

Rencontres nationales des réseaux gérontologiques **10 ans après,** **enjeux et perspectives**

Actes de la journée
Mardi 2 février 2010

Fédération Nationale des réseaux Gériatologiques
Mutualité Sociale Agricole

Actes de la journée

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| Discours d'accueil du Dr Roger PRUVOST, Président de la FNRG | 1 |
| Table ronde N°1 - Perspectives d'avenir pour les réseaux de santé | 5 |
| 1 ^{er} temps | 5 |
| 2 ^{ème} temps | 27 |
| Table ronde N°2 - Regards croisés sur les fédérations de réseaux de santé : pourquoi et comment construire ensemble ? | 35 |
| Table ronde N°3 - Comment mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage ? | 43 |
| Table ronde N°4 - Quels intérêts d'une étroite collaboration entre un régime de protection sociale et les réseaux de santé ? | 49 |
| Conclusion de M. Philippe LAFFON, Directeur de la Santé, CCMSA | 52 |
| Table des sigles | 53 |



Dr Roger PRUVOST

Mesdames, Messieurs,

La Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) et sa partenaire, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), ont souhaité organiser un événement particulier pour les 10 ans d'existence effective des réseaux gérontologiques.

En effet, c'est en 2000 que tout a commencé avec l'expérimentation menée par la MSA. Depuis 2004, date de fin de l'expérimentation et de création de la Fédération, nous n'avons cessé de développer nos activités pour répondre aux besoins des personnes âgées.

Aujourd'hui, 10 ans après, 15 des réseaux expérimentaux existent toujours, et la Fédération a accueilli 13 nouveaux réseaux. Ceci témoigne de nouveaux territoires couverts mais également de nombreux territoires restant à couvrir. L'égalité d'accès à des soins coordonnés n'est malheureusement pas encore assurée. C'est la raison pour laquelle la Fédération et la MSA se mobilisent et continuent à unir leurs forces pour mailler nos campagnes.

Cette journée sera l'occasion de réfléchir à la place des réseaux de santé dans un système de santé en pleine recomposition. La mise en oeuvre des Agences Régionales de Santé (ARS) soulève bien des interrogations.

C'est l'objet de la première table ronde. En effet, les réseaux ont besoin d'en savoir plus sur la place qui leur sera faite au sein de ces institutions, dont le périmètre d'intervention est très large.

Puis nous nous arrêterons sur les regroupements locaux ou nationaux de réseaux de santé, qui offrent une plus grande lisibilité aux petites associations que nous sommes. Petites associations qui se fixent un objectif intangible : la satisfaction des usagers, sujet de la troisième table ronde.

Enfin, nous ne pouvions terminer cette journée sans nous interroger - peut-être même nous en féliciter - sur le travail accompli conjointement par la MSA et les salariés et les bénévoles des réseaux gérontologiques.

Nous vous présenterons également quelques outils de communication spécialement créés pour promouvoir les réseaux gérontologiques.

Car ce n'est pas toujours facile de faire comprendre à tout un chacun ce qu'est une coordination des professionnels autour d'une personne âgée.

Le programme des réjouissances étant maintenant posé, je vous souhaite une excellente journée.







Laurent CHEVAL

Journaliste, animateur de la journée

*« Les anniversaires ne valent que s'ils constituent des ponts jetés vers l'avenir . »
(Jacques CHIRAC)*

Tout au long de cette journée, nous allons beaucoup parler de l'avenir des réseaux de santé, mais nous n'allons pas nous interdire de réfléchir à ce qui s'est passé avant, que cela ait été négatif ou positif.

Cette journée, interactive, sera organisée autour de quatre thèmes. Cet après-midi, nous nous intéresserons à la manière de répondre aux besoins des personnes âgées et de leurs aidants ; nous verrons également l'intérêt d'une collaboration étroite entre un régime de protection sociale et les réseaux de santé. Et, en avant première, nous vous ferons découvrir le tout nouveau site de la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques.

Ce matin, nous allons parler de ce qui est l'actualité du moment : la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST). Nous verrons également l'intérêt pour les réseaux de construire ensemble.

Avant de commencer, je vous propose de découvrir une animation destinée à expliquer clairement ce que sont les réseaux gérontologiques. Ce n'est pas toujours facile de comprendre leur fonctionnement. A l'occasion des 10 ans des réseaux gérontologiques, la Fédération a souhaité créer un outil simple, pédagogique qui pourra être utilisé lors de vos réunions, de vos séminaires, de vos journées de formation.

**Animatic « Qu'est-ce qu'un réseau gérontologique ? »
sera disponible sur le site Internet de la Fédération**





Table ronde 1

Perspectives d'avenir pour les réseaux de santé - 1^{er} temps



Laurent CHEVAL

Le système de santé est en pleine évolution. Les mois à venir seront marqués par la mise en œuvre de la loi HPST, vecteur de grands changements. Nos invités, que je remercie pour leur participation, évoqueront les incidences de la loi sur les réseaux de santé, et notamment les réseaux gérontologiques.

- **M. Laurent VACHEY,**
Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
- **Mme Christine BRONNEC,**
Chef du bureau O2, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative
- **M. Gilles POUTOUT,**
Directeur délégué du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)
- **M. Philippe LAFFON,**
Directeur de la Santé, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)
- **Mme Marie-Sophie DESAULLE,**
Directrice générale de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire (excusée)



Mme Christine BRONNEC

Pouvez-vous nous rappeler les grands principes de cette loi et ce que cela va concrètement changer pour les réseaux de santé et le monde hospitalier ?

Je souhaite préalablement excuser Mme Annie PODEUR qui aurait aimé pouvoir participer à cette journée, mais son agenda ne lui a pas permis de se joindre à nous. Effectivement, la loi apporte une nouvelle dynamique. C'est une loi importante qui se décline en quatre chapitres : la modernisation des établissements de santé, l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, la prévention et la santé publique - à noter que l'éducation thérapeutique est maintenant inscrite dans la loi

et l'organisation territoriale du système de santé.

Tout cela est cohérent. L'offre de soins graduée devra être accessible à tous : coopération organisée et formalisée, maillage territorial, parcours de santé des patients, au sein duquel le domicile est essentiel.



Actes de la journée

Dans cette perspective, l'ensemble des acteurs devra s'organiser pour assurer une offre de soins qui part du patient, de son domicile, et qui, dans une logique de subsidiarité, lui assure une prise en charge fluide, continue, coordonnée entre le champ de la prévention, des soins et de l'accompagnement social et/ou médico-social.

C'est pourquoi la loi qui renforce la notion de coordination ne peut que renforcer la dynamique des réseaux. Leur disparition est donc inenvisageable.

Sur ce sujet, les points essentiels portés par cette loi sont :

- La création des ARS qui regrouperont l'ensemble des professionnels intervenant tout au long du parcours de santé d'une personne (prévention, soin, médico-social). Le projet régional de santé regroupant l'ensemble des schémas de planification traduira cette approche coordonnée.
- La loi prévoit des outils de coopération pour les établissements de santé dans le cadre des communautés hospitalières de territoire ou des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS). Elle prévoit également la coopération entre les professionnels libéraux, notamment en repositionnant le médecin traitant comme le pivot du parcours de soins des patients, en précisant la place des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé. Ces coopérations vont dans le sens du développement des réseaux de santé.

➔ Où en est-on aujourd'hui de la mise en place de ces ARS ?

Les directeurs préfigurateurs sont au travail, les décrets sur les différents schémas sont en cours d'écriture. Il n'y a pas de date arrêtée pour l'instant.

➔ Comment les réseaux de santé vont-ils pouvoir s'intégrer dans le cadre de cette nouvelle loi ? Vous parlez de renforcement de liens ? Concrètement, comment cela va-t-il se traduire ?

Les réseaux vont passer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec les ARS. Avant, ils travaillaient avec les Missions Régionales de Santé (MRS), maintenant ils vont traiter avec les ARS.

C'est un changement important qui permet de les reconnaître comme acteurs de santé à part entière grâce à l'outil formalisé de contractualisation, qui sera susceptible de traduire les engagements réciproques autour de la mission de coordination des parcours des patients.

La loi HPST ne changera cependant pas tout pour les réseaux puisqu'ils existent depuis des années. La circulaire de mars 2007¹ avait déjà défini leurs orientations. En 2008, on dénombrait près de 718 réseaux en France dont plus de 110 à orientation gérontologique.

Les réseaux sont donc précurseurs de ce travail de coopération. La loi leur donne une place formalisée et poursuit davantage une dynamique. Cependant des évolutions seront sûrement nécessaires, notamment par l'orientation vers des réseaux pluri thématiques territoriaux de proximité. Ceci permettra véritablement aux réseaux de s'inscrire comme des acteurs essentiels du maillage territorial de proximité.

¹ Circulaire n°DHOS/03/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



→ Ne l'étaient-ils pas déjà ?

Ils l'étaient déjà, mais avec une forte propension à rester monothématiques.

Quand on parle du médecin traitant au centre du parcours, quand on parle de maintien à domicile, il y a beaucoup d'acteurs qui y participent : les médecins libéraux, les centres de santé, les établissements de santé, les SSIAD... La problématique organisationnelle et les besoins de coordination ne sont pas forcément différents quand on parle de personnes âgées ou de soins palliatifs.

L'idée est bien de permettre la continuité des soins, leur coordination. Certaines actions peuvent être mutualisées.

Il n'y a pas forcément besoin sur une aire géographique de proximité de cinq réseaux thématiques différents, alors que les acteurs sont en partie les mêmes, tout comme les prestations proposées.

→ Est-ce que cela concerne aussi les réseaux gérontologiques ?

Oui, cela concerne aussi les réseaux de santé personnes âgées.

→ Pour vous, ils n'ont donc pas vocation à rester uniquement des réseaux gérontologiques ?

Ils ont vocation à évoluer. Mais cela dépend des contextes locaux. Lorsque c'est possible, il vaut mieux que les choses soient mutualisées en conservant des spécificités de prise en charge pour les personnes âgées : la collaboration avec les Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC), ainsi qu'avec tous les autres intervenants autour des personnes âgées restera, par exemple, une spécificité « personnes âgées ».

L'intégration dans un réseau territorial de santé me paraît importante.

→ Les réseaux ont-ils toujours vocation à exercer leur fonction au niveau territorial dans le cadre de cette loi ?

Oui, tout a fait.





Gilles POUTOUT

Vous êtes Directeur délégué du Centre National de l'Expertise Hospitalière. Quel est votre regard sur cette nouvelle loi et sur ce qui vient d'être dit ?

C'est une loi compliquée et très longue. Au départ intitulée « Patients, santé, territoires », elle est devenue « Hôpital, patients, santé, territoires », ce qui est significatif de la place prise par l'hôpital.

La philosophie de la loi HPST est en général bien acceptée. Le premier problème vient de la complexité de la loi, de son aspect « touche à tout », et, par conséquent, de la complexité de sa mise en œuvre. Par exemple, sur le sujet des ARS, ce n'est pas facile de regrouper sept institutions préexistantes (ARH, URCAM, MRS, GRSP, CRAM, DRASS, DDASS). Certes, plus personne ne s'y retrouvait au milieu de toutes ces institutions. En même temps, il faut tenir compte des pratiques de terrain différentes développées depuis plusieurs dizaines d'années par ces institutions.

La deuxième chose, c'est le secteur hospitalier. Il faut qu'il se coordonne, qu'il travaille en synergie : public/public, public/privé. Cela va être compliqué. On a pu le constater lors du débat sur les « communautés hospitalières de territoire » (CHT). La complexité vient de la multitude d'interactions à prendre en compte.

Pour la ville, l'apparition de la notion de « premier recours » est très importante : tout le monde rêve de voir les soins de ville organisés de manière rationnelle et égalitaire, mais il y a des modalités de fonctionnement, des habitudes, dont il faut tenir compte, même s'il est nécessaire de les faire évoluer.

Pour le médico-social, enfin, l'enjeu est de taille, notamment avec le vieillissement de la population. En résumé, la loi apporte beaucoup d'outils, mais sa mise en œuvre va être délicate. Et les réseaux dans ce paysage ? Pour eux également, cela va être compliqué.

A quels niveaux ?

Il est indéniable aujourd'hui que les réseaux ont une vraie place dans le système de santé. Ils ont rencontré des difficultés financières notamment liées aux multiples modalités de financement qui se sont succédées : 5 en 10 ans, d'abord avec les premières circulaires Réseaux², ensuite avec la procédure dite Soubie, puis le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) et maintenant le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Il faut savoir être opiniâtre quand on est promoteur de réseau.

Comme le disait Mme BRONNEC, il y a plus de 700 réseaux de santé en France aujourd'hui, dont 110 gérontologiques, soit quasiment un réseau pour personnes âgées par département. C'est formidable et extrêmement prometteur.

² A partir de la Circulaire DGS/DH n°612 du 4 juin 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH



Les réseaux sont quasi systématiquement nés en réponse à une problématique spécifique du terrain éprouvée par les acteurs locaux de santé. Par exemple, la prise en charge des personnes âgées était rarement coordonnée sur le terrain - et cela ne l'est pas encore partout aujourd'hui. Les CLIC ont eu du mal à se mettre en place et éprouvent souvent des difficultés relationnelles avec le monde sanitaire. Il en va de même pour les populations atteintes de pathologies chroniques, nécessitant de coordonner plusieurs professionnels sans que cette coordination soit organisée en pratique.

La loi HPST met en avant les notions de « coordination » et de « coopération » entre acteurs de santé, termes largement employés et mis en œuvre par les réseaux. Cet aspect de la loi est important et extrêmement positif. Pour favoriser la coordination, la loi propose toute une série d'outils parmi lesquels les nouveaux Groupements de Coopération Sanitaire, les Communautés Hospitalières de Territoire, les Maisons de Santé Pluridisciplinaires, les Pôles de Santé, etc. Les réseaux doivent s'adapter à cette nouvelle donne.

Du fait de leur positionnement et de leur expérience les réseaux sont naturellement disposés pour être des moteurs de cette dynamique. Les réseaux ont des outils, des méthodes, des savoir-faire. Il leur reste à faire des propositions concrètes aux ARS sur ce terrain.

