



**Les réseaux de santé**  
en Bourgogne

# Guide pratique du promoteur

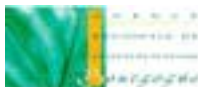


— conduite de projet —

— rédaction du cahier des charges

— évaluation —

C E L L U L E D ' A P P U I A U X R É S E A U X



DRASS de BOURGOGNE

*1<sup>ère</sup> édition : novembre 2001*

*Ce document peut être obtenu sur simple demande auprès des correspondants régionaux.*

*Il est également téléchargeable sur les sites Internet de l'URCAM, de l'ARH et de la DRASS.*

*Ce guide du promoteur de réseau a été élaboré par la Cellule d'appui aux réseaux de Bourgogne avec la participation de la CRAM Bourgogne - Franche Comté, de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne et du Conseil Général de l'Yonne.*

*Il a vocation à susciter la réflexion et accompagner votre démarche de mise en œuvre d'un réseau quel que soit le champ couvert par votre projet (médical ou médico-social) et sa thématique (pathologie, population).*

*Par ailleurs, des personnes ressources sont à votre disposition pour vous aider et vous orienter.*

*Nous espérons qu'il vous sera utile et que vous nous adresserez vos observations afin de le faire évoluer.*

<b>AVANT PROPOS</b> _____	<b>3</b>
<b>PRÉSENTATION DE VOTRE PROJET DE RÉSEAU : COMMENT FORMALISER VOTRE PROJET ET RÉPONDRE AU CAHIER DES CHARGES ?</b> _____	<b>7</b>
<b>Etape 1 : L'analyse préliminaire (ou l'étude d'opportunité)</b> _____	<b>9</b>
<b>Etape 2 : La définition des objectifs</b> _____	<b>13</b>
<b>Etape 3 : L'organisation du dispositif et la détermination des moyens nécessaires</b> _____	<b>17</b>
<b>Etape 4 : Le choix des indicateurs d'évaluation et la mise en place des modalités de suivi</b> _____	<b>27</b>
<b>ANNEXES : DES OUTILS POUR ALLER PLUS LOIN</b> _____	<b>35</b>
<b>ANNEXE I</b> <b>Le financement et l'agrément de votre projet de réseau : A qui s'adresser ? Quels sont les circuits d'instruction ?</b> _____	<b>37</b>
<b>ANNEXE II</b> <b>L'évaluation et le suivi de la réalisation des objectifs</b> _____	<b>49</b>
<b>Quelques références bibliographiques et sites Internet utiles</b> —	<b>58</b>
<b>Glossaire</b> _____	<b>59</b>

### Définitions, principes et enjeux des réseaux

#### Il n'existe pas de définition unique des réseaux

- Selon la CNAMTS, "C'est un ensemble de moyens humains et de matériels organisés dans une aire géographique déterminée afin d'atteindre des objectifs communs".
- Selon la Coordination Nationale des réseaux, "Le réseau constitue à un moment donné sur un territoire donné la réponse organisée d'un ensemble de professionnels et/ou de structures, à un ou des problèmes de santé précis, prenant en compte les besoins des individus et les possibilités de la communauté".

#### Mais quelle que soit la définition retenue votre réseau doit reposer sur 4 piliers :

- un **projet** qui lie les professionnels : un réseau est composé d'acteurs coopérant sur la base du volontariat et adhérant à des objectifs communs,
- une **coordination médicale ou médico-sociale** grâce à une interaction plus forte des professionnels,
- une **formation** et une **information** des acteurs, notamment sur l'apprentissage de la pratique de réseau, le respect des référentiels de pratique, le retour d'information sur les résultats du réseau,
- une **évaluation des pratiques** en réseau, de la qualité des soins et des coûts.

## Et doit respecter 4 grands principes :

- le **libre choix du patient** qui doit être tenu informé et constitue une composante à part entière de la relation soignant-soigné,
- le **partage de l'information** et la **confidentialité**,
- un **dossier médical ou médico-social** commun, standardisé, partagé, et éventuellement informatisé qui permet à chaque intervenant de disposer d'une information exhaustive pour une décision médicale adaptée,
- un **système d'information** qui doit permettre de connaître à tout moment l'état de santé du patient, les actes réalisés et leur conformité aux références médicales en vigueur.

## Les enjeux

- **Replacer le patient au cœur du système de santé** : optimiser l'accès aux soins (qualité, proximité...) et prendre en charge les patients dans la continuité, la cohérence, la globalité...
- **Décloisonner le système de santé** : le maintien ou le retour à domicile d'une personne âgée, l'accès aux soins d'une population précarisée, l'accompagnement de fin de vie sont autant d'exemples de situations complexes qui nécessitent l'intervention coordonnée de professionnels aux compétences diverses (disciplines médicales, ville et hôpital, médical et social, prévention et soins).
- **Accroître les compétences des acteurs** : la logique de réseau est fondée sur le postulat que l'efficacité d'une structure repose sur un meilleur niveau d'intégration et de coordination des actions individuelles de chaque partenaire.

Le réseau est un moyen de mise en place de nouveaux modes de transmission de l'information, d'échanges au niveau des pratiques, d'élaboration et d'appropriation de référentiels, de formation.

- **Evaluer l'efficacité d'une nouvelle organisation des soins.**

## Les repères législatifs et les typologies de réseaux

Si la notion de mise en réseau des acteurs avec une prise en charge coordonnée des bénéficiaires et une graduation de l'offre de soins n'est pas un concept nouveau, les ordonnances de 1996 ont cependant permis de donner un cadre juridique aux différentes initiatives.

On peut distinguer les réseaux intervenant sur le champ ambulatoire, le champ hospitalier et les dispositifs mixtes ville-hôpital ou médico-social.

### **Le champ hospitalier et les réseaux issus de l'ordonnance hospitalière n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (article L 6121-5 du Code de la Santé Publique)**

Ces réseaux peuvent être :

- de structuration horizontale inter-hospitalière avec définition de nouveaux outils de coopération tels que les syndicats interhospitaliers et les groupements de coopération sanitaire ;
- ou de structuration verticale c'est à dire extra-hospitalière permettant une ouverture sur la ville.

### **Le champ ambulatoire et les réseaux de soins expérimentaux issus de l'ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicale des dépenses de soins (article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale)**

Les réseaux de soins expérimentaux présentent une double spécificité :

- la possibilité de déroger, à titre expérimental, au Code de la Sécurité Sociale afin de promouvoir des modes de tarification spécifiques aux nouvelles exigences de prise en charge des patients, notamment dans les domaines où la tarification à l'acte est devenue inadaptée : prise en charge de prestations non remboursées par l'assurance maladie (hors nomenclature), modification du mode de rémunération des médecins, prise en charge du ticket modérateur, remise en cause du paiement direct par le malade (tiers payant),
- agrément par arrêté ministériel (Cf. en annexe I : procédure d'agrément et dérogations tarifaires).

## **La rencontre de la ville et de l'hôpital**

C'est la typologie la plus couramment rencontrée du fait de la vocation des réseaux au décloisonnement ville-hôpital et à la prise en charge globale des patients.

- “les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L 162.31.1 du Code de la Sécurité Sociale”,
- les réseaux de soins hospitaliers “peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire et sociale”. Article L 6121-5 du Code de la Santé Publique.

## **La rencontre du médical et du social**

La prise en charge globale des bénéficiaires implique fréquemment une prise en charge sanitaire et sociale.

C'est le cas notamment de la prise en charge coordonnée :

- des personnes âgées prévue par la circulaire CNAVTS du 6 avril 1993 relative aux réseaux gérontologiques et par la circulaire du 18 mai 2001 sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC),
- des personnes atteintes par le SIDA prévue par la circulaire du 4 juin 1991.

## PRESENTATION DE VOTRE PROJET DE RESEAU : COMMENT FORMALISER VOTRE PROJET ET REpondre AU CAHIER DES CHARGES ?

### Les étapes pour le déroulement d'une démarche de projet et d'évaluation :

Avant l'action pour la rédaction du cahier des charges :


**Etape 1** : l'analyse préliminaire (ou étude d'opportunité), le choix des priorités et la définition de l'objectif général

**Etape 2** : la définition des objectifs spécifiques et des objectifs opérationnels avec les acteurs concernés

**Etape 3** : l'organisation du dispositif et la détermination des moyens nécessaires

**Etape 4** : le choix des indicateurs d'évaluation et la mise en place des méthodes de suivi

### Chacune de ces étapes comporte :

- des questions auxquelles vous devez être en mesure de répondre avant de passer à la suivante, elles sont signalées par le symbole .

L'ensemble de ces questions constitue le cahier des charges auquel vous devez répondre pour une demande d'agrément ou de financement.

- et des commentaires et aides symbolisés par une clé .



L'évaluation préalable des besoins et des ressources est fondamentale, elle vous permettra :

- de déterminer le bien fondé du projet, sa pertinence, sa faisabilité,
- de dégager les objectifs de l'action à mettre en place avec les facteurs de faisabilité,
- de présenter un dossier solide, bien argumenté.

### Pour comprendre cette partie

Vous avez identifié un problème, celui-ci peut concerner de nombreuses personnes et /ou une zone géographique très étendue (France, région, département), c'est ce que vous allez décrire en répondant à la question 1.

Cependant pour la mise en œuvre concrète de votre réseau vous allez probablement être amené à faire des choix déterminés par exemple par : le partenariat attendu, les financements attribués, la montée en charge programmée, la zone d'influence d'un établissement de santé, des limites départementales, cantonales (...). Ces choix sont décrits dans la réponse à la question 2.

### Où trouver l'information nécessaire à l'état des lieux ?

Vous pouvez vous adresser notamment :

- à l'ORS pour les données sanitaires (22 rue Nodot, Dijon, tél. 03.80.53.16.40),
- aux Conseils Généraux pour les données sociales,
- aux correspondants régionaux.

