



CONVENTION CONSTITUTIVE

Actualisée le 21/07/2014

Avant-propos

Suivant les articles D. 766-1-2. et D 766-1-5. du décret 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, les promoteurs du réseau RéuCARE ont rédigé une convention constitutive. Celle-ci a ensuite été actualisée selon l'évolution des missions du réseau de santé.

Cette convention est signée par tout nouveau membre du réseau et elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de la zone géographique du réseau.

1. L'objet du réseau et les objectifs poursuivis

Le réseau RéuCARE est un dispositif de coordination, de 2^e recours, hors soins.

Le réseau de santé RéuCARE, initialement créé pour contribuer à la prise en charge préventive des patients à haut risque cardio-vasculaire et rénal sur toute l'île de La Réunion, a depuis fin 2013 la mission principale d'aider à prévenir l'aggravation vers l'insuffisance rénale terminale (stade 5).

Il a ainsi recentré son projet de santé en lien, d'une part, avec les priorités de santé régionales définies dans le PRS-Réunion 2012-2016 et, d'autre part, avec le guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » rédigé par la Direction Générale de l'Offre de soins.

→ **Les 3 orientations principales du projet sont :**

Orientation n°1 : Améliorer le suivi préventif du patient dépisté à risque rénal (stade 1 et plus) pour retarder l'apparition de l'IRC et le passage en phase terminale (stade 5).

Orientation n°2 : Apporter des outils et supports en appui des médecins libéraux pour retarder l'entrée en Maladie Rénale Chronique (MRC) et l'évolution vers le stade 5.

Orientation n°3 : Améliorer la coordination entre tous les acteurs impliqués dans la prise en charge de la maladie rénale et de ses facteurs de risque d'aggravation

→ **Le principal objectif spécifique du projet** est d'aider à améliorer le parcours du patient malade rénal chroniques, c'est-à-dire d'améliorer la qualité, la continuité, la sécurité des soins et du service rendu aux patients concernés.

→ **Le principal objectif opérationnel du projet** est de proposer un appui au médecin traitant pour la coordination des parcours de ses patients malades rénaux chroniques et de favoriser la coordination des professionnels de santé et des structures de soins, ou sociales et médico-sociales sur les 3 territoires de santé de La Réunion.

L'équipe de coordination du réseau propose aux professionnels de santé plusieurs services (suivi du parcours personnalisé du patient, coordination de l'accès aux ressources de proximité, accompagnement patient, etc.). La coordination est fondée sur un plan personnalisé de santé (PPS) co-construit avec le médecin traitant et le patient.

Le réseau propose également aux professionnels de santé des actions contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et de la concertation entre intervenants (formations médicales ou pluridisciplinaires, outils d'aide à la pratique, ateliers pluridisciplinaires d'échanges de pratiques professionnelles autour de cas complexes, etc.).

→ **Les objectifs d'amélioration de la qualité des soins de ville** passent en particulier par:

- La formation adéquate des professionnels de santé concernés permettant la mise en oeuvre de pratiques préventives et thérapeutiques adaptées selon les consensus et les recommandations de bonne pratique, ainsi que l'initiation d'une éducation thérapeutique efficiente par les médecins et infirmières libérales.
- Le décloisonnement des pratiques professionnelles par l'utilisation d'outils partagés et l'articulation des prises en charge dans un parcours coordonné du patient chronique.
- La mise en place d'un processus continu d'amélioration de la qualité du service rendu par des procédures d'évaluation, reposant en particulier sur le recueil d'indicateurs par les professionnels eux-mêmes, informatisés pour être traités de manière anonyme.
- Du côté du réseau, par :
 - l'engagement de renforcer l'efficience de son organisation et de son fonctionnement ;
 - l'engagement de disposer des outils de suivi et d'évaluation permettant d'apprécier la performance attendue et l'atteinte des objectifs en termes de coordination des soins ;
 - l'engagement à disposer d'un système d'information communiquant et intégré en termes de coordination des soins.

2. L'aire géographique du réseau et la population concernée

ZONE GEOGRAPHIQUE

Il s'agit d'un dispositif régional, qui concerne les 3 territoires de santé de l'île (Nord-Est, Sud et Ouest), en suivant l'adhésion des professionnels de santé à l'association et/ou l'inclusion de patients.

LA POPULATION VISEE

Population concernée par les actions du réseau : les patients dépistés avec une atteinte rénale de stade 1 et plus, avec ou non des facteurs de risque d'aggravation associés, volontaires pour bénéficier des services du réseau de santé.

Le patient malade rénal chronique se voit proposé l'adhésion au réseau par un médecin (ou éventuellement un autre professionnel de santé) pour bénéficier d'un suivi de la planification personnalisée sur un an de son parcours de santé et d'accès facilité à des ressources (consultations diététiques et psychothérapeutiques financées, structures d'arrêt du tabac, programmes d'éducation thérapeutique du patient, lieux de pratique d'activité physique adaptée, aide sociale, etc.)

Le patient inclus dans le réseau reste sous la responsabilité de son médecin traitant, lui-même adhérent au réseau ou non, destinataire principal de toutes les informations de suivi du parcours de santé de son patient.

3. Le siège du réseau et l'identification des promoteurs

SIEGE DU RESEAU

97 rue Bois-de-Nèfles, 97400 Saint-Denis

PROMOTEUR

L'association "RéuCARE", à but non lucratif (loi 1901), est composée de professionnels de santé et de patients.

Le Conseil d'Administration est composée de 10 personnes au plus (notamment : médecin, pharmacien, infirmier, podologue, usagers).

