

## Observatoire national des réseaux de santé

# Glossaire des termes utilisés dans le cadre des réseaux de santé

## Remerciements

Nous tenons à remercier vivement les membres du groupe de travail ayant apporté leur contribution à l'élaboration de ce document :

Céline Alquier, URCAM Midi-Pyrénées  
Christel Auboy-Proto, FHP  
Philippe Bergerot, mission interministérielle de lutte contre le cancer (MILC)  
Pierre Bergman, CNAMTS  
Marie-Ange Biteau, CCMSA  
Pascal Bonafini, fédération nationale des CLCC  
Pierre de Calan, FHP  
Denise Chagnard, réseau gérontologique de Tournus  
Philippe Chossegros, président de la Coordination nationale des réseaux (CNR)  
Michel Daigne, FHF  
Aurélie Drouet, FEHAP  
Fanny Danelon, URCAMIF  
Françoise Frégeac, CCMSA  
Loïc Graal, FEHAP  
Arnaud Gramoullé, mutualité française  
Gwladys Haya Baviera, CNAMTS  
François Ihuel, ARH Champagne-Ardenne  
Marie-Christine Keters, CNAMTS  
Claude Laguillaume, coordination nationale des réseaux (CNR)  
Pierre Larcher, DGAS  
Alain Lion, URML d'Alsace  
Gérard Parmentier, UNHPC  
Coralie Paulus, URCAM Champagne-Ardenne  
Béatrix Rhein, DESS ingénierie des réseaux de santé, Marne La Vallée  
Isabelle Saporta, CCMSA  
Daniel Speckel, ARH Alsace

ainsi que les agents des directions de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la sécurité sociale qui ont bien voulu participer à sa réalisation. Qu'ils en soient tous ici remerciés.

## Table des matières

# Glossaire des termes utilisés dans le cadre des réseaux de

## santé ..... 1

### Remerciements ..... 2

## 1. Les Institutions : ..... 8

|   |    |
|---|----|
| <a href="#">Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) :</a>  | 8  |
| <a href="#">Agence française du sang (AFS) :</a>  | 8  |
| <a href="#">Agence régionale de santé (ARS) :</a>   | 8  |
| <a href="#">Assurance maladie des travailleurs indépendants (AMPI) :</a>  | 8  |
| <a href="#">Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) Ex cf. HAS :</a>  | 8  |
| <a href="#">Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCRED) :</a>  | 9  |
| <a href="#">Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :</a>   | 9  |
| <a href="#">Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :</a>  | 9  |
| <a href="#">Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) :</a> | 9  |
| <a href="#">Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) :</a>   | 9  |
| <a href="#">Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés (CNAMTS) :</a>  | 9  |
| <a href="#">Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) :</a>   | 10 |
| <a href="#">Coordination nationale des réseaux (CNR) ( ) :</a>  | 10 |
| <a href="#">Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA) :</a>   | 10 |
| <a href="#">Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) :</a>   | 10 |
| <a href="#">Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR) :</a>  | 10 |
| <a href="#">Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) :</a>  | 11 |
| <a href="#">Direction générale de l'action sociale (DGAS) :</a>   | 11 |
| <a href="#">La direction générale de la santé (DGS) :</a>   | 12 |
| <a href="#">Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) :</a>  | 12 |
| <a href="#">Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :</a>   | 13 |
| <a href="#">Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) :</a>                                    | 13 |
| <a href="#">Direction de la sécurité sociale (DSS) :</a>  | 14 |
| <a href="#">Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) :</a>  | 14 |
| <a href="#">Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) :</a>                          | 14 |
| <a href="#">Fédération hospitalière de France (FHF) :</a>   | 15 |
| <a href="#">Fédération nationale des réseaux gérontologiques :</a>  | 15 |
| <a href="#">Groupe permanent ARH/URCAM :</a>  | 15 |
| <a href="#">Haut Conseil de l'Assurance Maladie (HCAM) :</a>  | 15 |
| <a href="#">Haute autorité de santé (HAS) :</a>   | 15 |
| <a href="#">Institut national du cancer (INCA ( ) :</a>   | 16 |
| <a href="#">Institut national de veille sanitaire (INVS) :</a>  | 16 |
| <a href="#">Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) :</a>  | 16 |
| <a href="#">Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) :</a>  | 16 |
| <a href="#">Mission régionale de santé (MRS) :</a>  | 16 |
| <a href="#">Mutualité Sociale Agricole (MSA) :</a>  | 17 |
| <a href="#">Mutualisation :</a>   | 17 |
| <a href="#">Mutualité française (MF) :</a>  | 17 |
| <a href="#">Mutuelle :</a>  | 18 |
| <a href="#">Oeuvres mutualistes :</a>   | 18 |
| <a href="#">Observatoire régional de la santé (ORS) :</a>   | 18 |

|  |           |
|--|-----------|
| <a href="#">Réseaux « Soubie »( dispositif annulé) :</a>   | 18        |
| <a href="#">Sécurité sociale :</a>   | 18        |
| <a href="#">Service médical :</a>  | 19        |
| <a href="#">Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) :</a>                                    | 19        |
| <a href="#">Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) :</a>                                    | 19        |
| <a href="#">Union régionale médecins libéraux (URML) :</a>   | 20        |
| <br>   |           |
| <b><u>2.    Système de santé et offre de soins</u></b>   | <b>21</b> |
| <br>   |           |
| <a href="#">Besoins de santé :</a>   | 21        |
| <a href="#">Région sanitaire :</a>   | 21        |
| <a href="#">Schéma gérontologique départemental :</a>  | 21        |
| <a href="#">Soins à domicile :</a>   | 21        |
| <a href="#">Soins ambulatoires :</a>   | 21        |
| <a href="#">Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) :</a>  | 21        |
| <a href="#">Schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS III) :</a>          | 21        |
| <a href="#">Territoire de santé :</a>  | 22        |
| <br>   |           |
| <b><u>3.    Acteurs du réseau</u></b>  | <b>23</b> |
| <br>   |           |
| <a href="#">Adhérent :</a>   | 23        |
| <a href="#">Agent à domicile :</a>   | 23        |
| <a href="#">Aidants informels :</a>  | 23        |
| <a href="#">Aidants naturels :</a>   | 23        |
| <a href="#">Aide à domicile :</a>  | 24        |
| <a href="#">Aide ménagère :</a>  | 24        |
| <a href="#">Association de patients ou d'usagers :</a>   | 24        |
| <a href="#">Associé :</a>  | 24        |
| <a href="#">Auxiliaire de vie sociale :</a>  | 24        |
| <a href="#">Centre communal d'action sociale- CCAS :</a>   | 25        |
| <a href="#">Centre de dépistage :</a>  | 25        |
| <a href="#">Centre de lutte contre le cancer (CLCC) :</a>  | 25        |
| <a href="#">Centre de santé :</a>  | 25        |
| <a href="#">Centres d'action médico-sociale précoce ( CAMSP ) :</a>  | 26        |
| <a href="#">Centre hospitalier public (CH):</a>  | 26        |
| <a href="#">Centre hospitalier régional.(CHR):</a>   | 26        |
| <a href="#">Centre hospitalier et universitaire (CHU): Un CHU est un centre hospitalier régional où sont</a> | 26        |
| <a href="#">Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) :</a>   | 27        |
| <a href="#">CMSA :</a>   | 27        |
| <a href="#">Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC) :</a>                                       | 27        |
| <a href="#">Commission Médicale d'Etablissement et Conférence Médicale d'Etablissement</a>                   | 27        |
| <a href="#">Employé à domicile :</a>   | 28        |
| <a href="#">Enseignements de l'expérimentation « réseau gérontologique » menée par la MSA :</a>              | 29        |
| <a href="#">Etablissement de santé :</a>   | 29        |
| <a href="#">Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ( E.H.P.A.D.) :</a>                | 30        |
| <a href="#">Hopital Local :</a>  | 30        |
| <a href="#">Hospitalisation A Domicile (HAD) :</a>   | 31        |
| <a href="#">Intervenants professionnels :</a>  | 31        |
| <a href="#">Membre :</a>   | 32        |
| <a href="#">Partenaire :</a>   | 32        |
| <a href="#">Président et directeur :</a>   | 32        |
| <a href="#">Promoteur :</a>  | 32        |
| <a href="#">Protection maternelle et infantile (PMI):</a>  | 32        |
| <a href="#">SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile (pour personnes âgées et handicapées) :</a>       | 32        |
| <a href="#">Structure médico sociale :</a>   | 33        |
| <a href="#">Structures juridiques "support" d'un réseau de santé :</a>                                       | 34        |
| <a href="#">Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale (TISF) :</a>                               | 34        |
| <br>   |           |
| <b><u>4.    Vie du réseau</u></b>  | <b>36</b> |

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Autorisation :</a>   | 36 |
| <a href="#">Bilan d'entrée :</a>   | 36 |
| <a href="#">Bilan de sortie :</a>  | 36 |
| <a href="#">Cahier de charges type ou dossier promoteur type:</a>            | 36 |
| <a href="#">Charte d'adhésion des professionnels :</a>                       | 36 |
| <a href="#">Continuité des soins :</a>                                       | 37 |
| <a href="#">Continuité :</a>   | 37 |
| <a href="#">Convention constitutive d'un réseau de santé :</a>               | 37 |
| <a href="#">Convention :</a>   | 37 |
| <a href="#">Coordinateur :</a>   | 37 |
| <a href="#">Coordination du réseau :</a>                                     | 38 |
| <a href="#">Education du patient (Education thérapeutique du patient) :</a>  | 38 |
| <a href="#">Education pour la santé :</a>                                    | 38 |
| <a href="#">Education sanitaire :</a>  | 38 |
| <a href="#">Formation au travail en réseau :</a>                             | 38 |
| <a href="#">Formation continue :</a>   | 39 |
| <a href="#">Globalité de la prise en charge médicale :</a>                   | 39 |
| <a href="#">Globalité de la prise en charge ou prise en charge globale :</a> | 39 |
| <a href="#">Information et adhésion des patients :</a>                       | 39 |
| <a href="#">Objectif général :</a>   | 39 |
| <a href="#">Objectifs spécifiques :</a>                                      | 40 |
| <a href="#">Pluridisciplinarité :</a>  | 40 |
| <a href="#">Prévention :</a>   | 40 |
| <a href="#">Promotion de la santé :</a>                                      | 40 |
| <a href="#">Protocoles et référentiels communs :</a>                         | 41 |
| <a href="#">Proximité :</a>  | 41 |
| <a href="#">Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :</a>           | 41 |
| <a href="#">Santé :</a>  | 41 |
| <a href="#">Santé publique :</a>   | 41 |
| <a href="#">Traçabilité :</a>  | 41 |

## **5. Echange d'informations autour du patient .....42**

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) :</a>                             | 42 |
| <a href="#">Données médicales communicantes :</a>  | 42 |
| <a href="#">Dossier Médical Personnel (DMP) :</a>  | 42 |
| <a href="#">Mission DMP :</a>  | 43 |
| <a href="#">Partage des données médicales :</a>  | 43 |
| <a href="#">Plate forme de systèmes d'information inter opérables ou plate-forme de services :</a> | 43 |
| <a href="#">Système d'information (informatisé ou non) :</a>                                       | 44 |
| <a href="#">Système informatique :</a>   | 44 |
| <a href="#">Technologies d'information et de lcommunication (TIC) :</a>                            | 44 |

## **6. Les financements: .....45**

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Affection de longue durée (ALD) :</a>                  | 45 |
| <a href="#">Allocation personnalisée d'autonomie (APA):</a>        | 45 |
| <a href="#">Bilan comptable :</a>                                  | 45 |
| <a href="#">Budget consolidé :</a>                                 | 45 |
| <a href="#">Budget prévisionnel :</a>                              | 46 |
| <a href="#">Commissaire aux comptes (CAC):</a>                     | 46 |
| <a href="#">Catalogue des actes Médicaux :</a>                     | 46 |
| <a href="#">Classification commune des actes médicaux (CCAM) :</a> | 46 |
| <a href="#">Couverture Maladie Universelle (CMU) :</a>             | 47 |
| <a href="#">Comptabilité analytique :</a>                          | 47 |
| <a href="#">Compte administratif :</a>                             | 47 |
| <a href="#">Compte d'emploi :</a>                                  | 47 |
| <a href="#">Compte de gestion cf. ordonnateurs et comptables :</a> | 48 |
| <a href="#">Compte de résultat :</a>                               | 48 |
| <a href="#">Contrats de santé publique :</a>                       | 48 |
| <a href="#">Contrat de pratique professionnelle :</a>              | 48 |
| <a href="#">Crédits DGS, MILT...:</a>                              | 48 |
| <a href="#">Dérogations tarifaires :</a>                           | 49 |
| <a href="#">DNDR / DRDR:</a>                                       | 49 |

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Dons et cotisations :</a>  | 49 |
| <a href="#">Dotation globale de financement (DGF) supprimée :</a>  | 49 |
| <a href="#">Enveloppes fléchées:</a>   | 49 |
| <a href="#">Exonération du ticket modérateur:</a>  | 49 |
| <a href="#">FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) :</a>   | 50 |
| <a href="#">Financements privés :</a>  | 50 |
| <a href="#">FNASS Fonds national d'action sanitaire et sociale :</a>   | 50 |
| <a href="#">FNPEIS Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires :</a>                           | 50 |
| <a href="#">Fonds européens :</a>  | 51 |
| <a href="#">Lettre clé (ou code acte) :</a>  | 51 |
| <a href="#">Loi de financement de la sécurité sociale ( LFSS ) :</a>   | 51 |
| <a href="#">Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ( LAM°) :</a>   | 52 |
| <a href="#">loi organique relative aux lois de finances (LOLF):</a>  | 52 |
| <a href="#">liste des prestation et produits remboursables (LPPR) :</a>  | 53 |
| <a href="#">Majoration d'urgence (MU) :</a>  | 53 |
| <a href="#">Majoration de dimanche et jours fériés (Vd) :</a>  | 53 |
| <a href="#">Majoration de nuit (Vn) :</a>  | 53 |
| <a href="#">Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) :</a>                                   | 53 |
| <a href="#">Modalités de versement des dérogations :</a>   | 53 |
| <a href="#">Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP PRAPS) :</a>  | 54 |
| <a href="#">Objectif quantifié national (OQN) supprimé :</a>   | 54 |
| <a href="#">ONDAM :</a>  | 54 |
| <a href="#">Ordonnateurs et comptables (comptabilité publique) :</a>   | 54 |
| <a href="#">Paiement à l'acte majoré :</a>   | 55 |
| <a href="#">Paiement à l'acte :</a>  | 55 |
| <a href="#">Paiement au forfait :</a>  | 55 |
| <a href="#">Part complémentaire:</a>   | 55 |
| <a href="#">Part obligatoire :</a>   | 55 |
| <a href="#">Participation des collectivités locales :</a>  | 55 |
| <a href="#">Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :</a>  | 55 |
| <a href="#">Précarité :</a>  | 56 |
| <a href="#">Prestations dérogatoires :</a>   | 56 |
| <a href="#">Professionnels conventionnés / non conventionnés :</a>   | 56 |
| <a href="#">Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) :</a> | 56 |
| <a href="#">Tarif d'autorité:</a>  | 56 |
| <a href="#">Tarif conventionnel:</a>   | 57 |
| <a href="#">Tarif de responsabilité:</a>   | 57 |
| <a href="#">Tarification à l'activité (T2A) :</a>  | 57 |
| <a href="#">Taux de remboursement:</a>   | 58 |
| <a href="#">tarif interministériel des prestations sanitaires TIPS:</a>  | 58 |
| <a href="#">Ticket modérateur TM:</a>  | 58 |

## **7. Organisation des financements :.....59**

|  |    |
|--|----|
| <a href="#">Caisse pivot :</a>                 | 59 |
| <a href="#">Guichet unique (GUR):</a>          | 59 |
| <a href="#">Orientations régionales :</a>      | 59 |
| <a href="#">Secrétariat technique élargi :</a> | 59 |
| <a href="#">Secrétariat technique :</a>        | 60 |

## **8. Procédure de la décision conjointe.....61**

|   |    |
|---|----|
| <a href="#">Agrément (supprimé):</a>  | 61 |
| <a href="#">Cellule d'appui :</a>   | 61 |
| <a href="#">Comité régional des réseaux :</a>   | 61 |
| <a href="#">Convention caisse pivot / réseau :</a>  | 61 |
| <a href="#">Convention directeurs ARH / URCAM définissant les conditions de l'instruction conjointe :</a> | 62 |
| <a href="#">Décision conjointe de financement sur la DRDR :</a>   | 62 |
| <a href="#">Dossier promoteur :</a>   | 62 |
| <a href="#">Fenêtre d'examen :</a>  | 62 |
| <a href="#">Fenêtre de dépôt :</a>  | 62 |
| <a href="#">Plan de financement :</a>   | 62 |
| <a href="#">Publication de la décision conjointe de financement :</a>                                     | 63 |

## **9. Suivi d'activité et évaluation .....64**

|   |    |
|---|----|
| <a href="#">Accords de bon usage des soins :</a> .....  | 64 |
| <a href="#">Accréditation :</a> .....   | 64 |
| <a href="#">Angélique:</a> .....  | 64 |
| <a href="#">Assurance qualité :</a> .....   | 64 |
| <a href="#">Certification des établissements de santé :</a> .....                                       | 65 |
| <a href="#">Contrat de bonnes pratiques :</a> .....   | 65 |
| <a href="#">Evaluation de la dépendance des personnes âgées :</a> .....                                 | 65 |
| <a href="#">Evaluation des pratiques professionnelles :</a> .....                                       | 65 |
| <a href="#">Evaluation médico-économique :</a> .....  | 66 |
| <a href="#">GMP :</a> .....   | 66 |
| <a href="#">Indicateurs :</a> .....   | 67 |
| <a href="#">Labellisation :</a> .....   | 67 |
| <a href="#">Observatoire des dérogations tarifaires:</a> .....  | 67 |
| <a href="#">Observatoire des reconstitutions hospitalières :</a> .....                                  | 67 |
| <a href="#">Observatoire national des réseaux de santé (ONRS) :</a> .....                               | 68 |
| <a href="#">Observatoire des réseaux de télésanté dont la télémedecine :</a> .....                      | 68 |
| <a href="#">Procédure</a> .....   | 68 |
| <a href="#">Protocole de soins</a> .....  | 69 |
| <a href="#">Qualité :</a> .....   | 69 |
| <a href="#">Rapport annuel d'activité du réseau :</a> .....   | 69 |
| <a href="#">Rapport d'évaluation du réseau (article D.766-1-6 du Code de la santé publique) :</a> ..... | 69 |
| <a href="#">Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :</a> .....                            | 70 |
| <a href="#">Référentiels :</a> .....  | 70 |
| <a href="#">Synthèse nationale :</a> .....  | 70 |

## **10. Sources d'informations .....71**

## **1. Les Institutions :**

### **Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) :**

Etablissement public de l'Etat créé par la loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Cette agence se substitue à l'Agence du médicament, avec des missions étendues à l'ensemble des produits de santé et des moyens renforcés.

### **Agence française du sang (AFS) :**

Créée par la loi du 4 janvier 1993, l'agence française du sang contribue à la définition et à l'application de la politique de transfusion sanguine. Elle coordonne et contrôle l'activité et la gestion des établissements de transfusion sanguine et assure des missions d'intérêt général pour le service public transfusionnel, notamment en vue de faciliter son adaptation aux évolutions scientifiques et techniques dans le respect des principes éthiques.

### **Agence régionale de santé (ARS) :**

L'ARS est définie par l'article 68 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Cet article précise qu'un an après son entrée en vigueur, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une expérimentation créant une agence régionale de santé. Cette expérimentation s'appuiera sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé. Les agences régionales de santé sont chargées des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Elles sont constituées, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les organismes d'assurance maladie, la région, si elle est déjà membre de l'agence régionale de l'hospitalisation, et l'Etat. Les personnels des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont, avec leur accord, transférés dans les agences régionales de santé ainsi créées.

### **Assurance maladie des travailleurs indépendants (AMPI) :**

cf. CANAM

### **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) Ex) cf. HAS :**

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 portant sur la réforme de l'hospitalisation publique et privée cette agence, établissement public de l'Etat, a plusieurs missions : elle est chargée d'établir l'état des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital et en médecine libérale. Elle mène dans les établissements de santé et dans le milieu de la médecine libérale, des actions d'évaluation des pratiques professionnelles, de formation à l'audit clinique, des programmes d'amélioration de la qualité. Elle contribue aussi à évaluer les actions et les programmes de santé publique. Elle est appelée à mettre en oeuvre

La loi du 13 août 2004 confie les missions de l'ANAES à la Haute autorité de santé (HAS).

