

**ENSP**  
ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'établissement sanitaire et  
social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **décembre 2007**

---

**La mise en place d'un réseau gérontologique à partir de  
l'Hôpital local de Sancerre**

*Vers une coordination de la prise en charge des personnes âgées*

---

**Marion KERGREIS**

---

# Remerciements

---

Je remercie Mme LAINÉ, Directeur de l'Hôpital local de Sancerre et M. Bréard, Praticien Hospitalier pour leurs conseils, soutien et disponibilité.

Je remercie également M. Tirel, directeur du mémoire à l'Université et enseignant à l'ENSP pour ses conseils.

Je remercie enfin l'ensemble des personnes qui m'ont permis de réaliser ce mémoire.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Un réseau gérontologique : pourquoi ?</b> .....	<b>5</b>
<b>1.1 Le réseau gérontologique, une réponse adaptée pour une prise en charge de qualité</b> .....	<b>5</b>
1.1.1 Le développement des réseaux de santé gérontologiques .....	5
1.1.2 Les atouts d'un réseau gérontologique .....	8
<b>1.2 La présentation du projet de réseau gérontologique dans le Cher nord-est</b> .....	<b>10</b>
1.2.1 Les principales caractéristiques du réseau .....	10
1.2.2 Un projet porté par la Direction de l'Hôpital local de Sancerre .....	13
<b>1.3 Les enjeux du réseau gérontologique envisagé</b> .....	<b>16</b>
1.3.1 Des attentes multiples.....	17
1.3.2 L'existence de points de vigilance .....	20
<b>2 La mise en place effective du réseau</b> .....	<b>23</b>
<b>2.1 La constitution d'un comité de pilotage</b> .....	<b>23</b>
2.1.1 Un comité institué à l'initiative du Directeur.....	23
2.1.2 Un comité de pilotage pluriprofessionnel aux missions étendues .....	26
<b>2.2 La détermination du régime juridique du réseau</b> .....	<b>29</b>
2.2.1 Le choix du statut .....	29
2.2.2 La recherche de financements.....	32
<b>2.3 La définition des modalités de fonctionnement du réseau</b> .....	<b>34</b>
2.3.1 Les moyens matériels et humains nécessaires.....	35
2.3.2 La mise en action des moyens .....	36

<b>3</b>	<b>Vers un fonctionnement pérenne et de qualité.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1</b>	<b>Le respect des droits fondamentaux des usagers.....</b>	<b>39</b>
3.1.1	La recherche systématique du consentement et le droit à l'information .....	39
3.1.2	Le droit à la confidentialité des données de santé.....	41
<b>3.2</b>	<b>La dynamique du management du réseau.....</b>	<b>43</b>
3.2.1	L'animation et la coordination du réseau .....	43
3.2.2	Le positionnement du Directeur .....	45
<b>3.3</b>	<b>Evolution et perspectives d'avenir.....</b>	<b>46</b>
3.3.1	Une démarche dévaluation primordiale .....	47
3.3.2	L'évolution dans le futur du réseau .....	49
	<b>Conclusion.....</b>	<b>53</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>55</b>
	<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADMR : Association d'Aide a Domicile en Milieu Rural  
ADPAAC : Association d'Aide A Domicile aux Personnes Agées du Cher  
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
APA : Allocation Personnalisée d'autonomie  
CAMEL : Cher Association Réseau d'Aide aux Malades Diabétiques et d'Education  
Locale  
CDEG : Coordination Départementale des Etablissements Gériatriques  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination à caractère gérontologique  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie  
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens  
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DMP : Dossier Médical Personnel  
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux  
EADSP : Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
ENVISAGER : Ensemble Vlerzonnais de Soins et d'Aide GERontologique  
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville  
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins  
GCS : Groupement de Coopération Sanitaire  
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
MRS : Mission Régionale de Santé  
MSA : Mutualité Sociale Agricole  
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie  
REGENER : REseau GERontologique pour une NEcessaire REgulation  
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile  
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins  
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance maladie

## Introduction

Lors de la présentation du Plan Solidarité-Grand Âge<sup>1</sup>, le ministre Philippe Bas a déclaré que « la France doit avoir une politique amicale de la longévité ». Le pays est en effet confronté à un défi démographique sans précédent. Le nombre de personnes âgées va considérablement augmenter dans les décennies à venir, en raison notamment de l'accroissement régulier de l'espérance de vie et de l'arrivée à des âges avancés de classes d'âge nombreuses. Ainsi le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans va quasiment doubler entre 2005 et 2015, passant de 1,1 million à 1,9 million.

Ce phénomène va s'accompagner parallèlement d'une forte progression du nombre de personnes âgées dépendantes. Ces dernières sont actuellement estimées à plus d'un million<sup>2</sup>, si l'on se réfère au nombre de bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>3</sup>. En outre, 850 000 personnes sont aujourd'hui atteintes d'une maladie neuro-dégénérative (maladie d'Alzheimer, Parkinson et maladies apparentées) et 225 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année.

D'après un rapport de la Cour des comptes relatif aux personnes âgées dépendantes<sup>4</sup>, l'augmentation prévisible du « nombre de personnes dépendantes n'a pas eu d'équivalent dans la période passée : la collectivité va être confrontée à un problème d'une ampleur inédite.

Les pouvoirs publics se sont récemment emparés de ce problème. Une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a été instituée en 2004<sup>5</sup>. Une réflexion est actuellement menée sur l'opportunité de créer un cinquième risque dépendance couvert par la Sécurité sociale. Un Plan Alzheimer devrait également voir le jour à la fin de l'année 2007<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan Solidarité-Grand Age. 27 juin 2006.

<sup>2</sup> ESPAGNOL P., avril 2007, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2006 », *Etudes et Résultats*, n°569, pp1-4.

<sup>3</sup> L'APA a été créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

<sup>4</sup> COUR DES COMPTES, 2005, Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Paris : La Documentation française, 447 p.

<sup>5</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal officiel, n° 151 du 1<sup>er</sup> juillet 2004, 11944.

<sup>6</sup> Cf la lettre de mission du 1<sup>er</sup> août 2007, adressée par M. Sarkozy, Président de la République à M. Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des relations sociales et de la solidarité.

Le Plan Solidarité-Grand Âge précité est « destiné à permettre l'adaptation des dispositifs de prise en charge des personnes âgées à l'évolution démographique dans le respect du libre choix des personnes en assurant une continuité de la prise en charge entre le domicile, l'établissement médico-social et l'établissement de santé »<sup>7</sup>. Pour ce faire, il incite à la poursuite du développement des réseaux de santé gériatriques.

Le réseau 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>8</sup>. Il diffère de la filière de soins qui, elle, correspond à une organisation de la demande et respecte l'indépendance des différents intervenants.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé<sup>9</sup> a donné une définition unique des réseaux de santé. Ces derniers « 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 procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations »

Le réseau de santé est donc de création récente. Une profonde réforme de son système de financement est en cours. Suivant les préconisations d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>10</sup>, le législateur<sup>11</sup> a créé un nouveau fonds : le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Je me suis penchée sur ce thème d'actualité très intéressant au cours de mon stage long d'élève directeur d'établissement sanitaire et social. J'ai en effet effectué ce dernier, du 30 octobre 2006 au 22 juin 2007, au sein de l'Hôpital local de Sancerre (Cher) qui a pour ambition de créer un réseau gériatrique.

---

<sup>7</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ. Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n°2007-06 du 15 juin 2007.

<sup>8</sup> SCHWEYER F.-X., LEVASSEUR G., PAWLKOWSKA T., 2005, *Créer et piloter un réseau de santé*, 2<sup>e</sup> édition, Rennes : Editions ENSP, 112 p.

<sup>9</sup> REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n° 54 du 5 mars 2002, 4118-4159.

<sup>10</sup> DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., mai 2006, FRANCE. Inspection générale des affaires sociales, *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) : rapport définitif*, Paris, 163 p.

<sup>11</sup> REPUBLIQUE FRANÇAISE. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel, n° 296 du 22 décembre 2006, 19315.

Cet établissement a une vocation gérontologique. Il comporte 288 lits et places. Il propose une gamme de prestations diversifiée et graduée (unité de soins de longue durée, service de soins de suite, service de soins infirmiers à domicile, maisons de retraite, accueil de jour). Il est implanté dans une zone rurale vieillissante. Seul établissement de santé du nord-est du département, il est relativement éloigné des autres structures médico-sociales publiques.

Afin de s'ouvrir sur l'extérieur et de répondre aux besoins de la population âgée locale, le Directeur a décidé d'instituer un réseau gérontologique.

A mon arrivée, ce réseau n'était qu'à l'état de projet. Les autres partenaires n'étaient pas encore informés de son existence.

Tout d'abord, je me suis interrogée sur l'opportunité de la création d'un réseau gérontologique à partir de l'Hôpital local de Sancerre. J'ai cherché à voir quelle pouvait être l'utilité d'un tel dispositif sur le secteur. J'ai aussi voulu vérifier la pertinence de l'Hôpital local comme promoteur du réseau.

Puis, je me suis intéressée à la marche à suivre pour la mise en place du projet et au fonctionnement du futur réseau.

Afin d'alimenter ma réflexion, j'ai d'abord fait de nombreuses recherches bibliographiques sur le sujet. J'ai pris connaissance des diverses réglementations en la matière. Je me suis aussi renseignée sur d'autres exemples de réseaux gérontologiques.

J'ai participé aux Journées annuelles de la Société de Gérontologie de l'Ouest et du Centre, au cours desquelles plusieurs promoteurs de réseaux ont évoqué leur expérience. Ce congrès m'a aussi permis d'accroître mes connaissances en matière de gérontologie.

J'ai mené des entretiens auprès du Directeur de l'Hôpital local et du praticien hospitalier gériatre de l'établissement.

J'ai aussi interrogé le promoteur du réseau gérontologique ENVISAGER (Ensemble Vierzonnais de Soins et d'Aide GERontologique)<sup>12</sup>.

J'ai participé chaque mois à la réunion de coordination gérontologique. J'ai pu rencontrer certains des acteurs potentiels du réseau. J'ai ainsi pu connaître leurs avis respectifs sur la création d'un réseau de santé.

---

<sup>12</sup> Réseau non encore financé.

J'ai collaboré à la préparation du contrat d'objectifs et de moyens pour 2007-2010. J'ai notamment rédigé la fiche portant sur la coordination des soins et sur les réseaux de santé. Au cours d'une réunion de négociation, la position de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) du Centre m'a été communiquée.

Concernant le Conseil général du Cher, il m'a fait connaître son point de vue à l'occasion d'une réunion de négociation de la convention tripartite.

Enfin, j'ai rédigé les lettres de présentation du projet aux différents acteurs. Avec mon maître de stage, j'ai préparé un diaporama relatif à la méthodologie pour mettre en place le réseau. Celui-ci a été projeté au cours de deux réunions organisées respectivement pour les élus locaux du secteur et pour les professionnels paramédicaux libéraux. J'ai assisté à ces réunions et j'ai recueilli les réactions de plusieurs participants.

L'ensemble de mes recherches, rencontres et entretiens m'ont permis de conclure que la création d'un réseau gérontologique dans le Cher nord-est est justifiée (1<sup>ère</sup> partie). J'ai ensuite étudié la mise en place effective du réseau (2<sup>ème</sup> partie). Enfin, j'ai formulé les conditions permettant un fonctionnement pérenne et de qualité de ce dernier (3<sup>ème</sup> partie).

# 1 Un réseau gérontologique : pourquoi ?

Un réseau gérontologique a vocation à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées. L'Hôpital local de Sancerre souhaite qu'il en soit créé un dans le nord-est du département du Cher. Ce projet ambitieux répond e effet aux besoins de la population locale et présente de nombreux intérêts pour les divers intervenants du secteur gérontologique.

## 1.1 Le réseau gérontologique, une réponse adaptée pour une prise en charge de qualité

Les réseaux de santé gérontologiques, sous leur forme actuelle, sont de création récente. Ils disposent de nombreux atouts qui ont conduit à leur rapide multiplication.

### 1.1.1 Le développement des réseaux de santé gérontologiques

#### A) La genèse des réseaux de santé

La notion de réseau dans le domaine de la santé est relativement ancienne. En témoignent en effet le dispositif anti-tuberculeux mis en place pendant la Première Guerre Mondiale, ainsi que les réseaux sanitaires spécialisés créés quelques décennies plus tard par l'Etat dans le cadre de la lutte contre les fléaux sociaux<sup>13</sup>.

La conception contemporaine du réseau apparaît dans les années 1980 avec la découverte du virus du SIDA. Des réseaux se développent alors à l'initiative des professionnels de santé pour pallier les carences du système de soins, inadapté pour prendre en charge les patients atteints de cette maladie chronique évolutive.

A partir de 1991, les pouvoirs publics reconnaissent l'existence des réseaux ville-hôpital consacrés au SIDA<sup>14</sup> ou à d'autres prises en charge.

---

<sup>13</sup> VINAS J.-M, septembre 1998, «L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996 », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 24, pp. 13-14.

<sup>14</sup> MINISTERE DE LA SANTE. 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'infections à VIH.

La consécration législative des réseaux intervient avec deux ordonnances du 24 avril 1996. La première<sup>15</sup> institue les réseaux hospitaliers tandis que la seconde<sup>16</sup> permet le développement de réseaux expérimentaux. Dans les deux cas, il s'agit de dispositifs centrés autour du soin. Par la suite, diverses améliorations législatives sont apportées à ces réseaux de soins, notamment en ce qui concerne leur financement. Ainsi, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999<sup>17</sup> crée un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Celui-ci a pour objet d'octroyer des aides aux professionnels de santé libéraux afin d'améliorer la qualité des soins. Il peut donc servir à financer des réseaux de soins mais pas exclusivement. Il est géré paritairement par les Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002<sup>18</sup> met en place une Dotation nationale dédiée au développement des réseaux (DNDR), au sein de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cette dotation spécifique, dont le montant est constitué de parts prélevées sur chacune des enveloppes de l'ONDAM, est répartie entre les différentes régions. Les financements sont ensuite alloués aux réseaux conjointement par le directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) et par le directeur de l'URCAM.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, abrogeant les dispositions antérieures du Code de la santé publique, crée les réseaux de santé et en donne une définition unique<sup>19</sup> : « 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 procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations ». Divers textes d'application sont adoptés la même année<sup>20</sup>.

---

<sup>15</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel, n° 98 du 25 avril 1996, .6311.

<sup>16</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

<sup>17</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999. Journal Officiel, n° 300 du 27 décembre 1998, 19646-19663.

<sup>18</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité sociale pour 2002. Journal Officiel, n° 299 du 26 décembre 2001, 20552-20574.

<sup>19</sup> Codifié dans le Code de la santé publique à l'article L6231-1.

<sup>20</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel, n° 252 du 27 octobre 2002, 17849-17850.