4. Les personnes physiques et morales, membres du réseau

Le réseau RéuCARE est un réseau de santé en prévention de la maladie rénale chronique, associant médecins généralistes et spécialistes (tels que: néphrologue, endocrinologue, cardiologue, addictologue, interniste, etc.), libéraux et hospitaliers, ainsi que des auxiliaires médicaux (pharmaciens, infirmiers, diététiciens, psychologues, podologues, kinésithérapeutes, sages-femmes, éducateurs sportifs, etc.), ou des travailleurs sociaux et des associations ou des représentants d'usagers.

5. Les modalités d'entrée et de sortie des professionnels et autres intervenants du réseau

- **Entrée du professionnel dans le dispositif**

Les professionnels de santé décidant de s'impliquer dans le réseau territorial de santé RéuCARE, s'engagent à :

- Suivre les bonnes pratiques cliniques recommandées par la HAS, les sociétés savantes de néphrologie, de cardiologie, l'ALFEDIAM, l'ANSM, (etc.) et les protocoles coopératifs de soins élaborés localement, ainsi que l'ANESM.
- Etre signataire de la charte du réseau qui présente :
 - les missions, le fonctionnement, les valeurs
 - les modalités d'accès et de sortie du réseau
 - les acteurs et le travail en réseau
 - les engagements du signataire professionnel

L'adhésion à l'association gestionnaire du réseau est proposée.

- **Sortie du dispositif pour le professionnel**

- sur sa simple demande, le soignant peut sortir du dispositif, sans pénalité
- en cas de non respect des engagements prévus dans la Charte du réseau, l'exclusion est prononcée par le bureau de l'association RéuCARE.

6. Les modalités de représentation des usagers

Au sein des instances administratives du réseau

L'association gestionnaire du réseau est ouverte sans distinction à l'adhésion d'usagers, ceux-ci peuvent aussi être candidats à un poste de son Conseil d'administration (ex. depuis sa création en 2003, le CA de RéuCARE accueille en son sein un ou deux usagers et depuis 2009 le Président est un usager). Un ou plusieurs représentants de patients, issus d'association d'usagers, sont régulièrement invités à participer aux réunions du Comité de pilotage du réseau.

Au sein du réseau lui-même

Les patients sont sollicités à chaque séance pour favoriser leur expression. Des contacts réguliers existent par téléphone pour accompagner le patient dans son parcours éducatif (type coaching). Les patients bénéficient de deux questionnaires à l'entrée dans le réseau (diagnostic de situation) et à la fin de son plan de l'année (bilan). Ils sont interrogés sur leur satisfaction vis-à-vis de la prise en charge proposée dans le réseau.

Au sein de la Fédération des réseaux de santé Océan indien

Le réseau RéuCARE, au travers de sa directrice, préside la Fédération des réseaux de santé de La Réunion et de Mayotte. Dans une initiative originale conjointe du CISS-OI et de notre Fédération, une commission fédérale des usagers a été mise en place en 2014 afin de donner un espace de représentation aux usagers des soins ambulatoires.

7. La structure juridique et ses statuts, les conventions partenariales pour sa mise en place

Le réseau s'appuie sur l'association RéuCARE, créée pour gérer et garantir la mise en œuvre des objectifs et des activités du réseau. Ses statuts déposés le 5 avril 2002, ont été officiellement modifiés le 10 janvier 2003 à la suite d'une décision de l'Assemblée Générale du 7 novembre 2002.

Des collaborations (certaines formalisées par des conventions partenariales) sont réalisées.

Notamment avec :

- Le Centre Hospitalier Universitaire (site nord et site sud), le GHER, le CHGM
- Le groupe Clinifutur, la Clinique Durieux, la Clinique Omega,
- l'AURAR, l'ASDR, l'ARAR-HAD
- l'URPS médecins, infirmiers, pharmaciens et l'Ordre des médecins
- le SNIIL, le syndicat des pharmaciens de La Réunion, l'association régionale des diététiciens
- les MSP de Bras-Panon et de St-Philippe
- la Maison du Diabète, la Mutualité de La Réunion, le dispositif SOPHIA (CGSS), le RSI
- Les associations de psychothérapie : « Passerelle » et « EraClis »
- l'ORS-Réunion, l'IREPS-Réunion et le Pôle de compétences en prévention-promotion santé
- la Fédération Régionale de Réseaux de santé de La Réunion
- l'APAJH et l'ASFA
- les CCAS de plusieurs communes, les Plans locaux de santé communaux.
- l'IFSI, l'IFMK, l'IRTS, le SCFP de l'Université de La Réunion

Association réuCARE

STATUTS *(modifiés en juillet 2013)*

Article 1 – DENOMINATION

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre « RéuCARE ».

Article 2 – OBJET

L'association a pour objet l'amélioration de la prise en charge préventive et éducative des patients à haut risque cardio-vasculaire et rénal. Elle vise en particulier la promotion et la coordination du réseau RéuCARE.

L'association a pour objet la formation des professionnels concernés par la prise en charge préventive et éducative des patients à haut risque cardio-vasculaire et rénal, ainsi que la mise en œuvre de toute demande de formation continue ayant trait à l'éducation thérapeutique ou éventuellement à l'éducation pour la santé.

L'association a pour objet l'organisation de l'éducation du patient à risque cardio-vasculaire et rénal, ainsi que toute action de recherche relative aux domaines d'activité ci-dessus définis.

L'association exerce son activité sur le territoire de La Réunion et éventuellement sur la zone Océan Indien.

Article 3 – DUREE

L'association RéuCARE est créée pour une durée de 99 ans. Son exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre. Par exception, l'exercice social en cours débute le 1^{er} octobre 2005 et se termine le 31 décembre 2006.

Article 4 – SIEGE SOCIAL

Le siège social est fixé 97 rue Bois de Nèfles 97400 SAINT DENIS.

Il pourra être transféré par simple décision du conseil d'administration.

Article 5 – COMPOSITION

L'association est composée de membres adhérents, actifs, partenaires, fondateurs, bienfaiteurs, associés ou membres d'honneur.

