



Guide méthodologique
Améliorer la coordination des soins :
comment faire évoluer les réseaux de santé ?



Sommaire

Synthèse	2
Introduction	3
Partie 1 : Orientations stratégiques	5
1. Contexte	5
A. Un besoin d'appui à la coordination des soins	5
B. Les changements intervenus dans l'environnement des réseaux de santé	6
C. Le bilan des réseaux de santé est contrasté	7
2. Perspectives d'évolution des réseaux de santé.....	8
A. Les objectifs.....	8
B. Orienter les réseaux de santé vers une fonction d'appui à la coordination	10
C. Renforcer la polyvalence et l'ancrage territorial.....	10
3. Les modalités d'accompagnement des évolutions	11
Partie 2 : Fiches pratiques	13
Fiche pratique O1 : L'appui à la coordination	14
Fiche pratique O2 : L'évolution des réseaux de santé.....	21
Fiche pratique L1 : L'évaluation des réseaux de santé.....	24
Fiche pratique L2 : La contractualisation.....	31
Fiche pratique L3 : Les systèmes d'information	35
Partie 3 : Fiches documentaires	41
Fiche documentaire D1 : Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui - ARESPA (Franche-Comté)	42
Fiche documentaire D2 : Plateforme Santé Douaisis (Nord-Pas-de-Calais).....	50
Fiche documentaire D3 : Projet de réseau de Santé du Voironnais : le réseau de coordination de proximité du GCS MRSI (Rhône-Alpes).....	54
Fiche documentaire D4 : Nouvelle organisation des réseaux de santé (Lorraine)	58
Partie 4 : Annexes	64
Annexe 1 - Etat des réseaux de santé.....	65
Annexe 2 - Référentiel des compétences du métier de coordonnateur institutionnel	66
Annexe 3 - Proposition de modèle-type de CPOM	69

Synthèse

Il existe environ 700 réseaux de santé, financés par le FIQCS (167M€ en 2011), désormais intégré dans le FIR. Alors que les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de coordination, leur bilan est contrasté et il s'avère nécessaire de faire évoluer leur fonctionnement.

Les évolutions en cours (rémunérations de la coordination, système d'information partagé, protocolisation des parcours, etc.) permettent de penser qu'à terme la coordination des soins sera réalisée par les effecteurs de soins eux-mêmes, il importe d'inscrire les réseaux de santé dans ces évolutions, afin d'une part, qu'ils favorisent cette intégration progressive et d'autre part, qu'ils interviennent en appui des acteurs pendant cette phase transitoire.

La Direction générale de l'offre de soins met à la disposition des Agences régionales de santé un guide méthodologique « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ».

Ce guide propose des orientations, visant à faire évoluer les réseaux de santé vers une mission d'appui aux médecins généralistes et aux équipes de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes (notamment sur les aspects médico-sociaux), leur permettant de gagner du temps et de mieux orienter leurs patients.

Il fournit un cadrage national pour accompagner l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur la coordination des soins et au service des équipes de proximité. Ce cadrage devra bien sûr être adapté en fonction des régions et des acteurs présents sur les territoires.

Ce guide est un outil à visée opérationnelle, proposant des fiches pratiques sur les objectifs et les leviers à mobiliser pour accompagner les évolutions proposées, notamment en matière de contractualisation et d'évaluation. Il contient également quatre fiches documentaires élaborées à partir des retours d'expérience sur des réseaux répondant aux objectifs poursuivis par le présent guide.

Introduction

Le présent document s'articule autour des principes suivants :

- Il s'inscrit dans le cadre des travaux engagés par les pouvoirs publics en vue d'un renforcement de la coordination entre les acteurs de l'offre de soins. A ce titre, **il vise prioritairement à faire évoluer les réseaux de santé**, l'un des principaux dispositifs de coordination, de sorte qu'ils renforcent leur contribution à la réponse à ce besoin identifié. Il vient compléter les orientations prises par les Agences Régionales de Santé (ARS) dans le cadre de leur Programme Régional de Santé (PRS) sur le positionnement des réseaux de santé dans l'offre de soins. Il apporte des outils qui permettront de les mettre en œuvre dans un contexte marqué par la mise en place du fonds d'intervention régional en 2012.
- Les recommandations de ce guide n'ont pas pour finalité de définir un modèle d'organisation unique et généralisable de la coordination. Il propose une définition de l'appui à la coordination et des missions associées. Dans le cadre de la déclinaison de leur PRS, les ARS pourront choisir les modalités d'organisation les mieux adaptées aux besoins, à l'organisation existante et aux acteurs présents aujourd'hui dans les territoires. Concernant les réseaux de santé, l'hétérogénéité de leur fonctionnement actuel ainsi que leur inégale répartition sur le territoire national implique en effet que des stratégies d'évolution différentes soient déployées pour parvenir à l'objectif de repositionnement recherché et inscrire ainsi ce repositionnement dans l'organisation de la coordination des parcours sur le territoire.
- La démarche de contractualisation constituera le principal levier pour accompagner les changements préconisés. Celle-ci permettra notamment de définir les engagements pris par les gestionnaires concernant le contenu des missions à conduire et les indicateurs de suivi et d'évaluation. Le guide met donc l'accent sur l'élaboration des Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) dont le champ d'application a été étendu par la loi HPST aux réseaux de santé, maisons de santé et centres de santé. A ce titre, la fiche pratique consacrée à la contractualisation s'inscrit en cohérence avec la circulaire DGOS/PF3/2012/09 du 10 janvier 2012 relative au guide d'élaboration des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les ARS et les établissements de santé.
- Le présent guide vient compléter et préciser le contenu de la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseaux de santé¹.

➤ Contenu du guide

En référence à ces principes, le présent guide fournit :

- des recommandations générales sur les orientations stratégiques relatives à l'organisation et au contenu de la fonction d'appui à la coordination et aux évolutions des réseaux de santé pour réponse à ce besoin (Partie 1) ;
- des fiches pratiques destinées à la déclinaison opérationnelle de ces orientations (Partie 2) ;
- des fiches documentaires décrivant 4 expériences de réseaux de santé s'inscrivant d'ores et déjà dans les objectifs définis dans le présent guide (Partie 3).

➤ Périmètre du guide

Les recommandations du guide ne concernent pas les réseaux de santé régionaux de cancérologie et les réseaux de santé de périnatalité. Ceux-ci ont en effet dans la majorité de ces cas une assise régionale, des missions centrées sur le segment hospitalier des parcours de soins qui les distinguent des réseaux de santé de proximité qui peuvent cependant participer à la prise en charge du cancer ou

¹ Circulaire n°DHOS/O3/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

périnatale. Ces réseaux régionaux font l'objet d'un travail spécifique visant à préciser leurs missions, leur rôle dans l'offre de soins et leur articulation avec le dispositif proposé ici.

Par souci de simplification le terme « réseaux » sera utilisé dans ce document pour désigner les « réseaux de santé ».

Partie 1 : Orientations stratégiques

1. Contexte

A. Un besoin d'appui à la coordination des soins

La loi place le médecin généraliste de premier recours au centre de la coordination des soins, en lui confiant la responsabilité « d'orienter ses patients, selon leurs besoins » et de « s'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients » (article L.4130-1 du code de la santé publique). Elle confère donc au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé².

En conséquence, dans l'organisation de l'offre de soins, il convient de favoriser le portage de cette fonction par le médecin généraliste de premier recours lui-même et plus largement, par les équipes de premier recours. Plusieurs outils (système d'information, nouveaux modes de rémunération, référentiels de pratiques médicales) sont des facteurs favorables à la mise en œuvre opérationnelle de ce principe général. De même, au plan organisationnel, l'exercice coordonné sous forme de maisons de santé, de pôles de santé, de centres de santé, de cabinets de groupe favorisent la prise en compte de la coordination au plus près du patient.

Pour une grande majorité des cas, l'expertise nécessaire à une bonne orientation dans le système est directement fournie par le médecin généraliste de premier recours ou l'équipe de premier recours, qui connaissent l'histoire du patient, son environnement, sa situation sociale. **Mais pour les patients en situation complexe appelant un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social) le médecin généraliste de premier recours peut avoir besoin d'un appui** lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions).

Ce besoin a été identifié dans le cas de la prise en charge des personnes âgées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)³ qui juge nécessaire de mettre à disposition du médecin généraliste de premier recours un « **appui fonctionnel** ». Celui-ci peut comporter un diagnostic sur les besoins d'aménagement du domicile, un avis d'expert visant à améliorer le mode de recours aux soins hospitaliers, un diagnostic sur les besoins d'auxiliaire de vie, un suivi de la prise en charge globale et de la coordination des intervenants, une intervention d'autres professionnels pour la formation et l'information de l'entourage familial.

Ce besoin d'appui s'exprime plus généralement pour l'organisation de parcours de santé très divers, sans exclusive de pathologie ou de population, pour coordonner les acteurs et dispositifs déjà en place, l'absence d'un maillon au sein d'une filière ou l'insuffisance de coordination.

Le besoin d'appui à la coordination se distingue :

- D'une part, de la coordination des acteurs, gouvernance conduite au niveau d'un territoire sous l'égide de l'ARS.
- D'autre part, de la gestion de cas qui vise à l'organisation des parcours de patients en situation très complexe et se distingue de l'appui à la coordination par l'intensité et le caractère continu de l'accompagnement proposé, en particulier par les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer (MAIA, élargies à l'ensemble du public âgé en perte d'autonomie).

² Voir le guide méthodologique pour l'élaboration du SROS-PRS. Version 2.1. Page 36

³ Rapport du HCAAM du 23 juin 2011 « Assurance maladie et perte d'autonomie : Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées » (pages 85 et 86)

B. Les changements intervenus dans l'environnement des réseaux de santé

Les réseaux de santé, qui ont été introduits par la loi du 4 mars 2002⁴, sont l'un des principaux dispositifs de coordination des parcours de santé. Depuis la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé élaborée suite aux conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales « Contrôle et évaluation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux de santé (DDR) » de mai 2006, les orientations nationales relatives aux réseaux de santé n'ont pas été modifiées. Or, l'environnement dans lequel ils conduisent leurs missions a connu de significatives transformations :

- La loi confère au médecin généraliste de premier recours un rôle pivot dans l'organisation et la mise en œuvre des fonctions d'entrée dans le système de soins (diagnostic, orientation, traitement), de suivi du patient et de coordination de son parcours (y compris dans le secteur médico-social), de relais des politiques de santé publique dont la prévention, le dépistage, l'éducation à la santé.
- Plusieurs autres acteurs intègrent dans leur activité une fonction de coordination des soins de proximité, notamment les maisons de santé, les centres de santé, les services d'hospitalisation à domicile (HAD), les centres locaux d'information et de coordination (CLIC), les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les établissements de santé (notamment à travers les équipes mobiles de soins palliatifs et gériatrique) et médico-sociaux et les autres structures médico-sociales (services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), etc.).
- D'autres organisations destinées à renforcer l'intégration des interventions des acteurs autour des patients ont été expérimentées, par exemple les MAIA actuellement en cours de déploiement.
- Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS), principale source de financement de la coordination via les réseaux de santé est soumis à une contrainte économique forte qui exige de ses gestionnaires comme de ses bénéficiaires un effort accru d'efficacité. De plus, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a créé le fonds d'intervention régional (FIR) qui se substitue au FIQCS pour l'allocation des ressources aux réseaux de santé.

Les réseaux de santé sont historiquement positionnés sur le champ de la coordination, Il paraît dès lors opportun de mobiliser les compétences acquises par ces structures afin de répondre à ce besoin d'appui à la coordination. Néanmoins, une évolution de leurs missions est nécessaire afin de les inscrire dans le nouveau paysage de la coordination et de répondre aux besoins du médecin généraliste et des équipes de soins de premiers recours.

⁴ Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L.6321-1 et L.6321-2 du CSP)

C. Le bilan des réseaux de santé est contrasté

➤ Un dispositif formalisé de coordination avec des compétences et des expériences réussies

Les acquis et l'apport des réseaux de santé pour le système de santé, légitiment leur positionnement et leur contribution actuelle à la coordination des soins :

- Les plans et programmes de santé publique s'appuient sur les réseaux de santé pour promouvoir la coordination des soins, à l'exemple des plans cancer, solidarité grand âge, amélioration de la prise en charge de la douleur, développement des soins palliatifs, psychiatrie et santé mentale ou encore, prise en charge et prévention des addictions.
- Les professionnels employés en propre par les réseaux de santé (environ 2100 ETP en 2011) ont développé une expertise sur le champ de la coordination : connaissance de l'environnement sanitaire et social des patients ; connaissance et la proximité les professionnels de premier recours ; capacité d'organisation des coopérations entre les professionnels et les structures ; compétences pour l'organisation du parcours des patients.
- Des outils ont été développés pour assurer le lien entre les professionnels (plan personnalisé de santé, réunions de coordination pluridisciplinaires, systèmes d'information).
- Les réseaux de santé contribuent au lien entre la ville et l'hôpital : ils ont promu des procédures et des organisations mobilisables et reproductibles dans le cadre des expérimentations en cours (par exemple, pour favoriser le maintien à domicile ou organiser la sortie d'hospitalisation). Plusieurs expériences d'évolution des réseaux de santé allant dans ce sens sont présentées dans les fiches documentaires du présent guide.

➤ Une forte hétérogénéité dans l'activité des réseaux de santé

Néanmoins, après 10 années d'expérimentation, le principal constat est celui d'une grande hétérogénéité dans l'activité des 700 réseaux de santé financés par le FIQCS :

- En raison de leur spécialisation par pathologie ou par population, le panorama des réseaux de santé est très éclaté. Même en regroupant les types de réseaux de santé par grandes thématiques, le rapport du FIQCS recense 20 ensembles très divers (voir tableau en annexe 1 du présent guide) ;
- L'activité de certains réseaux de santé ne répond plus à la définition et aux objectifs initiaux : ils proposent une expertise de type hospitalière, réalisent des soins à la place des effecteurs eux-mêmes, la prise en charge directe de pathologies ou des soins non pris en charge par l'assurance maladie, des soins de support.

En conséquence, malgré l'encadrement des missions par la circulaire du 2 mars 2007, il est devenu difficile d'identifier des objectifs opérationnels communs à l'ensemble des réseaux de santé. Ils fonctionnent le plus souvent sans cahier des charges type, sans cadre préalable d'évaluation des résultats, avec des finalités diverses (en dehors des réseaux de santé régionaux, seuls les réseaux de santé gérontologiques et de soins palliatifs disposent d'un référentiel défini par voie de circulaire). Cette situation ne permet plus de définir objectivement leur rôle et leur positionnement dans l'offre de soins.

➤ Une efficacité très variable

La circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations en matière de réseau de santé préconisait de ne « financer ou de ne continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations ».

Malgré les importants efforts consentis depuis cette date pour conforter l'évaluation, force est de constater que l'allocation des ressources aux réseaux de santé demeure insuffisamment corrélée à l'évaluation du service rendu. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs :

- Le manque d'outils à disposition pour mesurer l'impact sur le parcours des patients d'une intervention des réseaux de santé ;
- L'insuffisante mobilisation des indicateurs existants : les indicateurs de processus construits par la CNAMTS et la DGOS permettent de mesurer d'importants écarts s'agissant du fonctionnement des structures, mais ils n'ont pas été utilisés à ce jour pour moduler l'allocation des ressources.

Le rapport d'activité du FIQCS met chaque année en évidence des différences significatives d'efficacité entre les réseaux de santé :

- L'indice synthétique de qualité (ISQ), principal indicateur disponible, montre que 43% des réseaux de santé ont encore un score inférieur à 5/10 et que 10% des réseaux de santé ont un score très faible (compris entre 0 et 2/10) ;
- Le coût de fonctionnement rapporté au patient inclus est très variable. A titre d'exemple, le coût médian par patient suivi dans un réseau de soins palliatifs est de 2131 euros, mais 25% des réseaux de santé ont un coût inférieur à 1334 euros et 25% un coût supérieur à 2901 euros. Ce constat peut être fait pour tous les types de réseau ;
- Le nombre de patients inclus dans le réseau est également très variable. Par exemple, pour les réseaux de santé gériatriques, la moyenne est de 292 patients inclus mais l'éventail va de 25 à 1605 patients, avec un plancher prévu de 150 patients⁵. La moyenne des patients inclus demeure néanmoins relativement faible quel que soit le type de réseaux de santé.

L'ensemble de ces éléments de contexte conduisent à redéfinir le positionnement des 700 réseaux de santé existants aujourd'hui, ainsi que les modalités d'utilisation des ressources financières qui leur sont consacrées (160 millions d'euros en 2011) et à préconiser leur évolution vers une fonction de d'appui à la coordination.

2. Perspectives d'évolution des réseaux de santé

A. Les objectifs

➤ Contenu et organisation de la fonction d'appui à la coordination

Il n'est pas proposé de mode d'organisation unique pour la mise en œuvre du service d'appui préconisé. En effet, des initiatives ont d'ores été prises dans plusieurs régions pour structurer la coordination des soins selon des modalités variées et sous la responsabilité d'acteurs divers (réseaux, établissements de santé, maisons de santé...). Dans le cadre de la déclinaison de leur PRS et à partir d'un diagnostic par territoire, les ARS pourront en effet choisir d'accompagner les modalités les mieux adaptées aux besoins, à l'organisation existante et aux acteurs présents aujourd'hui dans les territoires.

⁵ Circulaire N°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées".

En revanche, plusieurs caractéristiques générales peuvent être retenues :

- L'organisation doit être lisible et accessible pour les médecins généralistes de premier recours et conduire à réduire le nombre de ses interlocuteurs.
- Le portage de ce service d'appui serait assuré avec l'objectif d'éviter toute institutionnalisation car la finalité principale est de mettre en relation les différents intervenants autour des parcours des patients et non de faire émerger un nouvel acteur de la prise en charge.
- Le service intervient selon un principe de subsidiarité et sur un territoire d'action défini, en fonction des besoins du médecin généraliste, des équipes de premier recours et des structures déjà existantes sur le territoire. Ses acteurs ne doivent en aucun cas se substituer aux effecteurs dans l'acte de soins.

Le contenu détaillé du service rendu pourra être défini dans le cadre du CPOM passé entre l'ARS et la structure porteuse et en fonction des besoins identifiés dans les territoires. A ce stade les travaux conduits par la DGOS⁶ permettent d'identifier les 3 priorités suivantes (cf. fiche pratique « l'appui à la coordination ») :

1. Organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours.
2. Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient.
3. Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Le présent guide détermine les modalités de prise en charge de cette fonction par les réseaux de santé car ils sont d'ores et déjà présents dans les territoires et investis sur cette mission. Pour autant le portage de l'appui à la coordination pourra être assuré par d'autres acteurs (établissements de santé, maisons de santé, pôles de santé...) lorsque cela s'avère pertinent.

➤ **Les objectifs pour les réseaux de santé**

Au regard du bilan décrit ci-dessus, l'évolution préconisée dans le présent guide sur les réseaux est guidée par les objectifs suivants :

- Cibler davantage le rôle des réseaux dans l'offre de soins afin de promouvoir la coopération avec les autres acteurs et orienter les moyens financiers exclusivement vers les structures répondant aux missions attendues.
- Harmoniser les pratiques ainsi que les coûts de fonctionnement des réseaux.
- Mettre en place un cadre de contractualisation permettant d'accompagner l'évolution des réseaux vers la polyvalence et l'appui à la coordination, leur articulation avec les autres acteurs de la coordination sur le territoire et de fixer en amont les modalités d'évaluation

L'évolution des réseaux de santé pourra s'inscrire dans une démarche plus globale d'organisation de la coordination des parcours sur un territoire donné, conduite sous l'égide de l'ARS, en partenariat avec les autres acteurs du territoire et intégrant les dimensions sociales et médico-sociales des parcours.

⁶ Résultats des travaux conduits dans le cadre d'un comité d'expert réunissant la DGOS, la DSS, l'IRDES, l'UNRS, la FFMPs, l'ARS Aquitaine et l'ARS Bretagne.

B. Orienter les réseaux de santé vers une fonction d'appui à la coordination

➤ Recentrer l'activité des réseaux sur la coordination

Compte tenu du besoin de coordination identifié pour l'organisation du parcours de soins des patients en situation complexe, il est préconisé d'orienter les moyens des réseaux de santé vers la mise en place d'un **service d'appui aux effecteurs de soins** et notamment aux médecins généralistes de premier recours.

Plusieurs principes directeurs peuvent être retenus pour la mise en place de ce service :

- Cette évolution ne serait développée que dans les territoires où un besoin est identifié par les ARS et où les professionnels du premier recours expriment le souhait de le voir se développer.
- Ce service serait étroitement articulé avec les autres dispositifs de coordination de proximité, (CLIC, SAMSAH, MDPH) et d'intégration des services d'aide et de soins (MAIA) déployés notamment dans le secteur médico-social, avec l'HAD et les SSIAD, afin d'organiser au mieux les zones de recouvrement.
- L'évolution des réseaux de santé serait engagée dans ce cadre :

▶ Les réseaux de santé souhaitant assurer le portage de ce service s'engageraient dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS à faire évoluer leur activité et leur positionnement dans l'offre de soins.

▶ Pour les réseaux de santé dont l'activité principale ne serait pas centrée sur la coordination (prise en charge directe de patients, fourniture d'une expertise à caractère purement médicale, éducation thérapeutique non inscrite dans la coordination du parcours de soins) ou n'ayant pas vocation à s'inscrire dans un tel service de proximité (réseaux de périnatalité⁷, réseaux régionaux de cancérologie), une stratégie d'évolution adaptée devrait être conduite au regard des besoins identifiés par les ARS.

C. Renforcer la polyvalence et l'ancrage territorial

La mise en place de ce service nécessite que les réseaux évoluent dans leur organisation à deux titres :

➤ Sur le plan du champ d'intervention des réseaux.

Il est préconisé de renforcer la polyvalence des réseaux. L'objectif est de proposer un service favorisant une approche globale du parcours du patient. Plusieurs avantages sont attachés à cette évolution :

- Favoriser une convergence des actions menées actuellement par les réseaux gérontologiques, ceux traitant des maladies chroniques, du cancer (réseaux de proximité) et des soins palliatifs. Ces thématiques présentant des points communs en matière de coordination, elles pourraient être prises en charge de façon unifiée au sein de réseaux polyvalents.
- Favoriser une mutualisation des moyens des réseaux.
- Limiter le nombre d'interlocuteurs pour les médecins généralistes et les équipes de soins de premier recours, favorisant chaque fois que possible la mise en place d'un interlocuteur unique facilitant l'accès au service d'appui proposé et la continuité des soins.

⁷ Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes – « Politique de périnatalité – l'urgence d'une remobilisation »

➤ Sur le plan de leur insertion dans les territoires.