### **Association Nationale de Coordination des Réseaux Diabète (ANCREd) :**

L'ANCREd a été fondée en 1999. Cette association a pour objet de promouvoir les projets de réseaux de santé aux diabétiques et d'aider au développement de ces réseaux.

Dans ce but elle assure la représentation de ces réseaux auprès des différentes instances institutionnelles ou privées, elle harmonise et coordonne leurs projets et elle développe des programmes de recherche et d'évaluation comme ENTRED, l'évaluation nationale du programme de prévention des lésions des pieds et le projet "Itinéraires de soins et d'éducation des diabétiques".

L'adhésion d'un réseau à une association de réseaux est une démarche volontaire de la part du réseau

### **Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) :**

Créée par l'ordonnance du 24 avril 1996 dans chaque région, sous la forme groupement d'intérêt public (GIP) qui réunit les services sanitaires déconcentrés de l'Etat et les organismes d'assurance maladie. C'est une autorité de décision, compétente à la fois pour l'hospitalisation publique et privée. Le directeur de l'ARH détient la responsabilité du régime des autorisations en matière de création, suppression, transformation et conversion d'activités médicales hospitalières. Dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), établi pour cinq ans, l'ARH définit et met en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers.

### **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH):**

Deux missions principales sont confiées à l'ATIH:

- la prise en charge des travaux concourant à la mise en œuvre et à l'accessibilité aux tiers du système d'information commun Etat-Assurance maladie,
- la participation aux travaux relatifs aux nomenclatures de santé.

### **Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM):**

C'est l'assurance maladie des travailleurs indépendants (AMPI) C'est une des 3 grandes caisses avec la CNAMTS et la CCMSA. Ce régime d'assurance maladie repose sur certains principes : solidarité des groupes professionnels concernés, autonomie et responsabilité de la gestion administrative et financière, couverture de base limitée à l'essentiel (risques les plus graves), libre choix de l'organisme assureur.

(Cf. CNR et Sécurité sociale)

### **Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole (CCMSA) :**

La caisse centrale de mutualité sociale agricole est l'échelon national de la Mutualité sociale Agricole (MSA). Elle contribue à la mise en œuvre de la politique sociale agricole définie par le Ministre de l'Agriculture et représente la Mutualité Sociale Agricole. C'est une des 3 grandes caisses avec la CANAM et la CNAMTS.

(cf. MSA et Sécurité sociale)

### **Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés (CNAMTS):**

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs et Salariés est chargée d'assurer, sur le plan national, le financement en deux gestions distinctes d'une part, des assurances maladie, maternité, invalidité, décès et, d'autre part, de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, et de maintenir l'équilibre financier de chacune de ces deux gestions. C'est une des 3 grandes caisses avec la CANAM et la CCMSA.

cf. URCAM et CPAM et Sécurité sociale)

### **Caisse nationale de l'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS):**

établissement public national à caractère administratif, chargé de la gestion et du financement des risques vieillesse et veuvage.

( cf. CRAM)

### **Coordination nationale des réseaux (CNR) () :**

La coordination nationale des réseaux est une association loi 1901, créée en janvier 1997 qui fédère des réseaux sanitaires et sociaux répartis dans toute la France.

Elle a s'est donnée pour but de :

- promouvoir les pratiques de collaboration entre les professionnels de la médecine et du social.
- organiser les formations des acteurs des réseaux. -apporter une aide méthodologique à la création et au fonctionnement des réseaux.
- favoriser la communication entre les réseaux et diffuser les informations sur le fonctionnement du système social et médical.
- encourager les personnes malades à être les acteurs de leur santé.

assurer la représentation nationale des réseaux

L'adhésion d'un réseau à une association de réseaux est une démarche volontaire de la part du réseau

### **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA) :**

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est le pivot de la mise en œuvre de la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées. La loi "handicap" lui confère en outre un rôle actif dans l'animation de la politique de compensation des handicaps et de la perte d'autonomie. La CNSA assurera en particulier les tâches de répartition territoriale des enveloppes de financement des établissements sociaux et médico-sociaux à tarification préfectorale. Ses ressources proviennent pour l'essentiel des prélèvements effectués au titre de la Journée de Solidarité depuis le 1er juillet 2004. Mais à partir du 1er janvier 2006, Ses recettes seront principalement constituées de la participation des régimes d'assurance maladie au financement des établissements et services qui relèvent de l'ONDAM médico-social. En ce qui concerne le secteur des personnes âgées, elle apporte notamment son concours au financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), participe à la poursuite de la médicalisation des établissements et services à domicile ainsi qu'à la création de structures d'accueil de jour et d'hébergement temporaire (en particulier pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer).

S'agissant du secteur des personnes handicapées, elle apporte également la contribution des régimes d'assurance maladie destinée au financement de la prestation de compensation (PCH), et participe au financement des créations de places en établissements et services.

### **Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM) :**

Organisme du régime général intervenant principalement en matière d'assurance vieillesse et d'accidents du travail et maladies professionnelles (prévention, tarification). Les CRAM jouent aussi un rôle important en matière d'action sociale auprès des personnes âgées : développement du maintien à domicile, recherche de solution d'hébergement... Il existe 16 caisses régionales.

### **Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR) :**

Le décret n° 63-112 du 14 février 1963 a créé la délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale. La DATAR a été voulue comme une structure administrative de mission, qui a

une compétence à caractère interministériel. Elle est chargée de préparer, d'impulser et de coordonner les décisions relatives à la politique d'aménagement du territoire conduite par l'État. Son activité, inscrite dans un objectif de cohésion et de développement équilibré et durable du territoire national, en fait une instance atypique à la croisée des politiques ministérielles sectorielles. La DATAR mène en amont, des travaux de prospective afin de mieux percevoir les évolutions territoriales et mieux cadrer son intervention dans le long terme. Elle assure une fonction d'interface entre la politique de cohésion européenne, les politiques nationales interférant dans l'aménagement du territoire et les actions de développement conduites au niveau local. Dans le cadre du processus de décentralisation engagé par le Gouvernement, la DATAR entend renforcer son lien avec les collectivités territoriales et les régions pour conduire des politiques partagées d'aménagement du territoire.

### **Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) :**

Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales constituent les échelons départementaux de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat (Ministère en charge de la santé)

Elles assurent, sous l'autorité des Préfets de département :

La mise en oeuvre des politiques nationales,

La définition et l'animation des actions départementales dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

En matière sanitaire, l'autorité est partagée, puisque, pour les questions hospitalières, le DRASS et les DDASS apportent leur concours à l'Agence Régionale de l'hospitalisation.

### **Direction générale de l'action sociale (DGAS):**

La direction générale de l'action sociale est chargée de l'élaboration, de la coordination et de la mise en oeuvre des politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité.

A ce titre, en liaison avec les directions et services concernés du ministère chargé de la santé et des affaires sociales :

- elle veille à la coordination des actions de prévention, de lutte contre les exclusions et d'insertion des personnes en situation de précarité ; elle conçoit à cet effet des programmes spécifiques ;
- elle élabore les règles relatives à l'allocation de revenu minimum d'insertion, à l'allocation aux adultes handicapés, à l'allocation de parent isolé et veille à leur application ; elle est chargée du suivi financier de ces allocations ; elle coordonne les interventions des services du ministère en matière de prestations assurant des revenus minimaux ;
- elle définit, anime et coordonne la politique de prise en charge, d'intégration sociale, d'aide à domicile et d'aide à l'autonomie des personnes handicapées ;
- elle participe à l'élaboration, en liaison avec le ministère de la justice, des règles relatives à la protection des majeurs ;
- elle détermine les mesures relatives à l'aide et l'action sociales en faveur de la famille, de l'enfance et de l'adolescence et des personnes âgées ;
- elle élabore les règles relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux, en organise le contrôle et veille au respect des droits de leurs usagers ;
- elle est chargée de l'élaboration des règles relatives à l'aide sociale et s'assure de leur application ;
- elle est responsable de la formation des professions sociales, des conditions de leur exercice et des règles déontologiques qui leur sont applicables.

La direction générale de l'action sociale assure le greffe de la Commission centrale d'aide sociale et le secrétariat du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, du Conseil supérieur de l'adoption, du Comité national de la coordination gérontologique, du Comité national des retraités et des personnes âgées, du Conseil national consultatif des personnes handicapées, du Conseil supérieur du travail social, de la section sociale du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, de la Commission nationale d'agrément des conventions

collectives nationales et accords collectifs de travail applicables aux salariés des établissements et services à caractère social et des organismes sanitaires à but non lucratif.

### **La direction générale de la santé (DGS) :**

Direction du Ministère la santé, la direction générale de la santé est chargée de l'élaboration et contribue à la mise en œuvre de la politique de santé.

A ce titre, en liaison avec les autres directions et services du ministère et les établissements ou organismes qui en dépendent :

- elle propose les objectifs et les priorités de la politique de prévention et de protection de la santé, en tenant compte notamment des risques professionnels ; elle en détermine et coordonne les programmes d'intervention ; elle définit les indicateurs de santé nécessaires à l'élaboration de la programmation sanitaire ; elle favorise la recherche et l'expertise en santé publique ;
  - elle veille, en liaison avec les agences compétentes, à la qualité et à la sécurité des soins, des pratiques professionnelles et des produits de santé ;
  - elle participe à la définition de la politique du médicament ;
  - elle définit, pour le compte du ministère, les actions de prévention, de surveillance et de gestion des risques sanitaires liés aux milieux ;
  - elle est responsable des questions relatives à la démographie des professions de santé et notamment définit leurs besoins de formation en liaison avec le ministère chargé de l'enseignement supérieur ;
  - elle participe, avec les ministères et institutions concernés, à l'élaboration des règles relatives aux questions d'éthique et de bioéthique ; elle suit les questions relatives à la déontologie ; elle veille au respect des droits des personnes malades et des usagers du système de santé ;
  - elle exerce la tutelle sur les établissements publics et organismes compétents en matière de recherche médicale, de sécurité et de veille sanitaire, d'accréditation et d'évaluation en santé, d'enseignement et de formation en santé publique, d'éducation pour la santé et la prévention.
- La direction générale de la santé assure le secrétariat du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, du Comité national de sécurité sanitaire, du Haut Comité de santé publique, de la Conférence nationale de santé et de la Commission nationale de la médecine et de la biologie de la reproduction et du diagnostic prénatal.

### **Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) :**

Direction du Ministère en charge de la santé, la DHOS doit organiser l'offre de soins en liaison avec la direction générale de la santé mais aussi la direction générale de l'action sociale et la direction de la sécurité sociale. Elle est compétente à l'égard de l'ensemble des établissements de santé : les établissements publics de santé, les établissements de santé non lucratifs participant ou non au service public hospitalier, les établissements de santé lucratifs. De plus, son champ d'action s'étend au financement des activités spécifiques de soins aux personnes âgées, en établissements d'hébergement et à domicile.

La DHOS doit rechercher une meilleure réponse aux besoins de la population par une optimisation des moyens, qu'il s'agisse de l'exercice libéral ou des établissements de santé publics comme privés, en intégrant les dimensions sociales, de santé publique et financières. Son rôle doit être d'assurer la prise en charge globale du malade, de susciter la complémentarité des différentes structures et des professionnels de santé, tout en poursuivant la rationalisation de l'emploi des ressources de l'assurance maladie.

Elle doit s'assurer de la qualité, la sécurité, la continuité et la proximité du système de soins, dont elle veille à garantir l'égal accès à tous ainsi que le respect des droits des usagers. Dans cette perspective, elle suit tout particulièrement la mise en œuvre de la procédure d'accréditation.

Elle conçoit, met en œuvre et assure le suivi de la politique de tarification et de régulation financière des établissements de santé et des activités et services de soins pour personnes âgées, en établissements et à domicile.

Elle a également pour mission d'organiser l'exercice et la gestion des carrières des professionnels de santé. A cet effet, elle apporte son concours à la détermination des besoins en professionnels de santé ainsi qu'à la définition des contenus et à l'organisation des formations des professions médicales et paramédicales. Elle oriente et anime les politiques des ressources humaines dans le champ des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux. Elle élabore les règles relatives à la fonction publique hospitalière et aux médecins hospitaliers et veille à leur application. Elle est compétente en matière de régime d'autorisation des officines de pharmacie et des laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Enfin, elle suit l'évolution des techniques médicales et des stratégies thérapeutiques pour mieux anticiper les mutations qu'elles provoqueront dans l'organisation des établissements de santé publics et privés; Elle concourt également au développement de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication pour la prise en charge médicale des patients et l'administration des soins.

### **Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) :**

Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales constituent les échelons régionaux et départementaux de l'administration sanitaire et sociale de l'Etat (Ministère en charge de la santé). Elles assurent, sous l'autorité des Préfets de région :

La mise en oeuvre des politiques nationales,

La définition et l'animation des actions régionales dans le domaine sanitaire, social et médico-social.

En matière sanitaire, l'autorité est partagée, puisque, pour les questions hospitalières, le DRASS et les DDASS apportent leur concours à l'Agence Régionale de l'hospitalisation.

### **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES):**

Direction du Ministère en charge de la santé, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en matière de santé et de solidarité exerce, en liaison avec les autres services du ministère et les organismes placés sous sa tutelle, ses compétences dans les domaines de la santé, de l'action sociale et de la protection sociale.

A ce titre, elle est chargée de la conception de l'appareil statistique et assure la collecte, l'exploitation et la diffusion des statistiques. Elle est associée à la conception des systèmes d'information et veille à en assurer la cohérence.

En liaison avec le ministère chargé de la recherche, elle contribue à orienter la politique de la recherche et concourt au développement de ses travaux et à la valorisation de leurs résultats. Elle est l'interlocuteur du ministère chargé de la recherche pour les crédits relevant du budget civil de la recherche et du développement.

Elle effectue des travaux de synthèse et établit notamment les comptes de la santé et les comptes de la protection sociale. Elle assure la réalisation et la diffusion d'études et de projections et coordonne celles menées par les autres services du ministère ou par les organismes placés sous sa tutelle.

Elle contribue à promouvoir les travaux d'évaluation et participe à la conception, à la validation et à la mise en œuvre des méthodes d'évaluation.

Elle est chargée de la diffusion et de la publication des travaux dont elle a assuré la réalisation ou la coordination.

### **Direction de la sécurité sociale (DSS):**

Direction du ministère en charge de la santé, la direction de la sécurité sociale est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale.

A ce titre :

- elle prépare les lois de financement de la sécurité sociale, en liaison avec les différentes directions concernées du ministère dont elle coordonne les contributions, veille à l'exécution de ces lois et assure le suivi financier des différents régimes de sécurité sociale ;
- elle conçoit et met en œuvre les politiques relatives à la régulation du système d'assurance maladie et à la prise en charge des soins par la couverture maladie universelle ;
- elle élabore et met en œuvre les politiques relatives aux prestations familiales et à la couverture des risques maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse, veuvage, accidents du travail et maladies professionnelles ;
- elle est chargée de la politique de financement des régimes de sécurité sociale, en liaison notamment avec la politique de l'emploi ;
- elle conçoit la politique relative à l'utilisation des technologies de l'information dans le domaine de la sécurité sociale et en suit la mise en œuvre ;
- elle assure la tutelle sur les organismes de sécurité sociale du régime général, des régimes de base des professions indépendantes autres qu'agricoles, des régimes spéciaux et sur les fonds et organismes concourant au financement de la sécurité sociale ; elle participe à la surveillance des organismes de protection complémentaire et de mutualité ; elle prépare les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale et en assure la mise en œuvre ;
- elle assure la négociation et le suivi des engagements internationaux de la France en matière de sécurité sociale et participe aux différentes instances européennes compétentes en ce domaine en liaison avec la délégation aux affaires européennes et internationales.

La direction de la sécurité sociale assure le secrétariat du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale, de la commission des comptes de la sécurité sociale et du comité économique des produits de santé.

### **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) :**

fédération des établissements hospitaliers privés à but lucratif.

La FHP est née de la fusion de la FIEHP et de l'UHP en juillet 2001. La nouvelle fédération représente désormais toutes les cliniques privées dans toutes les grandes spécialités médicales : chirurgie, médecine, obstétrique, psychiatrie, soins de suite, rééducation fonctionnelle.

Avec plus de 1300 établissements d'hospitalisation, le secteur des cliniques privées accueille chaque année près de six millions de patients de toute catégorie sociale et souffrant de tout type de pathologies.

### **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP) :**

fédération des établissements hospitaliers privés à but non lucratif.

La Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif

Association loi 1901, créée en 1936, la FEHAP est la fédération référente des champs sanitaire, social et médico-social du secteur privé à but non lucratif.

En 2004, elle regroupe 2 850 établissements et services de santé et d'accueil ayant fait le choix d'appliquer la Convention Collective Nationale du 31 octobre 1951.

### **Fédération hospitalière de France (FHF)**

Fédérations des établissements hospitaliers publics.

Créée en 1924, la Fédération Hospitalière de France (FHF) est une association à but non lucratif relevant de la loi du 1er juillet 1901. D'essence fédérale, elle est constituée de dix Unions hospitalières interrégionales, dont trois représentent les DOM TOM. La FHF réunit plus de 1000 établissements de santé (hôpitaux) et autant de structures médico-sociales (maisons de retraite et maisons d'accueil spécialisées), soit la quasi-totalité des établissements du secteur public.

### **Fédération nationale des réseaux gérontologiques**

La Fédération nationale des réseaux gérontologiques est une association relevant de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901. Elle coordonne et anime le réseau des associations gérant localement un réseau gérontologique issu de l'expérimentation nationale "Soubie" pilotée par la CCMSA. Elle a notamment pour objet de les représenter au niveau national et de concourir à toute action favorisant leur développement.

L'adhésion d'un réseau à une association regroupant plusieurs réseaux est une action volontaire de celui-ci.

### **Groupe permanent ARH/URCAM :**

Ce groupe coprésidé par un directeur d'ARH et un directeur d'URCAM est constitué de représentants d'ARH et d'URCAM. Il est chargé d'échanger les expériences, de les mutualiser, mais aussi de mettre au point des outils communs, de développer la réflexion sur l'ensemble du dispositif. Il sert d'interface et d'interlocuteur de terrain pour la DHOS et la CNAMTS qui sont invitées à ses réunions. En son sein, ont été mis au point des outils communs pratiques tels les guides du promoteur, des services instructeurs, d'évaluation ou des documents de présentation du dispositif.

### **Haut Conseil de l'Assurance Maladie (HCAM) :**

Le décret n° 2003-959 du 7 octobre 2003 a créé le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie. Ce conseil, composé de 53 membres, a été créé pour trois ans, auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Le Haut Conseil de l'Assurance Maladie a pour missions :

- D'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- - De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- - De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- - De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale. " Le haut conseil remet tous les ans aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public. "

### **Haute autorité de santé (HAS) :**

La loi d'août du 13 août 2004 a introduit cette nouvelle institution. La Haute autorité se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Autorité publique indépendante à caractère scientifique, elle succèdera à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (ANAES) et coordonnera notamment le travail de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

### **Institut national du cancer (INCA) :**

Créé par la loi 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'institut national du cancer est chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. A ce titre, il exerce notamment les missions suivantes

- Observation et évaluation du dispositif de lutte contre le cancer ;
- - Définition de référentiels de bonnes pratiques en cancérologie- Information des professionnels et du public sur l'ensemble des problèmes relatifs au cancer ;
- - Mise en œuvre, financement, coordination d'actions particulières de recherche et de développement- Développement et suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés en cancérologie dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation. ;
- Participation au développement d'actions européennes et internationales ;
- - Réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

### **Institut national de veille sanitaire (INVS) :**

Créé par la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, l'INVS est un établissement public, placé sous la tutelle du ministre de la Santé, chargé d'effectuer la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, d'alerter les pouvoirs publics en cas de menace sur la santé publique et de mener toute action appropriée. Il a succédé au Réseau national de santé publique (RNSP).

### **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) :**

Institut de recherche et documentation en économie de la santé ) Remplace le CREDES à compter du 1er juin 2004.  
(cf CREDES)

### **Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie (MILT) :**

Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie

Créée par le décret N°99-808 du 15 septembre 1999, la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie anime et coordonne les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche, de l'information.

### **Mission régionale de santé (MRS) :**

Définie à l'article 67 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la mission régionale de santé, constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions.

Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique ;

3° Le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

4° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret. Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique. Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en œuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux. La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en œuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

### **Mutualité Sociale Agricole (MSA) :**

Elle gère le guichet unique de la protection sociale (santé, famille, vieillesse, accidents du travail) de l'ensemble de la profession agricole. Outre sa mission de protection sociale obligatoire, elle développe une offre globale de services de santé pour le monde rural (prévention, dépistage, accès aux soins, systèmes de télé assistance, maisons de retraite, réseaux de santé, établissements médico-sociaux de réadaptation et de postcure ...).

