

# Colloque Filières Gériatriques

30 janvier 2007



Centre Gérontéval

# **Articulation des filières gériatriques et des réseaux de santé**

Gilles Poutout  
Centre National de l'Expertise Hospitalière

## La filière gériatrique dans le programme gériatrique d'avril 2006

Labellisation

Service  
d'urgence

Court  
séjour  
gériatrique

Accueil  
non  
programmé  
aux urgences

Pôle  
d'évaluation  
gériatrique

Équipe  
Mobile  
d'appui  
gériatrique

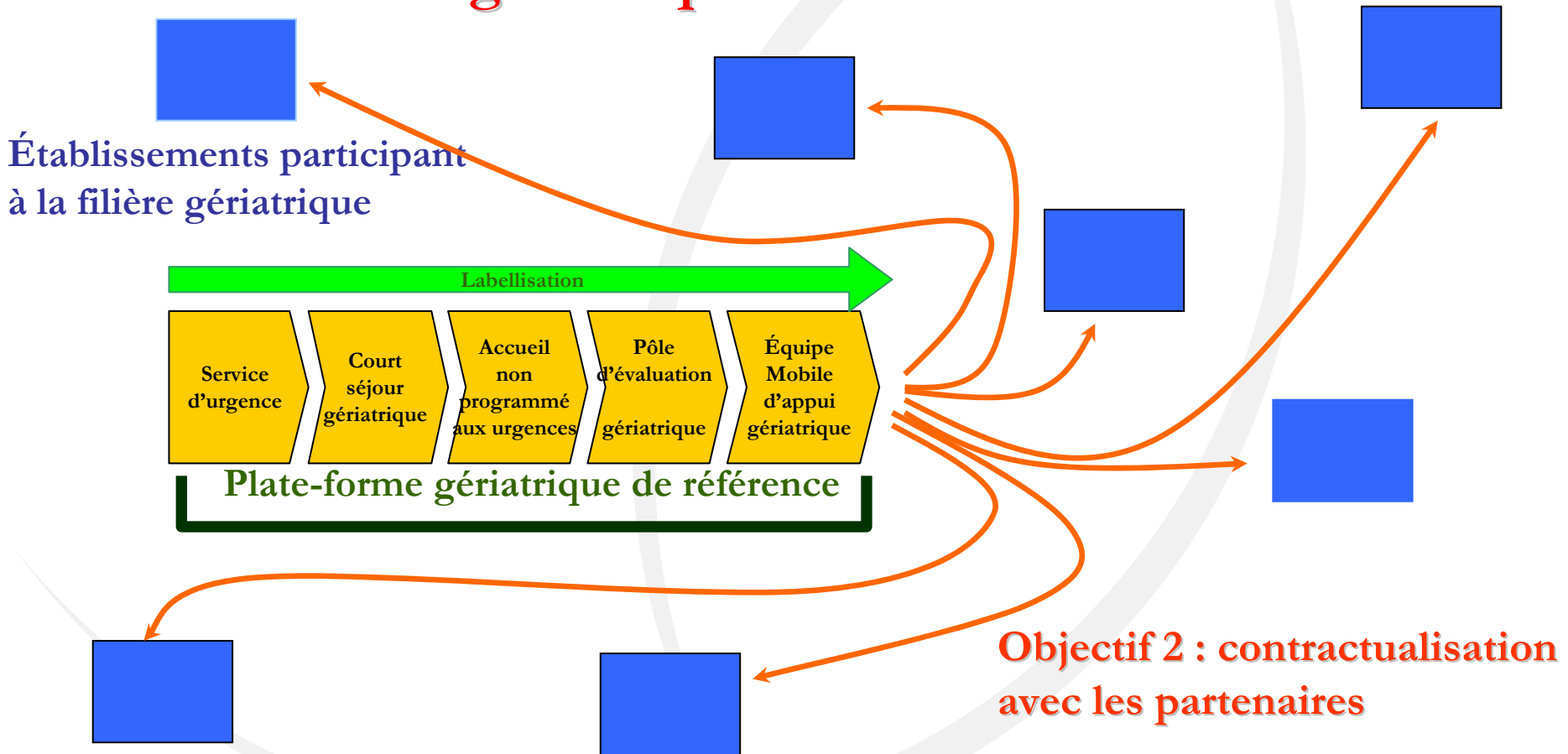
SSR  
gériatrique

USLD

Plate-forme gériatrique de référence

Établissements participant  
à la filière gériatrique

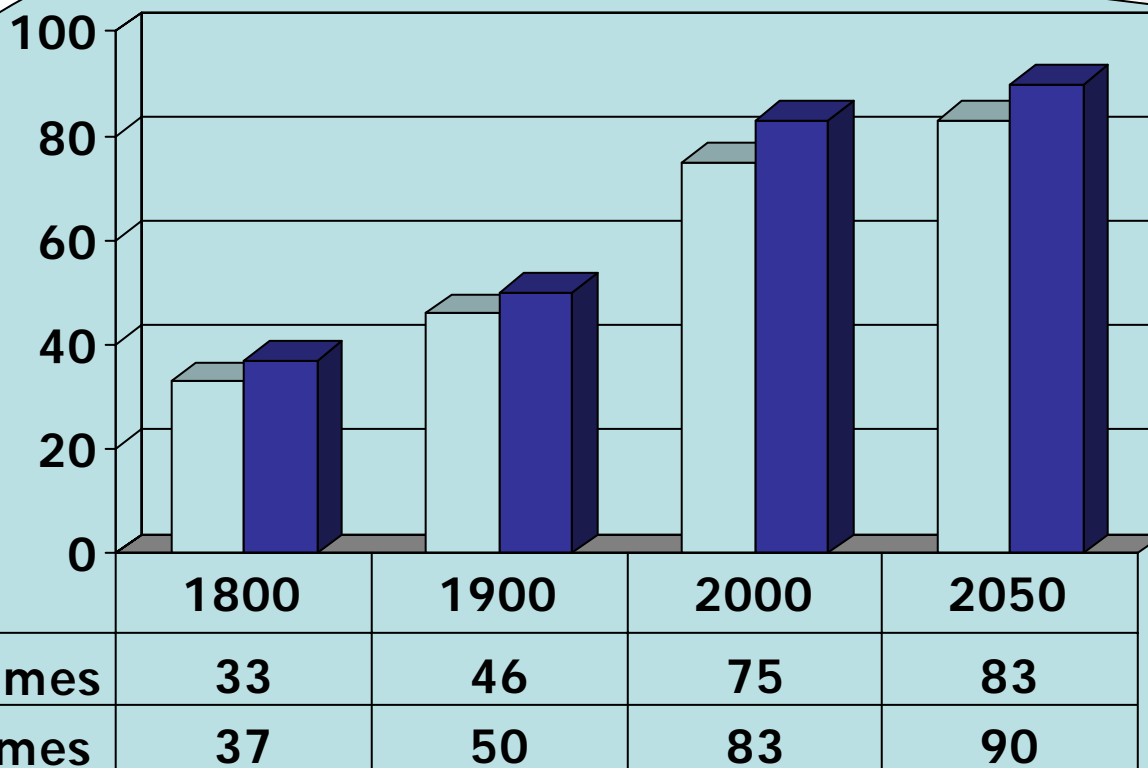
## La filière gériatrique dans le programme gériatrique d'avril 2006



Où ?

**Le territoire de santé**

## Où ?



## Où ?

- ❑ 95% des plus de 65 ans vivent à domicile
- ❑ 40% des femmes de plus de 80 ans vivent seules
- ❑ 1,3 million de personnes en état de dépendance moyenne ou élevée (GIR 1, 2, 3 & 4)
- ❑ 75% des personnes souffrant de pathologies démentielles vivent à domicile
- ❑ 40% des 80 ans et + vivent à domicile avec des difficultés majeures de déplacement et 6% sont confinés au domicile

