

CHARTRE DU RESEAU

■ **Dans la continuité** de la circulaire de 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes par l'infection à VIH (DGS/DH n°612 du 4 juin 1991), des ordonnances d'avril 1996, de la circulaire DH/EO n° 97/227 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements (notamment dans son paragraphe I) et de la circulaire DGS/DAS/DH/DIRMI n° 99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, palliatifs ou sociaux, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (titre 3, chapitre 5 : réseaux), le décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux de santé et le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé encouragent fortement à créer des réseaux de santé.

D'après l'article L 6321.1 du Code de la Santé Publique et les articles L162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale, un réseau de santé a pour but **un accompagnement global et cohérent des personnes en vue de l'amélioration de leur santé, réalisé par les différents intervenants médico-psycho-sociaux et les associations de patients**. Cette dynamique coopérative doit s'effectuer quel que soit l'acteur initial, sanitaire ou social, choisi par la personne. Elle ne vise pas à créer une nouvelle structure.

■ **Les acteurs du réseau** construisent des pratiques coordonnées qui assurent la continuité et la cohérence de l'accompagnement sanitaire et social et favorisent la participation des patients et/ou de leur entourage à cette démarche.

Le travail en réseau réunit des acteurs des institutions sanitaires et sociales, hospitalières ou privées, des professionnels libéraux, des associations intervenant dans les champs médicaux et sociaux ainsi que les représentants d'usagers intervenant dans le même domaine.

Usagers, professionnels et associations de malades participent ensemble à la définition des priorités pour développer une démarche de promotion de la santé qui réponde aux besoins de la population et des individus.

■ **Le réseau s'appuie** sur les principes fondamentaux contenus dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : **la personne soignée est au cœur des préoccupations des acteurs du réseau.**

☞ Toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.

☞ Toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent sa situation sanitaire, psychologique, sociale et sa vie privée.

☞ Toute personne qui s'adresse à un membre du réseau est informée que celui-ci ne travaille pas seul et qu'il pourra, dans le traitement de sa situation, éventuellement l'orienter vers d'autres acteurs. La collaboration des professionnels et des bénévoles est soumise à l'accord de la personne concernée.

☞ Les acteurs du réseau doivent permettre le libre choix de la personne, par une information complète et loyale.

☞ L'entourage de la personne, si celle-ci est d'accord, est partie prenante du travail en réseau.

- RESEAU DE SANTE MISTRAL -

■ Depuis plusieurs années, des réseaux ville-hôpital concernant différentes pathologies se sont créés et développés sur la base du volontariat. Il apparaît aujourd'hui nécessaire et opportun de rapprocher les différents réseaux en créant un **RESEAU DE SANTE MISTRAL**.

- ☞ Les réseaux ville/hôpital VIH de la région PACA ont mis en œuvre depuis 1992 des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville en matière d'infection à VIH, d'hépatites et de toxicomanies.
- ☞ Le RESEAU DE SANTE MISTRAL a pour but de réunir les acteurs (les professionnels, les institutions, les associations, les structures de soins publiques et privées) intervenant dans le domaine de l'infection à VIH, des hépatites et des toxicomanies. La finalité du réseau est d'optimiser la prise en charge de ces pathologies.
- ☞ Le RESEAU DE SANTE MISTRAL doit être un dispositif de santé publique réunissant l'ensemble des acteurs, intégrant les usagers eux-mêmes, dont le but est de prendre en compte les dimensions psychologique, sociale et non pas seulement médicale de la prise en charge des patients. Ce faisant, la dimension épidémiologique de l'infection à VIH, des hépatites et des toxicomanies dans Marseille et son agglomération sera plus efficiente.
- ☞ Le RESEAU DE SANTE MISTRAL souhaite développer une coordination ville-hôpital avec les structures de soins dont l'objet est de tisser un lien entre les acteurs de la santé en définissant avec eux les actions qui visent à améliorer la qualité, la coordination et la sécurité des soins dispensés aux patients en ville et en milieu hospitalier public ou privé.
- ☞ Le RESEAU DE SANTE MISTRAL tend aussi à être un des acteurs des liens inter-établissements dans le but d'optimiser les synergies en matière d'organisation et d'évaluation.
- ☞ Le RESEAU DE SANTE MISTRAL est constitué de professionnels de santé et d'autres professionnels concernés par l'infection à VIH, les hépatites et les toxicomanies, d'usagers, de personnes morales constituées par les structures qui ont adhéré au réseau, par les organismes ou associations de représentants d'usagers, les établissements médico-sociaux ou médico-éducatifs, les organismes ou associations concernés par l'éducation à la santé, l'infection à VIH, les hépatites et les toxicomanies.