78 caisses locales (CMSA), 130 agences et des centres de proximité font de la MSA un acteur des territoires.

Tête de réseau, la caisse centrale de la MSA (CCMSA) représente la MSA auprès des pouvoirs publics et de ses partenaires.

### **Mutualisation :**

mise en commun des ressources en vue de réaliser des objectifs partagés et spécifiques, tels des plates formes d'information, des secrétariat communs...

### **Mutualité française (MF) :**

La Mutualité Française est le premier mouvement d'utilité sociale du pays dans les domaines de la santé et de la protection sociale. A ce titre, elle est force de proposition en matière de réforme du système de santé, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à des soins de qualité. Elle regroupe 95% de mutuelles santé affiliées au code de la mutualité qui protègent 38 millions de personnes en France. et représente 100 000 bénévoles, ainsi que 55 000 salariés. Elle constitue ainsi un poids économique important. Premier réseau sanitaire et social en France, les services mutualistes de soins et d'accompagnement (soins dentaires, optique, aides auditives, consultations médicales, hospitalisation, analyse), mais aussi services pour la famille, (les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées) sont ouverts à l'ensemble des assurés sociaux. La Fédération Nationale, représente les mutuelles et les unions qui la composent et défend leurs intérêts collectifs, moraux et matériels. Elle est en relation avec les pouvoirs publics et l'ensemble de ses parties prenantes, ainsi que les professionnels de santé. Elle contribue notamment à la cohésion et à la coordination des groupements adhérents et veille au respect de l'intérêt mutualiste.

### **Mutuelle :**

Société à but non lucratif régie par le code de la mutualité, dans laquelle les adhérents arrêtent directement, ou par l'intermédiaire de leur représentant élu, les statuts, le montant des cotisations ainsi que la nature et le montant des prestations qu'ils désirent recevoir

### **Oeuvres mutualistes :**

Réalisations sociales, sanitaires et médico-sociales créées par les mutuelles (centres de soins, maisons de retraite, hôpitaux de jour...)

### **Observatoire régional de la santé (ORS) :**

Association loi 1901 créée dans vingt-deux régions (dont quatre départements d'outre-mer), son but est de renseigner sur l'état de santé et les besoins de la population étudiée. L'observatoire fournit ainsi des outils d'aide à la décision.

### **Privé participant au service public hospitalier (PSPH) :**

Etablissement privé participant au service public hospitalier

Le service public hospitalier est assuré :

- Par les établissements publics de santé
- Par des établissements de santé privés à but non lucratif. Ceux-ci sont admis à leur demande à participer à l'exécution du service public hospitalier lorsqu'ils répondent à des conditions d'organisation et de fonctionnement leur permettant de satisfaire aux obligations législatives et réglementaires du service public hospitalier.

### **Réseaux « Soubie »( dispositif annulé) :**

Réseaux et filières de soins expérimentaux relevant du code de la sécurité sociale, créés par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 96 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. Les réseaux « Soubie » sont ouverts au champ ambulatoire car permettant des dérogations aux règles de prise en charge des assurés et de rémunération des professionnels de santé libéraux. Le décret n° 96-789 du 11 septembre 1996 définit la procédure d'agrément par les autorités de tutelle des filières et réseaux de soins expérimentaux et met en place la commission d'orientation des filières et réseaux (appelée en son temps « commission Soubie »), chargée de donner un avis sur les projets de création de ces réseaux. La Loi de financement de la sécurité sociale de 2002 a mis fin à la procédure d'agrément « Soubie ». La Loi de financement de la sécurité sociale de 2003 a prolongé d'un an la durée des réseaux « Soubie » fixée par l'agrément, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004.

### **Sécurité sociale :**

La Sécurité sociale a été créée par les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945. Le droit à la Sécurité sociale figure dans le préambule de la Constitution de 1946 et celle de 1958. Le terme de sécurité sociale recouvre l'ensemble des régimes légaux obligatoires de protection sociale, qui assurent à leurs bénéficiaires une protection pour la quasi-totalité des risques de la vie : maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, décès, veuvage, et charges familiales.

La sécurité sociale couvre aujourd'hui presque toute la population.

Cependant, sa généralisation s'est faite en juxtaposant de multiples régimes distincts, et non par la mise en place d'un régime unique, pourtant souhaité et annoncé en 1945.

Le système actuel de Sécurité Sociale est constitué de quatre grands pôles :

- **le régime général**, qui couvre les salariés de l'industrie, du commerce et des services, ainsi que certaines catégories de travailleurs assimilés à des salariés. Il est aujourd'hui la pièce maîtresse de la protection sociale en France puisqu'il protège plus de 80 % de la population française ;
- **le régime agricole** , qui couvre les exploitants et les salariés agricoles, géré par la Mutualité sociale agricole
- **le régime des travailleurs non salariés non agricoles**, qui couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales, et qui est géré par différents organismes, notamment la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
- **de nombreux autres régimes spéciaux** : régime des marins et inscrits maritimes (ENIM), des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaire, des ministres du culte, etc.

### **Service médical :**

Organisé et dirigé par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), le service médical est constitué en un service national unique, indépendant des Caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) et des Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Cette indépendance est destinée à garantir l'impartialité et l'équité des avis donnés. Les service médical comporte 3 niveaux d'intervention:

- Un niveau national : la direction du service médical (DSM)
- Un niveau régional: les 17 directions régionales du service médical (DRSM)
- Un niveau local : les 133 échelons locaux du service médical (ELSM)

### **Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) :**

Organisme introduit par la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie. L'UNCAM a pour mission de contractualiser avec les professions de santé et aussi de définir ce que la collectivité va décider de prendre en charge et du niveau de cette prise en charge (fixer les taux de remboursement et définir les actes et prestations admis au remboursement). L'UNCAM est formée des Caisses nationales des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM). Les instances dirigeantes sont constituées d'une part d'un Conseil issu des trois Caisses nationales et d'autre part, d'un Collège de directeurs associant le directeur général de la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés et les directeurs de la CCMSA et de la CANAM. Le directeur général de la CNAMTS est le directeur général ; il négocie et signe, sur mandat du Collège, les conventions avec les professionnels de santé.

### **Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) :**

Issues des ordonnances de 1996, et des décrets de 1997, les URCAM sont nées à partir de fin 1997. Il existe 22 URCAM.L'URCAM est composée des caisses d'assurance maladie du régime général, de la du régime agricole et de l'assurance maladie des travailleurs indépendants et dans certaines régions (Nord Pas de Calais et Lorraine) du régime des Mines, de la Mutualité. L'URCAM a pour principale mission d'élaborer et de mettre en œuvre, avec l'ensemble des organismes d'assurance maladie de la région et les services médicaux, une politique régionale de santé qui permette de garantir à tous un égal accès à des soins de qualité. En matière de réseaux de santé, chaque URCAM

gère conjointement avec l'ARH la DRDR. Elle dispose également du FAQSV qui peut servir à favoriser l'émergence de nouveaux réseaux.

**Union régionale médecins libéraux (URML) :**

Organismes de droit privé, ces Unions ont été créées par la loi du 4 janvier 1993. Elles sont nées de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant, géré par elle et destiné à rassembler tous les médecins libéraux conventionnés d'une même région. Elles ont pour vocation essentielle de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

## **2. Système de santé et offre de soins**

### **Besoins de santé :**

Les besoins de santé sont évalués différemment selon les regards et les champs d'intervention de chacun.

On peut dire qu'une définition correcte des besoins de santé est la résultante du croisement des demandes exprimées par les individus et de celle des professionnels. Ces derniers se basent sur la pratique, l'épidémiologie et la recherche, et les premiers sur le ressenti et l'expérience quotidienne.

### **Région sanitaire :**

circonscription d'action sanitaire support du schéma régional d'organisation sanitaire correspondant à une région administrative ; il existe 26 régions sanitaires en métropole et outre-mer.-/ inter région: cadre d'action sanitaire interrégional regroupant au moins deux régions sanitaires

### **Schéma gérontologique départemental :**

Arrêté conjointement par le représentant de l'Etat dans le département et le président du Conseil général, le schéma départemental gérontologique organise la politique de prise en charge des personnes âgées sur le territoire du département, à partir d'une évaluation des besoins et de l'évolution nécessaire de l'offre sociale et médico-sociale.

### **Soins à domicile :**

Sur prescription médicale peuvent être prescrits des soins médicaux et paramédicaux délivrés au domicile de la personne

### **Soins ambulatoires :**

Les soins ambulatoires recouvrent les soins susceptibles d'être délivrés aux personnes pouvant se déplacer, tels que les soins médicaux et paramédicaux sur prescription médicale, réalisés dans des lieux de consultation ou d'hospitalisation de jour.

### **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) :**

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire détermine la répartition équilibrée de l'offre sanitaire sur le territoire régional à partir d'une évaluation des besoins de santé de la population.

### **Schéma régional d'organisation sanitaire de 3<sup>ème</sup> génération (SROS III) :**

La circulaire du 5 mars 2004 relative aux SROS III initie un mouvement qui part des besoins plutôt que de l'offre sanitaire. Les ARH se voient ainsi proposer de réaliser, en collaboration avec les URCAM, des diagnostics des besoins de santé. Une fois le diagnostic établi, il faudra distinguer entre les activités qui peuvent être assurées en proximité et celles qui nécessitent des plateaux techniques et leurs équipes. Il est également demandé aux ARH d'identifier les territoires de santé qui doivent se substituer aux secteurs sanitaires. Une marge plus grande dans leur détermination doit permettre de mieux relier les acteurs. Le Projet médical de territoire, à travers la concertation de tous les acteurs sanitaires et médico-sociaux, doit mettre en évidence les besoins de coopération et de coordination des soins sur le territoire (élaboration pour mars 2006).

(cf. territoire de santé

**Territoire de santé :**

Cadre spatial de l'évaluation des besoins et de la planification sanitaire, le territoire de santé peut être régional, infra régional ou interrégional compte tenu des modes de recours aux soins, des problèmes de santé identifiés ou des activités concernées.

L'ordonnance de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations du 4 septembre 2004 remplace les " secteurs sanitaires " par les " territoires de santé " et les " conférences sanitaires de secteur " par les " conférences sanitaires ". L'objectif de cette mesure est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins .

Selon les activités, les territoires peuvent être différents. Ainsi, la cartographie de la médecine, de la chirurgie, de la psychiatrie ou des soins de suite peut être distincte. Sur chaque territoire et pour chaque activité, une graduation des soins doit être organisée, précisant les complémentarités et les coordinations à mettre en place. Cette graduation des soins permet d identifier différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu' au niveau inter régional.

(Cf. SROS)

### **3. Acteurs du réseau**

#### **Adhérent :**

personne qui, après avoir accepté les objectifs généraux du réseau, se déclare en accord avec ceux ci et y adhère ; Il paye ou non une cotisation. Au minimum il signe un engagement

#### **Agent à domicile :**

L'agent à domicile effectue une aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives simples essentiellement auprès de personnes en capacité d'exercer un contrôle et un suivi de celles-ci

- **Principales activités :** Réalise les travaux courants d'entretien de la maison.
- - Assiste la personne dans des démarches administratives simples

#### **Conditions particulières d'exercice de la fonction**

- - Ne peut intervenir habituellement et de façon continue chez des personnes dépendantes ni auprès de publics fragilisés
- - Exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique

#### **Conditions d'accès / compétences :**

- Test et entretien d'embauche- La maîtrise de l'emploi est accessible immédiatement avec les connaissances acquises au cours de la scolarité obligatoire et/ou une expérience personnelle de la vie quotidienne..

#### **Aidants informels :**

Cette notion recouvre tous les intervenants bénévoles qui aident de manière) irrégulière la personne malade et/ou sa famille (membre familial, voisin, ami)...leur action est précieuse : en complément des aidant professionnels et de l'aidant naturel, elle permet souvent le maintien à domicile.

#### **Aidants naturels :**

Les aidants naturels sont des membres de la famille, des personnes proches, des amis ou des voisins qui fournissent un soutien ou des soins à la personne malade ou dépendante.

Il existe 2 types d'aidant :

- aidant jeune(52 ans de moyenne) ce sont les enfants.
  - aidé très âgé (82 ans de moyenne).
- aidant/ aidé même âge : conjoint .
- Dans ce cas l'aidant est une épouse 2 fois sur 3. Le temps consacré par jour à l'aidé est de 6 heures en moyenne. Il retient donc sur le travail (aidant jeune) et la vie de famille.

Evaluation et gestion du "fardeau" des aidants naturels : Plusieurs initiatives ont été prises pour évaluer le "fardeau" des aidants naturels et leur apporter une aide spécifique, suivant en cela les exemples canadiens. Diverses échelles de mesure ont été constituées (Pines burnout scale, Cope Index, Zarit burden inventory) ou sont en voie de l'être. Elles peuvent être complétées par une évaluation des besoins des personnes proches. Les initiatives destinées à alléger le fardeau ou à venir en aide aux aidants naturels sont, quant à elles, de deux ordres :

- - d'ordre technologique : programmes multi-média de formation, d'information et de conseils, lignes d'appels spécifiques...
- - d'ordre institutionnel : groupes de support, services d'assistance et dispositifs de répit

### **Aide à domicile :**

L'aide à domicile a pour vocation de répondre aux besoins des familles, des personnes âgées, des personnes handicapées ayant perdu, temporairement ou définitivement, la possibilité de mener une vie quotidienne totalement autonome et dont la situation matérielle et/ou sociale nécessite plus ou moins régulièrement, l'intervention d'une aide extérieure. Pour cela les structures associatives qui la composent offrent aux intéressés des prestations adaptées à leurs besoins :

- Aide ;
- Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne et soins auprès de personnes âgées et/ou handicapées ;
  - Aide aux familles en termes d'éducation et de suivi scolaire ;
- Soins aux personnes âgées et/ou handicapées. Les services d'aide à domicile sont régis comme les autres établissements sociaux par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Il existe des fédérations nationales d'aide à domicile. Le domaine de l'aide à domicile devient accessible au secteur privé, cf. plan Borloo

### **Aide ménagère :**

terme générique désignant **un salarié** intervenant au domicile des personnes dépendantes dans le but de leur apporter une aide dans les tâches quotidiennes ayant trait à la vie domestique. L'aide ménagère assure au domicile des personnes ou à partir de domicile, des prestations de services ménagers pour les activités ordinaires de la vie.

### **Association de patients ou d'usagers :**

Rassemblement de personnes ayant en commun une problématique commune. Rassemblement de personnes se reconnaissant comme utilisatrices du système de soin et désirant le faire de manière active et avec des buts communs

### **Associé :**

personne qui partage ou est unie par des intérêts communs à une autre.(associés d'un centre de soins)/ personne participant aux travaux du réseau ou à une partie de ceux ci sans être adhérent au réseau

### **Auxiliaire de vie sociale :**

Finalité :

- Effectue un accompagnement social et un soutien auprès des publics fragiles, dans leur vie quotidienne.
  - Aide à faire (stimule, accompagne, soulage, apprend à faire) et/ou fait à la place d'une personne qui est dans l'incapacité de faire seule les actes ordinaires de la vie courante.  
Principales activités :
  - Accompagne et aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne ( aide à la mobilité, aide à la toilette, aide à l'alimentation...)
  - Accompagne et aide les personnes dans les activités ordinaires de la vie quotidienne (aide à la réalisation des courses, aide aux repas, travaux ménagers- Accompagne et aide les personnes dans les activités de la vie sociale et relationnelle (stimule les relations sociales, accompagne dans les activités de loisirs...)
  - Participe à l'évaluation de la situation et adapte son intervention en conséquence- Coordonne son action avec l'ensemble des autres acteurs
- Conditions particulières d'exercice de la fonction :
- Exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique
- Conditions d'accès / Compétences : -

Diplôme d'Etat d'auxiliaire de vie sociale ou du CAFAD (certificat d'aptitude à la fonction d'aide à domicile) - BEP sanitaire et social mention aide à domicile à condition d'en avoir obtenu l'équivalence au diplôme d'auxiliaire de vie sociale (AVS)

### **Centre communal d'action sociale- CCAS :**

le CCAS a une mission générale de développement social et de prévention sur le territoire communal ou intercommunal. Etablissement public communal ou intercommunal, il instruit les demandes d'aide sociale, gère et distribue des prestations de nature sociale. Il peut créer des services et structures médico-sociales, notamment des établissements d'accueil pour personnes âgées, ainsi que des services permettant le maintien à domicile (services de soins, aides ménagères, auxiliaires de vie sociale...). Il peut également gérer, ou participer à la gestion des comités locaux d'information et de coordination pour les personnes âgées (CLIC)

### **Centre de dépistage :**

lieu dans lequel sont pratiqués divers examens cliniques ou complémentaires destinés à dépister un ou plusieurs troubles pouvant influencer sur la santé de la personne (ex centre de dépistage de la sécurité sociale)

### **Centre de lutte contre le cancer (CLCC) :**

Les centres de lutte contre le cancer assument dans un ressort géographique déterminé une mission de service public. Ils sont autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation . Ces établissements ont pour objet - le dépistage , l'examen, l'hospitalisation et le traitement des malades ;

- la surveillance prolongée des résultats thérapeutiques , l'établissement et la tenue à jour des dossiers médicaux, l'organisation d'une action médico-sociale ;
- les recherches sur l'étiologie, la prophylaxie et la thérapeutique du cancer
- - la délivrance de soins palliatifs aux patients dont l'état le requiert.

Chaque centre doit comprendre au moins un service de chirurgie et un service de radiothérapie oncologique dirigés chacun par un spécialiste. Un médecin spécialiste en cancérologie, un oto-rhino-laryngologiste et un anatomo-cyto-pathologiste doivent être attachés au centre. Les centres de lutte contre le cancer passent des conventions avec les autres établissements de santé qui doivent fixer le nombre et l'emplacement des lits mis en permanence à leur disposition en vue de l'hospitalisation des malades pendant et après leur traitement curatif. Ces conventions doivent préciser la répartition des locaux et prévoir toutes les mesures utiles pour faciliter aux services du centre soit le traitement curatif soit le traitement palliatif. Les centres de lutte contre le cancer sont des personnes morales de droit privé.

### **Centre de santé :**

Les centres de santé à but non lucratif, ont pour mission d'assurer des activités de soins sans hébergement et de participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Ils peuvent être créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales. Leur fonctionnement est soumis à un agrément du préfet de région qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux au sens de l'article L. 162-21 du Code de la Sécurité Sociale. L'activité des centres de santé est diversifiée Ces centres sont de véritables structures intégrées mettant à disposition des malades, dans un local unique, de nombreux services médicaux et paramédicaux, ainsi que des service de diagnostic (radio, laboratoire d'analyses médicales, etc...) Les professionnels exerçant au sein des centres de santé sont salariés. L'exercice libéral étant antinomique Il s'agit d'un groupement de

professionnels du soin et / ou de la santé exerçant dans une communauté de lieu, avec une administration commune. Un dossier médical commun et une coordination des soins y est habituelle (voire une coordination médico sociale dans certains cas)

### **Centres d'action médico-sociale précoce ( CAMSP ) :**

Les CAMSP ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premier et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées. Ces centres exercent aussi soit au cours des consultations, soit à domicile, une guidance des familles dans les soins et l'éducation spécialisée requis par l'état de l'enfant. Le dépistage et les traitements sont effectués et la rééducation mise en œuvre, sans hospitalisation, par une équipe composée de médecins spécialisés, de rééducateurs, d'auxiliaires médicaux, de psychologues, de personnel d'éducation précoce, d'assistants sociaux et, au tant que de besoin, d'autres techniciens. Les actions préventives spécialisées sont assurées par des équipes itinérantes, unies ou pluridisciplinaires, dans les consultations spécialisées et les établissements de protection infantile ainsi que le cas échéant, dans les établissements d'éducation préscolaire. Les centres d'action médico-sociale précoce peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de protection maternelle et infantile, d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'un centre médico-psycho-pédagogique ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux. Ces centres peuvent être spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées. Le bilan et les examens complémentaires éventuellement nécessaires à l'établissement du diagnostic, à la surveillance ou à la mise à jour des traitements peuvent être effectués par les services hospitaliers généraux ou spécialisés avec lesquels des conventions devront être passées.