La définition du périmètre géographique d'intervention des réseaux est un facteur clé car il détermine à la fois les modalités de son action ainsi que l'intensité de l'appui qui pourra être offert aux professionnels et aux patients.

Il n'est pas envisageable de prédéfinir un territoire type. Celui-ci dépendra notamment des moyens existants dans les réseaux en place actuellement, de la structuration de l'offre et des besoins d'appui exprimés par les effecteurs de soins.

Au regard des expériences décrites dans le présent guide (voir les fiches documentaires), les critères suivants pourraient être néanmoins retenus :

- Favoriser un service de proximité visible des effecteurs de soins et notamment des professionnels du premier recours : cela induit que le service ne devrait pas voir son assise dépasser le niveau du territoire de santé.
- Définir le périmètre en fonction des moyens existants : l'indication de 150 à 200 patients suivis par un coordonnateur sur une année (file active) peut être retenue et pourra être modulée en tenant compte des spécificités du territoire (territoires ruraux à faible densité de population par exemple).
- La coordination d'appui pourrait par ailleurs suivre une file active d'environ 1000 patients qui pourra également être modulée selon la configuration du territoire.

3. Les modalités d'accompagnement des évolutions

➤ Au niveau national

Le suivi des orientations du présent guide sera assuré par l'intermédiaire d'une équipe projet nationale associant le secrétariat général des ministères sociaux, la DGOS et la DSS, la CNAMTS, la DGCS, la CNSA en lien avec l'UNR Santé, l'UNPS, les fédérations et les représentants des usagers.

Plusieurs missions seront à développer :

- Suivre la mise en œuvre des évolutions sur les réseaux de santé et les résultats des évaluations du service rendu par les réseaux.
- Promouvoir un système d'information garantissant le recueil et la transmission des indicateurs de suivi et d'évaluation des réseaux.
- Accompagner les ARS qui le souhaiteraient dans la mise en œuvre des recommandations.
- Assurer un dialogue permanent avec les représentants des réseaux de santé.

➤ Au niveau régional

La démarche d'évolution des réseaux pourrait être conduite en deux temps au cours de l'année 2012 et 2013 :

Etape n°1 : Etablir un état des lieux des réseaux existants

Cette phase que plusieurs ARS ont d'ores et déjà engagée dans le cadre de l'élaboration de leur PRS consiste à évaluer les réseaux au regard d'une part de critères d'efficacité, d'autre part au regard de leur faculté à s'inscrire dans le portage de l'appui à la coordination et ainsi garantir le service rendu.

Etape n°2 : Contractualiser avec les gestionnaires des réseaux porteurs de l'appui à la coordination

Il est proposé d'inscrire l'évolution des réseaux dans le cadre de la contractualisation. Cette démarche permettra de définir les engagements pris par les réseaux pour une évolution de leur activité et de fixer des indicateurs de suivi et d'évaluation précis.

Une association des représentants régionaux des réseaux (UNRS) est préconisée dans le cadre de cette démarche ainsi qu'une concertation préalable avec l'ensemble des représentants des acteurs de l'offre de soins, notamment l'URPS, et les représentants des usagers. Les conférences de territoire et la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) pourront également être associées à la démarche.

Partie 2 : Fiches pratiques

1. Structuration des fiches

Les fiches ont pour objet d'apporter aux ARS un appui opérationnel pour la déclinaison des orientations stratégiques proposées dans la première partie du présent guide. Leur contenu ne revêt pas de caractère impératif mais offre des référentiels pouvant être mobilisés afin de répondre au besoin d'appui à la coordination des parcours et de conduire la recomposition des réseaux de santé pendant la période du PRS.

Les fiches sont classées en deux catégories :

- Les fiches « objectifs » qui déclinent les missions et les organisations cibles proposées pour l'appui à la coordination et les réseaux de santé ;
- Les fiches « leviers » qui proposent des outils pouvant être mobilisés par les ARS et les réseaux de santé eux-mêmes pour susciter les évolutions proposées.

2. Sommaire des fiches pratiques

Les fiches « Objectifs »

Fiche pratique 01 : L'appui à la coordination

Fiche pratique 02 : L'évolution des réseaux de santé

Les fiches « Leviers »

Fiche pratique L1 : L'évaluation des réseaux de santé

Fiche pratique L2 : La contractualisation

Fiche pratique L3 : Les systèmes d'information

Fiche pratique O1 : L'appui à la coordination

1. Enjeux

La **coordination des soins** se définit comme une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.

Elle s'intègre dans la **coordination du parcours de santé** et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »

Le renforcement de la coordination des soins constitue en effet un enjeu majeur pour l'amélioration de la performance du système de santé⁸. Pour les patients en situation complexe (cf. encadré ci-dessous), le médecin généraliste de premier recours mais aussi les autres acteurs de l'offre de soins peuvent avoir besoin d'un appui leur permettant de mieux évaluer la situation et de connaître et mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions).

Il s'agit de mieux synchroniser les interventions autour des patients dans une logique de « juste recours » aux soins. La coordination des acteurs de santé vise également à décloisonner le système de santé. Elle se révèle en effet plus particulièrement nécessaire aux interfaces des différents segments de l'offre de soins (ville/hôpital, sanitaire/médico-social/social) et pour les patients en situation complexe, c'est-à-dire ceux dont la prise en charge requiert une multiplicité d'intervenants des différents champs (sanitaire, médico-social et social). La coordination vise ainsi à articuler les ressources disponibles sur un territoire donné, sans se substituer à l'activité des effecteurs de soins ni à pallier les dysfonctionnements organisationnels existants.

A terme, la fonction de coordination devrait s'intégrer davantage dans l'activité de soins des différents offreurs. Plusieurs leviers y contribuent :

- Le développement d'incitations à la coordination dans le cadre de la rémunération des professionnels et des structures à l'instar des dispositifs déjà existants (pour les Affections de Longue Durée - ALD) et prévus dans la convention médicale signée le 26 juillet 2011⁹, ainsi que par le module 1 de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR¹⁰).
- Les recommandations de la HAS et la modélisation des parcours de soins afin de donner à l'ensemble des acteurs et en particulier au médecin généraliste de premier recours des référentiels. Cet effort de protocolisation devrait notamment porter sur l'organisation de l'entrée et de la sortie d'hôpital mais également sur la prise en charge de certaines pathologies (à l'exemple des guides sur les ALD publiés par l'HAS). Les travaux de l'ANAP sur les parcours des personnes âgées sur un territoire contribuent également à la modélisation des parcours.
- L'expérimentation de nouveaux modes de coordination des soins pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie, en amont et en aval de l'hospitalisation¹¹ ;
- Le renforcement des outils d'échanges et de partage de données via les systèmes d'information, notamment la messagerie sécurisée et le dossier médical personnel (DMP).

La mobilisation simultanée de ces différents outils devrait favoriser **une intégration de la fonction de coordination à l'activité même des effecteurs de soins**. Toutefois ces chantiers s'inscrivant dans une perspective longue, ils ne produiront leurs effets que très progressivement.

⁸ OCDE Health working paper N°30, Improved health system performance through better care coordination, 2007

⁹ Convention médicale signée le 26 juillet 2011 et prévoyant en particulier un nouveau mode de rémunération à la performance selon des objectifs de santé publique, telle que le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques.

¹⁰ Article 44 de la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

¹¹ Article 70 de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012

Il convient donc de définir les évolutions souhaitables de l'offre de soins pour favoriser un renforcement immédiat de la fonction de coordination au sein du système de santé. A ce titre, l'identification d'une fonction d'appui à la coordination paraît opportune

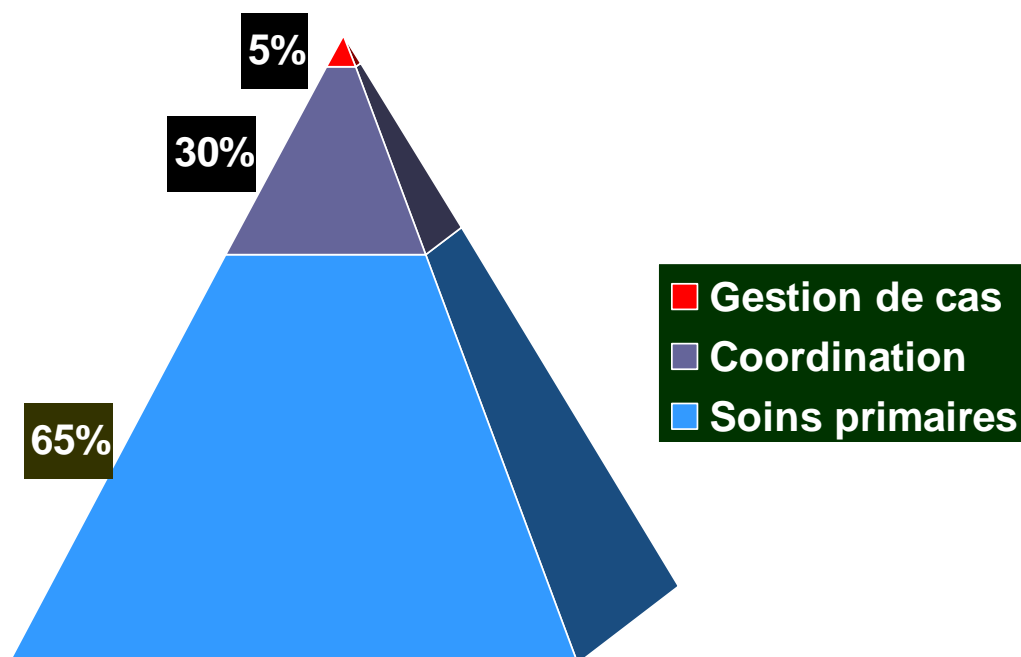
2. Périmètre

La mise en place de cette fonction d'appui n'est pas envisageable à grande échelle. D'une part, en raison de son coût qui doit rester limité compte tenu des contraintes économiques pesant sur le système de santé. D'autre part, car elle ne présente pas d'utilité pour la majorité des cas dans lesquels les acteurs de l'offre de soins assurent eux-mêmes la coordination des soins.

Il convient donc de la circonscrire aux situations dans lesquelles elle répond à un besoin exprimé par les effecteurs de soins et est susceptible de favoriser une meilleure orientation du patient dans le système.

A ce titre, il paraît opportun de limiter le périmètre de l'appui à la coordination aux patients en situation complexe, sans critère d'âge. Pour les personnes âgées de plus de 60 ans, et à titre indicatif, on peut estimer que 5% environ relèvent d'une gestion de cas¹². La proportion des personnes âgées dont la prise en charge nécessite une coordination active est estimée à 30% selon les critères retenus dans l'étude (étude Prisma France et travaux canadiens).

La gestion de cas se distingue de la coordination par l'intensité et le caractère continu de l'accompagnement mis en place. Cette distinction s'appuie sur des outils d'évaluation des besoins des personnes suivies.



*Illustration pour les personnes âgées de plus de 60 ans en situation complexe
(Source – CNSA/Etude Prisma)*

¹² La gestion cas désigne l'intervention d'un professionnel formé, dans des situations complexes de personnes subissant de graves atteintes cognitives ou de lourdes pertes d'autonomie fonctionnelle. Le gestionnaire de cas est responsable de la prise en charge globale des personnes qu'il suit, référent et interlocuteur direct de la personne, de sa famille et de son médecin traitant. Il garantit le soutien et l'accompagnement des personnes et des aidants informels et développe un partenariat entre les professionnels sanitaires, médico-sociaux et sociaux concernés. Il évalue les situations dans une approche multidimensionnelle, définit un plan de services individualisé, basé sur les besoins dûment identifiés et dans lequel s'inscrit chaque professionnel.

Les patients en situation complexe

Il est proposé de définir ces situations de la manière suivante:

> Complexité médicale :

- Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD
- Degré de sévérité des pathologies
- Equilibre non acceptable depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique

> Complexité psycho-sociale : personne ayant un faible recours aux soins

- Isolement social, vulnérabilité sociale
- Pratiques de santé inadaptées
- Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs

Ainsi, il s'agit des situations appelant une diversité d'intervenants, et auquel le médecin de premier recours ne peut répondre avec ses propres moyens. En pratique, et sans critère d'âge, ce sont essentiellement des patients atteints d'affections chroniques sévères, avec comorbidités, et problèmes sociaux ou problèmes de dépendance surajoutés. Pour les personnes âgées, des grilles individuelles d'évaluation du niveau de fragilité sont fréquemment utilisées.

3. Objectifs et contenu

➤ Les finalités de l'appui à la coordination

Dans le cadre de ces missions, les acteurs de l'appui à la coordination ne doivent en aucun cas se substituer aux effecteurs dans l'acte de soins et interviennent selon un principe de subsidiarité (y compris dans leurs relations avec les établissements de santé).

Les travaux conduits par la DGOS¹³ permettent d'identifier les missions suivantes :

I. Organiser et planifier le parcours de santé et orienter la prise en charge du patient en situation complexe, sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours

A) Identification et inclusion de la population-cible

- Améliorer le repérage de patients en situation complexe sur le territoire par un travail avec les professionnels et les autres acteurs du territoire (interface avec les collectivités territoriales, les structures sociales et sanitaires, etc.)
- Orienter la prise en charge les personnes en situation complexe

B) Préparation du parcours de santé

- Accueillir, informer et écouter la demande de la personne et de son entourage

C) Elaboration du parcours de santé en lien avec le médecin généraliste de premier recours

- Réaliser une évaluation multidimensionnelle de ses besoins à l'inclusion
- Recueillir le projet de vie et prendre en compte l'expression différenciée des attentes de la personne, des proches et du représentant légal
- Organiser la concertation pluridisciplinaire des acteurs.
- Co-construire le Plan Personnalisé de Santé (PPS) en intégrant la prévention et mobiliser les acteurs concernés (en organisant les modalités d'accès aux services adaptés et en orientant vers le professionnel adéquat)

¹³ Résultats des travaux conduits dans le cadre d'un comité d'expert réunissant des représentants du ministère de la santé (DGOS/DSS), de l'UNR Santé, de la FFMPS, de deux 2 ARS, de l'IRDES et une infirmière libérale

- Suivre et réévaluer le PPS à une date pré déterminée en lien avec l'équipe de soins de premiers recours

D) Mise en place du retour à domicile et maintien à domicile en lien avec le médecin généraliste de premier recours et en complémentarité des établissements de santé

- Anticiper les difficultés médicales, médico-sociales et sociales, et planification des interventions visant à les surmonter
- Prendre en compte l'expression différenciée des attentes de la personne, des proches et du représentant légal
- Anticiper la sortie d'hospitalisation et préparer le retour à domicile
- Coordonner l'action des différents professionnels qui interviennent à domicile
- Favoriser le maintien à domicile

E) Préserver les droits du patient dans un environnement où interviennent une multiplicité d'acteurs

- Respecter le secret professionnel
- Prévenir la maltraitance

II. Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) auprès du patient

A) Repérer et impliquer les professionnels sur le territoire

- Répertorier et mobiliser l'ensemble des acteurs de santé sur un territoire défini
- Identifier des manques dans l'offre existante du réseau
- Inclure des professionnels dans le réseau
- Collaborer avec des professionnels extérieurs au réseau

B) Appuyer l'évaluation et la réévaluation du patient par les professionnels

- Impliquer le professionnel de santé dans l'élaboration et le suivi du plan personnalisé de santé (PPS)
- Aider à l'orientation des patients dans le système de soins et vers un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés
- Inciter à la réactualisation des soins adaptés
- Proposer l'organisation de réunions de concertations pluridisciplinaires
- Sensibiliser les professionnels sur le repérage de la complexité
- Coordonner l'action des différents professionnels qui interviennent sur le territoire

III. Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social

A) Renforcer l'interface entre les secteurs sanitaire, médico-social et social

- Créer des espaces d'échanges et de débats
- Décloisonner l'action de l'ensemble des acteurs par le développement de partenariats, en coordination avec les CLIC, les services des conseils généraux et les MDPH ainsi que les établissements de santé et médico-sociaux ou en tant qu'acteurs dans les MAIA constituées sur leur territoire le cas échéant
- Coordonner les acteurs sur un territoire défini autour des parcours de santé cohérent
- Faciliter la collaboration et l'information entre professionnels pour favoriser la continuité des soins
- Favoriser la continuité des soins en évitant les ruptures du parcours de soins
- Sensibiliser les professionnels au fonctionnement en réseau

B) Contribuer à la réponse aux situations d'urgence ou très spécifiques en appui du médecin traitant

- Apporter un accompagnement aux hospitalisations non-programmées
- Faciliter la réponse aux situations d'urgence
- Anticiper les situations de crise

C) Repérer les besoins sanitaires et médico-sociaux non-couverts sur le territoire

- Favoriser l'intégration et la coopération des professionnels gravitant autour du patient
- Rendre possible la prise en charge par des partenaires extérieurs du réseau

➤ **Les ressources humaines requises**

L'objet du présent guide n'est pas de fixer des normes relatives à la constitution des équipes. Les éléments suivants correspondent aux orientations prises par certains réseaux se situant aujourd'hui proches de la cible recherchée en termes d'organisation et de mission.

Le coordonnateur d'appui

La ressource humaine principale est le coordonnateur d'appui en charge du suivi des parcours des patients, en lien avec l'équipe de soins de premiers recours. Il relève de deux types de profils principaux : professionnel de santé (notamment infirmière) et/ou travailleur social.

Il est souhaitable que le coordonnateur d'appui ait une expérience professionnelle d'au moins 10 ans, et une formation spécifique aux questions de coordination des parcours de santé (ou d'organisation du système de santé). Il doit être en capacité de coordonner environ 150 à 200 patients par an.

Les tâches à assurer pour un patient sont :

- L'évaluation multidimensionnelle du patient (médicale, médico-sociale, sociale), et définition du plan personnalisé de santé, validé par le médecin traitant.
- La réévaluation de ce plan en cas de modification de la situation du patient, et dans tous les cas, au moins 1 fois par an, en lien avec le médecin traitant.
- Le suivi de la réalisation des interventions planifiées dans le plan, en particulier celles nécessaires au domicile (planification des interventions et de leur périodicité), et des aides matérielles et financières adaptées.
- Transmission d'informations entre les intervenants : téléphone, points de coordination par réunion physique ou téléphone, cahier de liaison au domicile...
- Organisation de réunions de concertation avec les intervenants impliqués.
- Organisation de visite au domicile du patient pour évaluer les aménagements et interventions adéquats pour le maintien à domicile.

Le coordonnateur d'appui doit être aisément joignable par le patient, le médecin généraliste de premier recours et les autres intervenants et adapter son intervention au degré d'urgence et assurer la continuité de sa mission (renvoi téléphonique, organisation de permanences,...).

Les autres ressources humaines pouvant le cas échéant être intégrées à l'équipe

En complément du coordonnateur d'appui dont les missions concernent l'organisation des parcours des patients d'un point de vue opérationnel, une fonction de coordination institutionnelle, axée sur l'animation et les liens avec les acteurs du territoire et la gestion des projets peut éventuellement être identifiée. Un référentiel de compétences sur cette fonction est proposé à titre indicatif en annexe 2 du présent guide.

Enfin, un temps médical, avec un profil expérimenté, peut être mobilisé et le cas échéant mutualisé, sur les missions suivantes :

- Apporter une expertise médicale aux médecins généralistes de premier recours et à l'équipe d'appui (analyse conjointe de situations, analyse des pratiques, conseil de prise en charge, aide à l'orientation, etc.).
- Faciliter les échanges, la coordination et la mobilisation des acteurs de ville, médico-sociaux et en établissements de santé.

➤ **Le plan personnalisé de santé**

Le plan personnalisé de santé (PPS) est le principal outil de la coordination. Il traduit les besoins du patient et établit le programme des interventions des professionnels de santé et personnels

médico-sociaux nécessaires. Il comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS.

Il s'agit de décrire dans un document, après une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient :

- les objectifs fixés médicaux, éducatifs, psychologiques, sociaux ;
- les différentes tâches à réaliser ;
- les acteurs en charge de leur réalisation ;
- le calendrier et la périodicité.

En référence au PPS élaboré par la HAS¹⁴, ce document devra au minimum contenir :

- Les informations relatives au malade (pathologies en cause, degré de sévérité), les problèmes identifiés par le médecin traitant (risques liés à la pathologie ou à ses complications, points critiques du parcours de soins, comorbidité, comportements non favorables à la santé...) les préférences et besoins du patient et de son entourage, ainsi que les coordonnées du médecin ayant remis le programme au malade.
- Les objectifs de l'appui à coordination : Objectif biomédical (Indicateur médical ou fonctionnel...), objectif qualitatif (maintien à domicile, maintien de l'autonomie, réduction de la douleur, amélioration de la qualité de vie...).
- La planification des interventions médico-psycho-sociales :
 - ✓ Plan de soins : proposition thérapeutique acceptée par le patient et son organisation (durées prévisibles d'hospitalisation, date et lieux des différentes phases de traitement...), ainsi que les différents bilans prévus et leur fréquence (évaluation, prescription non pharmacologique, prescription / modification pharmacologique, prescription d'examen complémentaires, référence à une consultation spécialisée, hospitalisation, décision issue de réunion de concertation pluridisciplinaire).
 - ✓ Plan d'éducation thérapeutique.
 - ✓ Plan d'aide : bilan social, coordonnées de l'assistance sociale, actions mises en œuvre (signalement, plan d'aide ou de services à la personne, aides financières ou sociales).
- Les professionnels et acteurs intervenants :
 - ✓ Professionnel de santé : médecin généraliste, médecins d'autres spécialités, pharmacien d'officine, paramédical, psychiatre, psychologue
 - ✓ Service / établissement de santé : établissement hospitalier, HAD, SSIAD
 - ✓ CLIC
 - ✓ Services médico-sociaux : assistante sociale, service social autre qu'une assistante sociale, services à la personne et structures médico-sociales (EHPAD, SAMSAH, MDPH)
 - ✓ Réseaux de santé
 - ✓ Sur un territoire couvert par une MAIA, l'ensemble des acteurs parties prenantes de la démarche d'intégration des services d'aide et de soins impulsée par le pilote de la MAIA
- Les difficultés liées au contexte de vie :
 - ✓ Contexte médical : sévérité de la pathologie en elle-même, non disponibilité du traitement ou de l'intervention.
 - ✓ Contexte social : précarité, isolement, habitat, etc.
 - ✓ Contexte psychologique : manque de motivation, croyance de santé, culture, entourage
 - ✓ Réduction de l'autonomie du patient
- La date de réévaluation du PPS

¹⁴ La HAS a publié un plan personnalisé de soins, dans le cadre d'une approche commune à toutes les pathologies : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_vierge.pdf

- Les contacts utiles : médecin généraliste de premier recours, médecins spécialistes référents, infirmière de coordination, pharmacien, etc.