I – OBJECTIFS GÉNÉRAUX

■ **Le RESEAU DE SANTE MISTRAL a pour buts :**

- d'organiser une prise en charge coordonnée et multidisciplinaire, dès le dépistage, pour les patients atteints d'une infection à VIH et/ou de pathologies connexes adhérant au Réseau ;
- d'améliorer la qualité du suivi médico-psycho-social et de personnaliser les soins adaptés aux personnes atteintes par l'infection à VIH et/ou les pathologies connexes ;
- de faciliter l'accès aux soins palliatifs et la gestion de la douleur en partenariat avec les structures et les réseaux existants ;
- d'offrir aux professionnels adhérents du Réseau un ensemble de services utiles à leur information / formation sur la prise en charge des patients atteints par l'infection à VIH.

■ **Les objectifs sont :**

- la mutualisation d'un savoir-faire et un niveau d'expertise en la matière ;
- la mise en place d'un « *dossier patient minimal commun* » permettant, grâce au développement d'un système d'information, une circulation permanente des données parmi les membres ;
- l'harmonisation des pratiques recommandées en matière d'infection à VIH au sein des différents membres du Réseau ;
- l'assurance de soins de proximité pour les patients ;
- l'optimisation de la prise en charge globale du patient par la mise en place d'un programme d'assurance–qualité et d'évaluation périodique ;
- le développement de la formation continue de tous les membres du Réseau .

■ **Pour atteindre ses objectifs**, le RESEAU DE SANTE MISTRAL développera, dans le cadre d'objectifs spécifiques :

- la création et l'utilisation d'un « *livret commun de stratégies thérapeutiques* » élaboré par le Réseau s'appuyant sur les recommandations officielles françaises (*rapport Yeni*) ;
- par la suite, le livret commun de stratégies thérapeutiques sera disponible sur un site Internet afin de faire bénéficier les membres du Réseau de mises à jour régulières ;
- la prise en charge coordonnée des patients en vue d'un traitement au plus près de leur domicile ;
- l'inclusion des patients du Réseau dans des essais thérapeutiques (essais de stratégie, thérapeutiques innovantes) pour qu'ils bénéficient plus souvent de nouvelles molécules ou de nouvelles stratégies ;
- des **actions de formation continue** obligatoires propres à l'infection à VIH et aux pathologies connexes :
 - ⇒ organisation de formations propres au RESEAU DE SANTE MISTRAL,
 - ⇒ participation à l'enseignement post-universitaire et/ou à la formation médicale continue,
 - ⇒ participation aux grands programmes de prévention et de dépistage organisés par les pouvoirs publics,
 - ⇒ participation ou organisation de travaux scientifiques et de recherche clinique ;
- des **actions de formation paramédicale continue** obligatoires en partenariat avec les instituts ou organismes de formation en soins infirmiers.

II – PROBLEMATIQUE DU RESEAU

II.1 – Constat et analyse

➤ **Il existe un certain nombre d'insuffisances** pouvant être résolues par la création d'un réseau bien organisé :

- déficit d'information concernant l'infection à VIH, les traitements, les alternatives, la surveillance au cours du temps ;
- insuffisance de soutien psychologique et d'aide médico-sociale ;
- difficultés pour l'accès au dossier médical et pour l'obtention des résultats ou des examens complémentaires ;
- non transmission du dossier médical au praticien prenant en charge les maladies intercurrentes ;
- prise en charge imparfaite de la douleur et des symptômes ;
- insuffisance de communication entre les soignants, notamment pour les soins à domicile et dans la phase palliative.

▪ Les soignants de proximité

- ils sont souvent mal informés sur leur rôle dans le suivi et l'accompagnement des patients ;
- ils ont souvent un accès incomplet à un certain nombre de documents de référence ;
- ils ont des difficultés de communication avec les soignants hospitaliers ;
- ils souhaitent être associés plus tôt au traitement et à la surveillance à exercer ;
- ils ressentent la nécessité de s'intégrer réellement dans l'équipe soignante et d'être reconnus comme tels par les patients.