### **Centre hospitalier public (CH):**

Un centre hospitalier public est un établissement de santé public a pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant pendant leur phase aigüe en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ou psychiatrie
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion
- des soins de longue durée, comportant un hébergement, à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie, dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien

### **Centre hospitalier régional.(CHR):**

Etablissement public de santé, le CHR est un centre hospitalier public disposant du fait de ses compétences diagnostiques et thérapeutiques une vocation régionale. La liste nationale des CHR est fixé par arrêté du ministre en charge de la santé

**Centre hospitalier et universitaire (CHU): Un CHU est un centre hospitalier régional où sont** organisés des enseignements publics médical et pharmaceutique et post universitaire ainsi que la recherche médicale et pharmaceutique. Dans les villes sièges d'unité de formation et de recherche de médecine et de pharmacie, les universités, pour ce qui concene ces unités et les centres hospitaliers régionaux organisent l'ensemble de leur service en centre hospitalier et universitaires. Les législations et réglementations universitaires et hospitalières restent respectivement applicables à ces centres, chacune dans son domaine propre. Dans le rsort d'une même académie, deux ou

plusieurs centres hospitaliers régionaux ont la possibilité de passer convention avec la ou les universités de cette académie, pour la constitution d'un centre hospitalier et universitaire unique.

### **Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) :**

Initialement créée pour suivre la mise en œuvre de la réforme hospitalière de 1996, cette association qui a pour but de promouvoir la démocratie sanitaire et le droit des usagers, constitue plus largement aujourd'hui une force de proposition en matière sanitaire et sociale.

Le CISS regroupe une trentaine d'associations d'usagers de santé.

### **CMSA :**

Les caisses de MSA sont le guichet unique de la protection sociale de la population agricole au niveau départemental. Elles encaissent les cotisations et versent les prestations pour toutes les branches de la protection sociale agricole (santé, famille, vieillesse, accidents du travail). Elles sont susceptibles, en outre, d'être caisse pivot pour le versement de la dotation régionale de développement des réseaux (versement des budgets de fonctionnement et paiement des prestations dérogatoires).

### **Comité Local d'Information et de Coordination (CLIC) :**

Le CLIC est un guichet d'accueil de proximité, d'information, de conseil et d'orientation destiné aux personnes âgées et à leur entourage. Il rassemble toutes les informations susceptibles d'aider les personnes âgées dans leur vie quotidienne. Il répond à une triple logique : 1. logique de proximité, 2. logique d'accès facilité aux droits, 3. logique de réseau. Il évalue les besoins des personnes, élabore avec elles un plan d'aide individualisé, coordonne la mise en œuvre du plan d'aide par une mise en réseau des professionnels de santé, d'accompagnement à domicile, de l'habitat et les acteurs locaux. Il initie et développe dans le cadre de son réseau les actions de prévention du vieillissement, de soutien aux aidants naturels, de formation qui contribuent à la qualité de la vie à domicile des personnes âgées. Il existe 3 niveaux de label :

- **niveau 1** : il correspond aux missions d'accueil, d'écoute, d'information et de soutien aux familles. Il suppose un local de permanence, un standard téléphonique, une base de données, des actions de formation/information. Il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention.
- **niveau 2** : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il propose une palette de services partielle, comme des groupes de paroles, et le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique.
- **niveau 3** : il prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre du plan d'aide et de suivi. Il aide à la constitution des dossiers de prise en charge. Il permet d'actionner les services de soins infirmiers à domicile, les services d'aide à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile ... Le partenariat avec les établissements sanitaires et médico-sociaux est formalisé par convention. La palette des services est alors complète et le suivi organisé.

La lettre DGAS/DHOS/2C/O3/2004/452 du 16 septembre 2004 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et aux réseaux de santé gérontologiques encourage la complémentarité entre les CLIC et les réseaux de santé

### **Commission Médicale d'Etablissement et Conférence Médicale d'Etablissement**

(cf. Hôpital 2007 et réforme de la gouvernance à l'hôpital) :

Instance essentielle de la gestion interne d'un établissement de santé, la Commission Médicale d'Etablissement assure la participation des personnels médicaux à la vie de l'établissement de santé public et privé participant au service public hospitalier. La CME a un rôle essentiellement consultatif.

1. L'article L. 6144-1 du Code de la Santé Publique définit les missions des CME d'établissements de santé publics. Ainsi il est prévu que la CME intervient en matière : d'élaboration et d'organisation de la politique de soins puisqu'elle prépare avec le Directeur le projet médical d'établissement, les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement ainsi que la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité et émet un avis sur les actions de coopération et la constitution d'un réseau de santé

2. d'organisation de la continuité des soins puisque la CME émet des avis sur l'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement (par exemple, sur les horaires des services médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement)

3. de formation puisque l'avis de la CME est sollicité sur les plans de formation et notamment sur les actions de formation concernant plus particulièrement les assistants, les attachés, les praticiens contractuels et les personnels paramédicaux.

4. d'élaboration de la politique générale des établissements publics de santé puisque la CME est consulté sur le projet d'établissement, les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, le projet de budget, les comptes de l'établissement, les actions de coopération et la constitution d'un réseau de santé, le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, le projet de soins infirmiers ...

Les missions des CME d'établissements de santé privés participant au service public hospitalier ne sont pas définies par les textes législatifs et réglementaires.

Dans les établissements de santé privés non PSPH on parle de Conférence Médicale d'Etablissement. Il n'existe que peu de textes pour réglementer cette instance (cf. circulaire du 11 mars 1993 relative à la mise en place de la Conférence Médicale des établissements de santé privés non PSPH), le législateur ayant voulu laisser aux praticiens exerçant dans ces établissements le soin de définir librement les conditions de création et d'organisation des Conférences ainsi que la nature des relations entre les Conférences et les établissements.

### **Employé à domicile :**

Finalité :

- Réalise et aide à l'accomplissement des activités domestiques et administratives essentiellement auprès de personnes ne pouvant plus faire en totale autonomie et/ ou rencontrant des difficultés passagères.

- Assiste et soulage les personnes qui ne peuvent faire seules les actes ordinaires de la vie courante.

Principales activités : - Aide les personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne- Aide les personnes dans les activités de la vie quotidienne

Conditions particulières d'exercice de la fonction :

- Exerce sous la responsabilité d'un supérieur hiérarchique

Conditions d'accès / Compétences :

- En cours d'accès au diplôme d'état de Technicien de l'Intervention Sociale et familiale par formation et validation des acquis de l'expérience dans les conditions qui seront définies par voie réglementaire.

- - En cours d'accès au diplôme d'Auxiliaire de Vie Sociale soit par la formation soit par la VAE, Ou titulaire d'un des diplômes certificats ou titres suivants : BEP :carrière sanitaire et sociale BEPA option services, spécialité services aux personnes BEPA option économie familiale et rurale CAP agricole, option économie familiale et rurale CAP agricole et para agricole employé d'entreprise agricole, option employé familial CAP petite enfance CAP employé technique de collectivités

Titre assistant de vie du Ministère du travail Titre employé familial polyvalent sous réserve de l'homologation du ministère Brevet d'aptitudes professionnelles assistant animateur technique La classification dans cette catégorie requiert une maîtrise des outils et techniques de base nécessaires à l'emploi.

### **Enseignements de l'expérimentation « réseau gérontologique » menée par la MSA :**

L'expérimentation a démontré le rôle primordial de la famille dans le maintien à domicile des personnes âgées. La présence d'aidants naturels a même été considérée comme une condition indispensable au maintien à domicile. Souhaité par les personnes âgées et leurs proches, le maintien à domicile entraîne néanmoins des charges supplémentaires pour ces derniers, sources de fatigue et d'épuisement<sup>1</sup>. 49 % des proches interrogés dans le cadre de l'expérimentation ont consacré en moyenne plus de trois heures par jour pour aider la personne âgée dans les activités de la vie quotidienne. Parmi cette proportion d'aidants fortement impliqués, plus du tiers, déclarent s'occuper de la personne âgée de manière permanente. Au terme de l'expérimentation, il est apparu nécessaire d'organiser à l'avenir des séjours de répit, pour les vacances ou durant toute période justifiant un placement provisoire de la personne âgée en établissement. Ce dispositif doit être mis en place avec l'accord des personnes et en partenariat avec les établissements (établissements de santé et maisons de retraite). Des personnes ont également fait état d'un besoin de soutien la nuit et d'une aide psychologique. Est de plus envisagée une formation des aidants, fondée sur le volontariat et qui serait dispensée par l'équipe du réseau. Une formation spécifique des professionnels aux relations avec les aidants naturels pourrait aussi utilement contribuer à améliorer le dispositif. L'ensemble de ces actions pourra s'inspirer de l'expérimentation menée en direction des aidants, par la CCMSA, depuis 1994, sur 13 territoires en partenariat avec Familles Rurales.

A la suite de cette expérimentation, trois axes de travail ont été dégagés :

- prévenir l'épuisement des aidants naturels,
- organiser des dispositifs de répit,
- améliorer l'articulation des interventions des aidants naturels et professionnels par des formations spécifiques.

Cette triple approche a, en effet, l'intérêt de considérer les besoins des aidants naturels à différents stades : en amont, en aval et au cours de leur intervention.

### **Etablissement de santé :**

le système hospitalier français se compose d'établissements de santé publics et d'établissements de santé privés. On distingue les établissements de santé publics rattachés à une collectivité locale, les établissements de santé privés à but lucratif et les établissements de santé privés à but non lucratif. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a amené une nouvelle distinction par la notion de service public : les établissements publics de santé, les établissements de santé privés (à but non lucratif) admis à participer au service public hospitalier et les établissements de santé privés autres que ceux qui assurent le service public hospitalier (à but lucratif et à but non lucratif). Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du

<sup>1</sup> L'intervention de professionnels de santé peut, dans certains cas, conduire à un désengagement des proches. Cependant un tel désengagement n'a été constaté au cours de l'expérimentation que dans des cas très limités.

patient.

Les établissements de santé ont pour objet de dispenser, avec ou sans hébergement :

- des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et psychiatrie
- des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus dans un but de réinsertion
- des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Les établissements de santé participent à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et de prévention. Ils participent à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire et organisent en leur sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes.

Ils mènent en leur sein une réflexion sur les questions éthiques posées par l'accueil et la prise en charge médicale.

Les établissements de santé sont les centres hospitaliers publics, les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers régionaux et universitaires et les hôpitaux locaux. (voir les définitions de ces différentes structures).

Les établissements de santé privés sont les établissements à but lucratif ou non lucratifs (associations, fondations) . Ces derniers peuvent être admis à participer au service public hospitalier.

cf; centre hospitalier public, centre hospitalier régional, centre hospitalier régional et universitaire et hôpital local.

### **Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ( E.H.P.A.D.) :**

Une maison de retraite, un service de soin de longue durée, un logement foyer... quelle que soit sa nature juridique devient EHPAD après signature d'une convention tripartite pluriannuelle Etat/ Conseil général/personne morale support juridique de l'établissement accueillant des personnes âgées .. Cette appellation ne change pas le statut juridique de l'établissement mais l'autorise à accueillir des personnes âgées dépendantes (décret du 26 avril 1999 opérant réforme de la tarification).

C'est une obligation pour tous les établissements de plus de 25 places et dont le niveau de dépendance des résidents - est supérieur à 300. Les EHPAD sont tous des établissements médicalisés.

La tarification des établissements s'effectue en fonction de l'état de dépendance des personnes âgées et non plus du statut juridique de l'établissement d'accueil (unité de soins de longue durée, maison de retraite, unité géro-psi-chiatrique). L'hébergement est à la charge du résident (aide sociale si ressources insuffisantes), la dépendance est prise en charge par le Département au travers de l'allocation personnalisée d'autonomie et les soins par l'assurance maladie (dotation globale de soins)

### **Hopital Local :**

L'hôpital local est un établissement de santé public à part entière en application de l'article L.6141-2 du Code de la Santé Publique. Il constitue un premier niveau de prise en charge. A ce titre il dispense des soins à une population vivant à domicile, dans une zone géographique de proximité, grâce aux services de médecine, de soins de suite et de réadaptation et aux services d'hospitalisation, de soins, d'aide ou de soutien à domicile (HAD, SSIAD ...). Il accueille également dans des services adaptés (constituant un lieu de vie) une population âgée dépendante ou en perte d'autonomie, nécessitant un accompagnement et des soins de qualité. Son fonctionnement

médical repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue ainsi un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Ses missions sont définies par la circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE n° 2003/257 du 28 mai 2003.

### **Hospitalisation A Domicile (HAD) :**

L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible.

Ces malades nécessitent des soins complexes, formalisés dans un projet thérapeutique clinique et psychosocial, c'est à dire à la fois :

1. une coordination des soins (décret du 2 octobre 1992 codifié article R. 712-2-1 du code de la santé publique) ;
2. 2. une évaluation médicale au moins hebdomadaire qui conditionne la fréquence de la surveillance médicale en fonction de l'état clinique du patient ; 3. des soins infirmiers, quasi-quotidiens, de la compétence exclusive de l'infirmier, ou des soins infirmiers moins fréquents, avec des interventions de kinésithérapie, quasi-quotidiens, auxquels peuvent s'ajouter, le cas échéant des soins dispensés par un aide-soignant, des soins d'orthophonie, des conseils de diététique, une prise en charge psychologique, des prestations d'ergothérapie, une prise en charge sociale. La prise en charge en HAD permet de délivrer des soins ponctuels, continus ou de réadaptation à des patients qui le souhaitent, admis sur la base de critères et de modes définis au niveau national. Une HAD peut participer à un réseau. Deux décrets d'application de la loi hospitalière du 31 juillet 1991, du 2 octobre 1992, donnent une définition précise de l'HAD et la reconnaissent en tant qu'alternative à l'hospitalisation aux côtés des structures d'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit et des structures pratiquant l'anesthésie et la chirurgie ambulatoires. La circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins n°44 du 4 février 2004 relative à l'HAD rappelle et actualise les modalités de cette prise en charge.

### **Intervenants professionnels :**

On entend par intervenants professionnels l'ensemble des professionnels intervenant auprès de la personne, y compris les soignants:

- médecins généralistes qui peuvent s'appuyer sur des médecins gériatres, des neurologues, des psychiatres pour poser un diagnostic et proposer un projet de soins.
- Infirmières
- aides-soignantes: professionnels diplômés exerçant leur activité sous la responsabilité de l'infirmière
- masseurs kinésithérapeutes- ergothérapeutes qui contribuent, en utilisant des techniques de réapprentissage des gestes de la vie quotidienne, ou en conseillant des appareils et accessoires adaptés aux handicaps, à permettre aux personnes de retrouver ou de maintenir leur autonomie de vie.
- orthophonistes pour le soin ou la prévention des anomalies du langage parlé ou écrit-travailleurs sociaux (éducateur, assistantes sociales)
- assistants de vie qui assurent auprès des personnes âgées dépendantes les tâches de la vie quotidienne leur permettant de vivre à domicile
- gardes malades de jour /nuit susceptibles d'intervenir à tout moment sans faire de soins- aides à domicile
- auxiliaires de la vie sociale titulaires du diplôme d'Etat d'auxiliaire de la vie sociale (DEAVS)

**Membre :**

participant du réseau en ayant accepté les principes, y ayant adhéré.(cf. adhérent)

**Partenaire :**

individu , institution ou groupement qui s'associe à une ou plusieurs actions menées par le réseau sans en être adhérent

**Président et directeur :**

Organisés la plupart du temps sous forme associative, les réseaux sont donc dirigés par un président , soutenu par les membres du bureau de l'association ; Celle ci peut s'adjoindre un directeur, responsable de la gestion journalière de l'association en particulier sur le plan administratif, mais aussi prenant en charge les orientations à donner aux salariés. Il reste toujours sous l'autorité du président élu ( voir également coordinateur)

**Promoteur :**

Personne qui donne "l'impulsion" nécessaire à la création du réseau. A l'initiative de sa mise en place, il peut être professionnel de santé, ou non

**Protection maternelle et infantile (PMI):**

placés, depuis le 1/1/1984 sous l'autorité de l'exécutif départemental, les services de PMI concourent à la promotion de la santé familiale en collaboration notamment avec le service départemental d'action sociale.

Les centres de PMI de circonscription comportent :

- des consultations prénuptiales, pré (7 examens obligatoires) et postnatales (9 examens au cours de la première année de vie, 3 examens au cours de la seconde année puis un examen semestriel au cours des années suivantes),
- des consultations et actions de prévention en faveur des enfants de moins de 6 ans,
- des activités de planification ou d'éducation familiale,
- des actions de formation des assistantes maternelles.

Le service de PMI est chargé du contrôle des établissements accueillant des enfants.

Une action préventive est menée auprès des enfants scolarisés dans les écoles maternelles :

- bilan de santé de 3 ou 4 ans,
- 1<sup>er</sup> bilan de santé scolaire au cours de la 6<sup>ème</sup> année. Ces bilans ont pour objectif de réaliser une action préventive approfondie axée sur :
- le dépistage précoce des handicaps ou plus généralement des problèmes de santé à un âge clé du développement de l'enfant et à un moment où des interventions efficaces sont possibles pour empêcher ou limiter les retentissements de ces problèmes sur la vie scolaire ultérieure,
- l'éducation pour la santé,
- l'évaluation de l'état de santé des enfants de cet âge dans un secteur, une circonscription, un département.

**SSIAD (Services de Soins Infirmiers à Domicile (pour personnes âgées et handicapées) :**

Les SSIAD sont des structures dont la vocation est de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées et d'éviter leur hospitalisation. Ses conditions de fonctionnement viennent d'être récemment réformées par le décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques

d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Ce texte très attendu a étendu le champ d'action des SSIAD à la prise en charge des personnes handicapées. Au-delà de la prise en charge de personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes, les SSIAD s'ouvrent aux personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap ainsi qu'aux personnes adultes de moins de soixante ans qui sont,

- soit atteintes de pathologies chroniques et prises en charge traditionnellement par des Foyers d'Accueil Médicalisé, Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés, Maisons d'Accueil Spécialisé ou Foyers Occupationnels,
- soit atteintes d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapie particulièrement coûteuse (liste des 30 Affections de Longue Durée).

Les SSIAD sont financés par l'Assurance maladie par le biais d'un Forfait global annuel Personnels d'intervention du SSIAD

- Des infirmiers
  - Des aides soignants- Des aides médico- psychologiques
  - Des pédicures podologues- Des ergothérapeutes- Des psychologues
- Personnel d'encadrement :  
Un infirmier coordonnateur salarié.

Le SSIAD ne peut fonctionner sans la présence de ce coordinateur. Ses fonctions :

- Coordination et fonctionnement interne du service
- Administration et gestion du service
- Si besoin des activités de soins auprès des usagers du service
- Participation du service aux activités du centre local d'information et de coordination (CLIC)
- Coordination du service avec les établissements et services sociaux et médico-sociaux, les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux concernés, notamment en participant aux formules de coopération sociales et médico-sociales, aux formules de coopération sanitaires et aux réseaux de soins. Etablir le rapport d'activité du service selon les modalités fixées par arrêté ministériel

### **Structure médico sociale :**

Cette expression s'entend de tout établissement ou service expressément visé par le code de l'action sociale (article L.312-1) poursuivant un but d'action sociale et médico-sociale. Le code parle plutôt d'"institutions sociales et médico-sociales" et précise qu'il s'agit des personnes morales de droit public ou privé gestionnaires d'une manière permanente des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1. Aux termes de l'article L.311-1 CASF, l'action sociale et médico-sociale comprend les missions suivantes :

1° Evaluation et prévention des risques sociaux et médico-sociaux, information, investigation, conseil, orientation, formation, médiation et réparation ;

2° Protection administrative ou judiciaire de l'enfance et de la famille, de la jeunesse, des personnes handicapées, des personnes âgées ou en difficulté

3° Actions éducatives, médico-éducatives, médicales, thérapeutiques, pédagogiques et de formation adaptées aux besoins de la personne, à son niveau de développement, à ses potentialités, à l'évolution de son état ainsi qu'à son âge ;

4° Actions d'intégration scolaire, d'adaptation, de réadaptation, d'insertion, de réinsertion sociales et professionnelles, d'aide à la vie active, d'information et de conseil sur les aides techniques ainsi que d'aide au travail ;

5° Actions d'assistance dans les divers actes de la vie, de soutien, de soins et d'accompagnement, y compris à titre palliatif ;

6° Actions contribuant au développement social et culturel, et à l'insertion par l'activité économique.

Ces missions sont accomplies par des personnes physiques ou des institutions sociales et médico-sociales.

### **Structures juridiques "support" d'un réseau de santé :**

(cf. fiches du groupe de travail "veille et questions juridiques")

- 1) l'association : L'association est la convention par laquelle deux ou plusieurs personnes mettent en commun, d'une façon permanente, leurs connaissances ou leur activité dans un but autre que de partager des bénéfices (loi 1901).
- 2) le groupement d'intérêt économique (GIE) : "Deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer pour une durée déterminée un GIE en vue de mettre en œuvre tous les moyens propres à faciliter ou à développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité" (ordonnance du 23 septembre 1967)
- 3) le groupement de coopération sanitaire( GCS) :: un groupement de coopération sanitaire a pour objet e faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres.