Une importante réforme du système de financement des réseaux de santé est mise en œuvre en 2007, suite à un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Ce dernier dénonce les dysfonctionnements des dispositifs du FAQSV et de la DNDR et préconise leur fusion. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007 crée ainsi le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui remplace les deux fonds précités. Le décret d'application du 15 mai 2007<sup>21</sup> prévoit son entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2007. La gestion du FIQCS est confiée à l'échelon national au Comité national de gestion regroupant la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, et au bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination. A l'échelon régional, la gestion est assurée par les Missions régionales de santé (MRS) et par le bureau du Conseil régional de la qualité et de la coordination des soins. Pour 2007, le montant maximal des dépenses du FIQCS est fixé à 195 millions d'euros<sup>22</sup>.

#### B) Le réseau gérontologique, héritier d'une longue tradition de coordination

Les réseaux de santé gérontologiques ont connu un fort développement ces dernières années. L'idée de coordination dans ce domaine n'est en effet pas nouvelle. Ainsi, le rapport Laroque<sup>23</sup> pose dès 1962 le principe de la coordination des actions en direction des personnes âgées. La coordination gérontologique fait l'objet par la suite de plusieurs textes d'application dans les années 1970 et 1980 (dont la création en 1982 de 500 postes de coordonnateurs financés par l'Etat). Les premiers réseaux gérontologiques

---

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. 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. Journal Officiel, n° 294 du 18 décembre 2002, 20923.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin officiel, n° 2003-03. (modifiée par la circulaire n° DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Bulletin Officiel, n° 2007-4 du 15 mai 2007)

<sup>21</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal Officiel, n° 113 du 16 mai 2007, 9369.

<sup>22</sup> Au 1<sup>er</sup> juillet 2007, une partie des crédits non consommés au titre de la DNDR ou du FAQSV doit être transférée au FIQCS. Pour rappel, le montant du FAQSV s'élevait à 115,6 millions d'euros en 2006. Le montant de la DNDR s'élevait quant à lui à 152 millions d'euros.

<sup>23</sup> LAROQUE P., 1962, Politique de la vieillesse, Paris : la Documentation française, 438 p.

apparaissent à partir de 1993<sup>24</sup>. La réforme de la tarification des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 1999 incite ces derniers à s'inscrire dans un réseau.

Plus récemment, le plan gouvernemental Solidarités-Grand Âge 2007-2012 rappelle la nécessité d'une prise en charge coordonnée et demande la poursuite du développement des réseaux. En 2007, plusieurs circulaires traitant des réseaux gérontologiques voient le jour. La première<sup>25</sup> insiste sur l'importance du partenariat des filières gériatriques avec les structures de coordination (réseau de santé ou Centre local d'information et de coordination à caractère gérontologique – CLIC<sup>26</sup>). La seconde<sup>27</sup> a pour objet la diffusion des référentiels d'organisation nationaux des réseaux gérontologiques.

Le rapport de l'IGAS précédemment évoqué ainsi qu'un rapport de la Cour des comptes de 2005 relatif à la prise en charge des personnes âgées dépendantes font un rapide bilan des réseaux gérontologiques. Ils pointent divers problèmes (faible nombre de patients inclus, absence d'actions de formation et de référentiels de prise en charge dans beaucoup de réseaux, faible nombre de médecins impliqués, évaluation peu détaillée et non systématique, etc.).

Mais ces deux rapports rappellent que les réseaux présentent un fort potentiel pour l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées, sous réserve de remédier à ces dysfonctionnements.

### **1.1.2 Les atouts d'un réseau gérontologique**

#### **A) L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées**

Un réseau gérontologique assure une prise en charge globale qui peut comprendre des actions d'éducation à la santé, des actions de prévention, des diagnostics, des soins et un accompagnement social et/ou médico-social.

---

<sup>24</sup> Circulaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse n° 36/93 du 6 avril 1993.

<sup>25</sup> Circulaire du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques, précédemment citée.

<sup>26</sup> Apparus en 2000 au stade expérimental puis consacrés par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les CLIC sont des services de proximité gratuits qui s'adressent aux personnes âgées de 60 ans et plus, à leur entourage et aux professionnels.

Il permet d'assurer une prise en charge coordonnée et continue de la personne âgée considérée dans son environnement. Les différents aspects de la situation de la personne sont pris en compte : médical, psychologique, social, familial et financier, afin d'apporter une réponse personnalisée. L'articulation entre le champ sanitaire et le secteur social permet d'appréhender l'individu dans sa globalité.

Les acteurs du réseau cherchent à maintenir la personne âgée le plus longtemps possible à domicile, dans des conditions sanitaires et sociales optimales. Ils apportent une réponse graduée en fonction des besoins de la personne. Les ruptures de prise en charge doivent être évitées ; de même que les hospitalisations inutiles, susceptibles d'entraîner une décompensation et à terme une dépendance difficilement réversible.

Le réseau facilite l'accès à des soins adaptés. Ainsi, le médecin généraliste qui suspecte un cas de démence sénile chez son patient, peut l'orienter vers le professionnel de santé compétent pour réaliser tous les tests nécessaires au diagnostic et prescrire le traitement approprié.

#### B) L'amélioration des pratiques professionnelles et des relations entre les intervenants

La coordination et l'interdisciplinarité permettent aussi de décroiser et de faire circuler l'information entre les membres du réseau. Ces derniers apprennent à connaître les différents acteurs de la filière gériatrique. Des relations de confiance et d'estime réciproque se nouent, améliorant ainsi les conditions d'exercice de tous.

En outre, les divers échanges ainsi que les actions de formation organisées sont des vecteurs d'amélioration des connaissances et des pratiques professionnelles.

#### C) La maîtrise des dépenses de santé

Un réseau gérontologique présente également un intérêt d'ordre économique. En effet, la prise en charge globale et coordonnée des usagers doit permettre de maîtriser, voire de diminuer les dépenses de santé ambulatoires et hospitalières. Ainsi, le nombre d'actes, d'exams et de prescriptions inutiles ou redondants est réduit. Les traitements les moins onéreux et à efficacité équivalente sont privilégiés (médicaments génériques par exemple). Le nombre de journées d'hospitalisation est réduit, notamment grâce à la

---

<sup>27</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE. Circulaire n° DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». Bulletin Officiel, n° 2007-6 du 15 juillet 2007.

prise en charge en amont (prévention, traitement adapté) et en aval (suivi à la sortie de l'hôpital).

Le montant de ces économies devrait au moins couvrir les coûts de structure et de fonctionnement du réseau ; dans l'idéal il devrait même être supérieur.

L'efficacité économique du réseau est soumise à évaluation et conditionne la pérennité de la structure.

Cependant, l'objectif premier d'un réseau gérontologique reste l'amélioration de la qualité de la prise en charge et non pas la réalisation d'économies. Le projet de réseau gérontologique dans le nord-est du département du Cher en est une illustration.

## **1.2 La présentation du projet de réseau gérontologique dans le Cher nord-est**

Le Directeur de l'Hôpital local de Sancerre est l'initiateur de ce réseau. Il en a dessiné les contours principaux (aire géographique, acteurs potentiels, etc.).

### **1.2.1 Les principales caractéristiques du réseau**

#### **A) Le choix du secteur géographique**

Le périmètre géographique retenu<sup>28</sup> dans le projet correspond aux cantons de Sancerre, de Léré, de Vailly-sur-Sauldre et à six communes situées au nord du canton de Sancerres (Sancerres, Groises, Lugny-Champagne, Saint-Martin-des-Champs, La-Chapelle-Montlinard et Herry), ce qui représente au total 45 communes.

Plusieurs éléments ont été déterminants dans le choix de ces cantons qui présentent un certain nombre de points communs.

Tout d'abord, ils se situent tous dans le nord-est du département du Cher. Le canton de Vailly-sur-Sauldre est voisin du Loiret (autre département de la région Centre). Les cantons de Sancerre et de Sancerres jouxtent le département de la Nièvre

---

<sup>28</sup> Cf. annexe 1

(dépendant de la région voisine, la Bourgogne). Le canton de Léré a la particularité d'être limitrophe à la fois du Loiret et de la Nièvre.

Ensuite, ces cantons sont tous très ruraux et à faible densité de population. Ils ne comportent aucune commune de taille importante (les deux plus peuplées sont Sancerre et Saint-Satur qui rassemblent chacune 2 000 habitants environ). Les plus grandes villes à proximité sont Cosne-Cours-sur-Loire (11 000 habitants environ) dans la Nièvre et Gien (15 000 habitants environ) dans le Loiret. La ville de Bourges, chef-lieu du département, est située à une quarantaine de kilomètres de Sancerre.

La population de ce territoire est très âgée. Selon les chiffres du recensement de 1999<sup>29</sup>, 31,7 % des habitants ont plus de 60 ans (soit 6748 personnes), ce qui est nettement supérieur aux taux du département (26 %), de la région (23,3 %) et de la France métropolitaine (20,3 %)<sup>30</sup>. La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans est également très forte (12,1 %, soit 2577 personnes), au-dessus des taux départementaux (9,8 %), régionaux (8,8 %) et nationaux (7,7 %)<sup>31</sup>. Il est possible d'avancer plusieurs explications à ce phénomène. L'insuffisance d'emplois dans le secteur et l'absence d'une grande agglomération proche et attractive entraînent un exode rural important des jeunes. Le vieillissement est d'ailleurs moindre dans le canton de Léré en raison de la présence de la centrale nucléaire de Belleville et de la proximité de Cosne-Cours-sur-Loire. Celui de Sancerre est également moins touché grâce à la viticulture. Par ailleurs, du fait de la relative proximité de Paris par l'autoroute, de nombreux habitants de la région parisienne possédant des résidences secondaires dans le Sancerrois, viennent s'y établir à leur retraite.

En outre, pour des raisons pratiques, le périmètre du réseau est calqué sur les secteurs d'intervention du Service de soins infirmiers (SSIAD) de l'Hôpital local de Sancerre (cantons de Sancerre, Léré et les six communes du canton de Sancergues) et du SSIAD de Léré-Vailly<sup>32</sup>, c'est-à-dire sur le territoire géographique de la coordination gérontologique locale<sup>33</sup>.

---

<sup>29</sup> Cf. annexe 2

<sup>30</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, selon l'INSEE (Institut national de la statistique et des études économiques), la part des personnes âgées de plus de 60 ans en France métropolitaine s'élève à 20,9 %.

<sup>31</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'INSEE estime que la part des personnes âgées de plus de 75 ans s'élève à 8,1 %.

<sup>32</sup> Le SSIAD de Léré-Vailly est géré par l'Association d'aide à domicile en milieu rural (ADMR)

<sup>33</sup> Les coordinations gérontologiques, souhaitées par le Schéma départemental en faveur des personnes âgées, sont un outil de proximité et de rencontres des partenaires où sont étudiées des situations individuelles complexes.

Enfin, les différents professionnels de ces cantons se connaissent et certains travaillent régulièrement ensemble, ce qui est important dans l'optique d'un travail en réseau.

## B) Les acteurs pressentis

Selon l'article L.6321-1 alinéa 2 du Code de la Santé publique, les réseaux de santé «sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, 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 ».

La composition envisagée dans le projet de réseau respecte cette disposition. L'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social du territoire sont invités à collaborer.

Les premiers acteurs pressentis sont ceux qui participent régulièrement à la réunion mensuelle de la coordination gérontologique, à savoir :

- le Foyer-logement privé « Le Valleroy » de Vailly-sur-Sauldre (60 places),
- l'EHPAD privé «La résidence Saint-Pierre » de Saint-Satur (42 places pour personnes âgées malvoyantes),
- les associations d'aide à domicile locales que sont « l'Association d'aide à domicile en milieu rural » (ADMR) ; « l'Association d'aide à domicile aux personnes âgées du Cher » (ADPAAC) et « Aide et présence »
- le SSIAD de Léré-Vailly,
- des assistantes sociales de l'équipe médico-sociale APA du Conseil général, de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et de la Caisse de la Mutualité sociale agricole (MSA)
- et l'Hôpital local de Sancerre.

Les autres acteurs indispensables au réseau sont les médecins généralistes libéraux, les professionnels de santé paramédicaux libéraux, tels que les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens, ainsi que les représentants d'usagers.

Enfin, il ne faut pas oublier l'existence de quelques partenaires essentiels qui seront amenés à jouer un rôle actif dans le fonctionnement du réseau, tels que l'ARH du

Centre, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociale (DDASS) du Cher et les collectivités locales (département et communes notamment). La MSA, caisse pivot de l'Hôpital local de Sancerre, possède une cellule d'accompagnement des réseaux gérontologiques et est donc susceptible d'apporter un appui technique important. Forte de son expérience dans le domaine, elle « s'est fixé pour objectif d'aider à la création d'une vingtaine de réseaux gérontologiques par an d'ici à 2010 »<sup>34</sup>.

Il faut préciser que ces différents partenaires ne figurant pas dans la liste limitative inscrite dans le Code de la Santé publique, n'auront pas la qualité de membres du réseau ; cependant ils seront associés au fonctionnement de celui-ci.

L'hôpital local de Sancerre, promoteur du réseau, va quant à lui être amené à jouer un rôle primordial aussi bien dans la mise en place que dans le fonctionnement du réseau.

### **1.2.2 Un projet porté par la Direction de l'Hôpital local de Sancerre**

#### **A) La description de la structure**

L'hôpital local de Sancerre est un établissement public de santé à vocation gérontologique. Sa capacité d'accueil est de 288 lits et places répartis sur trois sites.

Il comporte trois maisons de retraite : la première à Sancerre (86 lits), la deuxième à Sury-en-Vaux à sept kilomètres (40 lits dont 2 d'hébergement temporaire + 6 places d'accueil de jour) et la troisième à Boulleret à quinze kilomètres (51 lits).

La partie sanitaire, située sur le site de Sancerre comprend 30 lits de soins de suite polyvalents à orientation gériatrique et une unité de soins de longue durée de 50 lits dont 15 d'unité psycho-gériatrique. L'établissement est aussi le support d'un SSIAD de 27 places.

L'Hôpital local de Sancerre constitue un point d'ancrage fort à l'est du département. Il assure des missions d'hébergement et de soins en direction de la population âgée locale.

---

<sup>34</sup> NOLFO N., avril 2007, « Une organisation qui a fait ses preuves », *Bulletin d'information de la Mutualité sociale agricole*, n° 73, pp. 22-23.

Le volet médical du projet d'établissement 2007-2012 est articulé autour de trois grands axes et a pour ambition de proposer une offre diversifiée et graduée de soins gériatriques.

Le premier axe concerne la gériatrie avec notamment l'objectif d'une filière Alzheimer presque complète. Celle-ci doit permettre de prendre en charge toutes les étapes de la maladie d'Alzheimer. La création prochaine d'une consultation gériatrique médico-psycho-sociale de proximité (selon les termes du Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2011) assurée par le praticien hospitalier gériatre permettra de dépister les personnes malades. Le SSIAD, l'accueil de jour ainsi que l'hébergement temporaire concourent au suivi à domicile des patients et au soutien des aidants. En outre, l'établissement proposera à terme un hébergement gradué avec quatre niveaux de prise en charge, à savoir l'hébergement en maison de retraite, l'hébergement avec prise en charge en accueil de jour, l'unité Alzheimer médico-sociale (ouvertures en 2008 à Sury-en-Vaux et en 2009 à Boulleret) pour les patients présentant des troubles du comportement modérés et/ou pouvant fuguer et enfin, l'unité psycho-gériatrique pour les patients présentant des troubles du comportement sévères et/ou fréquents.