➔ **Ce sont les réseaux qui doivent être force de propositions auprès des ARS ?**

Absolument. Les directeurs d'ARS ont pour mission de coordonner l'ensemble des acteurs de santé dans la recherche de la meilleure efficacité possible du système : relier le Centre Hospitalier Universitaire au Centre Hospitalier de proximité, et jusqu'à la maison de retraite en passant par les soins délivrés en ville. Cela fait trente ans qu'on parle de cet indispensable continuum autour du patient. Les ARS ont quelques années pour le réaliser : ça ne va pas être facile pour eux.

Or, de nombreux réseaux assurent cette coordination de proximité depuis 10 - 15 ans. Ils ont mis en place des protocoles de prise en charge, des formations, des méthodes de coordination, etc. La coopération professionnelle entre médecins et paramédicaux s'est faite presque essentiellement dans les réseaux. Et ça marche, pour les pathologies chroniques, pour les soins palliatifs, pour les personnes âgées... Il y a un vrai pouvoir d'initiative des réseaux et il faut se saisir des outils qui existent pour les valoriser auprès des ARS et les développer.

Reste la nécessité de formaliser ces expériences et ces savoirs, et, pour cela, il va falloir réfléchir à la nature des contrats à conclure entre les réseaux et les ARS, rendus obligatoires par la loi HPST : les CPOM. Il faut savoir ce qu'on met dans ces CPOM, année après année, identifier les objectifs précis à atteindre et les moyens dont on a besoin pour cela.



Les CPOM conclus entre les réseaux et les ARS auront l'immense avantage de lier simultanément plusieurs acteurs avec l'ARS. Les réseaux sont en effet déjà des coordinations, définies contractuellement entre acteurs. Il est fondamental de valoriser cet aspect. Avec la conclusion d'un CPOM - réseaux, c'est toute une chaîne de coordination qui trouve à contractualiser ses actions avec l'ARS. Il s'agit ainsi d'un facteur d'organisation, de clarification et de simplification de l'offre territoriale. La conclusion de ces CPOM avec les ARS n'empêche pas, bien au contraire, de travailler avec d'autres acteurs institutionnels. Je pense notamment aux collectivités locales que la loi HPST encourage à investir dans le domaine de la santé avec les contrats locaux de santé³. Les réseaux s'inscrivent tout naturellement dans ce processus.

En bref, si on propose aux ARS des projets bien construits, elles ne pourront qu'adhérer.

→ **Cette loi est par conséquent une chance pour les réseaux de santé ?**

Oui, c'est clair. Rien n'est simple bien sûr mais il faut savoir saisir les opportunités. La loi HPST représente d'autant plus une chance pour les réseaux qu'ils ont aujourd'hui une ou deux longueurs d'avance dans toutes les novations mises en avant par la loi : éducation thérapeutique, coopération entre professionnels de santé, parcours personnalisés des patients, etc.

→ **Avez-vous plus d'informations sur les délais de mise en place des ARS ?**

Tout doit être en place d'ici un à deux mois (aux alentours d'avril 2010). Ensuite, il faudra stabiliser l'architecture, établir un système d'information cohérent, penser la gestion des ressources humaines, etc. Cela prendra du temps.

³ Circulaire du 20 janvier 2009 portant sur la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des contrats urbains de cohésion sociale et sur la préparation de la mise en place des contrats locaux de santé.
Les ARS pourront conclure un contrat local de santé avec les collectivités territoriales portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Le contrat local de santé sera susceptible de compléter le volet santé des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (CUCS).





Laurent VACHEY

Pourriez-vous, en quelques mots, rappeler le rôle de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, dont vous êtes le directeur ?

La CNSA⁴ concentre à la fois dans son budget et dans son rôle les moyens médico-sociaux de l'Assurance maladie (la partie médico-sociale de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale est répartie et gérée par la CNSA), auxquels s'ajoutent nos ressources propres : le produit de la journée de solidarité et une partie de Contribution Sociale Généralisée (CSG). Sur l'année 2009, le budget de la CNSA représentait à peu près 18,5 milliards d'euros. L'originalité de la CNSA est qu'elle est une caisse nationale sans réseau. Nos réseaux sont les Directions Départementales et Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS et DRASS) - demain, cela sera les ARS- et, d'une manière un peu différente, les Conseils généraux.

Le gros point d'interrogation pour nous de la mise en place des ARS est le problème de l'articulation entre les différentes approches des besoins, notamment des personnes âgées. Les réseaux gérontologiques se sont développés dans un cadre dont le dispositif et le portage ont été sanitaires. Cela ne peut marcher que si on élargit le champ à d'autres acteurs que le sanitaire. S'imaginer que le maintien à domicile des personnes âgées relève d'une bonne coordination des personnels de soins n'est que partiellement vrai. Cela relève autant de l'accompagnement de la personne âgée, de ses aidants familiaux, de l'aménagement du domicile, du portage des repas...

Quand on s'adresse à des personnes âgées dépendantes, la problématique est la perte d'autonomie, avec une composante sanitaire et une composante sociale et médico-sociale. Ce n'est qu'en réussissant la coordination de ces composantes que le maintien à domicile peut lui-même réussir.

Il ne faut pas s'imaginer que la meilleure réponse aux situations de perte d'autonomie des personnes âgées repose uniquement sur une bonne coordination entre la prévention sanitaire, les soins de ville et l'hôpital dans le cadre des ARS. La réponse n'est pas uniquement de cet ordre là.

A mon avis, la réponse est une coordination entre la prise en charge sanitaire et la réponse médico-sociale et sociale. Mais cela interpelle un champ qui est très au-delà de ce qui concerne l'ARS elle-même. Autrement dit, si l'ARS se préoccupe de coordonner uniquement ce qu'elle considère comme faisant partie de son champ propre de compétences, à l'intérieur de ce qu'a prévu la loi HPST, on ne générera pas une coordination suffisante des réponses aux besoins, et on n'assurera pas le maintien à domicile des personnes âgées de façon satisfaisante.

Il faudra donc que les ARS sachent travailler en premier lieu avec les Conseils généraux. C'est l'ambition de la commission de coordination qui a été mise en place auprès de l'ARS avec l'ensemble des Conseils généraux de sa région.

Et au-delà de ce qui est du champ médico-social, des Conseils généraux, il faudra également prendre en compte les autres réponses sociales existantes. Par exemple, pour une problématique de logement dans le cadre du maintien à domicile d'une personne âgée, la réponse ne se trouvera pas dans les mains de l'ARS et de la prise en charge sanitaire. Elle se trouve en partie du côté de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), et partiellement dans d'autres réponses comme celles de l'Agence Nationale de l'Habitat (ANAH) ou des organismes sociaux du logement.

⁴ Etablissement public créé par la loi du 30 juin 2004. La loi sur l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées du 11 février 2005 a précisé et renforcé ses missions. Depuis le 1er janvier 2006, la CNSA est chargée de financer les aides en faveur des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées, garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire et pour l'ensemble des handicaps et d'assurer une mission d'expertise, d'information et d'animation pour suivre la qualité du service rendu aux personnes.





Avec la mise en place des ARS, de quelle façon la CNSA va-t-elle se saisir du sujet des réseaux gérontologiques ? Est-ce que le travail que vous meniez avant va changer ?

Le défaut du système actuel est que les réseaux gérontologiques, du point de vue du ministère, ont été jusqu'ici une mise en place sanitaire. Les crédits sont des crédits sanitaires, l'initiative des textes est purement sanitaire et il n'y a pas eu à l'intérieur du ministère de vrai savoir-faire de coordination entre l'approche sanitaire et l'approche médico-sociale. En résumé ça a été un problème interne à la DHOS, peu partagé avec la DGS et pas du tout partagé avec la CNSA.



Christine BRONNEC

Vous pouvez réagir à ces critiques.

Je suis partiellement d'accord. Les réseaux de santé ont effectivement démarré au niveau sanitaire : coordonner le parcours de soins entre les hospitaliers et les libéraux est déjà compliqué.

Il est bien évident que le maintien à domicile engage d'autres acteurs : la politique de la ville, le logement...

Je pense tout de même que beaucoup de réseaux de santé ont travaillé avec les secteurs médico-social et social. Certes, le FIQCS provient de crédits Assurance maladie, mais la plupart des réseaux de santé mobilisent des crédits complémentaires provenant

des Conseils généraux, des municipalités. Les réseaux de santé ne traitent pas, dans les faits, que des questions sanitaires. De plus, ils sont tout à fait adaptés pour porter les politiques de santé publique. La DHOS, la DGS, la DGAS et la CNSA mettent de plus en plus souvent en place des politiques de santé publique communes.

Les réseaux sont un outil pour porter ces plans de santé publique dans la mesure où l'on parle de personnes vulnérables qui ont un parcours de soins compliqué, au sein duquel il faut bien réfléchir à la place de chacun. L'hôpital n'en est qu'un temps. L'important est de savoir comment les acteurs politiques, sociaux, sanitaires se mobilisent pour que la réponse soit apportée.



Laurent VACHEY

Je voudrais préciser mon propos. Les réseaux eux-mêmes se sont rendus compte qu'ils ne pouvaient réussir leur mission que s'ils intégraient les acteurs de terrain du social et du médico-social. La nécessité de cohérence est venue d'un constat de terrain.

Je pense que cette nécessité de cohérence n'a pas pour l'instant été comprise ni traduite sous forme d'outils par l'administration centrale. C'est sur ce point que les ARS ont un rôle à jouer. La décision de l'implication du champ médico-social dans les ARS s'est faite un peu par hasard lors de la construction de la loi.

Ainsi, il faudra qu'elles arrivent, fortes de l'expérience des réseaux gérontologiques et de tous les autres réseaux de santé, à comprendre qu'au-delà de leur propre mission de coordination des moyens sanitaires, elles ne pourront réussir cette mission qu'en travaillant en coordination avec d'autres acteurs.



➔ **Pourrions-nous évoquer un chantier important : les Maisons pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer (MAIA). Pouvez-vous nous parler de ce projet ?**

C'est une bonne illustration d'un problème structurel. Il faudrait éviter de fractionner les tentatives de réponse à de tels problèmes.

Personne ne peut critiquer le fait que l'on se préoccupe de la maladie d'Alzheimer. C'est sans doute aujourd'hui le problème principal lié au vieillissement et à la perte d'autonomie.

Toutefois, le plan Alzheimer, qui développe une approche par pathologie, ne prend que peu en compte l'existant. Le projet des MAIA a été conçu à partir du constat réel d'un manque de coordination dans le parcours de prise en charge des malades d'Alzheimer. Le plan Alzheimer constate cette carence de coordination et explique qu'une réponse va être donnée grâce à une coordination de ces réponses mais par une entrée liée à la pathologie, sans analyse systémique de ce qui a déjà été fait en matière de coordination de l'ensemble de la prise en charge sanitaire, en matière de coordination de la prise en charge de personnes âgées dépendantes en général.

On est en train d'expérimenter un schéma des MAIA à travers 17 sites expérimentaux. Il y a un fort besoin de coordination autour des malades d'Alzheimer : besoins particuliers de coordination, prise en compte de l'environnement familial souvent plus difficile que dans le cas d'autres personnes âgées en situation de perte d'autonomie.

Quelle va être la réponse apportée à une personne en perte d'autonomie qui viendrait frapper à la porte d'une MAIA ? On ne peut lui répondre que, le fait qu'elle ne souffre pas de la maladie d'Alzheimer, mais d'une autre situation de perte d'autonomie, lui interdit d'obtenir des réponses à ses difficultés. Ce n'est pas envisageable. On sent bien qu'il y a un malaise.

L'un des enjeux des MAIA, à la fin de l'expérimentation de l'année 2010 et dans la perspective d'une généralisation, c'est de faire un état des lieux des besoins qui ne se limite pas aux malades Alzheimer, sans se préoccuper des autres situations de besoin de coordination pour des personnes âgées en perte d'autonomie. Sinon, en prétendant coordonner, on créera encore un réseau de plus et une entrée particulière de plus.

➔ **En outre, ces MAIA ressemblent fortement aux réseaux gérontologiques.**

Pour les problèmes auxquels elles veulent répondre, oui. C'est à partir du constat de manque de coordination des réponses aux besoins des personnes âgées et d'un besoin d'une bonne articulation des réponses sanitaires, sociales et médico-sociales à l'ensemble des problèmes de la personne elle-même et de son environnement, que les MAIA ont été conçues.

L'analyse du besoin n'est pas différente de ce qui a prévalu à la création des réseaux gérontologiques.





Que vont devenir les liens entre les réseaux gérontologiques et votre organisme ? Peut-on imaginer des liens entre les réseaux et les MAIA ?

La mise en œuvre du plan Alzheimer est précisément suivie. Une mission nationale de pilotage du plan Alzheimer a été créée et donne lieu à des réunions mensuelles des administrations en charge, et à un ou plusieurs bilans annuels.

Pour ce qui concerne les MAIA, il y aura un rendez-vous important au bout de l'expérimentation vers la fin de l'année 2010. Cette expérimentation est méthodologiquement importante. Elle ne part pas de rien mais d'expérimentations antérieures de coordination et d'intégration des réponses aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie, notamment avec une problématique Alzheimer, menées avant le lancement du plan.



Mais est-ce que l'on pourra imaginer de véritables liens entre les réseaux gérontologiques et les MAIA ?

A mon sens, il faudra le prévoir. Je ne peux pas garantir que les décisions qui seront prises dans le cadre du plan Alzheimer seront celles-ci. La CNSA pense que c'est indispensable.



*Nous allons maintenant donner la parole à M. LAFFON,
Directeur de la Santé de la CCMSA.*



Philippe LAFFON

Vous avez participé à l'élaboration de la loi HPST dans une autre fonction, que pouvez-vous ajouter à ce qui vient d'être dit ?