**Question 1** Quel est le problème ou le besoin identifié ?  
Quelles sont les personnes concernées ?

L'émergence de ce besoin peut résulter d'une ou plusieurs des causes suivantes :

**une demande des professionnels concernés ou/et de la population :**

☞ **Décrivez l'historique de cette demande**

*Comment l'idée du projet a-t-elle émergé ?*

**un problème de santé publique reconnu dans lequel vous souhaitez vous investir :**

☞ **Décrivez la situation épidémiologique étayant la problématique**

*Le problème retenu est-il courant ? Entraîne-t-il des suites graves pour l'état de santé (morbidité, mortalité, incapacité...)?*

☞ Appuyez-vous sur des indicateurs sanitaires et sociaux précis (nombre de personnes touchées, incidence, prévalence, évolution...), les caractéristiques médicales et sociales des personnes touchées, le poids de la population concernée dans la population générale...

**le constat d'un dysfonctionnement du système de prise en charge actuel pour lequel vous proposez une amélioration :**

☞ **Décrivez le dysfonctionnement identifié, ses conséquences, les obstacles législatifs, géographiques, techniques et financiers à une réponse optimale du problème identifié**

☞ **Décrivez brièvement les solutions envisageables et leur faisabilité**

☞ Appuyez-vous notamment sur l'existence, la disponibilité et l'accessibilité des moyens (humain, matériel, technologique...) et des compétences propres à résoudre le problème.

**Question 2** Concrètement, quelles sont les priorités retenues, les choix effectués pour le réseau ?**☞ Décrivez la zone géographique couverte par le réseau**

- 🔑 Vous devez déterminer précisément les limites géographiques du réseau : région, département(s), pays, canton(s), commune(s).
- 🔑 Dans le cadre de ces limites, présentez les caractéristiques géographiques (ex. relief, rural, urbain), démographiques et sociales qui appuient ce choix.

**☞ Décrivez l'offre de soins (et éventuellement sociale) disponible actuellement sur cette zone**

- 🔑 Vous devez présenter le nombre et les caractéristiques des professionnels de santé concernés par la problématique, ainsi que les structures médicales ou/et sociales en place, les projets existants dans la même zone géographique.

**☞ Décrivez la population bénéficiaire de cette zone**

- 🔑 Vous devez présenter les caractéristiques médicales ou/et sociales des bénéficiaires potentiellement concernés sur la zone du réseau, leur nombre, leur poids dans la population et décrire les critères médico- administratifs ou/et sociaux d'inclusion et d'exclusion du réseau (pathologie, âge, ...)

## Pour passer à l'étape suivante


Vous avez passé la première étape et renseigné la partie opportunité du dossier, mais le partenariat et l'organisation concrète du réseau restent à définir. Pour cela :

- 🔑 Assurez-vous que tous les professionnels concernés (médicaux, para-médicaux et sociaux) adhèrent à votre démarche et associez les, dès à présent, au travail de définition des objectifs et des modalités de mise en œuvre du réseau.
- 🔑 Prenez contact avec le correspondant réseau des institutions départementales et avec les membres de la cellule d'appui aux réseaux qui pourront vous conseiller et soutenir votre démarche.

**Les objectifs d'un projet se déclinent en :**

- **objectif général,**
- **objectifs spécifiques,**
- **objectifs opérationnels.**

Le passage de l'objectif général, aux objectifs spécifiques puis opérationnels permet de préciser progressivement les actions que vous allez entreprendre et le résultat que vous souhaitez atteindre.

 **Attention, vous devez :**

- effectuer ce travail en concertation avec les professionnels concernés,
- mettre clairement en relation les objectifs que vous avez retenus et la problématique exposée dans l'étape 1,
- chiffrer les objectifs, dans la mesure du possible, afin d'en permettre l'évaluation.

### Question 3 **Compte tenu de ce qui précède, quel est votre objectif général ?**

👉 L'objectif général (ou stratégique) de votre réseau est le but poursuivi, le résultat principal souhaité en termes de santé et de population concernée.

Il précise généralement :

**QUI ?** la population cible (nombre, caractéristiques, tranche d'âge)

**QUOI ?** la nature du bénéfice attendu, le but de l'action

**OÙ ?** le lieu de l'action

Par exemple : "Prendre en charge des personnes âgées dépendantes de plus de 65 ans sur le canton de ....., afin de favoriser le maintien à domicile".

👉 **Enoncez votre objectif général selon ce modèle.**

### Question 4 **Quels sont les objectifs spécifiques du réseau ?**

👉 Les objectifs spécifiques permettent de décliner l'objectif général dans les différents domaines d'intervention que vous avez choisis : médical, médico-social, économique, structurel...

👉 **Décrivez les objectifs spécifiques que vous vous fixez :**

👉 Quelques exemples :

#### **Faciliter l'accès aux soins en :**

- favorisant l'aménagement du territoire,
- améliorant la prise en charge financière des soins,
- améliorant l'offre sur le territoire,
- assurant la permanence des soins,
- simplifiant les démarches administratives,
- informant les bénéficiaires sur l'offre de soins...

#### **Favoriser la coordination des soins et la continuité entre les intervenants**

#### **Promouvoir la qualité des soins par :**

- l'engagement individuel des acteurs autour d'une charte assurance qualité,
- des modalités de choix ou établissement des protocoles de traitement propres au réseau,
- un contrôle de l'application des procédures thérapeutiques et diagnostiques,
- le respect des circuits, la sécurité des soins,
- l'implication des bénéficiaires à la qualité des soins,
- la formation des acteurs (professionnels ou bénévoles)...

**Assurer la globalité de la prise en charge par** la prise en charge sanitaire et sociale, la prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et l'éducation des bénéficiaires

**Favoriser le décloisonnement entre les acteurs du système de soins** pour les domaines du sanitaire et du social ; de la prévention et du suivi ; de la ville et de l'hôpital ; des professionnels prescripteurs et prescrits ; du public et du privé

**Question 5** Quels sont les objectifs opérationnels du réseau ?

🔗 Les objectifs opérationnels décrivent les différentes actions à mettre en place pour atteindre les objectifs spécifiques (et donc l'objectif général).

🔗 **Décrivez concrètement (de manière chiffrée), pour chacun des objectifs spécifiques de la question 4, les actions que vous allez mener et les résultats que vous en attendez.**

🔗 Quelques exemples d'objectifs spécifiques et opérationnels déclinés en termes d'actions et de résultats :

Si vos objets spécifiques sont par exemple :	Vos objectifs opérationnels pourraient être en termes :	
	d'actions	de résultats attendus
<b>Assurer la continuité des soins et la coordination des intervenants</b>	Créer un poste de coordonnateur pour organiser, s'ils le souhaitent, le retour à domicile des bénéficiaires hospitalisés en court séjour	Diminuer de x jours par an le nombre de journées d'hospitalisation en court séjour des bénéficiaires pris en charge par le réseau
<b>Promouvoir la qualité des soins</b>	Former, dès la 1ère année tous les médecins généralistes du réseau à la prise en charge du problème	Augmenter de x % en 3 ans le nombre de bénéficiaires suivis selon les préconisations des référentiels médicaux

## Pour passer à l'étape suivante

Vous avez passé la deuxième étape et renseigné la partie «objectifs» avec tous les acteurs concernés par la prise en charge. Ces objectifs doivent maintenant s'appuyer sur une organisation concrète qui permettra de juger de la faisabilité et de la cohérence du projet et conduira à l'identification des moyens nécessaires.

### Attention :

- 🔗 Les financements accordés, ne sont pas toujours pérennes : appuyez-vous dans la mesure du possible sur des moyens existants et sur du personnel déjà en place.
- 🔗 Un réseau ne peut pas, dès sa mise en œuvre, prendre en charge toute la population concernée. Il est plus réaliste :
  - de prévoir un calendrier de montée en charge permettant d'informer la population de l'existence du réseau,
  - d'ajuster les modalités de coordination entre les acteurs,
  - de mettre en place et de tester les outils de communication....

**Cette partie doit présenter les modalités pratiques de mise en œuvre et de fonctionnement du réseau :**

- QUI ?** les acteurs qui vont mettre en œuvre les objectifs
- QUAND ?** le calendrier prévu
- COMMENT ?** les moyens organisationnels, les outils, l'organisation de la prise en charge des bénéficiaires qui vont permettre d'atteindre les objectifs fixés
- AVEC QUOI ?** les moyens humains et matériels nécessaires, le budget du projet et les besoins en financement

## **Question 6** Quels sont les acteurs qui vont mettre en œuvre les objectifs ?

### **☞ Identifiez le promoteur et son statut juridique**

- ☞ Identifiez le responsable du projet (nom, adresse, téléphone, adresse électronique).
- ☞ Précisez l'entité juridique qui porte le projet (le plus souvent une association) et joignez au dossier les statuts et un RIB (en cas de demande de financement).

### **☞ Décrivez les conditions d'adhésion au réseau des professionnels concernés**

- ☞ Définissez les critères d'inclusion et d'exclusion des professionnels.
- ☞ Précisez leurs engagements spécifiques et leurs droits dans le cadre du réseau : formation, communication d'information, permanence des soins, respect de référentiel...
- ☞ L'engagement au réseau se formalise généralement par l'adhésion à l'association promotrice et par l'acceptation du règlement intérieur ou de la charte du réseau (joindre un exemplaire dans votre dossier).

### **☞ Présentez les différents acteurs participant effectivement à la mise en œuvre du réseau et à son fonctionnement**

- ☞ Vous devez préciser le nombre et les caractéristiques des professionnels qui participeront réellement au réseau.
- ☞ Détaillez par catégories : professionnels libéraux, établissements sanitaires et/ou sociaux, institutions, associations, services, bénévoles, salariés par le réseau...

## ☞ Identifiez les différents partenaires institutionnels

- ☞ Précisez les financements demandés, les financements obtenus, les aides en nature (soutien technique, mise à disposition de matériel, personnel, locaux)...
- ☞ Joignez en annexe l'avis des partenaires institutionnels concernés : caisses d'assurance maladie, Conseil Général et DDASS de votre département.

## Question 7 **Quels sont les moyens organisationnels qui vont permettre d'atteindre les objectifs fixés ?**

### La formalisation juridique et partenariale du réseau

La mise en réseau suppose de passer un certain nombre de conventions avec les différents acteurs (professionnels, institutionnels, financeurs...)