Le second axe a pour objet les soins palliatifs. En effet, l'accueil de patients en fin de vie représente déjà environ 30 % de l'activité du service de soins de suite. Il apparaît donc opportun de dédier cinq lits identifiés en soins palliatifs.

Le dernier axe est relatif à l'ouverture sur l'extérieur. L'Hôpital local se veut un pôle de service public coordonné à la médecine libérale, comme le montrent l'installation de la Maison médicale de garde<sup>35</sup> au sein de la structure et l'existence de formations internes ouvertes aux professionnels de santé et aux services d'aide à domicile du secteur.

Afin d'atteindre ces objectifs, l'Hôpital local de Sancerre a parallèlement mis en oeuvre un projet architectural important, qui prévoit d'une part des travaux d'extension et de restructuration des deux sites annexes, et d'autre part la construction d'un hôpital neuf à Sancerre. Tout d'abord, le site de Sury-en-Vaux verra sa capacité augmenter de 25 lits, avec la création d'une unité Alzheimer de 15 lits dont 3 d'hébergement temporaire (ouverture prévue fin 2008). Ensuite, le site de Boulleret sera agrandi et restructuré, avec la création d'une unité Alzheimer de 15 lits dont 3 d'hébergement temporaire, ainsi que d'un accueil de jour de 6 places (ouverture prévue fin 2009). Enfin, sur Sancerre, l'hôpital sera désaffecté et reconstruit sur un nouveau site, à l'horizon 2010-2012 (avec 14 lits d'USLD supplémentaires).

---

<sup>35</sup> La gestion de la Maison médicale de garde est confiée aux médecins généralistes par l'intermédiaire de « l'Association pour la permanence des soins dans le Cher nord » (regroupant les généralistes volontaires des cantons de Sancerre, Vailly-sur-Sauldre, Léré et Sancergues).

A terme, l'Hôpital local de Sancerre aura une capacité totale de 349 lits et places.

La signature de la convention tripartite<sup>36</sup> doit intervenir d'ici la fin 2007, transformant ainsi les maisons de retraite en EHPAD.

## B) Le rôle pivot de l'établissement

L'Hôpital local de Sancerre est un acteur légitime du travail en réseau. En effet, il est un premier niveau de prise en charge sanitaire et sociale et il a pour mission de répondre aux besoins de la population locale. De plus, il propose une offre diversifiée de prestations.

Cependant il est un acteur un peu particulier puisqu'il est le promoteur du projet de réseau. Plusieurs arguments justifient cette place.

Tout d'abord, il constitue un espace de coordination entre la médecine libérale et la médecine hospitalière ; « il met en contact les intervenants médicaux, paramédicaux et sociaux<sup>37</sup> ».

Ensuite, il dispose de moyens humains et logistiques qui peuvent être très utiles pour la mise en place d'un réseau.

Ainsi, il emploie un praticien hospitalier gériatre à temps plein et deux praticiens attachés (dont l'un est titulaire de la capacité de gériatrie) à temps partiel. Le premier est un ancien médecin généraliste du secteur, tandis que les deux autres exercent encore en libéral. Ils connaissent donc bien leurs confrères et ils comprennent tout à fait la problématique de l'exercice libéral. Ils peuvent faire partager leur expertise gériatrique dans le cadre du réseau. Le praticien hospitalier possède en outre une expérience en matière de travail en réseau puisqu'il est à l'origine de la Coordination départementale des établissements gériatriques (CDEG) qui est un réseau inter-établissements permettant à ses membres de bénéficier d'un dossier d'admission informatisé unique<sup>38</sup>.

Les postes accordés par les financeurs des réseaux sont souvent des quotités de postes, ce qui entraîne de sérieuses difficultés pour le recrutement. La mutualisation de

---

<sup>36</sup> La convention tripartite est signée entre l'établissement, le conseil général et l'Etat.

<sup>37</sup> MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. Bulletin Officiel, n° 2003-26.

<sup>38</sup> Ce réseau réunissait en 2006, 18 établissements correspondant à 2818 lits.

certaines d'entre eux avec l'hôpital local permettrait d'arriver à des temps plein, a priori plus faciles à pourvoir.

L'Hôpital local peut par ailleurs mettre des locaux à disposition pour l'organisation des réunions du réseau ou encore pour les actions de formation.

Enfin, l'établissement dispose d'une visibilité certaine dans le paysage institutionnel sanitaire et social. Il est en relation avec les différents financeurs, ce qui peut s'avérer fort utile.

Ce projet de réseau gérontologique présente également des intérêts pour l'Hôpital local de Sancerre, défendus par son Directeur.

### C) Le Directeur, un acteur incontournable

Le Directeur, initiateur du projet, est un acteur primordial dans la mise en œuvre du réseau à plusieurs niveaux. Il possède en effet des compétences en matière administrative, financière et juridique, indispensables pour monter le dossier de financement. Il entretient des relations avec ses financeurs (l'ARH, le Conseil général, la DDASS), qui sont aussi des partenaires du réseau. De plus, afin de légitimer le projet de réseau, le Directeur l'a fait inscrire au sein du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>39</sup> 2007-2010, signé avec l'ARH.

Cependant, si le Directeur peut initier la démarche de travail en réseau, il ne peut évidemment pas décréter seul sa mise en place. Son rôle est de convaincre les différents acteurs de l'intérêt d'un réseau non seulement pour la population mais également pour eux. Il lui appartient donc de susciter leur adhésion au projet, afin que celui-ci se concrétise. Puis, il doit accompagner chaque étape de la mise en place effective du réseau et aider à surmonter les éventuelles difficultés rencontrées.

## **1.3 Les enjeux du réseau gérontologique envisagé**

Le projet de réseau a vocation à répondre aux attentes des divers acteurs et partenaires ; ce qui va sans conteste faciliter son acceptation et sa mise en œuvre.

Néanmoins, il existe quelques points délicats dont il va falloir tenir compte afin d'éviter tout blocage du processus.

### 1.3.1 Des attentes multiples

#### A) La position des autorités de tutelle

Les personnes âgées sont une préoccupation à la fois régionale et départementale. L'augmentation importante de leur nombre a conduit l'ARH du Centre et le Conseil général du Cher à se saisir de cette problématique au travers, respectivement, du volet personnes âgées du Schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération 2006-2011 (SROS 3) et du Schéma gérontologique du Cher. Ces deux outils de planification visent à améliorer la qualité de vie et la prise en charge des personnes âgées. Tous deux reconnaissent l'importance du travail en réseau entre les différents intervenants.

Le SROS 3 encourage la création de réseaux de santé qu'il considère comme « des outils privilégiés » pour rapprocher le secteur sanitaire, d'une part du champ ambulatoire et d'autre part du secteur médico-social. En ce qui concerne la gériatrie, il affirme que « l'articulation de la prise en charge hospitalière avec les soins de ville et les dispositifs sociaux et médico-sociaux doit être améliorée grâce aux concours de tous les partenaires concernés ». Le projet d'un réseau gérontologique à partir de l'Hôpital local de Sancerre correspond donc a priori aux orientations retenues par le SROS 3.

Le Schéma départemental gérontologique fixe comme deuxième orientation la coordination et la diversification des actions destinées à « mieux accompagner les personnes âgées et leur permettre de choisir leur mode de vie ». Pour ce faire, il propose notamment de développer les coordinations gérontologiques (déjà au nombre de quinze) et les deux CLIC de niveau 2 et de les articuler au secteur sanitaire par le biais des réseaux de santé. Le projet de réseau porté par l'Hôpital local de Sancerre, à partir de la coordination gérontologique locale, est donc conforme à cette logique.

#### B) La réponse à des besoins sanitaires et sociaux

---

<sup>39</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel, n° 255 du 3 novembre 2006, 16274.

Le projet de réseau se justifie au regard de la proportion relativement élevée de personnes âgées sur les quatre cantons concernés. Le nombre d'institutions sanitaires et sociales est faible (un foyer-logement et un EHPAD privés). L'Hôpital local de Sancerre est le seul établissement public de santé du secteur. Les professionnels médicaux et paramédicaux sont surchargés de travail car en nombre insuffisant<sup>40</sup>. Il apparaît donc opportun que chacun conjugue ses efforts, afin de travailler de manière coordonnée et efficace pour une prise en charge de qualité.

### C) Les attentes des différents acteurs

Les participants au réseau gérontologique ont tous des intérêts communs, comme l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées, le partage d'une même culture gériatrique. En outre, le réseau permet à chacun de s'ouvrir vers l'extérieur, c'est-à-dire de découvrir le travail des autres et de voir son propre travail reconnu, et donc de s'enrichir réciproquement.

Cependant, chacun peut trouver dans le travail en réseau des intérêts personnels. Il convient donc de décrire brièvement, et de façon non exhaustive, ce que ce réseau peut apporter aux différents partenaires.

Les médecins généralistes, dont l'activité est prenante peuvent faire inclure dans le réseau des patients qu'ils n'ont pas le temps d'examiner de manière approfondie pendant une consultation ordinaire (par exemple, les batteries de tests pour établir un diagnostic de démence sénile). Les professionnels de santé libéraux (paramédicaux et médicaux), les services d'aide à domicile, les SSIAD ou encore les diverses assistantes sociales du secteur peuvent évoquer des cas qui leur posent problème afin qu'une solution soit trouvée (par exemple, une présomption de maltraitance). Par ailleurs, « l'implication dans un réseau peut offrir à certains, sinon une deuxième carrière, du moins une diversification d'activité salutaire au regard du risque de routine ou de banalisation ressenti par de nombreux professionnels de santé »<sup>41</sup>.

---

<sup>40</sup> Selon l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, en 2004, la densité moyenne des médecins généralistes est de 136 pour 100 000 habitants en région Centre contre 165 pour 100 000 habitants pour la France métropolitaine ; ce qui classe le Centre au dernier rang des régions. Les infirmiers et les kinésithérapeutes libéraux sont aussi en sous-effectif.

<sup>41</sup> SCHWEYER F.-X et al., Créer et piloter un réseau de santé. Déjà cité.

Le réseau permet aussi aux institutions sanitaires et sociales de découvrir ce qui se passe en amont (par exemple connaître le parcours de vie) et en aval (par exemple en cas d'hospitalisation) de l'entrée du résident.

Les représentants des usagers se sentent quant à eux reconnus car informés et écoutés par les divers intervenants du champ gérontologique.

Le réseau est une opportunité pour la MSA de valoriser son action auprès des personnes âgées ; elle peut également espérer à terme réaliser des économies sur les remboursements des dépenses de soins de ses assurés.

En ce qui concerne les communes, le réseau favorise le maintien à domicile de leurs administrés ; en outre, en cas de problème avec l'un d'entre eux, les maires peuvent l'adresser au réseau (par exemple une personne vivant seule et souffrant de graves troubles de la mémoire).

Enfin, l'Hôpital local de Sancerre en tant que promoteur du réseau, en retire certains bénéfices. « Le réseau est un moyen pour le directeur d'insérer la structure dans son environnement et de dépasser ainsi ses limites »<sup>42</sup>. Il permet également un renforcement des liens avec les médecins libéraux qui interviennent auprès des résidents. Le partage d'une même vision de la personne âgée est censé conduire à une harmonisation des pratiques professionnelles. Ce point est crucial pour l'hôpital qui, avec la prochaine signature de la convention tripartite, va être doté d'un forfait soins global (puisqu'il dispose d'une pharmacie à usage intérieur). Ce forfait doit couvrir toutes les dépenses médicales annuelles des résidents (consultations des généralistes, médicaments, petit matériel médical, etc.), ce qui implique une maîtrise de la consommation de soins et donc une responsabilisation des différents acteurs concernés. Par ailleurs, l'établissement est un peu isolé, non seulement géographiquement, mais aussi en raison de sa position d'unique hôpital local du département, depuis la transformation de celui de Châteaumeillant en EHPAD. Le fait d'être promoteur d'un réseau gérontologique est une opportunité pour se faire reconnaître par l'ARH.

---

<sup>42</sup> BERNARD S., 1998, *Réseau : du concept à la réalité*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, 58 p.

### 1.3.2 L'existence de points de vigilance

- A) Un contexte particulier : l'échec des deux précédentes tentatives de création d'un réseau

L'idée de créer un réseau gérontologique dans le Cher nord-est n'est pas neuve. En effet, par le passé, il y a eu deux tentatives qui se sont soldées par des échecs. Il apparaît nécessaire d'analyser ces expériences, afin d'éviter de commettre les mêmes erreurs.

La première tentative a été initiée en 1994 par un médecin généraliste du canton de Vailly-sur-Saoudre, sensibilisé à la problématique de la gériatrie. Il s'agissait d'un projet de réseau inspiré du modèle prôné par la Caisse nationale d'assurance vieillesse, à partir de l'Hôpital local de Sancerre et des médecins généralistes de proximité. Plusieurs réunions ont eu lieu pour présenter le projet de réseau, baptisé REGENERE (REseau GERontologique pour une NEcessaire REgulation). Le projet, qu'il détaille dans son mémoire pour la capacité de gériatrie<sup>43</sup>, a finalement avorté

Le projet a été réactivé en 1999 par le même médecin devenu gériatre. Malgré tous ses efforts (des réunions de présentation relayées par la presse locale), cette seconde tentative s'est également soldée par un échec.

Ces insuccès sont vraisemblablement liés à des conflits de personnes et à des problèmes de communication. Lors d'un entretien, le porteur du projet m'a raconté qu'il a été confronté à des luttes de pouvoir. Plusieurs acteurs, craignant d'être dépossédés de leur sphère de compétences, se sont opposés au projet, ouvertement ou non (inertie). Cette résistance au changement s'explique peut-être aussi par le fait que le promoteur est arrivé avec un projet déjà ficelé que les professionnels n'avaient plus qu'à ratifier. Il a tenté de le présenter de façon détaillée mais en vain. Les partenaires l'ont rejeté.

Après mûre réflexion, il a été décidé de relancer le projet de réseau gérontologique en 2007. Le temps a passé et les mentalités ont évolué. Depuis, les réseaux de santé ont en effet été consacrés par le législateur et ils ont fait leurs preuves. Le changement de Directeur à la tête de l'Hôpital local de Sancerre en 2004 rend possible une nouvelle tentative. Afin d'éviter toute polémique, c'est lui, et non plus le médecin (devenu entre-temps praticien hospitalier gériatre dans l'établissement), qui porte le projet. L'ancien promoteur prend évidemment une part active dans le projet, mais au second plan. Le

---

<sup>43</sup> BREARD V., 1995, *REGENERE (REseau GERontologique pour une NEcessaire REgulation) ou mise en place d'un réseau gérontologique en milieu rural à partir de l'hôpital local et des médecins généralistes de proximité*, Mémoire pour la capacité de gériatrie : Université de Nantes, 58 p.