II. 2 – Ciblage du Réseau

○ Population visée

Sont concernés par le RESEAU DE SANTE MISTRAL **tous les patients atteints par l'infection à VIH et/ou les pathologies connexes.**

○ Aire géographique ciblée

Le RESEAU DE SANTE MISTRAL concerne **les patients de Marseille et son agglomération** (territoire de santé du Plan Régional de Santé Publique : La Ciotat, Allauch, Marignane, Châteauneuf, Côte bleue, Les Pennes-Mirabeau, Marseille).

○ Professionnels concernés

- ☞ Professions médicales : médecins généralistes, spécialistes de système ou d'organe, spécialistes transversaux (virologues, pharmacologues, imagerie médicale, anatomopathologie, information médicale, biologie moléculaire, AMP, etc.)
- ☞ Professions paramédicales et diverses : infirmiers, psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes, personnels impliqués dans l'action sociale et la réinsertion, personnel des tutelles, etc.

III – LES ACTEURS DU RESEAU

III.1 – Personnes physiques ou morales composant le RESEAU DE SANTE MISTRAL

Les membres sont constitués de personnes physiques et/ou de personnes morales qui adhèrent en signant la Charte et la Convention constitutive du Réseau.

■ **Les personnes morales** sont les établissements, organismes ou associations qui ont adhéré au Réseau et à sa Charte.

- Les structures de soins publiques et privées
- Les organismes et associations regroupant les professionnels

■ **Les professionnels de santé :**

- Les médecins, généralistes et spécialistes de tous les domaines concernés
- Les chirurgiens-dentistes
- Les kinésithérapeutes
- Les infirmier(e)s
- Les pharmaciens
- Les biologistes, ...

■ **Les professionnels des secteurs médico-psycho-socio-éducatifs**

○ **Les Réseaux existants**

■ **Les partenaires institutionnels**

- Les services médicaux de la D.G.A.S. des Conseils Généraux des départements précités
- Les collectivités locales et territoriales
- Les caisses d'assurance-maladie
- Les services déconcentrés de l'Etat

■ **Les services sociaux**

■ **Les usagers et leurs familles**

Les patients sont représentés au sein des instances du RESEAU DE SANTE MISTRAL par le biais d'associations, d'associations d'usagers et/ou de représentants d'usagers.

Le patient est au centre du Réseau et par conséquent son acteur principal. Famille et proches peuvent être également intégrés comme acteurs du Réseau sous réserve de la volonté du patient.

A titre individuel, la participation est volontaire, définie sur la base d'un formulaire d'information et d'engagement et formalisée par un engagement écrit.

La participation au réseau se poursuit aussi longtemps que dure la prise en charge de l'utilisateur et tant qu'elle n'est pas dénoncée par le patient.

III. 2 – Engagement des acteurs

■ **En signant** la présente Charte et la Convention Constitutive du RESEAU DE SANTE MISTRAL, les établissements de soins publics ou privés, les associations de professionnels, les différents partenaires médicaux ou paramédicaux, publics ou libéraux, les associations de patients formalisent leur adhésion au RESEAU DE SANTE MISTRAL.

Ils s'engagent à respecter et à appliquer les protocoles médicaux et organisationnels adoptés par le Réseau, à contribuer à l'évaluation de leurs actions ainsi qu'à participer à la démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge. Une attention particulière est portée à la déontologie médicale, à la sécurisation et à la confidentialité des données nominatives concernant le patient.

Les acteurs du réseau gardent leur indépendance et toute liberté en matière de prise en charge de leurs patients dans le respect des protocoles établis et des recommandations de bonne pratique.

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. Le bénéfice des financements est subordonné au respect de cette règle. 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.

■ **En cas de manquement** grave et délibéré ou répété d'un acteur à ses engagements, le Comité de Pilotage du réseau peut prendre l'initiative d'une dénonciation de la convention liant cet acteur au réseau.

■ **L'adhésion** au RESEAU DE SANTE MISTRAL est formalisée par la signature de la Charte et de la Convention Constitutive du réseau.

☞ Elle peut être individuelle pour les usagers ou les professionnels, qu'ils soient libéraux ou qu'ils fassent partie d'une structure.

☞ Elle peut se faire au nom d'une institution, d'une association ou de toute autre structure lorsque l'adhésion de celle-ci est adoptée par son Conseil d'administration ou son instance dirigeante.