Article 6 - ADMISSION ET QUALITE DE MEMBRES

Toute personne concernée par les thématiques de prise en charge préventive et éducative des patients à risque cardio-vasculaire et rénal peut adhérer.

La qualité de membre peut se décliner sous plusieurs formes :

- La qualité de membre « adhérent » est acquise par toute personne qui est à jour de cotisation pour l'année en cours.
- La qualité de membre « actif » est définie par la ratification de la Charte du réseau de santé en devenant ainsi signataire.
- La qualité de membre « partenaire » est définie par au moins une des conditions ci-dessous :
 - l'inclusion d'au moins un patient dans le réseau
 - la participation à une action de formation ou autre (évaluation, etc.) menée par le réseau
 - le soutien à la promotion des actions de santé menées par RéuCARE
 Le membre partenaire peut être signataire de la charte du réseau à titre personnel ou signataire de la Convention constitutive du réseau de santé au nom d'un organisme (association, établissement de santé, société savante, etc.).
- La qualité de membre « fondateur » est acquise par toute personne qui était membre du CA de l'association durant sa première année de création.
- La qualité de membre « bienfaiteur » et de membre « d'honneur » s'acquiert classiquement en faisant un don à l'association ou en ayant accompli un fait pour lequel l'association est reconnaissante. Ils sont dispensés de cotisation à l'association et ne conservent de ce fait qu'une voix consultative.
- Les membres « associés » sont des personnes représentant l'Etat, les collectivités locales et les organismes de protection sociale. Ils sont dispensés de cotisation à l'association et ne conservent de ce fait qu'une voix consultative.

En cas de cotisation uniquement, le membre a une voix délibérative lors de l'assemblée générale.

La cotisation annuelle de l'année civile en cours est due dès lors qu'un membre bénéficie d'une formation du réseau, d'une indemnisation ou d'une rémunération par le réseau.

Article 7 – RADIATION

La qualité de membre se perd par la démission et par décès. La radiation peut aussi être prononcée pour motif grave, ce dernier point ne pouvant être prononcé qu'après convocation, par lettre recommandée, de l'intéressé lui permettant de fournir des explications et ensuite par vote à bulletin secret du conseil d'administration.

La radiation de membre adhérent est prononcée d'office pour non paiement de la cotisation annuelle.

Article 8 – RESSOURCES, FONDS DE RESERVE

Les ressources de l'association comprennent :

- Les cotisations versées par les membres,
- Les différentes subventions accordées par l'Etat, les Collectivités locales ou régionales, les entreprises publiques ou privées, la CGSS ou toute personne morale souhaitant contribuer à ses buts,
- Les dotations éventuelles issues de fonds nationaux tels que le FIR (Fonds d'intervention régional), des organismes de Sécurité Sociale dérogatoires ou non,
- Les intérêts ou revenus des biens appartenant à l'association,
- Les dons effectués par toute personne physique ou morale souhaitant soutenir son action,
- Les revenus des activités de l'association

Article 9 – COMPTABILITE

Il est tenu une comptabilité régulière des opérations sociales, conformément à la loi.

A la clôture de chaque exercice le président et le trésorier dressent l'inventaire des divers éléments de l'actif et du passif existant à cette date.

Ils dressent également le bilan décrivant les éléments actifs et passifs en faisant apparaître de façon distincte les capitaux propres, le compte de résultat récapitulatif des produits et des charges de l'exercice, ainsi que l'annexe complétant et commentant l'information donnée par le bilan et le compte de résultat.

Chaque année, le rapport d'activité et les comptes annuels sont tenus à la disposition de tous les membres de l'association, au siège social dans les 15 jours précédant l'AG. Il est justifié, sur demande, chaque année auprès du préfet du département, du ministre de l'intérieur et du ministre de la santé, de l'emploi et de la solidarité, des fonds provenant de toutes les subventions accordées au cours de l'exercice écoulé.

Article 10 - VERIFICATION DES COMPTES

Le contrôle de l'association est exercé par un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires exerçant leur mission conformément à la loi.

Un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants appelés à remplacer le ou les titulaires en cas de refus, d'empêchement, de démission ou de décès, sont nommés en même temps que le ou les titulaires pour la même durée.

Les commissaires aux comptes sont nommés pour six exercices sociaux ; leurs fonctions expirent à l'issue de la consultation annuelle de la collectivité des associés appelée à statuer sur les comptes du sixième exercice social.

Article 11 – COMPOSITION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

L'association est dirigée par un conseil d'administration de 10 membres au plus et 3 au moins, élus pour 3 ans par l'Assemblée générale. Il est composé soit de professionnels de santé exerçant à La Réunion, soit de toute personne intéressée par les buts de l'association, adhérents à l'association et à jour de cotisation annuelle.

Le conseil d'administration choisit parmi ses membres un bureau composé de 3 personnes :

1. Un président
2. Un secrétaire
3. Un trésorier

Les votes se font à main levée. Mais, si au moins un membre le demande, ils peuvent être organisés à bulletin secret.

Tout membre du conseil qui n'aura pas assisté à trois réunions consécutives pourra être considéré comme démissionnaire par le conseil d'administration. En cas de vacance, le conseil peut pourvoir provisoirement au remplacement de ses membres. Il est procédé à leur remplacement définitif par l'assemblée générale la plus proche. Les fonctions de membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Ils sont rééligibles sans limitation de durée.

Les fonctions d'administrateurs ne font pas l'objet de rémunération, seuls les frais engagés pour le compte et dans l'intérêt de l'association sont remboursés après validation d'un des membres du conseil d'administration non concerné.

Article 12 – REUNION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration se réunit une à deux fois par an, en outre il peut se réunir à la demande du président ou à la demande d'au moins un tiers de ses membres.