Directeur va relancer l'idée d'un réseau et en montrer les avantages. Il appartiendra ensuite à l'ensemble des acteurs de construire le projet et de le faire aboutir. Le Directeur accompagnera chaque étape de cette démarche. Celle-ci devrait permettre, en théorie, de respecter les différentes logiques professionnelles en présence et ainsi d'instaurer un climat de confiance.

#### B) La mutation de la coordination gérontologique existante en un réseau formalisé

Il existe déjà une coordination gérontologique sur le secteur depuis le milieu des années 1990. Elle réunit une partie des acteurs potentiels du futur réseau gérontologique (SSIAD, Hôpital local, institutions sanitaires et sociales, assistantes sociales, associations d'aide à domicile, médecins généralistes). Les participants se réunissent une fois par mois pour discuter de situations individuelles compliquées et pour évoquer des suspicions de maltraitance.

Au travers de cette expérience, les professionnels ont appris à se connaître et à travailler ensemble. Ils devraient donc être favorables à la création d'un réseau.

Néanmoins, le passage d'une coordination gérontologique à un réseau n'est pas aisé. D'importantes adaptations sont à prévoir. La coordination fonctionne en effet de façon relativement informelle, contrairement au réseau. Ainsi, les réunions ne font pas l'objet d'un compte-rendu systématique, validé à la séance suivante. Il n'y a pas non plus à chaque fois une feuille de présence à émarger. Le respect des droits fondamentaux des usagers n'est pas assuré. En effet, il n'y a aucune règle de confidentialité édictée (hormis le secret professionnel auquel sont liés certains acteurs) et, ni les personnes âgées ni leur médecin traitant ne sont prévenus que leur situation personnelle va être évoquée. En outre, aucun représentant des usagers n'est convié aux réunions. Enfin, les médecins généralistes (sauf un) ne participent jamais à ces réunions.

Afin que son projet de réseau gérontologique aboutisse, le Directeur de l'Hôpital local de Sancerre doit tout d'abord susciter l'adhésion de ses différents partenaires (membres de la coordination gérontologiques et autres) en leur démontrant l'intérêt présenté par un réseau formalisé. Puis il doit accompagner l'ensemble du processus de création.

## **2 La mise en place effective du réseau**

La mise en œuvre du réseau implique que les acteurs s'approprient le projet. La création d'un comité de pilotage multidisciplinaire est un moyen d'y parvenir. Cette instance travaillera sur les différents aspects du réseau. Elle traitera aussi bien de sujets techniques comme la détermination du régime juridique, que de points plus pratiques comme la définition des modalités de fonctionnement du réseau.

### **2.1 La constitution d'un comité de pilotage**

Initiateur du réseau, le Directeur est chargé d'en faire la promotion auprès des intervenants concernés et de constituer le comité de pilotage pluriprofessionnel pluridisciplinaire.

#### **2.1.1 Un comité institué à l'initiative du Directeur**

##### **A) La mise en place d'une stratégie de communication et d'information**

Le Directeur doit convaincre les partenaires pressentis de la pertinence du projet de réseau. Il s'agit d'une tâche difficile car ces acteurs viennent d'horizons divers. Pour parvenir à les motiver, le Directeur doit élaborer une véritable stratégie de communication. C'est une étape fondamentale puisque sans partenaires, le projet ne peut pas aboutir.

Le Directeur, assisté de son équipe, a communiqué de manière différente selon les acteurs.

Il s'est tout d'abord exprimé auprès des membres de la coordination gérontologique locale au cours de réunions mensuelles dès 2006.

Deux réunions d'information<sup>44</sup> à destination des maires et des professionnels paramédicaux libéraux (pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes) ont eu lieu respectivement les 4 avril et 22 mai 2007. Le choix a été fait de s'adresser aux maires (au nombre de 45), plutôt qu'au député ou aux conseillers généraux afin d'éviter toute récupération politique du projet de réseau.

En ce qui concerne les médecins généralistes, il a laissé au gériatre le soin d'expliquer le projet lors d'une réunion de l'Association pour la permanence des soins dans le Cher nord. Il connaît en effet l'ensemble de ses confrères et en tant qu'ancien libéral, il comprend leur problématique.

Le projet a été présenté à la MSA au cours d'une réunion de la Commission médicale d'établissement (CME), instance à laquelle siège un de ses médecins-conseil.

Au cours d'une réunion de négociation de la convention tripartite du 2 avril 2007, le Directeur et son équipe ont évoqué la création du réseau auprès du responsable du Service des solidarités et de la cohésion sociale du conseil général et auprès des inspecteurs de la DDASS, chargés du secteur des personnes âgées. Il a fait de même le 12 février 2007 lors d'une réunion de négociation du CPOM auprès de personnels de l'ARH et de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Le réseau gérontologique figure ainsi dans le contrat en tant qu'objectif à réaliser.

Enfin, des courriers ont été envoyés aux associations de représentants des usagers « Alzheimer 18 », « Famille de France » et « Alma 18 », à la Caisse régionale d'assurance maladie ainsi qu'aux diverses autorités de tutelle précitées afin de les prévenir officiellement.

Ces diverses actions de communication ont toutes eu pour objet de présenter le projet de réseau. Le Directeur a expliqué ce qu'est un réseau de santé gérontologique puis il a exposé les améliorations qu'un tel dispositif apporte non seulement sur la prise en charge des personnes âgées, mais aussi sur les conditions de travail (ouverture sur l'extérieur, échanges de savoirs...). Il a aussi évoqué les intérêts individuels que chaque acteur peut en retirer.

Ensuite, le Directeur a expliqué l'importance de constituer un comité de pilotage, chargé d'élaborer puis de mettre en œuvre le réseau. Ce comité étant pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, il a été demandé à chaque catégorie d'acteurs de désigner un représentant.

## B) La réaction des acteurs concernés

La quasi-totalité des acteurs se sont déclarés favorables à la mise en place du réseau gérontologique. Ils ont désigné des représentants pour composer le comité de pilotage. Ils ont aussi entériné l'aire géographique proposée, à savoir les cantons de Léré, Vailly-sur-Sauldre, Sancerre et le nord du canton de Sancergues.

---

<sup>44</sup> Cf. annexe 3.

Certains membres de la coordination g erontologique ont été difficiles à convaincre car ils avaient en mémoire les tentatives malheureuses de 1994 et 1999. Les autres membres ont été enthousiastes dès le début. Il est significatif de constater que tous demandent maintenant à chaque réunion l'état d'avancée du projet de réseau. Le praticien hospitalier gériatre et la cadre de santé responsable du SSIAD de l'Hôpital local de Sancerre, ainsi que des représentants des associations d'aides à domicile ADPAAC et ADMR ont été désignés pour siéger au sein du comité de pilotage. Le représentant des établissements médico-sociaux privés sera vraisemblablement le responsable du foyer-logement de Vailly-sur-Sauldre.

Une vingtaine de maires se sont déplacés pour assister à la réunion d'information organisée. Ils ont émis un avis favorable à la mise en place du réseau. Ils ont souhaité que quatre élus locaux, soit un par canton, intègrent le comité de pilotage et non pas deux comme il avait été proposé.

La seconde réunion d'information destinée aux professionnels paramédicaux libéraux a rencontré un peu moins de succès. Aucun kinésithérapeute n'est venu. Un seul infirmier s'est déplacé. Les pharmaciens sont quant à eux venus nombreux et se sont montrés très intéressés par le réseau. Deux d'entre eux ont même demandé à siéger dans le comité de pilotage (au lieu de un normalement). Cet intérêt est lié au fait, d'une part qu'ils ont une importante clientèle âgée avec laquelle ils entretiennent des relations de confiance, et d'autre part qu'ils se sentent un peu isolés. Ils ont envie de travailler avec d'autres professionnels. L'infirmier présent était d'accord sur le principe du réseau mais n'a pas souhaité intégrer le comité en raison de nombreux engagements professionnels. Néanmoins il a accepté de parler de cette initiative à ses confrères. A ce jour, aucun ne s'est encore déclaré intéressé pour y siéger. Deux kinésithérapeutes se sont ultérieurement présentés pour entrer dans le comité (au lieu de un normalement).

Les médecins généralistes sont favorables au réseau et ils ont désigné l'un des leurs pour les représenter dans le comité de pilotage.

Les acteurs institutionnels ont tous envoyé un représentant : le Directeur de la CPAM du Cher pour la CRAM, un inspecteur de la DDASS qui représente à la fois la DDASS et l'ARH et le responsable du Service des solidarités et de la cohésion sociale du conseil général. Ce dernier a envoyé un courrier rappelant qu'il n'y avait pas de CLIC dans le Cher nord-est et qu'il serait judicieux d'en créer un qui s'articulerait autour du réseau gérontologique.

Quant à la MSA, elle a désigné un médecin-conseil ainsi qu'un cadre de santé pour intégrer le comité de pilotage.

Le Directeur de l'Hôpital local de Sancerre préside de fait ce comité. C'est lui qui est chargé d'organiser la première réunion.

### **2.1.2 Un comité de pilotage pluriprofessionnel aux missions étendues**

#### **A) L'intérêt d'un comité pluridisciplinaire et pluriprofessionnel**

Les différents partenaires ont accepté le principe de la création du réseau gérontologique. Afin que leur mobilisation reste intacte et qu'ils s'approprient le projet, c'est à eux de construire le réseau qui leur convient. Il n'y a en effet pas de modèle type de réseau. Les acteurs concernés doivent définir leur propre réseau ; sinon ils risquent de ne pas s'y reconnaître et donc de le désert.

L'ensemble des futurs partenaires ne pouvant pas participer à ce travail pour des raisons matérielles évidentes, il a été décidé d'instituer un comité de pilotage qui travaillera sur les différents aspects du projet. Un groupe restreint facilite les échanges et donc enrichit la réflexion. Le projet y gagne en cohérence.

Chaque catégorie d'acteurs est représentée au sein de ce comité qui comporte vingt-trois membres. Les différents mondes (médical, paramédical, institutionnel, social, libéral...) voient ainsi leurs points de vue exprimés et leurs intérêts défendus. Le but est d'aboutir à un projet commun légitime.

#### **B) La définition de la philosophie, des objectifs et de l'organisation générale du réseau**

Le comité de pilotage a pour principales missions de fixer les orientations du réseau, de définir les modalités d'organisation, de préparer le dossier de financement et de déterminer les modes de suivi et d'évaluation.

Il s'est réuni une seule fois à ce jour, le 3 juillet 2007 dans les locaux de l'Hôpital local de Sancerre. L'objet de cette réunion était de donner un nom au réseau et de définir un programme de travail. Treize membres étaient présents.

Concernant la dénomination du réseau, le praticien hospitalier a proposé de reprendre celle qui figurait dans ses précédents projets, à savoir REGENERE (REseau Gérontologique pour NEcessaire REgulation). Cette proposition a été retenue à l'unanimité des membres présents. Néanmoins il convient de se demander si ce choix est opportun. Certains acteurs pourraient assimiler le nouveau projet aux deux anciens et ainsi se montrer réticents à sa mise en place.

Enfin, il a été décidé de créer quatre groupes de travail auxquels les membres du comité de pilotage peuvent participer. Ces groupes permettent de se répartir les tâches, chacun traitant d'un aspect particulier du réseau.

Le premier groupe a pour mission de rédiger les textes fondateurs du réseau que sont la convention constitutive et la charte.

Concernant la convention constitutive, l'article D.6321-5 du Code de la santé publique dispose qu'elle doit notamment préciser :

- «1° l'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;
- 2° l'aire géographique du réseau et la population concernée ;
- 3° le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;
- 4° les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
- 5° les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
- 6° les modalités de représentation des usagers ;
- 7° la structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
- 8° l'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;
- 9° l'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;
- 10° les conditions d'évaluation du réseau ;
- 11° la durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;
- 12° le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre
- 13° les conditions de dissolution du réseau. »

Cette convention constitutive est un document obligatoire qui doit être signé par les promoteurs du réseau et ses autres membres au moment de sa création, ainsi que par tout nouveau membre. Le Code précise qu'elle doit être « portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau ».

L'article D.6321-4 du Code de la santé publique dispose que la charte « définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

- 1° les modalités d'accès et de sortie du réseau ;
- 2° le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;
- 3° les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;
- 4° les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs ».

Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en soins ainsi que le document d'information figurent en annexe de la charte.

Elle indique que les signataires « s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation ». Enfin, elle interdit à ces signataires d'utiliser leur participation au réseau à des fins de promotion et de publicité, sous peine de voir les financements supprimés. Elle précise toutefois que « 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 ».

Cette charte est donc un texte obligatoire que tous les membres doivent signer. Elle fixe les engagements que chacun doit respecter. Elle constitue en quelque sorte un document d'information à l'égard des professionnels.

Le deuxième groupe de travail a pour objet de définir les objectifs et les modalités d'évaluation du réseau.

Le troisième groupe est chargé de réfléchir aux modalités de communication. Il doit notamment rédiger le document d'information destiné aux usagers. Il s'interrogera aussi sur les moyens de promouvoir le réseau.

Le quatrième groupe a pour mission de choisir un statut juridique adapté pour le réseau et de rechercher les différentes sources de financement possibles.

Les thèmes de ces groupes se recoupent et sont complémentaires. Ainsi, la rédaction des textes fondateurs du réseau nécessite de parler des objectifs, de l'évaluation et du statut juridique. Il convient donc que chaque groupe soit informé du

contenu du travail des autres afin de garantir la cohérence de l'ensemble du projet. Pour ce faire, il faut que certains membres participent à plusieurs groupes en même temps. La synthèse finale en sera ainsi facilitée.

Le Directeur de l'Hôpital de Sancerre participe à deux groupes de travail : à celui sur les textes fondateur et à celui sur le statut juridique et sur le financement du réseau. Il possède en effet dans ces domaines une expertise qui peut s'avérer fort utile.

## **2.2 La détermination du régime juridique du réseau**

Le choix d'un statut juridique adapté bien que facultatif, est recommandé. En effet, la création d'une structure juridique permet de donner un support à la gestion et au financement du réseau. En outre, il facilite la recherche de financements.

### **2.2.1 Le choix du statut**

L'article L.6321-2 du Code de la santé publique dispose que «les réseaux de santé peuvent se constituer en groupements de coopération sanitaire, groupements d'intérêt économique, groupements d'intérêt public ou association ». Le groupement d'intérêt public n'est pas pertinent en l'espèce car la participation des personnes physiques est exclue. Le groupement d'intérêt économique est principalement utilisé pour la mutualisation d'équipements médicaux lourds. Il n'apparaît donc pas adapté au projet.

Il en résulte que le choix doit se faire entre les deux autres dispositifs.

#### **A) Association loi 1901 ou groupement de coopération sanitaire ?**

L'association loi 1901 est la structure juridique privilégiée par les réseaux de santé. Elle présente en effet l'avantage d'être simple, souple et peu coûteuse.

La loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901<sup>45</sup> la définit comme « la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun d'une façon permanente leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices ». Elle doit avoir un objet

---

<sup>45</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi relative au contrat d'association. Journal Officiel « Lois et décrets » du 2 juillet 1901, 4025.

précis, licite et non lucratif. Toute personne physique ou morale de droit privé ou de droit public peut y adhérer. Les formalités préalables à sa création sont réduites. Pour une association déclarée, il suffit de déposer ses statuts à la préfecture. Elle acquiert la personnalité morale (privée) après publication au journal officiel. Dans le cas d'une association encadrant un réseau de santé, il est en outre nécessaire de respecter les procédures propres à la participation de certains membres (par exemple, délibération du Conseil d'administration après avis de la CME et du Comité technique d'établissement – CTE, pour un établissement public de santé). Le fonctionnement de l'association est librement défini par ses créateurs. L'association dispose en règle générale d'un bureau, d'une assemblée générale réunis et facultativement d'un conseil d'administration.

Les ressources de l'association sont constituées des cotisations de ses membres, d'apports, de biens, de droits d'entrée, de subventions, etc... Les membres ne sont pas tenus responsables des éventuelles dettes.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS) est un outil juridique novateur qui offre des perspectives aux promoteurs de réseau de santé. Depuis sa création en 1996, il a connu de nombreuses évolutions textuelles, la dernière datant de 2005<sup>46</sup>.

Selon l'article L.6133-1 du Code de la santé publique, « un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres ». Pour ce faire, 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 ».

Dans le cas d'un GCS encadrant un réseau, ses membres sont ceux mentionnés à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique<sup>47</sup>. Il apparaît cependant opportun de distinguer les membres et intervenants du réseau, signataires de la convention constitutive, des membres du GCS choisis parmi les acteurs les plus investis. Cette règle est aussi valable dans le cas d'une association loi 1901. Par ailleurs, il convient de préciser que lorsqu'il rassemble des personnes physiques et morales de droit public et privé, le GCS a le choix de sa nature juridique, privée ou publique, ce qui n'est pas anodin.

---

<sup>46</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal Officiel, n° du 29 décembre 2005, 20372.

<sup>47</sup> A savoir les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale ainsi que des représentants des usagers.

Les formalités préalables à la création du GCS sont plus lourdes que pour l'association. Les fondateurs doivent rédiger une convention constitutive. Celle-ci est soumise aux instances des personnes morales membres, puis elle est transmise pour approbation au Directeur de l'ARH et publiée. Le GCS est géré par un administrateur élu en son sein par l'assemblée générale, composée de l'ensemble des membres.

Le GCS peut être créé avec ou sans capital. Son financement est assuré par les participations des membres aux charges de fonctionnement. Les droits des membres du GCS sont fixés à proportion soit de leurs apports, soit de leurs participations aux frais de fonctionnement. Ils sont alors tenus responsables indéfiniment des dettes du groupement dans la proportion de leurs droits.

Les deux structures juridiques peuvent bénéficier des fonds destinés aux réseaux. Toutefois il est nécessaire qu'ils montent eux-mêmes le dossier de financement pour l'ARH et l'URCAM. Le comité de pilotage institué ne doit donc pas déposer directement le dossier mais il doit d'abord s'occuper de créer la structure juridique.

Les deux formes juridiques semblent a priori toutes deux convenir pour le réseau gérontologique envisagé. Cependant, chacune comporte des avantages et des inconvénients. Avant d'en choisir une, il convient d'examiner la question du personnel.

#### B) La question déterminante du personnel

L'association peut recruter du personnel. En tant que personne morale de droit privé, les contrats de travail sont soumis au Code du travail ainsi qu'à celui de la Sécurité sociale. La durée maximale prévue au titre du financement du réseau étant de cinq ans, il n'est pas possible de recourir à des contrats de travail à durée déterminée (limités à dix-huit mois et soumis à certaines conditions). Il faut donc conclure des contrats à durée indéterminée. Or, en cas de non reconduction du financement, l'association risque d'être confrontée à de graves difficultés financières, liées au respect de la procédure de licenciement. Par ailleurs, elle peut bénéficier de mise à disposition de personnels ; mais cela est difficile à gérer en l'absence de cadre juridique précis en la matière.

Le GCS peut également procéder à des recrutements. S'il est de droit privé, les contrats de travail sont soumis au Code du travail et aux règles de droit privé. S'il est de droit public (ce qui est préférable), les agents embauchés se voient appliquer les mêmes règles que les contractuels des établissements publics de santé. Le recrutement des médecins se fait dans le cadre des textes régissant les praticiens attachés, attachés associés, ou contractuels des hôpitaux. Par ailleurs, le GCS a l'avantage de permettre les

interventions communes de ses salariés, de professionnels - médicaux ou non - des établissements membres et des professionnels libéraux membres ou partenaires du réseau. Les établissements peuvent en effet mettre des personnels à disposition du GCS ; chacun restant régi par son statut ou son contrat de travail. Chaque établissement paie ses personnels et effectue une refacturation au GCS. Les fonctionnaires peuvent aussi être détachés, dans le respect de la réglementation en vigueur.

Le groupement de coopération sanitaire se révèle au final plus adapté au projet de réseau REGENERE. Contrairement à l'association, il offre en effet un cadre juridique précis permettant l'intervention commune de professionnels hospitaliers, libéraux et salariés.

## **2.2.2 La recherche de financements**

### **A) Les sources de financement possibles**

L'article L.6321-1 du Code de la Santé publique prévoit que, sous réserve de satisfaire à certains critères de qualité, d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation, les réseaux de santé « peuvent bénéficier de subventions de l'Etat [...], de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie » (ONDAM).

La création en 2007 du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) qui fusionne la Dotation nationale des réseaux (DNDR) et le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) révolutionne le système de financement des réseaux de santé. En effet, ces deux fonds constituaient jusqu'à aujourd'hui les principaux financements des réseaux. Les promoteurs du réseau REGENERE vont donc être parmi les premiers à expérimenter ce nouveau système.

Ce FIQCS a vocation à financer tout ou partie des dépenses des réseaux, notamment les coûts de fonctionnement (frais de personnels, loyer, matériels, etc.) ainsi que les prestations dérogatoires aux dispositions du Code de la Sécurité sociale. La circulaire du 15 mai 2007 relative aux réseaux de santé personnes âgées précise que dans ce type de réseau, « seuls des actes de coordination pluridisciplinaire ont vocation à être financés au titre des dérogations tarifaires mentionnées à l'article L. 162-45 du Code

de la sécurité sociale ». L'allocation des aides du FIQCS est confiée aux missions régionales de santé<sup>48</sup> (MRS).

Le réseau gérontologique REGENERE peut tenter d'obtenir d'autres financements auprès des différentes collectivités locales (notamment des subventions du Conseil général et des communes), du Fonds d'action sociale vieillesse de la CRAM, de la MSA, du Fonds national de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires, du Fonds national d'action sanitaire et sociale, du Fonds d'action sociale des CPAM et de l'Etat. La direction de l'Hôpital local de Sancerre a obtenu l'inscription du projet dans son CPOM pour 2007-2010 ; elle pourra obtenir des moyens financiers. Le réseau peut aussi trouver des financeurs privés (fondations, laboratoires). Enfin il peut bénéficier d'apports en nature (mise à disposition d'un local ou de matériels).

## B) La constitution du dossier de financement

Les promoteurs du réseau doivent faire une demande de financement au titre du FIQCS auprès de la Mission régionale de santé du Centre.

Celle-ci n'a pas encore fixé les fenêtres d'ouverture du second semestre 2007 pour le dépôt des dossiers, mais cela ne saurait tarder. Le dossier de financement nouvelle version n'est pas non plus encore disponible. Il devrait cependant fortement s'inspirer de celui de la DRDR. Ainsi le dossier devrait vraisemblablement comporter les éléments suivants : une fiche d'identité, une présentation du projet, les objectifs et les résultats opérationnels attendus, l'organisation du réseau, les modalités de financement (avec un budget prévisionnel détaillé), les participations déjà obtenues d'autres financeurs, la justification des dérogations tarifaires envisagées, les modalités de suivi et d'évaluation, une analyse de la dimension économique du dispositif. Il conviendra également de joindre la charte du réseau, la convention constitutive, le document d'information ainsi que les documents constitutifs de la structure juridique du réseau.

Le dossier rempli est envoyé à la Mission régionale de santé. S'il est déclaré complet, il est instruit. Les instructeurs s'assurent que le projet est en cohérence avec l'organisation territoriale des soins et avec le dispositif du parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Ils examinent si le projet prend en compte les priorités pluriannuelles de santé publique. Ils prennent en considération l'intérêt médical et

---

<sup>48</sup> La MRS, constituée entre l'ARH et l'URCAM, est chargée de préparer et d'exercer les actions conjointes de ces deux institutions. Sa direction est exercée en alternance pour une période de un

économique au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins. Ils vérifient les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement, de financement et d'évaluation du projet. Les différents experts et le bureau du Conseil régional de la qualité et de la coordination des soins<sup>49</sup> donnent ensuite un avis sur le projet et les propositions d'aides.

La décision finale est émise par le Directeur de la MRS. Il peut attribuer un financement sur une base pluriannuelle, pour une durée maximale de cinq ans (contre trois ans auparavant). Elle est ensuite notifiée et publiée. Afin d'assurer sa mise en œuvre, les promoteurs du réseau signent une convention de financement avec l'organisme d'assurance maladie compétent. Cette convention fixe les obligations des deux parties ainsi que les modalités de versement du règlement forfaitaire.

Le réseau financé doit chaque année remettre un rapport d'activité. A la fin de la période de financement, une évaluation externe est réalisée en vue de se prononcer sur les conditions d'une éventuelle reconduction des moyens.

Il est important de préciser que les promoteurs de REGENERE peuvent déposer un seul dossier auprès de la MRS. En effet, afin de simplifier leurs démarches administratives, ce guichet unique coordonne les différents financeurs publics. Néanmoins, cela ne les empêche pas de prendre déjà contact avec le Conseil général du Cher et les communes situées sur le territoire du réseau pour demander des subventions.

Après avoir examiné les aspects juridiques de la création du réseau, il convient de s'intéresser aux modalités pratiques de son fonctionnement.

### **2.3 La définition des modalités de fonctionnement du réseau**

Afin de mener à bien ses missions auprès des personnes âgées et des familles, le réseau nécessite des moyens humains et financiers.

---

an par le Directeur de l'ARH et par le Directeur de l'URCAM.

<sup>49</sup> Il est composé de représentants de l'URCAM, de professionnels libéraux et d'un représentant des établissements sanitaires et médico-sociaux.

### 2.3.1 Les moyens matériels et humains nécessaires

#### A) Les effectifs utiles

Le Directeur de l'Hôpital local a déjà réfléchi aux moyens humains nécessaires. Il en fera part au comité de pilotage le moment venu. Conformément à la circulaire du 15 mai 2007 relative aux réseaux gérontologiques, il a prévu des temps d'infirmier coordonnateur (0,5 ETP<sup>50</sup>), de médecin gériatre (0,2 ETP), d'assistante sociale (0,6 ETP) et de secrétaire médicale (0,5 ETP). Il envisage aussi des temps de diététicien (0,75 ETP), d'ergothérapeute (0,75 ETP), de kinésithérapeute (0,75 ETP), d'orthophoniste (0,75 ETP) et de psychologue (0,3 ETP). Ces effectifs correspondent à un fonctionnement idéal. Il est cependant peu probable que la MRS finance la totalité de ces postes.

Le fait de ne disposer que de quotités de postes pose un problème au niveau du recrutement. Il est en effet difficile de pourvoir des postes à temps partiel. Le groupement peut toutefois trouver un infirmier et une secrétaire, intéressés par un mi-temps. Dans tous les cas, le réseau n'a pas intérêt à recruter directement un trop grand nombre de personnels. En cas de non renouvellement du financement, il ne serait pas en mesure de les garder et il risquerait de ne pas pouvoir supporter les coûts de licenciements.

Une solution serait de faire intervenir des professionnels libéraux (en obtenant un forfait spécifique pour les rémunérer). Cependant, sur le territoire du réseau, il n'y a qu'un psychologue. Et les professionnels de Cosne-sur-Loire sont déjà tous très occupés.

Une autre option serait de recourir à la mutualisation. Celle-ci pourrait tout à fait se faire avec l'Hôpital local de Sancerre. Cela permettrait de proposer des temps plein aux professionnels concernés. Ces derniers, embauchés par l'Hôpital local, seraient ensuite mis à disposition du réseau. L'établissement de santé les rémunérerait puis il effectuerait une refacturation au groupement la part des salaires et des charges sociales correspondante au temps travaillé pour le réseau. Cette solution, bien que pratique, présente un inconvénient majeur. En effet, en cas d'arrêt du financement, l'Hôpital local se retrouve avec des postes temps plein à financer seul.

Une autre possibilité serait de mutualiser les moyens humains avec un autre réseau gérontologique du département. Le réseau ENVISAGER, initié par le Centre hospitalier de Vierzon (mais non encore financé) pourrait être une piste. Les deux dispositifs pourraient se partager des personnels. Certains postes pourraient aussi être

---

<sup>50</sup> ETP : équivalent temps plein.

mutualisés entre les deux établissements de santé et leurs réseaux respectifs. De nombreuses combinaisons sont possibles. En outre, la circulaire du 2 mars 2007 sur les réseaux de santé encourage les mutualisations de moyens et elle incite les missions régionales de santé à financer de telles initiatives.

#### B) Le matériel indispensable

Le réseau a besoin d'un local pour y installer son siège. Ce local doit être suffisamment spacieux pour accueillir non seulement les salariés mais aussi des réunions de coordination.

Un minimum de matériel est aussi nécessaire pour le bon fonctionnement du réseau (équipement informatique et bureautique, petit matériel médical).

### **2.3.2 La mise en action des moyens**

#### A) Le parcours de la personne âgée au sein du réseau

Le fonctionnement envisagé du réseau REGENERE s'inspire des préconisations de la circulaire du 15 mai 2007 relative aux réseaux « personnes âgées », adaptées aux caractéristiques locales. L'ensemble du dispositif n'est pas encore précisément déterminé mais il est possible de présenter de façon générale le parcours type d'un patient.

Les personnes susceptibles d'être prises en charge par le réseau sont les personnes âgées en situation de rupture socio-sanitaire dépendantes ou susceptibles de le devenir ainsi que les personnes âgées présentant une dépendance physique ou psychique (maladie d'Alzheimer et maladies apparentées). Un critère d'âge n'a pas encore été défini mais les personnes âgées de plus de 75 ans sont la population cible privilégiée de REGENERE.

Le signalement d'une situation au réseau peut être fait par le médecin traitant, la personne âgée elle-même, la famille, les professionnels paramédicaux, les associations d'aide à domicile, l'équipe médico-sociale APA du Conseil général, le SSIAD, l'assistante sociale du secteur, le maire de la commune, ou encore l'hôpital local. Dans tous les cas, le médecin traitant est informé du signalement au réseau afin qu'il donne son avis sur l'état de son patient.