## ☞ Précisez si une convention est prévue

- ☞ Si l'un des partenaires du réseau est un établissement de santé, vous relevez de l'article L 6121-5 du Code de la Santé Publique qui implique l'approbation d'une convention constitutive par le directeur de l'ARH.
- ☞ Si votre réseau est expérimental, vous relevez de l'article L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale et devrez pour sa mise en œuvre passer convention avec les caisses d'assurance maladie concernées par le réseau. Le modèle de convention doit être joint au dossier.
- ☞ Précisez par ailleurs, si le dossier a déjà été soumis au Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux Expérimentaux de Soins.
- ☞ D'autres conventions peuvent intervenir en cas de financement, de mise à disposition de moyens...

## ☞ Dans le cas d'une coordination gérontologique, précisez si la labellisation CLIC a été sollicitée (joindre la notification)

👉 **Dans le cas d'un réseau expérimental, précisez les dérogations que vous demandez**

- 🔗 Détaillez les dérogations selon qu'elles concernent les frais couverts par l'Assurance Maladie, la rémunération des professionnels de santé, le paiement direct des honoraires, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

## **Les capacités de prise en charge et le calendrier prévisionnel**

👉 **Décrivez la capacité de prise en charge du réseau**

- 🔗 Le nombre de personnes prises en charge conditionne le budget du projet : à défaut d'un chiffrage précis toujours délicat vous pouvez déterminer un calendrier de montée en charge ou faire une estimation avec une hypothèse haute et une hypothèse basse et les simulations budgétaires correspondantes.

👉 **Précisez le calendrier prévisionnel de mise en œuvre**

- 🔗 Ce calendrier peut dépendre de l'attribution d'un financement, d'une autorisation de mise en œuvre, mais doit être précisé à titre indicatif.

## **Les modalités de communication**

La communication sur le réseau permet, notamment :

- lors de la mise en œuvre du réseau, d'informer les bénéficiaires et les professionnels de l'existence du réseau et de favoriser les adhésions,
- durant sa mise en œuvre de créer un esprit de corps, maintenir la cohérence entre les acteurs, informer sur les résultats obtenus...

👉 **Décrivez les modalités de communication qui sont, ou seront mises en œuvre, pour informer les professionnels et les bénéficiaires concernés et favoriser leur adhésion**

👉 **Décrivez les modalités de communication qui sont, ou seront faites, sur le suivi du réseau et de son fonctionnement vers les bénéficiaires et les acteurs**

## Les modalités de pilotage du projet

### ☞ Décrivez la composition, le rôle et le fonctionnement du Comité de Pilotage du réseau

- ☞ Qui est représenté au comité de pilotage, à quel titre (acteurs, bénéficiaires, institutionnels...) ?
- ☞ Le comité de pilotage assure-t-il le suivi du fonctionnement du réseau, le suivi médical, l'organisation matérielle, l'évaluation ou bien ces missions sont-elles assurées par d'autres commissions ?
- ☞ Quel est le rythme de réunion du comité de pilotage, qui est responsable de l'organisation de ces réunions, où se déroulent-elles ?

### ☞ Décrivez, le cas échéant, la composition, le rôle et le fonctionnement des autres commissions ou groupes de travail

## Les modalités de coordination du réseau

### ☞ Définissez la fonction de coordinateur, son profil

- ☞ Qu'entendez-vous par coordination : précisez s'il s'agit d'une fonction administrative de gestion de la structure réseau, de collecte des données (...), ou d'une fonction médicale, para-médicale, sociale d'organisation de la prise en charge du patient, (...)
- ☞ Qui est responsable de la coordination des soins, de la coordination sociale, de la coordination administrative ? Joindre une fiche de poste.

### ☞ Décrivez les modalités prévues pour permettre la coordination des soins et des acteurs

- ☞ Décrivez les outils utilisés : dossier médical commun, fiche de liaison, annuaire des acteurs du réseau...
- ☞ Décrivez les procédures mises en œuvre : réunion de coordination, bilan médical et réévaluations formalisés, désignation d'un professionnel «réfèrent» pour chaque patient...

**Question 8** Quels sont les outils qui vont permettre d'atteindre les objectifs fixés ?

**Le système d'information**

☞ **Décrivez le circuit de l'information et son support de circulation**

- ☞ Comment les professionnels communiquent-ils entre eux ou partagent-ils l'information pour assurer la continuité des soins ?
- ☞ Précisez la nature de l'information disponible.
- ☞ Le support est-il sur papier (dans ce cas fournir des modèles types) ou sur informatique (dans ce cas détaillez) ?

☞ **Décrivez, le cas échéant, les procédures de validation des données et de maintenance du matériel**

☞ **Précisez les moyens garantissant le secret médical et la protection de la confidentialité (à joindre en annexe)**

- ☞ dossier CNIL (pour plus de précision voir le site [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)), accès sécurisé informatique...

**Les référentiels communs de prise en charge**

☞ **Décrivez les référentiels communs (médicaux ou/et sociaux) de prise en charge des bénéficiaires du réseau**

- ☞ L'harmonisation des pratiques et l'utilisation de référentiels médicaux ou/et sociaux communs au réseau et validés soit dans le cadre du réseau, soit par la communauté scientifique (référentiels ANAES par exemple) est un élément essentiel de la qualité de prise en charge.

☞ **Présentez, le cas échéant, la charte du réseau**

## La formation des acteurs et des bénéficiaires

### ☞ Décrivez les modalités de formation des acteurs

- ☞ Ces formations peuvent s'adresser aux professionnels (médicaux ou non) et aux bénévoles, elles concernent notamment les référentiels communs et la pratique en réseau.

### ☞ Décrivez les modalités de formation des bénéficiaires

- ☞ Les formations peuvent aussi concerner les patients : dans ce cas on parlera plutôt d'éducation du patient et d'éducation à la santé.

## Question 9 Quelle est l'organisation de la prise en charge des bénéficiaires ?

### ☞ Décrivez les modalités d'adhésion des bénéficiaires ainsi que leurs droits et engagements dans le cadre du réseau

- ☞ Définissez les critères d'inclusion et d'exclusion des bénéficiaires.
- ☞ Précisez leurs engagements spécifiques et leurs droits dans le cadre du réseau : respect du plan de soins, participation à l'évaluation,...
- ☞ Le droit à l'information et le libre choix doivent être expressément signalés.
- ☞ Y a-t-il formalisation de l'adhésion par un acte d'adhésion ? (à joindre en annexe)

### ☞ Décrivez le parcours suivi par le bénéficiaire

- ☞ Insistez sur les spécificités du réseau

### ☞ Décrivez les services mis à disposition du bénéficiaire

- ☞ Exemple : numéro de téléphone unique, plate forme de service, lieu d'accueil.
- ☞ Précisez les coordonnées (adresse, téléphone, fax, e-mail), les modalités (accueil physique, amplitude d'ouverture hebdomadaire et quotidienne), la nature du service (renseignement, organisation de la prise en charge, permanence des soins) ...

**Question 10** Quel est le budget du projet et les besoins de financement ?

☞ **Compte tenu de tout ce qui précède, quelles sont les ressources supplémentaires requises en personnel, matériel, budget**

☞ Pensez à coordonner l'existant et à la pérennisation du projet au delà des financements sollicités.

☞ **Budget prévisionnel : renseignez les tableaux suivants**

Nature de la dépense par poste de dépense ↓	Montants des dépenses			
	Année n (200 .)	Année n+1 (200 .)	Année n+2 (200 .)	Total sur 3 ans
•				
•				
<b>Total investissement</b>				
•				
•				
<b>Total fonctionnement</b>				

☞ Exemple de nature de dépense par poste : système d'information, charges d'exploitation (loyer, frais de télécommunication...), charge de personnel avec charges sociales, frais de formation, évaluation du réseau, coût des dérogations (pour réseaux expérimentaux).

☞ Attention : en cas d'une demande de financement à la CRAM vous devez :

- prévoir votre budget sur 5 ans au lieu de 3,
- indiquer les financements escomptés pour compenser la dégressivité de la subvention.

Nature de la dépense par poste de dépense ↓	Montant des recettes et partenaires financiers				
	Année n (200 .)	Année n+1 (200 .)	Année n+2 (200 .)	Total sur 3 ans	Financiers *
•					
•					
<b>Total investissement</b>					
•					
•					
<b>Total fonctionnement</b>					

\*Précisez les financements envisagés (E) et obtenus (O)

Sources de financement ↓	Récapitulatif des sources de financement				
	Année n (200 .)	Année n+1 (200 .)	Année n+2 (200 .)	Total sur 3 ans	% sur 3 ans
•					
•					
<b>Total</b>					

🔗 Exemple de sources de financement : FAQSV, Organismes sociaux, ARH, Etat (DDASS, DRASS, préfecture), Union Professionnelle des Médecins Libéraux, Communes, Formation Médicale Continue, Conseil général, CRAM, Europe....

🔗 Pensez à valoriser les différentes contributions : prêt de locaux, mise à disposition de personnel...

👉 **Si vous pensez que l'organisation en réseau peut entraîner des économies, détaillez-les.**

## Pour passer à l'étape suivante

Vous avez passé la troisième étape et défini l'organisation du réseau et ses outils.

**L'évaluation préalable des besoins vous a permis d'argumenter l'action et de disposer d'un état des lieux de l'organisation de la prise en charge avant la mise en œuvre du réseau.**

**Vous devez maintenant vous assurer que vous disposez des moyens nécessaires :**

- ☞ **au suivi de votre réseau** (évaluation intermédiaire, généralement effectuée en interne) pour mesurer les écarts par rapport aux objectifs prévus et recentrer l'organisation dans une démarche d'auto-contrôle : rapport d'activité, résultats intermédiaires, évaluation des structures et procédures,
- ☞ **à l'évaluation finale des résultats, de l'impact et de la satisfaction** (généralement externe) afin de mesurer les éventuels écarts entre les résultats et les objectifs fixés.

**Le cahier des charges doit donc prévoir dès à présent les points suivants :**

- ☞ les modalités de suivi et d'évaluation,
- ☞ les indicateurs de suivi.

## Pourquoi évaluer ?

- pour favoriser au sein du réseau l'acquisition de savoir-faire, la capacité d'échange et de diagnostic, la réactivité afin de garantir un **fonctionnement du réseau dans la durée**,
- pour identifier les effets propres à court, moyen et long terme de vos actions (avant/après, ici/ailleurs...),
- pour leur donner de la valeur et justifier l'utilité des financements demandés et leur reconduction.