Dans des fonctions précédentes, j'ai suivi l'examen parlementaire de la loi, examen parlementaire tout à fait spécifique puisqu'il y a eu quatre semaines de débats à l'Assemblée nationale et quatre semaines au Sénat. Pour vous donner une idée, les débats autour de la LFSS durent environ quatre jours. Ils se sont traduits par une loi extrêmement longue et technique, à laquelle députés et sénateurs ont largement contribué. Il est rétrospectivement frappant, par rapport à notre discussion actuelle, que toutes les problématiques des réseaux aient été fortement présentes dans l'examen du texte, que ce soit dans la partie hospitalière ou pour les dispositions portant création des ARS. Les constats du manque de coordination entre les différents secteurs de l'offre de soins et de la difficulté à proposer une réponse adaptée aux besoins de chacun étaient les moteurs permanents de l'action des parlementaires.

Je reviens un peu sur les propos de Laurent Vachey car la comparaison des réseaux gérontologiques avec les MAIA est très intéressante. La question du maillage territorial se pose pour les réseaux de santé. Mettez-vous à la place d'un directeur général d'ARS : si son territoire compte plusieurs réseaux gérontologiques, s'il n'y en a pas dans tous les départements de sa région, si des départements ne sont pas couverts, lorsqu'il va réfléchir à ce que doit être l'offre de soins dans sa région, il se trouvera dépourvu. Est-ce que je considère l'existence de ce réseau ? Est-ce que je considère qu'il fait partie de l'offre de soins au même titre qu'un hôpital ou que l'offre de santé libérale ? Est-ce que je suscite la création de réseaux de santé parce que je considère qu'ils apportent une réelle plus-value ?

C'est le revers du mode de création des réseaux : c'est une réponse à un manque de coordination des acteurs mais ce sont aussi des initiatives locales, des initiatives de terrain. Dans l'étape qui suit, c'est-à-dire la généralisation éventuelle et la prise en compte systématique de l'offre en matière de réseaux gérontologiques par les directeurs généraux des ARS, la question du maillage territorial se pose clairement. Par rapport aux MAIA, un dispositif de suivi extrêmement fort a été mis en place : le manque de suivi de telles expériences avait été souligné dans les rapports d'évaluation des réseaux de santé, notamment rédigés par l'IGAS.

Plus un directeur général d'ARS aura d'éléments d'évaluation extrêmement forts, montrant la forte participation des personnes à ces réseaux, l'efficacité de la réponse qui est fournie, l'efficacité -c'est-à-dire l'avantage coût/bénéfice des différents réseaux-, mieux ce sera. Ces éléments contribuent à asseoir la place des réseaux de santé, et notamment des réseaux de santé gérontologiques, dans l'offre de soins régionale.

En outre, les CPOM peuvent être l'occasion de professionnaliser les réseaux, non au sens où les réseaux ne seraient pas professionnalisés, mais où ils devront adopter des méthodes qui cadrent mieux avec ce que les décideurs publics, et en particulier les financeurs, attendent d'eux.





Peut-on dresser un état des lieux des difficultés rencontrées aujourd'hui par les réseaux ? La principale difficulté est-elle d'ordre financier ?

Le problème est notamment financier pour plusieurs raisons.

Le cadre budgétaire fournit une première piste de compréhension : les subventions provenant de l'État, des collectivités locales sont fréquemment annuelles alors que les réseaux ont besoin d'un financement pluriannuel, même si beaucoup de choses ont été améliorées sur ce point.

L'important est d'asseoir véritablement l'influence avec des financements pluriannuels et de la visibilité. Or, le mode de financement actuel ne le permet pas. De multiples dispositifs se sont succédés : les expérimentations « Soubie », la DNDR, le FIQCS aujourd'hui. Des organismes complémentaires peuvent en outre intervenir pour proposer des aides. Cette multiplicité de financeurs qui n'ont pas les mêmes contraintes budgétaires et comptables ne favorise clairement pas les initiatives en matière de réseaux.

On peut attendre des CPOM, qui seront négociés avec les ARS, un cadre plus pérenne et professionnalisant. L'avantage du CPOM tient au fait que la puissance publique dira aux réseaux ce qu'elle attend d'eux. Inversement, puisque c'est un contrat entraînant des engagements des deux parties, les réseaux pourront obtenir des engagements financiers plus clairs.

Ce que fait la CCMSA, ce que fait également la Fédération, c'est apporter un appui méthodologique aux réseaux qui en ont besoin.

Au-delà de ce constat, un autre aspect très important est parfois la démobilisation d'un réseau quand la personne qui était à la source, qui portait un réseau, qui le faisait vivre, est amenée à changer de fonction ou à prendre sa retraite. Il est souhaitable d'élargir la composition du réseau, qui repose souvent sur des relations interpersonnelles, tout en préservant ses modalités de fonctionnement.



Que penser du cadre juridique associatif qui porte le plus souvent les réseaux de santé ? N'arrive-t-on pas à la limite du monde associatif ?

Le statut juridique est une vraie question. Mais je ne suis pas absolument convaincu que ce soit la question principale.

Il y a récemment eu un rapport parlementaire sur les maisons de santé⁵ qui a fait un très long développement sur le statut juridique de celles-ci et qui a considéré que c'était un des freins au développement de ce type de mesures.

⁵Rapport à la demande de Mme Bachelot-Narquin, de Mme Amara et de M. Falco, " Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement", Jean-Marc Juhlhard, Bérangère Crochemore, Annick Touba, Guy Vallancien, 2010



Une mission, mise en place par le Président de la République sur la médecine de premier recours, a été confiée au président de l'Ordre des médecins⁶. Ces questions devront être posées : « Faut-il un cadre spécifique aux réseaux de santé ? Est-ce qu'à l'intérieur des réseaux de santé, tous peuvent rentrer dans un même cadre juridique ? » On l'a bien vu, les réseaux gérontologiques sont très particuliers ; des articulations doivent nécessairement être prévues avec le social, avec les collectivités locales.

Faut-il un même cadre juridique pour un réseau Soins palliatifs, Oncologie et pour un réseau gérontologique ? Je n'ai pas la réponse. Mais je ne suis pas absolument persuadé que le cadre juridique actuel soit la principale difficulté. La principale difficulté est vraiment le financement. Bien sûr, un cadre juridique stable facilite un financement stable. Il faut également peser plus lourd pour que les réseaux soient pris en compte dans l'offre de soins : cela suppose un maillage territorial encore plus développé. C'est ce que nous essayons de faire.



Gilles POUTOUT

Le cadre juridique doit-il évoluer si on veut faire évoluer les réseaux de santé ? Est-ce que c'est le vrai problème ?

Je ne crois pas. Les hôpitaux privés, d'intérêt collectif - nouvelle dénomination des Participants au Service Public Hospitalier (PSPH) -, sont souvent gérés par des associations et ne marchent pas plus mal qu'un hôpital public. Les réseaux ont le droit d'option entre différents statuts. Ils peuvent être associatifs, Groupements de Coopération Sanitaire (GCS), Groupements d'Intérêt Public (GIP), etc. L'évolution vers les GCS est intéressante : elle répond à une volonté d'homogénéisation des formes juridiques d'organisation de l'ensemble des acteurs de santé dans un cadre

souple. Mais je ne pense pas que le statut juridique des réseaux soit une question essentielle.

Je vois le problème ailleurs. La compréhension de l'organisation et de la dynamique des réseaux n'apparaît pas clairement pour les institutions. Vous faisiez allusion tout à l'heure au rapport de l'IGAS de 2006. Ses conclusions sont restées largement cantonnées à une stricte approche coûts - produits. Rappelons que l'enveloppe réseaux consommée chaque année est de l'ordre de 1 millième des dépenses de santé en France ! Or, la prestation des réseaux est bien plus vaste et globale.

La question posée au système de santé aujourd'hui est d'articuler les grandes orientations de santé publique, souvent traduites au niveau national dans le cadre des plans de santé publique, avec la prise en charge concrète de patients singuliers sur le terrain, en d'autres termes la réalité vécue par les patients et les professionnels de santé. Cette articulation suppose un réel effort de maïeutique. Lorsque les pouvoirs publics mettent en œuvre un plan de santé publique, ils font en général un diagnostic de la situation sur un thème particulier (les soins palliatifs, les personnes âgées, la santé et la précarité, les personnes atteintes d'Alzheimer, etc.) et proposent une série d'actions propres à remédier aux dysfonctionnements constatés sur ce thème particulier. Ce faisant, ils font trop souvent fi des démarches pratiques engagées sur le terrain par des professionnels pour pallier les multiples dysfonctionnements du quotidien, sur ces thèmes... et sur d'autres.

⁶Mission de réflexion sur le secteur de la médecine libérale confiée au Dr Michel Legman en janvier 2010.



Actes de la journée

La tentation des pouvoirs publics est alors de déployer une démarche qui se veut rationnelle selon une logique verticale de haut en bas, sans suffisamment tenir compte, ou s'appuyer sur des dispositifs inventés par les acteurs locaux. Chaque plan ayant ses objectifs et sa logique - et il existe des dizaines de plans -, on aboutit ainsi à la multiplication des dispositifs que les acteurs ont de plus en plus de mal à s'approprier.

Revenons sur la notion de « territoire de santé ». Il y a 154 territoires de santé en France, dont la population va de moins de 20 000 personnes à plus d'un million de personnes. Quelle diversité ! Le tissu sanitaire n'est pas le même, le tissu social n'est pas le même, l'implication des acteurs financiers, sociaux, politiques n'est pas la même. L'une des problématiques essentielles des ARS aujourd'hui est précisément de faire le lien entre ces politiques générales nationales, absolument indispensables, et la diversité des territoires où ces politiques doivent s'appliquer. C'est là que va devoir intervenir le talent : réaliser ce maillage de terrain pour donner tout leur sens et toute leur force aux plans de santé publique. Et, pour cela, il me paraît capital de s'appuyer sur les initiatives locales.

Il faut de ce fait même reconnaître un certain droit à l'erreur. Les acteurs de terrain ne peuvent être irréprochables pour tout et à tout moment. Ils se trouvent face à des contraintes, dans des configurations particulières et complexes, et il faut les aider. Le rôle des institutions, des ARS en premier lieu, mais aussi des collectivités locales, est de capitaliser ces initiatives, de les canaliser et les orienter. La sanction, lorsqu'elle est nécessaire, ne peut intervenir qu'après la compréhension et l'accompagnement. Aujourd'hui, dans chaque région, les réseaux de santé se structurent : les réseaux gérontologiques avec l'appui de la MSA, les réseaux de Soins palliatifs, en lien avec le nouveau plan de développement des soins palliatifs, les réseaux Oncologie, avec le plan cancer, etc.

L'Union Nationale des Réseaux de Santé (UNR.Santé) s'est mise en place. C'est, à mon avis, un événement fondateur, car il va permettre la capitalisation d'expériences et d'acquis jusqu'alors peu connus. Il va être possible de formaliser et de communiquer sur toutes les avancées réalisées : protocoles de prise en charge, méthodes de coordination, modalités de formation des professionnels, formalisation des parcours personnalisés de santé, etc.



Et selon vous cette reconnaissance n'existe pas à l'heure actuelle ?

Elle n'est pas suffisante. On a attendu des réseaux qu'ils soient parfaits dans un système imparfait. Ils ont été précurseurs du décloisonnement, maintenant ils remettent en cause leurs propres segmentations. Alors, je crois qu'il faut soutenir les réseaux qui existent et les aider à avancer.

On parle beaucoup d'évaluation. C'est indispensable. Mais il faut aussi promouvoir le dialogue. Evaluer pour dialoguer. Dialoguer pour avancer. L'évaluation dans le cadre d'un processus d'évolution et d'adaptation aux besoins : mille fois oui. Par contre, l'évaluation - sanction, c'est totalement destructeur.

C'est pourquoi les réseaux de santé doivent avancer, en particulier en proposant aux ARS des méthodes de contractualisation.



Qu'est-il indispensable de faire figurer dans les futurs CPOM ? Qu'est-ce qu'il ne faut pas oublier, etc. ? Comment quantifier les objectifs relatifs aux « parcours des patients », au « développement professionnel continu », etc. Autour de ces notions, on pourra alors construire une véritable « évaluation », avec les outils adaptés à ce que l'on souhaite mesurer et apprécier.

Selon la loi HPST, il faut relier, il faut coordonner. Mais cela demande plus d'énergie qu'on ne l'imagine. Les réseaux ont montré qu'ils étaient de fantastiques outils de coordination, puisqu'ils partent de la nécessité ressentie par les acteurs de santé de mettre leurs compétences et leurs ressources en synergie. Le modèle a fait ses preuves. Avant de chercher mieux et moins cher, ailleurs ou autrement, il me semble opportun d'analyser le modèle, de l'améliorer et de l'étendre, sans exclusive à d'autres modèles possibles. Et cela au plus près de la réalité des territoires. C'est le rôle des ARS. Regardez, lorsqu'il faut coordonner deux hôpitaux, voyez le temps que ça prend. Il faut croire que ce n'est pas aussi simple que ça.



Philippe LAFFON

Je ne peux qu'abonder sur la nécessité pour les réseaux d'être forces de proposition. Il faut se mettre à la place des directeurs généraux préfigurateurs d'ARS, nommés à l'automne dernier et qui ont passé beaucoup de temps à chercher des locaux, des collaborateurs, à créer leur organigramme. Ils vont être très rapidement submergés par les problèmes hospitaliers, puisqu'ils prennent directement la suite des ARH et vont avoir un mandat politique de rapprocher l'hôpital et la ville, l'hôpital et le médico-social. Les réseaux risquent de passer en dernier. A l'époque de la DNDR, c'était déjà le cas : on commençait par définir ce qu'était l'Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) hôpital, l'ONDAM ville, l'ONDAM médico-social, et, à la fin, on se penchait sur les réseaux de santé.

L'architecture est la suivante. Un projet régional de santé, qui comprend lui-même un plan stratégique, définit les objectifs de l'ARS par rapport à ce qu'elle ressent comme étant les besoins de santé de la population. Tout cela est traduit dans des schémas d'organisation des soins, du médico-social, de prévention, etc. Sur tous ces points, notamment l'expression des besoins et des manques de l'offre de soins au sein de la région, les ARS ne partiront pas de rien. Il y avait précédemment les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) qui tenaient compte de ce qu'était l'offre ambulatoire.

Mais, très clairement, c'est le moment d'aller frapper à la porte des ARS.





