médical personnel [...] et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement [...] des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales. [...]

Les frais de gestion sont j la charge du fonds dans des conditions fixées par décret. »

Par ailleurs, le fonds dispose :

- D'un ~~&RPLW~~ National de Gestion<sup>35</sup> (CNG) FRP SRVp de représentants de l'État et de représentants des directeurs de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie,
- d'un Conseil National de la Qualité et de la Coordination des Soins<sup>36</sup> (CNQCS) composé de représentants du conseil de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et des personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences,
- d'un bureau du CNQCS composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

Les décisions d'attribution des aides, en vue des expérimentations concernant les soins de ville, sont prises par le bureau du CNQCS, elles peuvent être déconcentrées et confiée aux MRS, dans des conditions fixées par décret. Sur proposition du CNG, le CNQCS délibère sur :

---

<sup>35</sup> La partie V de l'article 94 de la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 précise que le Comité National de Gestion élabore les propositions présentées au Conseil National de la Qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les missions régionales de ~~VDQM~~ et attribue les aides pour les actions j caractère national ou interrégional. Il présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au CNQCS.

<sup>36</sup> La partie IV de l'article 94 de la Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 dispose que sur proposition du CNG, le CNQCS délibère sur les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation.

- Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation,
- la part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville,
- la dotation annuelle consacrée au financement des actions j caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions j caractère régional,
- le rapport d'activité annuel.

A titre transitoire, les dispositions relatives j la fixation de la DNDR<sup>37</sup> et du plafond de dépense du FAQSV<sup>38</sup> sont prorogés jusqu'j la date d'entrée en vigueur des décrets d'application de la LFSS pour 2007.

Cette réforme, souhaitée par le Ministère de la Santé et des Solidarités pour mettre fin j l'éparpillement actuel des fonds et des procédures, va dans le sens des recommandations du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)<sup>39</sup>. Le FIQCS remplace j terme les FAQSV et DRDR. Il s'agirait d'accroître la cohérence des actions menées dans chacune des régions, de simplifier les circuits de décision et de financement tout en systématisant leur évaluation. Les promoteurs auraient notamment plus de visibilité grâce j la conclusion de conventions pluriannuelles de financement.

### 1.2.3 Typologie des réseaux

Le simple exercice de recensement reste particulièrement délicat car seul les réseaux constitués et subventionnés peuvent être repérés avec une relative fiabilité. On dénombrait ainsi environ 500 réseaux en 1996, cet effectif ayant doublé pendant les quatre années suivantes<sup>40</sup>. Des estimations plus réservées évaluent à 461 l'effectif des réseaux en 2004<sup>41</sup>. La Coordination Nationale des Réseaux recense 348 réseaux au premier semestre 2007<sup>42</sup>.

---

<sup>37</sup> Articles L.162-43 et L. 162-44 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>38</sup> Article L.221-1-1 du Code de la Sécurité Sociale.

<sup>39</sup> IGAS, Contrôle et évaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et de la Dotation de Développement des Réseaux, rapport 2006 022 mai 2006, 163 p.

<sup>40</sup> Op. Cit. SCWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOSWSKA T., *Créer et piloter un réseau de santé*, p.15.

<sup>41</sup> Source : rapport d'activité du FAQSV 2003 et document intermédiaire DNDR DHOS-CNAMTS de Septembre 2004.

<sup>42</sup> <http://www.cnr.asso.fr>

## A) Typologie téléologique

Au niveau international, l'organisation des soins suit trois systèmes différents. Les filières en place au Royaume Uni ou certains pays scandinaves qui reposent sur l'orientation et la coordination par le médecin généraliste<sup>43</sup>, les systèmes régulés par les financeurs comme aux Pays Bas ou en Allemagne, dans ce cas ce sont les caisses d'assurance maladie qui jouent le rôle de pivot du réseau, enfin les réseaux intégrés identifiables aux États Unis ou en Suisse. L'exemple le plus emblématique est constitué par les HMO américaines qui associent les fonctions de financement et de production des soins. Le « managed care » intègre la fourniture de soins de premier niveau par l'organisation et la coordination du parcours.

Les réseaux peuvent être structurés autour d'une pathologie ou sur un espace géographique. Ils associent le plus souvent un établissement hospitalier, donc des professionnels travaillant dans les domaines administratifs, social et médical, et des médecins de ville. Certains ne concernent que des médecins, d'autres sont pluri-professionnels.

Il est donc difficile de proposer une typologie exhaustive des réseaux existants, mais nous pouvons tout de même identifier les catégories suivantes :

- ◆ Réseaux thématiques : ils visent à la prise en charge d'une pathologie le plus souvent chronique, d'une population spécifique, ou encore peuvent prendre la forme de réseaux de spécialité ou d'organe,
- ◆ Réseaux de territoire : ces réseaux sont plus impliqués dans les prises en charge. Ils assurent des soins sur un territoire donné,
- ◆ Réseau de proximité : ils correspondent à des problématiques localisées et cherchent à associer les domaines du sanitaire et du social,
- ◆ Réseaux techniques ou de moyens : ils organisent le partage de ressources ou compétences dans des domaines et par des outils spécifiques,
- ◆ Réseaux réglementés ou réseaux expérimentaux : ils sont liés à un dispositif de financement dérogatoire.

## B) Typologie juridique

On note bien que, même si la prise en charge est réalisée dans le cadre d'un réseau, c'est l'activité réalisée par le professionnel ou l'établissement qui se voit rémunérée. D'autres se définissent selon leur mode de financement. Les réseaux Soubie par exemple se veulent expérimentaux et requièrent un agrément de dérogation tarifaire. Certains

---

<sup>43</sup> Qualifié alors de « Gate Keeper ».

réseaux sont financés par des enveloppes spéciales gérées par le Ministère de la santé dans le cadre de politiques spécifiques, d'autres encore font appel au FAQSV.

On peut ainsi distinguer 4 types principaux de réseaux<sup>44</sup> :

➡ les réseaux financés par l'assurance maladie<sup>45</sup>

Il s'agit de réseaux expérimentaux centrés sur le soin et des pathologies spécifiques. Ils font l'objet d'un agrément ministériel. (Cadre juridique de fonctionnement Article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale)

➡ les réseaux inter-établissements.

Constitués entre établissements de santé, ils sont formalisés et bénéficient d'une accréditation délivrée par l'ARH. (Cadre juridique de fonctionnement : Ancien article L.712-3-2 du Code de la Santé Publique<sup>46</sup>).

➡ les réseaux ville-hôpital monothématiques.

Constitués entre professionnels de ville et d'hôpital, ces réseaux pionniers ont d'abord pris en charge des patients atteints d'infection à VIH et des toxicomanes. Ils concernent des pathologies diverses : hépatite C, cancer, maladies chroniques, etc. (Cadre juridique de fonctionnement : associations Loi 1901).

➡ les réseaux de santé de proximité financés par l'État.

Regroupés autour de la population d'un quartier ou d'une ville, ces réseaux ont développé, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients, une activité de santé publique ou de santé communautaire. Ils associent professionnels de santé, du secteur social et des associations (Cadre juridique de fonctionnement : circulaire DGS du 25 novembre 1999<sup>47</sup>).

---

<sup>44</sup> Op. Cit. SCWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOSWSKA T., *Créer et piloter un réseau de santé*, pp13.

<sup>45</sup> Les fameux réseaux «Soubie », du nom du président du Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux de Soins, créés à cette occasion.

<sup>46</sup> Op. Cit. Article L.712-3-2 du CSP, modifié par Ordonnances portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

<sup>47</sup> Op. Cit. CIRCULAIRE DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

## **1.3 Objectifs des autorités**

### **1.3.1 Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003<sup>48</sup>, 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, a profondément réformé le dispositif de l'organisation des soins. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) est fondé sur une régulation de l'activité et non plus sur une programmation des lits. Il détermine, en s'appuyant sur l'évaluation des besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et des équipements lourds soumis à autorisation. Ces modifications sont entrées en vigueur à la publication des SROS de troisième génération, qui ont été publiés au 31 mars 2006, couvrent la période d'avril 2006 à avril 2011.

Aux termes de l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. Pour y parvenir, le SROS de troisième génération tiendra compte des spécificités locales, notamment par le maintien et le développement d'activités de proximité, et sera coordonné avec les objectifs de la loi d'orientation de la politique de santé publique.

### **1.3.2 Plan Régional de Santé Publique**

La Santé Publique est désormais dotée de trois nouvelles instances et dispositifs. Une conférence régionale de santé, un groupement régional de santé publique et un plan régional de santé publique<sup>49</sup>.

Pour son élaboration en 2004, le plan régional de santé publique (PRSP) de la région PACA a fait l'objet d'une consultation de la population, sous la forme la forme d'une

---

<sup>48</sup> L'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, publiée au Journal Officiel de la République Française, du 6 Septembre 2003, p 15391.

<sup>49</sup> Article L1411-1 du Code de la Santé Publique, Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 34 I publiée au Journal Officiel du 5 mars 2002, Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 2 publiée au Journal Officiel du 11 août 2004.

démarche participative auprès des habitants et des professionnels sanitaires et sociaux, dans les vingt-cinq territoires de proximité.

En ce qui concerne la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), le PRSP 2005/2009 est un document qui a vocation à servir de cadre de référence pour toutes les institutions impliquées dans le champ de la santé.

Il dépasse le champ de la prévention et poursuit deux objectifs généraux :

- Réduire la mortalité prématurée et évitable,
- Réduire les inégalités de santé.

En 2006, après avis de la Conférence Régionale de Santé, le plan quinquennal a été arrêté par le préfet de région. Le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) en assure la mise en œuvre. Validé par le préfet, le dispositif est totalement finalisé<sup>50</sup>.

Le PRSP souligne les caractéristiques de la région : la population présente un état de santé globalement bon, mais les inégalités de santé sont importantes et la situation sociale apparaît très contrastée. Le critère de la précarité a été retenu comme déterminant pour plusieurs programmes du Plan.

Le PRSP est organisé en 20 programmes qui portent sur cinq grandes thématiques de santé publique :

- Agir sur l'environnement, y compris au travail,
- Agir sur des comportements,
- Agir sur des pathologies,
- Agir sur des populations spécifiques,
- Répondre aux situations d'urgence.

S'y ajoutent deux outils méthodologiques : Le programme « Observer pour connaître, prévoir et évaluer » et le « Schéma régional d'éducation pour la santé ». Les programmes seront développés au niveau des 25 territoires de proximité que compte la région PACA.

### **1.3.3 Schéma Départemental d'Organisation Sociale et Médico-sociale**

C'est un document d'orientation et de planification de la mise en œuvre de la politique départementale dans un cadre cohérent, économe et satisfaisant en termes techniques, humains et sociaux. Il constitue, pour les maîtres d'ouvrage, pour le Département, l'État et les organismes de protection sociale, un outil d'application :

- De cette politique,

---

<sup>50</sup> Le plan régional de santé publique a fait l'objet de l'arrêté préfectoral de région n° 2006-155 du 22 juin 2006.

- de l'exercice de leurs responsabilités respectives d'organisation (programmation, autorisation de création et habilitation),
- de tutelle et de contrôle (tarification) et de financement (aide sociale, prise en charge de la dépendance et des soins).

Il se veut aussi être un document de référence pour les promoteurs de projet et les gestionnaires soucieux de contribuer à une prise en charge de qualité sur le département. La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale<sup>51</sup>, a réformé la loi du 30 juin 1975 sur les institutions sociales et médico-sociales. Concernant les nouvelles dispositions relatives aux schémas, l'article 18 de cette loi précise que les schémas d'organisation sociale et médico-sociale :

- Sont établis pour une période maximum de 5 ans,
- Apprécient la nature, le niveau et l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux de la population,
- Dressent le bilan quantitatif et qualitatif de l'offre sociale et médico-sociale existante,
- Déterminent les perspectives et les objectifs de développement de l'offre sociale et médico-sociale et, notamment ceux nécessitant des interventions sous forme de création, transformation ou suppression d'établissements et services,
- Précisent le cadre de la coopération et de la coordination entre les établissements et services mentionnés à l'article L 312-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF),
- Définissent les critères d'évaluation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces schémas.