Les décisions sont prises à la majorité simple des présents ou représentés, en cas de partage égal de voix, la voix du président est prépondérante.

Article 13 – POUVOIR DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le conseil d'administration (CA) prend toutes les décisions qui ne sont pas réservées à l'assemblée générale. Le CA prend en particulier toute mesure concernant les acquisitions et les cessions d'immeubles nécessaires à l'activité de l'association.

Le CA nomme un directeur auquel il délègue la mise en place des services assurant la gestion et la maintenance des activités de l'association, ainsi que les différentes tâches administratives nécessaires au bon fonctionnement de l'association.

Le CA s'appuie sur les propositions du directeur pour établir les rapports et projets d'activité. Le CA arrête les comptes de l'association sur proposition du trésorier.

Le directeur (et éventuellement son adjoint) assiste à titre uniquement consultatif aux réunions du CA mais sa présence est obligatoire.

Le coordinateur médical peut être invité à assister aux réunions du CA à titre uniquement consultatif.

Le CA décide de l'ouverture et de la clôture des comptes bancaires de l'association.

Le CA, ou par délégation son président, approuve les recrutements du personnel et la création de poste sur proposition du président.

Article 14 – ASSEMBLEE GENERALE

L'assemblée générale ordinaire comprend tous les membres de l'association à jour de leur cotisation.

Elle se réunit une fois par an et chaque fois qu'elle est convoquée par le conseil d'administration sur la demande de son président ou du tiers au moins de ses membres.

Son ordre du jour est fixé par le conseil d'administration.

Toutes les décisions de l'assemblée sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Article 15 – ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLEE GENERALE ORDINAIRE

L'assemblée générale ordinaire annuelle entend les rapports sur la gestion du conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'association et les approuve. Elle décide de l'affectation du résultat et du montant de la cotisation annuelle des membres.

Elle approuve les éventuelles conventions entre l'association et les membres du conseil d'administration conformément aux dispositions de l'article L.612-5 du Code de commerce.

Elle nomme et renouvelle le commissaire aux comptes

Elle délibère sur les questions inscrites à l'ordre du jour et les « questions diverses » et pourvoit, s'il y a lieu, au renouvellement des membres du conseil d'administration en se conformant aux règles définies par l'article 11.

Article 16 – REGLES DE FONCTIONNEMENT DE L'ASSEMBLEE GENERALE

Pour toutes les séances de l'assemblée, les membres de l'association sont convoqués, par voie de presse, par message électronique ou par lettre simple, quinze jours au moins avant la date fixée. La convocation indique l'ordre du jour.

Une feuille de présence est émargée par les membres présents et les mandataires à laquelle sont annexés les pouvoirs donnés à chaque mandataire.

Le procès-verbal de réunion est rédigé sous le contrôle du président et il est mis à disposition de tous les membres de l'association (par voie d'affichage) au siège social.

Seuls les membres de l'association à jour de leur cotisation annuelle peuvent voter. Cette cotisation est fixée à 15 euros et est révisable lors de chaque assemblée annuelle sur proposition du conseil d'administration. Le cas échéant, le nouveau montant adopté est consigné dans le procès-verbal de réunion.

Les membres de l'association qui sont dans l'impossibilité de se rendre à l'assemblée peuvent se faire représenter par un autre membre de l'association auquel ils donnent pouvoir express et spécial. Le nombre de pouvoirs est limité à deux par personne. Le vote par correspondance n'est pas admis.

Aucun quorum n'est exigé pour l'AG ordinaire et les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés, à jour de la cotisation annuelle.

Article 17 – FONCTIONS PARTICULIERES

Celles du président :

- L'association est représentée en justice et dans les actes de la vie par le président ou à défaut par un membre du conseil, spécialement désigné à cet effet par le conseil d'administration.
- Les dépenses sont ordonnancées par le président qui peut, avec l'accord du conseil d'administration, déléguer les pouvoirs nécessaires au Directeur.
- Le cas échéant, il signe les budgets prévisionnels déposés auprès des financeurs si ceux-ci l'exigent.

Celles du secrétaire :

- Le secrétaire a la responsabilité des convocations et de la tenue des registres spéciaux côtés et paraphés sur lesquels sont recensés les procès-verbaux du bureau, du conseil d'administration et des assemblées.

Celles du trésorier :

- Le trésorier paye les dépenses ordonnancées et approuvées par le président ou délègue au directeur et supervise la trésorerie.
- Il soumet au bureau de l'association tout document ou contrat engageant financièrement l'association (emprunt, leasing, avance ou découvert bancaire, subventions).
- Il ne peut aliéner tout ou partie du fonds de réserve sans l'autorisation du conseil d'administration.
- Il établit les comptes annuels de l'association.
- Il rend compte de son activité au conseil d'administration qui se prononce sur son rapport et à l'assemblée qui approuve les comptes annuels.
- Le cas échéant, il signe les budgets prévisionnels déposés auprès des financeurs si ceux-ci l'exigent.

Article 18 – REGLEMENT INTERIEUR

Un règlement intérieur peut être établi par le conseil d'administration si divers points non prévus par les statuts doivent être précisés, notamment dans l'administration et la gestion interne de l'association.

Article 19 – MODIFICATION DES STATUTS

Les statuts ne peuvent être modifiés qu'en Assemblée Générale Extraordinaire convoquée sur proposition du conseil d'administration ou sur celle du tiers des membres de l'association.

L'ordre du jour, qui accompagne la convocation, doit stipuler clairement le motif de la réunion.

Aucun quorum n'est exigé pour l'AGE et les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés, à jour de la cotisation annuelle.

La modification des statuts doit être décidée par la moitié des membres présents ou représentés.

Article 20 – DISSOLUTION

L'assemblée générale appelée à dissoudre l'association doit être convoquée spécialement à cet effet. Aucun quorum n'est exigé pour l'AG et les décisions sont prises à la majorité simple des membres présents ou représentés, à jour de la cotisation annuelle.