Le PPS préparé par le coordonnateur d'appui est validé par le médecin généraliste de premier recours.

Fiche pratique O2 : L'évolution des réseaux de santé

1. Enjeux

Les réseaux de santé ont d'ores et déjà été positionnés sur le champ de la coordination, il est donc logique de mobiliser leur compétence.

Mais il convient d'optimiser l'utilisation des ressources mises à leur disposition afin de s'assurer qu'ils répondent de manière adéquate au besoin de coordination des soins identifiés par les ARS dans le cadre de leur PRS.

Il convient pour cela de remettre à plat leur positionnement et leur fonctionnement de sorte qu'ils s'orientent en priorité vers la fonction d'appui à la coordination :

Cela implique plusieurs évolutions complémentaires :

- Faire converger les réseaux de santé vers une organisation favorable au portage de la fonction d'appui à la coordination.
- Repositionner les réseaux de santé qui n'ont pas pour fonction principale la coordination.
- Garantir une articulation optimale entre l'activité des réseaux de santé et celles des autres acteurs et dispositifs de coordination existants.

2. Etat des lieux et évolutions organisationnelles envisageables

La réalisation d'un état des lieux est préconisée en partie 1 du présent guide. Celui-ci peut se fonder sur deux volets :

- Volet 1 : évaluer les réseaux au regard d'une part de critères d'efficience (voir fiche L1)
- Volet 2 : évaluer les réseaux au regard de leur faculté à s'inscrire dans le portage de l'appui à la coordination.

Sur ce deuxième point, plusieurs types de réseaux pourront être identifiés :

- **Les structures dont l'activité est axée sur la coordination et dont l'intervention s'inscrit dans la proximité (personnes âgées, maladies chroniques, cancer, soins palliatifs, douleur notamment)**

Ces réseaux ont vocation à orienter leur activité vers l'appui à la coordination telle que décrite dans le présent guide. Dans le cadre de la contractualisation avec les ARS, ils devront définir à la fois les modalités d'un renforcement de leur polyvalence, celles de la mutualisation des moyens avec les autres acteurs et les conditions de l'articulation avec les autres acteurs notamment dans le champ médico-social et social.

Leur organisation peut prendre plusieurs formes notamment celles décrites dans les fiches documentaires du présent guide.

Leur financement sera essentiellement assuré par le FIR.

Il est préconisé de faire évoluer les modalités d'attribution des financements (le plus souvent à la structure et historique avec une enveloppe globale par réseau), vers un financement à partir des missions. Pour le financement de la mission de coordination des parcours, l'allocation de ressources, contractualisée avec le réseau, pourrait s'appuyer sur :

- Des critères de moyens : nombre de coordonnateurs d'appui identifié pour répondre au besoin estimé sur le territoire considéré.
- Des critères d'activité : nombre de patients inclus sur l'année.

Une réflexion sera engagée sur ce sujet dans le cadre de l'accompagnement national.

➤ **Les réseaux régionaux de périnatalité et de cancérologie**

Ces réseaux ont dans la majorité des cas une assise régionale, des missions centrées sur le segment hospitalier des parcours de santé ainsi que des tâches d'expertise qui les distinguent des réseaux de santé de proximité. Leur rôle est désormais bien identifié et leur plus value est reconnue¹⁵. Leur positionnement dans l'offre de soins n'est donc pas à réviser significativement. En revanche, le champ des réseaux de santé connaissant d'importantes évolutions (en termes de missions et de financements), il est opportun de définir les modalités de gestion, le financement de ces réseaux et leur articulation avec les acteurs assurant un appui à la coordination.

Un travail spécifique sera conduit sur ces points en complément du présent guide.

➤ **Les structures dont l'activité est très spécialisée, et ne relèvent pas directement de la coordination**

De nombreux réseaux ont été créés pour la prise en charge de pathologies spécifiques (mucoviscidose, maladies rares, hépatite C, sclérose latérale amyotrophique, hémophilie, ...). Sauf exception motivée par les besoins identifiés dans certains territoires, ils n'ont pas vocation à participer directement au service d'appui à la coordination. Une mutualisation des moyens de ces réseaux pourra être recherchée.

Plusieurs scénarii peuvent être envisagés par les ARS :

- 1- **Intégration dans un établissement de santé.** Cette solution peut être privilégiée lorsque le réseau porte sur le segment hospitalier d'une prise en charge et que son activité s'apparente à celle d'un service hospitalier. Ces réseaux pourraient être pris en charge soit par la voie des tarifs hospitaliers soit sur les MIG.
- 2- **Intégration dans un centre de référence, un centre correspondant ou une structure spécialisée¹⁶.** Certains réseaux portent sur des missions de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées qui correspondent de fait aux missions des centres de référence ou de structure spécialisée. Cette catégorie de réseaux de santé a vocation à être intégrée à ces structures et financée par des crédits MIG-MERRI, des recettes à l'activité le cas échéant, et pour les seuls surcoûts, par des crédits MIGAC (cf. encadré ci-dessous). Les réseaux concernés peuvent également relever d'établissements relevant d'un autre champ que le court séjour (SSR, psychiatrie, médico-social).

Les centres de référence

Ils répondent à la logique suivante :

- >l'expertise correspondante est rare, une errance des patients (et des professionnels) est constatée ;
- >la prise en charge concernée est complexe ;
- >des compétences et des équipements techniques préexistent (un centre de référence ne doit pas être une création de novo).

Et, dans une moindre mesure :

- >la prévalence est faible (moins de 1/2000) ou il s'agit de la manifestation rare d'une maladie fréquente;
- >un plan de santé est dédié à la pathologie ou la prise en charge concernée.

¹⁵ Rapport public annuel 2012 de la Cour des comptes – « Politique de périnatalité – l'urgence d'une remobilisation »

¹⁶ Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D.162-8 du code de la sécurité sociale et circulaire n°DGOS/PF2/2012/251 du 22 juin 2012 relative à doctrine DGOS sur les centres de référence, la labellisation et les structures spécialisées.

Un centre de référence a une vocation nationale ou interrégionale, il assure le plus haut niveau de recours. Les centres de référence n'ont pas vocation à assurer le maillage territorial des prises en charge. Ces dernières doivent être réalisées si nécessaire par des structures de recours intermédiaires, de proximité, elles-mêmes éventuellement rattachées à un centre de référence lorsqu'il existe. Le nombre de centres de référence est donc par nature restreint (entre un et une dizaine répartis en inter-régions).

Les structures spécialisées

Il s'agit de structures ne s'inscrivant pas strictement dans le cadre des centres de référence, soit parce qu'elles ne remplissent qu'une partie des missions prévues, soit parce qu'elles ne répondent pas à toutes les exigences permettant sa labellisation en centre de référence (exemple : pas de rareté de l'expertise ni de prévalence faible) ou encore parce qu'elles ont vocation à constituer un maillage territorial. Ce sont alors des structures spécialisées, expertes (ou de recours) et non « de référence ». Lorsqu'elles sont adossées à un centre de référence, ces structures sont dites « correspondantes » ou « de compétence ».

Les structures spécialisées participent à la réalisation d'un maillage géographique plus fin, elles peuvent intégrer des filières de prise en charge. Elles peuvent parfois bénéficier de financements complémentaires pour des prises en charges spécifiques générant des surcoûts identifiés non couverts par les tarifs.

➤ **Les structures dont certaines missions peuvent relever d'autres sources de financement ciblées.**

Les structures s'orientant vers la coordination peuvent se voir confier d'autres missions à l'initiative des ARS (éducation thérapeutique du patient par exemple) notamment dans le cadre d'appels à projet. Le financement de ces missions pourra reposer sur des crédits dédiés.

Fiche pratique L1 : L'évaluation des réseaux de santé

1. Enjeux

Le perfectionnement des indicateurs d'évaluation de l'activité des réseaux de santé est nécessaire à deux titres :

- Dans un contexte de forte contrainte économique, il convient de renforcer l'exigence d'efficacité des structures bénéficiaires des crédits du fonds d'intervention régional. Pour cela une utilisation plus contraignante des indicateurs d'ores et déjà à disposition aujourd'hui est préconisée dès 2012.
- Par ailleurs, afin de poser dès à présent les nouvelles bases de l'évaluation des réseaux de santé, un socle d'indicateurs est proposé aux ARS et devra être complété progressivement.

L'évaluation des réseaux s'inscrit dans le cadre prévu par l'article D6321-7 du code de la santé publique.

2. Renforcer la mesure de l'efficacité des réseaux de santé à l'aide des indicateurs existants.

A ce jour, il n'existe pas de méthode d'évaluation médico-économique applicable à l'ensemble des réseaux de santé. Pour autant, dans le cadre de la gestion du FIQCS, la DGOS et la CNAMTS ont développé plusieurs indicateurs de moyens et de processus qui permettent de comparer les réseaux de santé dès à présent¹⁷. Il est préconisé de dresser un état des lieux dans chaque région sur cette base dès 2012. La méthode ci-dessous pourrait être utilisée.

- **Analyser les indicateurs du rapport d'activité annuel du FIQCS**

Sur la base des informations disponibles dans le rapport d'activité 2010 du FIQCS, 3 niveaux d'analyse pourraient être développés :

a/ Une analyse par l'indice synthétique de qualité (ISQ)

Rappel de la méthode d'analyse des réseaux de santé par l'ISQ

L'ISQ prend en compte les indicateurs traceurs de qualité suivants répartis en 4 groupes :

Objectifs fixés par convention

- ▶ Atteinte de l'objectif fixé par la convention de financement et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du GMSIH.
- ▶ Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux de santé, établissements de santé, CLIC, CSAPA...)

Prise en charge des patients

- ▶ Elaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes...)
- ▶ Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles
- ▶ Existence d'une permanence téléphonique

¹⁷ A noter également le guide d'évaluation proposé par l'ANAES/HAS (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_433386/reseaux-de-sante-guide-devaluation)

- ▶ Mise en place systématique d'un dossier patient du réseau/PPS (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé - PPS¹⁸)
- ▶ Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau/PPS par les professionnels
- ▶ Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient

Participation et intégration des acteurs

- ▶ Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation)

Organisation et fonctionnement du réseau

- ▶ Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des événements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité (exemple : hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels...) ainsi qu'une évaluation des actions correctrices).

Chaque réponse « oui » à l'un des indicateurs est cotée 1, les réponses ayant pour valeur « non » ou non renseignées sont cotées 0. L'ISQ est établi en sommant ces réponses. Le résultat est donc une valeur entre 0 et 10.

L'ISQ donne des indications sur la conformité du fonctionnement des structures actuelles avec les référentiels d'organisation issus de la circulaire du 2 mars 2007 et des circulaires spécifiques (soins palliatifs, personnes âgées).

A l'aide des informations recueillies par les ARS pour chaque réseau de santé en 2010, il est préconisé d'analyser prioritairement l'ensemble des réseaux de santé dont le score ISQ est inférieur à 4 et ceux dont l'ISQ s'écarte significativement de l'ISQ moyen.

Scores ISQ par grandes catégories de réseaux de santé (rapport d'activité du FIQCS 2010)

Thème regroupé	Nombre de réseaux de santé évalués	ISQ					
		1-2	3-5	6-8	9-10	Total	ISQ moyen
Gérontologie	120	3%	40%	44%	13%	100%	5,8
Soins Palliatifs	95	0%	29%	53%	18%	100%	6,7
Diabétologie	65	3%	32%	46%	18%	100%	6,3
Addictologie	42	12%	55%	26%	7%	100%	4,5
Prise en charge des adolescents	38	21%	58%	13%	8%	100%	3,9
Cancérologie	37	0%	32%	49%	19%	100%	6,2
Handicap	35	9%	40%	46%	6%	100%	5,5
Périnatalité	32	9%	44%	34%	13%	100%	5,3
Proximité (poly pathologie)	29	7%	38%	45%	10%	100%	5,8
Cardiovasculaire	23	0%	9%	57%	35%	100%	7,4
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	0%	14%	48%	38%	100%	7,5
Pathologies respiratoires	21	10%	10%	33%	48%	100%	7,4
Neurologie	18	0%	44%	22%	33%	100%	6,6
Maladies infectieuses	17	6%	53%	35%	6%	100%	5,2
Douleur	10	10%	30%	40%	20%	100%	6,0
Précarité	9	11%	78%	11%	0%	100%	3,9
Néphrologie	6	0%	0%	67%	33%	100%	8,2
Maladies rares	5	40%	20%	40%	0%	100%	3,6

¹⁸ Plan Personnalisé de Santé (PPS) : Document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins du patient notamment en soins, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant.

Santé Mentale	4	25%	25%	50%	0%	100%	4,3
Etude	3	33%	67%	0%	0%	100%	3,0
Rhumatologie	1	0%	0%	100%	0%	100%	8,0
Autre (préciser)	15	7%	33%	53%	7%	100%	5,9
Total	646	6%	37%	42%	16%	100%	5,9

b/ Une analyse par la file active

Le présent guide préconise une meilleure couverture territoriale des réseaux de santé notamment par regroupement des moyens existants. Il s'agit notamment d'augmenter la population couverte ainsi que le nombre de professionnels du premier recours pouvant bénéficier de l'appui des réseaux de santé.

A ce titre, il paraît nécessaire d'analyser l'ensemble des réseaux de santé au regard de la file active¹⁹ existante aujourd'hui en ciblant notamment ceux dont la file active est faible au regard des moyennes constatées au niveau national. Si possible une analyse de la complexité des situations des patients pourra être conduite afin de s'assurer que la population prise en charge correspond effectivement aux cas complexes.

Patients suivis par grandes catégories de réseaux de santé (rapport d'activité du FIQCS 2010)

Thème	Nombre de réseaux de santé		
		Moyenne	Médiane
Gérontologie	120	292	217
Soins Palliatifs	95	167	137
Diabétologie	65	477	321
Addictologie	42	304	162
Prise en charge des adolescents	38	391	162
Cancérologie	37	423	349
Handicap	35	446	201
Périnatalité	32	681	470
Proximité (poly pathologie)	29	423	376
Cardiovasculaire	23	610	509
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	361	242
Pathologies respiratoires	21	243	150
Neurologie	18	901	737
Maladies infectieuses	17	218	120
Douleur	10	309	172
Précarité	9	522	360
Néphrologie (insuffisance rénale chronique)	6	526	520
Maladies rares	5	207	122

¹⁹ La file active correspond au nombre de patients différents qui ont été suivis par le réseau, au moins une fois dans l'année.

Santé Mentale	4	117	38
Etude	3	-	-
Rhumatologie	1	133	133
Autre (préciser)	15	536	366
TOTAL	646	365	222

c/ Une analyse par le coût moyen par patient

Les ARS disposant pour chacun des réseaux de santé du coût moyen par patient, il est préconisé de positionner chacun d'entre eux par rapport à la moyenne nationale et d'analyser les facteurs explicatifs des surcoûts constatés.

L'objectif étant de parvenir à un référentiel commun relatif à l'activité et aux moyens consacrés, l'engagement d'une convergence des coûts moyens vers la moyenne nationale paraît nécessaire.

Montant moyen versé en 2010 par grandes catégories de réseaux de santé (rapport d'activité du FIQCS 2010)

Thème	Nombre de réseaux de santé	Montan moyen versé 2010 par patient (en €)
Gérontologie	120	706
Soins Palliatifs	95	1 889
Diabétologie	65	485
Addictologie	42	732
Prise en charge des adolescents	38	263
Cancérologie	37	716
Handicap	35	550
Périnatalité	32	219
Proximité (poly pathologie)	29	899
Cardiovasculaire	23	412
Nutrition et prise en charge de l'obésité	21	716
Pathologies respiratoires	21	833
Neurologie	18	300
Maladies infectieuses	17	543
Douleur	10	691
Précarité	9	578
Néphrologie	6	558
Maladies rares	5	790
Santé Mentale	4	980
Rhumatologie	1	569
Autre (préciser)	15	276
Total	646	653

- **Mobiliser les résultats de cette analyse pour optimiser l'utilisation des ressources**

La circulaire du 2 mars 2007 avait posé le principe selon lequel « le but est de ne financer ou de continuer à financer que les réseaux de santé qui apportent une réelle valeur ajoutée aux patients et aux professionnels, démontrée par des évaluations et dont les coûts sont compatibles avec le cadrage financier de la politique des réseaux de santé ».

Il est proposé de faire application de ce principe en replaçant l'analyse dans la démarche globale de recomposition des réseaux de santé décrite dans le présent guide.

Plusieurs actions peuvent être envisagées dans ce cadre :

- Mettre en place des actions correctrices visant à renforcer à court terme l'efficacité des structures :
 - Réduction des coûts de fonctionnement soit en arrêtant le financement des réseaux qui ne rentrent pas dans les orientations déclinées régionalement ou en incitant à la recomposition des réseaux qui doivent mutualiser leurs moyens ;
 - Réduction des dépenses consacrées aux prestations dérogatoires ;
 - Optimisation de l'organisation des réunions de concertations pluridisciplinaires notamment en vue d'optimiser qui y est consacré ;
- Organiser un transfert des moyens et des activités vers d'autres réseaux de santé ou d'autres structures notamment les établissements de santé dans le cadre de la recomposition décrite dans le présent guide.
- Mettre un terme à l'activité des réseaux de santé dont l'efficacité ne pourrait être améliorée à court terme et dont l'activité ne pourrait être réorientée.
- Expertiser la part des prestations dérogatoires dans les dépenses des réseaux

Il est opportun d'identifier dans les comptes des réseaux de santé la part des prestations dérogatoires sur le budget total alloué à la structure et de mettre à plat leur utilisation.

Les dérogations tarifaires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale doivent rester expérimentales, c'est-à-dire limitées dans le temps et en niveau de rémunération. Elles peuvent concerner des actes réalisés par deux catégories de professionnels :

- Des professionnels de santé (infirmiers, médecins, etc.) pour lesquels il existe une nomenclature d'actes. Les prestations réalisées par ces professionnels, non identifiées dans la nomenclature et dont l'efficacité ou le service médical rendu sont avérés, ont vocation à devenir des prestations de droit commun. L'instruction des demandes de dérogations doit s'apprécier en fonction des référentiels de pratiques existants et doit mesurer, dès la phase expérimentale, l'impact financier à attendre de leur éventuelle généralisation.
- Des professionnels de santé (diététiciennes) ou d'autres professionnels (psychologues, éducateurs, etc.) pour lesquels il n'existe pas de convention entre la profession de l'intervention et l'assurance maladie.

En outre, les prestations dérogatoires ne doivent pas financer des missions de coordination couvertes au titre d'un autre dispositif de financement (majoration de coordination et d'environnement du soin (MCI) des infirmières pour les prises en charges lourdes et complexes²⁰, forfait ALD, forfait médecin coordonnateur de l'équipe de soins palliatifs, MIG cancer, etc.).

La mission principale des réseaux de santé est de mobiliser les ressources présentes sur le territoire afin d'orienter le patient dans son parcours de santé. Le réseau ne doit en aucun cas se substituer à l'offre de soins existante.

²⁰ Avenant n°3 à la convention nationale des infirmières libérales du 28 septembre 2011.

Au regard de ces principes, il serait opportun de réserver les dérogations tarifaires aux seuls professionnels dont les actes ne sont pas pris en charge à ce jour par l'assurance-maladie, du fait de la non identification de l'acte dans les nomenclatures ou de l'absence de convention avec l'assurance maladie (psychologues, diététiciens, ergothérapeute, psychomotriciens) et dans tous les cas, d'encadrer strictement ex-ante les dérogations tarifaires, en particulier dans le CPOM conclus avec le réseau.

3. Mettre en place les indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination

Il conviendra de développer des indicateurs d'évaluation de la fonction d'appui à la coordination et de la typologie des patients suivis, complémentaires des indicateurs d'activité et de coût présentés dans le chapitre 2. Ils seront notamment destinés à alimenter le contrat signé entre l'ARS et le réseau et permettre ainsi l'évaluation de la mission de coordination confiée aux réseaux.

Ils ont également vocation à être utilisés dans le cadre de l'évaluation qualitative des actions financées par le Fonds d'Intervention Régional (FIR) dans des conditions qui seront à définir (cf. Circulaire N° SG/2012/145 du 9 mars 2012 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional créé par l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012). Le système d'information qui sera utilisé pour recueillir ces indicateurs s'inscrira dans la continuité du dispositif en vigueur dans le rapport d'activité du FIQCS.

Les indicateurs d'évaluation de la fonction de coordination pourront s'appuyer sur les indicateurs utilisés dans la méthode d'évaluation médico-économique des réseaux, élaborée avec la CNAMTS et qui sera prochainement mis à disposition des ARS (cf. encadré ci-dessous).

Il n'est pas proposé de liste d'indicateurs dans le présent guide. Un groupe de travail sera constitué avec les représentants des ARS pour préciser les indicateurs retenus et leur définition.

Présentation de la méthodologie d'évaluation médico-économique des réseaux de santé

Contexte

En 2011, à l'initiative de la CNAMTS et de la DGOS, une méthodologie permettant de mesurer la plus-value médico-économique du modèle organisationnel en réseau de santé par rapport aux autres modes de prise en charge a été testée sur trois régions pilotes : Aquitaine, Bourgogne, Rhône-Alpes.

Description de la méthodologie d'évaluation: Cette méthode concerne les réseaux des thématiques suivantes : diabétologie, gérontologie, soins palliatifs, asthme, insuffisance respiratoire chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive, VIH, Hépatite C, pathologies cardio-vasculaires : infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, addictologie. La méthode est également applicable aux réseaux polyvalents.

L'évaluation est réalisée à partir des informations disponibles dans les systèmes d'information de l'assurance maladie et au sein des réseaux, et en ciblant un groupe de patients « cas » et un groupe de patient « témoins ».

Les critères d'évaluation utilisés sont :

Des critères d'évaluation médicaux

Des indicateurs médicaux communs à tous les réseaux de santé quelle que soit la thématique ont été retenus :

- Nombre de séjours hospitaliers et durée de séjour en médecine, en chirurgie, en obstétrique, en soins de suite et de réadaptation
- Nombre d'actes réalisés aux heures de permanence des soins en ambulatoire
- Nombre de passages, montants remboursés et remboursables au titre des urgences hospitalières, repérés par le nombre d'ATU dans le secteur privé lucratif et par l'agrégat « urgences » dans le secteur public

Des critères d'évaluation économiques

Sur le plan économique, l'évaluation des coûts est effectuée sur la base des dépenses de l'assurance maladie en distinguant :

- Les dépenses de soins de ville décomposées en honoraires médicaux, honoraires paramédicaux, actes CCAM, médicaments, dispositifs médicaux, biologie, transports.
- Les dépenses de soins hospitaliers décomposées en médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, autres).