☞ Par cet engagement, les membres adoptent des règles communes pour la prise en charge des usagers (pratiques professionnelles communes prédéfinies par le Réseau).

☞ Ils s'engagent à respecter la charte.

☞ Ils acceptent de participer aux activités du Réseau et de se soumettre aux modalités d'évaluation définies par le Comité de pilotage.

■ **Responsabilités des acteurs**

☞ Les hôpitaux et établissements partenaires sont exonérés de toute responsabilité civile ou pénale pouvant être la conséquence d'actes dommageables constitués par une faute, dans l'exercice de leur art, par les acteurs libéraux du présent Réseau.

☞ Le professionnel libéral intervient sous sa propre responsabilité conformément aux règles déontologiques de sa profession.

☞ Le signataire libéral de la Convention s'oblige au respect des présentes dispositions. A défaut ou en cas de manquement ou faute grave, il peut être exclu de son champ d'application sur avis motivé de la Cellule de coordination.

■ **La présente adhésion** est conclue pour une période d'*un an* à compter de la date de signature et

prorogée annuellement par tacite reconduction pendant *trois ans*.

Cette adhésion est volontaire et peut être dénoncée par chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Comité de pilotage 15 jours avant la date d'échéance, sauf en cas d'exclusion prévu par le rôle du Comité de pilotage, d'effectivité immédiate. Dans ce cas, les données acquises au travers des dossiers-patients resteront la propriété du Réseau.

■ **La présente adhésion** s'éteint de plein droit dans les cas suivants :

- ⇒ modification des structures médicales et médico-sociales des hôpitaux et établissements partenaires du Réseau ;
- ⇒ parution de textes législatifs ou réglementaires contraires aux présentes dispositions.

III.3 – Les modalités d'entrée et de sortie des acteurs

L'adhésion au réseau de santé MISTRAL se fait sur un mode volontaire.

- Il est remis à l'utilisateur : une lettre d'information et d'engagement qui sera signée par l'utilisateur. **Il est porté à sa connaissance** : la Charte du Réseau et la Convention Constitutive.
- Il est remis aux professionnels de santé : la charte du Réseau, la convention constitutive, une lettre d'information et d'engagement qui seront signés par les acteurs de santé.

Les usagers s'engagent à informer leur médecin coordinateur référent de la sortie du Réseau. Les professionnels de santé s'engagent à ne pas mettre en péril la continuité des soins et la sécurité des usagers

Les adhérents peuvent sortir à tout moment du Réseau en adressant une lettre de démission au Président du Comité de pilotage du Réseau.

Un manquement à l'un des principes de la Charte ou de la Convention constitutive peut entraîner l'exclusion à l'issue d'un vote du Comité de pilotage.

III. 4 – Relations avec les autres réseaux

Des partenariats spécifiques avec d'autres réseaux pourront être formalisés par des conventions particulières dans le cadre d'actions ponctuelles.

Il est créé au sein du RESEAU DE SANTE MISTRAL une Assemblée générale, un Comité de pilotage, un Conseil scientifique, une Cellule de coordination.

IV - LES INSTANCES DU RESEAU

IV. 1 – Le Comité de pilotage

■ **La participation au Comité de pilotage** ne donne lieu à aucune rémunération pour les personnels salariés par l'une des parties signataires de la Convention constitutive ou par le Réseau.

Le cas échéant, les frais de déplacements des membres peuvent faire l'objet d'un remboursement si des moyens spécifiques sont obtenus.

■ **Le Comité de pilotage du Réseau** est chargé du pilotage, de la coordination et de la mise en œuvre des actions propres du Réseau sur la base de la présente Charte. Il est notamment chargé :