## Quoi évaluer ?

L'évaluation consiste à comparer, par le biais d'indicateurs, les résultats des actions mises en œuvre avec les objectifs fixés (mesure des écarts) en termes de :

- actions mises en œuvre pour répondre aux objectifs :
  - organisation de la structure (association, locaux...),
  - modalités de fonctionnement (protocoles, réunions, coordination...).
- résultats obtenus : satisfaction et adhésion des bénéficiaires et des acteurs, activités médicales au sein du réseau, organisation administrative, résultats médicaux et financiers.

## Quand évaluer ?

- Pendant l'action (évaluation intermédiaire ou suivi) :

L'évaluation intermédiaire constitue un outil de pilotage qui permet de réorienter les décisions de façon dynamique en cas de dysfonctionnement.

Le rapport d'activité, l'évaluation des structures, des actions et des résultats intermédiaires permettent une mesure des écarts par rapport aux objectifs prévus et un recentrage de l'organisation dans une démarche d'auto-contrôle.

- Après :

L'évaluation finale des résultats (comportementaux, sanitaires, économiques ...), de l'impact et de la satisfaction permet de mesurer et commenter les éventuels écarts entre les résultats et les objectifs fixés. Cette évaluation porte sur quelques indicateurs qui apparaissent importants aux yeux du promoteur ou du financeur.

## Question 11 **Quelles sont les modalités pratiques de suivi et d'évaluation du réseau ?**

### **☞ Décrivez les modalités pratiques de recueil et de traitement de l'information nécessaire au suivi et à l'évaluation**

☞ Différentes méthodes peuvent être employées, en fonction de la taille et des objectifs du projet. L'ampleur de la démarche d'évaluation dépend de l'importance des financements sollicités, de l'envergure du projet et de son caractère plus ou moins innovant.

☞ Déterminez le calendrier.

### **☞ Désignez le ou les responsables du recueil et du traitement des données, de l'évaluation**

☞ Comité de pilotage, comité de suivi médical ou/et administratif, consultant externe...

### **☞ Détaillez le coût approximatif du suivi et son mode de financement**

☞ Il correspond généralement aux coûts de recueil et de traitement des données : coût d'équipement, salaires, prestataire de services...

### **☞ Détaillez le coût approximatif de l'évaluation finale et son mode de financement**

☞ Il correspond généralement au prix demandé par le prestataire externe.

## Etape 4.1. L'évaluation intermédiaire : bilan d'activité et évaluation des actions mises en oeuvre

### Question 12 **Quels sont les indicateurs qui vous permettront de suivre les actions et les moyens mis en œuvre pour atteindre vos objectifs ?**

🔗 Les indicateurs peuvent être :

- Qualitatifs : degrés d'implication des différents partenaires, existence de cofinancement, satisfaction des bénéficiaires, parcours des bénéficiaires...
- Quantitatifs : nombre de patients pris en charge, nombre de complications évitées...

### 👉 **Déclinez les différents points du cahier des charges en indicateurs de suivi pour le bilan d'activité du réseau**

🔗 Le bilan d'activité est uniquement descriptif et consiste en un bilan périodique (au moins annuel) et final de la réalisation de l'action telle qu'elle a été décrite dans le cahier des charges et formalisée par les différentes conventions.

Vous devez donc reprendre point par point chacun de vos engagements et décrire la situation du réseau en termes :

- de moyens humains, financiers, matériel,
- de modalités de fonctionnement,
- d'actions réalisées et éventuellement de premiers résultats obtenus.

🔗 Le tableau suivant comprend à titre d'exemple (donc non exhaustif) un certain nombre d'objectifs susceptibles d'être retenus dans le cadre de la mise en œuvre d'un réseau et les indicateurs qui peuvent permettre de mesurer les résultats atteints.

Objectifs à atteindre (prévus par le cahier des charges)	Quelques indicateurs pour mesurer les réalisations (bilan)	Méthode de mesure
<b>Assurer le fonctionnement du Comité de pilotage</b>	Nombre de membres du comité de pilotage Ces membres sont-ils effectivement présents aux réunions ? Nombre de réunions et réalisations ?	Compte rendu de réunion, feuille d'émargement

🔗 Vous trouverez d'autres exemples en annexe II(1) de ce document. Ces exemples constituent des points de recueil d'informations qui apparaissent importants pour la plupart des réseaux, mais il peut bien sûr y en avoir d'autres plus adaptés ou plus précis.

🔗 Le promoteur devra sur ce modèle présenter ses propres objectifs et les indicateurs adaptés pour leur mesure.

👉 **Vous devez accompagner le bilan d'activité d'une évaluation des actions (avec éléments d'analyse)** qui consiste à mesurer les écarts entre ce qui était prévu pour chacun des points décrits de l'action (cahier des charges) et ce qui s'est effectivement réalisé (bilan et solutions proposées).

🔗 Exemple : modalité de surveillance par les acteurs de :

- la qualité de la prise en charge,
- la qualité des informations recueillies et des moyens techniques utilisés,
- des critères, indicateurs et résultats,
- la situation financière.

🔗 Les questions qui peuvent être abordées : comment l'action fonctionne-t-elle ou a-t-elle fonctionné ? Dans quel contexte ? Quels sont les problèmes ou les questions soulevés ? Quels sont les éléments qui favorisent ou entravent son succès ? Quelles sont les adaptations à mettre en œuvre ?

🔗 A titre indicatif référez-vous à l'annexe II(2) pour l'énoncé d'un certain nombre d'objectifs et les indicateurs utilisables.


La mise en œuvre des actions pour la réalisation des objectifs fixés dans le cadre du réseau (et donc le renseignement des indicateurs de suivi) peut faire l'objet d'une montée en charge.


👉 **Le cas échéant, vous pouvez décliner les résultats intermédiaires dont vous pensez pouvoir disposer en cours d'action**

## Etape 4.2. L'évaluation finale des résultats et de l'impact

### Question 13 **Quels sont les indicateurs qui vous permettront de mesurer les résultats obtenus et l'atteinte de vos objectifs ?**


#### **Présentez vos principaux domaines d'évaluation et les indicateurs**

 L'évaluation finale est généralement externe et doit être idéalement préparée dès le début en relation avec le prestataire.

 Mieux vaut avoir quelques indicateurs simples à mesurer et qui vous apparaissent importants plutôt qu'un système complexe d'indicateurs qui ne pourront être mesurés facilement et seront donc inutilisables.

 Vous devez notamment répondre aux questions suivantes :

- Le réseau atteint-il ses objectifs ?
- Quelle est la qualité des actions mises en oeuvre et des résultats atteints ?
- Quel est l'apport spécifique de l'organisation en réseau dans le degré d'atteinte des objectifs, la qualité des actions et des résultats ?
- Les personnes prises en charge et les acteurs du réseau sont-elles satisfaites ? (à prévoir systématiquement)
- Quels sont les coûts et les économies générés par le réseau ?
- Quels sont les effets indirects, positifs et négatifs, induits ?

 Posez-vous également les questions suivantes pour identifier vos indicateurs (pour plus de détails voir l'annexe II(3)) :

- Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau pour le bénéficiaire ?
- Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau en termes de coûts ?
- Quelles sont les principales modifications des comportements des acteurs et des bénéficiaires ?
- Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau sur l'organisation des soins délivrés aux bénéficiaires ?

## Et ensuite ?

Vous avez passé la dernière étape du cahier des charges votre projet est rédigé et prêt à être examiné pour d'éventuels financements et/ou agrément.

**Vous devez adresser un exemplaire du dossier :**

- **Pour un réseau concernant l'ambulatoire** : à l'URCAM pour un éventuel financement,
- **Pour un réseau impliquant un établissement de santé** : à l'ARH pour un agrément de la convention constitutive et un éventuel financement,
- **Pour un réseau mixte ville- hôpital** : à l'ARH et à l'URCAM pour un agrément de la convention constitutive et un éventuel financement,
- **Pour une coordination gérontologique** (ou réseau, ou CLIC) : aux Conseils généraux, DDASS, caisses de retraites (CRAM, Organic, AVA, MSA...), communes...

## Une fois le réseau mis en œuvre n'oubliez pas

- **L'étape 5 : d'accompagner la mise en œuvre et l'évaluation intermédiaire (suivi du déroulement par les acteurs) pour une démarche de réajustement**
  
- **L'étape 6 : de procéder à l'évaluation finale de l'action par une synthèse des résultats, de l'impact et de la satisfaction, et une mesure des écarts accompagnée d'un jugement de valeurs**
  
- **L'étape 7 : de diffuser les résultats aux financeurs avec un rappel :**
  - des objectifs
  - des choix stratégiques
  - des méthodes
  - du fonctionnement des structures
  - de la qualité des processus et de celle des résultats
  - des moyens utilisés et des ressources consommées
  - des propositions d'amélioration de l'action



**ANNEXE I :**

**Les financements possibles et les circuits d’instruction**

**ANNEXE II :**

**Proposition de quelques indicateurs pour évaluer l’atteinte des objectifs annoncés**



## Quelle procédure régionale de coordination et de concertation autour des réseaux ville-hôpital ?

**La Cellule d'Appui aux Réseaux de Bourgogne** a été créée en janvier 2001 afin de répondre aux besoins des promoteurs de réseaux.

Elle est actuellement composée de 4 membres permanents (URCAM, ARH, DRASS, services médicaux de l'Assurance Maladie) et peut associer, en fonction des thèmes abordés :

- les administratifs et médecins de l'Assurance Maladie (CPAM, MSA, AMPI, CRAM), des DDASS, des Conseils généraux et des collectivités locales,
- les représentants de l'UPMLB, des établissements de santé, des dentistes, des sage-femmes et d'autres professions médicales et paramédicales.

La Cellule est **une instance technique** qui a vocation à examiner, à la demande du promoteur ou de l'un de ses membres les **projets de réseaux de santé ville-hôpital** en Bourgogne et relevant notamment du Code de la Sécurité Sociale (Art. L.162-31-1) et du Code de la Santé Publique (Art. L.6121-5).