L'article 19 prévoit que les schémas sont arrêtés après avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social et après avis d'une commission départementale consultative. Par ailleurs, le schéma est arrêté conjointement par le représentant de l'État dans le département et par le président du Conseil Général.

---

<sup>51</sup> Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, publiée au Journal Officiel de la République Française du 3 Janvier 2002, p 124.

## 1.4 Contexte local

### 1.4.1 Population

**Tableau récapitulatif de la population en Région PACA<sup>52</sup>**

Localité	Population
Alpes de Haute Provence	153 000
Hautes Alpes	132 000
Alpes maritimes	1 064 000
Bouches du Rhône	1 906 000
Var	967 000
Vaucluse	529 000
Provence alpes Côte d'Azur	4 781 000
France	63 392 100

**Tableau récapitulatif de la population sur Marseille (11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> arrondissements), des communes d'Allauch et de Plan-de-Cuques<sup>53</sup>**

Localité	Population
Marseille 11 <sup>ème</sup>	52 963
Marseille 12 <sup>ème</sup>	54 475
Marseille 13 <sup>ème</sup>	51 519
Allauch	18 943
Plan de Cuques	10 502
Total	188 402

---

<sup>52</sup> Source : Insee, Bilan démographique 2006 Sources : Insee, Enquêtes annuelles de recensement 2004 à 2006 RP99 - Exploitations principales

<sup>53</sup> [http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv\\_recens/resultats/grandes-villes.htm#M](http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/grandes-villes.htm#M)

## 1.4.2 Offre de soins régionale

**Tableau des lits ou places installés au 1<sup>er</sup> janvier 2005<sup>54</sup> en Région PACA**

Types d'accueil	Bouches du Rhône	PACA	France métró
<b>Maison de retraite</b>			
Nombre d'établissements	165	574	6146
Nombre de lits	13148	36710	440872
Dont section de cure médicale	2028	3563	61079
Dont lits EHPAD	5539	20697	266227
<b>Logement foyer</b>			
Nombre d'établissements	37	125	2966
Nombre de logements	2603	7862	155416
Dont section de cure médicale	152	375	4252
Dont lit EHPAD	0	245	13583
<b>Hébergement temporaire nombre de lits</b>	316	710	7373
<b>Accueil de jour nombre de places</b>	0	85	2274
<b>Services de soins à domicile</b>			
Nombre de services	54	156	1912
Nombre de places	2271	6777	78848
<b>Soins de longue durée</b>			
Nombre de lits	773	3798	76322
Dont lits EHPAD	553	1597	19164

## 1.4.3 Offre de soins du Centre Hospitalier d'Allauch

**Tableau des lits et places autorisées pour l'exercice 2006**

Types d'accueil	Capacité
Court séjour, Médecine Polyvalente	20
Soins de Suite et de Réadaptation, service de médecine	22
Soins de Longue Durée, service de Gériatrie	80
Soins de Suite et de Réadaptation, service de Gériatrie	40
Maison de Retraite	25
Maison d'Accueil Spécialisée	4

<sup>54</sup> Source DRASS enquête EHPA FINAESS SAE

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr13.htm>

<b>Types d'accueil</b>	<b>Capacité</b>
Accueil de jour (nombre de places)	10
Service de Soins Infirmiers à domicile pour personnes âgées (nombre de places)	54
Service de Soins Infirmiers à domicile pour personnes handicapées (nombre de places)	20
Total en lits et places	275

En plus de ces activités, le Centre Hospitalier d'Allauch propose des consultations dans diverses disciplines.

<b>Consultations</b>	<b>Consultations</b>
Cardio-vasculaires	Mémoire
Dermatologiques	Orientation des personnes âgées
Endocrinologies	Neurologiques
Gastro-entérologies	Psychiatriques
Pneumologiques	Oto-rhino-laryngologies
Urologiques	Alcoologiques et Tabacologiques
Chirurgical	Imagerie Médicale

## 2 La démarche d'élaboration d'une coordination

La phase principale pour le Directeur d'Etablissement réside dans l'implication des professionnels et des personnes parties prenantes dans l'élaboration d'une nouvelle forme d'organisation. Nous verrons donc quelles sont les premières démarches indispensables pour sensibiliser et créer des relations privilégiées entre les acteurs présents sur un même territoire (2.1), puis les besoins qui ont pu émerger (2.2) et la structuration mise en place pour les prendre en compte (2.3). Enfin la méthode sera analysée en présentant des modalités qui peuvent la rendre plus efficace (2.4).

### 2.1 Constat de terrain : des relations bilatérales

L'origine du projet mis en place au Centre Hospitalier d'Allauch vient du fait que les professionnels de santé situés dans un bassin de population donné ne sont pas forcément en relation. Le repérage des établissements a été fait en retenant une zone géographique correspondant à un découpage de proximité. Il s'agit du « Canton Vert », auquel le Centre Hospitalier d'Allauch est rattaché, étendu aux arrondissements de Marseille limitrophes<sup>55</sup>.

Ces établissements ciblés, des rencontres en binômes sont effectuées. **La but de la visite est d'expliquer la volonté de créer sur le territoire du « Canton Vert » les conditions pour que les personnes puissent bénéficier dans leur parcours de soins de l'offre disponible, et ainsi de pouvoir rester à proximité de leur famille ou de leurs amis quel que soit leur problème de santé.** C'est-à-dire qu'en cas de besoin, une prise en charge est proposée, dans leur secteur de résidence, grâce aux établissements participants.

L'objectif à ce stade est de remettre une plaquette de présentation du Centre Hospitalier d'Allauch et d'explicitier le sens de la démarche. Pour l'appuyer et la pérenniser, le binôme se base sur des conventions types. Il faut savoir que la convention est un procédé contractuel dont la source normative provient du code civil, qui dispose que « Le contrat est une convention par laquelle une ou plusieurs personnes s'obligent, envers une ou plusieurs autres, à donner, à faire ou à ne pas faire quelque chose.<sup>56</sup> ». Trois types de conventions sont proposés lors des démarches effectuées auprès des établissements. Celles-ci sont une base de discussion, elles contiennent tous les éléments nécessaires

---

<sup>55</sup> Le Canton Vert regroupe les communes d'Allauch et de Plan-de-Cuques, les arrondissements de Marseille limitrophes correspondent aux 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> arrondissements.

<sup>56</sup> Article 1101 du titre III du Chapitre 1<sup>er</sup> du code civil.

pour conclure un accord sur les services externes et internes du Centre Hospitalier d'Allauch. Les conventions sont amendables, et il est proposé aux interlocuteurs de l'enrichir à partir de leurs propres besoins.

### **2.1.1 Les conventions pour le court séjour**

Dans ce cas, l'objectif est de faciliter l'accès aux services d'hospitalisation existants dans chacune des structures. Les établissements s'engagent à respecter les exigences de l'autre afin d'agir dans une réelle réciprocité d'intérêts. Le Centre Hospitalier d'Allauch, dans la limite de ses possibilités, accueille les patients de l'établissement conventionné qui doivent réaliser des bilans de santé, ou suivre un traitement médical.

L'établissement conventionné, afin d'organiser la prise charge du patient, entre en contact avec le médecin du service de court séjour et de soins de suite du Centre Hospitalier d'Allauch par le biais du médecin prescripteur. Les médecins, après accord préalable entre eux, organisent et programment l'admission du patient. L'établissement demandeur fournit à ce titre un résumé du dossier médical. L'établissement récepteur réalise à la fin de l'hospitalisation un résumé du bilan. L'établissement demandeur s'assure du devenir de la personne suite à la sortie d'hospitalisation.

### **2.1.2 Les conventions pour les consultations externes**

L'objet de la convention est de faciliter l'accès aux consultations externes, à l'imagerie médicale et aux soins dentaires. Les établissements prennent rendez vous avec les services concernés et accompagnent les bénéficiaires des soins pendant toute leur durée de présence. Les établissements demandeurs s'engagent à financer les prestations médicales dont ont bénéficié leurs résidents lorsque les prestations relèvent des soins compris dans sa prise en charge médico-sociale. Ils s'assurent, dans les autres cas, que les personnes peuvent produire toutes les pièces justificatives d'assuré social ou d'ayant droit, ou qu'elles peuvent s'acquitter des sommes dues.

### **2.1.3 Les conventions pour les Services de Soins Infirmiers à Domicile**

Ici, la convention a pour objet de faciliter l'accès au Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) pour personnes âgées de plus de 60 ans ou pour les Personnes Handicapées.

L'établissement s'engage à prendre en charge au domicile les patients ayant une prescription de soins infirmiers, et remplissant les conditions précisées dans le livret d'accueil.

L'établissement demandeur, avec l'accord du patient, contacte le cadre de santé du SSIAD pour s'assurer de la possibilité de prise en charge. En contrepartie, l'établissement récepteur dispense, dans la limite des places disponibles, les soins prescrits entrant dans les compétences du SSIAD.

Afin de limiter la durée d'attente de ses patients, l'établissement demandeur doit anticiper le plus précocement possible la sortie du patient pour planifier, en prolongement du suivi hospitalier, son admission dès la sortie. Une fiche de liaison est mise en place, elle permet d'assurer le suivi dans le dossier infirmier du patient. Le forfait soins est intégralement pris en charge par la Caisse d'Assurance Maladie dont relève le patient. Il ne comprend ni l'équipement médical ni le matériel nécessaire aux soins.

### **Nombre de conventions**

Ces démarches ont été effectuées dès 2006. Le nombre de conventions signées entre le Centre Hospitalier d'Allauch et les établissements a donc régulièrement augmenté. Il est à ce jour de 44 conventions qui concernent 28 établissements. (Liste des établissements conventionnés en annexe 1). Les établissements participants et leurs spécificités sont présentées en annexe 3.

Le volume important de conventions signées a permis de développer un partenariat privilégié entre le Centre Hospitalier d'Allauch et chacune des structures. Ces relations sont bidirectionnelles et ne permettent pas une interconnexion entre les autres établissements. Les échanges engagés peuvent être développés, et il est pertinent de poser l'hypothèse que ces relations peuvent déboucher sur la création d'une structure « intelligente ». C'est cette piste de réflexion que nous allons explorer en recensant les besoins des professionnels.

## **2.2 Les problématiques rencontrées par les professionnels**

### **2.2.1 Le besoin en soins**

Déjà en 2002, Gwénola LEVASSEUR expliquait que l'« on assiste actuellement à une « transition » épidémiologique caractérisée par la montée en charge des pathologies chroniques.<sup>57</sup> ». De plus en plus de patients ont donc besoin de plus de services, plus souvent et par plus d'un professionnel. Toutes les pathologies ont la caractéristique commune de se traiter au long cours dans la communauté. Les traitements et surveillances qui auparavant se faisaient à l'hôpital se font actuellement en médecine ambulatoire. L'équilibre entre soins hospitaliers et soins extra-hospitaliers s'en trouve modifié et les missions et prestations de l'hôpital doivent être repensées. La récente réforme du statut du médecin traitant et du parcours de soins vise à juguler le nomadisme médical mais reste très modérément coercitive. Nous pouvons également constater que

---

<sup>57</sup> LEVASSEUR G., Education du patient et enjeux de santé Vol 21 n°4 2002.

le dispositif général de l'offre de soin reste peu incitatif pour les professionnels à participer aux activités des réseaux.

### **2.2.2 Le besoin de réorganisation**

Il faut noter l'émergence d'un consensus partagé sur l'opportunité et la nature des réseaux. Pour beaucoup, les réseaux sont les structures incontournables de l'offre de soins et ils préfigurent le mode de fonctionnement du système de santé de demain. Ce consensus s'exprime par la mise en avant des réseaux généralistes<sup>58</sup> de santé<sup>59</sup> et de proximité<sup>60</sup>. Ces réseaux ont développé, parallèlement à la prise en charge médico-sociale des patients, une activité de Santé publique ou de Santé Communautaire. Ils associent les professionnels de santé, du secteur social et des associations<sup>61</sup> et sont regroupés autour de la population d'un quartier ou d'une ville.