Christine BRONNEC

Plus les réseaux seront des réseaux territoriaux de proximité, plus ils auront la capacité de proposer une vision de l'offre de santé locale, plus ils seront des interlocuteurs pour les ARS puisqu'ils porteront, sur un territoire, le projet de santé et la coordination multi pathologique au-delà des spécificités.

Cette notion de réseau territorial de proximité est importante : elle porte un projet de santé, articule un ensemble d'acteurs sanitaires mais aussi sociaux, propose une multiplicité de services. J'étais très intéressée par ce que Laurent VACHEY disait sur les MAIA. Effectivement on aurait pu faire, pour une autre pathologie, une démarche identique et ce n'est pas forcément la démarche la plus pertinente. Il faut savoir se

saisir de ces expérimentations, que permettent les plans de santé publique, pour penser leur généralisation au-delà du périmètre initial de l'expérimentation. Dans le plan Soins palliatifs, Régis AUBRY pourrait en parler, on va expérimenter des maisons de répit, lieux destinés à des personnes en difficulté qui n'ont pas besoin d'hospitalisation mais qui ne peuvent pas rester à domicile en soins palliatifs. Chacun pense à d'autres populations qui pourraient avoir besoin de ce type de services, au-delà de la thématique des soins palliatifs.

Il faut que toutes ces expérimentations soient menées conformément à leur objet initial, dans le cadre de plans présidentiels et de pathologies particulières, mais en ayant bien en tête que c'est un concept que l'on expérimente et que ce concept devra s'appliquer à d'autres populations, à d'autres pathologies et s'intégrer dans un maillage existant.

Ce qui est compliqué, c'est qu'on diversifie, on multiplie les acteurs. Quand on dit que le médecin généraliste ne va pas tout faire et qu'il va déléguer ses tâches à d'autres, cela signifie que d'autres deviennent des acteurs importants. C'est bien le sens des expérimentations que de définir le cadre de ces interventions.

On assiste au développement des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux, des MAIA, diverses consultations d'annonce de diagnostic (autisme, cancer...)... Il faut vraiment penser cette évolution dans la perspective d'une offre de services diversifiés et savoir d'emblée que l'expérimentation doit prévoir les conséquences d'une éventuelle généralisation au-delà du seul thème initialement concerné.

Dans cette dynamique, les réseaux de santé ont tout à fait leur place comme coordonnateurs de territoires de proximité, ils peuvent donner du sens à la diversité des acteurs et des services. Pour les ARS, avoir une multitude d'interlocuteurs sur un même territoire sera compliqué.

Je voulais également souligner que la notion de territoire est intéressante. Gilles POUTOUT disait que certains territoires de santé sont petits et d'autres très grands. En même temps, il y a des territoires où il y a une offre de soins importante, une population importante. Le territoire de santé ou le territoire de proximité est aussi la résultante des acteurs. C'est vraiment à chaque région de s'en saisir, et il faut que ces territoires de santé ou de proximité aient aussi du sens pour les acteurs sanitaires et sociaux. Il ne faut pas qu'on ait des territoires de santé qui ne soient pas compatibles avec les territoires de l'action sociale, les territoires de projets pertinents pour les Conseils généraux.



Débat avec la salle

Dr Bruno NAGARD, Médecin coordinateur, Réseau de Santé de Proximité Estuaire de Vilaine (RESPEV)

Je suis médecin généraliste dans un territoire rural du Morbihan et médecin coordonnateur d'un réseau de santé. J'ai deux questions à poser sur les évolutions liées à la loi HPST et sur les réseaux de santé territoriaux pluri thématiques.

De quel « territoire » parle-t-on ? Les réseaux gérontologiques de proximité, en général, s'appuient sur un territoire relativement restreint, permettant une bonne connaissance des professionnels du secteur, et c'est ce qui fait leur force.

Comment prévoir un maillage territorial sur l'ensemble d'une région, objectif des ARS ? Comment ces réseaux de santé qui fonctionnent sur des territoires plus restreints que les territoires de santé classiques vont-ils pouvoir essaimer sur les territoires alentours ? Est-ce qu'on envisage une augmentation de superficie de ces réseaux de santé au risque de perdre cette notion de proximité et de bonne connaissance des acteurs ?

Le deuxième aspect de mon interrogation est l'évolution des réseaux de santé gérontologiques vers des réseaux de santé de proximité pluri thématiques. C'est un discours que j'entends de la part du ministère, de la DHOS depuis quelques années. Malheureusement, aujourd'hui, en région, ce discours a du mal à se concrétiser, tout au moins dans certaines régions.

Nous sommes porteurs depuis plusieurs années d'un projet de réseau pluri thématique de proximité qui a été financé par la MRS comme un réseau gérontologique parce qu'il fallait bien le faire entrer dans un créneau financier. Et, aujourd'hui, les évaluations triennales nous reprochent de prendre en charge des patients de moins de 65 ans, même poly pathologiques, même avec des maladies chroniques, parce qu'on est financé comme un réseau gérontologique.

On a évoqué cette évolution au travers de mutualisations entre réseaux mais sur des territoires où il n'y a pas de mutualisation envisageable car il n'y a pas d'autres réseaux. Comment peut-on envisager cette évolution des réseaux gérontologiques vers des réseaux pluri thématiques ? Comment cette évolution souhaitée au niveau ministériel va-t-elle pouvoir se concrétiser au niveau régional ?



Actes de la journée

Christine BRONNEC, Chef du bureau O2, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative

Vous avez raison de le dire. La circulaire de 2007 disait déjà que les réseaux avaient intérêt à mutualiser pour offrir des soins coordonnés. Cela ne vient pas de la loi HPST. Elle peut simplement le rendre plus nécessaire et plus facile.

L'aire géographique sera une aire de soins ambulatoires. Ce n'est pas une aire de territoire de santé où il y a l'hôpital qui apporte les recours nécessaires. Nous nous plaçons dans une perspective ambulatoire, de territoire de proximité autour des médecins généralistes pour avoir un réel service pour les parcours personnalisés des patients. Le territoire doit s'inscrire de préférence dans des découpages administratifs préexistants qui ont du sens, tels que les bassins de vie. Il faut que l'on évite la superposition de structures, que le territoire soit lisible. Cela signifie que les municipalités doivent aussi le reconnaître. Cela restera des territoires de proximité. Selon que l'on est en ville ou en milieu rural, ils couvriront des tailles et des populations variables. Le travail devra être fait au sein des régions.

Comment va-t-on aller vers des réseaux territoriaux de proximité ? Soit par la création de nouveaux réseaux, soit par le rapprochement de réseaux déjà existants. 2010 est à l'évidence une année un peu compliquée pour tout le monde. Mais aussi le moment de réfléchir et de jeter les bases.

Laurent VACHEY, Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Il faut sortir de l'illusion qu'il y aurait un seul et unique territoire de santé rassemblant l'ensemble des logiques qui président à la mise en place des ARS.

En fonction du type de besoins auxquels on va vouloir répondre, le territoire de santé sera plus dans une logique d'organisation hospitalière, avec une trame territoriale relativement grande vis-à-vis de services de recours. Puis, à un niveau inférieur, il y aura des territoires plus restreints, de proximité.

Les territoires de santé ne seront pas la réponse unique. Le maillage des territoires sera à mon sens un système gigogne : territoires de santé vraisemblablement à partir d'une approche tenant compte de l'offre hospitalière, des différents types de recours ; et des besoins liés aux territoires de proximité, comme ceux pour lesquels vous avez organisé les réseaux gérontologiques.

Il n'y aura pas une réponse unique.



Gilles POUTOUT, Directeur délégué du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)

Je suis parfaitement d'accord avec ce qui vient d'être dit. Il faut partir à la fois avec une logique de besoins et une logique d'acteurs.

Si l'on s'en tient au seul « territoire de santé », on n'y arrivera pas. Les découpages, administratifs, socio-économiques, sont multiples et non coordonnés.

Il faut donc raisonner à partir des besoins de populations -qui ne sont pas les mêmes selon que l'on parle des personnes âgées et du maintien à domicile, ou de populations souffrant de pathologies rares pour lesquelles des réseaux ont été développés au niveau national par exemple - et des logiques des acteurs. Il faut évaluer comment, dans le cadre d'un territoire de santé, on met en place les regroupements et coordinations nécessaires.

Ce travail devra être fait : quelles sont les ressources existantes sur le territoire ? Qu'est-ce qui va permettre de rapprocher les acteurs ? Qu'est-ce qui peut faire que ce qui relie est plus fort que ce qui oppose ?

Quels sont les atomes crochus qui vont permettre de relier les différentes initiatives ? Ce travail est un premier pas vers la formalisation des parcours personnalisés de santé des patients.

Pour conclure : attention aux réseaux territoriaux auto-déclarés. Il me paraît plus judicieux de regrouper les initiatives et de rechercher ce qui est commun aux professionnels et à l'intérêt des patients, et ainsi de fonder une démarche de coordination ou d'extension des services aux personnes.

Pensons aussi aux contrats locaux de santé avec les collectivités locales ; c'est une possibilité en lien avec la politique de la ville ouverte par la loi. Les collectivités locales peuvent s'investir dans des projets de santé si elles le souhaitent. Les réseaux peuvent intervenir dans ces projets, comme aiguillons du regroupement territorial.

Dr Yves PASSADORI, Président du Réseau Alsace Gérontologie (RAG)

Le RAG est un réseau territorial avec des antennes de proximité qui couvrent tout le territoire alsacien, soit quatre territoires de santé. Le démarrage a plutôt bien commencé, et cela marche assez bien. Une particularité de notre réseau est que, sur une partie de notre territoire, nous sommes expérimentation MAIA. Celle-ci est portée par le Conseil général et le financement du réseau est le FIQCS, ce qui n'est pas sans poser des problèmes au quotidien : problèmes de territoires, de missions notamment avec la profession nouvelle de « gestionnaire de cas ».

Comme le disait Gilles POUTOUT, tout le monde fait de la coordination : le Conseil général, le médecin généraliste, le coordonnateur du réseau, le gestionnaire fait de la coordination encore plus renforcée dans le cadre d'une MAIA. Piloter l'ensemble du champ est un travail considérable. L'expérimentation MAIA est issue du modèle PRISMA⁷ (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) dans lequel la définition du gestionnaire de cas est très précise, contrairement à la circulaire Réseaux qui est très protéiforme et dans laquelle on peut mettre toute la gériatrie. Je suis responsable d'un service de gériatrie, et je m'y reconnais très bien. Si le modèle se diffuse sur l'ensemble du territoire, nous serons obligés d'avoir des missions très précises pour les réseaux. Cela s'oriente vers du populationnel pour le réseau et de l'individuel pour le gestionnaire de cas.

Mais le cadre n'est pas fixé. Est-ce que le modèle global, le dispositif, même s'il est inventé territoire par territoire, fera partie du schéma régional gérontologique de l'ARS ou pas ? Car cela change beaucoup de choses.

⁷<http://www.prismaquebec.ca/>



Dr Roger PRUVOST, Président de la FNRG, Président du réseau gérontologique du Ternois

Dans le rapport de l'IGAS, nous avons été les seuls à être reconnus comme des réseaux fonctionnant effectivement. C'est la première reconnaissance. Et, aujourd'hui, nous apprenons que les ARS comptent sur nous pour leur donner des idées. Cela peut se comprendre au vu de l'importance des missions qui leur sont attribuées. Elles devront forcément se rapprocher des acteurs locaux qui eux ont des idées, ont travaillé et ont organisé. C'est indispensable pour que les ARS puissent s'en sortir. Il a été dit aussi que nous ne devons pas nous cantonner à la gérontologie. Nous sommes d'accord.

Mais il ne faut pas oublier que nos crédits sociaux ne seront pas reconduits. Pour le réseau du Ternois, cela correspond à la suppression d'un demi poste. On fait de la gérontologie, mais on ne fait plus de social.

On nous dit de nous retourner vers les Conseils généraux puisque le social est de leur compétence.

Dans mon organigramme, il y a du social des deux côtés : dans le CLIC et dans le réseau.

Je me pose une autre question : dans notre association, nous avons 72 médecins généralistes. Toutefois, combien nous en restera-t-il dans un futur très proche ? Quand on pose la question des perspectives pour les réseaux de santé, on ne peut pas éluder le problème de la démographie médicale en milieu rural. Les projets de maisons pluridisciplinaires, financées en grande partie par les collectivités locales, sont très intéressants. Toutefois, qui va-t-on mettre dedans ? Dans la loi HPST, on ne trouve rien sur la désertification rurale. C'est capital car c'est l'avenir des réseaux de santé.

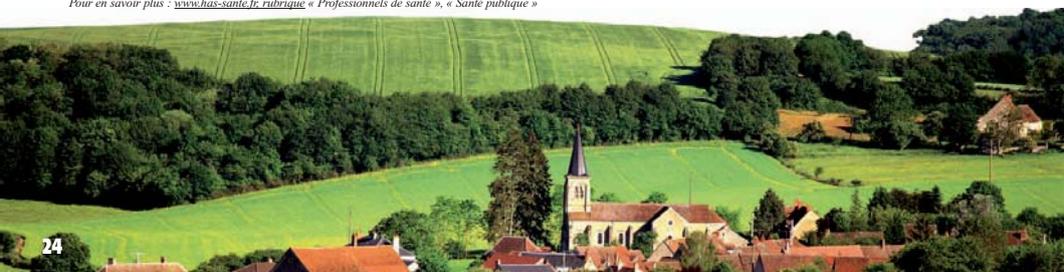
Gilles POUTOUT, Directeur délégué du Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH)

Les réseaux ont montré qu'ils étaient capables d'organiser la coopération entre professionnels médicaux/paramédicaux, médecins de ville/médecins hospitaliers. Les gestionnaires de cas pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer font partie de ces professionnels de santé. De ce point de vue, les réseaux ont un savoir-faire important qu'ils peuvent mettre à disposition et démultiplier.

On touche également à la question du développement professionnel des acteurs de santé. En effet, 72 médecins généralistes à l'heure actuelle dans le réseau du Ternois deviendront, dans trois ans, certainement moins de 50.

Il faut utiliser des ressources en voie de raréfaction. L'article 51 de la loi HPST le permet⁸. Les réseaux de santé doivent travailler avec la HAS pour faire valider les protocoles de coopération.