Elle émet un avis technique sur les projets. Réservé à une utilisation interne, cet avis n'est pas opposable aux différentes institutions, mais constitue une concertation entre les financeurs potentiels et les différentes institutions chargées de les agréer (notamment le Bureau du FAQSV et la Commission Exécutive de l'ARH).

**Dans sa forme définitive** la Cellule offrira au promoteur :

- un point d'accueil et de conseil régional,
- un soutien technique pour le montage plus rapide de dossiers de qualité, cohérents avec les besoins régionaux,
- des circuits simplifiés avec un seul cahier des charges (celui du guide pratique) utilisé par toutes les institutions partenaires.

## Quels financements pouvez-vous solliciter ?

En fonction des caractéristiques de votre projet vous pouvez solliciter certains financements. Le tableau ci-dessous récapitule les principales possibilités existantes détaillées dans les fiches ci-après.

Votre réseau :	Vous pouvez solliciter :
•Concerne un ou des établissements hospitaliers	L'ARH pour un agrément de la convention constitutive et un éventuel financement
•Est porté par des professionnels libéraux	L'UPMLB et l'URCAM pour un financement par le FAQSV
•Est labellisé CLIC	Les Conseils Généraux, les DDASS, les caisses de retraite (CRAM, ORGANIC, MSA...) et les communes
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Est intégré dans un Programme régional de santé ou un PRAPS Ou</li> <li>•Prévoit une action de prévention ou d'éducation à la santé menée en partenariat avec une caisse primaire d'assurance maladie ou la CRAM sur le thème alcool, tabac, accident de la vie courante, SIDA ou vaccination</li> </ul>	La DRASS, l'URCAM et la CRAM pour un financement sur : <ul style="list-style-type: none"> <li>•le fonds de prévention de l'assurance maladie géré par l'URCAM (FNPEIS)</li> <li>•ou /et sur les crédits de promotion de la santé de la DRASS</li> <li>•ou/et les crédits d'action sociale des caisses de retraites pour les actions en gérontologie</li> </ul>
•Prévoit des dérogations au Code de la Sécurité Sociale (réseau expérimental)	Le COFRES pour instruction ainsi que l'ARH et l'URCAM pour un avis régional
•Concerne une action gérontologique innovante (réponse à un besoin nouveau ou réponse novatrice à un besoin existant)	La CRAM pour un financement sur son fonds social

*D'autres fonds peuvent être sollicités : Fonds européens, Formation professionnelle, MILDT...*

## Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)

Le FAQSV a été créé pour 5 ans le 23 décembre 1998 par la loi de financement de la sécurité sociale (98-1194).

La dotation attribuée à ce fonds (12,22 millions de F en 2000 et 16,5 millions en 2001 en Bourgogne) est fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

La gestion de ce fonds est régionale sauf pour les demandes de financement concernant des projets nationaux ou des demandes de financement supérieures à 5 millions de francs (enveloppe nationale gérée au sein de la CNAMTS).

<b>Objet du financement</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actions de coordination et de coopération</li><li>• Actions d'amélioration des pratiques professionnelles</li><li>• Développement de partage d'information entre professionnels de santé (dossier de soins commun, fiche de liaison ville-hôpital, plate-forme de services...)</li><li>• Développement de l'évaluation des pratiques professionnelles (prise en charge de pathologies, de comportements ou de populations, mesure d'impact de dispositifs nouvellement mis en place...)</li></ul>
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Des dépenses d'équipement liées à la mise en œuvre de l'action</li><li>• Des dépenses d'études et de recherche (études de faisabilité, élaboration de bonnes pratiques, de référentiels...)</li><li>• Des dépenses de fonctionnement et de formation (hors FPC)</li></ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les professionnels de santé exerçant en ville ou les regroupements majoritairement composés de professionnels libéraux. L'implication d'établissements de santé ou de toutes autres structures est possible si le projet concerne une majorité de professionnels libéraux.
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Les demandes sont recevables toute l'année, elles sont instruites par ordre d'arrivée et examinées par le Bureau régional qui se réunit tous les 2 à 3 mois
<b>Qui contacter ?</b>	L'URCAM de Bourgogne ( tél. 03.80.78.80.11) se tient à votre disposition pour une aide : <ul style="list-style-type: none"><li>• Administrative : en assurant la diffusion et le recueil des dossiers de demande de fonds.</li><li>• Technique : en vous aidant à remplir les formalités nécessaires à la constitution de votre dossier.</li><li>• D'expertise : en instruisant votre dossier dans le cadre des orientations nationales et régionales du FAQSV</li></ul>

## Les réseaux de soins expérimentaux : procédure d'agrément et dérogations tarifaires

**Ordonnance n°96-345 relative à la maîtrise médicale des dépenses de soins - art. L 162-31-1 du Code de la Sécurité Sociale :**

«Pendant une durée de 5 ans [...] des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir [...], des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.»

Ces réseaux peuvent solliciter des dérogations tarifaires et font l'objet d'une instruction au niveau national par le COFRES (Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux Expérimentaux de Soins, anciennement commission Soubie) et d'un agrément du Ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

<b>Objet du financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques</li> <li>•filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins</li> </ul>
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<p>Dérogations tarifaires (uniquement en cas d'agrément) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•prise en charge de prestations non remboursées par l'assurance maladie (hors nomenclature),</li> <li>•modification du mode de rémunération des professionnels,</li> <li>•prise en charge du ticket modérateur.</li> </ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les professionnels du réseau et les bénéficiaires
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Les demandes sont recevables toute l'année, elles sont instruites en fonction du niveau de finalisation du dossier.
<b>Qui contacter ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•<b>directement le COFRES</b>, si le promoteur n'est pas une caisse d'assurance maladie : l'avis des caisses nationales d'assurance maladie, de l'URCAM, et éventuellement de l'ARH et de la DRASS sera sollicité dans le cadre de l'instruction</li> <li>•<b>les Caisses Nationales d'Assurance Maladie</b>, si le promoteur est une caisse : le dossier ne sera transmis au COFRES qu'en cas d'avis favorable des administrateurs.</li> </ul> <p><i>Il est recommandé d'effectuer la transmission du projet au niveau national en concertation avec l'URCAM, l'ARH (si le réseau inclus un hôpital) et la DRASS.</i></p>

## Le Fonds National de Prévention, d'Éducation et d'Information Sanitaires (FNPEIS)

Le FNPEIS est un fonds du régime général de la Sécurité Sociale créé en 1998.

Il permet de financer sur appel d'offres :

- des actions thématiques de prévention et d'éducation à la santé menées en partenariat avec les Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- les actions des Programmes Régionaux de Santé (PRS) et du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS)

Il finance également (pour information) : des actions pilotes sur des sites expérimentaux (exemple en Bourgogne : test-angine et le tableau de bord de la couverture vaccinale), la vaccination contre la grippe, les Centres d'Examens de Santé et le tableau de bord des Observatoires Régionaux de la Santé...

<b>Objet du financement</b>	<p>Dans le cadre de l'appel d'offres annuel :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•des actions des PRS et du PRAPS,</li> <li>•des actions de prévention ou d'éducation à la santé menées en partenariat avec les CPAM ou la CRAM pour les thématiques suivantes : prévention du tabagisme, de la consommation excessive d'alcool, des accidents de la vie courante, du Sida, incitation à la vaccination Rougeole-Oreillons-Rubéole</li> </ul> <p><i>D'autres thématiques sont susceptibles d'être proposées lors des prochains appels d'offres, renseignez-vous auprès des CPAM ou de l'URCAM</i></p>
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•les frais de fonctionnement liés à l'action, les frais pédagogiques, la création et impression de document...</li> <li>•<b>ne peuvent être financés</b> les dépenses d'investissement et les dépenses de personnel (sauf vacations liées à l'action)</li> </ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les promoteurs d'action, qu'ils soient professionnels de santé ou non
<b>Quand déposer une demande ?</b>	<p>Une fois par an au moment de l'appel d'offres.</p> <p>Les actions sont ensuite remontées par les CPAM, la CRAM et la DRASS à l'URCAM qui formule un avis en analysant la pertinence des actions et les priorise les unes par rapport aux autres</p>
<b>Qui contacter ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•les CPAM ou la CRAM pour les actions thématiques</li> <li>•la DRASS pour des actions du PRAPS ou PRS</li> <li>•la CRAM ou la DRASS pour des actions du PRS handicap et dépendance des personnes âgées</li> <li>•l'URCAM pour des renseignements</li> </ul>

## Les Fonds d'Actions Sanitaires et Sociales

<b>Objet du financement</b>	Subventions aux associations ou financement d'action
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<p><b>Caisses d'Assurance Maladie</b> (variable en fonction des orientations de chaque caisse) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dépenses de fonctionnement des associations ayant un impact départemental ou local</li> <li>• subvention sur projet d'action de prévention ou d'éducation à la santé (fonctionnement, investissement, vacations)</li> </ul> <p><b>CRAM : Subventions aux associations à vocation régionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subvention annuelle de fonctionnement ou subvention d'équipement dans le cadre de conventions à durée déterminée</li> <li>• Domaine d'intervention : lutte contre les fléaux sociaux, aide aux handicapés et aux malades, éducation sanitaire (actions exclues : toxicomanie, SIDA, transplantation d'organe, colloque, publications)</li> <li>• Priorités régionales : personnes âgées et/ou handicapées</li> </ul> <p><b>CRAM : Actions innovantes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actions dans le cadre de priorités régionales identifiées par la conférence régionale de santé et s'inscrivant dans le cadre de la politique de coordination exercée par les URCAM en matière de prévention et d'éducation sanitaire</li> <li>• La durée de réalisation peut s'échelonner sur 3 ans maximum</li> <li>• Financement de dépenses de fonctionnement et d'investissement (sauf dépenses de fonctionnement général liées aux missions habituelles de l'association)</li> </ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les associations
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Variable selon les caisses
<b>Qui contacter ?</b>	<p><b>CPAM 21</b> : 8 rue du Dr Maret, 21045 Dijon cedex, tél. 03.80.59.63.03</p> <p><b>CPAM 58</b> : 50 rue PV Couturier, 58016 Nevers cedex, tél. 03.86.21.69.00</p> <p><b>CPAM 71</b> : 113 rue de Paris, 71022 Mâcon cedex 9, tél. 03.85.39.73.00</p> <p><b>CPAM 89</b> : 1-3 rue du Moulin, 89024 Auxerre cedex, tél. 03.86.72.81.89</p> <p><b>MSA 21</b> : 14 rue Félix Trutat, 21046 Dijon cedex, tél. 03.80.63.22.88</p> <p><b>MSA 58</b> : pl du Champ de Foire, 58017 Nevers cedex, tél. 03.86.60.30.30</p> <p><b>MSA 71</b> : 46 rue de Paris, 71023 Mâcon cedex 9, tél. 03.85.39.51.31</p> <p><b>MSA 89</b> : 14 bis rue Guynemer, 89023 Auxerre cedex, tél. 03.86.47.37.39</p> <p><b>CRAM</b> : 38 rue de Cracovie, 21000 Dijon, tél. 03.80.70.50.50</p> <p><b>CMR</b> : 34 rue de Parpas, 71407 Autun cedex, tél. 03.85.86.50.40</p>