Les analyses réalisées ont pour objet de déterminer si le réseau apporte une plus-value médicale et économique, à partir d'une comparaison entre des patients suivis par un réseau et des patients « témoins » non suivis par un réseau.

Les conditions de mise en œuvre

- La constitution d'une équipe projet associant l'assurance maladie (DRSM et coordonnateur de la gestion des risques) et l'ARS pour identifier les réseaux à évaluer et organiser les travaux
- Le recueil des données auprès des réseaux et la réalisation de l'évaluation sur la période de septembre n+1 à janvier n+2 (compte tenu de la fenêtre de disponibilité des données)
- L'utilisation des résultats pour agir et la transmission des résultats (scores globaux) au niveau national

Fiche pratique L2 : La contractualisation

1. Enjeux

Au terme du processus d'élaboration du projet régional de santé (PRS), les agences régionales de santé (ARS) disposeront de 5 ans pour décliner leurs orientations dans les territoires de santé. L'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire (hospitalier et ambulatoire) et médico-social participeront à la mise en œuvre de ce projet.

L'atteinte de ces objectifs nécessite que les ARS entretiennent avec ces acteurs un dialogue de gestion fondé sur un plan d'actions précis et jalonné portant sur leur positionnement dans l'offre de soins territoriale, ainsi que sur les principaux axes d'amélioration de leur performance. **Les contrats offriront ainsi aux acteurs la visibilité nécessaire à la définition de leur projet et à l'efficience de leur gestion.**

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) constituent l'outil privilégié de ce dialogue. C'est pour cette raison que la loi HPST (article L1435-3 du CSP) et le décret du 4 octobre 2010 (articles D6114-11 à 15 du CSP) ont étendu le périmètre de la contractualisation aux structures du secteur ambulatoire et aux réseaux de santé.

S'agissant des réseaux de santé, cette première génération de CPOM revêt plusieurs enjeux :

- Définir précisément les transformations du positionnement et du fonctionnement interne que chacun des réseaux de santé s'engagent à réaliser au regard des orientations du PRS.
- Déterminer les modalités de transition des réseaux de santé vers les nouvelles missions et organisations préconisées dans le présent guide.
- Structurer et simplifier le dialogue de gestion entre les réseaux de santé et l'ARS autour d'un document stratégique et pluriannuel.
- Organiser l'articulation avec les autres acteurs de la coordination sur le territoire.
- Renforcer le suivi de l'activité des réseaux de santé via des indicateurs de performance.

2. Préparer et négocier le contrat

➤ Le calendrier

Il est proposé d'engager la démarche de contractualisation avec les réseaux de santé dans le cadre de l'allocation des ressources 2012 du fonds d'intervention régional.

Toutefois, compte tenu des délais contraints et de la nécessité d'établir un diagnostic préalable pour chacun des réseaux de santé avant de définir ses perspectives d'évolution, une démarche en deux temps est proposée :

Dans un premier temps : signature d'un socle contractuel minimum dans le cadre de l'allocation des ressources du FIR – 2^{ème} trimestre 2012

Dans un second temps : signature du CPOM dans sa version complète – fin 2012 – début 2013

Cette organisation a l'avantage de ne pas retarder l'allocation des ressources 2012 tout en donnant un temps suffisant aux ARS et aux responsables des réseaux de santé pour définir, sur la base d'un diagnostic partagé, les orientations stratégiques pour les 5 années à venir.

Etapes	Contenu	Echéance	Responsable	Commentaire
1.	Signature du socle contractuel dans le cadre de l'allocation des ressources FIR	2 ^{ème} trim. 2012	ARS/réseau	
2.	Diagnostic partagé sur la situation du réseau et les perspectives	Mars-décembre	ARS/réseau	Cette période comprend une autoévaluation et un dialogue contradictoire sur l'avenir du réseau
3.	Rédaction du contrat	Décembre-janvier	Réseau	Cette période comprend la rédaction d'une première version du contrat
4.	Finalisation du contrat	Février-mars	ARS/réseau	Cette période comprend la rédaction du document final. Les échanges avec le réseau se poursuivent si nécessaire.

➤ **Cadrage régional de la démarche**

Sur la base des éléments du présent guide, il est préconisé d'organiser une période d'appropriation des éléments méthodologiques en vue de l'élaboration des nouveaux contrats.

Cette phase pourrait associer les représentants régionaux de l'UNRS et de l'URPS afin que soient fixés conjointement :

- Le calendrier d'élaboration des CPOM,
- Les éléments relatifs à la contractualisation régionale.
- La méthodologie du diagnostic partagé permettant d'asseoir la définition des objectifs stratégiques.

Par ailleurs, une réunion préalable avec l'ensemble des réseaux de santé dont l'activité et les moyens sont susceptibles d'être mutualisés pourrait être organisée. Le rôle de l'ARS sera d'accompagner le changement sous la forme par exemple d'une conduite de projet. En effet, il convient dès cette phase de favoriser les synergies entre les réseaux de santé et d'inciter à la formulation commune d'objectifs et d'actions dans un CPOM unique.

➤ **La signature d'un socle contractuel (étape 1)**

Dans l'attente des résultats du diagnostic partagé sur l'avenir de chacun des réseaux de santé, il est préconisé de reconduire les supports conventionnels ou contractuels utilisés pour l'allocation des ressources annuelles. Ce document précisera que l'allocation de ressources au titre du FIR est transitoire et sera redéfinie dans le cadre du CPOM en cours d'élaboration.

Les ARS qui ont d'ores et déjà réalisé la remise à plat du fonctionnement et du positionnement des réseaux de santé pourront toutefois négocier directement le CPOM dans sa version intégrale.

➤ **Le diagnostic partagé sur la situation du réseau et les perspectives d'évolution (étape 2)**

L'objectif de cette phase de diagnostic est de faire une auto-évaluation de chacun des réseaux de santé, de définir les priorités d'évolution de son activité et de son fonctionnement pour les cinq prochaines années.

Ce diagnostic ayant vocation à être discuté avec l'ARS, des lignes directrices ainsi qu'un cadre partagé pourraient être proposés à l'ensemble des réseaux de santé. Cela fournirait également des orientations pour l'élaboration du projet de CPOM.

Le diagnostic peut contenir :

- une analyse du positionnement du réseau au regard des orientations du PRS ;
- une analyse des indicateurs d'efficacité décrite dans la fiche L1 du présent guide ;
- une revue des objectifs poursuivis par le réseau et son positionnement par rapport à la fonction d'appui à la coordination ;
- une analyse fonctionnelle de la coopération et des articulations avec les autres acteurs de la coordination sur le territoire ;
- la définition des différents scénarii d'évolution du réseau dans le cadre de la recombinaison préconisée dans le présent guide ;
- les éléments du dossier décrit à l'article D6321-6 CSP.

Sur la base de ce diagnostic partagé, **une première trame de CPOM peut être élaborée par le réseau.**

➤ Rédaction et finalisation du contrat (étapes 3 et 4)

L'analyse contradictoire, fondée sur les résultats de l'autodiagnostic, peut être ainsi engagée. Les modalités de conduite de la négociation avec l'ensemble des réseaux de santé durant l'année 2012 sont à définir par chaque ARS (et pourront être fixées en amont du lancement de la démarche de contractualisation).

Il est préconisé de confier au réseau la réalisation de la première version du CPOM puis d'engager un dialogue contradictoire pour finaliser le document.

3. Contenu du CPOM

Le contenu des CPOM est défini par le décret du 4 octobre 2010 (articles D.6114-11). Il établit la liste des thématiques devant figurer dans le contrat. Toutefois, une grande marge de manœuvre est laissée aux ARS quant au contenu des CPOM. A ce titre, le contrat-type proposé en annexe du présent guide permet de prendre en compte l'ensemble de ces thématiques.

Il est préconisé de retenir une structuration en deux parties distinctes :

- **le socle contractuel** qui comporte les clauses générales du contrat. Cette partie est très courte et a vocation à s'appliquer sur les cinq années du CPOM ;
- **les annexes du contrat** qui décrivent les objectifs retenus et les indicateurs. Ces annexes constituent la base du suivi du contrat et peuvent évoluer sur la période de contractualisation : leur modification se fera par le biais d'avenants.

Les annexes se déclinent de la manière suivante :

- **Annexe 1 : Orientations stratégiques au regard du PRS**
- **Annexe 2 : Assurer l'appui à la coordination des acteurs de l'offre de soins dans le territoire**
- **Annexe 3 : Articuler l'action du réseau avec celle de l'ensemble des autres acteurs du territoire**
- **Annexe 4 : Financement**
- **Annexe 5 : Annexe documentaire**

4. Suivi du CPOM

Le suivi du contrat peut prendre la forme d'une revue annuelle. Celle-ci permet de :

- dresser le bilan de l'exécution du contrat en n-1
- définir les perspectives pour l'année n ;
- définir les éventuels avenants au contrat ;
- de façon exceptionnelle, définir les sanctions pour non exécution du contrat.

Les principes d'organisation de cette revue peuvent être les suivants :

➤ **fonder l'analyse contradictoire sur le rapport d'activité ou sur le rapport d'évaluation décrits à l'article D6321-7 CSP. Celui-ci peut comprendre :**

- une analyse sur le positionnement stratégique du réseau dans son territoire et sur sa performance interne ;
- un bilan de la situation financière du réseau (financement / coûts).
- un bilan de la réalisation des actions prévues en n-1, fondé sur les indicateurs inscrits au contrat ;
- des propositions d'avenant, le cas échéant ;

➤ **assurer la traçabilité des échanges par la production d'une lettre d'observation réalisée par l'ARS comprenant :**

- le compte rendu de la revue ;
- les avenants, le cas échéant ;
- les observations de l'ARS.

Il peut être pertinent d'assurer une synthèse régionale de l'état de la contractualisation et de l'état de réalisation des objectifs fixés.

La synthèse de l'évaluation est présentée aux unions et aux fédérations représentatives des réseaux de santé et à l'URPS chaque année conformément à l'article D6114-15 du CSP.

Fiche pratique L3 : Les systèmes d'information

1. Objectifs et enjeux

Les réseaux de santé sont une traduction organisationnelle des modes de fonctionnement coopératifs entre les professionnels et avec les usagers du système de santé. Ils s'appuient sur un système d'information **communicant** et **intégré** dans les secteurs sanitaire, médico-social et social. Ces deux caractéristiques sont essentielles pour permettre aux différents acteurs, chacun dans leur rôle, d'agir dans un cadre commun pour l'accompagnement des parcours de santé complexes, sans nécessité de multiplier les applications et les interfaces « techniques ».

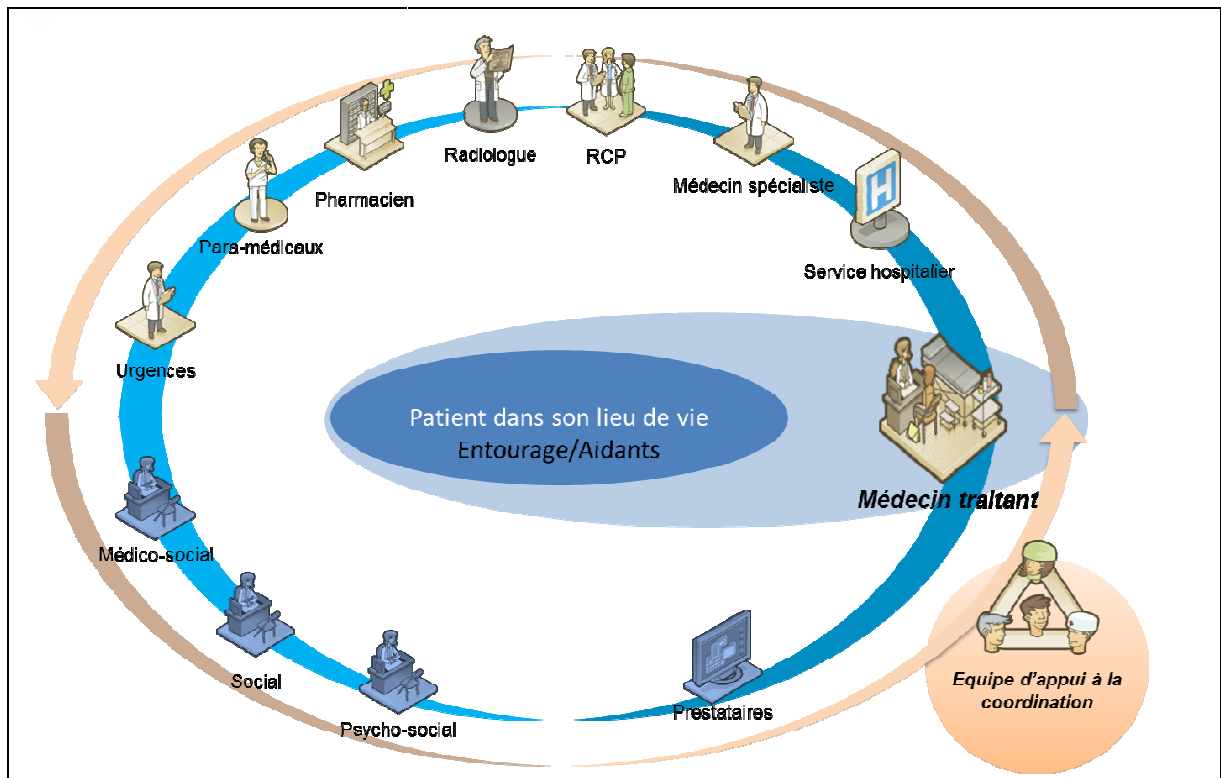
Le système d'information doit répondre aux exigences imposées par l'intégration des soins au sein d'une organisation en réseau. Il doit être conçu pour articuler :

- **des processus métier coopératifs** relevant de différentes typologies d'activités, soins, services d'aide à la personne, appui à la coordination, délivrés par des structures organisationnelles indépendantes et régies par des cadres réglementaires différents.
- l'élaboration d'un cadre d'actions partagé formalisé dans un **Plan Personnalisé de Santé**, élément central dans la prise de décision pluridisciplinaire et globale de la prise en charge coordonnée.
- **un mode de construction organisationnelle agile** (mise en œuvre ponctuelle pour un usager donné) en constante mutation, en cohérence avec l'offre de services de proximité, et qui vient en appui de l'action du médecin traitant, acteur pivot de la coordination.
- **la contribution des différents intervenants** à une prise en charge coordonnée via les fonctionnalités intégrées à leur propre logiciel métier, solutions logicielles déployées dans les cabinets de ville, à l'hôpital...
- **l'implication du patient et de ses aidants** dans son parcours de santé, dans le respect de ses droits et de ses choix, notamment au regard des accès à ses données.

L'enjeu majeur du « travailler ensemble » est la faculté de partager et d'échanger des informations efficacement, en toute sécurité, et s'agissant des données de santé à caractère personnel, en s'inscrivant dans le cadre légal en vigueur :

- faire le lien entre les équipes de soins, les professionnels de santé de l'ambulatoire, les prestataires de services (aux interfaces ville/hôpital, entre les secteurs sanitaire, médico-social et social) et avec les équipes d'appui à la coordination de façon à :
 - améliorer le recueil d'informations nécessaires à la mission d'appui à la coordination,
 - mieux suivre le parcours de santé du patient,
 - éviter la recopie de compte-rendu papier, ou la saisie d'informations médicales transmises oralement.
- faciliter la confiance dans l'usage des technologies de l'information dans un contexte de prise en charge pluri-professionnelle pour les professionnels de santé comme pour les patients.
- élargir le champ fonctionnel des logiciels des différents professionnels de façon à ce que ces outils répondent mieux aux exigences d'activités des acteurs dans des contextes d'interaction pluri-professionnelle (ergonomie, systèmes d'alerte, tableaux de bord et d'analyse croisée utiles au suivi du Plan Personnalisé de Santé).

Toutefois, concernant le partage de données de santé dans le domaine médico-social, l'absence d'un cadre réglementaire définissant les règles et modalités à appliquer limite actuellement les fonctionnalités de partage et d'échange de données de santé aux seuls professionnels de santé.



2. Etat des lieux et diagnostics partagés

Les travaux entrepris conjointement entre l'UNR Santé et l'ASIP Santé permettent de dresser un bilan à partir d'exemples représentatifs de mise en œuvre de système d'information soutenant l'activité des réseaux de santé.

Ainsi, l'informatisation des processus est partielle (quand elle existe), et le niveau d'équipement des acteurs des réseaux de santé inégal, avec des transmissions de documents médicaux par télécopie ou messagerie électronique, ce qui n'est pas sans soulever des questions de sécurité et de confidentialité. Lorsqu'ils ont été dématérialisés, les échanges d'information entre acteurs de l'organisation en réseau se sont réalisés à partir d'une combinaison des deux fonctionnalités suivantes :

- Une application de dossier patient commun non inter-opérable avec les systèmes propres à chacune des organisations impliquées dans les processus en réseau cherchant à consolider les informations utiles au suivi du parcours de santé.
- Un outil de messagerie sécurisée spécifique inégalement accessible sur le territoire.

L'analyse des projets ou dispositifs de système d'information les plus aboutis dévoile des difficultés communes :

- Les professionnels intervenants, notamment les professionnels de santé disposant par ailleurs de leur propre système de gestion de dossiers patient, estiment que les dossiers partagés proposés sont contraignants : double saisie avec leur propre logiciel, multiplicité des applications puisque chaque réseau propose sa propre application, difficulté à s'approprier ces applications conçues dans des logiques différentes, faible nombre de patients concernés au regard de leur patientèle. Ces systèmes sont fermés, et s'adaptent mal aux besoins de l'organisation en réseau, avec de fait une tendance à cloisonner les organisations dans des outils spécifiques (et introduisant potentiellement des ruptures de communication pour un même patient, entre professionnels membre et non membre du réseau).

- Les SI des établissements sont généralement fermés et ne peuvent communiquer avec les partenaires de ville dont les acteurs de la coordination
- La prise en compte effective des droits de l'utilisateur à exercer un contrôle sur l'accès à ses données de santé est difficile voire impossible, passée l'étape initiale d'inclusion du patient dans le protocole du réseau
- Ces problématiques ont empêché le développement des usages au-delà des utilisateurs du premier cercle convaincus par la démarche en réseau et acceptant de ce fait les difficultés associées à ces dispositifs.
- Le caractère spécifique de chaque projet d'informatisation s'est heurté aux difficultés de financement multipliant pour chaque organisation le coût de développements de composants rarement mutualisés à l'échelle du territoire ou de la région.

Au final, il s'avère que le système d'information des réseaux de santé ne peut être ni une application, ni une plate-forme informatique qui gère des dossiers médicaux partagés et ne peut être disjoint des outils utilisés au quotidien.

Sa définition se fonde sur une approche systémique et urbanisée intégrant l'ensemble des ressources/offres de services d'un territoire donné, tout en respectant l'autonomie des organisations, l'indépendance des acteurs et la place centrale du patient et de ses droits. Il doit s'inscrire enfin sur la trajectoire d'une cible de système d'information de santé urbanisée, stable et commune à l'ensemble des domaines sanitaire, médico-social et social.

3. Système d'information cible et modalités de mise en œuvre

Le système d'information doit être conçu à partir de composants communicants et non spécifiques de manière à pouvoir interagir avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge dans l'objectif d'améliorer le parcours de soins et plus globalement le parcours de santé. Ses caractéristiques non spécifiques doivent permettre aux industriels du secteur d'élaborer des offres logicielles standards sur un socle commun avec les besoins d'autres structures et organisations participant à la coordination de la prise en charge dans le domaine sanitaire, de l'autonomie et du handicap.

Le développement ou la maintenance de composants fonctionnels différents et spécifiques exposent à court ou moyen terme l'organisation qui en a la charge à des coûts supplémentaires, ralentissent d'autant leur adoption dans leur sphère d'utilisation et retardent ainsi l'efficacité du dispositif complet.

Les principes d'urbanisation fondamentaux à appliquer pour « outiller » de façon appropriée une organisation en réseau sont :

- **Les services inscrits dans le Cadre d'Interopérabilité du Système d'Information de Santé (CI-SIS) structurant le développement des logiciels de santé qui doivent être utilisés systématiquement immédiatement ou en cible** selon leur planning de disponibilité :
 - Identification des patients : utilisation de l'**Identifiant National de Santé (INS)**
 - Identification des acteurs : pour les professionnels de santé, utilisation des **services CPS** (cartes et certificats logiciels)
 - Partage de données personnelles de santé utiles à la coordination des soins : utilisation du **Dossier Médical Personnel (DMP)** disponible actuellement sur l'ensemble du territoire.
 - Echange de données personnelles de santé : utilisation de la **Messagerie Sécurisée Santé (MSS)** accessible aux professionnels de santé inscrits dans le RPPS début 2013 (médecins, sages-femmes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes). Ce service sera progressivement étendu à l'ensemble des professionnels de santé. Son ouverture aux acteurs non professionnels de santé nécessite la définition d'un cadre légal adapté.