La dissolution de l'association peut être prononcée par la moitié des membres présents ou représentés. L'assemblée générale désigne un ou plusieurs liquidateurs et l'actif s'il y a lieu est dévolu conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et du décret du 16 août 1901.

Par priorité, l'attribution de l'actif sera en faveur d'un organisme apte à poursuivre les objectifs de l'association, après avis de l'ARS.

En aucun cas les membres de l'association ne pourront se voir attribuer une part quelconque de ses biens ou du boni de liquidation.

Article 21 – RESPONSABILITES

Le patrimoine de l'association répondra seul des engagements contractés en son nom, sans qu'aucun des adhérents de l'association ne puisse en être tenu personnellement responsable, sauf à avoir donné un accord écrit et express préalablement dans lequel il est spécifié les limites de son engagement personnel.

Les membres du bureau et du conseil d'administration peuvent être tenus responsables de décisions de gestion prises dans le cadre de leur fonction.

Article 22 – COMPETENCES JURIDICTIONNELLES

Le tribunal compétent pour statuer sur toutes les difficultés susceptibles de résulter de l'application des présents statuts est le tribunal du lieu du siège de l'association.

Article 23 – FORMALITES LEGALES

Le président, ou tout autre membre du conseil d'administration désigné par lui, est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication, prévues par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901.

Le 02 juillet 2013,

Le Président, Jack PARAMÉ

8. L'organisation de la coordination, le fonctionnement du réseau

La coordination

Pour atteindre les objectifs qu'il se fixe, le réseau met en place une coordination et un système d'information efficaces garantissant la cohérence, le fonctionnement et le recueil des données d'évaluation de ses activités.

La coordination dans le réseau est indispensable, autant pour l'organisation de ses activités, que pour le suivi des parcours patients. Le suivi coordonné du patient malade rénal est prévu et assuré d'une part par le médecin traitant et, d'autre part par l'équipe de coordination guidée par le médecin coordinateur du réseau. L'outil central de la coordination est l'élaboration du Plan personnalisé de santé (PPS) sous forme de fiches papier (initiale et bilan), ainsi que sous forme informatique (dossier de coordination).

Outre le PPS, les outils prévus pour la coordination sont :

- le livret de suivi médical (PPS, fiche de liaison, en lien avec les données informatisées, informations).
- le « diagnostic de situation » du patient permettant de compléter les données médicales dans une démarche globale de santé du patient chronique
- les temps de soutien et d'accompagnement du patient pour l'inciter à bien réaliser son parcours de santé (points réguliers, explications, informations, sollicitations, aide à la prise de rendez-vous, etc.)
- les réunions de coopération autour du projet médical, des protocoles de soins, des cas médicaux
- les ateliers pluridisciplinaires d'échanges de pratiques professionnelles autour de cas complexes
- les temps d'échanges et de formation entre les professionnels de santé hospitaliers et ceux du 1^{er} recours
- l'annuaire des soignants adhérents à l'association et la messagerie sécurisée (selon disponibilité régionale)
- l'annuaire des ressources sur les 3 territoires de santé
- constitution d'un tableau de bord (indicateurs d'atteintes des objectifs, mesures de corrections, etc.) pour un suivi de l'activité dans le réseau

L'équipe de coordination est composée de :

- 1 ETP : direction
- 0,5 ETP : coordination médicale
- 1 ETP : chargé de mission (coordination médicale)
- 1 ETP : chargé de mission (évaluation qualité-partenariats communication)
- 1 ETP : aide à la coordination réseau
- 1 ETP : secrétariat

Le Médecin coordonnateur et la directrice se rendent disponibles pour assister aux réunions du conseil d'administration de l'association gestionnaire RéuCARE qui pilote le projet, en lien avec les membres du Comité de pilotage.

Un système d'information est prévu pour assurer la coordination, l'intervention en réseau des différents professionnels impliqués et pour disposer d'un support de l'évaluation (recueil de données) de l'activité.

Le fonctionnement du réseau :

1. Le professionnel de santé adhère au réseau en signant la charte. Le médecin participe aux inclusions des patients malades rénaux chroniques et assure le suivi individuel. Il peut, s'il le souhaite, utiliser les outils d'aide à la pratique proposés et se former à leur usage, participer aux ateliers pluridisciplinaires d'échanges de pratiques professionnelles, bénéficier de temps de formations médicales spécifiques, recourir à l'équipe de coordination pour une aide ponctuelle (appui du médecin coordinateur, transmission de recommandations de bonne pratique, demande d'accompagnement de son patient, accès à des ressources du territoire, etc.).

Pour le suivi des patients, un dossier partagé est disponible et accessible avec l'accord du patient. Une information est faite au médecin traitant à propos de tout événement concernant le suivi de son patient.

2. L'équipe de coordination intervient dès que le patient est inclus dans le réseau.
 Elle contacte le patient pour faire un diagnostic de sa situation globale de santé (contexte socio-culturel et matériel, difficultés, équipe de prise en charge, etc.) et connaître ses attentes/besoins.
 Elle lui fait part des actions planifiées au PPS proposé par son médecin traitant.
 Elle fait ensuite des points réguliers avec lui sur le déroulé de son parcours de santé planifié sur un an.
 Elle le soutient dans ses efforts et lui apporte, si besoin, les explications complémentaires (si demandé par le médecin), elle le sollicite pour les prises de rendez-vous médicaux de suivi.
 Elle informe le médecin traitant (et le cas échéant les acteurs de l'équipe de prise en charge concernés).
 Elle coordonne les actions et les acteurs dans le parcours du patient (sous forme d'outils partagés ou éventuellement de contacts).