- d'organiser la traçabilité des actions et de veiller au recueil systématique d'indicateurs ;
- d'impulser, d'analyser les évaluations réalisées et de proposer des actions correctrices ;
- d'assurer l'animation du Réseau et de maintenir les réseaux de correspondants par l'édition d'un bulletin, l'organisation des formations continues, le retour d'information sur les évaluations dans un but d'amélioration de la qualité ;
- de suivre l'évolution technique du support de communication et des outils utilisés ;
- de préparer chaque année le budget et le bilan du Réseau et de les soumettre aux parties signataires de la Convention constitutive ainsi qu'aux tutelles ;
- de suivre les dépenses du réseau ;
- de préparer valider les dossiers de demande de financement ;
- d'harmoniser les modalités d'évaluation des différents réseaux ;
- de proposer un tableau de bord d'indicateurs communs ;
- de proposer des protocoles standardisés concernant les différents volets relatifs à l'évaluation de la qualité, à l'évaluation de la satisfaction des personnes prises en charge et des acteurs du Réseau, à l'évaluation du fonctionnement du Réseau et à l'évaluation économique ;
- d'assurer la continuité du suivi des trajectoires des patients grâce à un système d'information de qualité (suivi du devenir des patients, perdu de vue, décès,...) ;

■ **Le Comité de Pilotage désigne** en son sein un Président.

Il se réunit en tout ou partie selon l'ordre du jour à l'initiative du Président. Un compte-rendu est établi pour chacune de ces réunions. Ces dernières ont lieu *au moins quatre fois par an*. Pour remplir ses missions, le Comité de Pilotage s'appuie sur les propositions du Conseil Scientifique. Le Comité de Pilotage pourra mettre en place toute structure qu'il juge nécessaire pour l'atteinte et le suivi des objectifs (ex : Comité d'Évaluation).

IV. 2 – Le Conseil Scientifique

■ **Le Conseil Scientifique est composé** de représentants de chaque discipline, impliqués et choisis au sein du Réseau pour leurs compétences et leur notoriété dans les différents domaines d'action du réseau : diagnostic, soins, suivi, formation, évaluation et recherche. La liste est révisée tous les *trois ans*. Les coordinateurs médicaux du réseau siègent au Conseil Scientifique dont ils sont membres de droit. Le conseil scientifique sera formé à l'issue de l'assemblée générale constitutive du réseau.

■ **La participation au Conseil Scientifique** ne donne lieu à aucune rémunération pour les personnels salariés par l'une des parties signataires de la Convention constitutive ou par le Réseau. Le cas échéant, les frais de déplacement des membres peuvent faire l'objet d'un remboursement dans la limite des budgets prévus et alloués.

■ **Le Conseil Scientifique se réunit** *au moins deux fois par an* et plus souvent si nécessaire à l'initiative du Président du Comité de pilotage. Celui-ci participe aux réunions.

■ **Le Conseil Scientifique prend connaissance** du bilan qui lui est présenté sur les actions

menées par le Réseau dans le domaine du diagnostic, des soins, du suivi, de la formation, de la recherche et de l'évaluation. Il est chargé d'assurer l'actualisation et la validation des référentiels constituant le parcours du patient

Il élit en son sein un Président et un Secrétaire.

IV. 3 – L'Assemblée Générale

L'Assemblée Générale réunit tous les adhérents du Réseau. Elle est convoquée par le Président du Comité de Pilotage *une fois par an* et en cas de modification de la Charte ou de la Convention Constitutive du réseau.

IV. 4 – La Cellule de Coordination

■ Ressources Humaines

La Cellule de Coordination est composée de médecins à temps partiel, de secrétaires médicales et de tout autre personne, en fonction des moyens financiers sollicités par le réseau et accordés. Ces fonctions seront d'assister les acteurs du réseau, d'animer et de coordonner leurs actions.

■ Moyens matériels

Ils doivent comprendre des bureaux ainsi que le matériel informatique nécessaire, des moyens de classement et de communication et le matériel de formation.

■ Fonctionnement

Le fonctionnement de la Cellule de coordination doit être transparent par des communications et l'édition de bulletins d'information.

■ Adhésion et participation du RESEAU DE SANTE MISTRAL à d'autres réseaux

Le RESEAU DE SANTE MISTRAL se réserve le droit d'adhérer à d'autres réseaux, institutions ou associations évoluant dans le même domaine.

V – ORGANISATION DU RESEAU

V. 1 – Systèmes d'information et de communication

Une des justifications de la création du RESEAU DE SANTE MISTRAL est de mettre en commun les différents travaux sur les systèmes d'information. Compte tenu des outils existants sur le marché, le système d'information sera d'abord organisé sur la base de documents papier. Le RESEAU DE SANTE MISTRAL s'engage dans un processus d'informatisation des données.

Grâce à la mise en commun des systèmes d'information, il est défini « *un dossier minimum commun partagé* », afin de permettre l'échange des informations médicales nécessaires et suffisantes pour la délivrance de soins de qualité à chaque patient.