## Où ?

### Une multiplicité de réponses utiles mais éparées

#### L'APA

Augmentation continue du nombre de places de **SSIAD**

Mesures pour favoriser le **maintien à domicile**

#### Les CLIC

**Multi**ples initiatives des collectivités locales, des associations, de l'Assurance Maladie, de la CNAVTS, etc.

- « **Les dispositifs actuels** de prise en charge de la dépendance à domicile et en établissement paraissent **inadaptés**. Ils relèvent de **plusieurs autorités publiques**, ils sont **très complexes, bureaucratiques et mal coordonnés** »

*Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999*

## Le programme pour la gériatrie – avril 2006



### 4<sup>ème</sup> objectif :

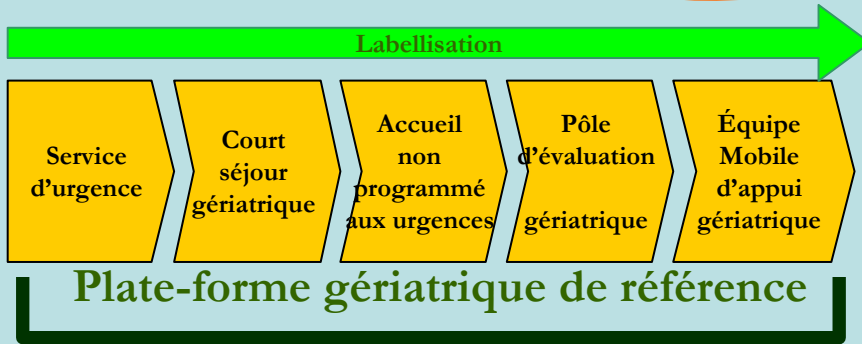
« développer la coordination entre tous les partenaires, tout au long du parcours du patient »

« mesure 29 : poursuivre la mise en œuvre des CLIC »

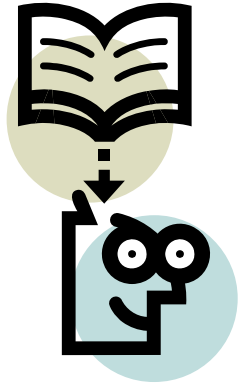
« mesure 30 : faciliter la création des réseaux gérontologiques par l'élaboration d'un cahier des charges national et d'un guide du promoteur »

« mesure 31 : coordonner les actions des CCAS, des CLIC et des réseaux gérontologiques en définissant les rôles et missions respectives de chacun »