L'objectif du réseau est de coordonner l'ensemble des soins apportés par chacun de ces acteurs, de mutualiser et d'échanger leurs connaissances dans la perspective d'une meilleure prise en charge du patient. Les réseaux sont caractérisés par un ensemble d'acteurs associant les patients, les soignants et les financeurs. Leur développement s'articule autour de critères de bonne pratique, de dossiers de patients, de système d'information, de modalités de financement, de système de management, de procédures d'évaluation.

### **2.2.3 Le besoin du terrain**

Nous avons vu que l'établissement a conclu des conventions avec un grand nombre d'acteurs de santé. Ces conventions à caractère bilatéral se doivent d'être valorisées. Nous avons donc entrepris de diversifier ces échanges, mais surtout d'en accentuer leur richesse. Nous allons développer dans cette partie quelle a été la démarche retenue pour transformer les relations entre Hôpital et Établissement en une structure dynamique et interconnectée.

Les rencontres effectuées auprès des professionnels permettent de définir les contraintes auxquelles ils sont confrontés. Celles-ci ont été recueillies au cours des échanges de groupe ou des visites auprès des établissements. Ces thématiques sont récapitulées par types d'établissement et par catégories d'intervenants dans le tableau suivant :

---

<sup>58</sup> en favorisant une prise en charge globale de la personne.

<sup>59</sup> en offrant à la personne non seulement des soins mais aussi de la prévention, de la promotion de la santé et une approche médico-sociale.

<sup>60</sup> en inscrivant la prise en charge dans les priorités locales de santé, tout en respectant le quotidien et le lieu de vie de la personne.

<sup>61</sup> Cadre juridique de fonctionnement : Circulaire DGS du 25/11/1999.

Thème évoqué	Type d'établissement		
	Centre Hospitalier	Clinique psychiatrique	Maison de Retraite
<b>Harmonisation des pratiques et des filières</b>	Problème du retour à domicile ou en maison de retraite, évoqué par le praticien hospitalier du service de médecine du Centre Hospitalier d'Allauch.	Problème de la définition de la géro-psycho-geriatrie, problème de la barrière « privé et public » quant au statut notamment, pour hospitaliser d'office des patients, évoqué par le Médecin Coordonnateur de la Clinique Psychiatrique « Les Trois Lucs ».	Refus de certains médecins d'admettre un patient dans les services d'urgence ou de chirurgie malgré la signature de conventions, évoqué par le Médecin Coordonnateur de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean ».
<b>Optimisation des moyens</b>	Le cadre socio-éducatif du Centre Hospitalier d'Allauch énonce que les établissements ont des besoins formation communs.		Le médecin coordonnateur de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean » indique être en situation de formation pour les établissements qu'elle coordonne.
<b>Communication</b>	Le directeur adjoint du Centre Hospitalier d'Allauch souligne que l'on n'a pas de garantie sur l'exhaustivité de l'information et que parallèlement il faudrait avoir une réflexion juridique sur le sujet.	Le président du directoire de la clinique psychiatrique « Les Trois Lucs » présente la nécessité de distinguer deux types d'informations.	

Nous avons donc pu thématiser ces observations. Des groupes de travail spécifiques sont mis en place pour répondre aux besoins et attentes des professionnels.

## **2.3 La structuration en groupes de travail multi professionnels**

### **2.3.1 Les réponses au besoin d'harmonisation des pratiques et des filières**

#### A) Définition des besoins

Les parcours des patients sont évoqués pour définir les axes de travail prioritaires du groupe. Nous sommes confrontés à plusieurs types de problèmes d'orientation. Il peut s'agir de la filière concernant la psychiatrie ou de celle concernant les urgences et les secteurs d'hospitalisation.

#### a) *Filière relative à la psychiatrie*

- Problèmes de la sectorisation en psychiatrie, évoqués par le Médecin Coordonnateur de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean ».
- Accueil d'un résident en phase aiguë en psychiatrie, évoqué par le Directeur de la Maison de Retraite « Le Domaine de Fontfrède ».
- Problèmes de la psychiatrie médicalisée, évoqués par le cadre supérieur de santé du Centre Hospitalier d'Allauch.

#### b) *Filière relative à l'hospitalisation*

- Problème « Du transfert d'une institution à une autre (Court Séjour, Maison de Retraite, Établissement Psychiatrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Soins de Longue Durée) », exprimé par le Médecin en chef de l'Hôpital d'intervention des Armées de Lavéran,
- problème de la sortie de l'hôpital (trouver des structures intermédiaires de Soins de Suite et Réadaptation) jusqu'au retour au domicile ou à la maison de retraite, exprimé par le Cadre de Santé de l'Hôpital d'intervention des Armées de Lavéran. Dans ce cas, il s'agit du placement d'une personne âgée en institution (Hôpital, Maison de Retraite)
- Problème de la fermeture provisoire ou définitive, notamment de services de Chirurgie, évoqué par le Médecin Coordonnateur de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean ».

## B) Problématisation

Les dysfonctionnements repérés interviennent sur les modalités de prise en charge des urgences chirurgicales ou psychiatriques et pose la question du retour à domicile ou à la maison de retraite. La conséquence directe est l'allongement de la durée d'hospitalisation, « la Durée Moyenne de Séjour du service augmente », remarque le Médecin du Service de Médecine du Centre Hospitalier d'Allauch.

L'infirmière coordonnatrice de la Maison de Retraite « Les amis de Saint Émilie » note que les difficultés d'entrée en institution d'hébergement sont liées aux problématiques spécifiques des personnes âgées (situation familiale, sociale ou financière), aux exigences des conditions d'admission (médicales, sociales et financières). Ces difficultés sont accentuées pour les personnes qui ont droit à l'aide sociale, en raison du manque de places agréées et des garanties administratives demandées.

Le vice-président du Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) d'Allauch évoque les difficultés rencontrées pour trouver un hébergement pour les personnes âgées et pose la question de la circulation de l'information.

Le cadre de santé de la Maison de retraite « les Séolanes » expose la possibilité pour les EHPAD de réserver un ou deux lits pour un accueil temporaire.

L'infirmier référent de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean » développe les stratégies mises en place pour éviter le passage systématique aux urgences. Certaines maisons de retraite demandent conseil au Service d'Aide Mobile d'Urgence (SAMU) afin d'orienter au mieux le résident. Il s'agit d'anticiper les situations pour ne pas être dans une situation d'urgences aiguës.

**Il s'agit de définir le parcours du patient pour l'analyser et permettre une amélioration de sa prise en charge. Ensuite, l'objectif sera de réfléchir sur les possibilités d'amélioration de ce parcours dans les domaines repérés.**

## C) Méthodologie adoptée

### a) *Organisation d'un groupe de travail*

Pour répondre au mieux à la continuité de prise en charge et d'accompagnement, un groupe de travail est formé. Il est composé de membres représentant les structures privées, du médecin du Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC), de l'établissement de référence pour la prise en charge des urgences, de praticien coordonnateur, des services sociaux du Centre Hospitalier d'Allauch, des praticiens spécialisés en psychiatrie, du CCAS, des représentants des médecins généralistes, des infirmiers référents ou coordinateurs des maisons de retraite, des directeurs d'établissements, des cadres infirmiers du Centre Hospitalier d'Allauch, du médecin en chef de l'Hôpital d'Intervention des Armées de Lavéran.

Par la suite, ce groupe est scindé en trois sous groupes pour travailler plus particulièrement sur un aspect spécifique du parcours patient. Ces groupes sont dénommés :

- ➡ Groupe A1 : Pratiques en rapport avec la psychiatrie,
- ➡ Groupe B1 : Relation à l'hôpital général (Urgence et Post-urgence),
- ➡ Groupe C1 : Gestion d'une base de données.

*b) Schématisation de la trajectoire du parcours patient*

A partir des difficultés que chacun rencontre, il s'agit de définir le parcours de santé de la personne âgée de son entrée à sa sortie d'un établissement de santé, d'évaluer les dysfonctionnements et de se doter d'outils pour y remédier. Le but est d'organiser un travail en filières et d'harmoniser les pratiques entre les différents établissements.

**Plusieurs intervenants vont dans le sens de la centralisation du CLIC.**

Il est en effet souligné le rôle central du CLIC dans la diffusion de l'information pour permettre la fluidité des échanges entre les institutions, fournir une information sur les établissements existants, le profil des patients accueillis et les disponibilités en places. Le Directeur de la Maison de Retraite « Le Domaine de Fontfrède » souligne qu'il est plus facile de renvoyer une personne vers le CLIC, source de l'information, en effet, cela paraît plus objectif et plus cohérent. Une personne qui centralise les informations oriente mieux, cela permet plus d'efficacité, et un gain de temps.

**Des solutions sont proposées pour les problèmes liés à l'entrée ou à la sortie de l'hôpital.**

Le cadre de Santé de l'Hôpital d'intervention des Armées de Lavéran parle des relations général ou psychiatrique à l'hôpital et notamment des modalités d'accueil. Il faut prévenir, dès l'entrée du patient à l'hôpital, les établissements susceptibles de pouvoir accueillir le patient à sa sortie. Le cadre de santé du service de Médecine du Centre Hospitalier d'Allauch pense qu'il est préférable, pour les hôpitaux, d'avoir une garantie du retour de la personne âgée à la maison de retraite.

**Il est évoqué le rôle de l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs.**

Le souhait de pouvoir bénéficier de ce service est exprimé par la quasi-majorité des présents.

Le résultat des échanges permet de dresser le bilan des parcours effectués entre les établissements.



#### D) Perspectives : Développement d'un système d'information commun

L'objectif est de formaliser, à travers l'analyse de fiche de présentation de chaque partenaire, le « Parcours patient » sur le territoire. Ces fiches comprennent les minimums d'informations à connaître : à la fois les capacités des structures, mais aussi l'identification de référents « facilitant » les contacts. Nous cherchons à identifier les dysfonctionnements pour les réguler, à valoriser l'existant, à rechercher ce qui fait défaut tout en jetant les bases d'un système axé sur la plus-value apportée aux personnes âgées et aux acteurs de santé et d'accompagnement.

##### a) 1<sup>ère</sup> étape

Il est donc nécessaire de développer l'idée de **base de données commune**. Une information qui doit préciser les spécificités des établissements, présenter un inventaire détaillé des participants, des informations sociales, médicales, le type de rééducation, le service rendu, le profil des patients. Il est indispensable qu'à terme, ces informations soient contenues dans une base de données actualisable et accessible pour chacun des membres. Cette fiche s'articule autour de trois logiques (Annexe 2) :

- La première est une présentation générale de l'établissement (capacité, organigramme, spécialité . . .).
- La deuxième présente les compétences spécifiques des établissements et ce qu'ils peuvent proposer à leurs voisins en termes d'offre de soins et de prise en charge. Les informations médicales, para-médicales et non médicales sur le métier de l'établissement, son savoir faire, sa technicité, le profil type de la personne accueillie.
- La troisième présentera les besoins et les attentes de l'établissement, ce qui manque aujourd'hui pour organiser un parcours de prise en charge coordonné (ce que l'établissement ne peut faire, le profil type de la personne qui ne peut être accueillie), et ses projets.

##### b) 2<sup>ème</sup> étape

Un site internet avec les places vacantes et les places disponibles dans un certain délai est mis en perspective par le vice-président du CCAS, le cadre socio-éducatif du Centre Hospitalier d'Allauch, le cadre de santé de la Maison de Retraite « Les Séolanes » et le médecin Coordonnateur du CLIC. Il est souhaité que l'information soit à la disposition du public pour que les personnes sachent à quel interlocuteur s'adresser.