A cet effet, il peut:

- permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement ;
- - réaliser ou gérer pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques , tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur et détenir à ce titre des équipements matériels lourds et d'activités de soins. (article L.6133-1 CSP - ordonnance n°2003- 850du 4 septembre 2003)
- 4) Le groupement d'intérêt public (GIP) : Le groupement d'intérêt public a pour objet de permettre à ses membres d'exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités dans le domaine de l'action sanitaire et sociale et notamment des actions de formation ainsi que pour créer ou gérer ensemble des équipements ou des services d'intérêt commun nécessaires à ces activités (décret 88-1034 du 7 novembre 1988)

### **Technicien(ne) de l'intervention sociale et familiale (TISF) :**

La TISF intervient auprès de publics fragilisés (famille, enfant, personne âgée ou handicapée)en apportant un soutien éducatif, technique et psychologique dans les actes de la vie quotidienne et dans l'éducation des enfants.

Dans ce cadre, elle est chargée:

- d' effectuer une intervention sociale préventive et réparatrice à travers des activités d'aide à la vie quotidienne et à l'éducation des enfants
- d 'accompagne la famille afin qu'elle retrouve son autonomie et que des interventions plus lourdes voire des placements en institution soient évités.
- de favorise l'insertion des personnes et le maintien dans leur environnement. - de soutenir la fonction parentale

#### **Ses Principales activités :**

- Accompagne et motive la personne pour la réalisation de ces activités dans son cadre de vie.Assure l'accompagnement des personnes soit par un accompagnement individuel, soit dans le cadre d'actions collectives. - Veille à informer les personnes pour l'accès aux droits.
- - Assure le relais entre individus, collectivités et structures instituées.
- Contribue à l'aménagement du logement et participe concrètement aux activités domestiques de la vie quotidienne.

#### **Conditions particulières d'exercice de la fonction :**

- Travail au sein d'une équipe et sous la responsabilité d'un responsable de secteur

#### **Conditions d'accès / Compétences**

- Titulaire du diplôme de TISF ( Décret N°99-779 du 9 septembre 1999) ou du certificat de Travailleuse Familiale.

- Les compétences nécessaires acquises par la formation initiale, la formation ou l'expérience professionnelle, allient connaissance et expérience de la fonction.

## **4. Vie du réseau**

### **Autorisation :**

Procédure qui permet de reconnaître le droit d'exercice de certaines activités médicales et chirurgicales ou de disposer de certains équipements. Les autorisations sont délivrées soit par l'agence régionale de l'hospitalisation pour les activités et les équipements relevant de sa compétence soit par le ministre de la santé pour celles qui relèvent d'une décision nationale. Le régime des autorisations a été profondément modifié par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

### **Bilan d'entrée :**

Ensemble des éléments cliniques et paracliniques concernant l'état du patient à son entrée dans un réseau. Outre le bilan purement clinique il est possible d'associer un bilan social (conditions de vie et de travail)

Ces éléments sont généralement synthétisés dans le dossier médical du réseau.

### **Bilan de sortie :**

Ensemble des éléments cliniques et paracliniques concernant l'état du patient à sa sortie du réseau . Ces éléments sont généralement synthétisés dans le dossier médical du réseau.

### **Cahier de charges type ou dossier promoteur type:**

Document qui permet d'aider à la rédaction d'une demande de financement et qui sert à l'instruction du dossier. Dans le cadre de la dotation régionale de développement des réseaux, le cahier des charges types a été défini par le décret n°2002 -1463 du 17 décembre 2002 comprend les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5 (informations de l'usager, charte du réseau, convention constitutive) ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

### **Charte d'adhésion des professionnels :**

Une charte, dite "charte du réseau, définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques.

En outre, elle précise :

1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;

3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;

“ 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs. Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte. Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le

cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation. Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

### **Continuité des soins :**

La continuité des soins consiste à éviter toute rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre praticiens (hospitaliers, médecins généralistes ou spécialistes, paramédicaux). C'est un critère essentiel de qualité des soins.

### **Continuité :**

Mise en place de système permettant d'éviter toute interruption de suivi. Dans le domaine de la santé il s'agit du suivi de la personne ou du patient

### **Convention constitutive d'un réseau de santé :**

Document qui fédère les membres du réseau et qui précise selon l'Art. D 766-1-5 :

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

Ce document est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.

### **Convention :**

Engagement réciproque formalisé entre des individus , des groupes sociaux ou des institutions en vue de la réalisation d'un ou plusieurs objectifs spécifiques. La participation de chaque personne physique ou morale engagée dans cet accord cet accord est matérialisé par une signature.

### **Coordinateur :**

personne chargée de la mise en lien des divers acteurs du réseau. Il veille à la qualité globale et au respect des principes définis dans la charte du réseau. Il en assure le meilleur fonctionnement possible en rassemblant , synchronisant et dynamisant les diverses tâches des acteurs du réseau. Il est important de distinguer deux aspects différents du rôle de coordinateur (qui peuvent être assurés par

la même personne) : - Concernant le suivi des patients, une fonction de coordination des professionnels dans leur pratique et de médiation entre les équipes soignantes et le patient et/ou son entourage. - Sur un plan administratif, un rôle de gestionnaire et d'animateur, assurant les relations du réseau avec les établissements de santé et les institutions interlocutrices. Une formation a été développée à ce sujet par plusieurs universités."

### **Coordination du réseau :**

assurée par un coordinateur , ou par une cellule de coordination comprenant plusieurs membres dont un responsable. Il s'agit de la mise en lien, en cohérence et de la synchronisation des actions et programmes mis en place La coordination constitue le fondement essentiel du réseau : elle est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle peut être aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau. Cette coordination de nature médico administrative peut être assurée par les mêmes personnes, tout en sachant que le coordinateur sera le plus souvent salarié et le président élu par le bureau.

**Cf coordinateur**

### **Education du patient (Education thérapeutique du patient) :**

Un processus continu d'apprentissage, intégré à la démarche de soins. L'éducation du patient est centrée sur le patient et comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements prescrits, les soins à l'hôpital ou dans d'autres lieux de soins, et des informations sur l'organisation des soins et sur les comportements liés à la santé et à la maladie. L'éducation du patient est destinée à aider les patients et leur famille à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer avec les soignants, à vivre sainement et à maintenir ou améliorer leur qualité de vie.

### **Education pour la santé :**

forme d'actions le plus souvent sous forme de communication, destinée à améliorer les attitudes favorisant le maintien en bonne santé. Ce mode d'intervention informe sur les comportements à risque et l'influence des déterminants de santé.

### **Education sanitaire :**

informations délivrées aux personnes par des professionnels et qui visent à modifier les comportements en tenant compte des connaissances techniques de la médecine.

### **Formation au travail en réseau :**

Enseignement délivré le plus souvent par des professionnels exerçant en réseau afin de préparer à l'intégration de ce type de structure en tant que coordonnateur ou que participant au réseau Un autre type de formation est nécessaire à l'intérieur même du réseau Il s'agit d'une confrontation des pratiques de terrain de chaque type de participants afin de croiser (et donc d'améliorer l'efficacité de chacun) les difficultés, savoir faire et compétences des uns et des autres.

### **Formation continue :**

enseignement ou échange de pratiques destiné à améliorer la pratique de professionnel en cours d'exercice

### **Globalité de la prise en charge médicale :**

permet de tenir compte du maximum de paramètres influant sur la maladie, de son apparition à son suivi, voire d'agir sur les facteurs risquant d'aboutir à celle-ci. Dans ce texte de cancérologie la notion de prise en charge globale est précisée mais peut être étendue à d'autres pathologies.

La particularité de la prise en charge du cancer est l'intégration de plusieurs disciplines médicales (pluridisciplinarité) dans une chaîne thérapeutique qui dure plusieurs mois : améliorer la prise en charge, c'est agir sur plusieurs disciplines, le plus souvent dans plusieurs structures de soins à l'hôpital, comme en ville pour garantir la qualité d'un "parcours" thérapeutique qui doit intégrer autour de la personne soignée plusieurs acteurs réalisant des traitements dits spécifiques et d'autres dits complémentaires (prise en charge globale). Cette spécificité impose une modalité d'action originale et globale pour garantir une équité de prise en charge aux patients partout sur le territoire national qui devra intégrer aussi bien une architecture cohérente, une coordination renforcée et des actions concrètes sur les maillons essentiels de notre système de soins.

### **Globalité de la prise en charge ou prise en charge globale :**

La prise en charge globale des individus nécessite de se référer à la définition OMS de la santé, incluant, à côté des problèmes médicaux les problèmes liés aux déterminants de santé et en particulier au minimum ceux qui dépendent de l'entourage direct et des conditions de vie de l'individu (précarité, milieu familial, environnement lié au travail, etc....). Sur le strict plan du soin, une prise en charge est dite globale lorsqu'elle associe plusieurs disciplines médicales ou paramédicales travaillant en concertation dans la durée

### **Information et adhésion des patients :**

Les patients doivent recevoir du réseau un document d'information qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer leur information à chaque étape de leur prise en charge, ainsi que les modalités leur garantissant l'accès aux informations concernant leur santé et le respect de leur confidentialité. Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document est signé, lorsque cela est possible, par l'utilisateur ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'utilisateur et par les professionnels. (Art. D 766-1-3)

### **Objectif général :**

L'objectif général est le but poursuivi, le résultat principal souhaité en terme de santé et de population concernée. Sa rédaction permet d'expliquer la démarche du projet.

Il précise généralement :

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

**QUOI ?** la nature du bénéfice attendu, le but de l'action (prévention, éducation et information du patient, continuité du service, qualité et globalité de la prise en charge...).

**OÙ ?** l'aire géographique 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."

### **Objectifs spécifiques :**

Les objectifs spécifiques permettent de décliner l'objectif général dans les différents domaines d'intervention choisis : médical, médico-social, économique, organisationnel, qualité... Les objectifs médicaux sont généralement liés à l'accès aux soins, à la coordination, la continuité et la qualité des soins, à l'éducation des patients et à la globalité de la prise en charge (y compris sociale).

Les objectifs économiques sont généralement liés à des travaux relatifs à la création d'outils pour recueillir des données permettant d'évaluer le coût du projet (comptabilité analytique) en partenariat avec des institutions et le coût des prestations rendues aux patients.

Les objectifs organisationnels sont liés à la structuration du projet, notamment pour un bassin de vie, la mise en place des actions, le décloisonnement des relations entre les acteurs, la reconfiguration de l'offre et l'amélioration de la circulation de l'information. Les objectifs qualité sont essentiellement liés au respect de référentiels, à la satisfaction des patients et des professionnels, au suivi de la mise en œuvre des actions, la sécurité des soins.

Les résultats attendus

Les objectifs opérationnels décrivent les différentes actions à mettre en place pour atteindre les objectifs spécifiques (et donc l'objectif général) : présentation de l'ensemble des actions à entreprendre, étapes du déroulement du projet, calendrier prévisionnel, résultats attendus...

### **Pluridisciplinarité :**

Intervention concertée de professionnels de disciplines différentes (dans le cas des réseaux, les champs peuvent être très différents : travailleurs sociaux, médecins, IDE, masseurs kinésithérapeutes, etc... et déborder ainsi du soin vers la santé globale. Malgré la multiplicité et la complexité des modes d'exercice médical, il faut tendre à développer la complémentarité entre les différents secteurs libéral et public, spécialistes, généralistes, travailleurs sociaux ; etc... Le patient doit être au cœur du réseau, chacun, dans le respect de l'autre, apporte sa compétence et sa technique. En cancérologie, la coordination de tous ces moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessite impérativement une concertation pluridisciplinaire qui constitue l'essence même de la discipline cancérologique. Dans la pratique, la majorité des indications thérapeutiques fait appel à l'ensemble des disciplines cancérologiques. En effet, les progrès décisifs concernant le diagnostic le traitement des cancers sont essentiellement le fruit de la mise en commun de compétences conceptuelles et techniques entre spécialistes d'organes, biologistes et cancérologues, dans un esprit de contrôle de qualité et d'évaluation.

### **Prévention :**

Ensemble d'actes techniques ou non destinés à éviter l'apparition de troubles affectant la santé. Actions diverses visant à réduire l'impact des déterminants ayant une action négative sur la santé, à éviter la survenue de maladies, ainsi que leurs conséquences. Il existe, selon le moment où elles se situent dans le parcours de la personne et de la maladie une prévention primaire, secondaire et tertiaire

### **Promotion de la santé :**

Actions et programmes de santé publique intégrant dans leur fonctionnement, de la conception à l'évaluation la participation des individus bénéficiaires des actions. Il s'agit ici de reconnaître et de partager, à côté du savoir technique et scientifique, le savoir expérientiel et culturel des individus. Cette approche prends en compte l'ensemble des déterminants de santé et exige l'action coordonnée d'acteurs de champs différents

### **Protocoles et référentiels communs :**

Un protocole est un ensemble des règles à respecter et des gestes à effectuer au cours des prises en charge diagnostiques et thérapeutiques. Le référentiel est l'ensemble des protocoles partagés par les membres du réseau.

### **Proximité :**

Dans le schéma de la prise en charge d'une personne, ce sont les structures et les intervenants médicaux, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux au plus près de la personne, sur son lieu géographique de vie. Par exemple, un réseau de proximité est implanté localement et il tient compte des divers facteurs inhérents aux lieux et conditions de vie de l'individu.

### **Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) :**

Réunion au cours de laquelle, les différents acteurs du réseau sont réunis pour collaborer ensemble afin d'améliorer la prise en compte des problèmes du patient et d'élaborer, à partir des données de son dossier, une ou plusieurs questions écrites sur le plan de traitement du patient. Il s'agit d'une proposition de traitement, la décision étant toujours obtenue lors du colloque singulier médecin / patient à l'issue de ces réunions.

### **Santé :**

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Source :

Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

### **Santé publique :**

Discipline visant à analyser l'ensemble des fonctionnements individuels et collectifs qui concourent ou mettent en jeu la santé des individus afin de proposer à la décision non seulement une maîtrise des risques et des maladies, mais aussi une réelle amélioration de l'état de santé des populations.

### **Traçabilité :**

possibilité de suivre à tous les stades la trajectoire de la personne ainsi que des traitements ou soutiens mobilisés autour de celle-ci. Par exemple, la traçabilité d'un élément ou produit du corps humain (organe, tissu, cellule ou dérivés) est l'ensemble des informations et des mesures prises pour suivre et retrouver rapidement l'ensemble des étapes allant de l'examen clinique du donneur à l'utilisation thérapeutique de cet élément ou produit du corps humain, en passant par le prélèvement, la transformation, la conservation, le transport, la distribution, la dispensation à un patient.

## **5. Echange d'informations autour du patient**

### **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) :**

Créée par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, la Commission Nationale Informatique et Libertés est une autorité administrative indépendante chargée de veiller à la protection des données personnelles. Selon l'article premier de cette loi, l'informatique doit être au service de chaque citoyen. Son développement doit s'opérer dans le cadre de la coopération internationale. Elle ne doit porter atteinte ni à l'identité humaine, ni aux droits de l'homme, ni à la vie privée, ni aux libertés individuelles ou publiques.

La procédure d'une demande d'autorisation est la suivante:

- demande formulée par le promoteur
- - récépissé délivré par la CNIL- examen du dossier par la CNIL
- - autorisation délivrée par la CNIL

### **Données médicales communicantes :**

Données relatives à la prise en charge médicale du patient quel que soit son lieu de traitement. Mesure 34 du Plan Cancer : « elles comportent a minima la feuille de route du patient, le type et le stade du cancer et la succession des séjours hospitaliers sous la forme de résumés de séjour. » Ces données sont regroupées dans un dossier communiquant qui en assurera la transmission et sera accessible aux médecins libéraux du réseau et au patient. Le dossier communiquant devra s'inscrire dans la mise en place progressive d'un système d'échange de données médicales des patients entre tous les acteurs de santé, système qui aura vocation à couvrir toutes les pathologies et qui devra être inter opérable. Cet outil est au service des patients et des pratiques professionnelles. Toujours avec le consentement du patient, les données médicales du dossier informatisé de cancérologie et issues de visioconférences pourront alimenter le dossier médical personnel (DMP).

### **Dossier Médical Personnel (DMP) :**

L'article 3 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en place un dossier médical personnel défini par le code de la sécurité sociale. *Article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale*: Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention. Ce dossier médical personnel est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du même code. L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévus à l'article L. 162-5 du présent code, et son maintien sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin. Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007. *Article L. 1111-8 du code de la santé publique* : Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement de la personne concernée. Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa doivent être

réalisés dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La prestation d'hébergement fait l'objet d'un contrat. ... Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7 *Article L1110-4 du code de la santé publique* : Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant...

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés... *Article L1111-7 du code de la santé publique* :

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers....

### **Mission DMP :**

(mise en place par le ministre chargé de la santé en janvier 2005) Une mission sur le dossier médical personnel (DMP) a été mise en place en janvier 2005 par le ministre de la santé. Le premier objectif fixé à cette mission sera de mettre au point l'organisation et le programme de déploiement du DMP.

### **Partage des données médicales :**

Mise à disposition des professionnels de santé de(s) données de nature médicale d'un patient, dans le but de favoriser la coordination et la continuité des soins. La mise à disposition signifie que l'on donne l'accès aux données médicales d'un patient à un ou plusieurs professionnels de santé. Ceci suppose d'abord l'accord du patient concerné et ensuite l'établissement d'une politique de confidentialité qui vise à moduler l'accès à ces données, accès qui peut être large ou restreint selon les rôles et les contextes. Le partage est à distinguer de l'échange de données médicales où des professionnels de santé se communiquent, toujours après accord du patient, des données de nature médicale le concernant avec retour d'informations.

### **Plate forme de systèmes d'information inter opérables ou plate-forme de services :**

Ce concept répond à la diversité des systèmes d'information de la santé et à la recherche concomitante d'une interopérabilité de ces systèmes à une échelle territoriale donnée. La structuration des systèmes d'information de la santé du terrain des pratiques professionnelles et personnelles jusqu'aux institutions territoriales indique le sens dans lequel l'interopérabilité peut

être réalisée. Cette question rejoint les travaux de l'Agence pour le Développement de l'Administration Electronique (ADAE).

### **Système d'information (informatisé ou non) :**

Ensemble constitué par la définition des processus des métiers et par celle des stocks et flux d'information éclairant ces processus.

Extrait de la circulaire N°DHOS/O3/DSS/CNAMTS/2002/610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé  
Le système d'information : Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en œuvre d'un système d'information permettant la transmission d'information de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations.

Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quitte le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications. Il est recommandé que les différents systèmes d'information, informatisés, utilisés au sein d'un réseau soient inter opérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange."

### **Système informatique :**

Ensemble de moyens matériels et logiciels assurant le stockage, le traitement et le transport des données sous forme électronique.

### **Technologies d'information et de l'communication (TIC) :**

Les technologies d'information et de la communication peuvent être définies comme les procédés techniques permettant la circulation et la recherche d'informations. Technologie vient de techne (technique) et logos (langage).

## 6. Les financements:

### Affection de longue durée (ALD) :

Affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse susceptibles d'ouvrir droit à l'exonération du ticket modérateur. La liste de ces affections figure à l'article D.322-1 du Code de la sécurité sociale

### Allocation personnalisée d'autonomie (APA):

.Cette allocation se substitue à la PSD à compter du 1er janvier 2002 Toutes les personnes âgées de plus de 60ans ayant perdu leur autonomie peuvent bénéficier L'APA, quel que soit le niveau de revenu. Le montant de la prestation est le même sur tout le territoire, à revenu et perte d'autonomie identique.