Établissements participant  
à la filière gériatrique



**Objectif 4 : COORDINATION  
SANITAIRE, SOCIALE &  
MEDICO-SOCIALE**



**C'EST A CE NIVEAU  
ET SUR CE TERRITOIRE  
QU'INTERVIENNENT  
LES PROBLEMATIQUES DU RESEAU  
ET  
DE L'ARTICULATION  
DU RESEAU ET DE LA FILIERE**

**Complexité  
du  
système  
de santé  
et de  
protection  
sociale**

***Cumul***

**Complexité  
de la  
problématique  
de prise  
en charge  
des  
personnes âgées**

## Problématique du « maintien à domicile » pour des personnes dont l'état est chronique et évolutif

Le maintien à domicile pose des questions complexes qui nécessitent la **coopération de compétences** :

- variées (pluridisciplinaires)**
- complémentaires**
- et non exclusives** d'institutions ou d'acteurs opérant sur un même territoire

- La question posée est celle de la **coordination**
- Comment **harmoniser** les interventions d'acteurs complémentaires mais fonctionnant selon des règles et des logiques différentes voire contradictoires ?



# C'est cette question qui est à l'origine de la création des réseaux de santé en France

## *le «paradoxe français»*

- *Une segmentation profonde et anachronique*
- *La prise en charge au long cours du patient n'est pas organisée*

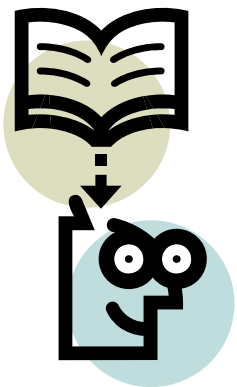
## La définition légale des réseaux de santé à partir de 2002

*« Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins »*

*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 »*

L 6321-1 du Code de la Santé Publique

## Depuis 2002, les réseaux de santé sont une réalité inscrite dans les textes

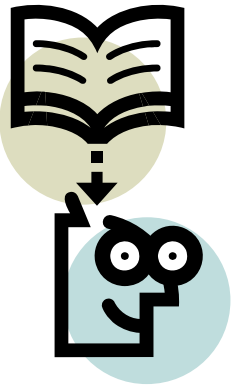


*« Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 et d'actions de coopération mentionnées au titre III du présent livre. »*



*Code de la Santé Publique*

## Les réseaux de santé : une réalité dans les textes depuis 2002

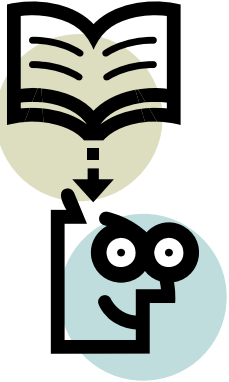


*« vous inciterez fortement le développement des réseaux de santé »*  
*« les réseaux doivent bénéficier du soutien de l'ARH et de l'URCAM au titre de la DDR et leur création peut être suscité dans le cadre du SROS »*



*Circulaire de préparation des SROS III (mars 2004)*

... et encore



*« mesure 29 : coordonner systématiquement les soins en ville et à l'hôpital au tour du patient : généralisation des réseaux de cancérologie en 2007 »*



*PLAN CANCER (mars 2003)*

*« généraliser les réseaux de santé mentale d'ici à 2008 »*



*PLAN SANTE MENTALE (février 2005)*

*« adapter les modes de prise en charge de l'accouchement par la couverture de tout le territoire en réseaux de périnatalité »*



*PLAN PERINATALITE (novembre 2004)*

## La circulaire DHOS/DGS du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique



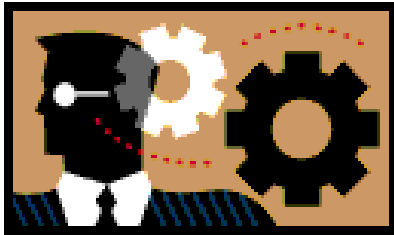
Il faut « privilégier une prise en charge de proximité. Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur du patient gériatrique... il s'appuiera sur un réseau de soins gériatrique lorsqu'il existe »

« Le médecin généraliste doit être en mesure d'utiliser au mieux les possibilités offertes par l'hôpital et plus largement par le réseau de santé »

« Le réseau de santé trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet dans certains cas de l'éviter »

« Ces réseaux de santé doivent au minimum s'articuler avec les CLIC. Le CLIC de niveau 3 peut être le support du réseau »

## Un débat organisé le 19 janvier par une organisation syndicale...



La DHOS estime qu'il est « impossible de dissocier la prise en charge médicale et sociale » ; « plusieurs outils permettent aux différents secteurs de coopérer : les GCS, les réseaux de santé, etc. » ; elle appelle « les initiatives de terrain et les expérimentations »

Le représentant de la CNSA soutient « l'objectif de décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social », mais indique que les réseaux n'ont « pas réussi à intégrer » ces secteurs, trop focalisés sur « la médecine de ville et l'hôpital »

## Qu'en est-il vraiment ?

# Que représentent les réseaux de santé aujourd'hui ?

Les réseaux de santé sont une réalité « sociale »



Plus de 500 réseaux de santé en France  
en 2006 !