Tous les acteurs seront formés à l'utilisation efficace de ces moyens de communication.

V. 2 – Procédure de qualité et démarche d'amélioration continue

Il est défini un cadre général permettant la conduite et l'évaluation des procédures d'amélioration avec formation des acteurs à leur mise en œuvre. Les améliorations retenues sont diffusées à l'ensemble des acteurs.

VI – EVALUATION DE L'ACTIVITÉ DU RÉSEAU

○ **La démarche d'évaluation** fait partie intégrante des missions du Réseau. Afin d'apporter une aide à la décision en matière de stratégies de prise en charge préventive, diagnostique et thérapeutique, il est indispensable de mettre en place une évaluation et de recueillir les données épidémiologiques disponibles. Une politique d'amélioration continue de la qualité nécessite la mise en place d'une évaluation efficace et régulière.

■ **L'évaluation du Réseau** se fonde sur les recommandations ANAES « *Evaluation des réseaux de soins : bilan de l'existant et cadre méthodologique* » (octobre 2001) et « le guide d'évaluation des réseaux de santé » (Juillet 2004), sur les recommandations prévues dans les cahiers des charges édités annuellement par l'ARH-URCAM dans le cadre de la DRDR et sur tout texte réglementaire en vigueur.

Le Comité de Pilotage doit désigner en son sein un **Comité d'évaluation**. Ce dernier est chargé de s'assurer que les données nécessaires au bon déroulement de l'évaluation sont disponibles.

Le Comité d'évaluation se réunit *trois fois par an*.

A partir des travaux du Comité d'évaluation, le Réseau s'engage à mettre en œuvre un système d'information performant concernant le partage du dossier médical et l'analyse des données.

Le Réseau est promoteur du recueil épidémiologique et a pour fonction de corriger les données, d'en garantir la confidentialité et d'en déterminer leur utilisation opérationnelle.

L'évaluation des pratiques professionnelles se fera chaque année aux moyens de ce recueil.

De même, l'évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels sera mise en œuvre chaque année.

■ **L'évaluation est un processus** permanent et essentiel de la vie d'un réseau de soins. Elle s'inscrit dans la démarche d'amélioration qui vise à donner à chaque acteur impliqué des méthodes adaptées pour évaluer son action et contribuer à l'optimisation de l'action du Réseau. Ainsi, par l'implication des acteurs, le Réseau est régulièrement évalué au travers d'indicateurs simples et partagés.

Le Comité de pilotage, lui-même ou par l'intermédiaire du Comité d'évaluation mis en place à sa demande, est chargé de s'assurer que les données nécessaires au bon déroulement de l'évaluation sont disponibles.

L'évaluation portera sur le fonctionnement, la structure et les procédures ainsi que sur les résultats thérapeutiques, la satisfaction des patients et des membres du Réseau :

- dynamique du RESEAU DE SANTE MISTRAL ;
- utilisation des ressources et efficience ;
- engagement des acteurs ;
- pertinence du RESEAU DE SANTE MISTRAL ;
- gestion économique.

Date et Signature :

ANNEXES

Annexe 1 : Calendrier prévisionnel de l'activité du réseau

Annexe 2 : Composition du comité de pilotage

Annexe 3 : Composition prévisionnel du conseil scientifique

Annexe 4 : Liste indicative des textes législatifs et règlementaires

CALENDRIER PREVISIONNEL DE L'ACTIVITE DU RESEAU
--

ANNEE 1 (juillet 2007 – juillet 2008)