Les critères d'inclusions du patient malade rénal chronique dans le réseau sont les suivants :

CRITÈRES D'INCLUSION: ATTEINTE RÉNALE **stade 1 ou plus**

Stade 1: DFG* \geq 90 avec MAR† : Maladie rénale chronique

* *Débit de filtration glomérulaire ou clairance de la créatinine (CKD-EPI ou à défaut CKD-EPI)*

† *Marqueur d'atteinte rénale persistant plus de 3 mois:*

- *Microalbuminurie \geq 3 mg/mmol (si diabétique) ou \geq 30 mg/mmol (si non diabétique) ou RAC (ratio albuminurie/créatininurie) anormal ($>$ 2 si diabète, $>$ 20 si non diabétique) et/ou*
- *Hématurie $>$ 10 000 /mL et/ou*
- *Leucocyturie $>$ 10 000 /mL et/ou*
- *Anomalies morphologiques/histologiques/tubulaires à l'échographie rénale et/ou*
- *Marqueurs de dysfonction tubulaire*

Stade 2: DFG entre 60 et 89 avec MAR: Maladie rénale chronique

Stade 3: DFG entre 30 et 59: Insuffisance rénale chronique modérée

Stade 4: DFG entre 15 et 29 : Insuffisance rénale chronique sévère

Parcours type du patient malade rénal chronique tel que proposé dans le réseau RéuCARE, sur le modèle de la HAS (Cf. les 2 dernières pages de cette Convention).

9. L'organisation du système d'information du réseau et son articulation avec les autres systèmes d'information

La fiche de liaison papier et/ou informatique sont accessibles aux seuls soignants agréés par le patient et à la coordination.

Le dossier médical partagé informatique existe et est mis en lien avec la plate-forme régionale. Les protocoles et les recommandations sont à disposition sur le Site informatique du réseau.

En ce qui concerne le système d'information du réseau :

- Les fonctionnalités proposées correspondent aux attentes du réseau.
- Le système est basé sur Internet et permet de se libérer des contraintes liées aux solutions propriétaires.
- Il existe des possibilités d'interopérabilité avec les SIH.
- Les règles de sécurité et d'hébergement en matière de données médicales sont respectées et l'ensemble des services bénéficient d'un avis favorable de la CNIL.
- Il existe un bon niveau d'identification des acteurs du réseau en utilisant la carte CPS pour s'authentifier et permettre la gestion de différents profils d'utilisateurs.

Les services et outils retenus par le réseau :

1. Un site avec une partie « Public » et une destinée aux professionnels de santé
Des services réservés aux membres du réseau comprenant notamment :
 - un annuaire du réseau
 - les documents et outils proposés par l'équipe de coordination du réseau
 - des actualités scientifiques et les recommandations de bonne pratique
2. Une application dédiée (dossier de coordination) avec accès sécurisé

Processus et principes de fonctionnement du dossier médical partagé

Le système d'information est basé sur la technologie Internet. Aucune installation particulière n'est nécessaire ; il suffit d'un accès Internet et d'une inscription au Réseau pour accéder dossier partagé.

Le dossier de coordination partagé est conçu comme un ensemble de données recueillies de façon cohérente, utilisant la même structure et les mêmes règles de codification, par tous les acteurs de soins. Il sert à suivre de manière coordonnée le parcours de santé du patient suivi dans le cadre du réseau. Il vise à être un outil d'appui à la coordination en particulier pour le médecin traitant (et les autres effecteurs de soins).

Ces données sont accessibles à tout moment, en fonction de ses droits, à l'ensemble des soignants d'un même patient.

Une partie (hors d'accès de l'équipe de coordination réseau) est prévue dans l'application (dossier de coordination) pour constituer un dossier médical partagé (sa constitution et son utilisation sont placées sous la responsabilité du médecin traitant). « *Le dossier médical partagé est l'ensemble des données minimales, nécessaires et suffisantes à la prise en charge et à la bonne coordination des soins et à leur évaluation.* »

Il ne remplace pas le dossier que constitue et conserve chaque soignant sous sa propre responsabilité mais représente la partie que les professionnels entendent partager dans le cadre du travail coopératif du réseau.

Chaque professionnel autorisé y consigne ses observations et interventions et signe ses actes.

Le dossier informatisé :

- est accessible et consulté en **temps réel**
- est **commun** à l'ensemble des acteurs sur tout ou partie du dossier en fonction de leur droit d'accès
- intègre les **différents identifiants** d'un patient grâce à l'utilisation d'une table de correspondances.

Le type d'informations gérées

Le dossier peut contenir 4 classes d'informations :

- Administratives
- Synthèse médicale et éducative
- Chronologie des événements médicaux (consultation, CR examens, prescription, appréciation du suivi..)
- Alertes et « systèmes experts »

En fonction des droits d'accès qui lui aura été attribué, un professionnel de santé pourra à partir du dossier d'un patient :

- créer, consulter et modifier tout ou partie des informations contenues dans le dossier
- visualiser et imprimer pour un patient : la synthèse, l'état de réalisation de son PPS
- accéder aux compte-rendu médicaux externes (en pièce jointe)

Interopérabilité avec les SIH (Système d'information hospitalière)

La plate-forme régionale analyse les solutions de mise en œuvre.

La réussite de la communication en réseau repose largement sur la réalité des échanges inter-établissements et sur les systèmes informatiques hospitaliers existants, sur l'interfaçage avec les logiciels de la médecine de ville et les systèmes d'information présents.

Les principes de l'identification des patients

Le **Serveur d'Identification Patient** stocke toutes les identifications possibles, provenant de différents établissements ou logiciels, d'un même patient.

Une table de correspondance, entre les différents identifiants attribués à un patient, est créée augmentant ainsi les chances d'identifier le patient de façon fiable mais aussi de permettre l'interfaçage avec le système d'information hospitalier.