Après accord de la personne concernée (ou de son représentant légal), un bilan initial complet est réalisé par une équipe opérationnelle pluridisciplinaire. A cette occasion, divers éléments sont examinés : les pathologies, le niveau de dépendance, le contexte familial, relationnel, financier, psychologique et l'habitat. Ce bilan est fait de préférence à domicile.

Ensuite l'équipe opérationnelle organise une réunion de coordination afin de définir un plan d'intervention personnalisé. Le médecin traitant ainsi que les professionnels concernés y sont conviés. Ce plan comporte un volet aide et un volet soins. Le premier définit la nature et le volume des interventions nécessaires. Il intègre le plan d'aide réalisé par l'équipe APA du Conseil général. Si besoin, le réseau peut lui-même constituer un dossier APA. Le volet soins organise la continuité et la cohérence des soins nécessaires (coordination des différents intervenants médicaux et paramédicaux, mise à disposition de matériel). En cas d'absence de certains intervenants, l'équipe de coordination doit vérifier leur disponibilité avant d'élaborer le plan. Si le médecin traitant n'a pas pu se déplacer, il doit être tenu informé du contenu plan d'intervention.

La mise en œuvre ainsi que le suivi du plan d'intervention personnalisé sont assurés conjointement par l'équipe opérationnelle de coordination et le médecin traitant (visite à domicile, contacts téléphoniques). Une réévaluation semestrielle du plan est faite.

Lorsque le retour ou le maintien à domicile n'est pas possible, l'équipe de coordination propose à la personne âgée et à sa famille un placement temporaire ou définitif. En cas d'accord, elle peut s'occuper de remplir le dossier d'inscription. Elle prévient également les institutions concernées.

Un partenariat du réseau avec la future consultation médico-psycho-sociale de l'Hôpital local de Sancerre est à réfléchir. Ces deux dispositifs sont en effet complémentaires. La consultation, réalisée par un praticien gériatre en lien avec le médecin traitant a, selon les termes du SROS 3 pour objectif de « repérer et hiérarchiser les problèmes somatiques, psychiques et sociaux afin de proposer un projet individualisé de prise en charge ». A l'issue de sa consultation, le gériatre peut décider d'orienter le patient vers REGENERE. A l'inverse, il est envisageable que le réseau puisse faire appel à la consultation médico-psycho-sociale pour établir le bilan initial gériatrique de la personne âgée, lorsque celui-ci ne peut pas être fait à domicile par l'équipe opérationnelle.

## B) Les autres actions à destination des personnes âgées et des familles

Le réseau REGENERE a vocation à exercer d'autres missions que la seule prise en charge des personnes âgées.

Il pourrait en effet organiser des actions d'information et d'éducation à la santé à destination des personnes âgées et de leur entourage (par exemple sur la nutrition, l'aménagement de l'habitat).

Il pourrait aussi apporter un soutien aux familles de malades d'Alzheimer (ou d'autres maladies apparentées). Celui-ci pourrait se traduire par exemple par des formations dispensées par un gériatre ou par un groupe de parole animé par un psychologue. Il pourrait aussi proposer, après inclusion du malade dans le dispositif, des solutions visant à soulager les aidants (hébergement temporaire ou accueil de jour de l'Hôpital local de Sancerre).

Une fois mis en place, le réseau gérontologique REGENERE doit avoir les moyens de fonctionner de façon durable afin de pouvoir véritablement améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées.

### **3 Vers un fonctionnement pérenne et de qualité**

La qualité et la pérennité du réseau gérontologique sont conditionnées par plusieurs facteurs : le respect des droits fondamentaux des personnes âgées prises en charge, un management adapté et la mise en place d'une démarche d'évaluation.

#### **3.1 Le respect des droits fondamentaux des usagers**

Les intervenants du réseau doivent informer les personnes âgées et rechercher leur consentement. Ils doivent également définir un système de gestion des données personnelles de santé propre à assurer leur confidentialité.

##### **3.1.1 La recherche systématique du consentement et le droit à l'information**

###### **A) Des droits en tant qu'utilisateur d'un réseau de santé gérontologique**

L'utilisateur doit être informé sur le déroulement de sa prise en charge au sein du réseau REGENERE.

L'article D.6321-3 du Code de la santé publique dispose qu'un document d'information doit lui être remis. Celui-ci « précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité ». Quand une prise en charge individualisée est proposée, ce document est signé par la personne âgée, par son représentant légal ou par la personne de confiance. Il détermine les règles de cette prise en charge et les obligations des deux parties (l'utilisateur et les professionnels). Il faut préciser que la signature du document d'information n'équivaut pas à un consentement aux soins.

La personne âgée doit également prendre connaissance de la charte du réseau ainsi que de la convention constitutive.

## B) Des droits en tant qu'usager du système de santé

Selon l'article L.1110-1 du Code de la santé publique, les réseaux de santé participent, au même titre que les autres acteurs du système de santé, à la mise en œuvre du droit fondamental à la protection de la santé. Les dispositions du Code la santé publique relative aux droits de la personne s'appliquent donc à l'usager du réseau.

Le patient a le libre choix d'entrer dans le réseau gérontologique ou d'en sortir. Il a également le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.<sup>51</sup> Ces choix, préalables à toute prise en charge, n'emportent pas automatiquement le consentement aux soins. En effet, « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ». Le consentement du majeur sous tutelle (cas fréquent chez les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres pathologies apparentées), doit « être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision <sup>52</sup>».

Tout professionnel de santé intervenant dans le cadre du réseau a l'obligation d'informer son patient sur son état de santé (sur les traitements ou investigations proposées, sur leur utilité, sur les risques encourus, etc.)<sup>53</sup>. Dans le cas d'un majeur sous tutelle, le tuteur reçoit cette information. Néanmoins, l'intéressé a le droit d'être informé lui-même et de participer à la prise de décision d'une manière adaptée à ses facultés de discernement. En outre, l'usager a droit, à sa demande, à une information sur les coûts de sa prise en charge par le réseau<sup>54</sup>.

La personne âgée prend les décisions concernant sa santé, compte tenu des informations qu'elle a reçues. Le médecin doit respecter sa volonté, après l'avoir informée des conséquences de ses choix. En cas de refus de soins, il doit « tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables<sup>55</sup> ».

Par ailleurs, l'usager peut désigner une personne de confiance<sup>56</sup>. Il peut s'agir d'un membre de sa famille, d'un proche ou de son médecin traitant. Cette personne est consultée en cas d'impossibilité pour l'usager d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle peut également l'accompagner dans ses démarches auprès du réseau.

---

<sup>51</sup> Articles L.1110-8 et D.6321-3 du Code de la santé publique.

<sup>52</sup> Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

<sup>53</sup> Article L.1111-2 du Code de la santé publique.

<sup>54</sup> Article L.1111-3 du Code de la santé publique.

<sup>55</sup> Article L.1111-4 du Code de la santé publique.

<sup>56</sup> Article L.1111-6 du Code de la santé publique.

Enfin, tout usager à « accès à l'ensemble des informations concernant sa santé » détenues par le réseau gérontologique «qui sont formalisées ou font l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé <sup>57</sup>». Il peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne, sous conditions. Il convient donc de prévoir une procédure particulière permettant à l'usager de REGENERE d'exercer ce droit. Il pourrait lui être proposé de consulter son dossier médical au cours d'une entrevue avec son médecin traitant ou avec l'un des professionnels coordonnateurs.

La gestion des données de santé des usagers est par ailleurs une question délicate, à laquelle les fondateurs du réseau doivent réfléchir.

### **3.1.2 Le droit à la confidentialité des données de santé**

#### **A) L'existence d'un secret médical partagé**

L'article L.1110-4 du Code de la santé publique indique que « toute personne prise en charge par [...] un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant ». Toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, plusieurs professionnels de santé peuvent «échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible ». Il existe donc un secret médical partagé entre les membres et intervenants médicaux, paramédicaux et soignants du réseau. Celui-ci s'ajoute au secret professionnel et aux règles déontologiques auxquels les intervenants sont soumis individuellement.

#### **B) La mise en place d'un dossier médical**

Le réseau gérontologique REGENERE doit garantir la confidentialité des données de santé. Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage doivent donc être sécurisées.

---

<sup>57</sup> Article L.1111-7 du Code de la santé publique.

Afin de favoriser la coordination des acteurs et des soins, les données de santé relatives aux patients doivent pouvoir être accessibles à chaque professionnel intervenant. La mise en place d'un dossier médical partagé permettrait un tel échange d'informations.

La gestion de dossiers médicaux sur papier, solution la plus économique, n'est pas satisfaisante en matière de confidentialité. La sécurisation suppose que ces documents soient stockés dans un lieu sécurisé (protégé contre les intrusions ou encore contre l'incendie). En outre, l'accès aux informations n'est pas aisé, notamment pour les intervenants libéraux. En effet, ces derniers doivent se déplacer au siège du réseau lorsqu'ils veulent prendre connaissance du dossier médical d'une personne âgée ou y inscrire des informations.

L'informatisation du système permettrait de remédier à ces inconvénients. Un dossier médical informatisé ainsi qu'une messagerie électronique favoriseraient l'accès et le partage des données de santé entre les professionnels, tout en garantissant la confidentialité. La mise en œuvre de données de santé à caractère personnel sur support informatique est encadrée de façon très stricte par la réglementation et est contrôlée par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL). Si l'informatique apparaît comme la solution la plus pertinente, il s'agit également de la plus coûteuse. A titre d'exemple, l'association encadrant le réseau ENVISAGER vierzonnais a chiffré à 12 000 € la somme nécessaire à la réalisation de son projet d'informatisation.

Afin d'obtenir des financements de la part de la Mission régionale de santé, il est opportun de s'intéresser au dossier médical personnel (DMP)<sup>58</sup> qui est progressivement mis en place à l'échelon national. En effet, le FIQCS peut servir à financer ce DMP. Il convient d'envisager la possibilité que le réseau n'utilise pas un dossier médical spécifique mais plutôt le DMP. Cependant, les problèmes rencontrés par ce dernier (incompatibilité des logiciels des différents acteurs de santé, sécurisation insuffisante, etc...) ont retardé sa création et sa généralisation. Dans l'attente du règlement de ces difficultés, le réseau REGENERER peut provisoirement fonctionner avec un dossier médical papier.

---

<sup>58</sup> Institué par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, le DMP est notamment constitué des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Il doit favoriser la coordination, la qualité et la qualité des soins. Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie a vocation à disposer d'un DMP. Ces dispositions sont applicables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007 mais du retard a été pris.

## 3.2 La dynamique du management du réseau

Le management d'un réseau de santé ne s'improvise pas. Il doit tenir compte des spécificités propres à cette organisation.

### 3.2.1 L'animation et la coordination du réseau

#### A) Un management adapté aux spécificités du réseau

Selon les auteurs de l'ouvrage Créer et piloter un réseau de santé<sup>59</sup>, « les réseaux qui réussissent à durer se caractérisent par la complémentarité des compétences et l'absence de règles hiérarchiques ou de concurrence, la motivation et la disponibilité des membres comme élément indispensable à la dynamique du réseau [...], l'importance des formations professionnelles mises en place ».

Le réseau n'est pas en effet une organisation ordinaire. Ses membres sont pour la plupart des professionnels qui exercent déjà une activité par ailleurs (en libéral, en établissement sanitaire ou médico-social, dans l'associatif). L'adhésion au réseau, acte volontaire, ne leur procure pas un nouveau statut. Hormis le cas des personnels salariés ou mis à disposition du GCS par leur établissement d'origine, il n'existe pas de lien de subordination entre les membres et le réseau. Ce dernier ne peut exercer aucune contrainte directe sur ses adhérents. Ceux-ci se sont engagés par la signature de la convention constitutive et de la charte à respecter le fonctionnement du réseau ainsi que l'organisation de la coordination et du pilotage. Cependant en cas de manquement à ces obligations, les menaces de sanction ou d'exclusion sont inefficaces ; puisque les membres peuvent à tout moment se désengager et quitter le dispositif. Or l'implication des adhérents est indispensable à la réussite et à la pérennité du réseau REGENERE.

Par ailleurs, il n'existe pas non plus de hiérarchie entre les membres du réseau. Ceux-ci sont sur un pied d'égalité. Tous ont un parcours professionnel particulier, des compétences diverses et un niveau de responsabilité différent mais tous sont utiles au réseau. Ils sont complémentaires. Les rapports de domination (médecins / infirmiers ou

---

<sup>59</sup> SCHWEYER F.-X. et al. Déjà cité.

médecins / paramédicaux) et de concurrence (monde libéral / monde hospitalier ou entre collègues) qui existent traditionnellement en-dehors du réseau ne doivent pas avoir lieu en son sein. L'organisation de formations est un moyen d'intégration et de partage d'une même culture gérontologique. La valeur et la complémentarité des différents intervenants doivent être reconnues. Un climat de confiance et une estime réciproque sont les conditions d'un fonctionnement optimal et efficient du réseau.

L'absence de hiérarchie ne signifie pas l'absence de coordination. Il est nécessaire de déléguer l'animation et la coordination du réseau REGENERE à un comité. Celui-ci, présidé par l'administrateur du groupement de coopération sanitaire, doit être constitué d'un représentant de chaque sphère professionnelle (sanitaire, social, médico-social, paramédical, associatif, usager) afin d'être légitime.

#### B) L'action du comité de coordination

Le comité de coordination a pour but l'animation et la coordination de REGENERE.

Si l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées est le « ciment symbolique »<sup>60</sup> qui réunit tous les membres du réseau, leur implication est également guidée par des intérêts individuels secondaires. Le comité doit en tenir compte dans son management.

Le comité doit susciter l'adhésion de nouveaux membres et entretenir la mobilisation des anciens. L'incitation financière étant limitée (la rémunération des réunions de coordination n'est pas attractive pour des professionnels libéraux), il lui faut employer d'autres techniques. Il peut jouer sur l'intérêt intellectuel et professionnel du réseau, en organisant des formations ou des colloques et en supervisant l'écriture de protocoles et de référentiels communs. Par ailleurs, cette instance peut renforcer la cohésion entre les membres par des moments de convivialité (repas annuel par exemple).

Le comité a aussi pour mission d'évaluer régulièrement le fonctionnement du réseau REGENERE. A ce titre, il est important qu'il interroge les intervenants sur plusieurs sujets (suivi des protocoles, climat relationnel, qualité des réunions, circulation interne de l'information, etc...), afin d'apporter les corrections nécessaires.

---

<sup>60</sup> In *Créer et piloter un réseau de santé. Déjà cité.*

L'organisation horizontale du réseau suppose que le comité de coordination joue un rôle d'arbitrage en cas de différend entre des membres. Il est en effet nécessaire qu'il règle la situation avec objectivité selon des règles prédéfinies à l'avance pour éviter que le conflit ne s'envenime. Un climat de tension n'est pas propice au travail collectif et risque de paralyser le fonctionnement du réseau et d'entraîner le désengagement de certains acteurs.