Plus de 400 en DDR – encore quelques FAQSV

... dans le domaine des soins palliatifs (80 réseaux en France), du cancer (75), des pathologies chroniques (70+), du diabète (60), **des personnes âgées (45)**, de la périnatalité (35), de la toxicomanie, des addictions et de la santé mentale (30)

## *Pourquoi un réseau ?*

*Dépasser le « gap » hôpital - ville – domicile*

*Offrir un véritable parcours de soins*

*Expérimenter des formes nouvelles et collégiales de coopération*

**Les réseaux sont un des moyens pour  
revenir au caractère transversal de la  
personne et de sa maladie...**

## Bref historique des réseaux de santé

Et après  
2007 ?

2006 : du  
FAQSV à la DDR

Loi 4/03/02 : définition  
des **réseaux de santé**

LFSS 2002 :  
création de la **dotation réseaux (DDR)**

**FAQSV** : octobre 2000

Ordonnances 24/04/96 : réseaux hospitaliers et  
expérimentaux (Soubie)

1991 : **circulaires SIDA DH/DGS**

Années 90 : Développement des réseaux SIDA

## Quels sont les textes de référence ?

**Loi de financement de la SS 2002**

→ articles L 162-43 à L 162-45 CSS



**Loi 2002-303 du 4/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**

→ articles L 6321-2 & L 6321-2 CSP



## La dotation nationale de développement des réseaux (DNDR)

« Art. L. 162-45. - Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

« **En tant que de besoin, elle peut déroger [à certaines dispositions] du code de la sécurité sociale** »



## Trois documents juridiques de base

- Le « **document d'information aux usagers** » défini à l'article D 766-1-3 du Code de la Santé Publique (D 6321- 3)
- La « **charte du réseau** » définie à l'article D 766-1-4 du Code de la Santé Publique (D 6321- 4)
- La « **convention constitutive** » définie à l'article D 766-1-5 du Code de la Santé Publique (D 6321- 5)

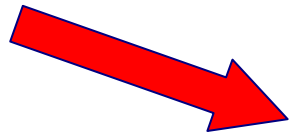
***→ Ces documents constituent le véritable patrimoine génétique du réseau***

➤ Le « **document d'information aux usagers** » défini à l'article D 766-1-3 du Code de la Santé Publique (D 6321- 3)

### Mots-clés :

- « libre choix »
- « fonctionnement du réseau »
- « prestations proposées »
- « information à chaque étape de la prise en charge »
- « engagements réciproques de l'utilisateur et des professionnels »
  - « signés »

La « **charte du réseau** » définie à l'article D 766-1-4 du Code de la Santé Publique (D 6321- 4)



### Mots-clés :

- « rôle respectif des intervenants »
- « modalités de coordination et de prise en charge »
  - « modalités de partage de l'information »
    - « principes éthiques »
- « référentiels et protocoles de prise en charge »

# Recréer les liens naturels entre le « parcours de soins » et les mesures spécifiques visant des populations particulières?

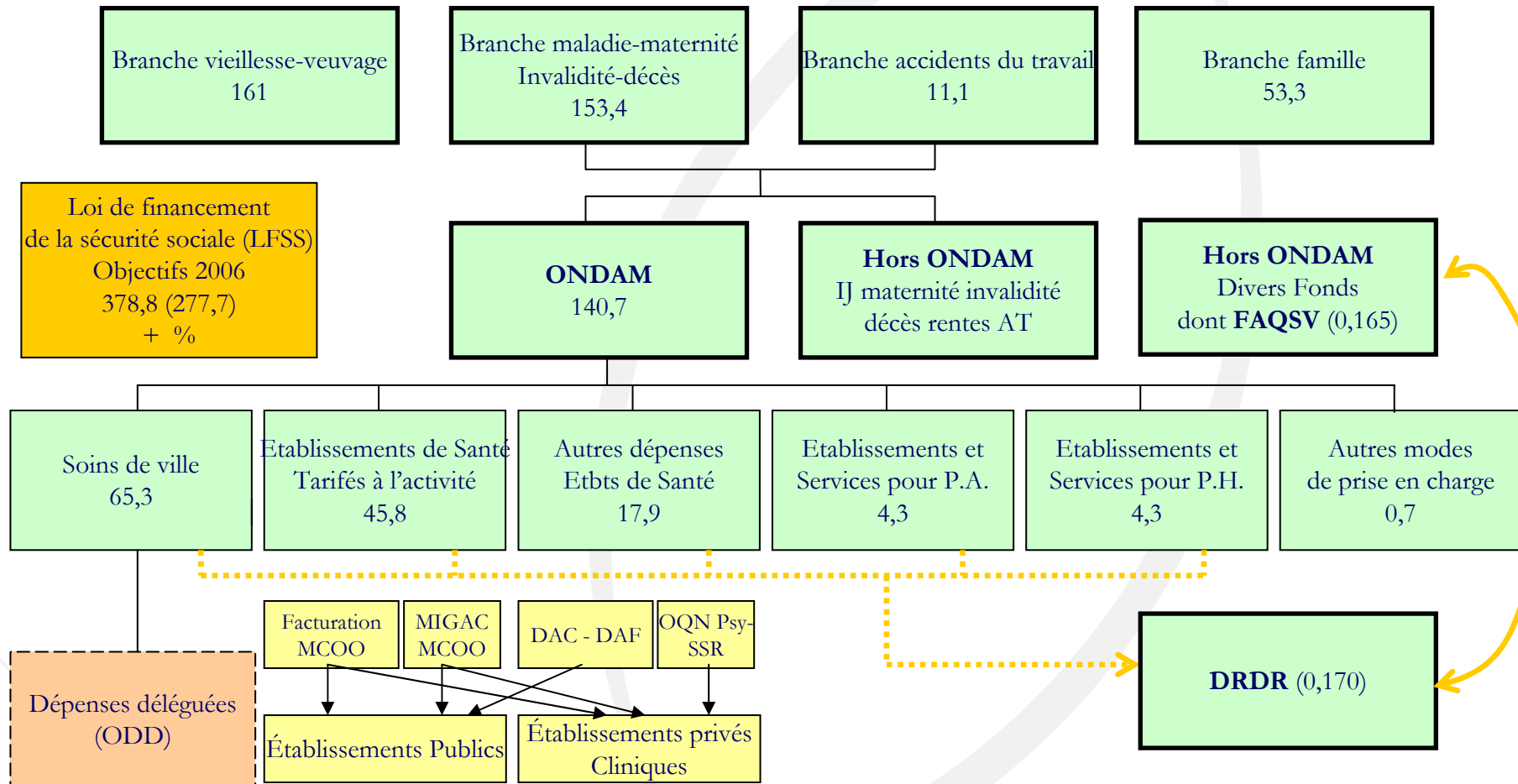
*Art. L 162-5-3 Code SS : « Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de 16 ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci...*

*Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du DMP... »*

*Art. L 161-36-1 Code SS : « Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose... d'un dossier médical personnel constitué... notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins... »*

# Le financement des réseaux de santé

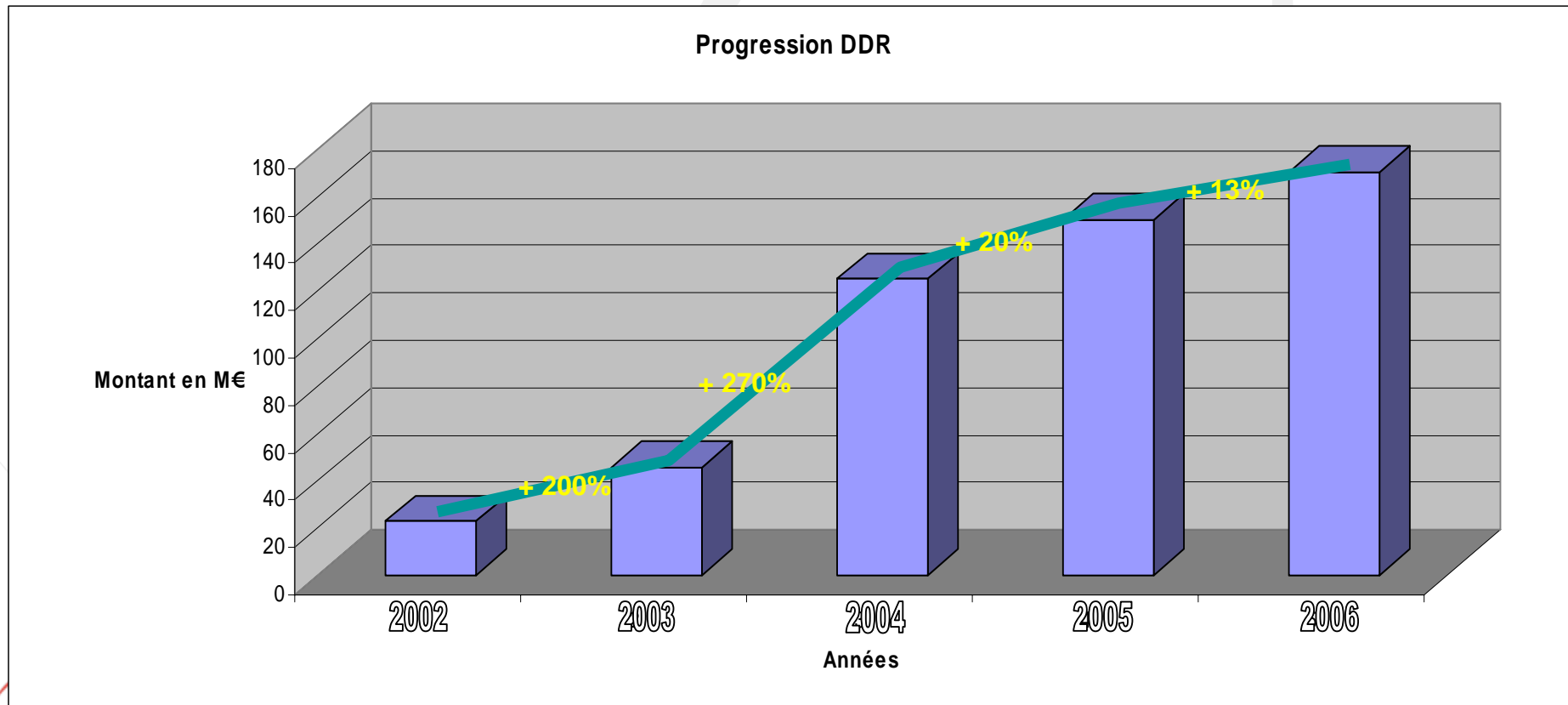
La loi de financement de la SS 2006 – FAQSV & DRDR  
en milliards d'euros