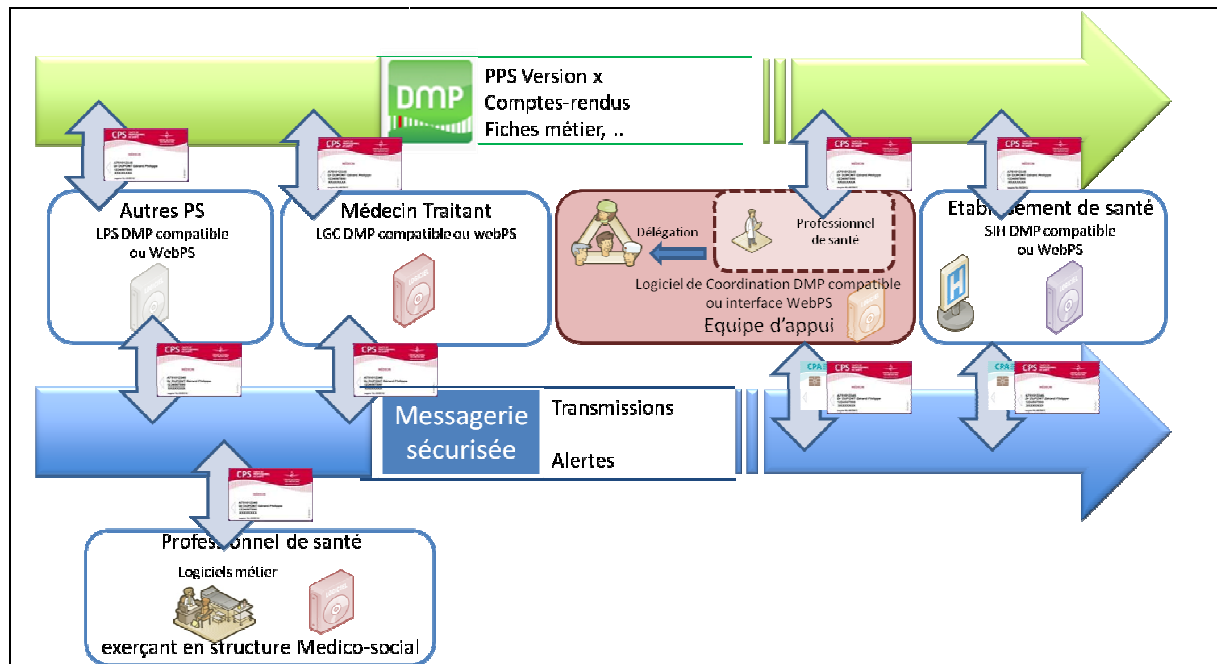
- **Chaque professionnel devra utiliser pour sa contribution à l'organisation en réseau son logiciel métier dans son environnement de travail (cabinet, hôpital, mobilité, ...) connecté au DMP et à la messagerie sécurisée santé (MSS).** Il doit pouvoir accéder par son intermédiaire au Plan Personnalisé de Santé et, selon son rôle dans la prise en charge, peut le consulter en totalité ou partiellement, le compléter voire le créer ou l'amender, facilitant ainsi sa participation à l'organisation en réseau. Enfin et dans un cadre pluriprofessionnel, que ce soit au sein d'un centre ou d'une maison de santé, le logiciel métier devra garantir le partage d'information et servir la coordination des acteurs exerçant au sein de la structure ou en dehors grâce à l'obtention du label e-santé²¹.
- **L'équipe d'appui à la coordination devra disposer d'un logiciel dont les fonctionnalités répondent aux exigences métier des professionnels qui la composent et connecté selon ces besoins au DMP et à la MSS.** Décliné dans une offre logicielle du marché éventuellement fourni en mode SaaS²², pouvant être mutualisée pour plusieurs réseaux de santé (adaptation à différentes configurations organisationnelles territoriales), ou plusieurs types d'organisation de coordination (MAIA, CLIC, plateforme d'appui...) ce logiciel métier:
 - crée, gère et pilote au quotidien le Plan Personnalisé de Santé, appuyé par un système d'aide à la décision : paramétrage de contraintes de suivi, fonctions d'analyse croisée entre actions planifiées et réalisées, fonctions de recueil journalier des contacts (identification de l'appelant, motif d'appel,...) notification d'événements sur le DMP, alerte sur les non événements²³, ...
 - intègre des outils méthodologiques d'évaluation multidimensionnelle des besoins et des problèmes qui prennent en compte les recommandations de pratiques professionnelles et les protocoles de prise en charge (ex. protocoles HAS, ..).
 - s'interface avec le Référentiel des Acteurs Santé Social (RASS) et le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) de la région concernée pour l'identification et l'authentification des professionnels mobilisés dans le cadre d'une prise en charge complexe donnée. Intègre le répertoire de l'offre de service de proximité.
 - dispose de fonctions de gestion d'agenda/planning de l'équipe d'appui à la coordination.
 - propose des fonctions support de gestion administrative et comptable : gestion des aides à la prise en charge de soins hors nomenclatures ; analyse et production des tableaux de données d'activité.
- **Le Plan Personnalisé de Santé en particulier, enregistré dans le DMP du patient, constitue la feuille de route de la prise en charge globale, et formalise l'organisation de l'offre de services recommandée pour le bénéfice de l'utilisateur :** le « qui fait quoi et à quel moment ». A ce titre, il est accessible à tous les professionnels de santé autorisés impliqués dans la prise en charge, au-delà même de l'organisation en réseau. Son contenu est aujourd'hui spécifique à chaque organisation, disponible en format Word ou PDF, non structuré. Il sera structuré au fur et à mesure de l'élaboration des référentiels de bonnes pratiques pour être intégré au cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS) et servir à la mise en œuvre de nouveaux services métiers (fonctions d'aide à la décision pour la gestion du PPS, génération d'alerte, ligne de vie..).
- **Les documents de santé utiles à la coordination du parcours de soins seront partagés et échangés entre professionnels de santé grâce au DMP et à la messagerie sécurisée**

²¹ L'ASIP santé a mis en place une procédure d'obtention du label e-santé « Logiciel Maisons et Centres de santé » accessible à l'ensemble des éditeurs disposant d'une offre respectant le cadre fonctionnel défini dans le cahier des charges élaboré conjointement par l'ASIP Santé et la DGOS (documentation disponible sur le site « esante.gouv.fr » à la rubrique « Travaux d'experts/Maisons de Santé/Etude »).

²² Terme anglais signifiant « Software as a Service » : concept qui se traduit par l'achat d'un droit à l'utilisation d'un logiciel, d'une fonctionnalité, sans nécessité d'acheter le produit lui-même.

²³ Par exemple des consultations de spécialistes préconisées qui n'auraient pas été réalisées.

santé (MSS). Au fur et à mesure de leur élaboration par les sociétés savantes, en cohérence avec les travaux de la HAS et avec le soutien de l'ASIP Santé, ils seront structurés et inclus dans le cadre d'interopérabilité pour être disponibles dans les logiciels métiers. Cette structuration permettra l'inclusion des informations pertinentes qu'ils contiennent sans ressaisie dans les PPS (cf. travaux sur le volet de synthèse médicale, sur la fiche bilan diabète, sur les documents relatifs à la prise en charge du cancer...). Ainsi, un document pourra être adressé par messagerie sécurisée et mis en copie le cas échéant dans le DMP du patient.



L'ensemble de ces éléments constitue un nouveau contexte à partir duquel les projets (en cours, à venir ou visant à l'évolution de systèmes existants) pourront élaborer ou ajuster leur stratégie de mise en œuvre ou de convergence vers la cible. Les actions suivantes seront réalisées en priorité :

- Intégrer la DMP compatibilité pour le partage des données de santé en utilisant les services du DMP et de la messagerie sécurisée santé.
- Intégrer les dispositifs de sécurité CPS, en particulier les cartes de professionnels de santé.
- Intégrer progressivement les spécifications d'interopérabilité sémantique (description des documents médicaux structurés utiles à la coordination des soins, dont le PPS) décrites dans le Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'information de Santé (CI-SIS).
- Intégrer les services du Référentiel des Acteurs Santé Social (RASS) et du ROR de la région concernée pour les applications d'annuaires et de description d'offre de services de proximité.
- Recentrer fonctionnellement les applications utilisées par l'équipe d'appui à la coordination vers leur cœur de métier : abandonner les fonctionnalités de dossiers partagés et développer en particulier les fonctionnalités de gestion des plans personnalisés de santé.

Le système d'information de l'équipe d'appui à la coordination pourra être mis en œuvre de manière mutualisée à l'échelle d'un territoire ou d'un périmètre géographique adapté en prenant en compte :

- la structuration de l'offre de service de coordination intervenant en appui auprès des professionnels du territoire.
- les référentiels nationaux au fur et à mesure de leur élaboration (recommandations HAS, protocoles de suivi recommandés par les sociétés savantes des différentes thématiques concernées, .. les référentiels d'interopérabilité sémantique, ..).
- les nouvelles formes organisationnelles émergentes visant à mutualiser certains processus support (formation, information/orientation, ..)

Le recours à une AMOA régionale peut faciliter l'expression de besoins fonctionnels communs et aider à développer la politique d'accompagnement au changement indispensable au déploiement des technologies de l'information dans ce nouveau cadre d'urbanisation. Il permet de définir la trajectoire de convergence de réseaux de santé territoriaux multiples dotés d'outils non communicants vers une approche d'équipe d'appui à la coordination mutualisées et dotée d'un outil propre partageant les données de santé via le DMP et la messagerie sécurisée santé.

Cette mise en cohérence des applications participant au système d'information des réseaux de santé permet d'intégrer ces activités dans les Espaces Numériques Régionaux de Santé en partageant le même espace de confiance et les mêmes référentiels.

4. Gains attendus

Chaque professionnel de santé pourra contribuer au suivi et à la contribution du parcours de santé à l'aide de son logiciel métier au sein duquel des services à valeur ajoutée métier seront progressivement inclus (partage du PPS, élaboration de documents utiles à la coordination des soins dans l'organisation en réseau)

De ce fait, les professionnels de santé et les médecins traitants en particulier auront **accès plus facilement aux offres de services d'appui à la coordination** (accès à l'ensemble d'un territoire)

De par l'utilisation d'outils standards, **la mutualisation des ressources et des projets sera facilitée à l'échelle régionale** et, selon les thématiques, **au plan national**.

Les équipes d'appui auront accès à des **solutions industrielles non spécifiques** à une seule région, ou à un seul type d'organisation de coordination. Leur mise en œuvre mutualisée permettra l'optimisation des coûts associés.

Enfin, les patients clairement informés des finalités poursuivies par le DMP et des modalités de son fonctionnement, participeront de façon plus active à la gestion de leur PPS dont la légitimité dans un outil de coordination des soins comme le DMP n'en est que plus évidente.

5. Calendrier

Le Dossier Médical Personnel est actuellement disponible sur l'ensemble du territoire :

- Les professionnels de santé utilisant un logiciel DMP compatible (liste présente sur le site www.esante.gouv.fr) accèdent de manière intégrée au DMP
- Les autres professionnels de santé peuvent accéder au DMP par l'intermédiaire du portail national (www.dmp.gouv.fr)

La messagerie sécurisée santé sera disponible au cours du premier semestre 2013.

Il est donc possible aujourd'hui de partager un PPS à l'aide du DMP et de l'échanger à court terme par la messagerie sécurisée santé.

Les programmes d'accompagnement au déploiement présents dans 17 régions permettent de bénéficier d'un soutien de la part de la maîtrise d'ouvrage système d'information de la région pour s'approprier ces outils et dans le cadre d'un système d'information existant construire la trajectoire d'évolution vers la cible.

Par ailleurs, l'UNR Santé et l'ASIP Santé se sont associés pour exposer ces nouvelles perspectives de développement du système d'information aux responsables régionaux qui en feraient la demande.

Cette fiche a été réalisée par l'ASIP Santé

Partie 3 : Fiches documentaires

Les fiches documentaires

Fiche documentaire D1 : ARESPA (Franche-Comté)

Fiche documentaire D2 : Plateforme du Douaisis (Nord-Pas-de-Calais)

Fiche documentaire D3 : (Projet de) Réseau de santé du Voironnais - GCS MRSI (Rhône Alpes)

Fiche documentaire D4 : Nouvelle organisation des réseaux de santé (Lorraine)

Fiche documentaire D1 : Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui - ARESPA (Franche-Comté)

1. Etats des lieux et historique

De l'Arespa (association régionale des soins palliatifs) à l'Arespa (association du réseau de santé de proximité et d'appui) : histoire d'une mutation d'un réseau de santé thématique vers un réseau de santé à dimension nouvelle.

Le recours à l'Arespa n'est en effet conditionné ni par une pathologie spécifique ni par l'âge du patient concerné (de la pédiatrie au grand âge), ni à des conditions de ressources.

Contexte :

La Franche-Comté est située à proximité de la Suisse avec laquelle elle partage 230 km de frontière. Les Francs-Comtois représentent 2 % de la population française. Le caractère rural est très marqué ; la population est disséminée dans de très nombreuses petites communes. Les villes étendent leur influence. L'espace à dominante urbaine occupe 35 % de la superficie régionale et deux habitants sur trois vivent dans une aire urbaine.

Population de Franche-Comté : 1 172 549 habitants au 01/01/2010 (résultats provisoires)

Un territoire de santé unique : « Une consultation très riche de l'ensemble des acteurs francs-comtois a permis à la Directrice Générale de l'ARS de Franche-Comté de proposer que la région devienne l'espace majeur de l'offre de santé et de la démocratie sanitaire » (source : ARS Franche-Comté).

Origine et étapes clés du projet

En 2001, un groupe de médecins généralistes libéraux pose le constat de carence en matière d'organisation des soins palliatifs à domicile et crée l'Association Régionale pour les Soins Palliatifs à Domicile. A cette période, il existait une réponse organisationnelle et d'expertise au sein des établissements hospitaliers avec les équipes mobiles de soins palliatifs qui intervenaient principalement dans les services de l'hôpital. Dans un certain nombre de situations, ces équipes se déplaçaient à domicile sur la sollicitation des médecins traitants.

Sur la base de cet existant, l'Arespa met en place une coopération avec certaines équipes mobiles et débute en parallèle une étude de besoins auprès des acteurs de l'ambulatoire (professionnels de santé libéraux et acteurs des soins et de l'aide à domicile) et des acteurs hospitaliers.

L'expérience, enrichie de l'analyse des besoins, conduit alors à identifier, qu'au-delà de la nécessaire expertise technique pour assurer la prise en charge des patients (gestion de la douleur et autres signes d'inconfort), la coordination de l'ensemble des intervenants et la prise en compte des dimensions sociale, psychologique, matérielle, financière devenaient des enjeux clés.

Si la prise en compte de ces dimensions était en théorie du ressort de la mission du médecin généraliste, positionné comme pivot de la prise en charge globale, la pratique du terrain démontrait au quotidien que cette approche globale était difficile à mettre en œuvre du fait de la complexité des situations, de la carence des connaissances de l'environnement médico-social et de la durée nécessaire à la prise en compte de toutes ces dimensions.

Face à cette problématique, l'Arespa teste des réponses qui progressivement débouchent sur la stabilisation d'un modèle : « la coordination d'appui ». Le terme était déjà largement usité et décrit,

mais l'originalité de l'approche d'Arespa est d'avoir adapté et enrichi le concept pour apporter une réponse opérationnelle et pertinente aux besoins formulés par l'ensemble des acteurs de cette prise en charge. Les principales missions et le positionnement de cette coordination d'appui se dessinent alors :

- Etre au service, en appui du médecin traitant et ne pas s'y substituer.
- Evaluer, en lien avec le médecin traitant, les composantes additionnelles de la prise en charge : médico-social ; matérielle ; financière ; psychologique ; environnementale.
- Proposer selon les éléments du diagnostic de besoins, un plan d'aide à la prise en charge validé par le médecin traitant.
- Suivre la mise en œuvre du plan d'aide et avec ajustement si besoin.
- Informer le médecin traitant, responsable de la prise en charge. des éléments significatifs.

De 2004 à 2006, le réseau développe son intervention sur trois secteurs géographiques.

Les secteurs sont choisis en fonction des coopérations qui ont pu être nouées avec les équipes mobiles de soins palliatifs de Pontarlier, de Dole et de Belfort/Montbéliard. L'Arespa a retenu le bassin de vie pour son implantation (zones de couverture des hôpitaux avec qui elle va travailler) : bassins de vie de Morteau et Pontarlier ; de Dole et Revermont ; de Belfort et de Montbéliard.

La coordination d'appui repose sur une personne unique, la coordinatrice d'appui, majoritairement de formation sociale (bac + 3), formée en interne sur les problématiques sanitaires à partir des besoins de terrain. Elle est installée sur les secteurs d'implantation pour répondre aux besoins de proximité. Elle tisse des liens avec les acteurs du terrain et met en place son « réseau » de partenaires. L'Arespa recherche le plus possible la mutualisation des moyens matériels (locaux) avec les partenaires de proximité pour installer ses coordinatrices d'appui.

En 2007 – 2008, au regard des nouvelles dispositions réglementaires, des évolutions du rôle du médecin traitant et des exigences des tutelles, l'équipe de l'Arespa propose à ces dernières d'étendre la fonction de coordination d'appui du soin palliatif à toutes les situations complexes de médecine en général, c'est-à-dire les situations nécessitant la prise en compte des différentes composantes précédemment évoquées. La proposition est acceptée et se développe au départ avec les équipes pluridisciplinaires de maisons de santé installées qui sont à la recherche de solutions opérationnelles pour assurer la coordination pluridisciplinaire des situations complexes.

Sur la base des résultats obtenus, l'Arespa poursuit son développement au service de l'ensemble des professionnels de santé et étend son implantation géographique sur quatre nouveaux bassins de vie de la région (bassins de Besançon ; Gray ; Lons-le-Saunier et canton de Champagnole).

Chiffres clés et acteurs en relation avec l'Arespa

Depuis fin 2004, le réseau Arespa a coordonné plus de **4000 parcours de santé sur des pathologies diverses**.

Une coordinatrice d'appui gère une file active de **110 patients** en moyenne (situations en cours).

3 à 4 nouveaux patients par jour sont inclus par chaque coordinatrice. Des patients sortent de la file active pour différents motifs (décès, relais avec d'autres structures, veille...).

Une coordinatrice d'appui coordonne + de **400 parcours de santé** par an.

Coopération avec :

26 établissements de santé (services médicaux et sociaux)
6 équipes mobiles de soins palliatifs hospitalières
+ de 850 médecins généralistes libéraux (sur 1200)
+ de 300 infirmiers/infirmières libérales
+ de 55 pharmaciens libéraux
+ de 50 médecins spécialistes libéraux et hospitaliers
+ de 44 services de soins et d'aide à domicile
+ de 30 kinésithérapeutes libéraux
+ de 10 psychologues libéraux
20 maisons et pôles de santé
7 organismes sociaux
7 réseaux de santé
4 Conseils généraux
4 MDPH
2 HAD
Autres partenaires (tous les services et structures concernés par le parcours de santé du patient).

2. Enjeux et objectifs

- Permettre aux patients de bénéficier d'une prise en charge globale.
- Permettre aux médecins traitants mais aussi à l'ensemble des professionnels de santé médicaux et paramédicaux d'assurer leurs missions d'orientation et de coordination des soins.
- Garantir le bon déroulement du maintien à domicile.
- Optimiser le recours à l'hospitalisation.

Permettre à toute personne atteinte d'une maladie chronique, grave, évolutive dont le pronostic vital peut être mis en jeu, à toute personne en situation de perte d'autonomie et/ou un handicap permanent ou temporaire ou en situation à domicile jugée complexe par les professionnels de santé, de bénéficier du dispositif de coordination d'appui proposé par le réseau.

3. Modalités de mise en œuvre

Missions :

- Proposer et assurer un appui aux professionnels pour qu'ils puissent orienter leurs patients dans le système de soins et leur permettre un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés.
- Proposer et assurer un même appui aux patients, à leur famille dans le cadre du retour ou d'un maintien à domicile.
- Développer des collaborations avec les ressources existantes sur le territoire nécessaires à la prise en charge de toutes les pathologies.
- Proposer un accompagnement psychologique des patients et/ou de leurs proches à domicile (conventions de collaboration avec des psychologues libéraux – consultations prises en charge par le réseau).

Les missions des coordinatrices d'appui :

- Faciliter la mobilisation des ressources médico-psycho-sociales dont les professionnels ont besoin pour assurer une prise en charge globale à domicile efficiente.

- Aider les patients et leurs familles à se repérer et à accéder aux informations nécessaires à l'organisation de leur prise en charge à domicile.
- Assurer l'interface entre tous les acteurs concernés pour garantir la continuité de la prise en charge à domicile.
- Assurer un suivi régulier du patient et de sa famille.

Les activités des coordinatrices d'appui :

- Evaluer les besoins au domicile du patient.
- Elaborer un plan d'aides ou « plan personnalisé de santé » avec le patient et/ou sa famille automatiquement validé par le médecin traitant.
- Organiser et assurer la coordination des interventions au domicile en lien avec le médecin traitant et les acteurs de la prise en charge.
- Assurer une assistance administrative pour mobiliser les ressources nécessaires à la prise en charge et permettre au patient d'accéder à ses droits.
- Se déplacer au domicile des patients pour assurer le suivi.