⁸ Dans le cadre des missions définies par la loi « Hôpital, patients, santé, territoire », l'article 51 étend le principe des coopérations entre professionnels de santé, en le sortant du cadre expérimental. Cet article autorise les professionnels de santé à s'engager dans une démarche dérogatoire de coopération, se traduisant par une réorganisation des prises en charge soignantes et de nouvelles modalités de coopération entre les professionnels de santé.
Pour en savoir plus : www.has-sante.fr/publique « Professionnels de santé », « Santé publique »



Philippe LAFFON, Directeur de la Santé, Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Effectivement, la question de la démographie médicale se pose directement.

D'une part, les réseaux de santé et les maisons de santé peuvent être des lieux d'expérimentation en matière de délégation de tâches. D'autre part, il faut tenir compte des motivations des étudiants en médecine présidant à leur choix d'orientation : l'existence de réseaux médicaux, la proximité avec leurs pairs, des échanges de pratiques...

Les réseaux de santé peuvent proposer tout cela.

Si des mesures drastiques de réorganisation de l'implantation des médecins libéraux n'ont pas encore été prises, les réseaux sont des facteurs d'attractivité pour certains territoires.

Dr Roger PRUVOST, Président de la FNRG, Président du réseau gérontologique du Ternois

Nous serons obligés de prendre des décisions drastiques.

En politique, il faut du courage même si cela risque d'être très impopulaire.

Laurent VACHEY, Directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

Il y a le problème de l'implantation territoriale, mais également de la bonne utilisation de la ressource médicale. Je prends un exemple, j'ai dirigé pendant plusieurs années l'Agence Française du Sang, a-t-on vraiment besoin de médecins pour faire l'entretien individuel des donneurs de sang ? Je ne suis pas certain que cela en soit une utilisation rationnelle.



Laurent CHEVAL

Avant de passer au prochain temps de la table ronde, nous vous proposons de visionner un film tourné en 1999 à Baume-les-Dames en Franche-Comté au début des réseaux gérontologiques.

Vidéo « 1999 : démarrage du réseau gérontologique de Baume-les-Dames »





Table ronde 1

Perspectives d'avenir pour les réseaux de santé - 2ème temps



J'invite à la tribune :

- **Dr Roger PRUVOST,**
Président de la FNRG, Président du réseau gérontologique du Ternois
- **Dr Jean-Yves CESBRON,**
Médecin généraliste libéral, réseau gérontologique du Saumurois



Le réseau gérontologique du Ternois compte aujourd'hui 72 médecins généralistes libéraux, soit les 4/5èmes des médecins du territoire. Comment vous y êtes-vous pris pour attirer les médecins ?

Je jouissais d'une situation exceptionnelle. J'avais été généraliste pendant 30 ans, et j'étais bien vu de la majorité de mes confrères, ce qui est très important.

Je leur apportais une certaine garantie dans la mesure où j'étais un médecin libéral.

En effet, au départ, l'organisation en réseau a fait peur aux médecins généralistes et aux infirmières. Ces dernières ont eu peur de perdre leur indépendance. J'étais une garantie car si le projet n'avait pas été celui que l'on souhaitait, j'aurais été le premier à laisser tomber : nous voulions que le médecin généraliste reste le pivot de l'organisation.

Il est important de partir de l'existant, des médecins qui sont proches des personnes âgées.

➔ **Vous avez donc utilisé votre réseau personnel.**

Tout à fait. J'étais Conseiller général ; cela a arrangé les relations avec le Conseil général, au début réticent.

Nous avons alors pu créer l'association gérontologique du Ternois qui regroupe l'aspect gérontologique et l'aspect social de la prise en charge des personnes âgées, et dont les financements sont issus de l'Assurance maladie et du Conseil général. Cela fonctionne très bien.

Toutefois, qu'en sera-t-il si personne ne prend de décision forte pour stopper la désertification médicale en milieu rural ?





Dr Jean-Yves CESBRON

En ce qui vous concerne, le contexte est différent. Le réseau gérontologique du Saumurois fonctionne également très bien : il compte 52 médecins généralistes libéraux et 230 patients pris en charge. Comment avez-vous fait, de votre côté, pour convaincre les médecins de vous rejoindre ?

Je suis venu à l'idée de réseau via les hôpitaux locaux. Les professionnels libéraux ont un vrai souci d'indépendance. Le fait de travailler dans un hôpital local permet de confronter son mode de fonctionnement. On s'adosse, dans l'organisation des soins, à une structure existante. Je ne sais pas si c'est modélisable car il n'y a pas d'hôpitaux locaux partout. Mais cela peut être un soutien important à l'organisation des soins dans un territoire.

Comment avons-nous fait avec les médecins généralistes ? Je les ai convaincus un par un, puis cela a fait boule de neige. On est parti à quelques-uns, et nous sommes maintenant 52.

Comme l'a dit Roger PRUVOST, il y a eu des freins de la part des infirmières qui craignaient de perdre du travail. On leur répondait alors que leur travail allait être modifié et recentré sur leur cœur de métier. Pour les médecins, cela a été la même chose. On leur a dit que la partie administrative allait être assurée par le réseau, et qu'ils n'auraient que des problématiques médicales à prendre en charge.

➔ **Les médecins ne voyaient pas très bien ce que le réseau pouvait leur apporter ?**

Ce sont les freins au changement. A chaque fois que vous proposez une modification d'organisation, on vous dit toujours que l'on n'a pas besoin de vous car on fait déjà très bien les choses. Par la suite, les professionnels ont constaté la différence entre leurs pratiques habituelles et ce que nous leur avons apporté. Mais il y a le temps de la peur du changement. Pour les libéraux, la crainte est celle de voir arriver une organisation qui va regarder ce qu'ils font.

➔ **Quels arguments avez-vous utilisés pour les convaincre de l'utilité de rejoindre ce réseau ?**

Notre soutien principal a été le patron du service de gériatrie du CHU de l'époque. Au tout début, quand on a présenté le réseau pour la première fois aux médecins libéraux, j'ai fait un flop. Idem pour le médecin-conseil de la MSA.

Quand le patron du CHU a pris la parole pour souligner l'importance de l'organisation et de la nécessité de fonctionner en réseau, c'était comme une sorte de « bénédiction du père » qui a contribué à ce que tout le monde fonctionne dans ce sens. Cette crédibilité donnée par l'hôpital est importante. Mes confrères ont alors suivi.



➔ **Aujourd'hui, les médecins continuent-ils à demander à rejoindre le réseau ?**

Des médecins qui ne sont pas dans le territoire du réseau font des coordinations pour des personnes âgées domiciliées, elles, dans ce territoire. Ceux-ci peuvent faire 30 à 40 km pour faire les évaluations. Ils voient la plus-value de la coordination.

Au début, ce sont les familles qui ont poussé certains d'entre eux à rejoindre le réseau. Puis, une fois qu'ils ont connu le réseau, ils ont apprécié. Aujourd'hui, il n'y a plus d'opposants. Tout le monde est mûr pour cette organisation.

On a dépassé le cap de la peur de l'ingérence dans leurs pratiques.



Dr Roger PRUVOST

C'est également le cas chez vous, Dr PRUVOST ?

Il peut y avoir des doutes, mais ils ne sont pas exprimés comme cela. Des médecins disent qu'ils pourraient en faire partie mais qu'ils ont déjà fort à faire. Mais il n'y a pas d'opposition. C'est un réseau qui est bien implanté et qui est reconnu.

Il n'y a pas de gens qui sont contre mais des gens qui ne participent pas car ils considèrent, à tort, que c'est une charge de travail en plus.

➔ **On voit que vos deux expériences sont différentes. Est-ce qu'il existe une recette miracle pour convaincre les médecins libéraux réfractaires de travailler en réseau ? En effet, ce qui se passe chez vous n'est pas forcément aussi facile ailleurs.**

Ce n'est pas l'argent qu'ils touchent pour participer au bilan et à la réunion de coordination qui les a attirés. C'est un avantage qui n'en est pas un ; c'est une compensation du temps passé. L'argument financier n'a pas été décisif.

Les médecins ont des préoccupations sociales. Ils se sont rendus compte de ce qu'ils pouvaient apporter en plus à leurs patients. L'aspect social est important, la notion de prise en charge globale également. Un médecin ne peut pas rester indifférent à cela.





Dr Jean-Yves CESBRON

Je rajouterais que la gestion des cas complexes a permis d'intéresser les médecins au réseau. Un médecin généraliste voit la limite de sa prise en charge. Il ne peut pas faire seul. Si le médecin n'est pas entouré sur les aspects sociaux, le cas complexe va être géré par l'hospitalisation. Or, en gériatrie, l'hospitalisation est fortement iatrogène. Dans un certain nombre de situations, l'hospitalisation n'est pas une bonne réponse, n'est pas une bonne méthode de prise en charge. La gestion des cas complexes mérite une organisation.

Un réseau ne naît pas spontanément. Il naît sur un terreau qui existe déjà : la prise en charge des repas, les Aides à Domicile en Milieu Rural (ADMR)...

On ne crée pas un réseau s'il n'y a pas ce terreau, s'il n'y a pas un réseau social qui est déjà bien organisé. Le réseau vient mettre du liant dans tout cela. Chez nous, préexistaient l'ADMR, un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)... le réseau est arrivé après.

Avant de conclure cette table ronde, quel est votre avis sur les perspectives d'avenir des réseaux de santé à 10 ou 20 ans ? Avez-vous déjà noté le problème de la démographie médicale ?



Dr Roger PRUVOST

Si l'on en croit ce que nous avons entendu ce matin, les réseaux sont importants voire indispensables. C'est rassurant.

Personnellement, je suis convaincu de la nécessité et de l'avenir des réseaux.

Si les gens sont ici aujourd'hui, c'est parce qu'ils en sont convaincus autant que moi.



Dr Jean-Yves CESBRON

Il va y avoir une grande discussion autour de la notion de territoire.

Pour ce qui concerne le réseau gérontologique du Saumurois, un nouveau territoire a été délimité. Il correspond au territoire de garde des médecins généralistes, qui ne correspond lui-même à aucun autre territoire, ni au territoire de premier recours que nous avait initialement attribué le SROS. Cela ne correspond à rien. On est en train d'organiser un territoire par rapport à la démographie médicale. Mais cela ne correspond pas aux flux de populations. Par exemple, à partir du 1er janvier 2010, nous ne pouvons plus prendre en charge des personnes qui habitent à 5 km de chez nous alors qu'elles sont dans le réseau depuis 10 ans. Nous avons tenté de nous expliquer avec l'ARH. C'est dommage que l'on ne tienne pas compte de la réalité du terrain.

Nous allons essayer de retravailler sur un territoire qui corresponde à un réseau de soins palliatifs, à l'HAD qui doit ouvrir prochainement. C'est un territoire que nous avons « fabriqué ». Comment le caler avec un territoire qui nous serait imposé ? Il y a encore des divergences à venir.



Débat avec la salle

Bertrand DEYRIS, Chargé de mission Santé publique, MSA Côtes Normandes

Je souhaite insister à mon tour sur l'importance d'un patron en gériatrie, ce qui manque cruellement à la Basse-Normandie d'où je viens. Il nous manque pour motiver les médecins libéraux et globalement pour la culture gériatrique de la région, pour faire connaître la gérontologie aux décideurs.

Concernant l'implication plus ou moins rapide des médecins généralistes dans l'évaluation, comment cela s'est-il fait ? Est-ce que la plus grande partie est impliquée ?

Dr Jean-Yves CESBRON, Médecin généraliste libéral, Réseau Gérontologique du Saumurois

Sur notre territoire, nous avons mis entre 4 et 5 ans à convaincre tout le monde. Aujourd'hui, le réseau comprend 100% des médecins généralistes libéraux.

Armelle MICHALON, Vice-présidente du réseau gérontologique du Nyonsais-Baronnies dans la Drôme

Nous sommes confrontés à un problème de désertification. Sur notre territoire, deux secteurs ne comptent plus ni médecin, ni infirmière. On nous a demandé de les englober dans notre projet. Etes-vous confrontés à ce type de situations dans vos régions ? Comment faire ?



Actes de la journée

Dr Roger PRUVOST, Président de la FNRG, Président du réseau gérontologique du Ternois

La désertification médicale en milieu rural va déterminer notre action et notre existence. Vous vivez déjà ce que nous allons connaître dans quelques temps.

Comment faire si vous n'avez pas les moyens de base ? Ne pouvoir s'appuyer ni sur des médecins, ni sur des infirmières pose problème.

Dr Jean-Yves CESBRON, Médecin généraliste libéral, Réseau Gérontologique du Saumurois

Je connais bien Buis-les-baronnies où je suis allé présenter le réseau du Saumurois.

Je connais Nyons car je suis allé faire une visite HAS en décembre à l'hôpital.

Je pense que dans ces lieux, où il y a des hôpitaux locaux et un déficit de professionnels, l'hôpital peut être un moyen d'attraction des médecins généralistes. Il faut s'appuyer sur cette structure qui va nous rendre des services. Mais il faut aussi que les directeurs d'hôpitaux locaux comprennent cela.

Dr NAGARD, Médecin Coordinateur, Réseau de Santé de Proximité Estuaire de Villaine (RESPEV)

Je voudrais insister sur le problème démographique. Je travaille dans un secteur rural. On dispose d'un réseau de santé, d'une maison médicale pluriprofessionnelle qui va évoluer vers un pôle de santé, d'un hôpital local. La Bretagne Sud n'est pas une région déshéritée. Pendant deux ans, nous avons cherché un associé pour l'un de nos confrères qui avait dû arrêter son activité. Nous avons fini par prendre comme associé le médecin collaborateur qui travaillait avec nous depuis longtemps. Le territoire a donc perdu un médecin. Cela fait neuf mois que l'on cherche un médecin collaborateur en vain. Dans le Morbihan, il y a eu quatre installations de médecins généralistes libéraux en un an.

Par ailleurs, le transfert de compétences et la délégation de tâches sont un leurre absolu. Sur notre secteur rural, nous avons un déficit démographique d'infirmières libérales. Les infirmières libérales refusent aujourd'hui de faire des toilettes parce qu'elles n'en ont pas le temps. Comment envisager une délégation de tâches dans une telle situation ? Pourtant nous ne sommes pas dans un territoire isolé, loin des grandes agglomérations.