Objectifs	Indicateurs	Date prévisionnelle de réalisation
SANITAIRES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre de patients suivis : 400 ◆ Recherche et aménagement d'un nouveau local ◆ Adossement d'un protocole de soins (suivant référentiel : recommandations du groupe d'experts national) ; actualisation des protocoles existants ◆ Production du tableau de bord de suivi interne complété et comportant les indicateurs de suivi ◆ Bilan de chaque dispositif d'accompagnement à la santé et d'aide à la vie quotidienne ◆ Production de la liste d'émargement et du contenu des séances de formation des professionnels ◆ Production de la liste d'émargement et du contenu des réunions d'information ◆ Bilan des protocoles de recherche clinique mis en œuvre ◆ Production du recueil épidémiologique annuel 	30 juin 2008
ECONOMIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Point sur la méthodologie d'analyse des coûts induits par le suivi des usagers du réseau ◆ Point sur la recherche de nouveaux partenaires financiers 	30 juin 2008
ORGANISATIONNELS	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nombre de professionnels de santé adhérents : 80 ◆ Production des protocoles organisationnels ◆ Etat d'avancement des conventions en cours avec les partenaires institutionnels et associatifs ◆ Développement des rencontres avec les établissements de santé et les autres professionnels pour la diffusion de l'information sur le réseau ◆ Point d'avancement de l'organisation de la partie sécurisée du site Internet ◆ Evaluation de la fréquentation du site Internet ◆ Dépôt de demande d'autorisation à la CNIL concernant la base de données des usagers du réseau ◆ Recrutement d'un coordinateur de réseau 	30 juin 2008
QUALITE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Point sur la mesure de la satisfaction des usagers ◆ Point sur la mesure de la satisfaction des professionnels de santé et des partenaires 	30 juin 2008
EVALUATION INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Point sur l'optimisation des outils d'évaluation et des outils de suivi après une première étape d'expérimentation d'évaluation interne 	30 juin 2008

ANNEE 2 (juillet 2008 – juillet 2009)

- RESEAU DE SANTE MISTRAL -

Objectifs	Indicateurs	Date prévisionnelle de réalisation
SANTAIRES	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nombre de patients suivis : 500 ♦ Actualisation des protocoles de soins existants ♦ Production du tableau de bord de suivi interne complété et comportant les indicateurs de suivi ♦ Bilan de chaque dispositif d'accompagnement à la santé et d'aide à la vie quotidienne ♦ Production de la liste d'émargement et du contenu des séances de formation des professionnels ♦ Production de la liste d'émargement et du contenu des réunions d'information ♦ Bilan des protocoles de recherche clinique mis en œuvre ♦ Production du recueil épidémiologique annuel 	30 juin 2008
ECONOMIQUES	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Point sur la méthodologie d'analyse des coûts induits par le suivi des usagers du réseau ♦ Point sur la recherche de nouveaux partenaires financiers 	30 juin 2008
ORGANISATIONNELS	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nombre de professionnels de santé adhérents : 90 ♦ Actualisation des protocoles organisationnels ♦ Etat d'avancement des conventions en cours avec les partenaires institutionnels et associatifs ♦ Développement des rencontres avec les établissements de santé et les autres professionnels pour la diffusion de l'information sur le réseau ♦ Finalisation de l'organisation de la partie sécurisée du site Internet ♦ Evaluation de la fréquentation du site Internet 	30 juin 2008
QUALITE	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Point sur la mesure de la satisfaction des usagers ♦ Point sur la mesure de la satisfaction des professionnels de santé et des partenaires 	30 juin 2008
EVALUATION INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Point sur l'optimisation des outils d'évaluation et des outils de suivi 	30 juin 2008

Annexe 2

COMPOSITION DU COMITE DE PILOTAGE

- **L'Assemblée générale** désigne en son sein pour 2 ans un Comité de pilotage de 12 membres :

- **Madame Cécile CHAUSSIGNAND**

Coordinatrice délégation 13 – AIDES

- **Docteur Christophe COMPAGNON**

Dermatologue – CHU Conception – Hôpital Saint-Joseph – CDAG 13

Coordinateur – RESEAU SANTE VIEUX-PORT

- **Madame Marie-Laure DAHER**

IDE Coordinatrice - Responsable dispositif Education Thérapeutique

- **Monsieur Christophe DUBOIS**

Nutritionniste

- **Mademoiselle Aude FRIXTALON**

Coordinatrice sociale – FEDERATION DES RESEAUX VILLE-HOPITAL DE MARSEILLE

- **Docteur Simon HAKOUN**

Médecin généraliste – CHU Nord (Marseille)

Coordinateur – RESEAU VIH VILLE-HOPITAL MARSEILLE NORD

- **Mademoiselle Marjorie MAILLAND**

Association LE TIPI

- **Docteur Pervenche MARTINET**

Médecin CDAG, Conseil Général des Bouches-du-Rhône

- **Docteur Saadia MOKHTARI**

Praticien hospitalier – CHU Nord (Marseille)