Le professionnel de santé pourra rechercher son dossier-patient sur différents critères :

- Recherche alphabétique sur le nom, le prénom, le lieu de naissance ou la date de naissance du patient,
- Recherche à partir d'un numéro d'identifiant permanent (NIP) d'un établissement donné ou d'un logiciel de cabinet médical ou d'un tout autre identifiant.

Architecture du système d'information

Le professionnel de santé ou le patient n'ont besoin que d'un ordinateur et d'un accès Internet. L'ordinateur client (celui du professionnel de santé par exemple) réalise un minimum de traitement par rapport à ceux réalisés par le serveur. Concrètement, cela permet à un ensemble hétérogène d'ordinateurs plus ou moins récents d'utiliser les mêmes applications.

Tous les types de machines sont reliés entre eux grâce à l'utilisation du protocole TCP/IP dont ceux des établissements de soins.

10. Les conditions d'évaluation du réseau

Un ensemble d'indicateurs est prévu dans le Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), comme base à l'évaluation continue de l'activité du réseau. Ils sont en lien avec les objectifs fixés conjointement par les décideurs de l'Agence de santé (ARS) et les promoteurs de RéuCARE.

Leur suivi permet de structurer la démarche d'autoévaluation et la démarche d'amélioration continue de la qualité des actions du réseau.

Une évaluation externe est prévue après 3 à 5 ans d'activité.

Selon L'HAS, l'évaluation économique contribue à éclairer le processus décisionnel pour être utile :

- aux organismes de financement en levant les incertitudes économiques sur la pertinence des actions du réseau,
- aux professionnels en leur délivrant, sur la base d'une évaluation, des informations sur les conséquences économiques de leurs pratiques éducatives, diagnostiques ou thérapeutiques.

Elle reste difficile à réaliser de manière pertinente en prévention.

11. La durée de la convention et ses modalités de renouvellement

La présente convention, rédigée initialement en mars 2003 à l'ouverture du réseau RéuCARE, est valable pour une durée de 4 ans au minimum et pourra être renouvelée si nécessaire pour une durée équivalente ou différente.

Une réévaluation est faite au minimum à date anniversaire annuelle.

Une actualisation peut être faite selon les évolutions concernant le réseau.

12. Les conditions de dissolution du réseau

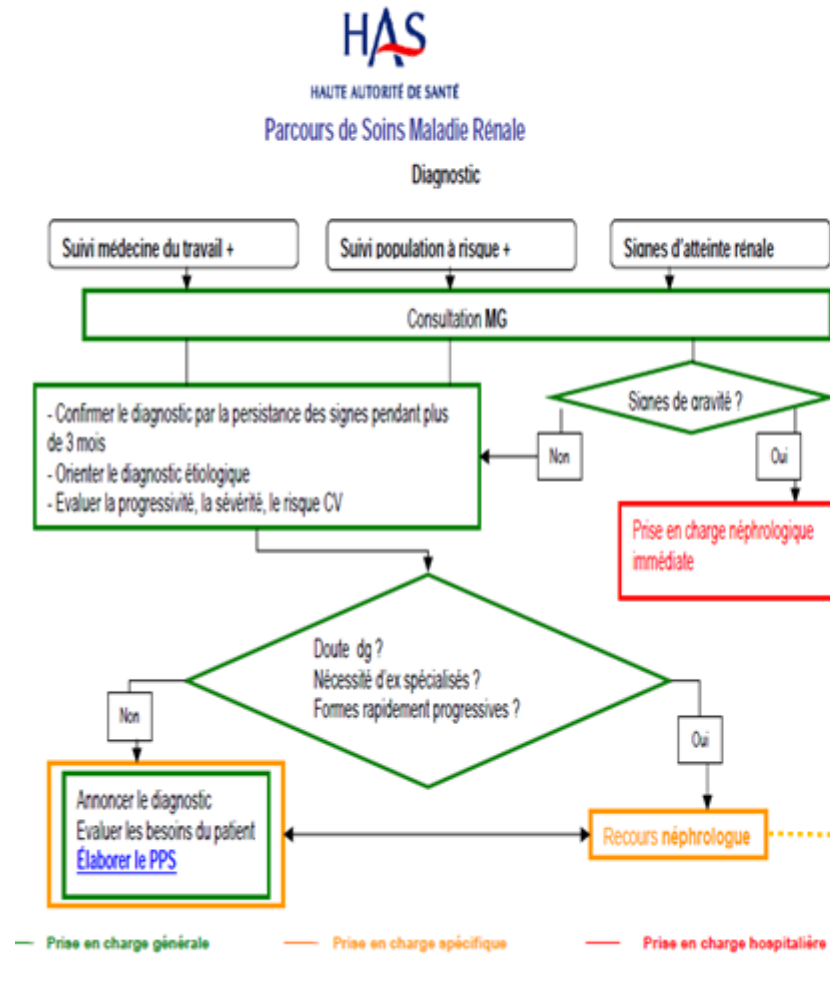
L'association gestionnaire RéuCARE se réserve le droit de dissoudre le réseau, après avis du comité de pilotage et après décision du conseil d'administration, dans les cas suivants :

- défaut de financements
- insuffisance de recrutement de professionnels et/ou de patients
- insuffisance de membres, professionnels et/ou patients
- objet du réseau cessant d'être pertinent

Avant dissolution, le réseau se devra de finaliser toute action engagée faisant l'objet d'un financement spécifique en respectant les conditions d'attribution du financement concerné.