Je suis convaincu que les solutions envisagées autour des pôles de santé, de la délégation de tâches... sont un axe de réflexion mais ce ne sont pas les solutions.



**Dr Jean-Yves CESBRON, Medecin généraliste libéral,
Réseau Gérontologique du Saumurois**

Un début de réponse pourrait toutefois être la coordination, le fait d'entourer les médecins généralistes libéraux. Cela ne suffira probablement pas. Et une vraie volonté politique devra orienter leur installation. Mais il faudra laisser faire le politique.

**Dr Roger PRUVOST, Président de la FNRG, Président du réseau
gérontologique du Ternois**

Le fond du problème est la liberté d'installation. Sur cette question, les infirmières nous ont précédés puisqu'elles ont accepté que leur liberté d'installation soit encadrée. Pour les médecins, tout le monde n'est pas d'accord. Si d'autres solutions existent... Les maisons pluridisciplinaires ne sont pas non plus la solution. Il n'y a jamais eu autant de médecins inscrits à l'Ordre, mais ils sont tous aux mêmes endroits.

L'Etat devra prendre ses responsabilités même si cela causera des remous. Il y a des dogmes auxquels il faut toucher. Le métier de médecin n'est plus le même que celui que j'ai connu il y a quarante ans.

Aujourd'hui, nous avons une responsabilité sur le plan économique et sur le plan de l'aménagement du territoire.





Table ronde 2

Regards croisés sur les fédérations de réseaux de santé : pourquoi et comment construire ensemble ?

- **Dr Thierry GODET**,
Président de l'UNR.Santé, Directeur du réseau ARCADE
- **Dr Régis AUBRY**,
Ancien Président de la Fédération des réseaux de santé de Franche-Comté, coordinateur du Programme national de développement des soins palliatifs
- **Mme Françoise FREGEAC**,
Responsable du service Organisation des Soins et de l'Ingénierie des Réseaux de Santé, CCMSA, déléguée générale de la FNRG
- **Mme Lucrèce BOITEUX**,
Secrétaire de la FNRG, Vice-Présidente de la MSA Franche-Comté (excusée)



Dr Régis AUBRY

Si l'on revient 10 ans en arrière, quels constats ont donné lieu à la naissance des fédérations régionales ?

En Franche Comté, les 23 ou 24 coordinateurs de réseaux se sont réunis spontanément pour valoriser leur rôle dans le décloisonnement d'un système de santé qui montrait ses limites. Chacun faisait le constat qu'ils étaient en mesure de déplacer les cloisons sans décloisonner réellement le système. D'où une volonté de travailler ensemble, entre réseaux, à l'époque avec des thématiques différentes, pour essayer de penser l'évolution des réseaux de santé en tant qu'organisation vers une logique, une modalité de travail, le travail en réseau.

➔ Pourriez-vous préciser ce que vous entendez par décloisonner le système de santé ?

Il est assez évident que nous vivons dans un système cloisonné à plusieurs niveaux. Par exemple, au niveau national, ce ne sont pas les mêmes ministères qui gèrent les questions de la santé. Même si on parle de « santé », le champ social ne dépend pas de la santé.



En pratique, sur le terrain, le champ sanitaire et le champ médico-social se sont longtemps regardés de travers, tout comme le champ de la médecine libérale et le champ de la médecine hospitalière, le champ du privé et le champ du public. On pourrait décrire l'organisation de notre système de santé sur un plan socio-historique en montrant la juxtaposition de cloisons progressives aboutissant à un système qui ne répond plus aux besoins.

Les réseaux et le travail en réseau correspondent à une évolution de notre état de santé, des conséquences des progrès dans le champ de la santé. Ces progrès aboutissent à un vieillissement constant et important de la population, ce qui génère des situations encore plus complexes qu'une approche monothématique ne peut plus aborder. Donc, le besoin intrinsèque de travail en réseau s'éprouve par une réalité qui est liée aux conséquences du progrès. Il est important de revenir aux fondamentaux.

Peut-on défendre les intérêts des réseaux ? Oui. Mais l'essentiel est peut être de penser l'objectif fondamental du travail en réseau à travers les réseaux de santé, les maisons de santé pluridisciplinaires, les pôles et d'autres initiatives à penser pour l'avenir. Face à ce constat de modernisation du système de santé, de conséquences impensées du progrès qui génèrent de la complexité et qui nécessitent des modalités de travail différentes, le travail interdisciplinaire, c'est une nécessité.



Quand vous avez créé cette fédération régionale, les réseaux étaient-ils prêts à travailler ensemble ? Y avait-il des freins ?

Les réseaux étaient demandeurs de travailler et de discuter ensemble. Mais cela ne signifie pas que c'était facile. Par exemple, quand il s'agit de penser à la mutualisation, les réseaux peuvent rentrer dans des logiques de préservation des faibles moyens qui leur ont été accordés.

Les réseaux ont la nécessité d'évoluer parallèlement à l'évolution du paysage de la santé. Il faut accepter l'idée que le réseau est ce qui permet l'adaptation à l'évolution de ce système. Ce serait intéressant de penser les réseaux de cette manière là : accepter la précarité, c'est-à-dire accepter de s'adapter à l'évolution des besoins en santé, de l'offre en santé dans certains territoires, à la précarité des financements.

La capacité d'adaptation au changement est peut-être la qualité principale du réseau : logique territoriale de proximité, logique de pilotage dans un territoire plus large, logique de déclinaison de politiques régionales.





Dr Thierry GODET

L'Union Nationale des Réseaux de Santé est née en 2008. Nous venons de parler de la nécessité de se fédérer. Pourquoi avoir attendu 2008 ?

Cela fait partie de l'histoire des réseaux de santé. Il y avait déjà une coordination nationale qui existait avant, qui avait essayé de regrouper un certain nombre d'acteurs des réseaux de santé.

Le problème des réseaux de santé est qu'ils viennent du terrain, sont très souvent issus de la médecine libérale et sont très hétérogènes. Réussir à réunir dans une union nationale des réseaux monothématiques, plurithématiques, régionaux qui portent des politiques de santé publique comme des réseaux de cancérologie ou de périnatalité n'est pas simple. Les objectifs ne sont pas les mêmes. Par contre, les procédures de financement sont les mêmes et certaines valeurs sont partagées telles que le travail en pluri professionnalité, la transversalité au quotidien, le lien avec les acteurs du premier recours, du domicile. Il a fallu s'unir avec un langage à peu près commun.

L'UNR.Santé est encore jeune. Elle compte 110 réseaux sur les 800 réseaux qui existent. Nous ne sommes pas encore très représentatifs. Par contre, on travaille, on avance et on a voulu contribuer avec notre création à la réflexion sur la loi. Nous étions très inquiets. Je ne suis pas d'accord avec ce qui a été dit ce matin, je suis très inquiet pour le devenir des réseaux. Par contre, il y a sûrement des pistes, des opportunités dans cette loi qu'il faut saisir tous ensemble. Un des objectifs de l'Union est de travailler ensemble sur les objectifs et identifier les failles ou les opportunités qui figurent dans cette loi.

Je reviens sur ce que vient de dire le Dr CESBRON. Oui, les réseaux sont là pour des situations complexes. Ils ne sont pas là pour prendre en charge tout le monde. Il faut bien redéfinir nos missions et nos fonctions dans ce domaine, ce qui permettra d'éclaircir le paysage de notre action avec la médecine de premiers recours.



Depuis ce matin, on avait l'impression que l'avenir des réseaux était tout tracé, que vous étiez forces de propositions, qu'on attendait vos idées, que vous alliez jouer un rôle prédominant dans les ARS. Pourquoi cette inquiétude ?

La loi est un puzzle : le premier recours qui pour une fois existe, les établissements de santé organisés de façon très autoritaire (on a donné une mission au service privé qui est ambiguë), la notion de coordination qui, selon le côté où l'on se place, revient au médecin généraliste traitant ou à la communauté hospitalière du territoire, ou encore à d'autres acteurs qui existent et qui sont cités.

Concernant les réseaux de santé, nous avons dû lutter pour faire passer des amendements afin d'avoir notre place puisque la mode est aujourd'hui aux maisons de santé, aux pôles de santé.





**Ce qui semblait évident tout à l'heure
ne l'était pas au début de la loi.**

Pas du tout. Et ça ne l'est toujours pas en pratique.

Les objectifs des ARS pour 2012 sont politiques, de santé mais aussi économiques. Il faut parler de l'argent. Il n'y a plus d'argent dans les caisses. Quand je vais rencontrer le Conseil général pour négocier, on me répond qu'il n'y a pas d'argent. Je suis d'accord avec l'objectif de décloisonnement des secteurs sanitaire et médico social, mais où va-t-on trouver l'argent ? On parle des nouveaux modes de rémunération, de développer l'éducation thérapeutique, que les médecins de premier recours s'en occupent, mais avec quels crédits ?

Dernièrement, nous étions au Comité National de Gestion (CNG) du FIQCS. Il n'y a pas plus d'argent pour les réseaux l'année prochaine, mais le fonds s'est vu attribuer des missions supplémentaires. En clair, on pourra à peine consolider les réseaux existants, qui pourront très peu se développer. Il y aura très peu de nouveaux réseaux et très peu d'innovations.

Les directeurs d'ARS auront des objectifs sur les hôpitaux et devront faire en sorte qu'il y ait moins d'hospitalisations. Les réseaux pourront disposer de moyens, d'outils (télésanté, dossiers informatisés), pourront leur proposer leur aide. Par contre, le questionnement de leur couverture territoriale, trop petite, pourrait leur être posée. Il faudra donc faire des alliances et il faudra peut-être qu'on casse notre architecture de réseaux de santé pour se présenter comme des acteurs privilégiés de la coordination territoriale. Le territoire doit partir de la patientèle du médecin traitant. Ensuite il faut élargir, évaluer les besoins. Il faudra négocier des protocoles de coopération, des transferts de compétences. Les projets locaux de santé vont nous permettre de travailler avec les collectivités territoriales. Si on élargit encore un peu plus, on arrive à la coordination territoriale avec les maisons de santé, les pôles de santé. Les réseaux de santé pourront par la suite proposer des CPOM auprès des ARS. La négociation sera difficile. Si les réseaux se présentent seuls et mono thématiques, ils sont morts. Pluri thématiques, territoriaux de proximité, on les écouterait un peu. S'ils ont une bonne couverture territoriale, on les écouterait un peu mieux. S'ils ont tous les acteurs de santé avec eux, y compris le Conseil général, là ils seront écoutés sérieusement.

Nous avons une opportunité à saisir ; mais l'échéance arrive vite et nous ne sommes pas prêts. Les réseaux sont tellement occupés à gérer le quotidien qu'ils n'ont pas le temps de voir où ils vont.

Au niveau de l'Union, nous essayons de prendre du recul, mais nous n'avons pas de financement, nous ne sommes peut-être pas très bien organisés. Nous sommes très précaires.





Cela veut dire qu'aujourd'hui l'UNR.Santé n'est pas une force politique ?

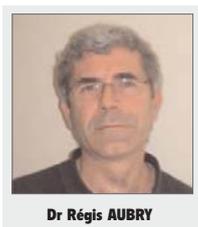
Non, pas encore.

Nous allons travailler sur des plateformes territoriales de santé. La place des réseaux est importante, nous avons un savoir-faire qu'il faut bien vendre. Il faut que nous soyons unis et que nous sachions saisir les opportunités.

La loi parle des protocoles de coopération entre professionnels, ce que nous savons faire. Il faut qu'on vende cela au niveau des ARS. Le circuit sera le suivant : dépôt des protocoles auprès des ARS qui les valident ou non, ensuite validation par la HAS et intégration dans les programmes de formation initiale et continue de médecine.

C'est une brèche importante.

Les financements réservés aux maisons de santé sur l'éducation thérapeutique et sur la coordination du parcours de soins constituent une autre brèche parce qu'il existe des expérimentations. Or, la porte n'a pas été franchement ouverte aux réseaux. Mais ce sont des petites portes.



Dr Régis AUBRY

Avez-vous une vision aussi pessimiste sur l'avenir des réseaux de santé ?

Je partage l'analyse de Dr GODET. Je ne suis pas pessimiste car j'essaie de regarder les choses avec un peu de distance.

Notre difficulté, en tant qu'acteurs de réseaux, est de vivre un quotidien marqué par l'inquiétude. Si on prend du recul, je crois que les réseaux ne se trompent pas. Ce n'est pas par hasard que le travail en réseau arrive, c'est parce qu'il y a un besoin. Il faudra des systèmes coordonnés et nous devons revendiquer notre savoir-faire dans cette nouvelle fonction de coordination dans le champ de la santé. Quels que soient les

niveaux dont nous parlons, cette coordination nécessite un savoir-faire. Si on sait investir dans la formation pour que ce savoir-faire vienne aider les acteurs de terrain, on créera une forme d'attractivité nouvelle dans des territoires aujourd'hui désertifiés.

Vous aurez remarqué que dans les secteurs où il y a beaucoup d'offres, on crée encore de l'offre mais, dans les secteurs où il y a de moins en moins d'offres, on a de moins en moins de choses à proposer. Les réseaux ont intérêt à s'intéresser à ces secteurs où il n'y a rien et à s'installer là où il y a de moins en moins d'offres pour être les vecteurs d'une nouvelle attraction. L'un des objectifs va être de soulager les professionnels, d'aider les acteurs qui sont sur place et qui résistent, de les soulager d'un travail qui ne fait pas partie de leur cœur de métier. Pourquoi demander à un médecin ou à une infirmière de faire autre chose que ce qu'ils ont appris s'ils peuvent ne faire que cela et le faire bien parce qu'ils sont aidés dans une action de coordination dans un territoire de proximité ?

La formation est également un levier essentiel du changement. En 2009, nous avons ainsi créé un MASTER sur les fonctions de coordination à l'Université de Franche-Comté⁹. On sait bien que demain il nous faudra des professionnels de la coordination pour pouvoir gérer la complexité du système et faciliter le travail des acteurs. Nous souhaitons donc développer ce MASTER dans d'autres universités pour planter les fondations de la coordination.