Enfin le comité de coordination est chargé de promouvoir le réseau non seulement auprès du public mais également auprès des professionnels susceptibles de rejoindre le réseau. Différents moyens de communication peuvent être utilisés, comme la distribution de brochures explicatives, l'organisation de réunions d'information ou encore la rédaction d'articles dans la presse locale.

Le Directeur de l'Hôpital local de Sancerre peut également apporter son aide en matière de management. Il convient de définir le cadre de son intervention.

### **3.2.2 Le positionnement du Directeur**

#### **A) Une prise de distance nécessaire**

Le Directeur de l'Hôpital local de Sancerre est l'initiateur du réseau gérontologique REGENERE. Il s'est investi personnellement pour relancer le projet et le faire aboutir. Le pari était osé puisque les tentatives précédentes s'étaient déjà soldées par deux échecs. Loin de se décourager et convaincu de l'intérêt du projet pour la population âgée locale, il a tout fait pour mobiliser les différents acteurs potentiels. Aidé par son équipe, il s'est appliqué à leur démontrer la pertinence d'un réseau sur le secteur du Cher nord-est. Une fois obtenu l'accord de principe des différents partenaires, il s'est chargé de former le comité de pilotage et de le réunir une première fois. Il participe activement aux travaux de ce dernier puisqu'il a en effet intégré deux groupes de réflexion relatifs aux documents fondateurs ainsi qu'au statut juridique et au financement du réseau. Il s'est donc fortement impliqué dans la conduite de ce projet. Selon François-Xavier Schweyer<sup>61</sup>, « l'appropriation du réseau par ses fondateurs est nécessaire parce qu'il s'agit d'un pari dont le succès dépend d'une croyance partagée, d'une capacité de persuasion et de

---

<sup>61</sup> SCHWEYER F.-X., novembre 2005, « Le travail en réseau, un consensus ambigu et un manque d'outils », n° 11, pp. 89-104.

mobilisation de l'ordre du charisme ». Cependant il arrive parfois que ces promoteurs manifestent « une relation affective à leur réseau [et éprouvent] des difficultés à accepter que celui-ci s'autonomise ». Le Directeur qui a en effet joué un rôle primordial dans la phase de mise en place du réseau REGENERE, doit ensuite accepter d'avoir une position moins centrale dans le fonctionnement du réseau.

#### B) La participation au comité de coordination

Le Directeur de l'hôpital local de Sancerre peut toutefois intégrer le comité de coordination. Il sera l'un des acteurs du développement du réseau REGENERE.

Il peut jouer aussi un rôle spécifique en matière de communication. Il doit présenter le dispositif et en expliquer le fonctionnement à son personnel. Ces derniers doivent en effet être associés à l'opportunité d'ouverture sur l'extérieur et de valorisation offerte par REGENERE à l'Hôpital local. Les agents vont ainsi prendre conscience que ce dernier n'est pas seulement un établissement d'hospitalisation et d'hébergement des personnes âgées, mais également un acteur intégré dans son environnement participant au maintien à domicile de la population âgée locale. En outre, ils seront en mesure d'informer les familles des patients et des résidents ainsi que les intéressés eux-mêmes de l'existence du réseau.

Le comité de coordination évoqué précédemment est également chargé de l'évaluation du fonctionnement et de l'action du réseau REGENERE. Il s'agit d'une mission très importante.

### **3.3 Evolution et perspectives d'avenir**

L'évaluation est fondamentale puisqu'elle est non seulement gage de la qualité du réseau mais également de sa pérennité.

### 3.3.1 Une démarche dévaluation primordiale

#### A) Une obligation légale garante de la qualité du réseau

Selon Pierre Larcher et Pierre Poloméni<sup>62</sup>, l'évaluation est un «outil majeur de développement d'un réseau et de sa fidélité à une démarche d'amélioration de la qualité, non pas en tant qu'instrument de contrôle et d'inspection, mais comme outil privilégié de la démarche ».

La démarche d'évaluation, obligation légale<sup>63</sup>, doit être réfléchie dès la conception du réseau. Les conditions de sa mise en œuvre doivent figurer dans la convention constitutive. Les signataires de la charte du réseau s'engagent à y participer.

Cette évaluation conditionne notamment la pérennité du financement.

Chaque année, les promoteurs du réseau doivent transmettre avant le 31 mars un rapport d'activité relatif à l'année précédente aux différents financeurs. Il s'agit d'une évaluation interne ou auto-évaluation.

En outre, tous les trois ans ainsi qu'au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé. Il s'agit d'une évaluation externe qui a vocation à démontrer la valeur ajoutée apportée par le réseau par rapport aux dispositifs existants et à déterminer si la poursuite du financement se justifie ou non. Elle est réalisée par un évaluateur externe désigné au niveau régional.

#### B) Le choix d'indicateurs pertinents

Afin de réaliser l'évaluation du réseau REGENERE, il convient de définir des indicateurs permettant de procéder à des mesures. Cependant, « la démarche d'évaluation ne se limite pas à la mesure ; elle y puise sa substance. La mesure donne la

---

<sup>62</sup> LARCHER P., POLOMENI P., 2001, *La santé en réseaux*, s.l.: Masson, 187 p.

<sup>63</sup> Article L.6321-1 du Code de la santé publique (précisé par les articles D.6321-2 et D.6321-7 du même code).

Il est important de préciser que le législateur a également prévu une certification des réseaux de santé.

matérialité nécessaire à la compréhension de l'action, dont le sens dans le domaine de la santé, est par nature, immatériel »<sup>64</sup>.

La circulaire du 15 mai 2007 relative aux réseaux de santé personnes âgées cite un certain nombre d'indicateurs qui peuvent s'appliquer à REGENERE. Par ailleurs, il est possible de s'inspirer des indicateurs fournis par le guide d'évaluation des réseaux établi en 2004 par l'ancienne Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)<sup>65</sup>.

Tout d'abord, il existe des indicateurs généraux d'évaluation portant sur :

- *l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles*
- *l'organisation et le fonctionnement du réseau, en particulier son impact sur l'environnement*
- *la prise en charge des patients*
- *l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats*
- *la participation et l'intégration des acteurs professionnels*

Il convient ici de s'interroger principalement sur le nombre d'adhérents au réseau ; sur le nombre de professionnels actifs ; sur le nombre moyen de prise en charge par professionnel ; sur la politique de communication ; sur la mesure de la satisfaction des intervenants.

- *l'intégration des usagers*

Divers éléments doivent être pris en compte : les modalités d'information des usagers ; la mesure de la satisfaction des personnes âgées et de leur entourage

Ensuite, des indicateurs spécifiques au champ de la gérontologie peuvent être définis. Il peut s'agir d' :

- *indicateurs d'activité :*

Il est intéressant de mesurer le nombre de patients inclus dans le réseau avec indication de la provenance (domicile ou hôpital) ; le nombre de bilans d'entrées effectués ; le nombre de plans d'intervention personnalisés réalisés avec le détail du nombre de plans de soins et de plans d'aides ; le nombre de plans d'intervention réexaminés ; le nombre de sorties du réseau programmées et non programmées ; la durée moyenne de prise en charge dans le réseau.

---

<sup>64</sup> BARRE S., EVIN C., et al., 2005, *Traité pratiques des réseaux de santé*, Paris : Berger-Levrault, 273 p.

<sup>65</sup> L'ANAES a été remplacée par la Haute Autorité de Santé.

➤ *indicateurs de performance* :

Peuvent par exemple être relevés : le délai moyen de réalisation du bilan après signalement ; le délai moyen de réalisation du plan d'intervention personnalisé après inclusion.

➤ *indicateurs de résultat* :

Il convient d'examiner le nombre de personnes incluses entrées définitivement en institution ; le taux de décès des personnes âgées prises en charge ; le nombre d'hospitalisations programmées ; le nombre moyen de passage aux urgences ; le nombre de plaintes et de réclamations et leur analyse.

L'évaluation du réseau doit être réalisée de façon rigoureuse pour permettre la pérennité du réseau. Cependant, le maintien de ce dernier ne signifie pas qu'il soit une organisation figée. Au contraire, il est amené à se développer et à évoluer afin de pouvoir s'adapter aux besoins et aux attentes de la population et de ses membres.

### **3.3.2 L'évolution dans le futur du réseau**

#### **A) L'articulation avec un centre local d'information et de coordination**

Dans l'avenir, il est possible d'imaginer une articulation du réseau gérontologique REGENERE avec un Centre local d'information et de coordination (CLIC). En effet, ces deux dispositifs visent à améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées.

Créés en 2000, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale classe les CLIC dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux. Avec la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales<sup>66</sup>, « le président du Conseil général devient l'unique maître d'œuvre des CLIC »<sup>67</sup>. Leur financement est

---

<sup>66</sup> REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel, n° 190 du 17 août 2004, 14545.

<sup>67</sup> DE HARO A., 2007, *CLIC et réseaux gérontologiques*, Bordeaux : Les études hospitalières, 90 p.  
Le président du conseil général décide de la création des CLIC, près avis du Comité régional d'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS). Il décide également des modifications de label ou de territoire.

assuré par le Conseil général. Pour les CLIC de niveau 2 ou 3, la CRAM peut apporter une participation.

Les missions des CLIC sont déclinées en trois niveaux de label.

Le CLIC de niveau 1 a un rôle d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien des familles.

Le CLIC de niveau 2 prolonge le niveau précédent mais il a en plus des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration de plans d'aide personnalisés. Il propose également de nombreux services à destination des personnes âgées et de leur entourage (par exemple des actions de formation, des actions de prévention).

En prolongement des niveaux 1 et 2, le CLIC de niveau 3 assure le suivi des plans d'aide personnalisés. Il articule prise en charge médico-sociale et coordination des acteurs des champs sanitaire et social<sup>68</sup>. Il formalise ce partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux par convention.

La coopération entre réseau gérontologique et CLIC est encouragée par les pouvoirs publics<sup>69</sup>. Le responsable du Service des solidarités et de la cohésion sociale du Conseil général, conformément aux orientations du Schéma gérontologique départemental, souhaite la création d'un CLIC sur le territoire du réseau.

Il s'agit d'une idée intéressante. Un CLIC serait complémentaire à l'action du réseau REGENERE et vice-versa. Tout d'abord, le CLIC facilite l'accès au grand public. Il s'adresse en effet à l'ensemble des personnes âgées, à leur entourage et aux professionnels ; tandis que le réseau concerne plus particulièrement les personnes âgées dépendantes en situation de rupture socio-sanitaire ou susceptible de l'être ou encore celles souffrant de maladies chroniques ou aiguës nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire. Le CLIC permet donc de faire connaître à un large public l'existence du réseau, son rôle de coordination et ses missions. Il lui donne une plus grande visibilité auprès de la population locale. Les deux structures peuvent aussi organiser ensemble des actions de formation, d'information ou de prévention. Quant au réseau, il offre une expertise médicale et paramédicale facilement mobilisable pour le CLIC.

---

<sup>68</sup> Il peut permettre l'intervention des SSIAD, des services d'aide à domicile, du portage de repas, des services de transport, des aides techniques, des accueils de jour, etc...

<sup>69</sup> MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/03/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. Bulletin Officiel, n° 2004-40. Circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées ». Déjà citée.

Il est important de bien définir les missions respectives du CLIC et du réseau, afin d'éviter tout doublon. La coopération entre les deux dispositifs doit être formalisée par une convention. Si le CLIC est au moins de niveau 2, il convient de prévoir un dossier minimum commun médico-social ainsi que l'organisation de réunions régulières sur la base de cas concrets. S'il s'agit d'un CLIC de niveau 3, une réflexion peut être menée afin de créer des équipes mixtes pour l'évaluation et le bilan des plans d'intervention personnalisés.

Dans le secteur du Cher nord-est, il serait plus réaliste de commencer par créer un CLIC de niveau 1 ou de niveau 2. Si l'expérience se révélait probante (articulation satisfaisante entre CLIC et réseau, valeur ajoutée apportée aux usagers), une labellisation de niveau 3 pourra alors être envisagée.

A l'instar de la création du réseau gérontologique, le directeur de l'Hôpital local de Sancerre peut jouer un rôle moteur dans la mise en place d'un CLIC. Il entretient des relations avec le Conseil général, qui est un de ses financeurs. Une éventuelle mutualisation des moyens humains est également concevable.

#### B) L'articulation avec d'autres réseaux

Une coopération avec d'autres réseaux de santé est souhaitable dans le futur. L'organisation de la première journée départementale des réseaux le 29 mars 2007 témoigne d'une volonté des différents dispositifs de nouer des partenariats.

Il est d'ores et déjà prévu de travailler avec la coordination départementale des établissements gériatriques (CDEG) via le dossier d'admission commun informatisé, qui concerne l'EHPAD Résidence Saint Pierre et l'Hôpital local de Sancerre.

Une articulation avec le réseau gérontologique ENVISAGER, initié par le Centre hospitalier de Vierzon, pourrait permettre de mutualiser des moyens humains.

Il existe aussi d'autres réseaux de santé portant sur des thématiques diversifiées avec lesquels REGENERE peut nouer des relations.

Une collaboration avec le réseau de soins palliatifs du Cher, émanation du réseau régional, est possible. Celui-ci regroupe un comité départemental<sup>70</sup>, une équipe d'appui départementale en soins palliatifs (EADSP), trois équipes mobiles de soins palliatifs

---

<sup>70</sup> Ce comité départemental de soins palliatifs est la structure décisionnelle du réseau à l'échelon départemental.

(EMSP) et des lits identifiés en soins palliatifs. La mise en place d'un partenariat peut être facilitée par le fait que le praticien hospitalier gériatre de l'hôpital local de Sancerre est le Président du Comité départemental. En outre, la création de cinq lits identifiés en soins palliatifs est inscrite dans le CPOM 2007-2010 de l'hôpital local.

Un partenariat avec le réseau CAMEL (Cher Association Réseau d'Aide aux Malades Diabétiques et d'Education locale) est à réfléchir. Ce réseau départemental, destiné aux diabétiques, a pour objectif de réduire les complications liées à leur maladie (hospitalisations, handicaps et décès) et d'améliorer leur qualité de vie. Il propose des aides individuelles aux malades (mise en place d'insulinothérapies par des infirmières à domicile, consultations psychologiques, « consultations du pied »), des ateliers éducatifs en groupe. Il organise aussi des formations pour les professionnels. Les deux réseaux pourraient s'adresser des patients. Des actions de formation ou de prévention communes pourraient être mises en place.

## Conclusion

La mise en œuvre du projet de réseau gérontologique REGENERE a été riche d'enseignements. Cela m'a permis de développer certaines compétences qui me seront très utiles pour mon futur exercice professionnel.

J'ai beaucoup appris en terme de développement stratégique d'un projet et de communication. Afin de pouvoir aboutir à la création du réseau envisagé, il convient de comprendre les logiques des différents partenaires et de les respecter. Mon discours ainsi que celui de mon maître de stage se sont adaptés en fonction de nos interlocuteurs. Un réseau de santé est en effet une organisation basée sur le volontariat de ses membres. Imposer un projet est voué à l'échec. Il faut convaincre les acteurs de son intérêt.