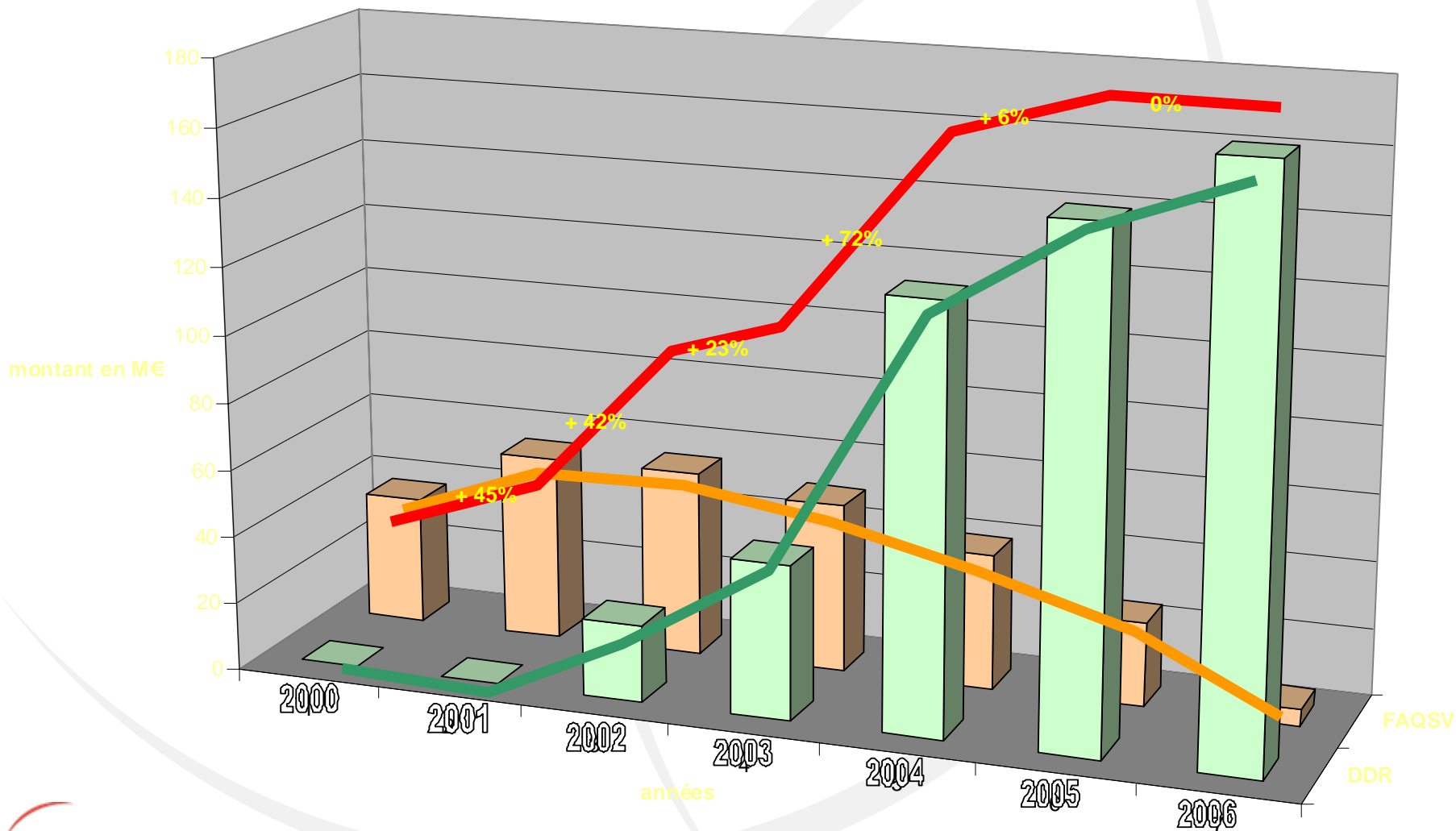
Fixé par la LFSS  
Fixé par le gouvernement

Fixé par le gouvernement  
Avenant à la convention  
d'objectifs et de gestion  
avec la CNAMTS.