⁹MASTER Santé publique, spécialité Les fonctions de coordination dans le système de santé - (<http://formations.univ-jcomte.fr/>)





Françoise FREGEAC

La Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques (FNRG) a été créée notamment par un régime de protection sociale. Est-ce un exemple unique ?

Oui c'est un exemple unique puisque l'expérimentation a été menée par un régime de protection sociale. La Fédération est issue de cette expérimentation menée par la MSA, en partenariat avec la CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) et la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des non-salariés non agricoles), devenue depuis le RSI (Régime Social des Indépendants).

A l'issue de cette expérimentation, les réseaux étaient très inquiets quant à leur devenir. Ils avaient été gérés par la MSA puisqu'elle était promoteur des 19 réseaux. Fin 2003 déjà, les inquiétudes étaient grandes, les réseaux ne souhaitaient pas être abandonnés par la MSA. En effet, toutes les activités de gestion étaient assurées par la MSA. Beaucoup d'interrogations ont découlé de cette situation et c'est là qu'est née cette idée de créer une Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques en mai 2004. A ce moment là, le rôle de la Fédération était de soutenir les réseaux, de les aider dans leurs relations avec les financeurs et de les aider, avec la MSA, à passer du statut expérimental au statut de réseaux autonomes. La MSA a décidé, au niveau national et au niveau local, de poursuivre l'accompagnement des réseaux existants, mais aussi d'encourager le développement de nouveaux réseaux. La création de la Fédération est venue renforcer cette action.

Un partenariat politique a été immédiatement passé entre la Fédération et la Caisse Centrale de la MSA, qui a abouti à une charte d'engagement destinée notamment à formaliser le partage des critères et valeurs chers à la MSA, et à garantir un haut niveau de qualité des prestations fournies par les réseaux gérontologiques.

➔ Aujourd'hui, où en est l'autonomisation des réseaux ?

L'autonomie est totale. Les caisses locales de MSA ont un rôle d'appui/conseil et apportent leur expertise et leur savoir-faire aux réseaux. Ce partenariat est formalisé par le biais de conventions, dont les axes sont de proposer aux bénéficiaires des réseaux les actions de la MSA, notamment les actions de prévention, l'éducation thérapeutique du patient, l'aide aux aidants, etc.

La volonté de la MSA et de la Fédération est d'encourager une prise en charge globale de la personne âgée et de son entourage. La souffrance des aidants est de plus en plus prise en compte.

Notre préoccupation de 2005-2006 n'était pas du tout la même que maintenant. Aujourd'hui nous sommes à un tournant. Les réseaux gérontologiques ne peuvent plus rester tout seuls. Dans la loi HPST, cela a été difficile de les intégrer. On voit bien qu'il y a des maisons de santé pluridisciplinaires, il y a les pôles de santé, etc. Si on n'articule pas tous ces dispositifs entre eux, sur les territoires, et avec toute l'offre existante, c'est fini.



➔ La FNRG est membre de l'UNR.Santé ?

Oui, et je pense que l'Union est une force de proposition. Le travail fait à Lyon ce week-end a été très productif. Des propositions seront transmises aux ARS. C'était une réflexion globale sur les perspectives des réseaux de santé, mais qui intègre toutes les problématiques comme les Maisons de santé et les pôles de santé.



Dr Thierry GODET

Que s'est-il passé à Lyon ce week-end ?

Je suis pessimiste mais je pense que l'on peut être une force de propositions. Nous souhaiterions que les ARS, qui se mettent en place début avril, aient sur leurs bureaux des propositions concernant les réseaux de santé sur l'approche territoriale des soins. Nous souhaitons nous mettre d'accord sur un certain nombre de principes. Nous sommes actuellement dans la construction.

Le président de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)¹⁰, Michel Serin, a sollicité notre aide concernant la mise en place de leurs structures et la coordination au niveau du territoire. Cette démarche est positive et très intéressante et permet de réfléchir à une réponse harmonisée.

Il va falloir aussi aborder le sujet de la démographie médicale. Il va y avoir de nombreux transferts de compétences. On peut être financé sur les protocoles de coopération, sur l'amélioration de la qualité des soins. Il faut donc chercher des alliances (SSIAD, MAIA...). Néanmoins, il ne faut pas qu'il y ait plus de coordinateurs sur le terrain que d'effecteurs. Si nous sommes capables de présenter des projets aux ARS qui contiennent des propositions concernant l'organisation de la permanence des soins, on gagnera en sérieux et en représentativité.

Il faut être prudent sur la santé publique. Les ARS auront une certaine autonomie sur ces plans. Il faut donc que les réseaux s'organisent au niveau régional pour infléchir les objectifs des ARS en fonction des priorités de santé publique et de ce que nous estimons important. Ce ne sera pas partout pareil. Les territoires de santé vont s'orienter en fonction de l'histoire et de l'organisation des territoires. Il y a tout de même de la souplesse dans cette loi. C'est une bonne chose que l'on ne sache pas où sont les territoires.

Un réseau c'est la faculté de s'adapter à son territoire et de faire travailler ensemble les acteurs.

Quand on négociera, par contre, il ne faudra pas être souple, mais être aussi ferme que ceux qui seront en face de nous.

¹⁰ <http://www.ffmps.fr/>





Table ronde 3

Comment mieux répondre aux besoins des personnes âgées et de leur entourage ?

- **Mme Janine DUJAY-BLARET,**
Présidente des Aînés Ruraux - Fédération Nationale et Vice Présidente de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
- **Mme Roselyne BESNARD,**
Vice-Présidente de la FNRG, Présidente de la MSA de Maine-et-Loire
- **Mme Chantal BOURSICOT,**
Coordinatrice du réseau gérontologique Vimeu/Baie de Somme
- **M. Bruno LACHESNAIE,**
Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et des Services à la Personne, CCMSA
- **Mme Gaël COCAULT,**
Chargée de mission, service Organisation des Soins et Ingénierie des Réseaux de Santé, CCMSA



Laurent CHEVAL

Les réseaux se sont beaucoup développés depuis 10 ans, mais ils sont mal identifiés, il serait important de pouvoir mieux les repérer et les connaître. Pour ce faire, la communication auprès des pouvoirs publics, des organismes locaux de MSA, des professionnels et du grand public doit s'intensifier.

Pour remplir sa mission, un réseau gérontologique doit impliquer, dans la prise en charge, tous les professionnels et services qui permettront à la personne âgée de rester à domicile et à l'aidant de se sentir soutenu.



Actes de la journée



Roselyne BESNARD

97 à 98% des personnes âgées se disent satisfaites par l'organisation des réseaux gérontologiques.

Aujourd'hui les mentalités ont évolué, l'hôpital local n'est plus vu comme un lieu de fin de vie, il y a une meilleure connaissance des professionnels de santé.

Cependant, le placement en établissement est toujours difficile à accepter par les familles qui, bien souvent, s'épuisent à s'occuper de leurs parents âgés dépendants.

On s'occupe beaucoup de la personne aidée, mais il ne faut pas oublier l'aidant.

Afin de permettre à la personne âgée de rester à domicile, tout en évitant d'épuiser les aidants, il est nécessaire de faire des efforts dans le domaine de l'aide au répit qui

soulagera les aidants et leur permettra de « souffler ». De nombreuses formules existent et pourraient être développées : accueil de jour, accueil temporaire... Mais dans la pratique, les structures sont confrontées au problème de conserver un lit toujours libre, dédié à cet accueil, qui risque d'être la plupart du temps vide et donc non financé.

Le problème est qu'il n'y a pas assez de structures et de professionnels pour prendre en charge ce répit.

Avec le phénomène d'épuisement des aidants, désormais, nous pouvons avoir deux générations de personnes à aider. Il faut inventer de nouvelles formules qui conviendraient aux familles vieillissantes, aux familles éclatées.

On n'a pas suffisamment appréhendé cette problématique qu'il faudra financer. Il y a encore beaucoup de placements en institution qui sont à la fois non souhaités et beaucoup plus onéreux qu'un maintien à domicile.

Il est nécessaire de respecter ce qui est fait depuis 10 ans sur le terrain. Les réseaux gérontologiques manquent de visibilité, il est très important de les faire connaître à toutes les caisses de MSA.

Il faut développer l'axe prévention en se servant notamment des Ateliers du bien vieillir, de Pak Euréka...proposés par la MSA.

Les réseaux sont confrontés à un manque de financement. Pourquoi ne pas instaurer une cotisation obligatoire spécifique dépendance (notion de 5ème risque) ?



Bruno LACHESNAIE

Un des points forts des réseaux gérontologiques est la prise en charge globale et évolutive de la situation des personnes âgées :

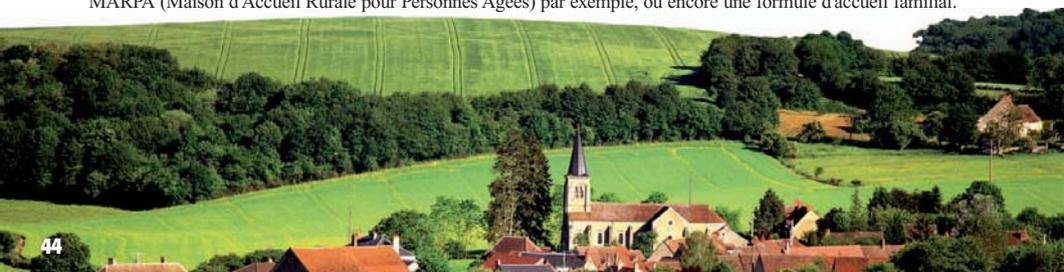
- Evaluation sanitaire et sociale globale pour apporter une meilleure réponse aux besoins
- Plan d'aide et d'intervention personnalisé

L'aménagement de l'habitat doit aussi être pris en compte car il est la conséquence et la réponse à la perte d'autonomie de la personne.

La MSA peut apporter son aide aux réseaux, notamment dans le cadre de l'aide aux aidants, la MSA a mis en place un programme d'aide aux aidants.

L'habitude est de s'occuper des aidants et des aidés séparément. La MSA cherche plutôt à accompagner ensemble « aidants et aidés », en favorisant la circulation de la parole, en proposant aussi des séjours communs qui offrent la possibilité de vivre des moments forts ensemble. Enfin, la MSA souhaite décloisonner les relations entre le domicile et les établissements, en promouvant la recherche de formules intermédiaires.

Le schéma idéal pour la personne dépendante serait d'alterner séjour chez elle et moments en établissements à mi-chemin entre EHPAD (Etablissement d'hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) et domicile, dans une MARPA (Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées) par exemple, ou encore une formule d'accueil familial.





Chantal BOURSICOT

Actuellement, une discussion est en cours entre le réseau Vimeu /Baie de Somme et le Conseil général autour d'une évaluation des personnes âgées. Une expérimentation se déroulera entre février et juin 2010 et devrait aboutir à la mise en place d'une grille GIR (Groupes Iso Ressources) commune.

Il est nécessaire d'affiner le plan d'intervention APA avec l'ensemble des professionnels. Les réseaux effectuent un travail très important afin de répondre aux demandes d'inclusion, de mettre en place un plan d'intervention personnalisé, et ce, le plus rapidement possible. Cependant, les réseaux reçoivent de plus en plus de demandes d'urgence, nécessitant la mise en place d'un plan d'aide immédiatement. Les réseaux, travaillant avec de nombreux professionnels, ne peuvent répondre à ce type de demandes et doivent parfois recourir à l'hospitalisation d'urgence. Il serait important que ces situations soient identifiées en amont.

Il ne faut pas se tourner vers les réseaux la veille pour le lendemain.

Il faut respecter le territoire du réseau.

Pour faire évoluer les réseaux, et rendre leur action plus efficace encore, la formation et l'information des aidants sont indispensables, de même que la professionnalisation des professionnels, notamment des auxiliaires de vie.



Mme Janine DUJAY-BLARET

Toute personne en perte d'autonomie quel que soit son âge doit être aidée. C'est vrai aussi pour les aidants.

Dans le cadre du partenariat qui les lie, les Aînés Ruraux pourront faire appel aux MSA pour organiser des formations à destination de leurs adhérents.

Le partenariat entre la FNRG et les Aînés Ruraux ne demande qu'à se développer. Il serait intéressant de penser à des Aînés référents qui pourraient repérer les situations à risques ou les personnes âgées en difficulté et faire appel, selon le besoin, aux réseaux gérontologiques.

Il est préférable de parler de perte d'autonomie et pas de dépendance. La sémantique est très importante. Il serait plus judicieux de remplacer le terme de réseau de maintien à domicile par réseau d'aide à l'autonomie.

Il existe des problèmes dans la pratique, notamment lorsqu'une demande d'aide arrive le dimanche, il est presque impossible d'organiser une prise en charge dans l'urgence et il est parfois nécessaire de recourir à l'hospitalisation d'urgence.

Les retraites baissent, ce qui ne permet pas toujours à la personne âgée de financer son placement en institution. En effet, très récemment (fin 2009, début 2010), l'IGAS a constaté que le reste à charge moyen pour un résident en institution est de 2 200 euros par mois, alors que la moyenne des retraites versées est de 1 200 euros par mois. Par ailleurs, le monde agricole n'atteint pas toujours cette moyenne.

Les conséquences de ce reste à charge sont le départ de certaines personnes âgées de l'établissement où elles étaient placées et l'impossibilité pour d'autres d'y entrer.

L'évolution des retraites étant incertaine et plutôt tournée vers une baisse des pensions versées, il est indispensable de trouver des solutions et alternatives au placement en institution, et ce, très rapidement.



Actes de la journée



Gaëlle COCAULT

Il n'y a pas de représentation systématique des usagers dans les instances statutaires des réseaux. Lorsque l'on interroge les réseaux qui ont intégré des usagers dans leurs instances statutaires afin de savoir si cela influe sur leur fonctionnement, leur réponse est négative.

La question est de savoir quels usagers il faut choisir ? Des ADMR, des élus, des parents de patients inclus dans le réseau ?

Des questionnaires de satisfaction sont régulièrement communiqués par les réseaux aux personnes prises en charge. Ces questionnaires permettent aux réseaux de vérifier l'adéquation de leur action avec les besoins des usagers et de l'adapter si nécessaire.