Je me suis rendue compte qu'un établissement de santé ne peut pas fonctionner replié sur lui-même. L'ouverture sur l'extérieur est fondamentale et permet de lui donner une visibilité dans le paysage sanitaire et social local. La mission d'un hôpital local ne se limite pas à soigner et à accueillir des personnes âgées. Il a également un rôle à jouer dans leur maintien à domicile.

J'ai également approfondi mes connaissances en matière juridique et financière.

Le réseau REGENERE est toujours en cours de constitution. A ce jour, le comité de pilotage réfléchit sur les différents aspects de celui-ci. Il devrait faire part de ses travaux à la fin de l'année 2007 pour une mise en œuvre dès l'année suivante. Cependant l'apprentissage du travail en réseau nécessitera plus de temps.

---

# Bibliographie

---

## Ouvrages

LARCHER P., POLOMENI P., 2001, *La santé en réseaux*, s.l: Masson, 187 p.

BARRE S., EVIN C., et al., 2005, *Traité pratiques des réseaux de santé*, Paris : Berger-Levrault, 273 p.

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

DE HARO A., 2007, *CLIC et réseaux gérontologiques*, Bordeaux: Les études hospitalières, 90 p.

## Périodiques

VINAS J.-M, septembre 1998, « L'avènement des réseaux. De la tuberculose aux ordonnances de 1996 », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 24, pp. 13-14.

SCHWEYER F.-X., novembre 2005, « Le travail en réseau, un consensus ambigu et un manque d'outils », n° 11, pp. 89-104.

ESPAGNOL P., avril 2007, « L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 décembre 2006 », *Etudes et Résultats*, n°569, pp1-4.

NOLFO N., avril 2007, « Une organisation qui a fait ses preuves », *Bulletin d'information de la Mutualité sociale agricole*, n° 73, pp. 22-23.

## **Rapports et plans**

LAROQUE P., 1962, Politique de la vieillesse, Paris : la Documentation française, 438 p.

COUR DES COMPTES, 2005, Les personnes âgées dépendantes : rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés. Paris : La Documentation française, 447 p.

DANIEL C., DELPAL B., LANNELONGUE C., mai 2006, *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR) : rapport définitif*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, 163 p.

MINISTERE DELEGUE A LA SECURITE SOCIALE, AUX PERSONNES AGEES, AUX PERSONNES HANDICAPEES ET A LA FAMILLE. Plan Solidarité-Grand Age. 27 juin 2006.

## **Mémoires**

BREARD V., 1995, *REGENERER (REseau GERontologique pour une NEcessaire REGulation) ou mise en place d'un réseau gérontologique en milieu rural à partir de l'hôpital local et des médecins généralistes de proximité*, Mémoire pour la capacité de gériatrie : Université de Nantes, 58 p.

BERNARD S., 1998, *Réseau : du concept à la réalité*, Mémoire ENSP de Directeur d'Etablissement Sanitaire et Social Public, 58 p.

## **Législation et réglementation**

Code de la santé publique

Code de la Sécurité sociale

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999. Journal Officiel, n° 300 du 27 décembre 1998, 19646-19663.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie. Journal Officiel, n° 167 du 21 juillet 2001, 11737-11743.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité sociale pour 2002. Journal Officiel, n° 299 du 26 décembre 2001, 20552-20574.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel, n° 2 du 3 janvier 2002, 124.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel, n° 54 du 5 mars 2002, 4118-4159.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. Journal officiel, n° 151 du 1<sup>er</sup> juillet 2004, 11944.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales. Journal Officiel, n° 190 du 17 août 2004, 14545.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel, n° 190 du 17 août 2004, 14598.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel, n° 296 du 22 décembre 2006, 19315.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Journal Officiel, n° 98 du 25 avril 1996, .6311.

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Journal Officiel, n°98 du 25 avril 1996, 6324.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). Journal Officiel, n° 252 du 27 octobre 2002, 17849-17850.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. 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. Journal Officiel, n° 294 du 18 décembre 2002, 20923.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Circulaire DHOS/O3/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé. Bulletin officiel, n° 2003-03.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2005-1681 du 26 décembre 2005 relatif aux groupements de coopération sanitaire et modifiant le Code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal Officiel, n° du 29 décembre 2005, 20372.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n° 2006-1332 du 2 novembre 2006 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires). Journal officiel, n° 255 du 3 novembre 2006, 16274.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITE. Décret n° 2007-973 du 15 mai 2007 relatif au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins. Journal Officiel, n° 113 du 16 mai 2007, 9369.

MINISTERE DE LA SANTE. 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'infections à VIH.

Circulaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse n° 36/93 du 6 avril 1993.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES.  
Circulaire DHOS/O3/DGAS/AVIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. Bulletin Officiel, n° 2003-26.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Lettre circulaire n°DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques. Bulletin Officiel, n° 2004-40.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES Circulaire n° DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM. Bulletin Officiel, n° 2007-4 du 15 mai 2007

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O2/2007/117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Bulletin Officiel, n°2007-06 du 15 juin 2007.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire n°DHOS/O2/O3/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé «personnes âgées ». Bulletin Officiel, n° 2007-6 du 15 juillet 2007.

### **Site Internet**

MINISTERE DE LA SANTE. Espace Santé [visite le 27 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>



---

## Liste des annexes

---

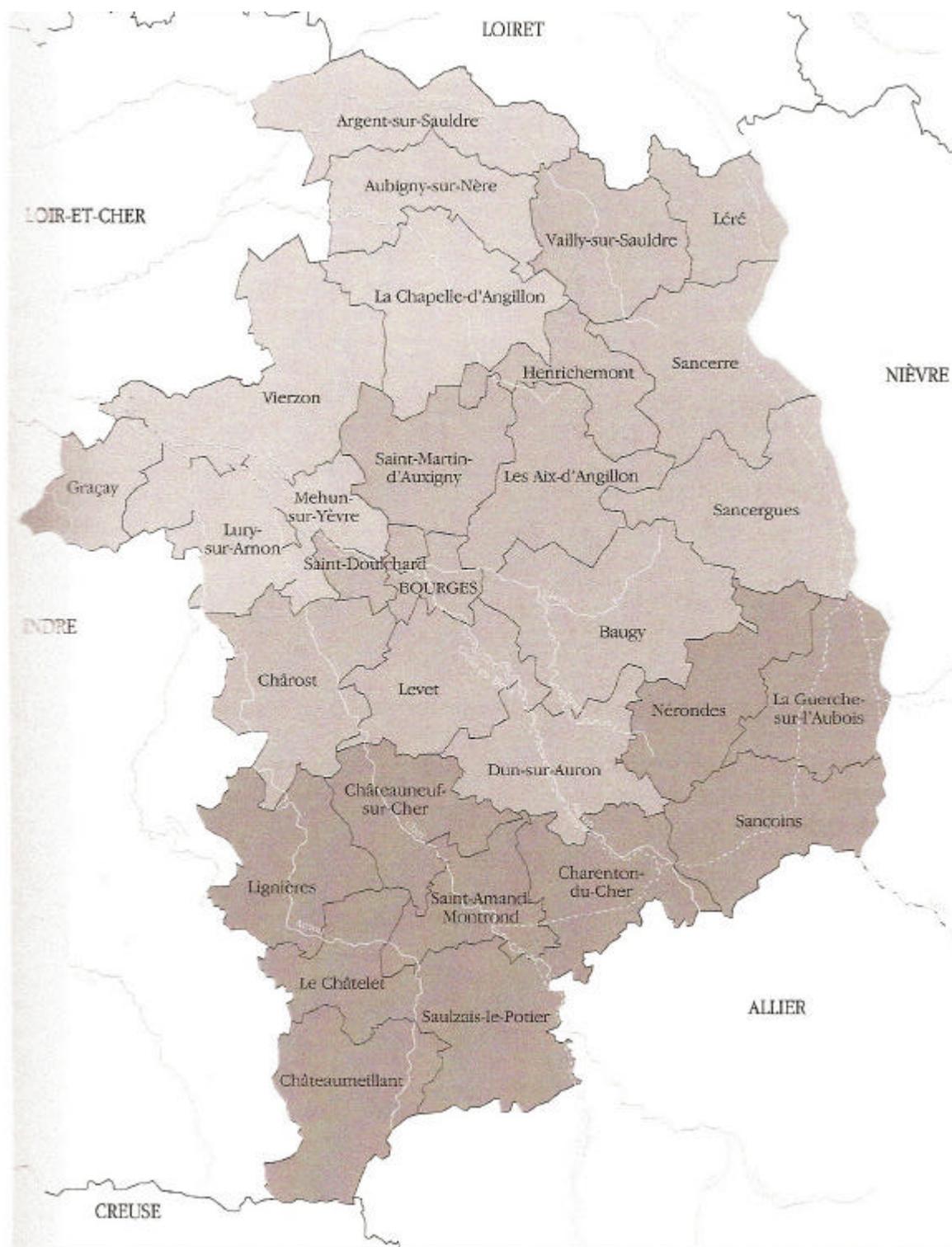
ANNEXE 1 : Carte des cantons du Cher

ANNEXE 2 : Tableaux démographiques

ANNEXES 3 : Diaporama « Méthodologie pour la mise en place d'un réseau. *Constitution d'un comité de pilotage* »

ANNEXE 4: Comparaison entre l'association loi 1901 et le groupement de coopération sanitaire (GCS).

## ANNEXE 1 : Carte des cantons du Cher



## ANNEXE 2 : Tableaux démographiques

	Population totale	Population 60 ans et +	Population 60-74 ans	Population 75 ans et +	Densité moyenne de population (en habitants/ km2)
<b>Canton de Léré</b>	6 123	1 648	1 078	570	41
<b>Canton de Sancergues (5 communes)</b>	1 847	642	425	217	18
<b>Canton de Sancerre</b>	9 802	3 159	1 903	1 256	33
<b>Canton de Vailly-sur-Sauldre</b>	3 500	1 299	765	534	14
<b>Total des cantons</b>	21 272	6 748	4 171	2 577	27
<b>Département du Cher</b>	314 388	81 839	51 062	30 777	43
<b>Région Centre</b>	2 439 962	569 501	354 570	214 931	62

Source : INSEE, recensement 1999

	% 60 ans et + / population totale	% 60-74 ans / population totale	% 75 ans et + / population totale
<b>Canton de Léré</b>	26,9 %	17,6 %	9,3 %
<b>Canton de Sancergues (5 communes)</b>	34,8 %	23 %	11,8 %
<b>Canton de Sancerre</b>	32,2 %	19,4 %	12,8 %
<b>Canton de Vailly-sur-Sauldre</b>	37,2 %	21,9 %	15,3 %
<b>Total des cantons</b>	31,7%	19,6 %	12,1 %
<b>Département du Cher</b>	26 %	16,2 %	9,8 %
<b>Région Centre</b>	23,3 %	14,5 %	8,8 %

Source : INSEE, recensement 1999

### **ANNEXE 3 :**

#### **Diaporama « Méthodologie pour la mise en place d'un réseau.**

#### ***Constitution d'un comité de pilotage »***

##### **COMPOSITION**

- 2 représentants des professionnels libéraux
- 1 médecin représentant l'Association pour la permanence des soins dans le Cher nord
- 1 praticien hospitalier
- 1 directeur d'établissement public de santé
- 1 directeur d'établissement privé médico-social
- 2 représentants des élus locaux

##### **COMPOSITION (suite)**

- 1 responsable de SSIAD
- 1 représentant du Conseil général
- 1 représentant de la MSA
- 1 assistante sociale de la CRAM
- 1 représentant de la DDASS
- 3 représentants des usagers
- 2 représentants des associations d'aide à domicile

## MISSIONS

- Déterminer les orientations du réseau
  - Cibler la population prise en charge et les pathologies
  - Travailler sur les valeurs communes et l'éthique

## ORGANISATION DU RESEAU

- Définir les modalités d'organisation
  - Dénommer le réseau
  - Créer les différents outils propres au réseau (charte, convention constitutive...)
  - Définir l'organisation de la prise en charge du patient
  - Préciser les modalités de coordination des professionnels
  - Définir les modalités de communication prévues

## **FINANCEMENT DU RESEAU**

- Préparer le dossier de financement
  - Rechercher les différentes sources de financement possibles
  - Faire les démarches administratives nécessaires

## **EVALUATION DU RESEAU**

- Déterminer les modes de suivi et évaluation du projet
  - En interne
  - En externe

**ANNEXE 4 : Comparaison entre l'association loi 1901 et le groupement de coopération sanitaire (GCS).**

	<b>Association loi 1901</b>	<b>Groupement de coopération sanitaire (GCS)</b>
Les membres	Des établissements publics de santé, des établissements privés de santé, des personnes morales ou physiques de droit public ou de droit privé	Les membres mentionnés à l'article L. 6321-1 du CSP, à savoir les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des groupements de coopération sanitaire, des centres de santé, des institutions sociales
Les modalités de création	C'est une convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun de façon permanente leurs connaissances ou leurs activités dans un but autre que de partager des bénéfices. C'est une personne morale de droit privé.	Par une convention constitutive approuvée et publiée par le Directeur de l'ARH (DARH). Le GCS dispose de la personnalité morale de droit public ou de droit privé
Les formalités préalables à la création	Dépôt des statuts à la préfecture dans le cas d'une association déclarée. Délibérations des instances des établissements de santé ou des	Délibérations des instances des établissements de santé ou des établissements médico-sociaux. Approbation de la convention constitutive par

	établissements médico-sociaux.	le DARH et publication.
Les organes administratifs	Ils sont fixés dans les statuts : un organe délibérant, un organe exécutif, un président.	Une assemblée générale, organe délibérant et décisionnel. Un administrateur unique, organe exécutif.
Le personnel	Peut recruter directement et rémunérer son propre personnel. Peut bénéficier de mise à disposition de fonctionnaires ou de personnel médical privé.  Chaque personnel mis à disposition continue à être rémunéré par son établissement d'origine.	Peut recruter directement du personnel. Peuvent bénéficier de mise à disposition de personnels ; ils restent régis par leur contrat de travail, les conventions ou les accords collectifs de travail ou par leur statut.  Le GCS permet les interventions communes de ses salariés, de professionnels (médicaux ou non) des établissements membres et des professionnels libéraux membres ou partenaires du réseau.  Chaque personnel mis à disposition continue d'être payé par son établissement, ce dernier effectuant une refacturation au GCS.
Le mode de financement	Cotisations, apports de biens, droits d'entrée, subventions...  L'association peut obtenir des aides sur les fonds destinés au réseau de santé (FIQCS	La convention constitutive fixe les modalités de la participation financière des membres. Les droits des membres sont fixés à proportion soit de leurs apports, soit de leurs participations aux frais de fonctionnement.

	notamment).	Le GCS peut obtenir des aides sur les fonds destinés au réseau de santé (FIQCS notamment).
La responsabilité des membres	Les membres ne sont pas tenus responsables des dettes.	Les membres sont responsables indéfiniment des dettes du GCS dans la proportion de leurs droits.