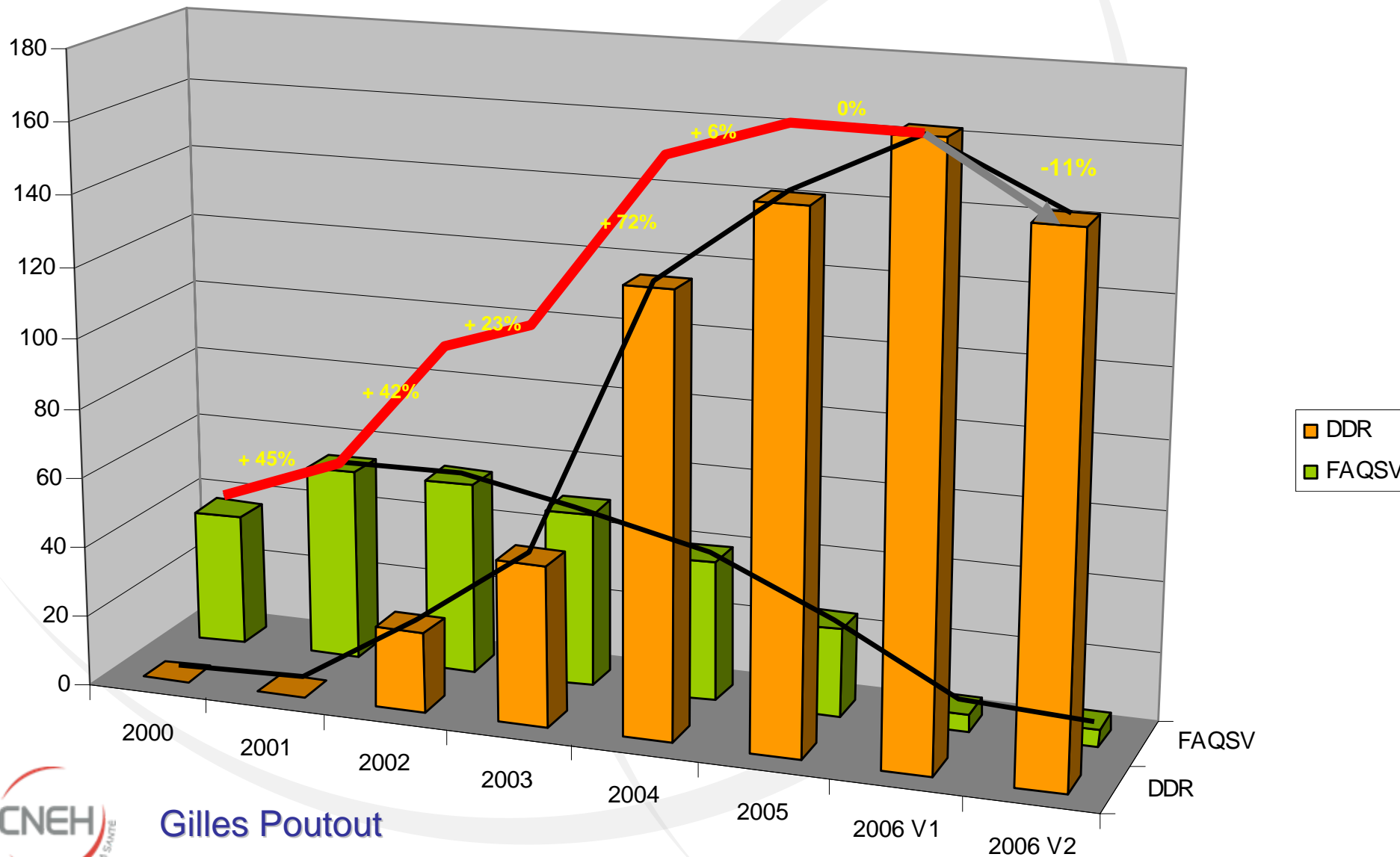
# L'évolution du financement des réseaux depuis 2000