Le représentant des Médecins Généralistes pose la question de la définition du « chemin de l'information du patient » et celle du profil des patients pouvant être accueillis par

l'institution afin que, dans une deuxième étape, l'on puisse réaliser un questionnaire médical et paramédical commun pour faciliter les échanges d'informations entre les établissements et développer l'harmonisation des pratiques.

### 2.3.2 Les réponses au besoin d'optimisation des moyens

#### A) L'expression des besoins

La discussion fait émerger des besoins différents selon la nature des établissements. Les points majeurs qui sont partagés, concernent les aspects de qualité, de sécurité et des obligations légales, Plan Bleu, Comité de Lutte contre la Douleur, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Les questions touchant à la formation des personnels sont évoquées. Il est fait référence, par la Directrice du Pôle Gérontologique Saint Maur, aux conférences thématiques organisées

Les besoins en animation sont également évoqués. La recherche d'optimisation inter établissements est marquée comme une piste à explorer, tant du point de vue économique que de celui de la diversité des activités.

#### B) Problématisation

**Ces réunions doivent fixer les thèmes sur lesquels les efforts doivent être axés, puis désigner les personnes dont les compétences permettront de répondre concrètement aux orientations définies.**

#### C) Méthodologie adoptée

##### a) *Organisation d'un groupe de travail*

Pour répondre au mieux aux besoins d'optimisation des moyens, un groupe de travail représentatif est formé. Il est composé de membres représentant les structures privées, des infirmiers référents ou coordinateurs des maisons de retraite, des directeurs d'établissements, du cadre chargé des services économiques du Centre Hospitalier d'Allauch.

##### b) *Outils mis en place*

Il est décidé d'élaborer un questionnaire, réalisé à partir des pistes évoquées et validées lors des échanges entre les participants. Ce questionnaire recensera les besoins des établissements, mais aussi les activités et les actions pouvant être mutualisées.

Ensuite ce questionnaire sera transmis à l'ensemble des établissements. Le groupe les dépouillera et tentera de hiérarchiser les priorités.

#### D) Perspectives

La piste recherchée est de savoir comment, pour certaines formations spécifiques, nous pourrions imaginer une répartition des coûts entre les établissements ou encore intégrer des formations communes dans le cadre du plan de formation.

Le médecin coordonnateur de la Maison de Retraite « La Bastide Saint Jean » indique être en situation de formation pour les établissements qu'elle coordonne. Un élargissement à d'autres personnes n'est pas problématique.

A propos du groupe de travail « Optimisation des moyens », le cadre socio-éducatif du Centre Hospitalier d'Allauch énonce que ce groupe devra terminer le recensement des besoins de formation et établir d'ici fin 2007 un programme de formation mutualisable. Ce programme constituera le premier aboutissement de ce groupe.

### 2.3.3 Les réponses au besoin de communication

#### A) L'expression des besoins

Le président du directoire de la clinique psychiatrique « Les Trois Lucs » propose un site internet présentant la démarche avec un lien vers les établissements participants. Il pourrait y être indiqué les disponibilités de chaque établissement.

L'assistante de direction de la Maison de Retraite « Les Ophéliades » intervient en soulignant qu'une plaquette disponible avec une information simple pour les personnes âgées serait une première amorce importante.

#### B) Problématisation

**Il s'agit d'informer le grand public à l'aide d'un support d'information, sur l'offre que représente notre démarche, sensibiliser les professionnels de santé et les services sociaux pour que, en tant que principaux acteurs, ils soient les véritables relais de notre démarche.**

Au sujet du travail sur la communication, il faut donc faire la distinction entre deux types d'information :

- Une information simple, immédiate et rapide, portant sur l'ensemble des structures participantes et souhaitant une coordination.
- Une information qui aurait pour vocation la valorisation des établissements auprès du public et des autorités.

Le président du directoire de la clinique psychiatrique « Les Trois Lucs » distingue en effet deux types d'informations. D'une part, l'information destinée au grand public et aux professionnels de santé, qui concerne les offres sanitaires et médico-sociales d'un secteur. D'autre part, celle plus opérationnelle déclinée par secteur d'activité. Les destinataires de cette information seraient les médecins généralistes, les personnes âgées et leurs familles.

#### C) Méthodologie adoptée

##### a) *Organisation d'un groupe de travail*

Pour répondre au mieux au besoin de communication, un groupe de travail est formé. Il est composé de membres représentant les structures privées, des infirmiers référents ou coordinateurs des maisons de retraite, des directeurs d'établissements, des cadres chargé des Services économiques du Centre Hospitalier d'Allauch, de la responsable de l'antenne CLIC d'Allauch, des médecins coordonnateurs, du médecin référent psychiatrie.

##### b) *Support de communication*

Une plaquette récapitulant l'ensemble des établissements participants, leur adresse et coordonnées téléphoniques est conçue et envoyée pour approbation à chacun (Annexe 3). Elle récapitule les établissements conventionnés, leur activité et les coordonnées des personnes à contacter.

#### D) Perspectives

La plaquette n'est qu'un début des actions de communication qui doivent être envisagées, elles peuvent encore être développées et pourraient, par exemple, s'apparenter à un document regroupant, sous forme de fiche, l'ensemble des établissements membres de la coordination.

« Cette brochure serait divisée en deux parties, un volet sanitaire et un volet médico-social. Cela permettrait de visualiser l'ensemble de la coordination. Il faudrait avoir une information générale au nom de l'entité à venir et une information orientée vers les professionnels », précise le Directeur Adjoint du Centre Hospitalier d'Allauch.

## 2.4 Analyse de la méthode

### 2.4.1 Point forts

#### A) Représentativité et légitimité

Nous avons vu que pour développer la coordination entre les établissements, trois groupes thématiques ont été mis en place. Ainsi, lors de leur constitution, nous avons pris soin d'avoir une représentativité tant des différents types d'établissements dans leur fonction (Centre Hospitalier, Service de Soins à Domicile, Maison de Retraite) ou leur nature (publique ou privée) que des professionnels (Secteur administratif et Social, Soignants, Médecins). Ces groupes permettent dès lors de recenser directement les besoins tout en ayant une amplitude maximale des représentations des spécificités professionnelles.

#### B) Proximité

Il est ressorti la nécessité de clarifier la forme d'organisation que pourrait prendre notre coordination. Ce qui fédère la coordination c'est le territoire, il faut le délimiter pour répertorier et faire connaître l'ensemble des services offerts par les établissements qui s'y trouvent et qui répondent aux besoins de la population. Les groupes de travail ont permis de valider l'idée de l'ancrage territorial, et propose d'appeler notre groupe la « Coordination du Canton vert et de ses environs ».

#### C) Etendue d'action

Le champ d'action, couvert par l'organisation mise en place, attrait à trois thématiques primordiales :

- Identifier et définir le parcours adapté aux besoins de la personne lors de son entrée et à sa sortie de l'hôpital.
- Identifier les actions mutualisables.
- Développer l'axe de la communication interne et externe.

#### a) *Développement des filières*

Les travaux permettent d'accéder à une meilleure connaissance des offres et des profils des personnes accueillies dans chacune des structures et d'éviter les zones d'ombres dans le parcours patient.

#### *b) Harmonisation des pratiques*

Il est nécessaire d'harmoniser les dossiers d'admissions des établissements de soins de suite et des maisons de retraite après l'hospitalisation. Pour cela, un exemplaire des dossiers d'admission et des fiches de liaison établissement-hôpital va être demandé à chacune des maisons de retraite partenaires afin de proposer un outil synthétique. Créer un outil commun à l'ensemble des maisons de retraite de la « Coordination Canton Vert et de ses environs » pour les hospitalisations. Cet outil prend la forme d'une fiche de liaison entre les établissements. Il aura une partie réservée aux maisons de retraite pour la description du profil du patient et une partie réservée à l'hôpital pour le compte rendu d'hospitalisation.

#### *c) Communication*

Afin de maintenir un haut niveau d'engagement, les réunions ont systématiquement fait l'objet de convocations et compte rendus diffusés aux participants et aux autres qui souhaitaient en être averti. L'axe de la communication et de la diffusion de l'information a été un point majeur. Il a de surcroît été traité par un groupe spécifique. Néanmoins, le besoin de se fédérer autour d'une cellule décisionnelle qui soit le centre de décision des actions se fait sentir.

### **2.4.2 Élément à améliorer**

Si nous avons choisi une organisation par groupe de travail, c'est surtout sur les décisions d'attribution des compétences de ceux-ci que l'on pourrait enclencher des améliorations.

#### **A) Interconnexion des groupes**

En effet, concernant l'organisation du groupe sur l'harmonisation des filières, il a été décidé de mettre en place une subdivision. Ce groupe donne naissance à trois sous-groupes. Nous sommes donc en présence de cinq axes de réflexion. Au cours de l'évolution de la coordination et des réunions de travail, nous nous apercevons des difficultés de fonctionnement liées à cette subdivision. En effet, les résultats de chacun des sous-groupes sont nécessaires aux autres. Par exemple, afin de pallier les éventuels freins dans le parcours des patients, les membres du groupe « Relations à l'hôpital général », qui a pour mission d'identifier précisément les partenaires dans le cadre des urgences et de leur suivi, ne saurait se passer des connaissances du groupe qui a pour mission de structurer une base de donnée et d'en assurer la gestion. La démarche de coordination a en effet besoin de concrétisation, cette scission semblant prématurée. Les axes de travail ciblés doivent être maintenus, mais traités en réunions plénières.

## B) Dispersion du travail

Il faut bien faire attention à la structuration par les réunions car des dérives peuvent être constatées. Les personnes peuvent être volontaires pour y participer, il n'en faut pas moins oublier que le temps de travail passé en réunion ne l'est plus pour effectuer les autres tâches. Trop les multiplier peut en définitive démotiver et amener les acteurs à se retirer.

## C) Instance décisionnelle

C'est face au besoin des groupes de posséder une légitimité et une reconnaissance des établissements acteurs, que leur travail a été suspendu pour laisser place à un comité de pilotage dont la finalité est de doter la coordination d'une autonomie. C'est donc dans une deuxième période, de décembre 2006 à mai 2007, que le comité de pilotage représentatif des établissements membres des groupes a fonctionné. Ce comité s'est réuni avec pour objectif de pérenniser, d'institutionnaliser, de développer encore plus cette coordination et ses axes de travail.

### 3 Les nécessaires au passage en Réseau

Le passage d'une coordination des filières au fonctionnement en réseau a été rendu possible, d'une part, en initiant une cellule décisionnelle, véritable préalable pour développer une légitimité dans l'action, et d'autre part, en amenant les professionnels à travailler ensemble grâce à des groupes de travail.

La conception d'un réseau généraliste permet de prendre en compte la pluralité des acteurs et semble répondre aux observations actuelles, aux nouveaux objectifs et définition des réseaux que proposent l'ARH et L'URCAM. La démarche aujourd'hui initiée entre les établissements du « Canton Vert » lui correspond. Notre territoire pourrait être un lieu d'expérimentation.

La viabilité du projet n'est possible que par une participation active et un engagement des signataires. Cette évolution passe par une élaboration de statuts d'association **(3.1)** qui permettront par ailleurs de clarifier les buts **(3.2)**, moyens **(3.3)** et pérenniser l'organisation **(3.4)**.

#### 3.1 La structuration indispensable

##### 3.1.1 Forme juridique

Le code de la santé publique stipule qu'« afin de remplir les missions définies par l'article L. 6321-1, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou associations.<sup>62</sup> »

##### A) Groupement de Coopération Sanitaire

Le Groupement de coopération Sanitaire (GCS) a été créé par l'ordonnance du 24 avril 1996<sup>63</sup> pour favoriser les rapprochements entre hôpitaux et cliniques. Il avait à l'origine vocation de permettre de réaliser et gérer, « pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux. »

---

<sup>62</sup> Article 6321-2 du Code de la Santé Publique.

