

Présentation des grandes lignes du guide méthodologique de la DGOS sur l'évolution des réseaux

Mars 2012

Principes directeurs du guide

- ❑ Complète les orientations prises par les ARS dans le cadre de leur PRS concernant le positionnement des réseaux de santé, dans le contexte du FIR.
- ❑ N'impose pas de modèle unique
- ❑ Prévoit une démarche de contractualisation entre les ARS et les réseaux
- ❑ Ne concerne pas les réseaux régionaux de cancérologie ni les réseaux périnatalité.

Structuration du guide

- ❑ Partie 1 : recommandations générales sur les orientations stratégiques relatives à l'évolution des réseaux
- ❑ Partie 2: fiches pratiques destinées à la déclinaison opérationnelle de ces orientations
- ❑ Partie 3: fiches documentaires décrivant 4 expériences de réseaux s'inscrivant dans les objectifs définis dans le guide.

Partie 1: changements depuis la circulaire de 2007

- HPST: rôle du MT
- Plusieurs autres acteurs de la coordination: MSP/PSP, HAD, SSIAD, CLIC, MAIA...
- Contraintes financières fortes sur le FIQCS et le FIR

Partie 1: Le bilan des réseaux de santé est contrasté

- Une forte hétérogénéité dans l'activité des réseaux de santé
- Une efficacité variable
- Mais un dispositif formalisé de coordination avec des compétences, un savoir faire et des expériences réussies.

Partie 1: Il est reconnu un besoin d'appui à la coordination des soins

- Pour les patients en situation complexe ayant recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs sanitaire, social et médico-social.
- ➔ recentrer et orienter les moyens des réseaux vers la mise en place d'un **service d'appui aux effecteurs de soins**
 - Les réseaux souhaitant assurer le portage de ce service s'engageront dans le cadre d'un CPOM avec l'ARS à faire évoluer leur activité et leur positionnement.
 - Pour les autres réseaux une stratégie d'évolution adaptée devra être conduite au regard des besoins identifiés par les ARS

Partie 1: Contenu de la coordination d'appui

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

Partie 1: renforcer la polyvalence et l'ancrage territorial

- Les thématiques présentant des points communs en matière de coordination (oncologie, SP, personnes âgées, maladies chroniques) 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 de premier recours
- File active = 200 patients par ETP de coordonnateur et 1000 par service d'appui

Accompagnement de l'évolution des réseaux

- ❑ Co-pilotage national associant le SG des Affaires Sociales, la DGOS et la DSS, la CNAMTS, la DGCS, la CNSA en lien avec l'UNR.Santé.
- ❑ Co-pilotage régional associant ARS – URPS- Unions régionales des réseaux.
- ❑ Négociation et signature des CPOM courant 2012
- ❑ Synthèse régionale annuelle de l'état de la contractualisation et de l'état de réalisation des objectifs fixés présentée à l'union régionale des réseaux de santé et aux URPS.

Partie 2 : fiches pratiques

- ☐ L'appui à la coordination
- ☐ Evolution des réseaux de santé
- ☐ Evaluation des réseaux de santé
- ☐ La contractualisation
- ☐ Le système d'information (ASIP – UNR.Santé)

Définition de la complexité

□ **Complexité médicale :**

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

□ **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

Finalités et outils de l'appui à la coordination.

- ❑ Organiser et planifier le parcours de santé et la prise en charge du patient
- ❑ Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles)
- ❑ 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
- ❑ Ressources humaines: professionnels de santé (infirmières) et travailleurs sociaux
- ❑ Outils: le PPS

Trois types de structures quant à l'évolution des réseaux de santé

- ❑ 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)
- ❑ Les réseaux régionaux de périnatalité et de cancérologie
- ❑ Les structures dont l'activité est très spécialisée et ne relèvent pas directement de la coordination
 - Intégration dans un établissement hospitalier
 - Intégration dans une structure spécialisée ou un centre de référence
 - Maintien d'une structure ad hoc

Partie 3: fiches documentaires

- ❑ Fiche n°1 : ARESPA (Franche-Comté)
- ❑ Fiche n°2 : Plateforme du Douaisis (Nord-Pas-de-Calais)
- ❑ Fiche n°3 : Réseau de santé du Voironnais - GCS MRSI (Rhône Alpes)
- ❑ Fiche n°4 : Nouvelle organisation des réseaux de santé (Lorraine)

Ce guide apporte des perspectives majeures : une évolution vers la coordination poly thématique et vers la polyvalence

- ❑ Reconnaissance de la fonction d'appui à la coordination pour les patients complexes
- ❑ Mise en place de « services d'appui aux effecteurs de soins » regroupant les réseaux et les autres acteurs d'un territoire
- ❑ Affirmation de la fonction de coordinateur de parcours de santé
- ❑ Evolution « balisée » et progressive (mais rapide!) vers la polyvalence
- ❑ Dynamique d'articulation avec les autres porteurs de la coordination notamment médico-sociaux (CLIC, MAIA) et hospitaliers.

Mais le guide ne peut être publié en état

- ❑ Rappeler le rôle premier des réseaux dans la coordination
- ❑ Réviser le dimensionnement des files actives / ETP de coordonnateur et / services d'appui
- ❑ Assurer en région le devenir des réseaux non directement intéressés à la coordination.
- ❑ Assurer le devenir des activités d'ETP
- ❑ Profil d'expertise et de coordination: pas seulement des infirmières et des travailleurs sociaux! Identité des coordonnateurs de parcours de santé: à clarifier
- ❑ Revoir les modalités de l'évaluation centrée sur l'ISQ
- ❑ Dissiper les incertitudes sur le financement de l'accompagnement national
- ❑ Ajouter une fiche modèle d'un réseau en zone rurale

L'UNR.Santé dans la concertation jusque la

- ❑ 1^{er} trimestre 2011: participation au groupe de réflexion de la DGOS sur la coordination
- ❑ 2^{ème} et 3^{ème} trimestre 2011: groupe de travail avec la DGOS sur le guide
- ❑ 4^{ème} trimestre 2011: on fait un break
- ❑ 1^{er} trimestre 2012: rencontre avec Annie Podeur et communication officielle du guide au bureau de l'UNR.santé

Calendrier de la concertation à venir

- ❑ Mars avril 2012: concertation DGOS – ARS dans le cadre d'un groupe de travail
- ❑ Fin avril: passage au CNP
- ❑ Mai-juin: concertation élargie (« groupe de lecture »)
 - UNPS
 - FHF, FHP, FEHAP
 - UNR.Santé
- ❑ Fin juin : publication du guide