PARCOURS D'UN PATIENT À RISQUE RÉNAL ET RÔLE DE RÉUCARE



RéuCARE aide pour le diagnostic:

1. Information-Formation professionnelle MG sur le dépistage du risque rénal
2. Elaboration d'une stratégie personnalisée de néphroprotection et de prise en charge cardiovasculaire

Ce qui se traduit par :

Inclusion patient par MG traitant dans le réseau **en début de maladie**
(ou par médecin spécialiste et contact du MG pour coopération)

Aide au recueil des besoins globaux du patient

Diagnostic de situation (questionnaire téléphonique avec le patient)
- Acceptation-compréhension des enjeux santé, gestion du traitement, contexte familial, social, culturel et matériel (**envoi d'un CR au MG et MS si inclueur**)

Élaboration d'un Plan personnalisé de santé (PPS) (médical, éducatif, aide) par MG traitant : planification priorités-actions sur 1 an

- Proposition d'actions :

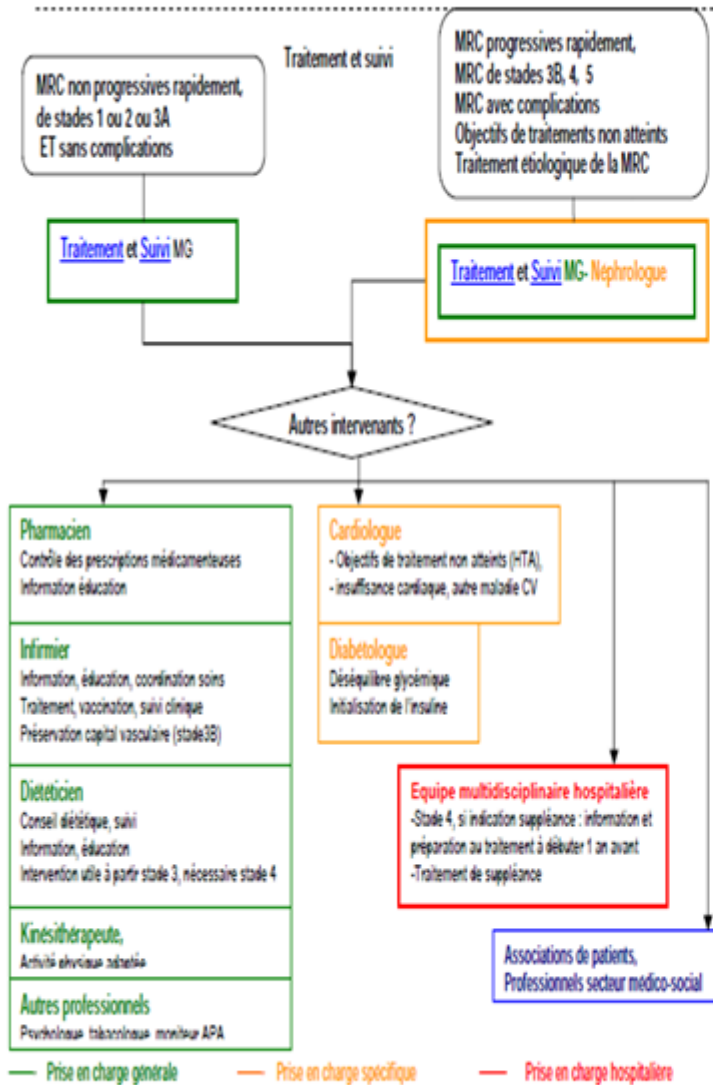
- Explications de la maladie, de l'intérêt des cs spécialisées et des traitements prévus par le médecin
- Proposition d'un **programme d'ETP** personnalisé : compréhension des enjeux de la MRC et des traitements de suppléance et médicamenteux, santé des artères (RCV-alimentation grasse, activité physique), +/- thèmes diabète
- Possibilité d'aide au diagnostic éducatif (en projet pour 2014)
- Proposition d'**ateliers complémentaires** (activité physique adaptée, arrêt du tabac,...) et d'aide psychosociale avec les différents partenaires du territoire (addictologie, psychologie, aide sociale et médico-sociale)

Outils d'aide pour le médecin

Pour l'aide à la consultation d'annonce et au dialogue avec le patient ou pour l'initiation de l'ETP au cabinet (RCV, diabète, HTA, MRC, AP)

Prise en charge générale - prise en charge hospitalière - Prise en charge réseau

Réseau de coordination sur toute l'île pour le suivi préventif de la maladie rénale et des facteurs de risque d'aggravation associés



RéuCARE aide pour le suivi thérapeutique et préventif:

- 3. Aide au suivi de l'évolution de la maladie chronique
- 4. Prévention de l'aggravation de la maladie rénale chronique
- 5. Préparation à l'éventualité du recours à une suppléance

Ce qui se traduit par :

- Aide au suivi en prévention de l'aggravation**

 - **Suivi des actions des 3 volets du PPS (soins, ETP, aide)**
Suivi de la mise en œuvre du PPS par outil informatisé (envoi d'un CR au MG et MS si inclueur)
 - **Coordination et suivi du programme d'ETP personnalisé (prévu au PPS)**
Orientation vers partenaires ou organisation dans le réseau en proximité (envoi d'un CR au MG et MS si inclueur)
 - **Coordination et suivi des ateliers complémentaires (prévus au PPS)**
 - **Coordination des aides psychosociales**
Orientation vers ressources du territoire ou transmission au MG d'annuaire de ressources
 - Aide à la coordination des intervenants de soins**

 - **Aide à coordination des intervenants pluridisciplinaires de 1^{er} recours**
Ateliers d'échanges de pratiques professionnelles animés par un expert (par territoire), possibilité d'organisation de réunions de coordination pluridisciplinaire autour de cas de patients complexes
 - Aide à la coordination ville-hôpital-ville**

 - **Aide à la coordination ville-hôpital-ville**
Rencontres-formations paramédicaux hospitaliers-libéraux, aide à réflexion sur points de rupture du parcours patient, organisation de groupes de travail pluridisciplinaires (selon les besoins), (en projet pour 2014 : proposition d'outils de coordination, aide au recours d'autres intervenants : entretien pharmaceutique, accompagnement infirmier à domicile, ...)
- Prise en charge réseau -