<sup>63</sup> Titre VII, article 39 de l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Son champ d'action s'est successivement élargi<sup>64</sup> pour « faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement. [...] »

Le groupement de coopération sanitaire peut être constitué entre des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et des professionnels médicaux libéraux mentionnés [...]. Un des membres au moins du groupement de coopération sanitaire doit être un établissement de santé.

D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. Il constitue une personne morale de droit public lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou d'organismes publics, ou d'établissements ou d'organismes publics et de professionnels médicaux libéraux membres à titre individuel. Il constitue une personne morale de droit privé lorsqu'il est exclusivement constitué d'établissements ou de personnes privés. Dans les autres cas, il peut se constituer sous la forme de personne morale de droit privé. Il poursuit un but non lucratif. »

#### B) Groupement d'Intérêt Public

Le Groupement d'intérêt Public (GIP) est une notion qui appartient au droit administratif. Créée par la loi sur la recherche scientifique<sup>65</sup>, cette formule, qui associe structures publiques et structures privées, n'a cessé de se développer<sup>66</sup>. Elle est rendue applicable au secteur de la santé par le décret du 11 novembre 1988<sup>67</sup> et l'ordonnance du 24 juillet 1996. La version consolidée au 10 mai 2005 du décret précise que « des groupements d'intérêt public dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière peuvent être constitués par des personnes morales de droit public ou privé pour exercer ensemble,

---

<sup>64</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 87 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002, Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 art. 18 I Journal Officiel du 6 septembre 2003 et Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 27 I, art. 141 I Journal Officiel du 11 août 2004.

<sup>65</sup> Article 21 Section II de la Loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France.

<sup>66</sup> Loi n°87-571 du 23 juillet 1987 sur le développement du mécénat.

<sup>67</sup> Décret n°88-1034 du 7 novembre 1988 relatif aux groupements d'intérêt public constitués dans le domaine de l'action sanitaire et sociale, Publication au JORF du 11 novembre 1988 Décret n°2005-212 du 2 mars 2005 art. 10 II (JORF 4 mars 2005).

pendant une durée limitée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment des actions de formation ainsi que pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités. [...]

Le groupement d'intérêt public jouit de la personnalité morale à compter de la publication au Journal officiel ou, en cas de délégation du pouvoir d'approbation aux préfets de département, au Recueil des actes administratifs de la préfecture, de l'acte d'approbation visé à l'article précédent, accompagné d'extraits de la convention.

La publication fait notamment mention de la dénomination et de l'objet du groupement ; de l'identité de ses membres fondateurs ; du siège social ; de la durée de la convention et de la délimitation de la zone géographique couverte par le groupement d'intérêt public. [...]

Le préfet de département ou son représentant exerce la fonction de commissaire du Gouvernement auprès du groupement d'intérêt public. [...]

Il a communication de tous les documents relatifs au groupement, droit de visite dans les locaux appartenant au groupement ou mis à sa disposition. [...] Il informe les administrations dont relèvent les établissements participant au groupement. [...]

La comptabilité du groupement est tenue et sa gestion assurée selon les règles du droit privé sauf si les parties contractantes ont fait le choix de la gestion publique ou si le groupement d'intérêt public n'est constitué que de personnes morales de droit public. »

### C) Association

La loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août de la même année constituent les deux textes fondamentaux sur lesquels repose le fonctionnement des associations. « L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices. Elle est régie quant à sa validité, par les principes généraux du droit applicable aux contrats et obligations.<sup>68</sup> »

Pour exister, ce contrat devra être le fait de plusieurs parties qui auront la capacité à contracter pour mettre en œuvre un objet licite. Celles-ci manifesteront leur consentement, et l'assemblée constitutive de l'association mettra en forme cette volonté. La volonté exprimée de ses adhérents ou de ses dirigeants, manifestée, de façon formelle de préférence, au projet associatif, constitue une des conditions essentielles du contrat associatif. Les motifs du regroupement des personnes sous la forme associative sont illimités. Ce grand principe est défini en soulignant à contrario, ce qui est illicite<sup>69</sup>. Le

---

<sup>68</sup> Article 1 de la loi du 1er Juillet 1901.

<sup>69</sup> Article 3 de la loi du 1er Juillet 1901.

caractère illicite de l'objet est sanctionné outre par la nullité de l'association mais aussi par la dissolution de cette dernière<sup>70</sup>.

Des membres fondateurs d'une association se réunissent pour approuver des statuts, préparés en amont de cette assemblée générale. Ils procèdent à une auto désignation en qualité de dirigeants fondateurs. Cette assemblée constitutive fait l'objet d'un procès verbal qui permet d'effectuer les formalités de déclaration en Préfecture et de transformer l'association de fait en association déclarée disposant de la capacité juridique. Ultérieurement, d'autres membres pourront adhérer à l'association, dans les conditions fixées par les statuts.

#### D) Forme retenue

Le GIP présente l'avantage d'être une passerelle entre le droit public et privé. Il ne supprime pas l'existence des établissements et permet de réaliser des activités communes, que ce soit tant en termes d'équipement que d'activités spécifiques. Le point délicat concerne sa durée et son objet qui sont limités, mais aussi la responsabilité indéfinie des membres, des règles de contrôle et de majorité trop contraignantes.

Le GCS présente les mêmes avantages, mais il ne sera pas retenu pour les mêmes raisons que le GIP.

La réunion du 1<sup>er</sup> décembre 2006 a permis de choisir entre les différents statuts permettant d'acquérir la personnalité juridique. Les deux formations précédentes se présentent en effet plus contraignantes et difficiles de réalisation face à la formation associative. Le législateur a défini un cadre rendant sa création accessible au plus grand nombre. Cet élément contribue à la popularité de ce type d'organisation. Tout en présentant une forme d'organisation identique, l'association peut être constituée dans des délais courts sans avoir des formalités contraignantes. Le comité de pilotage a donc choisi des statuts associatifs. Il a par la suite travaillé pour leur rédaction avec l'objectif de les déposer en préfecture afin d'acquérir la personnalité juridique. Le travail a été finalisé par leur dépôt en préfecture le 2 avril 2007.

### 3.1.2 Conseil d'administration

#### A) Le comité de pilotage

Le comité de pilotage est la cellule décisionnelle au cœur des orientations stratégiques. Les membres en sont les personnes volontaires participant aux groupes de travail. Chacun des groupes a désigné en son sein des représentants pour la formation de ce comité de pilotage.

---

<sup>70</sup> Article 7 de la loi du 1er Juillet 1901.

**L'origine des membres et leurs modalités de participation permet d'éviter le cloisonnement entre les trois groupes et accroît sa légitimité, sa pertinence et son efficacité.**

Le comité de pilotage est composé de 12 membres :

- ◆ Le Centre Hospitalier d'Allauch représenté par 4 personnes, le Directeur, le Directeur Stagiaire, le Responsable des Services Socio-éducatifs et un Chargé de Mission.
- ◆ La clinique des Trois Lucs représentée par deux personnes, le Directeur et le Médecin responsable.
- ◆ Les Directeurs des Maisons de Retraite suivantes : « Vivre à l'Oustaou », « le Château des Martégaux », « Les Blacassins », « La Bastide Saint-Jean », « Le Domaine de Fontfrède », « Les Séolanes ».

#### B) Le conseil d'administration provisoire

Suite au travail mené, considérant l'adoption des statuts à l'unanimité par le comité de pilotage, il est décidé que des membres du comité de pilotage forment le conseil d'administration provisoire de l'association. Les membres du bureau sont :

- ◆ Le Directeur du Centre Hospitalier d'Allauch, Président,
- ◆ Le Directeur de La Résidence Retraite La Bastide Saint-Jean, Vice-Président,
- ◆ Le Directeur de La Maison de Retraite le Château des Martégaux, Secrétaire,
- ◆ Le Directeur de La Maison de Retraite Les Séolanes, Secrétaire-Adjoint,
- ◆ Le Directeur de La Maison de Retraite Vivre à l'Oustaou, Trésorier,
- ◆ Le Directeur de La Maison de Retraite Le Domaine de Fontfrède, Trésorier-Adjoint,
- ◆ Le Directeur de La Maison de Retraite Les Blacassins, Administratrice,
- ◆ Le Président du directoire de la clinique des Trois Lucs, Administrateur.

#### C) Le transfert de compétence

Le comité de pilotage est constitué de dix personnes. Il est primordial, à ce stade, que le Centre Hospitalier d'Allauch, initiateur de la démarche, fasse progressivement passer ses prérogatives décisionnelles vers la coordination elle-même. Il apparaît que le Centre Hospitalier d'Allauch est représenté par quatre personnes sur douze.

D'une part, ce surnombre est amené à diminuer puisque deux des représentants quitteront ce comité. En effet, le Chargé de Mission ainsi que le Directeur Stagiaire sont

provisoirement présents. Ils ont pour rôle de définir les objectifs, de développer l'organisation, de mener les acteurs à la réalisation du projet.

D'autre part, face aux perspectives d'évolution de la coordination et sa constitution en association, les membres fondateurs seront moins nombreux que le comité de pilotage. Le Centre Hospitalier d'Allauch ne sera alors plus représenté que par un membre.

#### D) Formalités

Il est précisé que c'est un conseil d'administration provisoire et que le conseil d'administration définitif doit être élu lors de la prochaine assemblée générale. La formation de l'association doit se poursuivre. Pour informer l'ensemble des acteurs de la coordination, une Assemblée Générale Informatrice, au cours de laquelle sont présentées les statuts et les modalités d'adhésion à l'association, est organisée. Les montants et les modalités d'adhésion à l'association y sont rappelés. La cotisation sera exceptionnellement demandée annuellement pour l'année 2007 au titre d'aide au démarrage de l'activité du réseau par des bulletins joints au compte rendu de la réunion. Ainsi, les membres, représentants soit les institutions soit agissant en leur nom propre, seront recensés et permettront à l'association de se développer.

Ces éléments préalables effectués, une assemblée générale constitutive sera ensuite organisée. Lors de celle-ci, le point majeur sera l'élection du Conseil d'Administration.

## 3.2 Les orientations stratégiques

### 3.2.1 Tutelles

Les représentants de l'URCAM ont été très favorables à l'idée de développement local d'une coordination. Les différentes rencontres ont montré que les tutelles sont intéressées par un projet innovant. En effet, le réseau ne s'oriente pas seulement vers la gériatrie ou un ensemble de pathologies de type Maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs. En 2007, une étape d'évaluation des réseaux a montré les limites de fonctionnement «des réseaux spécialisés par pathologie<sup>71</sup> ». Car leur intervention est freinée par l'étendue du territoire, l'éloignement des acteurs, leur multiplicité qui confronte la médecine de ville à de multiples sollicitations, organisations et utilisations d'outils différents. Cette démarche expérimentale apparaît cohérente avec la réglementation et les orientations de la Mission Régionale de Santé de la région PACA. Elle peut apparaître comme le chaînon manquant, ce que l'URCAM appelle «le réseau polyvalent de proximité » qui sera un guichet unique, passerelle entre les différents acteurs, réseaux et dimensions. La Mission

---

<sup>71</sup> IGAS, Contrôle et évaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et de la Dotation de Développement des Réseaux, rapport 2006 022 mai 2006, 163 p. notamment pp 82.

Régionale de Santé partage aussi cette vision, confiant au réseau polyvalent de proximité une mission de coordination au bénéfice de l'utilisateur des réseaux de spécialité intervenant sur le territoire.

### 3.2.2 Usagers

Nous pouvons considérer la place des usagers dans cette dynamique sous deux axes. Le premier consiste dans l'amélioration du service rendu. Le deuxième est directement lié à la participation de cet usager au sein de l'organisation.

#### A) L'action du professionnel pour l'utilisateur

Cette action fait partie intégrante des statuts associatifs et donc de l'objet du regroupement. Il s'agit, pour les services rendus à la population, de proposer un parcours de soins coordonné entre les acteurs composant le réseau et de mettre en œuvre pour la population âgée du secteur une filière gériatrique, une filière d'hospitalisation et une filière psychiatrique. Pour y parvenir, il est développé une coordination de proximité destinée à favoriser la qualité de vie dans le cadre du retour et du maintien à domicile.