## Le Fonds National d'Action Sociale en faveur des Personnes Agées (FNASPA)

La Cnav (caisse nationale d'assurance vieillesse) est chargée de promouvoir l'action sociale pour les retraités du régime général. Les orientations définies par son Conseil d'administration répondent à 2 objectifs :

- permettre aux retraités qui le souhaitent de rester le plus longtemps possible à leur domicile par l'attribution de prestations d'action sociale
- offrir aux plus âgés des établissements d'accueil et de soins adaptés en aidant au financement de la création ou de l'humanisation de structures

Dès la fin des années 80, la Cnav s'est orientée également vers le **financement d'actions gérontologiques innovantes** dont le fonds est géré par la Cram

<b>Objet du financement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Créations de structures d'information, d'évaluation et de coordination gérontologiques</li> <li>• Actions gérontologiques d'initiative locale pour répondre à un besoin nouveau ou apporter une réponse novatrice à un besoin existant (prévention du vieillissement, aide au maintien à domicile ou à la prise en charge de la dépendance, en particulier aide aux aidants).</li> </ul>
<b>Un financement pour quoi ?</b>	Des dépenses non pérennes liées à la mise en oeuvre de l'action : investissement et fonctionnement
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les organismes à but non lucratif, promoteurs de coordinations gérontologiques et/ ou d'actions gérontologiques d'initiative locale
<b>Un financement sous quelle forme et à quelles conditions ?</b>	<p><b>Coordinations gérontologiques</b> (ou réseau, ou Clic) : pour être éligibles au financement, ces actions doivent s'insérer dans l'architecture départementale des Clic définie par le comité départemental et être labellisées au niveau 2 ou 3. La convention constitutive des réseaux doit être agréée par le directeur de l'ARH</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• subvention initiale limitée à 50% du budget annuel du projet</li> <li>• parfois reconductible de façon dégressive sur décision expresse de la Commission d'Action Sociale (80% la 2ème année, 60% la 3ème, 40% la 4ème, 20% la 5ème). Dans ce cas, le promoteur doit présenter une nouvelle demande chaque année (budget, rapport d'activité et évaluation intermédiaire).</li> </ul> <p><b>Actions gérontologiques d'initiative locale</b> : subvention limitée à 50% du budget, éventuellement renouvelable 1 fois</p>
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Les demandes sont recevables toute l'année. Elles sont instruites par les services techniques avant décision de la commission d'ASS.
<b>Qui contacter ?</b>	La Cram, service des actions gérontologiques, tél. 03.80.70.50.82

## Les réseaux incluant un établissement hospitalier : agrément de la convention constitutive et financements possibles

L'ARH alloue des ressources uniquement aux établissements de santé et fixe chaque année le montant de la dotation globale des établissements sous dotation globale et les tarifs des disciplines médico-tarifaires des établissements privés sous objectif quantifié national (OQN).

L'ARH ne peut financer directement un réseau mais peut accorder un financement à un établissement de santé membre du réseau à condition que la convention constitutive du réseau de soins soit agréée par le directeur de l'ARH.

<b>Objet du financement</b>	Réseaux de soins ayant un établissement de santé membre et dont la convention constitutive a été agréée par le directeur de l'ARH
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Des dépenses de personnel médical et/ou paramédical (ex. infirmière coordinatrice) en crédits pérennes,</li> <li>•Des dépenses d'études et de recherche en crédits non pérennes,</li> <li>•Des dépenses de fonctionnement (ex. mise à disposition de locaux par un établissement de santé)</li> </ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Le(s) établissement(s) de santé membre(s) du réseau qui lui affecte(nt) les moyens alloués par l'ARH
<b>Quand déposer une demande ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Pour les établissements de santé sous dotation globale : dépôt des projets de budget primitif et des demandes de mesures nouvelles pour le 15 octobre de chaque année</li> <li>•Pour les établissements de santé privés : les tarifs sont fixés par le directeur de l'ARH le 1<sup>er</sup> mai de chaque année</li> </ul>
<b>Contenu de la convention constitutive</b>	<p>La convention constitutive sera succincte et s'appuiera sur le dossier promoteur qui lui sera annexé. Doivent être évoqués (circulaire DH/EO/97-n°97/277 du 9 avril 1997) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Liste des acteurs du réseau et desserte géographique,</li> <li>•Pathologie ou population spécifique prise en charge,</li> <li>•Objectifs communs de soins poursuivis,</li> <li>•Gradation des niveaux de soins offerts au sein du réseau, procédures d'accès, supports matériels pour assurer le suivi des patients,</li> <li>•Moyens organisationnels mis en œuvre,</li> <li>•Obligations des parties,</li> <li>•Modalités d'évaluation,</li> <li>•Durée de la convention et modalités de renouvellement.</li> </ul>
<b>Qui contacter ?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•ARH de Bourgogne, tél. 03.80.53.13.00</li> <li>•DDASS pour les établissements de santé sous dotation globale</li> <li>•CRAM pour les établissements de santé privés sous OQN</li> </ul>

### Les Actions de Promotion de la santé et du P.R.A.P.S.

Il s'agit de crédits de la direction générale de la santé qui permettent de financer :

- le réseau du comité d'éducation à la santé,
- les actions de promotion et d'éducation à la santé,
- les programmes régionaux de santé,
- le PRAPS.

Au titre du contrat de plan Etat-Région, cette ligne budgétaire permet de financer les réseaux de santé et les agents de santé pour les personnes les plus démunies.

<b>Objet du financement</b>	Les actions sont financées dans le cadre d'un appel à projet géré conjointement par la DRASS et les DDASS. Les priorités sont définies annuellement et en fonction des orientations de la Conférence régionale de santé.
<b>Un financement pour quoi ?</b>	•Seuls sont pris en charge les frais de fonctionnement, l'investissement est exclu. •Il s'agit de financements non pérennes.
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les établissements de santé, les associations, les collectivités locales.
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Au mois de janvier de chaque année.
<b>Qui contacter ?</b>	<b>D.R.A.S.S. de Bourgogne</b> •Inspection régionale de la santé tél. 03.80.44.30.26 •Politiques et Protection sociales tél. 03.80.44.30.11

## Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC)

Les modalités de labellisation et de financement des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) sont déterminées par la circulaire DGAS/AVIE/2C-n° 2001/224 du 18 mai 2001.

La poursuite de l'implantation des CLIC devra aboutir en 2005 à l'existence d'un réseau national organisant un maillage cohérent du territoire.

<b>Objet du financement</b>	La contribution financière de l'Etat doit aider : <ul style="list-style-type: none"><li>•à la diffusion de formations de coordination de proximité,</li><li>•à bâtir un réseau national structuré sur une base départementale.</li></ul>
<b>Un financement pour quoi ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Le financement de l'Etat repose sur une logique de co-financement (département, communes, CRAM...).</li><li>•Il s'opère au vu d'un budget prévisionnel ou d'un budget-action négocié entre le promoteur et les co-financeurs représentés au sein du comité de pilotage départemental.</li><li>•Les financements sont attribués annuellement.</li></ul>
<b>Un financement pour qui ?</b>	Les associations
<b>Quand déposer une demande ?</b>	Les demandes sont recevables toute l'année.
<b>Qui contacter ?</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>•<b>La D.D.A.S.S. de la Côte-d'Or,</b> 16,18 rue Nodot, 21000 Dijon, tél. 03.80.40.21.21</li><li>•<b>La D.D.A.S.S. de la Nièvre,</b> 11 rue Pierre Emile Gaspard, Case 49, 58019 Nevers cedex, tél. 03.86.60.52.00</li><li>•<b>La D.D.A.S.S. de la Saône-et-Loire,</b> Cité administrative Bd Henri Dunant, 71025 Mâcon cedex, tél. 03.85.39.55.55</li><li>•<b>La D.D.A.S.S. de l'Yonne</b> 25 av. Pasteur, 89011 Auxerre, tél. 03.86.51.80.00</li></ul>

## La labellisation et le financement des CLIC

Les conseils généraux sont fortement impliqués dans la mise en place des réseaux gérontologiques et plus particulièrement des CLIC. Interlocuteurs privilégiés dans le domaine de la gérontologie, ils doivent être contactés dès le début de votre réflexion.

**La labellisation des CLIC** : Responsables de la politique départementale en faveur des personnes âgées, les Conseils généraux co-président avec l'Etat le comité local de pilotage des CLIC qui statue sur les demandes de labellisation déposées par les promoteurs.

Pour accéder à un label tout projet doit prendre en compte les volets social, médico-social et habitat du maintien à domicile des personnes âgées, et notamment l'articulation avec les dispositifs existants et les acteurs et professionnels de terrain susceptibles d'intervenir auprès de cette population.

Trois niveaux de labellisation existent :

- niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles,
- niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé,
- niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en oeuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

**Le financement des CLIC** : L'obtention d'un label donne droit à un financement sur crédits d'Etat. Les conseils généraux peuvent également soutenir financièrement les CLIC.