- **Docteur Mathieu ORTICONI**

Médecin généraliste – CHU Sainte-Marguerite – LE CABANON

- **Docteur Patrick PHILIBERT**

Médecin Généraliste – Hôpital Ambroise Paré – Autres Regards

Coordinateur – RESEAU SANTE MARSEILLE SUD

- **Docteur Isabelle RAVAUX**

Praticien Hospitalier – CHU Conception

- **Monsieur Philippe SEJEAN HAROUET**

Ostéopathe DO, psychomotricien DE, psychothérapeute

- **Madame Marie SUZAN**

Association AIDES PACA

- **Madame Dominique SPERANDEO**

Gynécologue - CHU Conception (Marseille) – Collège de Gynécologie Médicale Provence

- **Monsieur Jean-Yves THEVENOD**

Responsable Site Internet

- **Docteur Frank TOLLINCHI**

Médecin Généraliste – Hôpital Saint-Joseph

Président – FEDERATION DES RESEAUX VILLE-HOPITAL DE MARSEILLE

- **Madame Colette VIARD**

Psychologue coordinatrice du dispositif psychologie à domicile

- **Le Comité de pilotage** pourra être assisté d'un Collège consultatif représentant les partenaires institutionnels invités :

- **un représentant de l'URCAM**
- **un représentant de l'ARH**

Annexe 3

COMPOSITION PREVISIONNELLE DU CONSEIL SCIENTIFIQUE

Le Conseil scientifique comprend les membres suivants :

- **Madame Dominique BLANC**
Chef de service – Sleep in
- **Monsieur Christian BONNET**
Docteur en psychologie
- **Docteur Marc BOURLIERE**
Hépatogastroentérologue
Chef du Service d'Hépatogastroentérologie – Hôpital Saint-Joseph (Marseille)
- **Docteur François BRUN**
Médecin généraliste – CHU Sainte-Marguerite (Marseille)
Président du Réseau Santé Marseille Sud et du Réseau Canebière
- **Monsieur Fabrice DELAPORTE**
Infirmier libéral – Réseau Infirmiers Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient (ILHUP)
- **Docteur Patricia ENEL**
Praticien Hospitalier
Cellule Santé Publique DMI2 – Département d'Information médicale – CHU Conception (Marseille)
- **Docteur Thierry GAMBY**
Dermato-vénérologue – Interniste
Chef du Service de Dermatologie – Hôpital Saint-Joseph (Marseille)
- **Professeur Bruno LACARELLE**
Pharmacologue – Laboratoire de Pharmacocinétique – CHU Timone (Marseille)
- **Docteur Jean-Marc LA PIANA**
Médecin généraliste Directeur du service de soins palliatifs LA MAISON (Gardanne)
- **Docteur Jacques MOREAU**
Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et tropicales – CHU Nord (Marseille)
- **Docteur Isabelle POIZOT-MARTIN**
Praticien Hospitalier
Service CISIH, Hôpital Sainte Marguerite (Marseille)
- **Docteur Dominique SPERANDEO**
Gynécologue
CHU Conception (Marseille) – Collège de Gynécologie Médicale Provence
- **Docteur Catherine TAMALET**
Biologiste
Laboratoire de Virologie – CHU Timone (Marseille)
- **Docteur Hervé TISSOT-DUPONT**
Praticien Hospitalier
Service des Maladies Infectieuses et Tropicales – CHU Conception (Marseille)
- **Docteur Chantal VERNAY-VAISSE**
Médecin chef CDAG, Conseil Général des Bouches-du-Rhône

Annexe 4

<p style="text-align: center;">LISTE INDICATIVE DES TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES</p>

- Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé
- Article L. 6321-1 du code de la santé publique et les articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale
- Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux
- Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé
- Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat)
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique
- Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance-maladie
- Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002
- Circulaire de 1991 relative à la mise en place des réseaux ville-hôpital dans le cadre de la prévention et de la prise en charge sanitaire et sociale des personnes atteintes d'infection à VIH, DGS/DH n°612 du 4 juin 1991
- Code de la Santé Publique tel qu'il résulte dans sa rédaction de la loi du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière et de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, notamment ses articles L 712-3-2 et L 710-5
- Circulaire DH/EO n° 97/227 relative aux réseaux de soins et communautés d'établissements, notamment dans son paragraphe I
- Circulaire DGS/DAS/DH/DIRMI n° 99/648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, palliatifs ou sociaux
- Vu le décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la Santé Publique.