Parallèlement, il faut développer la continuité des soins. Il s'agit d'orienter la réflexion sur la permanence des soins sur le territoire et de faciliter le relationnel entre les institutions. Ceci permet la diffusion des référentiels et des actions de prévention et dépistage en liaisons avec le Programme Régional de Santé Publique.

De surcroît, la coordination permet de développer de liens avec les réseaux par pathologie pour être une passerelle entre les réseaux de pathologie et les acteurs de terrains.

#### B) La place de l'utilisateur dans l'organisation

Au stade où en est l'organisation mise en place, il apparaît que le patient, la famille ou les aidants ne sont pas encore globalement associés. Les personnes, pour lesquelles tous ces professionnels se réunissent, n'ont pas encore eu leur mot à dire. Il est évident que pour la stabilité et l'efficacité du fonctionnement du réseau il est absolument impératif d'impliquer l'utilisateur dans la démarche de création de la coordination. Cela pourrait se faire par l'intermédiaire des groupements ou associations d'utilisateurs dans le processus décisionnel.

Cette implication doit se traduire :

- ◆ Par une participation dans la définition des besoins,
- ◆ Par une participation dans la définition des orientations stratégiques,
- ◆ Par une participation dans les processus décisionnels.
- ◆ Par la prise en compte de sa compétence d'acteur et de sa prise en charge au travers de la charte et du bulletin individuel d'adhésion.

### 3.2.3 Professionnels

Les objectifs développés par ce réseau pour les professionnels ont été définis par les groupes de travail. Ils sont récapitulés dans les statuts de l'association déposés en préfecture le 2 avril 2007, déclarés le 21 mai 2007 au Journal Officiel de la République Française sous le numéro 144.

Il s'agit, pour les compétences professionnelles :

- D'accompagner l'appui technique pour homogénéiser, améliorer et coordonner les prestations rendues aux usagers,
- D'échanger entre professionnels libéraux, institutions et réseaux spécialisés, y compris à travers des actions de formation,
- De promouvoir des actions de coordination entre professionnels des secteurs sanitaires et sociaux dans le bassin d'Allauch, Plan-de-Cuques et de ses alentours.

Cet axe doit être développé pour renforcer des coopérations et les ouvertures vers les associations d'aide à domicile, la médecine de ville et les professions libérales.

### 3.2.4 Établissements

La démarche partenariale est riche tant par la diversité des acteurs qu'elle rassemble que par leur nombre (Annexe 3). Elle regroupe :

- 2 Centres Hospitaliers,
- 24 Maison de Retraite,
- 8 Soins de Suite et de Réadaptation,
- 2 Soins de Longue Durée,
- 6 Établissements Psychiatriques,
- 2 Services de Soins Infirmiers à Domicile,
- 2 Instituts Médicaux Éducatifs,
- 3 Organismes Sociaux.

Les objectifs pour les établissements sont précisés eux aussi dans les statuts de l'association<sup>72</sup>, ils sont pour les relais d'information :

---

<sup>72</sup> JORF n°23 du 9 juin 2007, «Associations Loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, Association Syndicales de Propriétaires Ordonnance du 1<sup>er</sup> juillet 2004, Fondations d'Entreprises Loi du 4 juillet 1990 », n°144 page 2820.

- De favoriser la mise en réseau entre professionnels libéraux, institutions et usagers des structures sanitaires, sociales et médico-sociales,
- De collaborer activement aux démarches et processus qui contribuent au développement de l'accompagnement sanitaire et social.

### **3.3 Les moyens à mettre en œuvre**

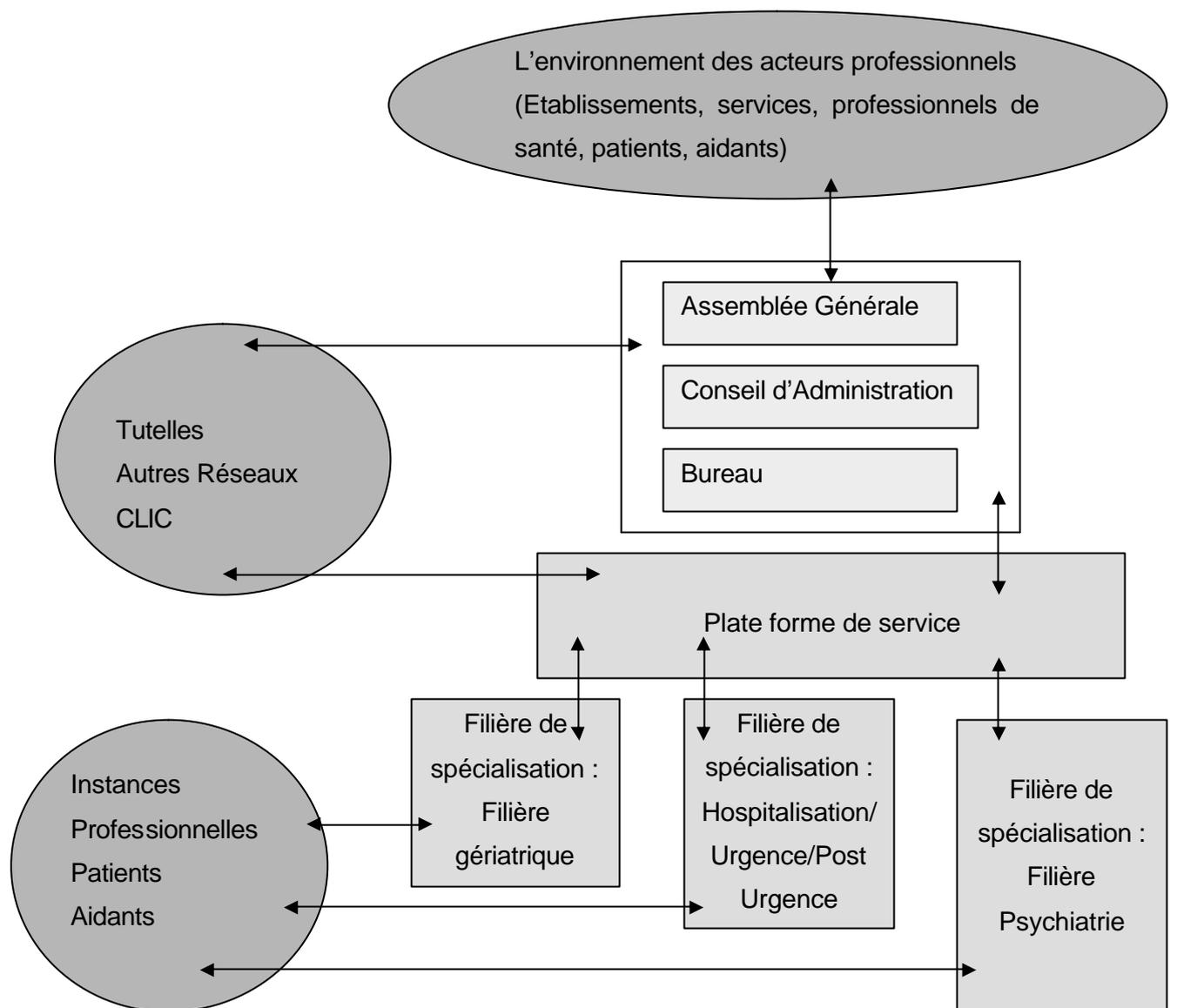
#### **3.3.1 Cellule stratégique**

Le lieu de dynamique du Réseau doit se décentrer par rapport aux promoteurs initiaux et en particulier le Centre Hospitalier d'Allauch, de telle sorte qu'elle fasse participer des représentants des différentes catégories d'établissements et des professionnels de santé.

Par ailleurs, la cellule stratégique représentée par le conseil d'administration provisoire a décidé de se faire accompagner, suite au départ du Chargé de Mission et du Directeur Stagiaire, d'une expertise dans la conduite et le développement des réseaux. Ainsi, les réunions de travail sont abordées avec l'aide d'un professeur de recherche sur la structuration des organisations réticulaires.

#### **3.3.2 Identification des centres décisionnels**

Les actions menées ont permis de montrer l'importance d'équilibrer les prérogatives entre le pôle politique et les pôles d'activité. Cet équilibre se fait par le schéma organisationnel du Réseau :



#### A) Dimension politique

Le pôle politique porte la stratégie par l'intermédiaire de l'assemblée générale, du conseil d'administration et du bureau, lesquels comportent les établissements, services, professionnels, représentants des patients et des aidants, et autres organismes (CLIC, CCAS...). Ils définissent la Stratégie et la Politique, les relations avec l'environnement, l'évolution des activités du réseau. Dans son fonctionnement, le Conseil d'Administration a la faculté de former tout groupe de travail ou commission qui, en lien avec la plate forme de service ou les filières de spécialisation, aura pour objet d'élaborer et de proposer des outils de processus, de procédure.

## B) Dimension opérationnelle

Cette dimension correspond aux « pôles d'activité ». Elle est portée sur le niveau plate-forme et sur celui des filières. Ces pôles, qui agissent sur le terrain, sont constitués des professionnels de santé et des établissements hospitaliers, médico-sociaux, sociaux, CLIC, CCAS.

Le niveau de la plate-forme est supporté par une coordination à vocation administrative et technique. Elle alimente, par les groupes de travail, les modalités d'organisation et de fonctionnement des spécialisations. Sa fonction se finalise en rendant compte auprès de la dimension politique de l'Éthique, du respect des bonnes pratiques et des évaluations des processus.

Le niveau des filières de spécialisations est organisé autour d'une coordination à vocation sociale et médicale. En effet, c'est à ce niveau qu'en pratique le patient sera suivi et que nous identifierons les actions de coordination entre les établissements, les services d'aide et de soins à domicile.

### **3.3.3 Communication**

La stratégie de communication a été soignée tout au long du processus de structuration. Toutes les réunions de groupes faisaient systématiquement l'objet d'un compte rendu qui était envoyé aux membres, mais aussi à ceux qui en faisaient la demande. Plus encore, elle a été portée par un groupe de travail spécifique.

Par ailleurs une réunion regroupant l'ensemble des participants est organisée chaque année. Cette réunion permet de faire le bilan des actions menées, d'exposer les orientations retenues par le comité de pilotage, le conseil d'administration. Cette réunion s'apparente à une assemblée générale.

## **3.4 Les perspectives**

### **3.4.1 Convention constitutive et dossier de financement**

L'orientation prise par le comité de pilotage de se constituer en association permet à la coordination du canton vert d'être identifiée, de bénéficier d'une réelle autonomie et de la personnalité juridique. La phase de dialogue direct et d'interface auprès des organismes de tutelle peut être développée, elle sera directement liée à la période d'ouverture de la nouvelle fenêtre qui permettra de prétendre au FIQCS.

L'objectif est de rendre la coordination autonome. Pour ce faire, le conseil d'administration doit axer ses efforts sur les demandes de financement. Il faut donc envisager la constitution des différents documents réglementaires, nécessaires au dépôt des demandes auprès des autorités. Il s'agit de la Convention constitutive du réseau, de la

Charte d'adhésion des professionnels, de la Charte d'adhésion des patients et de la demande de financement du réseau<sup>73</sup>.

Ces documents doivent préciser :

- Les modalités d'accès et de sortie du réseau,
- Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage,
- Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants,
- Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs<sup>74</sup>,
- Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge.

Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social, et à la démarche d'évaluation mise en œuvre. Par ailleurs, ils s'engagent à ne pas utiliser leur participation dans l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

### **3.4.2 Évaluation de l'organisation.**

La méthodologie de l'évaluation fait partie intégrante de la démarche à effectuer lors de la demande de financement auprès des autorités de tarification. Évaluer consiste à porter ou à faire porter un jugement de valeur sur l'activité du réseau par une personne externe au réseau, en fonction d'éléments d'activité objectifs. Les questions d'évaluation de performance réseaux restent entières<sup>75</sup>. Les différents documents de l'ANAES<sup>76</sup> apportent un premier éclairage sur le contenu attendu de l'évaluation des réseaux.