Par ailleurs les Conseils généraux peuvent intervenir pour le financement :

- *de réseaux gérontologiques n'ayant pas demandé de label CLIC,*
- *d'autres types de réseaux en complément d'autres financements.*

### Qui contacter ?

• **Le Conseil général de la Côte-d'Or**,  
Hôtel du département, BP 1601,  
21035 Dijon cedex, tél. 03.80.63.66.00

• **Le Conseil général de la Nièvre**,  
Hôtel du département, 62 rue de la Préfecture,  
58039 Nevers cedex, tél. 03.86.60.67.00

• **Le Conseil général de la Saône-et-Loire**,  
rue de Lingendes,  
71026 Mâcon cedex, tél. 03.85.39.66.00

• **Le Conseil général de l'Yonne**,  
Hôtel du département, 14 rue Michelet,  
89089 Auxerre cedex, tél. 03.86.72.89.89



(1) L'évaluation intermédiaire et le bilan d'activité

DOMAINES	OBJECTIFS A EVALUER (prévus par le cahier des charges)	QUELQUES INDICATEURS POUR MESURER LES REALISATIONS
<b>Critères d'inclusion</b>	Couvrir l'aire géographique d'intervention prévue (région, département...)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aire géographique effectivement couverte ?</li> <li>• Les bénéficiaires du réseau sont-ils tous de l'aire géographique prévue ?</li> </ul>
	Respecter les critères médico-administratifs ou/et sociaux d'inclusion et d'exclusion	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de personnes prise en charge (y compris les erreurs d'inclusion)</li> <li>• Nombre de personnes répondant aux critères d'inclusion</li> <li>• Nombre et raisons des sorties (renoncement volontaire, décès bénéficiaire, décès du professionnel, déménagement, exclusion pour comportement déviant dont non-respect des engagements, autre...)</li> </ul>
<b>Procédures</b>	Respecter la procédure d'adhésion et le parcours du bénéficiaire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'adhésions ne respectant pas la procédure</li> <li>• Nombre de parcours des bénéficiaires non conformes à celui prévu</li> </ul>
<b>Capacité de prise en charge</b>	Prendre en charge (x) personnes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de bénéficiaires refusés alors qu'ils répondaient aux critères d'inclusion</li> <li>• Délais de prise en charge ?</li> </ul>
<b>Communication sur le réseau</b>	Organiser l'information des bénéficiaires et acteurs concernés sur l'existence et les possibilités d'accès au réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existence d'une campagne d'information (guide, dépliant d'information, médias...) vers les bénéficiaires ou les acteurs ?</li> <li>• nombre de dépliants, réunions</li> </ul>
<b>Calendrier</b>	Respecter le calendrier des différentes étapes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Calendrier définitif des différentes étapes</li> </ul>
<b>Moyens humains</b>	Regrouper (x) professionnels libéraux concernés et/ou autres (établissements sanitaires et/ou sociaux, institutions, associations, services, bénévoles...) Signer (x) contrats (individuels) ou conventions (par structures)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de contrats et de conventions signés par type de professionnels et de structures</li> <li>• Nombre et raisons des sorties</li> </ul>

DOMAINES	OBJECTIFS A EVALUER (prévus par le cahier des charges)	QUELQUES INDICATEURS POUR MESURER LES REALISATIONS
<b>Moyens humains</b>	Disposer de (x équiv. temps plein) personnes salariées par le réseau par fonction (ex : secrétariat, coordination,...)	•Nombre de personnels salariés par le réseau (en équivalent temps plein) par types de compétences
<b>Moyens financiers</b>	Respecter le plan de financement prévisionnel et le partenariat de moyens	•Plan de financement définitif de l'année écoulée
	Identifier les coûts liés à la prise en charge des bénéficiaires et les coûts des activités organisées par le réseau (ex. coordination)	
<b>Moyens matériels</b>	Mettre en place les moyens matériels (locaux et équipements) nécessaires au fonctionnement du réseau	•Investissements réalisés dans le cadre du réseau : mobilier, bureautique, système informatique, divers...
<b>Modalités de fonctionnement du réseau</b>	Garantir un lieu d'accueil	•Disponibilité de locaux et d'équipements adaptés ? •Horaire d'accueil ? •Nombre de personnes accueillies
	Assurer le fonctionnement du Comité de pilotage (CP)	•Nombre de membres du CP •Les membres sont-ils effectivement présents aux réunions (fiche de présence) ? •Nombre de réunions et réalisations ?
	Garantir un fonctionnement intérieur de qualité	•Existence et respect d'un règlement intérieur ? (si oui, à joindre)
	Permettre des dérogations tarifaires (dans le cas de réseaux expérimentaux)	•Nombre et type des dérogations remboursées ?
<b>Engagements spécifiques liés à chaque convention</b>	...	...

## (2) L'évaluation intermédiaire de la réalisation des actions

DOMAINES	OBJECTIFS A EVALUER (prévus par le cahier des charges)	QUELQUES INDICATEURS POUR MESURER LES REALISATIONS
<b>Accès aux soins</b>	Améliorer l'offre sur le territoire : ex améliorer la proximité spatiale de soins ou de services par la mise en place d'une structure nouvelle, l'installation d'un professionnel, la formation des professionnels déjà présents	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'une structure nouvelle ?</li> <li>•Nombre de professionnels installés</li> <li>•Nombre de professionnels formés</li> </ul>
	Favoriser l'aménagement du territoire : ex proposer un mode de transport	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'un moyen de transport ?</li> </ul>
	Assurer la permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'un tour de garde 24h/24 ? Sinon, existence d'une permanence téléphonique ?</li> </ul>
<b>Coordination des soins et continuité entre les intervenants</b>	Mettre en place des outils communs et élaborer des processus organisationnels ex. dossier bénéficiaire, réunion de coordination, protocoles de soins élaborés conjointement...	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre et nature des outils communs élaborés</li> <li>•Nombre de bénéficiaires pour lesquels ces outils (médicaux ou administratifs) ont été utilisés ou correctement remplis</li> </ul>
	Mettre en place des outils de transmission des informations sur la prise en charge du bénéficiaire entre les professionnels du réseau ex. bilan médical et réévaluations formalisés, dossier médical unique, fiche de liaison...	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'un système d'information permettant la communication entre les différents acteurs (ex : messagerie électronique sécurisée, système d'appel, n° vert, circuit de courrier) ?</li> </ul>
	Assurer la coordination	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de réunions de coordination et nombre de personnes présentes</li> <li>•Les décisions prises lors des réunions sont-elles appliquées ?</li> <li>•Les réunions de révision de dossiers permettent-elles de repérer et de corriger des dysfonctionnements, de mieux adapter des protocoles de soins ?</li> </ul>

DOMAINES	OBJECTIFS A EVALUER (prévus par le cahier des charges)	QUELQUES INDICATEURS POUR MESURER LES REALISATIONS
<b>Coordination des soins et continuité entre les intervenants</b>	Assurer la continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre et contenu des conventions entre les différents acteurs</li> </ul>
	Déterminer les procédures de validation des données et de maintenance du matériel	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Analyse des soins dispensés et des résultats obtenus ?</li> <li>•Existence de procédures de maintenance ? si oui, lesquelles ?</li> </ul>
<b>Qualité des soins</b>	Obtenir l'engagement individuel des professionnels autour d'une charte qualité	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'une charte qualité ?</li> <li>•Nombre de signataires parmi les acteurs du réseau</li> </ul>
	Etablir des protocoles de traitement propres au réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Le réseau s'est-il doté de protocoles de soins communs correspondant aux problèmes rencontrés ?</li> <li>•Nombre et type de protocoles de soins élaborés</li> <li>•Modalités : les protocoles ont-ils été élaborés par des groupes de travail selon des méthodes explicites ? A-t-on testé leur adéquation aux situations rencontrées ?</li> </ul>
	Impliquer les bénéficiaires à la qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de bénéficiaires respectant le plan de soins</li> <li>•Proportion de bénéficiaires ayant eu recours à un professionnel hors du plan de soins établi ?</li> <li>•Motif de consultation hors plan de soins ?</li> </ul>
	Contrôler l'application des procédures thérapeutiques et diagnostiques, le respect des circuits, la sécurité des soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Proportion de professionnels respectant le référentiel de soins</li> </ul>
	Former les acteurs (professionnels ou bénévoles)...	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence d'un plan de formation des acteurs du réseau ?</li> <li>•Taux de participation</li> <li>•Nombre d'acteurs formés</li> </ul>

DOMAINES	OBJECTIFS A EVALUER (prévus par le cahier des charges)	QUELQUES INDICATEURS POUR MESURER LES REALISATIONS
<b>Qualité des soins</b>	Analyser les événements sentinelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existe t-il une liste et un registre des événements "sentinelles" ?</li> <li>•% d'événements "sentinelles" analysés</li> <li>•% d'événements "sentinelles" suivis de mesures correctives par période</li> </ul>
<b>Globalité de la prise en charge</b>	Assurer une prévention (primaire, secondaire, tertiaire)	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre et type d'actions de prévention pratiquées</li> <li>•Nombre de bénéficiaires du réseau ayant participé à une action de prévention dans l'année</li> </ul>
	Assurer une prise en charge sanitaire et sociale ex : Participation des acteurs sociaux au dispositif	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre d'interventions auprès du bénéficiaire par des assistants sociaux</li> </ul>
	Eduquer les bénéficiaires...	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Existence de programmes d'éducation des bénéficiaires ?</li> <li>•Nombre de bénéficiaires ayant bénéficié de séances d'éducation</li> </ul>
<b>Décloisonnement sanitaire/ social, ville/hôpital, prévention/ suivi, prescripteurs/ prescrits, public/privé</b>	Diminuer les redondances dues à un défaut de circulation de l'information	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de bénéficiaires pour lesquels des prescriptions ont été redondantes</li> <li>•Nombre et type des prescriptions redondantes concernées</li> </ul>
	Décloisonner : intervenir de façon coordonnée	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de bénéficiaires pour lesquels un contact a été établi entre professionnels (médicaux libéraux, hospitaliers, sociaux...) rapporté au nombre de bénéficiaires pour lesquels ce contact était nécessaire</li> </ul>
	Autre(s)	

### (3) L'évaluation finale des résultats de l'application du réseau

Analysez les résultats obtenus et ceux qui n'ont pu être atteints en commentant les écarts. Portez un jugement critique sur l'action.