Table ronde 4

Quels intérêts d'une étroite collaboration entre un régime de protection sociale et les réseaux de santé ?

- **Mme Elise PATRIARCHE,**
Présidente du réseau de Santé des Personnes Agées RESPA Charente Limousine
- **M. Xavier HABOURY,**
Directeur adjoint, MSA Picardie
- **Dr Christine PREVOST,**
Médecin-conseil, MSA Sud Aquitaine
- **M. Nicolas DEMARLE,**
Chargé de mission, service Organisation des Soins et Ingénierie des Réseaux de Santé, CCMSA



Laurent CHEVAL

Les réseaux pourront-ils se développer sans passer par un régime de protection sociale ?

Suite à la fin, en 2004, de l'expérimentation menée par la MSA, les réseaux ont pris leur indépendance. Ils fonctionnent et se développent de manière autonome. Cependant, la MSA et les réseaux ont un partenariat fort qui permet à la MSA de continuer à les accompagner et les soutenir lorsqu'ils en manifestent le besoin.



Dr Christine PREVOST

La présence d'un régime de protection sociale est indispensable notamment lors de la création d'un réseau gérontologique. En effet, les procédures sont très lourdes et un organisme comme la MSA, avec son expérience dans l'accompagnement des réseaux gérontologiques, peut faciliter ces démarches.

L'aide que la MSA est en mesure d'apporter aux réseaux peut consister en un soutien, une veille législative, une aide au recrutement, mise à disposition d'outils de prévention à destination des personnes prises en charge et de leur famille. Elle peut aussi être un interlocuteur face à l'Etat, au Conseil général, au nom des réseaux.



Actes de la journée

La collaboration étroite entre un régime de protection sociale et un réseau de santé donne à ce dernier plus de crédibilité, il est écouté plus attentivement. Cette collaboration rassure les financeurs, les professionnels qui souhaiteraient adhérer.

Les réseaux gérontologiques sont indispensables. Il est nécessaire qu'ils soient reconnus par les ARS et qu'ils fassent partie intégrante de la filière gérontologique, qui assure une prise en charge globale de la personne âgée. Les réseaux gérontologiques ne sont pas présents sur l'ensemble du territoire français. Il est important de favoriser le développement de réseaux dans les départements ou régions qui en sont dépourvues.



Elise PATRIARCHE

En Charente Limousine, la population, majoritairement rurale, isolée, devient de plus en plus dépendante ou en perte d'autonomie, elle est composée à hauteur de 32% de personnes âgées de plus de 60 ans. L'utilité de la création d'un réseau favorisant le maintien à domicile était donc indiscutable pour développer un travail de concertation pluridisciplinaire Ville-Hôpital. La coordination sanitaire et sociale mise en œuvre par le réseau, en lien avec le médecin traitant, permet une prise en charge adaptée aux besoins des usagers et des familles grâce aux plan d'aide et plan de soins personnalisés.

Lors de la création du réseau personnes âgées RESPA Charente Limousine en 2008, la MSA Charente s'est beaucoup investie. Un chargé de mission a apporté une aide et des conseils aux niveaux administratifs, techniques, juridiques mais aussi un soutien moral aux membres du bureau de l'Association, en fonction des différentes étapes de la concrétisation du dossier promoteur.

Cet appui a permis d'élaborer le dossier de demande de financement, de nous guider lors des études d'opportunité et de faisabilité, de mieux formaliser l'organisation du réseau et l'évaluation de l'activité.

La MSA est une référence et un soutien pour l'obtention du financement du réseau.

En terme de communication, la participation de la MSA à des présentations a permis de sensibiliser les Aînés Ruraux. De plus, la réalisation et la diffusion de plaquettes ou articles de la presse agricole ont contribué à faire connaître l'existence du réseau RESPA Charente Limousine. De son côté, le réseau informe sur les possibilités de participer aux actions de prévention organisées par la MSA, notamment sur les Ateliers du « bien vieillir ».

Cet accompagnement de la MSA, avec souplesse et disponibilité, a permis de soulager le réseau dans les démarches entreprises. Ce travail de collaboration s'est traduit notamment par des échanges formels ou informels, des consultations pour avis, une aide à la réflexion avant des prises de décisions qui engagent l'avenir.

Cette collaboration continue à l'heure actuelle. On peut citer la réactualisation juridique des textes fondateurs au regard du référentiel pour les personnes âgées et plus récemment, en lien avec la FNRG, le projet d'extension sur le Pays Ruffécois demandé par l'URCAM/ARH Poitou-Charentes.

Cet investissement laisse toutefois au réseau son autonomie, les rôles sont clairement définis : l'association promoteur du réseau est le décideur, la MSA est l'accompagnateur.

La MSA n'est pas membre du réseau, mais elle peut être sollicitée en qualité de personne qualifiée.

La coopération Réseau RESPA Charente Limousine et MSA Charente est formalisée dans une convention de partenariat. Les réseaux gérontologiques sont des organisations structurées qui ont des missions sociales et de santé qui permettent une prise en charge globale de la personne âgée.





Xavier HABOURY

La MSA est l'ambassadeur du concept de réseau gérontologique.

L'un des atouts des réseaux est de couvrir un territoire délimité qui leur permet d'être en adéquation avec les besoins locaux et identifiés de la population. Il est souhaitable qu'ils ne deviennent pas des superstructures et qu'ils restent une émanation du terrain qui agit localement. Un réseau gérontologique est issu du terrain, il répond à des besoins identifiés. Il n'est pas un dispositif qui descend d'en haut.

La MSA et les réseaux gérontologiques sont complémentaires. Les réseaux ont le mérite d'exister et de faire vivre une organisation sur un territoire. La démocratie sanitaire est un des éléments de la loi HPST, ce qui procure une légitimité aux réseaux gérontologiques qui s'efforcent au quotidien d'aller dans ce sens.



Nicolas DEMARLE

Un régime de protection sociale, comme la MSA, apporte aux réseaux un soutien gratuit et personnalisé dans leur mise en œuvre mais aussi dans leur gestion au quotidien et dans leur développement.

La MSA peut aussi jouer un rôle de facilitateur vis à vis des financeurs. En effet, son expérience dans le développement et le suivi de réseaux gérontologiques lui procure une expertise dans l'identification du type d'informations à fournir et dans les orientations à donner afin d'obtenir un financement.

La MSA, de par ses organismes locaux, bénéficie d'une bonne connaissance du terrain et des financeurs locaux, connaissance qu'elle peut mettre à disposition des réseaux gérontologiques. Dans le cadre d'appel à projets, avoir la MSA comme partenaire crédible peut aider à obtenir des financements.

Exemple de collaboration entre un régime de protection sociale (MSA) et les réseaux de santé

Accompagnement des réseaux gérontologiques proposé par la Caisse Centrale de la MSA en partenariat avec la Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques.

Les missions de la MSA et de la FNRG sont :

- aider, simplifier et alléger la création d'un réseau gérontologique,
- accompagner le développement des réseaux gérontologiques,
- apporter un soutien méthodologique et logistique aux promoteurs et acteurs des réseaux gérontologiques.

La Fédération coordonne et anime les réseaux gérontologiques membres (28 à ce jour), dans le respect des valeurs et principes promus par la MSA et ses partenaires, favorise les échanges entre ces réseaux.

La CCMSA apporte un appui-conseil aux caisses locales de MSA pour le suivi des réseaux existants et l'aide à la création de nouveaux réseaux.

La MSA et la Fédération, dans une recherche constante de qualité et d'efficacité, ont établi une charte d'engagement qui doit être signée par l'ensemble des réseaux adhérents à la Fédération. Cette charte garantit un haut niveau de qualité des services et prestations proposés, ainsi qu'une homogénéité des modalités de fonctionnement.



Conclusion de M. Philippe LAFFON, Directeur de la Santé, CCMSA



Des demandes très fortes sont adressées aux réseaux qui évoluent déjà dans un cadre financier incertain et difficile.

Des débats qui se sont tenus aujourd'hui, il résulte que de multiples pistes de réflexion s'ouvrent aux réseaux :

- Développer le maillage territorial
- Professionnaliser et structurer la fonction administrative des réseaux afin, notamment, d'acquérir une meilleure compétence à rendre compte, à se valoriser
- Développer des prestations
- Développer les partenariats
- Coordonner les réseaux avec les Maisons de Santé Rurale et les MAIA
- Développer des fédérations régionales
- Favoriser le décroisement
- Développer la communication auprès des Caisses de MSA, du grand public, des professionnels

Ces chantiers sont nombreux et tous ne pourront être menés en même temps. Cependant, nous ne partons pas de rien et il est nécessaire de prendre appui sur ce qui existe déjà. La MSA est aussi là pour accompagner les réseaux et les soutenir.

Il faut aussi tenir compte du cadre économique et social dans lequel doit se placer notre action.

Il est dominé par trois grands sujets :

- Le vieillissement de la population
- La question de la démographie médicale
- L'état des finances de l'assurance maladie

Trois aspects paraissent cependant prioritaires :

- Les réseaux doivent valoriser leurs actions. En effet, il y a une augmentation des besoins en matière d'offre de soins coordonnés et les réseaux ont une véritable expertise dans ce domaine. Il est important que les réseaux gérontologiques prennent contact avec les ARS afin de présenter aux directeurs généraux l'utilité et l'efficacité de leur action sur le terrain. Les directeurs généraux des ARS auront besoin de pouvoir valoriser ce qui se fait sur leur territoire. C'est pourquoi les réseaux qui possèdent une véritable expertise dans le maintien à domicile et la coordination de professionnels ont tout intérêt à se rendre visibles auprès des futures ARS ;
- Les réseaux doivent se professionnaliser. Dans un contexte où le travail qu'ils effectuent est déjà très complexe et où leurs financements doivent être renouvelés tous les ans, ce qui ne leur permet pas d'avoir une vision à long terme de leur activité, les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens peuvent être un levier fort ;
- Les réseaux doivent se déployer sur le territoire pour acquérir une meilleure visibilité et s'imposer comme un segment indispensable de l'offre de soins.

Les réseaux fêtent leurs 10 ans et ils sont à la croisée des chemins. Il est indispensable pour eux de renforcer leurs acquis et de valoriser leur expertise de coordination et leur connaissance du terrain.

Ils doivent être force de propositions afin d'apparaître comme des acteurs incontournables dans l'organisation des soins sur un territoire.



Table des sigles

| | |
|--------|---|
| ADMR | Aide à Domicile en Milieu Rural (depuis 1995, l'Association du service à domicile) |
| ANAH | Agence Nationale de l'Habitat |
| APA | Allocation Personnalisée d'Autonomie |
| ARH | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| ARS | Agence Régionale de Santé |
| CANAM | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (maintenant RSI) |
| CCMSA | Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole |
| CH | Centre Hospitalier |
| CHT | Centre Hospitalier Territorial |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CLIC | Comité Local d'Information et de Coordination |
| CNAMTS | Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés |
| CNEH | Centre National de l'Expertise Hospitalière |
| CNG | Comité National de Gestion |
| CNSA | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie |
| CPOM | Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens |
| CRAM | Caisse Régionale d'Assurance Maladie |
| CSG | Contribution Sociale Généralisée |
| CUCS | Contrat Urbain de Cohésion Sociale |
| DASSSP | Direction de l'Action Sanitaire et Sociale et des Services aux Personnes |
| DDASS | Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| DGAS | Direction Générale de l'Action Sociale |
| DGS | Direction Générale de la Santé |
| DHOS | Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins |
| DNDR | Dotations Nationales de Développement des Réseaux |
| DRASS | Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales |
| EHPAD | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| FAQSV | Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville |
| FFMPS | Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé |
| FIQCS | Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins |
| FNRG | Fédération Nationale des Réseaux Gérontologiques |
| GCS | Groupe de Coopération Sanitaire |
| GIP | Groupe d'Intérêt Public |
| GIR | Groupes Iso Ressources |
| GRSP | Groupe Régional de Santé Publique |



Table des sigles

| | |
|-----------|--|
| HAD | Hospitalisation A Domicile |
| HAS | Haute Autorité de Santé |
| HPST | Hôpital, Patients, Santé, Territoires |
| IGAS | Inspection Générale des Affaires Sociales |
| LFSS | Loi de Financement de la Sécurité Sociale |
| MAIA | Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades d'Alzheimer |
| MARPA | Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agées |
| MRS | Mission Régionale de Santé |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole |
| MSP | Maison de Santé Pluridisciplinaire |
| MSR | Maison de Santé Rurale |
| ONDAM | Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie |
| PRISMA | Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie |
| PSPH | Participant au Service Public Hospitalier |
| RAG | Réseau Alsace Gérontologie |
| RESPA | Réseau de Santé Personnes Agées |
| RESPEV | Réseau de Santé de Proximité Estuaire de Vilaine |
| RSI | Régime Social des Indépendants |
| SROS | Schéma Régional d'Organisation des Soins |
| SSIAD | Service de Soins Infirmiers A Domicile |
| UNR.Santé | Union Nationale des Réseaux de Santé |
| URCAM | Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie |





Animation de la journée : Laurent CHEVAL, journaliste

Organisation de la journée assurée par la CCMSA : Gaël COCAULT, sous la responsabilité de Philippe LAFFON,
Joëlle LEFEVRE, Françoise FREGEAC
avec l'étroite collaboration de Frédéric POMYKALA

Outils d'animation de la journée : Frédéric POMYKALA, Gaël COCAULT

Avec la participation de : Solenn GUENEHEC, Marie-Claude MASTAIN,
Nicolas DEMARLE et Chantal SAINRAU

Transcription et rédaction des actes : Solenn GUENEHEC, Gaël COCAULT

Conception et réalisation des actes : Stéphane FRIT



CCMSA / Direction de la Santé / Crédits photos : Aurélien Image - B. Gaze - M. Monney - F. Babonneau (Copa) - D.P. Simical (Image)



santé
famille
retraite
services

CCMSA / Dir. Santé
SS. Dir. Ass. Maladie / AT
Les Mercuriales
40, rue Jean-Jaurès
93547 Bagnole Cedex
Tél. : 01 41 63 77 77
Fax : 01 41 63 75 45
www.msa.fr