---

<sup>73</sup> Le contenu de la charte, la convention collective et le document d'information du patient des réseaux de santé est précisé dans le 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.

<sup>74</sup> Le document d'information prévu au 2ème alinéa de l'article D 766.1.3 du décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 (information du patient) est également annexé à la charte du réseau.

<sup>75</sup> IGAS, Contrôle et évaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et de la Dotation de Développement des Réseaux, rapport 2006 022 mai 2006, 163 p.

Toute évaluation doit porter sur :

- ◆ La structure : Il faut ici développer ce qu'il faut mettre en place pour qu'un réseau ait une existence pérenne,
- ◆ Les processus : Il faut montrer ce qui permet au réseau de fonctionner conformément à ses objectifs,
- ◆ Les résultats : Il est alors évalué ce qui a été fait, au regard de ce qui était prévu.

Ces trois logiques doivent être développées en sachant que les objectifs spécifiques des réseaux de santé visent essentiellement à assurer la qualité des soins et la continuité et la coordination des prises en charge. Pour y parvenir, il faudra veiller aux modalités d'intégration des usagers et des professionnels dans le réseau, à son fonctionnement courant ainsi qu'aux aspects économiques.

La méthodologie de l'évaluation s'articulera autour de trois grandes rubriques.

#### **L'évaluation fonctionnelle et organisationnelle :**

L'objectif est d'analyser l'accès et la continuité des soins, les indicateurs auront pour objectif d'analyser :

- ◆ la structuration juridique et logistique du réseau,
- ◆ les outils de mesure des résultats par rapport aux objectifs,
- ◆ les modalités de pilotage et de coordination du réseau,
- ◆ les modalités d'intégration des usagers,
- ◆ la formalisation du rôle des professionnels et leurs modalités de coordination.

#### **L'évaluation de la qualité**

L'objectif est d'entreprendre une recherche d'amélioration. L'analyse doit porter notamment sur :

- ◆ Sur les modalités de « contrôle qualité » de la prestation de santé, d'analyse des dysfonctionnements et ajustements prévus,
- ◆ Sur les modalités d'audit des pratiques,
- ◆ Sur les modalités de mesure de la satisfaction des professionnels de santé,
- ◆ Sur les modalités de mesure de la satisfaction des usagers et des partenaires,

---

<sup>76</sup> Principes d'Evaluation des Réseaux de Santé, Août 1999 ; Evaluation des réseaux de soins - Bilan de l'existant et cadre méthodologique, Octobre 2001, Mission Evaluation des réseaux de soins.

- Sur les modalités et les processus d'auto évaluation.

### **L'évaluation économique**

Doivent ici être analysées :

- Les modalités de rémunération des professionnels,
- Les modalités d'analyse des coûts de production,
- Les modalités d'achat des biens et des services extérieurs,
- Les modalités d'approche économique comparée avec des structures semblables.

Il convient de bien distinguer ce qui relève d'un paramètre qu'il est possible de maîtriser et de standardiser, de ce qui relève d'une variable.

L'évaluation devra montrer que le réseau peut évoluer et s'adapter aux besoins de son environnement, et non se figer comme une nouvelle organisation au sein du système. Il faut établir la preuve que les changements de comportements interviennent dans la pratique quotidienne des professionnels et dans la proximité des personnes en bénéficiant.

## Conclusion

Sur un plan purement sémantique, nous pouvons retenir l'évolution suivante dans les textes réglementaires : « réseaux sanitaires spécialisés » (1945), « réseaux de soins coordonnés » (1983), « réseaux et filières de soins » (1996), « réseaux de santé » (2000), « réseaux coopératifs de santé » (2002), pour revenir à « réseaux de santé » (2003)...

Ces évolutions législatives ont néanmoins permis, à l'ensemble des acteurs du secteur sanitaire et social, de bénéficier de règles normatives, et ainsi d'avoir les bases nécessaires pour travailler ensemble.

C'est pourquoi une telle démarche a pu être initiée au sein du Centre Hospitalier. Le développement d'une coordination s'articule autour de trois phases primordiales. La première phase s'identifie à la signature des conventions entre les établissements. La deuxième phase prend effet lorsque les groupes de travail sont constitués. La troisième phase représente une période charnière, c'est l'aboutissement des objectifs. En effet, les conventions sont bilatérales, les échanges des groupes sont riches, mais il est nécessaire de développer les relations entre les institutions. Il faut passer d'une relation bidirectionnelle à un fonctionnement interrelationnel, passer d'échanges bidimensionnels à un fonctionnement réticulaire.

La question de demander « Pourquoi un réseau ? » est posée. Les raisons viennent du fait que d'une part les objectifs développés durant cette année font partie intégrante d'une démarche réticulaire et que, d'autre part, l'histoire des coordinations montre que la mobilisation des volontés particulières et institutionnelles a besoin, à un moment donné de son évolution, d'un cadre juridique et d'un soutien logistique et financier.

La question du « Pourquoi généraliste ? » est ensuite abordée. Il est dommageable de perdre une partie de la richesse de l'offre ainsi organisée puisque le public rassemblé est issu des milieux sanitaires, médico-sociaux, sociaux, associatifs, libéraux, et qu'il présente également des domaines et disciplines divers qui sont la médecine, la gériatrie, la gérontologie, la psychiatrie, les soins palliatifs, le monde du handicap. C'est cette globalité qu'il faut mettre au service de la population.

Le réseau ne se fait pas en un jour, il est le fruit d'une maturation professionnelle, de l'habitude de travailler en commun. La démarche exposée nous permet de comprendre quels sont les tenants et les aboutissants de cette coordination, et ainsi de cibler les éléments qui fonctionnent et ceux qui doivent être améliorés. Le repérage des établissements et des différents partenaires sur le territoire du Canton Vert et de ses environs a offert une bonne lisibilité de l'ensemble et a montré des préoccupations communes telles que l'isolement, la mauvaise connaissance des offres et services des structures sur un même territoire. C'est cette évolution progressive qui a, petit à petit, engendré un désir commun de création d'un réseau de santé sur le secteur. Nous pouvons retenir que «l'intégration entraîne l'engagement<sup>77</sup> ». L'engagement entraîne, dans un premier temps, une stabilité de la démarche et une résistance au temps, puis, dans un second temps, permet de passer des actes aux aptitudes.

Le futur réseau, conformément aux buts de l'association qui l'anime, a pour objectif de développer une complémentarité entre les professionnels de santé implantés dans le territoire ou représentant des organisations spécialisées. Ainsi, le développement des relations devra certainement utiliser les compétences des professionnels, mais aussi celles des autres réseaux spécialisés. Le réseau envisagé selon ces critères ne doit pas apparaître comme une situation de concurrence mais bien de complémentarité. Le réseau n'est pas une fin en soi, mais bien l'unité de base organisationnelle. Il est la traduction de la notion de complémentarité et de subsidiarité nécessaire à une offre de soins de qualité non redondante et se diffusant à l'ensemble du territoire<sup>78</sup>.

---

<sup>77</sup> Si l'on se réfère aux chercheurs en psychologie Robert-Vincent JOULE et Jean-Léon BEAUVOIS, qui retracent les évolutions de l'étude comportementale dans l'ouvrage «Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens ».

<sup>78</sup> CLAVERANNE J.P. et PASCAL C., Journal d'Économie Médicale – numéro spécial, « Réseaux » Septembre-Octobre 2001.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

BARRE S., EVIN C., Août 2005, *Traité pratique des réseaux de Santé*, Les indispensables, Corlet, 456 p.

JOULE R-V., BEAUVOIS JL., DESCHAMPS J-C., 2004, *Petit traité de manipulation à l'usage des honnêtes gens*, Presses universitaires, 86 p.

SCWEYER F-X., LEVASSEUR G., PAWLIKOSWSKA T., Novembre 2005, *Créer et piloter un réseau de santé*, 2<sup>e</sup> édition, paris : Editions ENSP, 112 p.

## Revue et Périodiques

BANTMAN P., 2004, « Le Concept de réseau », *V.S.T. Revue du Champ Social et de la Santé Mentale*, n° 81, pp 18-19.

CLAVERANNE J.P. et PASCAL C., Septembre Octobre 2001 « Réseaux », *Journal d'Économie Médicale - numéro spécial*, pp 331 à 343.

CLAVERANNE J-P, PASCAL C., 2003, « Complémentarité et réseau : de la métaphore à la pratique », *Le courrier de l'Évaluation en Santé*, numéro 23, 23 p.

COORDINATION NATIONALE des RÉSEAUX., 2004, « Charte des réseaux de santé », *V.S.T. Revue du Champ Social et de la Santé Mentale*, n° 81, pp 44-45.

HAS, Publication ANAES, Août 1999, « Principes d'Évaluation des Réseaux de Santé ».

HAS, Publication ANAES, Octobre 2001, « Évaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique », *Mission Évaluation des réseaux de soins* 63 p.

LACRONIQUE JF., Mai-Juin 1998, « Le système de santé américain : Évolutions et réseaux », *Revue Hospitalière de France*, numéro 3, pp 335 à 340.

LEVASSEUR G., 2002 «Réseau et éducation du patient : des conditions préalables à l'action » *Numéro spécial « Médecine générale » Education du patient et enjeux de santé Vol 21 n°4*, pp 18 à 21.

VIÑAS J M., Septembre 1998, « L'avènement des réseaux : de la tuberculose aux ordonnances de 1996 », *Actualité et dossier en santé publique*, n°24, pp 12-14.

### **Rapports**

BOCOGNANO A., COUFFINHAL A., GRIGNON M., MAHIEU R., POLTON D., Novembre 1998, « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé. Théorie et bilan des expériences étrangères », *Rapport Credes n°1243*, 203 p.

IGAS, « Contrôle et évaluation du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et de la Dotation de Développement des Réseaux », *rapport 2006 022* mai 2006, 163 p.

### **Sources normatives**

REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi 2001-1246 du 21 Décembre 2001 de Financement de la Sécurité Sociale pour 2002, publiée au Journal Officiel de la République Française du 26 Décembre 2001, page 20552, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100129L>

REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé art. 87 I et II, publiée au Journal Officiel de la République Française du 5 mars 2002, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=MESX0100092L>

REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi n° 2004-806 du 9 Août 2004 relative à la santé publique, publiée au Journal Officiel de la République Française du 11 août 2004 page 14256, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SPECV.htm>

REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, publiée au Journal Officiel de la République Française du 17 Août 2004, disponible sur internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/texteconsolide/SSEAFI.htm>

REPUBLIQUE FRANÇAISE Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, publiée au Journal Officiel de la République Française du 22 décembre 2006, page 19315, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0600163L>

Ordonnance du 4 Octobre 1945, portant organisation de la Sécurité Sociale, publiée au Journal officiel Lois et Décrets du 6 Octobre 1945, page 6280.

Ordonnances no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, publiée au Journal Officiel de la République Française du 25 Avril 1996, page 6324, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=TASX9600043R>

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, publiée au Journal Officiel de la République Française, du 6 Septembre 2003, p 15391, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANX0300081R>

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, publié au Journal Officiel de la République Française du 18 décembre 2002 page 20933, consultable sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0223594D>

Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH.

Circulaire DGS n°74 bis du 2 décembre 1993 et n°88 du 1<sup>er</sup> décembre 1994 relative à la mise en place des réseaux de santé de proximité.

Circulaire DGS/DH n°94-15 du 7 mars 1994 relative à la mise en place des réseaux de toxicomanie, suite à la circulaire n°93-72 du 9 novembre 1993.

Circulaire DGS/DH n°44 du 9 mai 1995 relative à l'organisation des soins pour les patients atteints d'hépatite C.