### Bilan comptable :

Le bilan est une représentation des ressources et emplois dont dispose une entité comptable. Les ressources sont de 4 sortes:

1. Celles fournis par l'exploitant et ses associés qui sont normalement laissées de manière permanente (valeurs immobilisées)
2. Celles qui ont vocation à rester temporairement dans la structure (ex stocks ou les crédits accordés par les fournisseurs ou les banquiers) (valeurs d'exploitation (stocks) et valeurs réalisables à court terme (créances)
3. Celles qui ont vocation a rester à très court terme dans la structure (valeurs disponibles ou trésorerie)
4. L'engendrement de nouvelles ressources créées par la structure

**L'ensemble des ressources est appelé le "passif "** de la structure. Il se décompose en capitaux propres (apport des associés,..) et capitaux empruntés (dettes envers les tiers) **Les emplois** de ces ressources **forment l'actif**. On distingue

1. Des emplois permanents (actif immobilisé: terrain, immeuble,...),
2. Des emplois temporaires (actif circulant: créances, disponibilités...)
3. Les pertes que peut générer l'entreprise constituent un mode d'emploi des ressources financières.

| EMPLOIS (Actif)                                   | RESSOURCES (Passif)  |
|---|--|
| Valeurs immobilisées (Immobilisations)            | Capitaux propres (capital et réserves)                       |
| Valeurs d'exploitations (Stock, travaux en cours) | Dettes à long et moyen terme (emprunt à plus d'un an)        |
| Valeurs réalisables à court terme (créances)      | Dettes exigibles à court terme (fournisseurs, découverts...) |
| Valeurs disponibles (trésorerie)                  |  |
| Résultat (perte)                                  | Ou Résultat (profit)   |

### Budget consolidé :

A la fin d'un exercice, un budget consolidé avec l'ensemble des dépenses (à quoi ont servi les financements) et recettes (origines des financements) que l'entreprise a effectué durant l'exercice doit être rédigé. Un décision doit approuver le budget Les dépenses et recettes sont présentés par grands postes. Les grands groupes de dépenses demandés dans le cadre d'une demande de financement sur la DNDR sont : 1. L'équipement

2. Le système d'information
  3. Le fonctionnement (dont les dépenses de personnels)
  4. La formation
  5. L'évaluation
  6. Les études et recherches
  7. Les dérogations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux hors soins
  8. Les dérogations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux soins
  9. Les dérogations spécifiques pour les patients
- Le budget est établi comme une enveloppe fixant les limites aux crédits prévus pour un programme déterminé durant une période donnée.

### **Budget prévisionnel :**

Avant le début d'un exercice comptable (en général, sa durée est d'un an), l'entité présente un budget prévisionnel précisant les dépenses et recettes envisagées pour l'exercice à venir. Ce document autorise les dépenses qui peuvent être faites à chacun des postes.

Un budget prévisionnel sur 3 ans doit être rédigé lors d'une demande de financement sur la DRDR.

- Les grands groupes de dépenses demandés dans le cadre d'une demande de financement sur la DNDR sont :

1. L'équipement
  2. Le système d'information
  3. Le fonctionnement (dont les dépenses de personnels)
  4. La formation
  5. L'évaluation
  6. Les études et recherches
  7. Les dérogations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux hors soins
  8. Les dérogations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux soins
  9. Les dérogations spécifiques pour les patients
- Les recettes peuvent être: financement par la DRDR, FAQSV, collectivités locales, autres ...

### **Commissaire aux comptes (CAC):**

Le commissaire aux comptes porte un second regard (après celui de l'expert-comptable) sur les comptes d'une association. Choisi par le conseil d'administration, il contrôle la bonne tenue des comptes sur le plan légal, certifie leur véracité, puis livre ses résultats au conseil d'administration. Convoqué à la réunion du conseil d'administration qui clôture les comptes annuellement, il a le devoir, sous peine de sanctions disciplinaires ou pénales, de révéler des irrégularités ou des inexactitudes.

### **Catalogue des actes Médicaux :**

CdAM: voir CCAM

### **Classification commune des actes médicaux (CCAM) :**

La CCAM est le nouveau référentiel qui va remplacer les deux nomenclatures actuelles : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en secteur libéral et le Catalogue des Actes Médicaux (CdAM) en secteur hospitalier. Élaborée par la CNAMTS et les services techniques du ministère, en étroite collaboration avec les sociétés savantes, la CCAM constitue une liste d'actes codée, commune aux secteurs public et privé. Elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte, à servir de base tarifaire à une juste rémunération de l'acte en secteur libéral et à l'allocation des ressources aux établissements dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). En milieu hospitalier, progressivement, depuis

le 1er janvier 2004, le CdAM a été remplacé par la CCAM pour décrire les actes techniques réalisés par les médecins. La description des actes techniques des médecins libéraux par la CCAM entrera en vigueur le 1er mars 2005. La CCAM est consultable sur le site AMELI.

### **Couverture Maladie Universelle (CMU) :**

Depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2000, toute personne résidant en France régulièrement et de façon stable bénéficie de la Sécurité Sociale pour le remboursement de ses dépenses de santé. Les personnes ayant des revenus faibles ont accès à une couverture maladie complémentaire, même si la personne bénéficie déjà d'une complémentaire. Condition d'attribution de la CMU et CMU complémentaire :  
>Résider en France depuis plus de 3 mois>Résider en France de façon régulière>Avoir des revenus fiscaux inférieurs à un seuil minimalLa CMU ouvre les droits suivants:  
- prise en charge intégrale du ticket modérateur- prise en charge du forfait hospitalier  
- prise en charge de certains suppléments en prothèse dentaire, optique médicale et audioprothèse dont les actes sont définis par arrêté

### **Comptabilité analytique :**

Comptabilité analytique conçue et organisée en vue de fournir à la direction de l'organisme des éléments d'information de nature à éclairer les prises de décisions.

Les coûts calculés par la comptabilité analytique ont quatre usages : justifier des prix, donner des éléments permettant de décider, fournir des paramètres de contrôle, évaluer des biens et des services.

L'entité n'est plus considérée comme une entité uniforme, mais comme un assemblage complexe de moyens, de techniques, de responsabilités. Il ne s'agit plus de savoir si telle charge correspond à une facture payée à tel tiers, mais de déterminer quelle part de cette charge peut être attribuée à tel produit ou à telle activité,...

La comptabilité analytique se base sur la comptabilité générale afin de présenter une image économique de l'activité de l'entreprise, à des fins de gestion. En tant que telle, elle se concentre sur le compte de résultat, sur lequel elle opère quelques retraitements permettant de mettre en exergue la rentabilité des différents centres de profit.

### **Compte administratif :**

cf. ordonnateurs et comptables en comptabilité publique. L'ordonnateur rend compte annuellement des opérations budgétaires qu'il a exécutées. A la clôture de l'exercice budgétaire, qui intervient au 31 janvier de l'année N+1, il établit le compte administratif du budget principal ainsi que les comptes administratifs correspondant aux différents budgets annexes.

Le compte administratif :

- rapproche les prévisions ou autorisations inscrites au budget (au niveau du chapitre ou de l'article selon les dispositions arrêtées lors du vote du budget primitif) des réalisations effectives en dépenses (mandats) et en recettes (titres) ;
- présente les résultats comptables de l'exercice
- est soumis par l'ordonnateur, pour approbation, à l'assemblée gestionnaire qui l'arrête définitivement par un vote avant le 30 juin de l'année qui suit la clôture de l'exercice.

### **Compte d'emploi :**

Tableau présentant les ressources (origines des financements) et leurs emplois (à quoi ont servis les ressources).

### **Compte de gestion cf. ordonnateurs et comptables :**

Avant le 1<sup>er</sup> juin de l'année qui suit la clôture de l'exercice, le trésorier établit un compte de gestion par budget voté (budget principal et budgets annexes). Le compte de gestion retrace les opérations budgétaires en dépenses et en recettes, selon une présentation analogue à celle du compte administratif • une balance générale de tous les comptes tenus par le trésorier (comptes budgétaires et comptes de tiers notamment correspondant aux créanciers et débiteurs de la collectivité) • le bilan comptable de la collectivité, qui décrit de façon synthétique l'actif et le passif de la collectivité ou de l'établissement local. Le compte de gestion est soumis au vote de l'assemblée gestionnaire qui peut constater ainsi la stricte concordance des deux documents (compte administratif et compte de gestion). Ce premier examen est suivi d'un second contrôle effectué par le juge des comptes. La reddition annuelle des comptes est une charge de fonction et une obligation d'ordre public. Au vu des pièces justificatives, jointes en accompagnement du compte de gestion, le juge des comptes est à même d'apprécier la qualité de gestion du trésorier de la collectivité et peut, si des négligences sont constatées, engager la responsabilité personnelle et pécuniaire de celui-ci.

### **Compte de résultat :**

Présentation selon 3 grands groupes (exploitation, financier et exceptionnel) des charges et des produits d'une entité pour une année.

### **Contrats de santé publique :**

Engagement à l'adhésion individuelle d'un professionnel de santé avec une caisse d'assurance maladie pour la coordination et la prévention. Lorsque la convention propose un contrat de santé publique, chaque professionnel est libre d'y adhérer. Le contrat porte sur des actions de permanence, de coordination des soins, ou bien des actions de prévention. Le respect des engagements du contrat par le professionnel ouvre droit, chaque année, à une rémunération forfaitaire.

### **Contrat de pratique professionnelle :**

Ce contrat vise à faciliter les conditions d'exercice d'une population de professionnels prédéfinie confrontée à une problématique particulière. Cette problématique peut être liée au lieu d'exercice du professionnel (médecine de montagne, rurale, péri-urbaine..) ou à l'organisation des soins (option médecin référent, médecine thermique, etc.). Le contrat propose des solutions adaptées à cette problématique sous la forme d'une rémunération forfaitaire en contrepartie d'engagements du professionnel. Celui-ci adhère individuellement à ces contrats négociés collectivement. Les **10 contrats de pratique professionnelle conclus** (CPP) ont pour objectif de conforter les actions d'amélioration de la pratique professionnelle engagées par les professionnels de santé : la coordination des soins (*mise en œuvre de la démarche de soins infirmiers*), une démarche collective de qualité (*biologistes*) ou de certification (*transporteurs sanitaires*). A noter : les contrats de pratique professionnelle de certaines professions reprennent les mêmes thèmes que ceux des accords de bon usage des soins, mais il y ajoutent un niveau d'exigence accru auquel s'engage individuellement le professionnel (formation, suivi, ...)

### **Crédits DGS, MILT...:**

cf. DGS ET MILT

Crédits votés dans le cadre du budget de l'Etat pour le financement d'actions de lutte et de prévention de pathologies spécifiques, telles les addictions, le VIH...

### **Dérogations tarifaires :**

L'article L. 162-45 du Code de la Sécurité Sociale précise le champ des dérogations envisageables sur la DNDR :

- Dérogations aux règles de prise en charge des patients
- - Rémunérations dérogatoires spécifiques destinées aux professionnels de santé qu'il soient conventionnés avec l'Assurance maladie ou non
- - Prise en charge des rémunérations des non professionnels de santé intervenant dans la prise en charge des patients.

### **DNDR / DRDR**

Dotation nationale de développement des réseaux "cinquième enveloppe". La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36) a créé au sein de l'ONDAM la Dotation Nationale de Développement des Réseaux qui constitue une enveloppe transversale alimentée par les enveloppes de l'hospitalisation publique, des cliniques sous contrats, de la ville et du médico-social. La Dotation Nationale de Développement des Réseaux est répartie chaque année par arrêté ministériel en Dotations Régionales de Développement des Réseaux (DRDR).

### **Dons et cotisations :**

#### **Les recettes des associations sont notamment constituées**

- par les cotisations de leurs membres, fixées par l'assemblée délibérante de l'association- par des dons

### **Dotation globale de financement (DGF) supprimée :**

Système de financement du secteur public et privé à but non lucratif hospitalier depuis la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983, la dotation globale de financement, enveloppe annuelle de dépenses, fixée a priori pour chaque hôpital, se substitue à la tarification au prix de la journée, jugée inflationniste. Le budget global fixe une dotation globale finançant la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance - maladie. La DGF a un caractère forfaitaire et son montant, qui couvre en moyenne 90 % des ressources d'exploitation, est arrêté depuis la réforme de 1996 par le directeur de l'ARH. Son versement aux établissements de santé est assuré sous la forme de 12 allocations mensuelles par la caisse de sécurité sociale du régime général ou d'autres régimes de la circonscription dans laquelle est implanté l'établissement. La loi de financement de la Sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 (J.O n°299 du 24 décembre 2002) supprime la DGF au profit de la tarification à l'activité (T2A).

### **Enveloppes fléchées:**

Enveloppes ou sous enveloppes créées pour un financement particulier. Il existe par exemple des enveloppes fléchées au sein du FAQSV pour la permanence des soins.

### **Exonération du ticket modérateur:**

Elle se traduit par un remboursement à 100% du tarif de responsabilité. Cette exonération peut être accordée à tous les assurés pour certains soins et certaines maladies(ex :ALD), \*à certaines catégories d'assurés(ex: pensionnés d'invalidité, titulaires d'une rente d'accident du travail d'un taux au moins égal à 66,66%,etc...).

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

La création du FAQSV par la Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 s'est inscrite dans une volonté d'encourager les pratiques innovantes concourant à l'amélioration de la qualité des soins et à une meilleure coordination de la prise en charge en proposant des financements spécifiques.

Le FAQSV peut ainsi subventionner jusqu'au 31 décembre 2007 les projets portés par des professionnels de santé de ville ou des centres de santé avec pour objectifs :

- l'amélioration de la qualité et la coordination des soins dispensés en ville,
- l'amélioration des pratiques professionnelles et de leur évaluation,
- **la mise en place et le développement de formes coordonnées de prise en charge en particulier de réseaux de santé liant des professionnels de santé de ville à des établissements.** Prenant acte de la mise en place d'une enveloppe pérenne destinée au financement des réseaux, le Comité National de Gestion du FAQSV, lors de sa séance du 8 mars 2002, a redéfini les orientations qu'il souhaitait donner à l'attribution des aides du FAQSV sur le thème de la coordination des soins. **Il a limité le champ d'intervention du FAQSV aux dépenses d'études préalables, aux frais d'évaluation et aux aides au démarrage des réseaux,** rendant possible à ce titre la prise en charge des investissements et des frais de fonctionnement des nouveaux réseaux pendant une à deux années.

### **Financements privés :**

financements qui ne proviennent pas d'organismes publics et parapublics

### **FNASS Fonds national d'action sanitaire et sociale :**

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), dans le cadre du Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale (FNASS), accorde chaque année une enveloppe d'autorisation de programme non individualisée aux CRAM, pour assurer l'équilibre financier d'associations ayant une vocation régionale dans le domaine de la santé ou pour accompagner des actions spécifiques de prévention s'inscrivant dans les priorités définies lors des Conférences Régionales de Santé.

Les conditions fixées par la CNAM pour l'attribution des subventions d'équilibrage financier portent sur deux points :

- le domaine d'intervention des associations : éducation sanitaire, lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, aide aux handicapés adultes, aide aux malades chroniques, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, lutte contre le cancer, laryngectomisés et mutilés de la voix, aide aux malades hospitalisés
- La zone géographique d'intervention des associations : la CRAM est compétente pour financer les associations régionales.

### **FNPEIS Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires :**

Créé par la loi du 5 janvier 1988, le FNPEIS, ou Fonds National de Prévention d'Education et d'Information en Santé, est un fonds national du régime national de l'assurance-maladie, et "destiné à financer toute action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires propre à améliorer l'état de santé général de la population." (J.O. du 6 janvier 1988).

Le FNPEIS est un fonds essentiellement consacré à l'information du public et à l'expérimentation de nouveaux dispositifs de prévention. Les domaines concernés peuvent être ainsi : vaccinations, prévention buccodentaire, dépistage des cancers, centres d'examen périodiques de santé, etc.

En revanche, les actes médicaux de prévention, comme par exemple les examens de mammographie pour le dépistage du cancer du sein, ou le bilan bucco-dentaire sont eux comptés dans les prestations maladie.

Le FNPEIS est scindé en deux enveloppes :

- l'une visant à financer les déclinaisons locales des thématiques nationales définies par la CNAM
- l'autre visant à financer les actions proposées dans le cadre des Programmes Régionaux de Santé (PRS)

### **Fonds européens :**

La cohésion économique et sociale est depuis plusieurs années un des objectifs prioritaires de l'Union européenne. En effet, en promouvant la cohésion, l'Union favorise un développement harmonieux, équilibré et durable des activités économiques, crée de l'emploi et contribue à la protection de l'environnement ainsi qu'à l'élimination des inégalités entre les hommes et les femmes<sup>2</sup>.

Afin de mener à bien l'effort de cohésion économique et sociale, la Commission a créé des instruments financiers : les Fonds structurels et le Fonds de cohésion. Ces fonds servent à cofinancer dans les Etats membres des interventions régionalisées ou horizontales.

### **Lettre clé (ou code acte) :**

Une lettre clef est le signe utilisé pour indiquer la nature de l'acte effectué ou la qualité de son exécutant dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions légales relatives à la détermination des honoraires.

### **Loi de financement de la sécurité sociale ( LFSS ) :**

C'est par la loi constitutionnelle du 22 février 1996 complétée par la loi organique du 22 juillet 1996 que fut instituée la catégorie nouvelle de lois de financement de la sécurité sociale destinées à résorber les déséquilibres financiers des régimes sociaux et à accroître la compétence du Parlement en matière de finances sociales.

**Objet de la LFSS :** Aux termes de l'article 34 nouveau de la Constitution, " les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses... ”.

La loi de financement de la sécurité sociale comporte trois grands titres :

- Le premier approuve un exposé général des motifs consigné dans un rapport relatif aux orientations et objectifs de la politique de la santé et sécurité sociale.
- Le second fixe les conditions générales de l'équilibre financier en déterminant les prévisions de recettes sans pour autant les autoriser.
- Le dernier comprend les objectifs de dépenses et les plafonds d'avances de trésorerie.

**Elaboration de la LFSS** Les lois de financement comprennent nécessairement une loi de financement de l'année, et éventuellement, des lois de financement rectificatives.

**La préparation des lois de financement** Comme la loi de finances, la loi de financement est d'initiative exclusivement gouvernementale puisqu'elle ne fait l'objet que de projet et jamais de proposition. Cependant, c'est le ministre des affaires sociales qui est responsable de la préparation. En outre, le calendrier de la préparation est réduit. Le projet est préparé en fin d'été et déposé le 15 octobre sur le bureau de l'Assemblée nationale. **adoption de la LFSS** L'examen par chaque assemblée commence par une étude en commission au cours de laquelle la commission des affaires sociales est saisie au fond. Le Parlement doit se prononcer dans les 50 jours suivant le dépôt du projet. Si à l'issue de ce délai le Parlement ne s'est pas prononcé, les dispositions du projet peuvent être mises en vigueur par ordonnance spéciale dans les mêmes conditions et sous les mêmes

<sup>2</sup> Des disparités socio-économiques importantes préjudiciables à la cohésion demeurent entre les régions de l'Union Européenne. Par exemple, le produit intérieur brut (PIB) par habitant du Luxembourg est deux fois plus élevé que celui de la Grèce. De même, Hambourg est la région la plus riche d'Europe avec un revenu par habitant quatre fois supérieur à celui de l'Alentejo.

réserves que pour la loi de finances. Elles suivent les mêmes règles d'examen que celles prévues pour les lois de finances. La loi de financement comprend deux séries de dispositions : celles qui assurent le cadrage du financement de la Sécurité sociale ; celles qui améliorent le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et qui affectent directement l'équilibre financier des régimes obligatoires de base, en particulier les impositions qui telles la CSG sont affectées à la sécurité sociale et peuvent donc figurer dans une loi de financement, une loi de finances ou une loi ordinaire. La loi de financement ne peut contenir aucune autre disposition sous peine d'être censurée par le conseil constitutionnel au titre de cavalier social.

### **Contrôle du Parlement sur la LFSS**

Ce contrôle se réalise à partir, notamment, du rapport d'orientation émanant du Gouvernement, d'une annexe décrivant les comptes sociaux de la protection sociale et l'effort social de la Nation et du rapport annuel de la Cour des comptes.

### **mise en œuvre de la LFSS**

Une fois adoptée, la LFSS sert de base à un dispositif d'encadrement des dépenses de santé qui diffère selon qu'il concerne la médecine de ville ou le secteur hospitalier.

### **La mise en œuvre dans la médecine de ville**

Chaque caisse nationale conclut avec l'État une convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion qui détermine les perspectives, les programmes d'action et les engagements réciproques. Pour mettre en œuvre la convention conclue avec l'État, la caisse nationale intéressée conclut ensuite avec chaque caisse de base un contrat pluriannuel de gestion qui permet ainsi de réguler la dépense au plan local.

### **La mise en œuvre dans le secteur hospitalier**

Elle s'appuie largement sur les agences régionales de l'hospitalisation dont la détermination des ressources diffère selon qu'il s'agit d'établissements publics ou privés. Dans le premier cas, les ministres fixent chaque année une enveloppe nationale déterminée en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie figurant dans la loi de financement. Dans le deuxième cas, les éléments déterminant les dépenses prises en charge par la sécurité sociale sont fixés, par un accord pluriannuel conclu sur le plan national par l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les fédérations de cliniques privées.