SYSTÈME DE COORDINATION D'APPUI MIS EN PLACE PAR LE RÉSEAU ARESPA

DANS LES 48 HEURES

DEMANDE TÉLÉPHONIQUE

- Médecin traitant (MT) ou autres professionnels de santé libéraux,
- Établissements de santé publics ou privés (services médicaux, sociaux, équipes mobiles),
- HAD,
- Services sociaux des caisses d'assurance maladie,
- Services du Conseil Général,
- Services de soins et d'aide à domicile,
- Famille /entourage, patient lui-même,
- Autres

RÉCEPTION DE L'APPEL ET GESTION DE LA DEMANDE

Évaluation de la demande :

- Recueil des informations,
- Information, orientation en fonction de la situation,
- Prise de RV à domicile en direct si c'est la famille qui appelle, sinon appel du patient et/ou de la famille dans l'heure pour prendre RV,
- Saisie des informations sur un dossier informatisé

CONTACT DU MÉDECIN TRAITANT SI PAS À L'ORIGINE DE LA DEMANDE

Pour l'informer du positionnement ARESPA (présentation du réseau et des services)

VISITE À DOMICILE OU VISITE À L'HÔPITAL (DANS LE CAS D'UN RETOUR À DOMICILE)

- Diagnostic de situation et de besoins (avec cadre de santé ou service social si le patient est à l'hôpital),
- Elaboration d'un plan d'aide (plan personnalisé de santé) pour coordonner le parcours de santé

CONTACT DU MÉDECIN TRAITANT

Pour information et validation du plan élaboré

MOBILISATION DES RESSOURCES

Professionnels de santé, partenaires concernés

SUIVI À DOMICILE RÉGULIER ET COORDINATION

- Visites régulières à domicile,
- Suivi des dossiers avec les structures concernées,
- Réévaluation et ajustements des besoins si nécessaire,
- Partage d'informations avec les partenaires

REPORTING RÉGULIER AU MÉDECIN TRAITANT

- Echanges :
- Sur le suivi effectué,
 - Sur l'évolution de la situation,
 - Entretiens téléphoniques sur disponibilité du MT, ou rencontres si besoin ; visites conjointes



Arespa

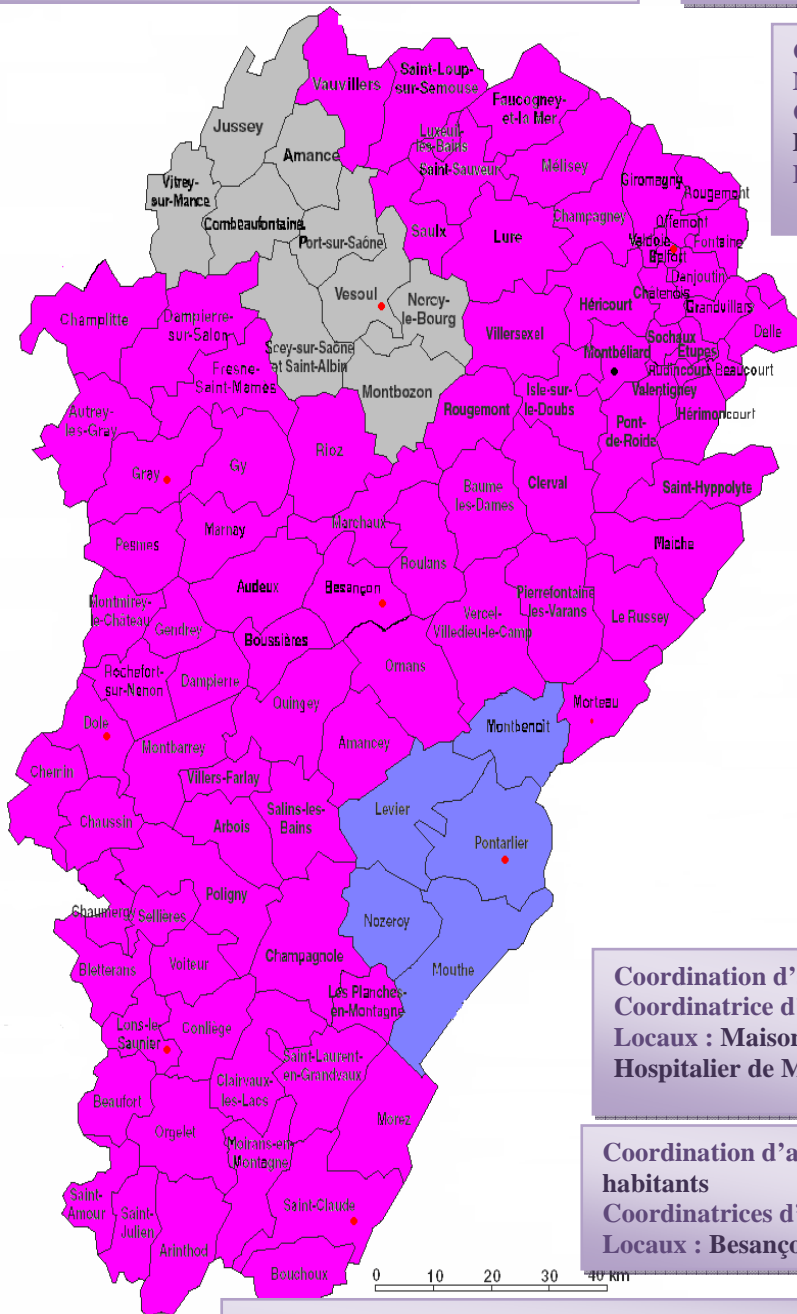
Association du Réseau de Santé
de Proximité et d'Appui

Organisation Territoriale de la Coordination d'Appui Arespa

Coordination d'appui sur le Bassin de Gray : 50 308 habitants
Coordinatrices d'appui : Pauline Catto
Locaux : Hôpital de Gray ; Maison de santé de Champlitte

Coordination d'appui sur le Bassin de Lure-Luxeuil : 68 894 habitants
Coordinatrice d'appui : Claire Bourquin
Locaux : en cours de partenariat

Coordination d'appui sur les Bassins de Belfort et Montbéliard : 292 106 habitants
Coordinatrices d'appui : Patricia Pion et Christelle Dhote
Locaux : Mutualité/HAD à Etupes



Equipe de direction
Frédérique Le Marer
Directrice

Dr Jean-François Roch
Chargé de Mission Recherche et Développement - Responsable du déploiement DMP en Franche-Comté (professionnels de santé libéraux)
Hakima Laredj
Adjointe de direction

Marie-Anne Weis
Assistante administrative

Locaux : Besançon

Coordination d'appui sur le Bassin de Morteau : 45 568 habitants
Coordinatrice d'appui : Emilie Bouland
Locaux : Maison de santé de Morteau (adossée au Centre Hospitalier de Morteau)

Coordination d'appui sur le Bassin de Besançon : 162 420 habitants
Coordinatrices d'appui : Aline Porcar et Emilie Bouland
Locaux : Besançon - Siège de l'association

Coordination d'appui sur le Bassin de Lons-le-Saunier et Canton de Champagnole : 98 232 habitants
Coordinatrice d'appui : Anne Myat
Locaux : Maison de santé de Bletterans

Coordination d'appui sur le Bassin de Saint-Claude : 54 210 habitants
Coordinatrice d'appui : Alexia Janet
Locaux : en cours de partenariat

Coordination d'appui sur les Bassins de Dole et du Revermont : 70 235 habitants
Coordinatrice d'appui : Lauren Boudaquin
Locaux : Prodesa à Dole

- Secteurs couverts par l'Arespa
- Secteurs bientôt couverts par l'Arespa (2012)
- Secteur non couvert (autre réseau de proximité)

4. Retours d'expérience : freins et leviers

Difficultés/ Freins

- Financement à temps partiel de l'équipe de direction pour la mise en place de la structure et du projet.
- Différences de culture et de langage entre le monde ambulatoire et le monde hospitalier.
- Représentations négatives des médecins sur la notion de réseau (multiplicité des réseaux en région, substitution, lourdeur, complexité, comptes à rendre...).
- Craintes des professionnels de santé et services sociaux que l'Arespa se substitue à leurs fonctions ou missions.

Leviers

- Co – production de l'organisation avec les professionnels de terrain.
- Les fortes contraintes de l'environnement ont imposé à l'équipe de trouver des solutions innovantes et efficaces (optimisation de l'organisation interne, mutualisation de moyens, développement de nouveaux projets...).
- Choix du profil de compétences (formation sociale en majorité) et de personnalité des coordinatrices d'appui (des personnes engagées et motivées au service des médecins traitants et des patients).
- Positionnement des coordinatrices d'appui (aucune substitution aux services ou métiers existants).
- Développement de la compétence métier par la formation interne.
- Satisfaction exprimée régulièrement par les professionnels de santé et les patients.
- Partage d'expériences et expérimentations conduites avec les maisons de santé.
- Motivation et engagement de l'équipe à relever des défis.
- Investissement des médecins généralistes élus de l'association.
- Confiance et soutien de l'ARS de Franche-Comté.

5. Perspectives

- Déploiement de la coordination d'appui sur les secteurs non couverts.
- Renfort des coordinatrices sur certains secteurs.
- Poursuite de la formalisation des pratiques de la coordination d'appui.
- Evaluation médico-économique de la coordination d'appui.
- Mise en place d'outils d'évaluation qualitative régulière.
- Promotion et utilisation du DMP comme dossier communiquant pour développer le lien entre les acteurs du monde ambulatoire et ceux de l'hospitalisation publique et privée (projet mené en collaboration avec le GCS EMOSIST Franche-Comté et soutenu par l'ASIP Santé).
- Contribution à la mise en œuvre du Projet Régional de Santé.
- Intégration de la coordination d'appui dans les projets de santé des maisons et pôles de santé pour faciliter la coordination interdisciplinaire, les relations ville-hôpital et médico-sociales.
- Développement des liens entre Coordination d'appui, Prévention et Education Thérapeutique du Patient.
- Développement de projets innovants (implication dans les ACT – appartements de coordination thérapeutique – projet porté par l'ASSAD Besançon-Pontarlier ; suivi conjoint ville-hôpital de patients infectés par le VIH – projet en cours Arespa/Corevih de Franche-Comté ; organisation des parcours de santé des enfants handicapés depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à la prise en charge à domicile en lien avec les services pédiatriques de la Région).

6. Calendrier :

2012 : développement soutenu par l'ARS de 2 nouveaux secteurs – Nord Haute-Saône et Haut Jura.

2013 : renfort de certains secteurs en surcharge ; maillage régional opérationnel.

7. Référents:

Frédérique Le Marer (Directrice) - Dr Jean-Michel Perrot (Président).

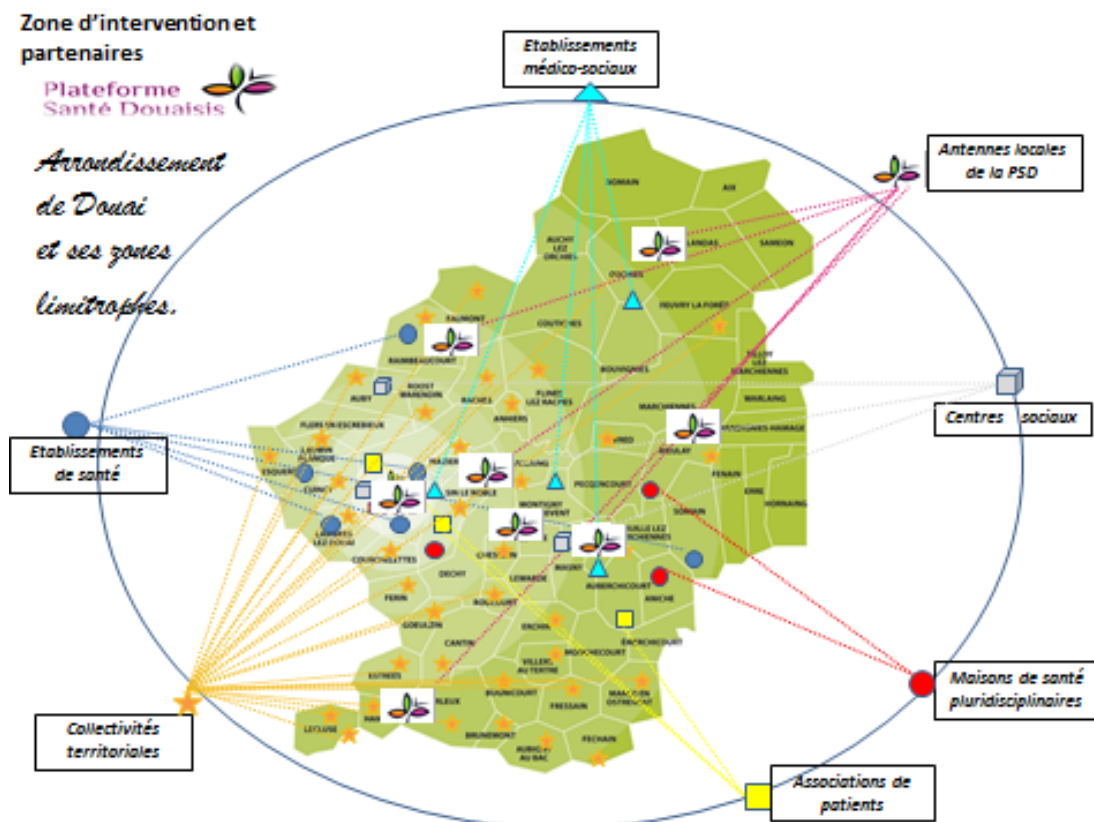
Email : association.arespa@wanadoo.fr / Site Internet : <http://www.arespa.org>

Fiche documentaire D2 : Plateforme Santé Douaisis (Nord-Pas-de-Calais)

1. Etat des Lieux et historique

L'ARS Nord-Pas-de-Calais a défini 4 territoires de santé pour la région qui regroupent 15 zones de proximité de 250 à 300 000 habitants en moyenne.

La Plateforme Santé Douaisis intervient sur la zone de proximité du Douaisis du territoire de santé de l'Artois-Douaisis. Cette zone de proximité est composée de 251 328 habitants avec une forte densité de population urbaine ou semi-urbaine dans 64 communes (504 habitants au km²).



Contexte :

La densité des professionnels de santé de 1^{er} recours du Douaisis est très faible. En effet, avec 1006 professionnels pour 100 000 habitants, le Douaisis est en dessous de la moyenne régionale (1270) et nationale (1290).

La mortalité prématurée dans le Douaisis est 45% supérieure à la moyenne nationale. La mortalité évitable dans le Douaisis relevant de la prévention (92%) ou par action sur le système de soins (40%) est aussi plus élevée que la moyenne nationale.

La prévalence de certaines maladies (diabète 5,15%, obésité 20,1%, cancer, etc.) dans la région est nettement supérieure à la moyenne nationale.

Historique :

Au début des années 2000, un médecin spécialiste du Centre Hospitalier de Douai, un médecin généraliste et un patient ont créé l'association Pôle Santé du Douaisis. A l'époque où se développaient des réseaux de santé thématiques, les fondateurs de cette association ont souhaité mettre en place un réseau autour des maladies chroniques (diabète, obésité, asthme, BPCO, maladies cardio-vasculaires chroniques). Cette orientation initiale a été voulue dans un souci d'approche rationnelle (visibilité de l'offre pour les professionnels et usagers).

Pendant 7 ans, le réseau pluri thématique a développé des programmes d'éducation thérapeutique (ETP) et des protocoles transversaux aux différentes maladies chroniques. Un travail a également été engagé sur l'accompagnement en soins palliatifs.

Suite à la parution de la circulaire du 2 mars 2007 concernant les orientations en matière de réseaux de santé, le réseau Pôle Santé du Douaisis et le réseau OSCAR Cancérologie Douai (réseau territorial en cancérologie) ont souhaité fusionner au sein d'une même Plateforme territoriale regroupant ces 2 réseaux de santé de proximité.

En décembre 2007 est née la Plateforme Santé Douaisis composée de 3 Pôles d'activités : un Pôle Maladies Chronique, un Pôle Cancer, auxquels s'est ajouté un Pôle Soins Palliatifs.

2. Enjeux et objectifs

Face aux lourdes difficultés de santé rencontrées par la région Nord-Pas-de-Calais et plus particulièrement par le Douaisis, la Plateforme Santé Douaisis s'est fixée comme objectif prioritaire la réduction des inégalités sociales de santé traduits dans notre région par un faible recours aux soins et aux services de santé en général (faible participation aux campagnes de dépistage de cancers par exemple).

De plus, afin de répondre aux problématiques des professionnels de santé confrontés à des prises en charge complexes dues au vieillissement de la population, et à la fréquente association de plusieurs pathologies chroniques pour un même patient, la plateforme a souhaité créer un guichet commun sur le Douaisis afin de faciliter la visibilité des services pour les professionnels et les usagers.

Plusieurs objectifs spécifiques guident les actions de la Plateforme :

1. Mettre en place les actions et services de santé au plus près des parcours de vie des personnes en vulnérabilité sociale.
2. Faciliter le décloisonnement entre le secteur sanitaire, médico-social et social.
3. Apporter un appui aux médecins généralistes pour leurs patients en situation complexe (complexité médicale ou psycho-sociale).
4. Contribuer à l'amélioration des pratiques professionnelles

3. Modalités de mise en œuvre

Pour répondre à ces différents objectifs, la plateforme a mis en œuvre des modalités d'actions mutualisées entre les différents pôles d'activités :

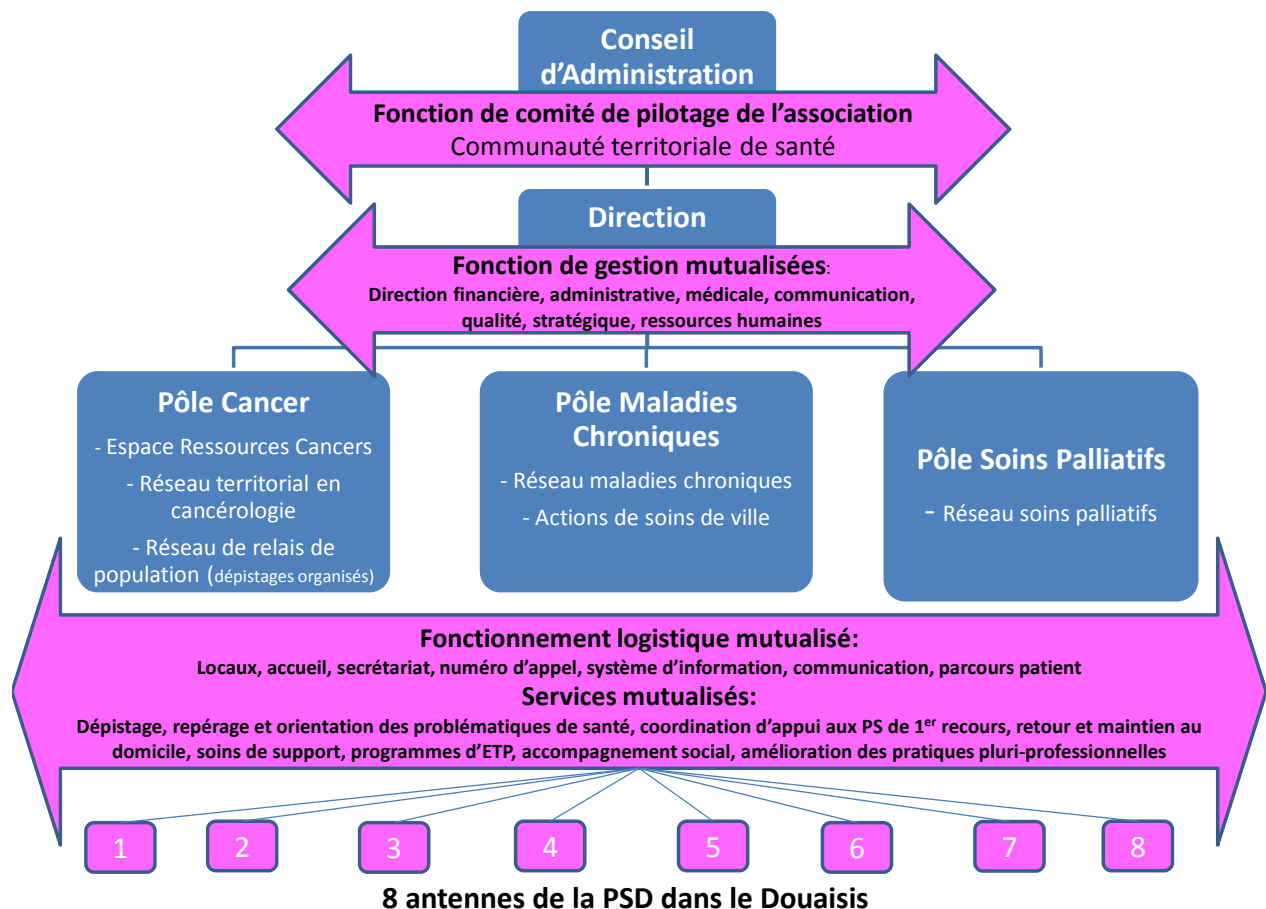
1. Avec les médecins traitants, les coordinatrices de parcours de santé élaborent, suivent et réévaluent le Plan Personnalisé de Santé pour les patients en situation complexe.
 - a. Evaluation des besoins
 - b. Coordination et suivi des interventions
 - c. Réévaluation des situations

950 nouveaux patients auront un PPS en 2011

2. Mettre en place des services transversaux à proximité des lieux de vie des patients en vulnérabilité sociale: ETP, coordination de parcours de santé dans les espaces communaux ou sociaux. *8 antennes sont en place dans la zone de proximité*
3. Actions de santé au bénéfice des personnes ayant des problématiques de santé non identifiées ou éloignées des parcours de santé (repérage, dépistage et orientation : diabète, obésité, risque cardio-vasculaire, cancer, etc.) dans les bassins de populations en vulnérabilité sociale avec les partenaires sociaux du Douaisis. *60% des usagers du pôle maladies chroniques sont en situation de vulnérabilité sociale*

4. Mise en place de protocoles collaboratifs de bonne pratique de soins, multi professionnels au niveau territorial avec les professionnels de la zone de proximité
5. Actions d'amélioration des pratiques professionnelles
6. Participation à l'organisation des retours à domicile après hospitalisations pour les patients fragiles à haut risque de réadmission précoce.

Structuration de l'Association Plateforme Santé Douaisis



4. Retours d'expérience: freins et leviers

Cette expérience d'évolution des réseaux de santé au sein de la Plateforme Santé Douaisis s'est construite sur plus de 10 ans.

Difficultés/ Freins

- Les résistances aux changements de quelques salariés lors du passage d'une « petite structure » (9 salariés en 2007) à la Plateforme Santé Douaisis (32 en 2011) ;
- L'évolution rapide de la Plateforme rend difficile de porter à la connaissance des acteurs du Douaisis (professionnels de santé, associations, établissements de santé...) tous les services en place : 2 à 3 services supplémentaires par an depuis 3 ans ;

- La place de la Plateforme Santé Douaisis en qualité d'acteur de coordination territoriale, est constamment à retravailler, compte tenu de l'émergence régulière d'autres dispositifs ;
- Les craintes des associations locales d'être « absorbées » par la plateforme ou de ne plus être visibles et donc de perdre leurs financements.

Leviers

- Les fondements du réseau Pôle santé du Douaisis qui était d'emblée multithématique (Maladies Chroniques et Soins Palliatifs)
- L'appui et l'accompagnement de la Mission Régionale de Santé puis de l'ARS Nord-Pas-de-Calais lors des différentes phases d'expansion
- La politique d'ouverture de la structure de gouvernance (Conseil d'Administration représentatif de la démocratie sanitaire et médico-sociale de la zone de proximité)
- L'articulation de la Plateforme Santé Douaisis avec les autres acteurs du territoire
- La reconnaissance de la Plateforme Santé Douaisis comme acteur de coordination territoriale par les partenaires territoriaux
- Des élus locaux soutenant et aidant pour la Plateforme depuis sa création : Engagement des élus sur l'objet de l'association et intégration dans leur compétence « cohésion sociale »
- Un décloisonnement avec les dispositifs sociaux : centres sociaux, etc.

5. Perspectives

Des orientations sont en cours et sont à stabiliser :

- Mise en place de fonctions transversales aux différentes thématiques : maintien à domicile, coordination de soins et de santé, soins de support, éducation thérapeutique (ETP), amélioration des pratiques professionnelles
- Evolution d'une plateforme territoriale de coordination et de services vers une plateforme territoriale de santé permettant de décliner localement les politiques régionales de santé : prévention, éducation à la santé, coordination et offres de services de santé ambulatoires, et accompagnement des personnes en vulnérabilité sociale.

6. Référent de la structure

Dr Régis Bresson : Directeur Médical

Mr Franck Laureys : Directeur

03.27.97.97.97

www.sante-douaisis.fr

Fiche documentaire D3 : Projet de réseau de Santé du Voironnais : le réseau de coordination de proximité du GCS MRSI (Rhône-Alpes)

1. Etats des lieux et historique

Le Réseau de Santé du Voironnais (RSV) est l'aboutissement de l'évolution d'un réseau monothématique de proximité (douleur chronique) vers un réseau poly thématique territorial, dans le contexte du rapprochement et de la collaboration des réseaux de santé du Sud-Isère au sein d'un Groupement de Coopération Sanitaire en 2011 (GCS MRSI). Il est un exemple des dispositifs de coordination d'appui pour les professionnels de santé de premier recours et les établissements de soins mis en place le GCS MRSI dans 3 territoires du Sud-Isère.