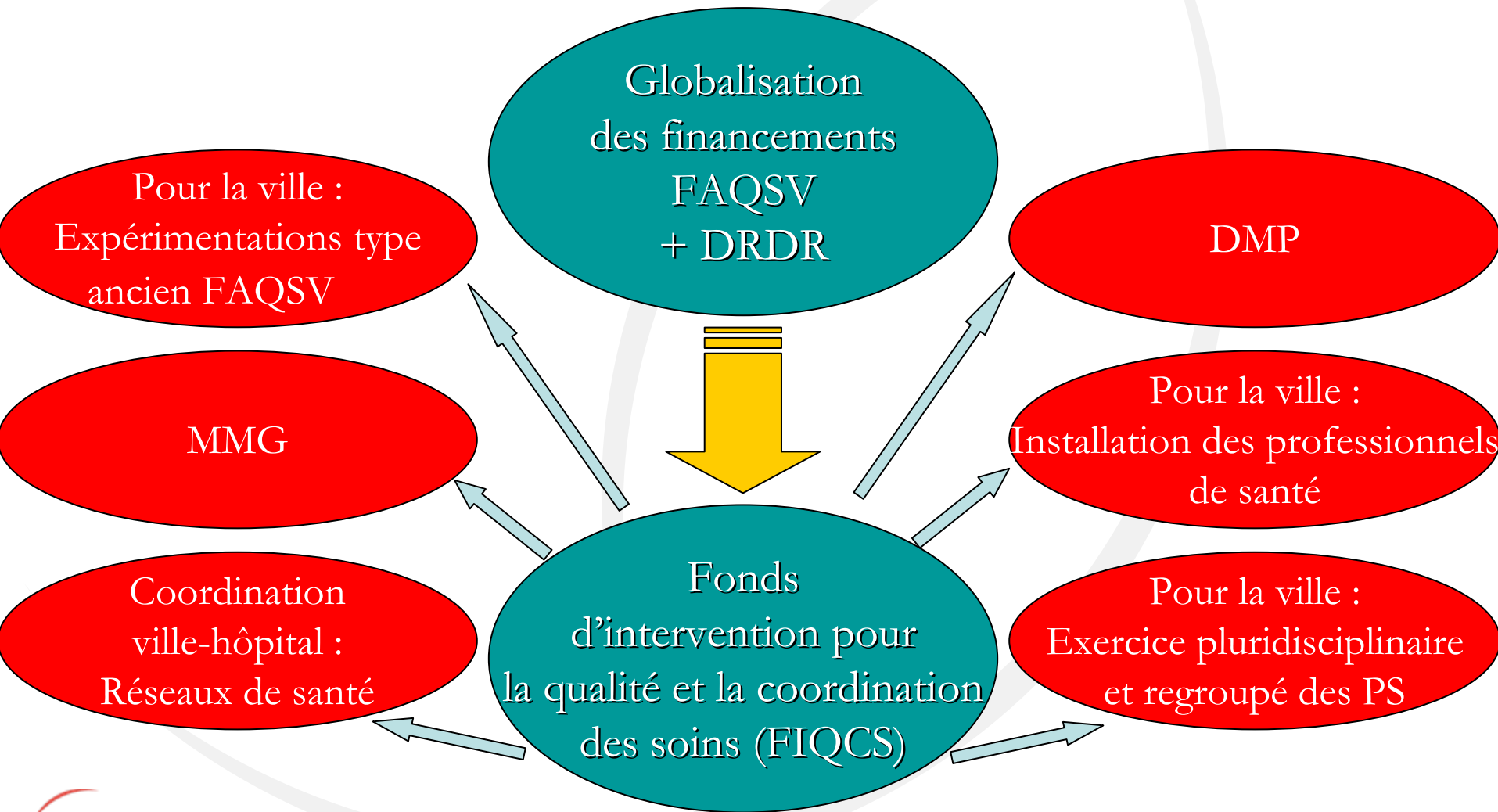
## Financements réseaux



# L'impact des mesures d'économie d'octobre 2006



# Les financements : ce qu'on va faire !



# *En conclusion, qu'est ce qu'un réseau ?*

*La réponse réglementaire : article D 6321-2 CSP :*

*Un réseau de santé doit atteindre « l'objectif d'une prise en charge globale de la personne »*

*La réponse « philosophique » :*

*« Il s'agit d'associer des gens de disciplines diverses, pour éclairer un même objet différemment. Chacun reste ce qu'il est, simplement il doit apprendre à parler avec l'autre. Le biologiste reste le biologiste, mais il peut trouver une passerelle et trouver la richesse d'un psychanalyste ou d'un sociologue »*

*Boris Cyrulnik dans Dialogue sur la Nature Humaine, avec Edgar Morin  
Editions de l'Aube - 2000*

## *En conclusion (2)*

### ■ *Pour réussir un réseau de santé*

- 👍 UN CŒUR : LA PERSONNE, LE PATIENT
- 👍 UNE ÂME : LA VOLONTÉ  
DES PROFESSIONNELS
- 👍 DES JAMBES : LES PROTOCOLES  
DE PRISE EN CHARGE
- 👍 UN SYSTÈME NERVEUX : LE SYSTÈME  
D'INFORMATION
- 👍 UNE TÊTE : LES MODES DE COORDINATION
- 👍 UN ESTOMAC : LES MOYENS FINANCIERS
- 👍 UN SQUELETTE : LE STATUT JURIDIQUE

## *En conclusion (3)*

*« Pour avancer, il faut avoir le souci de l'autre, le souci de soi, le souci de l'institution » (Paul Ricoeur)*

### *Les 3 points – clés :*

- *« avoir le souci de l'autre » : le patient ... et ce n'est pas une « tarte à la crème », c'est ce qui fonde la différence entre la médecine et la technique*
- *« avoir le souci de soi » : le professionnel ... le réseau de santé doit rendre un service au professionnel et restaurer son identité professionnelle*
- *« avoir le souci de l'institution » : l'évaluation ... c'est elle qui légitime l'organisation mise en place pour prendre en charge le patient de manière globale et continue en certifiant la qualité de l'intervention de chaque acteur*

# *Quelques références bibliographiques*

- *2001 : La Santé en Réseaux : Pierre Larcher, Pierre Poloméni - Masson*
- *2002 : Créer et piloter un réseau de santé : F.X. Schweyer – Ed. ENSP*
- *2005 : Réseaux de santé : la qualité en pratique : CNR*
- *2005 : Traité Pratique des Réseaux de Santé : Gilles Poutout, Cabinet Houdart, Claude Evin – Berger-Levrault*
- *2005 : Les réseaux de santé – 5 ans après – CNEH – Technologie et santé*
- *2005 : La Santé en Réseaux – Quelles innovations ? Sociologies Pratiques - PUF*
  
- *Le rapport qu'on peut ne pas lire : rapport IGAS de septembre 2006*

## *Enseignements spécialisés*

- *Université de Marne-la-Vallée – Master Nouvelles organisations et réseaux de santé*
- *Université d'Aix-Marseille*
- *Université de Besançon*
- *Ecole Centrale Paris*