### **Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ( LAM° ) :**

Cette loi met notamment en place un dossier médical personnel (DMP), le choix d'un "médecin traitant" (généraliste ou spécialiste), sous peine de moindre remboursement, et une contribution forfaitaire - pour chaque consultation (y compris pour les services d'urgence). La loi instaure aussi une hausse de la CSG et un renforcement du contrôle des arrêts de travail. Ces dispositions entreront en vigueur en janvier 2005.

### **loi organique relative aux lois de finances (LOLF):**

La loi organique du 1er août 2001 réforme profondément le budget de l'Etat. Au-delà de la nouvelle architecture budgétaire, la gestion publique est amenée à passer d'une culture de moyens à une culture d'objectifs. Cette nouvelle gestion reposant sur la performance doit constituer un important levier de réforme de l'Etat. D'initiative parlementaire, cette réforme de l'ordonnance du 2 janvier 1959 qui régissait les finances de l'Etat doit conduire les administrations à passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Le cadre de gestion qu'elle met en place est désormais centré sur la responsabilisation des gestionnaires et le contrôle de la performance. En outre, la LOLF favorise les choix stratégiques en matière de finances publiques : elle accroît la transparence de la gestion budgétaire et renforce la portée de l'autorisation parlementaire. Ainsi, dans le cadre actuel, le parlement reconduit quasi automatiquement 94% de crédits d'une année sur l'autre (services votés), l'essentiel des débats portant sur seulement sur les mesures nouvelles, soit environ 6% du budget général).

A partir de 2006, la totalité du budget de l'Etat englobera 47 missions votées par le parlement qui se prononcera sur chacune d'entre elles.

### **liste des prestation et produits remboursables (LPPR) :**

liste des prestation et produits remboursables Le secteur des dispositifs médicaux a fait l'objet d'une vaste réforme intervenue en 2001. La loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2000 et ses décrets d'application n°2001-256 et 2001-257 du 26 mars 2001 ont ainsi remplacé le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) par la Liste des produits et prestations (LPP).

### **Majoration d'urgence (MU) :**

Majoration forfaitaire des honoraires lorsque le médecin exerçant la médecine générale est amené à interrompre ses consultations et à quitter son cabinet pour effectuer une acte hors de son cabinet.

### **Majoration de dimanche et jours fériés (Vd) :**

Majoration des honoraires lorsque l'acte est effectué un dimanche ou un jour férié au domicile du malade.

### **Majoration de nuit (Vn) :**

Majoration des honoraires lorsque l'acte est effectué entre 20 heures et 8 heures au domicile du malade.

### **Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) :**

Dans le cadre de la tarification à l'activité qui se substitue à la dotation globale de fonctionnement des établissements de santé publics et PSPH, une enveloppe de financement de ces missions est allouée régionalement par l'ARH sur la base de contrats. Ces contrats concernent l'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours. La contractualisation concerne aussi des missions sociales particulières (précarité), des actions en faveur de la qualité des soins ou la mise en œuvre de certaines orientations du SROS (cf SROS).

### **Modalités de versement des dérogations :**

Le paiement des dérogations peut être réalisé sous différentes suivantes :

- Versement d'un forfait global à la structure gestionnaire du réseau incluant en plus des frais de fonctionnement, les dérogations qui sont elles aussi présentées dans le budget prévisionnel du réseau<sup>3</sup>
- Versement à la structure gestionnaire du réseau d'un forfait global couvrant les frais de fonctionnement et éventuellement certaines dérogations et en parallèle règlement direct aux professionnels de santé ou aux patients de prestations dérogatoires non prises en charge dans le cadre du forfait.

Dans tous les cas, il conviendra de distinguer clairement les prestations dérogatoires des prestations de droit commun relevant de l'enveloppe ambulatoire, ne seront imputées sur l'enveloppe réseau que les dérogations entraînant un surcoût pour l'assurance maladie

---

<sup>3</sup> Modalité plus simple, recommandée.

### **Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP PRAPS) :**

La Nomenclature générale des actes professionnels, établit la liste et la cotation des actes professionnels réalisés par les professionnels de santé libéraux (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux) et qui sont pris en charge par l'Assurance Maladie. La NGAP n'inclut pas les actes de biologie qui figurent dans une autre nomenclature : la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM). La NGAP est utilisée également dans le cadre des consultations externes à l'hôpital et dans les dispensaires. En vigueur jusqu'au 1 mars 2005, elle est actuellement consultable sur le site AMELI. A partir du 1er mars 2005, la partie de la NGAP relative aux actes techniques des médecins sera supprimée de la NGAP et les actes correspondants seront repris dans la CCAM. Demeurera la NGAP restante qui comportera les actes cliniques des médecins, les actes techniques et cliniques des chirurgiens dentistes et des sage femmes ainsi que tous les actes des auxiliaires médicaux.

### **Objectif quantifié national (OQN) supprimé :**

Il s'agit d'une enveloppe votée dans le cadre de l'ONDAM fixant annuellement pour les établissements de santé privés à but lucratif un objectif annuel en taux d'évolution, les écarts constatés faisant l'objet d'une régularisation sur le taux d'évolution de l'année suivante. . L'objectif quantifié national pour le secteur privé fait l'objet d'un accord annuel national d'évolution des tarifs qui est ensuite décliné en accords régionaux.

### **ONDAM :**

l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie et ses 5 enveloppes.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée jette les bases d'un nouveau système de contraintes. Elle instaure une régulation par les coûts fondée sur les lois annuelles de financement de la Sécurité sociale et l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). L'ordonnance prévoit que le montant de l'ensemble des dépenses des caisses d'assurance maladie de l'année donnée résultera de l'application au niveau de l'ONDAM de l'année précédente d'un taux d'évolution annuel. Il est le budget prévisionnel des dépenses de soins en ville et à l'hôpital voté chaque année par le parlement. L'ONDAM est décliné en 5 sous enveloppe depuis 2002: 1. Soins de villes.

2 Etablissements hospitaliers privés à but lucratif (l'objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique)

3. Etablissements hospitaliers publics (l'objectif des dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements sanitaires de la France métropolitaine financés par dotation globale)

4. Etablissements médicaux sociaux (l'objectif de dépenses d'assurance maladie et le montant total des dépenses sociales et médico-sociales autorisées pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics et privés)

5. Réseaux (cette enveloppe résulte d'un prélèvement sur les 4 autres enveloppes)

### **Ordonnateurs et comptables (comptabilité publique) :**

La réalisation des opérations de recettes et de dépenses est basée sur un principe fondateur, la séparation des ordonnateurs et des comptables. Les ordonnateurs commandent, reçoivent, utilisent une fourniture ou un service. Ce sont les responsables des collectivités, des administrations et des organismes publics. Les comptables manient les fonds, les mouvements de comptes et les disponibilités. Ils sont responsables du recouvrement des ordres de recettes remis par les ordonnateurs, et assurent le paiement des dépenses engagées par ces mêmes ordonnateurs. Ils sont nommés par le ministre des finances, dont ils relèvent pour la plupart. On distingue pour les

comptables : inspecteurs (niveau national) : trésoriers-payeurs (niveau régional et départemental) ; percepteurs- receveurs ou trésoriers (commune) ; agents comptables (établissements publics).

### **Paiement à l'acte majoré :**

Rémunération reçue par un professionnel pour un acte réalisé en présence du patient, la nature de cette acte entraînant une majoration de son tarif de base (acte de nuit, acte le dimanche et jours fériés, acte hors du cabinet effectué en urgence).

### **Paiement à l'acte :**

Rémunération reçue par un professionnel pour un acte réalisé en présence du patient. Les professionnels de santé conventionnés secteur 1 (s'engageant à respecter les tarifs de l'Assurance Maladie) facturent leurs prestations selon les tarifs fixés à la convention, quant aux professionnels de santé conventionnés secteur 2 il facturent leurs prestations en appliquant une majoration au tarif conventionnel.

### **Paiement au forfait :**

pour certaines prestations des rémunérations sous forme d'un forfait peuvent être négociés par l'Assurance Maladie et les professionnels (par exemple un forfait d'éducation thérapeutique).

### **Part complémentaire:**

Montant correspondant à la prise en charge totale ou partielle, par un organisme d'assurance complémentaire, dans la limite de la dépense réelle, des frais restant à la charge de l'assuré . Ce montant est variable selon le contrat passé avec l'assureur complémentaire .

### **Part obligatoire :**

Montant remboursé à l'assuré par le régime d'assurance maladie obligatoire . Il est égal à : montant du tarif de responsabilité multiplié par le taux de remboursement.

### **Participation des collectivités locales :**

les collectivités locales constituées par les communes, les départements et les régions peuvent participer au financement d'un réseau de santé.

### **Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) :**

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé, publics et privés, doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. Cette analyse est fondée sur le recueil systématique et le traitement automatisé d'une information médico-administrative minimale et standardisée, contenue dans le Résumé de Sortie Standardisé (RSS). Les données collectées font ensuite l'objet d'un classement en un nombre volontairement limité de groupes de séjours présentant une similitude médicale et un coût voisinCe dispositif appelé Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) sert à la mise en place de la tarification à l'activité des établissements publics et privés (T2A).

### **Précarité :**

Absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir des droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, quand elle devient persistante, quand elle compromet les chances d'assumer à nouveau ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même.

### **Prestations dérogatoires :**

cf. dérogation tarifaires

### **Professionnels conventionnés / non conventionnés :**

Les professionnels conventionnés s'engagent à appliquer des tarifs officiels, fixés dans le cadre des conventions passées avec l'Assurance Maladie. Le remboursement de l'assuré se fait sur la base de ces tarifs conventionnels. Les professionnels conventionnés ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière d'un patient.

A titre d'exemple, il est précisé que les médecins généralistes, chirurgiens et infirmiers ont passé une convention avec l'Assurance Maladie, mais ils ne sont pas tous conventionnés. Les professionnels conventionnés ne peuvent facturer des dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière d'un patient. (s'ils sont conventionnés secteur 2, ils peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires) Par opposition, les professionnels non conventionnés fixent eux-mêmes leurs tarifs. La prise en charge de leurs actes par l'Assurance maladie s'effectue sur la base des tarifs d'autorité, inférieurs aux tarifs conventionnels.

Des syndicats représentant notamment les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les infirmières, les kinésithérapeutes, les sage femmes, les transporteurs ont passé des conventions avec l'Assurance Maladie. Ces conventions sont régulièrement revues et font l'objet d'avenants à la convention.

A titre d'exemple, sont cités: Avenant n° 12 à la convention nationale des médecins généralistes libéraux, publié au Journal officiel du 17 septembre 2003. Avenant n° 7 à la convention nationale des chirurgiens-dentistes, publié au Journal officiel du 15 octobre 2004. Avenant n° 3 à la convention nationale des infirmiers, publié au Journal officiel du 27 février 2003.

### **Programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) :**

Créés, dans chaque région, par la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions qui affirme que "l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies constitue un objectif prioritaire de la politique de santé". Ces programmes concernent l'accès à la prévention, l'éducation à la santé, l'accès aux soins et visent à assurer une continuité de la prise en charge socio-sanitaire des personnes et des familles en difficulté. Leur élaboration et leur mise en œuvre sont coordonnées par le préfet de région.

### **Tarif d'autorité:**

Tarif de responsabilité pour les soins dispensés par les professionnels de santé non liés à la convention (par choix personnel ou qui ont été dérogés à titre de sanction). Ce tarif de responsabilité est fixé par voie réglementaire à un niveau très inférieur à celui du tarif conventionnel.

### **Tarif conventionnel:**

Tarif de responsabilité spécifique aux soins dispensés par les professionnels de santé médicaux et paramédicaux conventionnés. Ce tarif conventionnel est négocié entre les caisses nationales d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives.

### **Tarif de responsabilité:**

Tarif retenu par le régime d'assurance maladie obligatoire (indépendamment de la dépense réelle) comme base de remboursement. Il constitue le tarif limite de prise en charge pour un acte donné. Ce tarif est établi, selon le cas, par convention ou par voie réglementaire.

### **Tarification à l'activité (T2A) :**

La loi de financement de la Sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 pour 2003 (J.O n°299 du 24 décembre 2002) fait de la réforme de la tarification de l'activité des établissements de santé un levier essentiel de modernisation de l'offre hospitalière, à travers le " Plan Hôpital 2007 ". Cette réforme vise à rendre équitable et transparent le mode de financement, entre les secteurs d'hospitalisation public et privé, afin de faciliter les coopérations entre les établissements de ces deux secteurs. La T2A a pour objectif de se substituer aux systèmes de financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique existant dans les établissements de santé. Ces modes de financement sont la dotation globale qui concerne les hôpitaux publics et les hôpitaux privés participant au service public et de la tarification à la journée et forfait lié aux actes réalisés pour les cliniques privées. -la dotation globale de financement qui ne lie que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution d'un financement excessif dans les établissements de faible activité, soit à un manque de financement pour les structures les plus actives ; -Le niveau des forfaits pour le secteur privé varie sur l'ensemble du territoire et peut aboutir de ce fait, aussi, à des inégalités ce financement pour certaines activités. En s'appuyant sur le recueil de l'information de l'activité de soins des établissements (PMSI : Programme de médicalisation du système d'information), cette harmonisation des modes de financement doit être levier pour :

- Une dynamisation des structures de soins en particulier publiques : en devenant plus simple, le mode de financement permet une meilleure responsabilisation des acteurs et crée une incitation à s'adapter
- - Une équité de traitement entre les secteurs ;
- - Le développement des outils de pilotage médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

#### **Plusieurs principes sont retenus : -**

Il n'y aura pas de modification dans la part respective des différents financeurs (sécurité sociale, mutuelles, patients) des hôpitaux et cliniques.

- Les activités dites "d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC), notamment les activités d'enseignement et de recherche seront financées selon un mode de dotation plus adapté.
- - Certaines activités ou molécules très coûteuses continueront à bénéficier d'un soutien financier spécifique. La mise en œuvre progressive de la T2A par la définition d'une échelle tarifaire unique privé - public s'étalera jusqu'en 2012. En 2004, la part des ressources financées à l'activité en était de 10% dans les hôpitaux publics et privés participant au service public. Pour 2005, cette part T2A est en cours de fixation à hauteur de 20 à 25%, la part restante étant intitulée Dotation annuelle complémentaire (DAC).

Un décret doit en outre, dresser la liste des MIGAC (missions d'intérêt général) qui seront financées en dehors de la grille de la T2A. Enfin, il est prévu que le secteur privé entre dans cette réforme au 1er Mars 2005.

**Taux de remboursement:**

Pourcentage appliqué au tarif de responsabilité pour calculer le montant remboursé par l'assurance maladie .

**tarif interministériel des prestations sanitaires TIPS:**

cf LPPR

**Ticket modérateur TM:**

Part des frais médicaux restant à la charge de l'assuré. Cette part est calculée sur la base du tarif de responsabilité. Elle peut varier selon la catégorie des prestations ,les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins les conditions d'hébergement , la nature de l'établissement où les soins sont donnés.

## **7. Organisation des financements :**

### **Caisse pivot :**

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie située dans la circonscription de laquelle se situe le siège du réseau est en principe désignée caisse pivot du réseau.

Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement peut être assuré par une caisse d'un régime autre que le régime général.

Cette caisse pivot est chargée des versements périodiques de la dotation régionale de développement des réseaux au promoteur du réseau et du suivi de la consommation de ces crédits.

Il existe 3 "types" de caisses pivots

- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie Organisme du régime général qui assure dans sa circonscription l'immatriculation des assurés sociaux et le service des prestations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles. Il existe 128 (source AMELI) caisses primaires, elles sont situées en France métropolitaine.
- CGSS: Caisse Générale de Sécurité Sociale: Organisme du régime général dont l'une des missions est d'assurer dans sa circonscription l'immatriculation des assurés sociaux et le service des prestations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles. Il existe 4 CGSS qui sont situés dans les départements d'Outre Mer.
- CMSA: Caisse de Mutualité Sociale Agricole (sous réserve de validation par le CCMSA): Organisme du régime agricole qui gère la protection légale et complémentaire de l'ensemble de la profession agricole (exploitants et salariés agricoles, ainsi que leurs familles. Chaque CMSA est soit départementale, soit pluri-départementales; au total il existe 78 caisses.

### **Guichet unique (GUR):**

C'est le lieu de réception des dossiers. Il s'agit d'une structure régionale de coordination et d'instruction commune aux différents financeurs autour de l'ARH et de l'URCAM. Ceci permet : - de simplifier les démarches et d'éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs- d'aider les financeurs potentiels à prendre leur décision et d'organiser l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux.

### **Orientations régionales :**

Les Directeurs de l'URCAM et de l'ARH définissent, en concertation avec leurs instances, la politique mise en œuvre dans leur région en matière de développement des réseaux de santé. Ils proposent chaque année des orientations qui synthétisent les grands enjeux en matière de santé publique et pour lesquelles la mise en place d'un réseau de santé sera financée en priorité pour favoriser l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

### **Secrétariat technique élargi :**

Le secrétariat technique peut être élargi à d'autres financeurs que l'ARH et l'URCAM en associant à l'analyse des projets les représentants des collectivités territoriales. Il peut également faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeur

**Secrétariat technique :**

Un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM , enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ; Il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'Assurance Maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que éventuellement financeurs.

## **8. Procédure de la décision conjointe**

### **Agrément (supprimé):**

Procédure qui, avant la loi du 4 mars 2002, permettait la reconnaissance de la convention constitutive du réseau de soins soit par le ministre de la santé dans le cadre des réseaux expérimentaux de type Soubie soit par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Depuis la loi du 4 mars 2002, il n'y a plus, en pratique, de demande d'agrément, la décision de financement prise conjointement par le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation vaut implicitement l'agrément.

Appel d'offres Information ou publicité réalisée auprès des promoteurs potentiels sur la base des orientations régionales définies par l'ARH et par l'URCAM, éventuellement après avis du Comité Régional des Réseaux. Cet appel d'offres permet d'informer des priorités régionales et des caractéristiques que doivent présenter les demandes de financements DRDR. Cette information peut être matérialisée sous forme de plaquette ou portée sur le site Internet de l'URCAM et de l'ARH.

### **Cellule d'appui :**

la cellule d'appui est composée de personnes ressources désignés par les secrétariats du FAQSV et de la DRDR, auxquels les promoteurs de réseaux peuvent s'adresser pour appui technique à la constitution et au développement d'un réseau de santé.. Les experts peuvent être placés auprès des caisses (y compris les services médicaux), des DRASS, des URML, mais peuvent également être des professionnels de santé ayant une expérience "réseaux" confirmée. La composition d'une cellule d'appui peut être différente selon les régions."

### **Comité régional des réseaux :**

C'est un comité de concertation qui assure la représentation de toutes les composantes associées aux projets de réseaux : patient, hospitalisation publique / privée, médecine de villes, institutions publiques, financeurs et acteurs du système de santé. Il doit pouvoir comprendre : la totalité des financeurs publics concernés : représentants de l'Etat et de l'Assurance Maladie, représentants des collectivités territoriales, - les représentants des établissements sanitaires et médico-sociaux et des personnels médicaux et non médicaux libéraux (fédérations hospitalières, URML, ordres...), des CLIC, des représentants des réseaux de santé- les représentants des usagers. Le comité est consulté par les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM sur la politique régionale des réseaux et sur les projets déposés par les promoteurs. Son avis est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi de l'activité des réseaux ainsi financés et de l'évaluation du développement des réseaux de santé au sein de la région considérée . Ces dispositifs sont prévus par le décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 et la circulaire MIN/CNAMTS n°610 du 19 décembre 2002

### **Convention caisse pivot / réseau :**

Document définissant les conditions financières de mise en œuvre de la décision conjointe de financement ARH/URCAM et précisant les obligations respectives de la caisse pivot et du réseau signataires dans le cadre de cette exécution. Le réseau s'engage à transmettre à la caisse pivot un rapport de suivi comprenant notamment des éléments d'information sur l'adhésion des professionnels et des patients au réseau, les dérogations versées aux professionnels par le réseau et des éléments budgétaires. La caisse s'engage à effectuer les versements conformément à la décision conjointe de financement, à réaliser un suivi de consommation des crédits et à alerter l'ARH et

l'URCAM en cas de manquement du réseau à ses obligations contractuelles. (cf. décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002)

### **Convention directeurs ARH / URCAM définissant les conditions de l'instruction conjointe :**

Document définissant les modalités de dépôt des dossiers de demande de financement DRDR, les modalités pratiques d'instruction et de prise de décision, et de manière plus générale, les procédures et les instances intervenant dans le cadre de l'octroi d'un financement au titre de la DRDR. Cette organisation est indiquée dans la circulaire MIN/CNAMTS n°610 du 19 décembre 2002 et dans le décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002.