Circulaire DGS n°707 du 19 novembre 1996 relative à la promotion du travail en réseau pour l'organisation de la prise en charge précoce des problèmes liés à l'alcool.

Circulaire DGS/DAS/DH/DSS/DIRMI N° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux, texte non paru au Journal Officiel, consultable sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/praps/343pr.htm>

### **Sites internet**

COORDINATION NATIONALE DES RÉSEAUX., *La CNR est une association loi 1901, créée en janvier 1997, qui fédère des réseaux sanitaires et sociaux répartis dans toute la France*, disponible sur internet :

<http://www.cnr.asso.fr>

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES., *Portail INSEE*, disponible sur internet :

[http://www.insee.fr/fr/home/home\\_page.asp](http://www.insee.fr/fr/home/home_page.asp)

[http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv\\_recens/resultats/grandes-villes.htm#M](http://www.insee.fr/fr/recensement/nouv_recens/resultats/grandes-villes.htm#M)

LEGIFRANCE, *Le service public de la diffusion du droit*, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/>

MINISTERE DE LA SANTE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, *Portail d'accueil*, disponible sur internet :

<http://www.sante.gouv.fr/>

<http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/frames/fr13.htm>

<http://www.personnes-agees.gouv.fr/>

---

## Liste des annexes

---

**Annexe 1 : Liste des conventions**

**Annexe 2 : Base de donnée commune**

**Annexe 3 : Support de communication**

## **Annexe 1 : Liste des établissements conventionnés**

### Conventions Court Séjour

Type d'établissement	Dénomination
Maison de Retraite	Frédéric Mistral
	Les Cannes Blanches
	Les Séolanes
	Les Ophéliades
	Le Château des Martégaux
	La Forézienne
	La Souvenance
	Les Camoins
	L'Elysée
	La Bastide Saint Jean
	Jeanne d'Arc
	Pôle Gérontologique Saint Maur
Soins de Suite et de Réadaptation	Clinique La Pagerie
	Clinique les Quatre Saisons
Clinique ou Hôpital Psychiatrique	Clinique Saint Roch et Mont Fleuri
	Clinique Saint Michel
	Centre Hospitalier Valvert

### Conventions Consultations externes

Type d'établissement	Dénomination
Maison de Retraite	La Paquerie
	Les Ophéliades
	La Pagerie
	Résidence Chevillon
	L'Elysée
	Les Cannes Blanches
	Frédéric Mistral
	Les Séolanes
	Le Château des Martégaux
	La Forézienne
	La Souvenance

Type d'établissement	Dénomination
	Les Camoins
	La Bastide Saint Jean
	Pôle Gériatrique Saint Maur
Soins de Suite et de Réadaptation	Clinique La Salette
	Clinique les Quatre Saisons
Clinique ou Hôpital Psychiatrique	Clinique Saint Michel
	Clinique La Bastide
	Maison de Post-cure Valfleury

### Conventions de Soins Infirmiers à Domicile

Type d'établissement	Dénomination
Maison de Retraite	Les Séolanes
Clinique ou Hôpital Psychiatrique	Clinique les Trois Lucs

### Autres types de conventions

Nom de l'établissement	Nature de la Convention
Hôpital d'Intervention des Armées LAVERAN	Collaboration mutuelle
Centre médicalisé spécialisé de Saint Barnabé	Partenariat
Institut Médico-Professionnel	Les trois Lucs
Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est	Accueil de Jour et Maison de Retraite
Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est	Soins de Longue Durée
Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Sud Est	Aide au retour à Domicile

## **Annexe 2 : Fiche d'identification**





FICHE D'IDENTIFICATION

Etablissement Psychiatrique

1

Nom de l'établissement

Adresse  
code postal  
Ville

Téléphone  
Fax  
Mél

Site internet

Statut

2

Directeur

Médecin

IDE coordonateur

Personne référente  
Personne à contacter

Référent Administratif  
Référent Médical  
Référent Soignant

3

Nombre de lits	Profil de patient	Age
		Sexe

4

Typologie de prise en charge	Psychiatrie générale Unité de jeunes adultes Service d'addictologie Géronto psychiatrie
------------------------------	--

5

Spécificité	Court Séjour	Hospitalisation Complète
		Alternatives à l'hospitalisation de jour autre (Maison de convalescence)
	Post cure	
	Moyen séjour	

6

Information d'Hébergement
Milieu fermé
Milieu ouvert

7

Niveau de médicalisation	salarie	liberal
Permanence des soins	Infirmier psychologue medical	
Spécialités représentées	Art thérapeute ergothérapeute psychomotricien	

FICHE D'IDENTIFICATION

Court Séjour

1

Nom de l'établissement

Adresse  
code postal  
Ville

Téléphone  
Fax  
Mél

Site internet

Statut

2

Directeur

Médecin chef de service

IDE coordonateur

Personne référente  
Personne à contacter

Référent social  
Référent Médical  
Référent Soignant

3

Nombre de lits

4

Typologie de prise en charge  
Services d'Hospitalisation

5

Spécificité	Court Séjour	Hospitalisation Complète Hospitalisation de jour Actes ambulatoires
	Consultations	

6

Information d'Hébergement

7

Niveau de médicalisation		salarié
Permanence des soins	Infirmier kinésithérapeute psychologue médical	
Spécialités représentées		

FICHE D'IDENTIFICATION

1

Nom de l'établissement

Adresse  
code postal  
Ville

Téléphone  
Fax  
Mél

Site internet

Statut

Soins de suite et de Réadaptation

2

Directeur

Médecin coordonateur

IDE/Cadre coordonateur

Personne référente  
Personne à contacter

Référent administratif  
Référent Médical  
Référent Soignant

3

Nombre de lits

4

Typologie de prise en charge

5

Spécificité	activité spécifique personnes démentes
-------------	---

6

Information d'Hébergement	Livret d'accueil
---------------------------	------------------

7

Niveau de médicalisation	salarié	libéral
Permanence des soins	Infirmier kinésithérapeute psychologue médical	
Spécialités représentées		

## **Annexe 3 : Support de communication**

## Centres Hospitaliers

**Centre Hospitalier d'Allauch**  
Chemin des mille Ecus  
BP 28 13718 Allauch Cedex 04 91 10 46 46

**Hôpital d'Instruction des Armées Laveran**  
BP 50 Marseille Armées  
13998 Cedex 13. T 04 91 61 70 00

## Maisons de Retraite

### Allauch

**Bernard Carrara**  
Rue des frères Aillaud, 04 91 10 43 04

**La Provence**  
6 Chemin des Cauvelles, 04 91 68 21 79

**Vivre à L'oustaou**  
13190 Allauch (en création)

### Marseille 10ème

**Les Amis de Saint Emille**  
27 chemin du Vallon de Toulouse, 04 91 75 38 42

### Marseille 12ème

**La Bastide Saint Jean**  
341 Avenue de Montolivet, 04 91 66 25 10

**Résidence Saint Luc**  
47, Avenue des Trois Lucs  
13012 Marseille 04 91 88 00 95

### Marseille 13ème

**La Souvenance**  
6 rue Gueidon, 04 91 70 00 19

**Résidence retraite Les Séolanes**  
8 rue Simone Weil, 04 91 61 62 63

**Domaine de Fontfrède**  
6 avenue de Château Gombert, 04 91 21 75 00

**Le Château des Martégaux**  
54 Chemin des Martégaux, 04 91 66 23 85

**Les Ophéliades**  
40 Chemin Loubière, 04 91 05 41 41

**Les Cannes Blanches**  
9 Rue Edouard Mossé, 04 91 10 89 00

**Pôle Gériatologique Saint Maur**  
129 avenue de la Rose, 04 91 10 04 04

**La Paquerie**  
17 impasse Aurengues, 04 91 66 22 86

**ClaireFontaine**  
153 chemin Notre Dame de la Consolation, 04 91 21 05 50

**La Forézienne**  
52, chemin de Rousset, 04 91 66 02 64

**Les Jonquilles**  
131 Chemin des Jonquilles  
13013 Marseille 04 91 66 22 24

**Frédéric Mistral**  
83 Traverse Charles Susini, 04 91 66 66 66

**Les Camoins**  
150 Route des Camoins, 04 91 87 84 40

### Plan de Cuques

**L'Elysée**  
131 Avenue Frédéric Mistral, 04 91 68 06 72

**Villa Modeste**  
23 Rue Petits Roubaud, 04 91 07 04 65

**L'Oustaou**  
Avenue Georges Pompidou, 04 91 05 61 24

**Résidence Chevillon**  
102 Avenue Frédéric Chevillon, 04 91 68 09 77

**Les Blacassins**  
Avenue Georges Pompidou, 04 91 05 61 05

## Soins de Suite et de Réadaptation

### Allauch

**Centre Hospitalier d'Allauch**  
Chemin des mille Ecus  
BP 28 13718 Allauch Cedex 04 91 10 46 46

**Clinique la Pagerie**  
Chemin des Rascous 04 91 05 52 52

### Marseille 10ème

**Centre Gériatologique de Château Gombert**  
40 Traverse baume Loubière, 04 91 05 40 00

### Marseille 11ème

**Clinique Saint Bruno**  
49 Route de la Treille, 08 26 20 77 11

**Clinique la Provençale**  
164 Route des Camoins, 08 26 00 94 56

**Clinique Saint Martin**  
183 Route des Camoins, 04 91 27 30 00

### Marseille 12ème

**Polyclinique la Phocéane**  
143 Route des Trois Lucs, 04 91 18 08 08

**Clinique la Salette**  
Traverse de la Salette, 04 91 18 63 63

## Soins de Longue Durée

**Centre Hospitalier d'Allauch**  
Chemin des mille Ecus  
BP 28 13718 Allauch Cedex 04 91 10 46 46

**Pôle Gériatologique Saint Maur**  
129 avenue de la Rose, 04 91 10 04 04

## Psychiatrie

### Allauch

Maison de post Cure ValFleur  
Route d'Enco de botte , 04 91 93 91 95

### Aubagne

Clinique Saint Michel  
Route d'Eoure, 04 42 71 00 14

### Marseille 11ème

Clinique la Bastide  
Route de la Treille, 04 91 43 03 70

Les Quatre Saisons  
165 Route de Camoins, 04 91 43 00 94

Cliniques Saint Roch et Mont fleuri  
160 Route des Camoins, 04 91 43 01 20

### Marseille 12ème

Clinique des Trois Lucs  
28, Traverse de la Salette, 04 91 93 01 20

### Service de soins infirmiers à domicile des Etablissements de la coordination

Les Blacassins  
Avenue Georges Pompidou, 04 91 05 61 05

Centre Hospitalier d'Allauch  
Chemin des mille Ecus  
BP 28 13718 Allauch Cedex 04 91 10 46 46

## Organismes Sociaux

### Allauch – Plan de Cuques

Centre Local d'Information et de Coordination de l'Est  
Marseillais  
Antenne Allauch/Plan-de-cuques  
Centre hospitalier, 04 91 10 46 83

### Allauch

CCAS d'Allauch  
14, rue des Moulins, 04 91 07 06 45

### Plan de Cuques

CCAS de Plan-de-Cuques  
Allée Plein Sud Bat 4, 04 9110 42 00

## Instituts Médico Educatifs

### Marseille 12ème

Les Trois Lucs  
92, route d'Enco de Botte , 04 91 18 62 30

### Marseille 13ème

La Parade  
Rue de la Parade, 04 91 10 41 60

### Pour Contacter la Coordination :

Centre Hospitalier d'Allauch  
Chemin des mille Ecus - 13190 Allauch  
04 91 10 46 08 j.ugona@ch-allauch.f  
04 91 10 47 99 jc.belliere@ch-allauch.fr

## COORDINATION DU CANTON VERT ET DE SES ENVIRONS



## ETABLISSEMENTS ADHERENTS

*Vous pouvez avoir des besoins  
divers liés à votre santé ou à votre âge.  
Afin de vous offrir une large prise en charge  
de proximité, ces établissements  
coordonnent pour vous leurs services.*