Le RSV se déploie dans un bassin de population d'environ 150 000 habitants à 30 km au Nord de Grenoble (Voironnais), riche en acteurs institutionnels de santé œuvrant de façon relativement indépendante vis-à-vis du secteur ambulatoire, comportant un Centre Hospitalier (CH) de référence avec des services de spécialité, 3 centres hospitaliers de proximité, chacun avec un SSR, 2 centres de soins (CS) type SSR, 2 hôpitaux locaux dont 1 SSR, et 14 EHPAD, 1 HAD, des SSIAD et ADMR, un dispositif MAIA, une inter-filière gériatrique (IFG), divers prestataires privés du domicile, et couvert *avant la mise en place du GCS* par 3 réseaux de santé thématiques transversaux (oncologie, soins palliatifs, coordination infirmière). Ce territoire, urbain et rural à la fois, ne comporte pas de zone à risque de désertification de l'offre de soins et est riche en acteurs du secteur libéral.

2. Enjeux et objectifs

Les fondements de ces 3 dispositifs, pilotés par les partenaires de chaque territoire au sein d'un réseau de santé de proximité, sont le soutien des professionnels des secteurs sanitaires et social pour le maintien et le retour à domicile (MAD/RAD) des patients dont la situation, ou sa gestion, sont considérées complexes par le médecin traitant et/ou hospitalier, éventuellement par un autre professionnel. Le RSV est ainsi un espace partenarial où tous les acteurs sanitaires et sociaux du domicile et des hôpitaux du territoire voironnais collaborent pour mettre en œuvre une cellule d'appui à la coordination des parcours de santé des patients. Les objectifs principaux sont, lorsque le besoin est identifié à partir d'indicateurs d'alerte partagés :

- 1) de faciliter, en l'anticipant au cours du séjour hospitalier, le retour à domicile des patients souffrant de pathologies chroniques ;
- 2) d'éviter les hospitalisations indues en favorisant le maintien à domicile ;
- 3) d'optimiser, en terme de qualité et de sollicitation de l'offre de soins, les parcours de santé des patients entre les diverses structures de prise en charge et les acteurs de proximité.

Structuration du réseau

Le RSV est financé par le FIQCS pour mettre en œuvre la cellule d'appui à la coordination des acteurs du territoire pour le RAD/MAD des situations complexes, qui est l'équipe salariée du réseau de santé. Ses administrateurs sont des représentants de chaque acteur. Ces acteurs comprennent des établissements de soins (CH de référence (Voiron), Centres Hospitaliers et Centres de soins avec SSR, HAD), des structures du domicile (SSIAD et ADMR), un Pôle de Santé pluri professionnel, des associations de professionnels (médecins libéraux, infirmières) et d'usagers de santé, des collectivités publiques (municipalités, communautés d'agglomération).

L'équipe salariée est composée de 2 mi-temps de médecins coordonnateurs issus de la médecine générale, de 2 mi-temps d'infirmières référentes de proximité (RT) issus du secteur libéral, d'un mi-temps d'infirmière de coordination dont l'autre mi-temps est au niveau du Pôle de Santé, et d'un temps plein de secrétariat/assistance de coordination. L'équipe, qui connaît tous les acteurs, leurs missions, et leurs méthodes de travail, est hébergée au sein du centre hospitalier de référence.

3. Modalités de mise en œuvre

Le schéma 1 résume les grands principes du dispositif. L'organisation de la coordination ne doit pas se substituer aux pratiques des professionnels mais être souple afin de les soutenir et enrichir (compagnonnage) en s'adaptant à leurs besoins. Elle doit être graduée pour répondre aux différents niveaux de complexité d'une situation.

La complexité est définie non en fonction de critères liés aux pathologies mais d'une situation évaluée globalement au niveau du patient, de l'entourage, des pathologies, des ressources sanitaires, et de l'environnement en particulier social. La validation du besoin de coordination doit précéder tout soutien à sa mise en œuvre. Le schéma 2 décrit les différents niveaux de mise en œuvre du dispositif et les missions de l'équipe.

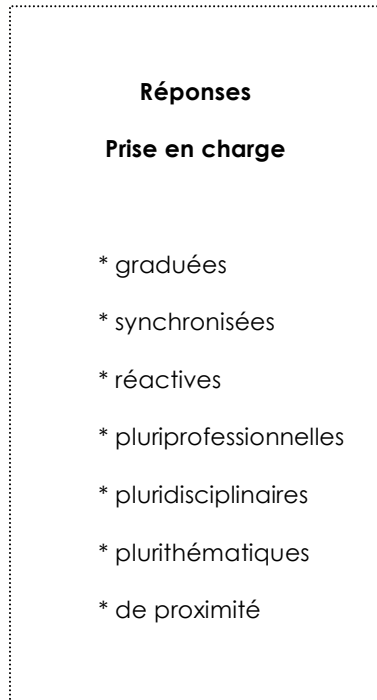
Plusieurs principes opérationnels sont partagés par les acteurs, étant entendu que chaque acteur reste autonome dans la mise en œuvre de ses missions propres en dehors du réseau :

- 1) L'équipe de coordination n'agit pas à la place de acteurs : elle les soutient dans leurs missions, en les articulant de façon adaptée à chaque cas ;
- 2) L'équipe est sollicitée par un médecin ou une infirmière, le médecin traitant du patient étant toujours prévenu ;
- 3) La mobilisation de l'équipe est réalisée après évaluation des critères de complexité de la situation ;
- 4) Les acteurs les plus compétents en fonction du besoin évalué, et les plus disponibles au moment nécessaire, sont sollicités par l'équipe pour répondre aux besoins ;
- 5) L'évaluation de la situation et les propositions corollaires sont réalisées par l'équipe avec le médecin traitant et le patient et/ou sa famille, et selon le besoin à domicile (RT) et avec les acteurs compétents des structures expertes ;
- 6) A l'issue de l'évaluation et de l'élaboration d'un Plan Personnalisé de Santé (PPS), les acteurs qui peuvent être sollicités et disponibles s'imposent à tous les autres ;
- 7) Lorsqu'une autre structure de coordination du territoire (gestionnaire de cas de la MAIA pour les personnes en perte d'autonomie fonctionnelle relevant du dispositif, IFG pour la gériatrie en institution) est plus à même de gérer un cas, il est confié par l'équipe à cette structure. En pratique, la RT est le premier acteur de l'évaluation et de la coordination, au niveau du domicile. Elle est épaulée selon le besoin par l'IDE ou le médecin de coordination, qui conseillent et/ou sollicitent les avis experts et envisagent la participation d'autres acteurs. Les professionnels libéraux participant à l'évaluation et aux réunions de concertation (RCP) bénéficient de prestations dérogatoires. Tous les acteurs sont informés par l'assistante de coordination de l'évolution de la situation, avec selon le besoin tenue de RCP. L'équipe est disponible les jours de semaine aux heures ouvrables.

Schéma n°1 – Principes du dispositif d'appui à la coordination

Principes de base pour le dispositif

Modalités d'action



Principes d'action

1 plateforme commune

- Coordination : - analyse et suivi de situation
- identification des acteurs pressentis
- concertation avec les acteurs disponibles
- élaboration commune du PPS
- Organisation : - prise en charge par les acteurs
- adaptation du PPS
- évaluation de la PEC
- Suivi : - indicateurs quantitatifs et qualitatifs
- dossier patient partagé

1 dossier partagé entre tous les acteurs partenaires

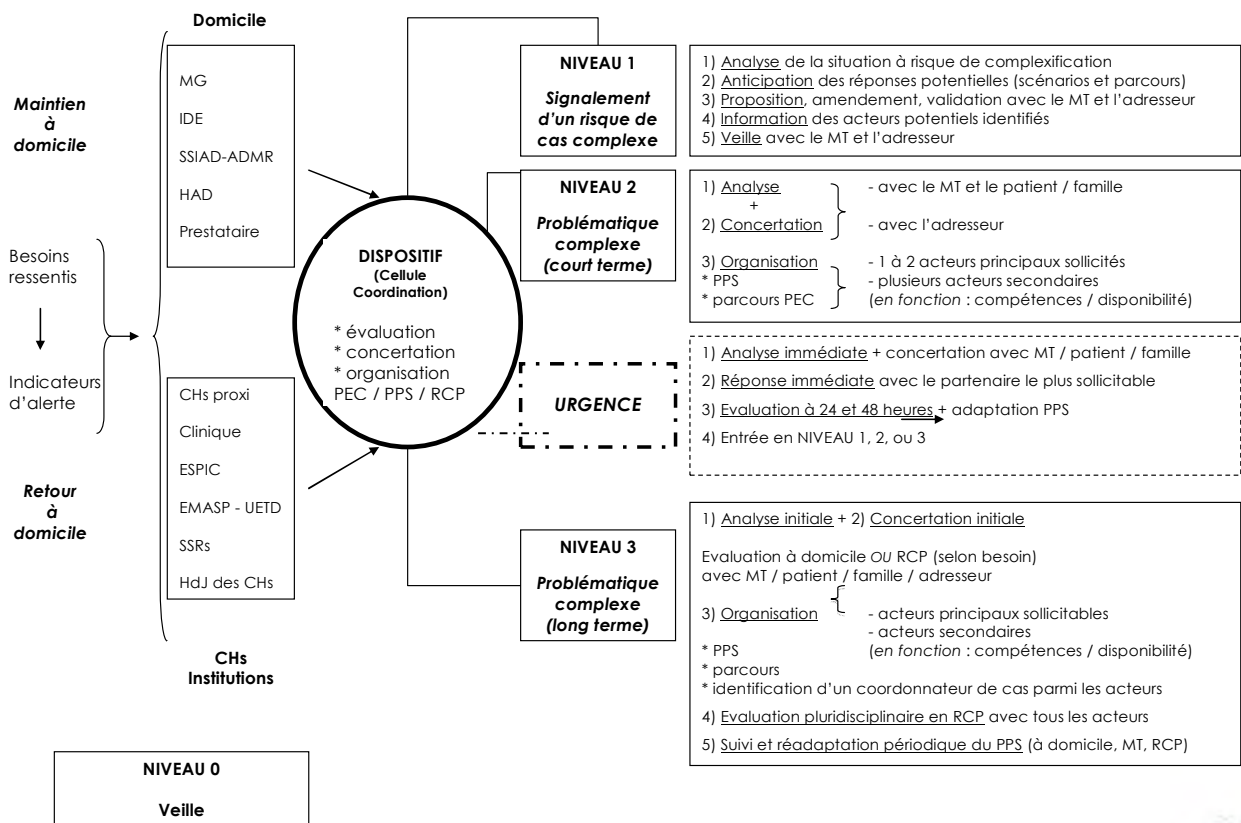
1 expertise coordonnée

- globale : acteurs de proximité
- thématique : partenaire compétent

1 comité de pilotage représentant acteurs et partenaires

- pluridisciplinaire
 - pluriprofessionnel
 - territorial
- } stratégie
prospective
évaluation

Schéma n°2 – Description détaillée du dispositif d'appui à la coordination



4. Retours d'expérience : freins et leviers

Difficultés et freins

- 1) les limites, très variables selon le médecin, à partir desquelles est admis qu'une situation est complexe et requiert un soutien pour la coordination des acteurs ;
- 2) les confusions possibles entre situations d'urgence et complexes, entre équipes de soutien et de soins, entre appui à la coordination et intégration de l'offre de soins ;
- 3) la nécessité d'un système d'information partagé, qui peut s'établir via le DMP que tous les acteurs doivent être habilités à consulter et enrichir, ce qui ne sera possible que progressivement ;
- 4) l'appropriation de l'outil PPS par les acteurs ;
- 5) la réserve de certains acteurs dans leur participation effective au dispositif, liée à l'inquiétude vis-à-vis de leurs missions, méthodes, évolutions, voir financements.

Leviers

- 1) le soutien de l'ARS ;
- 2) la participation au GCS MRSI ;
- 3) la promotion par le CH de référence ;
- 4) l'antériorité du réseau initiateur sur la coordination des acteurs ;
- 5) la motivation des professionnels de santé de premier recours.

5. Calendrier

- Identification du projet par ses promoteurs (réseau de santé monothématique et CH de référence) et sollicitation des partenaires potentiels : 2007/2008
- Constitution d'un Comité de Pilotage entre acteurs principaux : 2008
- Définition des principes fondamentaux de structuration opérationnelle : 2009/2010
- Inclusion au projet de GCS MRSI : 2010/2011
- Structuration juridique : 2011
- Mise en œuvre opérationnelle : 1^{er} janvier 2012

6. Référent de la structure

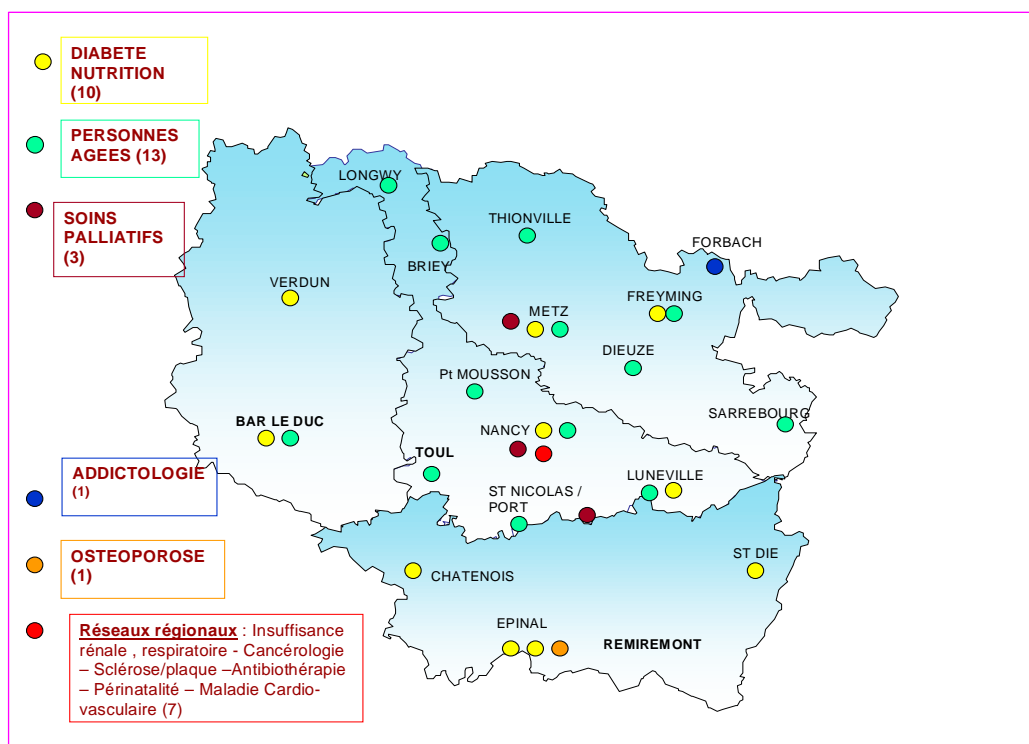
Dr Gérard MICK (promoteur et directeur du RSV)

Fiche documentaire D4 : Nouvelle organisation des réseaux de santé (Lorraine)

1. Etat des lieux et historique

Les réseaux de santé ont pour premier objectif l'amélioration de la coordination de la prise en charge globale des patients, favorisée par un décloisonnement entre les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les professionnels des champs médico-social et social...et ceci en accord avec le médecin traitant et son patient.

En 2011, la région Lorraine se caractérise par un nombre important de réseaux de santé financés par le FIQCS : 28 réseaux de santé monothématiques et 7 réseaux de santé régionaux.



En Juillet 2010, le constat établi suite à ces années de fonctionnement met en évidence les éléments suivants :

- Un manque de visibilité des médecins libéraux et de leurs patients concernant le fonctionnement et la plus value des réseaux de santé : le médecin libéral souhaite un interlocuteur unique avec un numéro de téléphone et un dossier patient uniques,
- Une population de plus en plus vieillissante, handicapée, avec une explosion des maladies chroniques...
- Une enveloppe FIQCS contrainte avec une impossibilité de poursuivre les demandes de financement telles qu'elles existaient jusqu'alors, compte tenu du nombre de réseaux et du fort dynamisme des promoteurs de réseaux lorrains

Le second semestre 2010 a été l'occasion pour le Chef du « Département Médico-social et Réseaux de santé » de l'ARS et ses deux chargées de mission, de rencontrer les promoteurs d'abord individuellement dans le cadre des négociations budgétaires, puis par thématique afin de définir quel modèle pourrait être envisagé pour optimiser l'efficacité des réseaux de santé en concordance avec les textes en vigueur (Circulaire DHOS/CNAMTS du 2 Mars 2007 et Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009).

2. Enjeux et objectifs

Partant des problématiques organisationnelles et financières évoquées ci-dessus et des rencontres avec les promoteurs, le Chef du Département présente à l'ensemble des réseaux de santé, en Janvier 2011, la nécessaire évolution des réseaux de santé régionaux et thématiques selon deux axes :

→ Pour les réseaux de santé régionaux : évolution vers des missions supports uniquement (formation des professionnels de santé, élaboration de référentiels de bonnes pratiques et de protocoles à partir des recommandations HAS, expertise...).

La coordination ou la réalisation de la prise en charge des patients, effectuée jusqu'alors par certains réseaux de santé régionaux, a vocation à être transférée vers les réseaux de santé territoriaux à construire, au plus proche du patient et pour une meilleure visibilité des médecins libéraux.

A titre subsidiaire et de façon tout à fait dérogatoire dans le cadre de pathologies très spécifiques, il peut coordonner la prise en charge (exemple : la sclérose en plaques)

→ Pour les réseaux de santé thématiques : évolution vers des réseaux de santé territoriaux, populationnels, pluri-thématiques (ex : rapprochement des réseaux de santé diabète, gérontologie, soins palliatifs, insuffisance rénale, respiratoire, addictologie...) avec nécessité de réaliser la coordination de la prise en charge au plus près du patient et de son médecin et de maintenir la complémentarité hôpital/ville.

3. Modalités de mise en œuvre de la politique de l'ARS

Les perspectives d'évolution des réseaux financés par le FIQCS et les modalités de changement ont fait appel à une conduite de projet dont le pilotage revient à l'ARS.

Concernant l'évolution et la nouvelle organisation des réseaux de santé en Lorraine, les promoteurs n'ont pas affiché d'opposition mais beaucoup de questions ont été posées démontrant l'inquiétude quant aux fusions des associations portant les réseaux de santé.

Le service juridique de l'ARS, présent lors de cette réunion de Janvier, a pu apporter des éléments de réponse, et assure depuis une aide à l'accompagnement des associations porteuses des réseaux.

Cette rencontre marque également le début des travaux avec les différents partenaires via la mise en place de deux groupes de travail : l'un concernant les réseaux de santé thématiques, l'autre relatif aux réseaux de santé régionaux.

Chaque groupe de travail est co-piloté par une chargée de mission ARS et un médecin de réseau missionné par l'ARS en tant qu'expert pour accompagner les chargées de mission dans ce travail. Un des deux médecins est représentant des réseaux de santé à la Commission Régionale de la Santé et de l'Autonomie de l'ARS.

L'objectif fixé à ces deux groupes de travail est de collecter des éléments de cadrage et organisationnels (cahier des charges), base de rédaction des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) devant être signés entre les réseaux de santé (territoriaux et régionaux) et l'ARS.

En effet, l'enjeu pour l'ARS est d'avoir, sur chaque territoire, un seul réseau territorial pluri thématiques permettant la signature d'un CPOM. La durée de ce CPOM est fixée à 4 ans ce qui correspond à la durée de vie des différents schémas en cours de finalisation (ambulatoire, médico-social...) du Plan Régional de Santé

→ Entre Janvier et Juin 2011, des réunions de travail sont organisées par l'ARS et ses délégations territoriales avec l'ensemble des réseaux de santé thématiques et régionaux. Certaines réunions sont communes aux deux types de réseaux de santé.

Ces rencontres associent également les professionnels de santé libéraux via les différentes Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS Médecins, Infirmiers, Pharmaciens, Kinésithérapeutes, Chirurgiens-Dentistes...), les collectivités territoriales (Conseil Régional, Conseils Généraux), des directions d'établissements de santé et directions financières, et les représentants des usagers.

D'ores et déjà, plusieurs réseaux de santé thématiques et régionaux se sont rapprochés dans le cadre d'un processus de fusion ou de conventionnement de leurs associations respectives.

→ Depuis Septembre 2011, un groupe opérationnel d'appui et d'accompagnement des réseaux de santé territoriaux s'est mis en place avec un calendrier de travail à raison d'une rencontre/mois jusqu'en Avril 2012.

Ce groupe opérationnel (cellule d'appui et d'accompagnement) est constitué :

- Du responsable du « département médico-social et réseaux de santé » de l'ARS, de la chargée de mission « réseaux de santé territoriaux », de l'expert médical missionné par l'ARS, d'un référent « réseau » par territoire de proximité (12 territoires couvrant l'ensemble de la région), référent identifié par ses pairs. A l'issue de chaque rencontre, il a pour mission de communiquer à l'ensemble des réseaux de santé présents sur son territoire, les avancées du groupe de travail. A l'inverse, il fait remonter au groupe opérationnel les avis et remarques de ses confrères,
- Des animateurs territoriaux des délégations territoriales de l'ARS sont associés à ces travaux pour accompagner les réseaux de santé territoriaux dans leur construction sur leur territoire,
- Des invités spécifiques en fonction des thèmes abordés (Dispositif Local d'Accompagnement, URIOPSS...)

En effet, chaque rencontre fait l'objet d'un thème précis :

- écriture du projet de réseau sur chaque territoire,
- déclinaison des missions obligatoires des réseaux de santé territoriaux,
- renforcement du lien ville-hôpital,
- communication et relations partenariales,
- aspects juridiques et financiers de la construction des réseaux de santé territoriaux,
- modalités d'inclusion du patient dans les réseaux de santé,
- moyens logistiques : systèmes d'information (logiciels compatibles, dossier unique informatisé du patient...), locaux, véhicules et moyens humains : qualification et temps de travail,
- démarche qualité et construction de l'évaluation.

Ainsi, en avril 2012, à l'issue de toutes ces rencontres, nous aurons de la matière pour négocier les CPOM avec les réseaux de santé, associés depuis le début à la démarche.

4. Structuration du réseau territorial et du réseau régional

4-1 : Le réseau territorial de proximité

Le principe :

Le médecin traitant qui souhaite un appui, une aide dans la prise en charge de son patient contacte le réseau territorial, unique interlocuteur « réseau » sur son territoire.

A charge pour le réseau territorial d'organiser la coordination de la prise en charge du patient, avec son accord, et de l'orienter vers la ressource compétente (gérontologie, soins palliatifs, diabète et nutrition, addictologie...). Un nécessaire retour d'informations se fait vers le médecin traitant qui reste bien sûr le pivot dans cette prise en charge.