### **Décision conjointe de financement sur la DRDR :**

Document dans lequel les directeurs de l'ARH et de l'URCAM, suite à une procédure d'instruction formalisée par convention, octroient un accord de financement sur la DRDR à un réseau pour une durée maximale de 3 ans. Il est en principe rendu et notifié au promoteur dans les 4 mois à compter de la réception d'un dossier de demande complet, le silence gardé pendant plus de 4 mois valant rejet.

La décision comprend un numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH et doit faire l'objet d'une double publication au registre des actes administratifs de la préfecture de région et du département du lieu du siège du réseau. Sa durée peut être prorogée au delà de 3 années par une nouvelle décision prise au vu des résultats de l'évaluation du réseau. Le retrait de la décision conjointe de financement ne peut être pris que conjointement par les directeurs de l'ARH et de l'URCAM en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou de non-respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs

### **Dossier promoteur :**

Document type sous la forme duquel doit parvenir toute demande de financement pour être examinée (condition formelle de recevabilité). Il comprend l'ensemble des éléments indispensables à l'instruction du dossier de demande. Le promoteur peut se procurer ce document auprès du guichet unique des réseaux, de l'ARH et de l'URCAM sous forme papier et informatique.

### **Fenêtre d'examen :**

Période durant laquelle les dossiers sont instruits et dont la durée, définie dans la convention ARH/URCAM fixant les conditions de l'instruction, varie en fonction des régions. Elle ne peut excéder 4 mois à compter de la réception d'un dossier de demande complet.

### **Fenêtre de dépôt :**

Période durant laquelle les dossiers de demande sont recevables. Le nombre et les dates de ces fenêtres sont fixés en amont par l'ARH et l'URCAM et sont variables en fonction des régions. Les dossiers réceptionnés en dehors de ces fenêtres ne peuvent être instruits. La circulaire MIN/CNAMTS n°610 du 19 décembre 2002 prévoient au moins deux fenêtres de dépôts des dossiers par an.

### **Plan de financement :**

Le plan de financement du réseau comporte un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets

annuels, présentés chaque année. Les documents budgétaires précisent : - les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...); - le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention - les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

**Publication de la décision conjointe de financement :**

Chaque décision conjointe de financement est publiée au recueil des actes administratifs régional et au recueil des actes administratifs départemental du siège du réseau. La décision conjointe de financement est un acte administratif dont l'opposabilité aux tiers est conditionnée par une double publicité qui doit être réalisée aux recueils administratifs régional et départemental du siège du réseau. cf. les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique.

## **9. Suivi d'activité et évaluation**

### **Accords de bon usage des soins :**

Les accords de bon usage des soins (ACBUS) ont pour objectif de faire évoluer les pratiques professionnelles vers le bon usage du soin de manière collective en accompagnant les professionnels dans une démarche qualité. Ils doivent donc porter sur les activités les plus fréquentes et concerner un grand nombre de professionnels. Un ACBUS doit s'appuyer sur des référentiels qui peuvent être de deux types : - les référentiels médicaux élaborés ou validés par les agences nationales (ANAES ou AFSSAPS). Le travail des sociétés savantes peut être retenu, mais après avis de ces agences. - les référentiels réglementaires médicalisés (par exemple les indications de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ou la justification médicale des consultations hors cabinet). L'ACBUS paraît dans ce cas un outil adapté pour en préciser le cadre d'application.

L'ensemble des professionnels de santé libéraux a conclu avec l'Assurance Maladie des accords de bon usage de soins et des contrats de pratique professionnelle dans le cadre des relations conventionnelles.

D'une façon générale, les 14 accords de bon usage des soins conclus (ACBUS) portent :

- soit sur l'amélioration des pratiques (par exemple, l'utilisation des inlayscore pour les chirurgiens dentistes, les séances de préparation à l'accouchement pour les sages-femmes, le dépistage de l'insuffisance rénale chronique pour les biologistes) ;
- - soit sur une meilleure coordination des soins entre professionnels de santé, par exemple entre auxiliaires médicaux et médecins (fiche d'évolution du traitement pour les orthoptistes, compte-rendu de bilan orthophonique pour les orthophonistes).

### **Accréditation :**

Système par lequel les performances des organisations ou des individus sont jugées par rapport à une série de standards préalablement définie et agréée par un organisme d'accréditation. S'il est démontré que ces standards sont atteints, un label est décerné à ces organisations ou individus.

### **Angélique:**

Application nationale pour guider une évaluation labellisée interne de la qualité pour les usagers des établissements (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes). C'est un outil d'auto-évaluation qui est le résultat du travail d'un groupe réuni dans le cadre de la mission MARTHE ( Mission d'Appui de la Réforme de la Tarification d'Hébergement en Établissement) composé de représentants des services de l'État, des Conseils généraux, de l'Assurance maladie, de responsables et professionnels d'établissements tant du secteur public que privé, et de l'École Nationale de la Santé Publique.

L'outil comprend quatre parties :

- Attentes et satisfaction des résidents et familles,
- - Réponses apportées aux résidents en terme d'autonomie, d'accompagnement et de soins,
- - L'établissement et son environnement, - Démarche qualité.

### **Assurance qualité :**

Actions planifiées et systématiques nécessaires pour s'assurer qu'un produit ou un service répondra à des exigences données de qualité. En promotion de la santé et en prévention des maladies, l'assurance qualité est une méthodologie permettant de renforcer la qualité principalement en se

concentrant sur la phase de planification des activités et des projets. Il y a plusieurs concepts de qualité liés à l'assurance qualité, qui diffèrent selon l'étape de mise en œuvre considérée. Ces concepts sont : les standards de qualité, la gestion de la qualité, l'évaluation de la qualité et les améliorations de la qualité.

### **Certification des établissements de santé :**

La loi du 13 août 2004 introduit un changement de vocable : la “ certification ” remplace l’ “ accréditation ” auparavant utilisé pour les établissements de santé. Le terme “ accréditation ” est désormais réservé à l'accréditation des médecins et des équipes médicales.

Au-delà de ce changement de vocable, la procédure et son objectif restent les mêmes : évaluer la qualité et la sécurité des soins dispensés par les établissements de santé publics et privés ; cette évaluation portant sur l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de l'organisation interne de l'établissement et de la satisfaction des patients. La Haute Autorité de santé organise, met en œuvre et délivre les certifications.

La procédure de certification s'articule autour de trois grands axes stratégiques : 1. l'appréciation du service médical rendu aux patients ; 2. le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management ; 3. l'accent mis sur la gestion des risques.

### **Contrat de bonnes pratiques :**

C'est, un engagement à l'adhésion individuelle pour l'accompagnement des professionnels. Chaque convention comporte désormais un contrat de bonne pratique, ensemble d'engagements mutuels entre le professionnel adhérent et l'Assurance maladie, autour de sa pratique professionnelle. Chaque professionnel est libre d'y adhérer. Le contrat porte sur la formation continue conventionnelle, également sur l'utilisation d'outils facilitant la pratique et la coordination, le respect des recommandations de bonne pratique, etc. Il donne lieu à un suivi spécifique de l'activité. Le respect des engagements du contrat par le professionnel ouvre droit, chaque année, à une rémunération forfaitaire.

### **Evaluation de la dépendance des personnes âgées :**

Le niveau de dépendance des personnes âgées est évalué selon la grille de référence AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources à partir de 10 critères - cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communication à distance - . Selon cette évaluation, les personnes âgées appartiennent à un des 6 groupes iso ressources - GIR- définis.: du GIR 1 pour les personnes les plus dépendantes au GIR 6 pour les moins dépendantes.

### **Evaluation des pratiques professionnelles :**

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. L'évaluation des pratiques professionnelles est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle, élaborés ou validés par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le Code de Santé Publique confie aux sections des URML le soin de mettre en œuvre l'Evaluation des Pratiques Professionnelles des médecins. (Section 3 : Evaluation des pratiques professionnelles du Code de Santé Publique Article D1414-53 à D1414-65). La loi du 13 Août 2004 rend obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles pour tous

les médecins exerçant à titre libéral. (article L4133-1-1 du Code de la Santé Publique). Elle prévoit des décrets d'application (non publiés à ce jour).

#### Evaluation collective des pratiques :

L'évaluation collective des pratiques vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par la haute autorité de santé (HAS) Elle peut notamment prendre la forme de réunions ou groupe pairs associant des médecins d'activité similaire en vue de l'analyse de cas cliniques relevant de la pratique de ces médecins rendus anonymes vis-à-vis des patients et des écarts entre l'activité de ces médecins et les référentiels de pratique.

#### Evaluation des technologies de soins :

L'évaluation des technologies de soins incombe à la haute autorité de santé (HAS). C'est une démarche qui a pour objet d'examiner les conséquences à court et à long terme, de l'usage d'une technologie particulière sur les individus et sur la société dans son ensemble. Elle prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, son coût et son rapport coût/avantage. Elle comporte également l'analyse de ses implications économiques, sociales et éthiques et met à jour les points à approfondir en termes de direction de recherche. Les méthodologies développées reposent sur une synthèse objective des connaissances scientifiques, mais aussi sur la participation systématique de groupes d'experts. Le groupe de travail participe à la synthèse de l'information scientifique, commente les documents produits, fait des propositions et valide le document final. Sélection, analyse et synthèse des informations scientifiques disponibles sont réalisées selon une méthode explicite. Des grilles d'analyse des articles permettent de sélectionner et de présenter les résultats objectivement. L'évaluation des technologies médicales est plus qu'un processus d'assurance qualité des techniques ; c'est un argumentaire objectif fondé sur l'état des connaissances permettant d'aider la prise de décision. La démarche d'évaluation technologique peut stimuler efficacement la recherche clinique et l'évaluation économique.

#### **Evaluation médico-économique :**

L'évaluation médico-économique cherche à établir une relation entre le coût de différentes interventions et leurs résultats. C'est l'outil privilégié de l'évaluation de l'efficacité (c'est-à-dire du rapport entre le coût et la performance) des stratégies médicales. Dans une optique macro-économique, elle précise l'efficacité d'une activité médicale en établissant le rapport entre le coût pour la collectivité et les avantages pour la population concernée par cette activité.

#### **GMP :**

Groupe Iso ressource (GIR) moyen pondéré d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : C'est la valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Les GIR sont valorisés en points GIR (1000 pour le GIR 1, 840 pour le GIR. 2, 660 pour le GIR 3, 420 pour le GIR. 4, 250 pour le GIR 5, 70 pour le GIR 6). Selon l'effectif de chaque GIR on obtient un nombre de points GIR. Le GMP est le total des points dans les différents groupes sur le nombre de personnes hébergées.

GMP (GIR moyen pondéré) Le GMP d'un établissement est la valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement. Les GIR sont valorisés en points GIR Selon l'effectif de chaque GIR on obtient un nombre de points GIR. Le GMP est le total des points dans les différents groupes rapporté au nombre de personnes hébergées.

### **Indicateurs :**

Un indicateur est un outil simple qui permet d'observer périodiquement les évolutions d'un phénomène, en le positionnant par rapport à des objectifs fixés. Il s'agit d'une donnée quantitative qui permet de caractériser une situation évolutive, une action ou les conséquences d'une action, de façon à les évaluer et à les comparer à leur état à différentes dates. Un indicateur porte une signification qui dépasse la donnée quantitative fournie (ainsi, une température de 39°C signifie un sujet malade) et a une capacité à rendre compte de façon concise et objectivée de phénomènes complexes. Un indicateur présente toujours un modèle de la réalité, non la réalité elle-même, c'est pourquoi il doit être accompagné d'informations qualitatives et de commentaires.

### **Labellisation :**

La labellisation est une procédure permettant de conférer à un établissement producteur de bien ou services la reconnaissance non contestable de son aptitude à offrir des prestations spécifiques de haute valeur ajoutée.

Évaluation de la dépendance des personnes âgées. Le niveau de dépendance des personnes âgées est évalué selon la grille de référence AGGIR (autonomie, gérontologie, groupe iso ressources) à partir de 10 critères cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communication à distance

Selon cette évaluation, les personnes âgées appartiennent à un des 6 groupes iso ressources - GIR-définis. le Gir. 1 pour les personnes les plus dépendantes et le Gir. 6 pour les moins dépendantes.

### **Observatoire des dérogations tarifaires:**

L'observatoire des dérogations tarifaires est un groupe de travail co-piloté par la CNAMTS et l'URCAM Rhône Alpes, auquel participent plusieurs autres URCAM (Aquitaine, Centre, Ile de France, PACA, Picardie) et la DHOS.

Cet observatoire a pour missions

1. d'être un observatoire national des prestations financées sur la 5<sup>e</sup> enveloppe ;
2. d'évaluer la pertinence des prestations financées
3. d'établir des repères nationaux sur leurs valorisations.

Son travail est organisé suivant la méthodologie suivante:

- Il organise la remontée des prestations dérogatoires financées dans les régions.
- Il identifie les prestations des dérogatoires des prestations qualifiées à tort de dérogatoires.
- Il analyse les prestations dérogatoires les plus fréquemment recensées et propose des "standardisations" de leurs contenus et de la rémunération des professionnels pour les réaliser.
- Il rédige à partir des données remontées une synthèse nationale. La synthèse nationale est réalisée par des médecins et du personnel administratif de l'Assurance Maladie
- Le travail est réalisé en lien avec le groupe CCAM.

### **Observatoire des recompositions hospitalières :**

Créé en juin 2002 à l'initiative de la DHOS, cet observatoire a pour objectif :

-de disposer d'informations actualisées sur l'état des lieux des coopérations : cartographies, tableaux de synthèse, analyse...

- de dynamiser la réflexion et l'émergence d'idées nouvelles en permettant aux professionnels de terrain, aux usagers, etc. de faire remonter leurs idées en matière de coopération hospitalière .
- de diffuser les normes législatives et réglementaires encadrant les rapprochements entre établissements de santé .
- de communiquer sur la politique du ministère et sur les opérations ayant un impact fort sur l'organisation des soins-d'aider à la décision en permettant aux ARH de visualiser le degré de réalisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire, en diffusant les exemples de

coopérations réussies, en mettant à la disposition des promoteurs de projet des exemples de conventions de coopération.

- De mutualiser l'information et de promouvoir la recherche et l'amélioration de la connaissance dans le domaine des coopérations et recherche de complémentarités interhospitalières. L'adresse du site des recompositions hospitalières est : [www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr](http://www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr)

### **Observatoire national des réseaux de santé (ONRS) :**

créé en 2004 sous l'égide de la DHOS permet de suivre et d'accompagner de manière coordonnée le développement des réseaux au niveau national. Cet observatoire tire toute sa légitimité du caractère novateur du travail en réseau et de la réflexion à mener sur la place- à observer et mesurer - des réseaux dans le système de santé. Il a pour objectif de- constituer un centre ressources pour tous les acteurs concernés, d'assurer le suivi du dispositif des réseaux, de l'évaluer et le faire évoluer.

Les moyens de l'ONRS sont les suivants :-

- La création et le suivi d'un site Internet- Un comité de pilotage rassemblant les représentants de tous les partenaires institutionnels, professionnels et usagers des réseaux

- Des groupes de travail, ouverts à des membres extérieurs

veille juridique et questions juridiques

ingénierie des réseaux

évaluation des réseaux

Réseaux et territoires de santé Des rencontres occasionnelles ou régulières, nationales ou locales soit avec les différents acteurs, telle la rencontre de tous les réseaux portant sur la même pathologie, soit, sous l'impulsion du groupe de liaison ARH/URCAM, via des "forums réseaux", régionaux ou interrégionaux, pourraient rassembler tous les acteurs locaux y compris avec les usagers ou associations de patients concernés. L'adresse Internet du site est: [www.onrs.net](http://www.onrs.net)

### **Observatoire des réseaux de télésanté dont la télémedecine :**

Cet observatoire est un outil d'information, de communication relatif à la santé publique et à l'aménagement du territoire créé à l'initiative du ministère de la santé (DHOS). Il comporte une base de données et une représentation cartographique des applications recensées dans toutes les régions.

Cette cartographie est caractérisées par :

1. Une logique de réseau utilisant les technologies de l'information et de la communication (T.I.C.).
2. Des échanges relatifs aux soins directement (télédiagnostic, téléexpertise, télésurveillance, etc....
3. Des échanges d'informations médicales par messagerie, mise en commun d'informations médicales sur un serveur local, régional ou interrégional, ou indirectement comme une téléconférence point à point ou multipoints qui aura pour objectif de solliciter un avis ou un deuxième avis et de servir de support de formation.
4. L'utilisation intensive des technologies de l'information et de la communication (Internet, visioconférences...).
5. Le développement de plates-formes de services, régionales et/ou inter- régionales. Ne sont donc pas concernés par cet outil, par exemple : La simple mise en commun, via les réseaux de santé, d'applicatifs de gestion hospitalière des échanges d'information limités au téléphone, à la télécopie ou à la voie postale En revanche les échanges relatifs au PMSI peuvent être pris en compte. L'observatoire des réseaux de télésanté dispose d'un site Internet : [www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr/](http://www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr/)

### **Procédure**

La procédure décrit la séquence chronologique des étapes d'un travail ou indique à chacun les actes qu'il doit accomplir. Elle n'a pas le caractère contraignant de la directive, c'est-à-dire qu'elle ne

renferme pas d'ordres ni d'instructions, mais elle fournit plutôt un guide pour l'action en indiquant de quelle façon exécuter une activité.

### **Protocole de soins**

Document écrit qui définit en détail l'objectif, la conception, la méthodologie, les méthodes et les diverses étapes

### **Qualité :**

Ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confère l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites. L'amélioration de la qualité de la prise en charge est un objectif prioritaire des réseaux de santé.

### **Rapport annuel d'activité du réseau :**

Conformément au décret n° 2002-1298 du 25 10 2002 relatif au financement des réseaux, le promoteur doit pour le 31 mars, rédiger un rapport d'activité relatif à l'année précédente. Dans ce document, doit figurer la réalité du fonctionnement du réseau (patients pris en charge, professionnels et établissements de santé concernés...), l'intérêt médical, social et économique du système mis en place, la qualité des procédures d'auto-évaluation. Ce rapport précise les résultats obtenus au regard des résultats attendus. Il présente le budget exécuté de l'année en recettes et dépenses et fait état des modalités de financement global du réseau (notamment les rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel et dérogations accordées). Ce rapport est le premier volet de l'évaluation.

### **Rapport d'évaluation du réseau (article D.766-1-6 du Code de la santé publique) :**

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques et compte-tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats. Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. A cet effet, ils s'impliquent dans une démarche d'auto-évaluation. L'évaluation portera entre autres sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus et prédéfinis, comme sur les effets induits par le programme et non prévus ni au départ, ni par les grilles prédéfinies. En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Tous les trois ans ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

Les résultats de l'évaluation dont l'analyse des processus mis en œuvre permettent d'accorder ou non un nouveau financement au réseau. Dans ce cadre, l'HAS a publié en juillet 2004 un guide

d'évaluation des réseaux comportant notamment une grille d'auto évaluation d'un réseau. D'autres guides existent également (Aquitaine).

### **Recommandations de bonnes pratiques professionnelles :**

Les recommandations de bonnes pratiques sont des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

L'HAS , l'AFSSAPS et les sociétés savantes sont chargées d'élaborer ou de valider des recommandations de bonne pratique et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic, de thérapeutique et de soins palliatifs.

Les Références Médicales Opposables (RMO), qui identifient des soins ou des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux, sont établies par l'HAS et, pour le domaine du médicament, par l'AFSSAPS.

### **Référentiels :**

Un référentiel est un ensemble de d'informations spécialisées à mettre en œuvre et à respecter pour assurer la pérennité d'une démarche d'amélioration continue de la qualité .

Il existe différents types de référentiels s'appliquant au secteur de la Santé

- Les référentiels réglementaires (Code de la Santé Publique)
- les "bonnes pratiques" (réglementations émanant du Ministère de la Santé)
- Les référentiels normatifs ou normes générales, textes de référence issus de différents organismes officiels de normalisation et autres données bibliographiques
- Textes et recommandations professionnels, organismes techniques, ou publications diverses

### **Synthèse nationale :**

Chaque année, le ministère chargé de la santé (DHOS) et la CNAMTS établissent une synthèse nationale à partir des synthèses régionales des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux transmises par les directeurs des ARH et des URCAM.

Synthèse régionale annuelle des rapports d'activité des réseaux:

Chaque année, conformément au décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent au plus tard pour le 30 mars, une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et un récapitulatif des dérogations et dépenses financées à ce titre

## **10. Sources d'informations**

Merci de bien vouloir consulter la rubrique « Liens » du site de l'observatoire national des réseaux de santé : [www.onrs.net](http://www.onrs.net)