#### (3.1) Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau pour le bénéficiaire ?

Vous pouvez analyser ces conséquences au regard par exemple des caractéristiques des patients (âge, sexe, dépendance...) effectivement pris en charge

DOMAINES	MESURE	COMPARAISON
<b>Amélioration de l'accès aux soins</b>	Aide aux formalités administratives	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Nombre de bénéficiaires du réseau ayant du renoncer à des soins ou à une prestation suite à leur éloignement géographique</li> <li>•Nombre de bénéficiaires n'ayant pas reçu une aide conforme à ce qu'ils souhaitaient (Cf. enquête de satisfaction)</li> </ul>
	Information sur l'offre de soins	•Nombre de bénéficiaires informés ?
	Amélioration de la prise en charge financière : ex. diminuer les coûts restant à charge des bénéficiaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Coûts restant à la charge des bénéficiaires (montant et nature) ?</li> <li>•Nombre de bénéficiaires ayant du renoncer à des soins ou à une prestation suite à un problème financier</li> </ul>
<b>Amélioration de l'état de santé ou de la qualité de vie</b>	% de bénéficiaires dont les problèmes x ont été pris en charge	•Nombre de bénéficiaires dont le problème x a été pris en charge / nombre de bénéficiaires qui avaient un problème x identifié
	% de bénéficiaires pour lesquels le score de l'échelle de qualité de vie a augmenté	•Nombre de bénéficiaires pour lesquels le score de l'échelle de qualité de vie a augmenté / nombre de bénéficiaires pris en charge
	Réalisation d'une enquête pour retrouver les "perdus de vue" ?	
<b>Satisfaction des bénéficiaires et des partenaires du réseau</b>	% de bénéficiaires et/ou de professionnels du réseau ayant un score de satisfaction supérieur au seuil déterminé	

(3.2) Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau en termes de coûts ?

DOMAINES	MESURE	COMPARAISON
<p><b>Diminution des coûts directs médicaux</b> (totaux et par bénéficiaire) : montants remboursés par l'Assurance Maladie, la Mutuelle et les dérogations</p>	<p>Coût moyen de prise en charge d'un bénéficiaire Coût par spécialité des actes effectués par des médecins du dispositif, des paramédicaux, des prof. de santé hors dispositif, des établissements médicaux ou sociaux Coût des prescriptions médicamenteuses, des examens prescrits de biologie et radiologie, des transports (liés à la pathologie prise en charge par le réseau), des soins et des prestations dérogatoires en nature</p>	<p>•Comparaison pour les bénéficiaires pris en charge par le réseau : - avant - après - ou dans le réseau - hors réseau</p>
<p><b>Diminution des coûts à la charge du bénéficiaire, de l'entourage</b> (éviter le report de charge sur la famille)</p>	<p>Nature et montant</p>	
<p><b>Diminution des coûts directs non médicaux</b> (investissements et fonctionnement du Réseau : information, coûts des échanges, du recueil et de la mise à disposition des données)</p>	<p>Détail des investissements et du fonctionnement (budget) Détail du compte d'exploitation (budget)</p>	
<p><b>Impacts attendus du réseau en matière de coût</b></p>	<p>Ex : Réduction de la mobilisation conjointe de moyens inadéquats Ex : Réduction du nombre de complications Ex : Diminution des jours d'hospitalisation par amélioration de la prise en charge en ville</p>	<p>•Ecart entre l'étude préliminaire et les données médico-économiques constatées •Nombre total de jours d'hospitalisation pour l'ensemble des bénéficiaires</p>

(3.3) Quelles sont les principales modifications des comportements des acteurs et des bénéficiaires ?

DOMAINES	MESURE	COMPARAISON
<b>Mise en place et utilisation d'outils communs, de processus organisationnels, de formation</b>	Changements d'attitude et de comportement des acteurs : partage des valeurs, culture commune, connaissance des complémentarités, circulation de l'information, réactivité, adaptabilité, créativité...	enquête avant - après : <ul style="list-style-type: none"><li>•Nombre de praticiens qui se sont mis à utiliser l'informatique depuis leur entrée dans le réseau</li><li>•Nombre de professionnels qui ont augmenté leurs échanges avec leurs confrères ou d'autres catégories de professionnels depuis leur entrée dans le réseau</li><li>•L'analyse des pratiques montre-t-elle que le niveau de compétence des membres du réseau est modifié par les formations ?</li></ul>

(3.4) Quelles sont les conséquences les plus importantes du réseau sur l'organisation des soins délivrés aux bénéficiaires ?

DOMAINES	MESURE	COMPARAISON
<b>Divers</b>	Interventions médicales ou médico-sociales en dehors du dispositif	•Nombre d'interventions (médicales et sociales) en dehors du dispositif / nombre de bénéficiaires du réseau
	Conformité du délai d'attente entre un diagnostic et la mise en œuvre des soins ou du suivi	•Date du diagnostic / date de la mise en œuvre des soins ou du suivi
	Existe-t-il une fiche de recueil comportant des items fixés consensuellement par les acteurs du réseau ?	
	Conformité et complétude des dossiers au regard des référentiels en matière de dossier médical commun	•Nombre de bénéficiaires dont la tenue du dossier (support, identification de la personne, informations contenues et procédure d'archivage) est conforme aux référentiels du réseau / nombre total de bénéficiaires pris en charge
	Conformité du délai d'accessibilité du dossier médical	•Nombre de bénéficiaires pris en charge pour lesquels le dossier médical a été accessible en moins de x / nombre de bénéficiaires pris en charge dont le dossier médical a été recherché
<b>Protection de la confidentialité</b>	Au moment de l'adhésion les bénéficiaires ont-ils été systématiquement informés de l'existence d'une base de données ? Existence et nature des modalités de protection de la confidentialité ? (ex. accès aux informations réservé aux personnes habilitées)	

## Quelques références bibliographiques

- Actualité et dossiers en santé publique, n° 24, septembre 1998.
- Principes d'évaluation des réseaux de santé, ANAES, mai 1999.
- L'évaluation des réseaux de soins - Enjeux et recommandations. CREDES, IMAGE, ENSP. Mai 2001.

## Quelques sites Internet utiles

### Les sites régionaux

URCAM de Bourgogne	<a href="http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr">www.bourgogne.assurance-maladie.fr</a>
ARH de Bourgogne	<a href="http://www.arh-bourgogne.fr">www.arh-bourgogne.fr</a>
DRASS de Bourgogne	<a href="http://www.bourgogne.sante.gouv.fr">www.bourgogne.sante.gouv.fr</a>
CRAM Bourgogne-Franche Comté	<a href="http://www.cram-bfc.fr">www.cram-bfc.fr</a>
ORS de Bourgogne	<a href="http://www.ors-bourgogne.org">www.ors-bourgogne.org</a>
Conseil général de la Côte d'Or	<a href="http://www.cg21.fr">www.cg21.fr</a>
Conseil général de la Nièvre	<a href="http://www.cg58.fr">www.cg58.fr</a>
Conseil général de la Saône et Loire	<a href="http://www.cg71.com">www.cg71.com</a>
Conseil général de l'Yonne	<a href="http://www.yonne.com">www.yonne.com</a>

### Les sites nationaux

ANAES	<a href="http://www.anaes.fr">www.anaes.fr</a>
Commission Informatique et Liberté	<a href="http://www.cnil.fr">www.cnil.fr</a>
Coordination Nationale des Réseaux	<a href="http://www.crs.asso.fr">www.crs.asso.fr</a>
CREDES	<a href="http://www.credes.fr">www.credes.fr</a>
Fédération Nationale des ORS et Score santé	<a href="http://www.fnors.org">www.fnors.org</a> <a href="http://www.fnors.org/Score/accueil.htm">www.fnors.org/Score/accueil.htm</a>
INSERM	<a href="http://www.inserm.fr">www.inserm.fr</a>
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité	<a href="http://www.sante.gouv.fr">www.sante.gouv.fr</a>

## GLOSSAIRE

<b>ARH</b>	Agence Régionale de l'Hospitalisation
<b>CLIC</b>	Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique
<b>CMR</b>	Caisse Maladie Régionale
<b>CNAMTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
<b>CNAVTS</b>	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés
<b>CNIL</b>	Commission Nationale Informatique et Liberté
<b>COFRES</b>	Conseil d'Orientation des Filières et Réseaux Expérimentaux de Soins
<b>Commission d'ASS</b>	Commission d'Action Sanitaire et Sociale
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CRAM</b>	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
<b>DDASS</b>	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>DRASS</b>	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
<b>FAQSV</b>	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
<b>FNASPA</b>	Fonds National d'Action Sociale en faveur des Personnes Âgées
<b>FNPEIS</b>	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
<b>FPC</b>	Formation Professionnelle Conventiennelle
<b>MSA</b>	Mutualité Sociale Agricole
<b>OQN</b>	Objectif Quantifié National
<b>ORS</b>	Observatoire Régional de la Santé
<b>PRAPS</b>	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
<b>PRS</b>	Programme Régional de Santé
<b>RIB</b>	Relevé d'Identité Bancaire
<b>UPMLB</b>	Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne
<b>URCAM</b>	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

## Vos correspondants régionaux

### URCAM

14, rue Jean Giono - BP 36505 - 21065 Dijon cedex  
Tél. : 03 80 78 80 13 (réseaux) ou 03 80 78 80 11 (FAQSV)  
[www.bourgogne.assurance-maladie.fr](http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr)

### ARH

13, avenue Albert 1er - 21000 Dijon  
Tél. : 03 80 53 13 00  
[www.arh-bourgogne.fr](http://www.arh-bourgogne.fr)

### DRASS

11, rue de l'Hôpital - 21000 Dijon  
Tél. : 03 80 44 30 30 (Département santé publique)  
[www.bourgogne.sante.gouv.fr](http://www.bourgogne.sante.gouv.fr)

### CRAM

38, rue de Cracovie - 21044 Dijon cedex  
Tél. : 03 80 70 50 82 (Service des actions gérontologiques)  
[www.cram-bfc.fr](http://www.cram-bfc.fr)

### UPMLB

170, avenue Jean Jaurès - 21000 Dijon  
Tél. : 03 80 58 84 88



Toutes ces personnes ressources sont à votre disposition  
pour vous aider dans l'élaboration de votre dossier