Les missions :

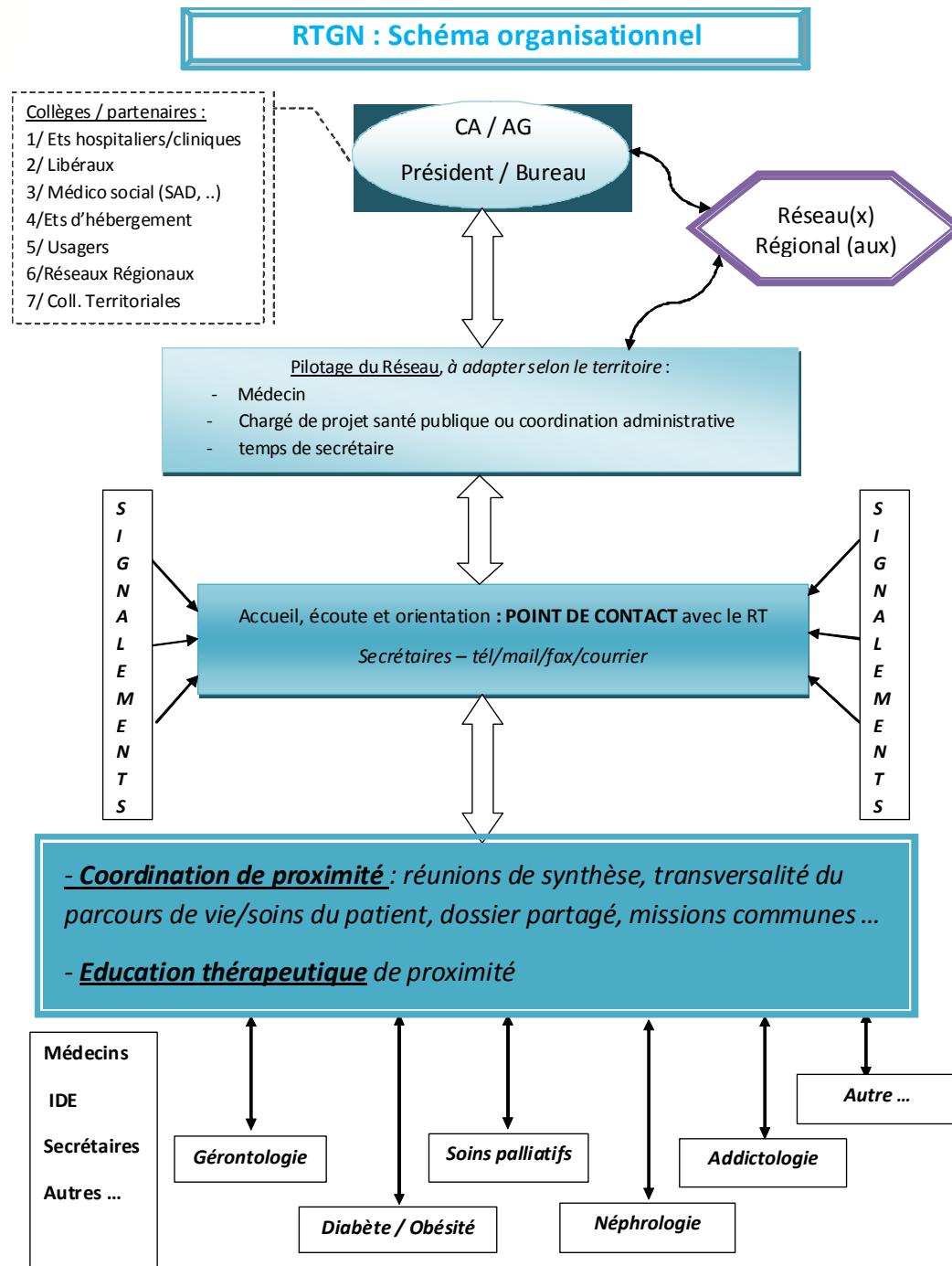
Les quatre missions prioritaires confiées par l'ARS aux réseaux de santé territoriaux sont la coordination concernant :

- le maintien à domicile
- l'Education Thérapeutique du Patient sur le territoire
- les soins palliatifs
- l'addictologie

De plus, il est nécessaire d'articuler les missions des réseaux de santé territoriaux avec les missions des réseaux de santé régionaux, via la mise en place d'une instance dédiée.

Chaque réseau territorial aura 4 ans (durée du CPOM) pour mettre en œuvre les actions favorisant l'atteinte de ces objectifs.

Ci-dessous un schéma illustrant le mode d'entrée et le parcours du patient dans la reconfiguration d'un réseau territorial unique (Réseau Territorial du Grand Nancy) en cours de réalisation



(source : document de travail du Réseau Territorial du Grand Nancy – Août 2011)

4-2 : Le réseau régional

Rôle des Réseaux Régionaux (RR) et articulation avec les Réseaux Territoriaux (RT) :

Le RR intervient de façon collaborative avec le RT et lui offre un service. Il n'y a aucun caractère hiérarchique entre ces 2 entités et le RT restera toujours son propre acteur.

L'apport du RR portera sur les champs suivants :

- ◆ La formation : mise en place de plan de formation. Elaboration des programmes de formation en lien avec le RT.
La mise en œuvre des séances de formation se faisant au niveau des RT (idem pour l'ETP, le RT étant la plateforme organisationnelle de l'ETP)
- ◆ Expertise : sollicitation du RR en situation de cas complexes et en fonction des besoins exprimés au niveau local
- ◆ Evaluation : dans le cadre de l'évaluation interne faite par le RT, le RR peut apporter son aide pour trouver des indicateurs pertinents par pathologie. L'évaluation externe appartenant à l'ARS dans le cadre d'un appel d'offre pour retenir un prestataire de service.
- ◆ Information sur les bonnes pratiques : les recommandations nationales (HAS) donnent lieu à la rédaction, en région, de référentiels qui sont les algorithmes décisionnels utiles aux professionnels.

Evolution des RR vers une fédération régionale : idée d'un pot commun comme le temps de secrétariat ou les moyens logistiques (idée d'un numéro unique). Chacun gardant toutefois sa spécificité thématique dans une fédération régionale les rassemblant.

Idée d'un chargé de projet au sein de la fédération régionale qui aurait en charge la veille juridique et d'identifier les appels à projet afin d'y répondre.

Lien RR/RT :

Proposition de création d'une instance : un conseil scientifique auquel participeraient 1 représentant de chaque RT, les représentants de chaque RR. L'objectif étant que cette instance soit un lieu de dialogue entre les 2 niveaux dans lequel chacun fait part de ses attentes et besoins.
Il s'agit de mettre en place un espace de travail et de déployer un système régional d'information et de communication.

5. Retours d'expérience : freins et leviers

Difficultés et freins

- La résistance au changement est présente : difficulté pour les réseaux de santé de s'approprier la nouvelle politique de l'ARS et de se projeter dans une nouvelle organisation,
- Les craintes des promoteurs (président et salariés) liées au statut des personnels et à la baisse de l'enveloppe FIQCS qui intervient depuis 2 ans,
- Des délais courts entre le moment où la nouvelle politique est présentée aux réseaux de santé et le moment de la signature des CPOM
- Un manque de visibilité quant à la pérennité du fonds FIQCS (futur Fonds d'Intervention Régional)

Leviers : intégrés dans une démarche conduite de projet pilotés par l'ARS

- Un engagement fort de l'ARS en faveur de la réorganisation des réseaux de santé
- Un responsable de département qui initie cette politique
- Une bonne connaissance antérieure des réseaux de santé avec un travail de proximité entre ces réseaux de santé et les précédentes institutions (URCAM et ARH)
- Un partenariat de qualité avec les représentants des professionnels de santé libéraux (médecins, infirmiers, pharmaciens...), des collectivités territoriales,
- La demande des médecins libéraux d'avoir un seul n° de téléphone à contacter et un dossier unique quand ils souhaitent faire appel à des réseaux de santé,
- Deux experts médicaux, respectivement Président d'un réseau régional et Médecin Coordonnateur d'un réseau gérontologique, pour porter un regard médical sur les évolutions et lever les écueils auxquels peuvent être confrontées les chargées de mission ARS, fortement impliqués dans ce processus
- Des chargées de mission à l'écoute des réseaux de santé, qui tentent d'apporter des réponses aux questions, le plus rapidement possible : disponibilité au téléphone, rencontres sur sites, compréhension et dialogue budgétaire,

- Des animateurs territoriaux de l'ARS ayant une bonne connaissance des territoires et qui s'investissent en accompagnant les réseaux de santé sur ces territoires,
- Une recherche d'articulation cohérente entre les différents services de l'ARS (département accès à la santé et ambulatoire, département établissements de santé et médico-social, département prévention...)
- La signature des CPOM qui amène plus de lisibilité pour les réseaux de santé et l'ARS en matière d'activité et d'engagement financier.

6. Calendrier

La signature des CPOM se fera progressivement avec les structures pour aboutir à une contractualisation définitive avec l'ensemble des promoteurs souhaitée pour fin 2012.

7. Référents de l'ARS Lorraine

Docteur Patrick MORVAN : Chef du « Département Médico-social et Réseaux de santé »

patrick.morvan@ars.sante.fr - 03 83 39 79 73

Evelyne DIETZ : Chargée de mission « réseaux de santé territoriaux »

evelyne.dietz@ars.sante.fr - 03 83 39 29 61

Karine DIDIER : Chargée de mission « réseaux de santé régionaux »

karine.didier@ars.sante.fr - 03 83 39 29 65

Partie 4 : Annexes

Les annexes

Annexe 1 : Etat des réseaux de santé (extrait du rapport d'activité 2011 du FIQCS)

Annexe 2 : Référentiel des compétences du métier de coordonnateur institutionnel

Annexe 3 : Proposition de modèle-type de CPOM

ANNEXE 1 - Etat des réseaux de santé

(Extrait du rapport d'activité 2011 du FIQCS)

1

Thème regroupé	Nombre de réseaux de santé	Montant de l'accompagnement	Part du financement national
Gérontologie	124	24 665 638	15%
Soins Palliatifs	98	33 494 510	20%
Diabétologie	70	15 060 723	9%
Cancérologie ⁽¹⁾	64	18 331 457	11%
Périnatalité ⁽¹⁾	52	11 935 996	7%
Handicap	42	8 788 843	5%
Prise en charge des adolescents	41	3 062 183	2%
Addictologie	40	7 142 729	4%
Proximité (poly pathologie)	27	7 870 084	5%
Cardiovasculaire	23	5 496 010	3%
Nutrition et prise en charge de l'obésité	23	7 178 744	4%
Neurologie	21	6 088 177	4%
Pathologies respiratoires	21	4 818 543	3%
Maladies infectieuses	15	2 378 278	1%
Précarité	11	2 904 785	2%
Douleur	9	1 588 658	1%
Maladies rares	6	613 059	0%
Néphrologie	6	1 776 860	1%
Santé Mentale	6	708 817	0%
Autre	17	3 306 279	2%
Total	716	167 210 374	100%

(1) Ces 2 thèmes regroupent des réseaux régionaux (organisationnels) et non régionaux (opérationnels).

Source : Données recueillies par les ARS.

ANNEXE 2 - Référentiel des compétences du métier de coordonnateur institutionnel

Les compétences du coordinateur se déclinent en 3 grands axes :

- Animer, piloter et former un collectif d'acteurs (APF)
- Maîtriser les outils et processus d'information et de communication au sein de réseaux d'acteurs et/ou du territoire (OIC)
- Mettre en œuvre des méthodologies d'intervention, de projet et d'évaluation (MIPE)

1. Animer, piloter et former un collectif d'acteurs (APF)

1.1 Savoirs

- **Mobiliser ses savoirs au service du collectif**
 - Apporter son expertise et sa connaissance des processus de coordination (décision, communication, délégation, régulation...)
- **Acquérir et actualiser ses savoirs**
 - Actualiser ses connaissances par la formation initiale et continue, et la veille informative et juridique.

1.2 Savoir-faire

- **Guider**
 - Rappeler les règles de fonctionnement, le sens et les rôles à chacun des acteurs (professionnels, usagers, collectifs d'acteurs etc.). Promouvoir un positionnement éthique.
- **Former**
 - Accompagner l'acquisition et les transferts de compétence pour aborder les situations complexes. Accompagner l'élaboration de bonnes pratiques professionnelles.
- **Négocier**
 - Favoriser l'expression et le dialogue de tous les acteurs concernés. Faciliter la résolution des conflits. Engager des démarches de médiation.
- **Superviser**
 - Animer des réunions, piloter le travail, assurer la continuité des actions et des projets, impliquer les différents acteurs.
- **Fédérer, rassembler, dynamiser**
 - Expliquer, convaincre, co-construire, identifier les rôles et les enjeux, permettre à chacun de s'approprier le projet, valoriser les actions. Informer, expliquer, argumenter, motiver.
- **Faciliter**
 - Rechercher et mettre à disposition les ressources nécessaires au collectif.

1.3 Savoir-être

- **Etre diplomate, tempéré, rassurant**
 - Prendre en compte tous les avis, prendre du recul sur les situations problématiques, être conciliant et respectueux. Faire preuve de souplesse, de compréhension, de calme, de disponibilité. Se montrer pragmatique. Soutenir.
- **Etre engagé**
 - Servir l'intérêt et les valeurs liés à la mission confiée. Etre pugnace, persévérant.
- **Etre neutre, objectif, impartial**

- Analyser ses pratiques. Avoir des capacités d'ouverture d'esprit et de distance. Connaître ses limites et avoir un questionnement éthique.

2. Maîtriser les outils et processus d'information et de communication au sein de réseaux d'acteurs et/ou du territoire (OIC)

2.1 Savoirs

- **Maîtriser les techniques de communication**

2.2 Savoir-faire

- **Conseiller**
 - Ecouter, s'informer, mobiliser ses contacts, favoriser le rapprochement avec des personnes ressources et des experts.
- **Mobiliser les modes de communication adaptés**
 - Adapter son langage aux différents interlocuteurs.
 - Adapter l'outil aux circonstances.
- **Assurer une veille informative et réglementaire**
 - Recueillir des informations pertinentes et les traiter.
- **Transmettre**
 - Utiliser différentes techniques et outils de communication (mail, courrier, téléphone, réunion, plateforme de travail collaboratif, réseaux sociaux d'entreprise...)

2.3 Savoir-être

- **Etre sociable**
 - Etablir des relations, développer ses réseaux professionnels, se montrer curieux, favoriser les échanges au sein de l'équipe, prévoir des temps de partage communs, promouvoir une convivialité entre les membres.
- **Etre réceptif et réactif**
 - Saisir les enjeux, anticiper, être diligent, prioriser.

3. Mettre en œuvre des méthodologies d'intervention, de projet et d'évaluation (MIPE)

3.1 Savoirs

- **Maîtriser (procédures, ordres)**
 - Veille informatique réglementaire et administrative, avec les outils actualisés à rechercher auprès des différents organismes (ex : modèles de dossier), par la formation à la méthodologie de la gestion de projet, à l'évaluation.
- **Connaître les domaines concernés**
 - Disposer/ acquérir une connaissance et/ou une pratique dans les thématiques concernées (quel que soit le niveau coordonné) : connaître l'environnement, les dispositifs, les territoires, les acteurs, les politiques de santé publique, les enjeux des coordinations de proximité et d'appui. Langage et culture communs.
- **Connaître la méthodologie de projet**
 - Maîtriser et appliquer la méthodologie de projet.

3.2 Savoir-faire

- **Veiller à l'équité**
 - Définir et respecter des règles, des protocoles dans une démarche éthique.
- **Promouvoir le travail en réseau**
 - Identifier les partenaires, créer et développer un réseau de contacts, favoriser les échanges au sein de l'équipe, prévoir des temps de partage communs, promouvoir une convivialité entre les membres.

- Initier et animer des plateformes de travail collaboratif et des espaces de discussion.
- **Evaluer et s'évaluer**
 - En mesurant l'écart entre ce qui était prévu et ce qui a été réalisé.
 - Procéder à des enquêtes qualitatives et quantitatives.
 - Analyser les résultats, étudier les points de progrès possibles et ajuster le pilotage du projet en conséquence.
 - Prendre du recul. Interroger ses certitudes.
- **Déployer le projet**
 - En s'appuyant sur la méthodologie de projet.
- **Déléguer**
 - Reconnaître et valoriser les compétences, répartir les tâches et les moyens, faire confiance, jalonner l'accompagnement.
- **S'adapter**
 - Pour pouvoir faire face et gérer toute situation inattendue.

3.3 Savoir-être

- **Etre autonome et méthodique**
 - Savoir mener un projet à son terme. Rendre compte, alerter à bon escient.
- **Etre médiateur, diplomate**
 - En écoutant les différents acteurs pour reformuler et négocier, pour trouver un consensus. Appréhender des dynamiques multiples parfois en apparence contradictoire. Etre neutre, objectif, impartial...
- **Etre créatif et innovant**
 - En suggérant des idées d'actions, être force de proposition.

ANNEXE 3 - Proposition de modèle-type de CPOM

Le modèle-type de CPOM proposé ci-dessous est susceptible d'adaptation en fonction de l'organisation propre à chaque région.

Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens 2012-2017

Entre,

L'Agence régionale de santé de XXXXXXXX

Et,

Le réseau XXXXXXXXXXXX,

Vu le Code de la Santé publique, notamment ses articles L1435-8, R 1435-30 à 34 et D. 6114-11 et suivants.

Vu le Code de la Sécurité sociale, notamment en ses articles, L221-1-1, D221-1 à D221-27, à R162-68.

Vu le décret n°2010-1170 du 4 octobre 2010 relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé, les autres titulaires d'autorisation et certains services de santé

Il a été expressément convenu ce qui suit,

Titre 1. Objet du contrat

Article 1- Les fondements

Le contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du projet régional de santé et notamment du volet ambulatoire du schéma régional de l'organisation des soins.

Article 2- Les orientations stratégiques

Les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation sont :

Orientation n°1 :

Orientation n°2 :

Orientation n°3 :

Orientation n°4 :

Orientation n°5 :

Les modalités de leur réalisation sont déclinées dans les annexes du présent contrat. Ces annexes sont opposables dans les conditions définies à l'article 6.

Titre 2. La mise en œuvre du contrat

Article 3- Le suivi du contrat

a) Le suivi annuel

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue annuelle réunissant :

La revue annuelle de contrat a pour objet :

- l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat à l'année n-1,
- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat,
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir,
- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4,
- la détermination des sanctions prévues à l'article 6.

L'analyse contradictoire est menée sur la base d'un rapport annuel d'étape (article D. 6114-16 du code de la Santé Publique) produit par le réseau, au plus tard un mois avant la réunion et comprenant le bilan de réalisation de l'année n-1 du contrat. Ce rapport comprend le rapport d'activité visé à l'article D6321-1 du code de la Santé Publique.

La revue annuelle fait l'objet d'une lettre d'observations adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-16 du code de la Santé Publique, la structure transmet, au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

Article 4- La révision du contrat

A la demande de la structure ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant :

- pour prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de la structure, de l'offre de soins régionale et des missions qui lui sont confiées ;
- pour réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- pour intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat.

Article 5- Les sanctions en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements prévus au contrat

L'article R. 6114-17 du code de la Santé Publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution partielle ou totale des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements suivants ;

[Il revient aux cocontractants de définir le régime de sanction et les pénalités applicables à chaque annexe et/ou thématique du contrat]

Article 6- La résiliation du contrat

Le contrat peut être résilié dans les conditions fixées par l'article R. 6114-17 du code de la Santé Publique.

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de ans.
Il prendra effet à compter du XXXX

Fait à XXXXX, le XXXXX

Signatures :

Directeur général de l'ARS

Le président du réseau

L'administrateur du réseau

Annexe 1 : Orientations stratégiques au regard du PRS

Cette annexe détermine la contribution des réseaux de santé à l'atteinte des objectifs du PRS. Elle permet de formaliser les axes stratégiques sélectionnés par l'ARS et la structure en référence notamment au SROS-volet ambulatoire. Les grandes orientations seront précisées, sur la base desquelles l'ensemble des objectifs fixés à la structure pourront être déclinés dans les annexes suivantes.

Cette annexe définit notamment :

- Les modalités de réorganisation envisagées dans le cadre de la recomposition territoriale des réseaux de santé (par exemple les différentes étapes du rapprochement avec les autres réseaux de santé.
- Les modalités de réorientation de l'activité en vue d'un recentrage sur l'activité de coordination.
- Les modalités d'organisation du service rendu par le réseau dans le territoire.
- Les principales missions confiées aux réseaux de santé dans le cadre du PRS.

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Indicateurs de suivi et d'évaluation

Annexe 2 : Assurer l'appui à la coordination des acteurs de l'offre de soins dans le territoire

Cette annexe détermine les conditions dans lesquelles les réseaux de santé conduisent leur mission d'appui à la coordination. Elle traite notamment :

- Des critères d'inclusion et de sortie des patients
- Des modalités d'association des médecins traitants à l'action du réseau
- Des modalités d'intervention au bénéfice de la coordination entre les acteurs de l'offre de soins
- Des modalités d'organisation et de planification du parcours de santé des patients
- Des indicateurs associés à la mission d'appui à la coordination

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Indicateurs de suivi et d'évaluation

Annexe 3 : Articuler l'action du réseau avec celle de l'ensemble des acteurs du territoire

Cette annexe définit les rôles respectifs du réseau par rapport aux autres dispositifs de coordination existants dans les territoires (HAD, SSIAD, CLIC, MAIA, MSP, pôle de santé, établissements de santé/équipes mobiles, EHPAD, MPDH, SAMSAH) et le positionnement du réseau dans la MAIA lorsque celle-ci existe. Il s'agit de définir précisément les modalités d'intervention respective, afin d'éviter les zones de recouvrement et optimiser l'action conjointe dans le territoire.

Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Plan d'actions	Indicateurs de suivi et d'évaluation

Annexe 4 : Financement

Cette annexe a pour vocation de tracer l'ensemble des financements consentis au réseau, y compris s'agissant de prestations dérogatoires. Les financements prévisionnels peuvent y être décrits afin de donner une visibilité aux gestionnaires, mais les engagements de l'ARS seront pris sous réserve de l'annualité budgétaire. Une décision attributive de financement détermine annuellement les sommes à verser au titre de l'exercice.

Sources de financement	Montant				
	2012	2013	2014	2015	2016

Annexe 5 : Annexe documentaire

Cette annexe non opposable a pour vocation de lister l'ensemble des documents stratégiques existants :

- La convention constitutive du réseau (article D6321-5 CSP)
- Le dossier « promoteur » (article D6321-6 CSP)
- Les autres engagements conventionnels pris par le réseau