

L'UNR.Santé et l'ASIP-Santé ont signé une convention et formé un groupe de travail dont l'objectif premier sera d'élaborer un document sur le « cadre national des systèmes d'information des réseaux de santé ». Ce document s'intéressera aux conditions d'hébergement des données de santé des réseaux, à la convergence des dossiers des réseaux vers le DMP, aux référentiels répondant aux besoins de structuration des données et au déploiement du service PPS. Le groupe de travail comprend une douzaine de membres, et travaillera en premier lieu sur les thématiques soins palliatifs, diabète et gérontologie. Les réseaux intéressés peuvent se manifester. Deux articles parus dans « *Réseaux, Santé et Territoire* » n°34 d'octobre 2010, un de l'ASIP Santé et un de l'UNR.Santé, illustrent les objectifs de ce partenariat.

L'UNR.santé a publié un communiqué sur le rapport d'Elisabeth Hubert à consulter sur <http://www.unrsante.fr/accueil-unr-sante.html>. Ce communiqué souligne que la réorganisation proposée par ce rapport ne réussira que si une attention suffisante est portée à l'amélioration des parcours de santé, au-delà des enjeux professionnels. Pour l'UNR.Santé, il est essentiel d'impulser une large dynamique de développement de pôles de santé pluridisciplinaires. De nombreux réseaux se sont déjà engagés dans cette dynamique, et l'UNR.Santé les appelle à s'y engager encore davantage.

Quelles sont les fonctions attendues des pôles de santé pluridisciplinaires ? Pour réussir, ces pôles, qui sont des « maisons de santé sans les murs », doivent proposer des services et fonctions susceptibles d'aider réellement les professionnels, d'améliorer la coordination des parcours de soins et de favoriser l'accès des usagers à des soins de qualité. L'UNR.Santé lance le débat en publiant sur son site <http://www.unrsante.fr/accueil-unr-sante.html> une proposition de onze fonctions souhaitables pour les pôles de santé. Vous pouvez adresser vos réactions et votre contribution à contact@unrsante.fr

Intentions. L'UNR.Santé demande aux réseaux de se concerter au niveau des territoires de santé afin d'adresser aux ARS une lettre d'intention présentant leurs projets dans deux domaines : (1) leur regroupement en vue de former des « plateformes de coordination territoriales » en liaison avec les soins primaires et les établissements hospitaliers, (2) l'appui à la structuration des soins de premier recours, sous forme de participation au projet de santé territorial et/ou d'aide à la constitution de Maisons et de Pôles de santé pluridisciplinaires adossés à leur expertise. Il paraît DE LA PLUS HAUTE IMPORTANCE d'effectuer ce type de démarche qui donne des signes concrets de la volonté des réseaux de se regrouper au niveau des territoires et de se positionner vis à vis des orientations de la politique de santé.

La DGOS (direction générale de l'Offre de Soins) a transmis aux ARS **une circulaire sur le financement des programmes d'éducation thérapeutique**. Vous pouvez la télécharger et la lire sur <http://www.unrsante.fr/documentation.html#1>. Les différents modes de financements y sont précisés ainsi que les montants (250 à 300 euros), les files actives (minimum 50 patients à la fin de la première année de fonctionnement). Les forfaits ETP des réseaux devraient en 2010 ressembler aux forfaits auxquels peuvent prétendre les maisons de santé pluridisciplinaires. La circulaire appelle d'ailleurs à la cohérence des montants entre les différentes sources de financement : MIG, FNPEIS, Article 44 de la loi HPST, FIQCS. On ne peut que s'en réjouir et espérer que ceci incite les ARS à favoriser à la mise en place de cadres communs de l'éducation des patients entre la ville et l'hôpital.

L'IGAS vient de rendre son rapport sur l'hospitalisation à domicile (HAD). On y lit

que « l'HAD n'est qu'une modalité de prise en charge parmi d'autres (réseaux, équipes mobiles, soins de ville...). Elle ne doit donc être prescrite que lorsque l'intensité des soins le justifie ». Et encore : « ses relations avec les réseaux sont très différentes d'un territoire à l'autre. D'une manière générale, elles sont essentiellement développées avec les réseaux de soins palliatifs ; d'autant plus que certaines structures d'HAD trouvent leur origine dans ces réseaux. Le partage se fait en fonction du caractère plus ou moins lourd des patients et donc de la technicité de l'intervention : par exemple pour les soins palliatifs, le réseau ayant en charge avec les médecins de ville, les patients légers en articulation avec l'équipe mobile de l'hôpital. Cependant, ces règles sont définies au cas par cas, de manière empirique ». « La prise en charge de la fin de vie au domicile passe par le développement coordonné de différentes modalités de prise en charge à domicile : soins de ville, réseaux de santé, équipe mobile de soins palliatifs, HAD... ». Le rapport note qu'il est nécessaire de clarifier le rôle respectif de ces différents acteurs. Réagissant à ce rapport, la Fédération nationale des réseaux gérontologiques (FNRG) souhaite que HAD et réseaux de santé fonctionnent en complémentarité et non en rivalité comme on peut parfois le constater. C'est aussi l'avis de l'UNR.Santé, qui va prendre contact avec la FNEHAD à cet objet. Vous pouvez consulter le rapport sur <http://www.unrsante.fr/documentation.html#2> .

A l'occasion du 10^{ème} anniversaire de la Plateforme Santé du Douaisis, une table ronde a réuni Daniel Lenoir (Directeur Général de l'ARS Nord Pas de Calais), Antoine Chataignier (Directeur de la CPAM), Edmond Mackowiak (Directeur de l'Hôpital de Douai), Christian Poiret (Président de la Communauté d'Agglomération), Régis Bresson (Directeur médical de la plateforme) et Michel Varroud-Vial (Président de l'UNR.Santé). Un plateau somme toute symbolique de la réunion des acteurs impliqués dans la coordination territoriale des soins. Le Dr Régis Bresson a présenté le projet de la plateforme qui illustre bien ce que peut être l'activité plurielle des réseaux territoriaux : ce projet est centré autour de l'obésité, de l'éducation thérapeutique, des soins palliatifs, des soins oncologiques de support et des personnes âgées. Daniel Lenoir a invité les réseaux de santé à se repositionner. Pour lui l'heure est au maillage de proximité des soins ambulatoires. Les réseaux peuvent y aider s'ils se repositionnent dans ce sens, et aident les médecins de premier recours à orienter les patients dans le dispositif de soins et organiser la gradation des soins. Pour cela ils devront travailler avec les hôpitaux mais aussi avec les collectivités locales, dans le cadre des contrats locaux de santé. L'ensemble des intervenants se sont accordés pour souhaiter que les CPOM des hôpitaux et des réseaux présentent des orientations stratégiques communes. Moralité : les réseaux ont de l'avenir... mais ils doivent s'adapter.

Echos

- Intervenant lors des rencontres « Dessein » à Dauphine mardi 7 décembre, madame Annie Podeur a rappelé que les territoires étaient le fil rouge de la loi HPST et que la mission principale des ARS était d'assurer l'égalité d'accès aux soins. Pour cela, elle a clairement indiqué que la priorité était donnée à la structuration des soins de premier recours : selon elle ceci est l'enjeu majeur des Plans Régionaux de Santé et des SROS, avant même les soins hospitaliers. Et elle a ajouté que cela passait par la promotion de nouveaux modes d'exercice pluri-professionnels et de nouveaux modes de rémunération... On ne saurait mieux planter le décor pour le positionnement des réseaux !

- Entendu lors d'une réunion avec une ARS : il ne faudrait pas que le ministère confonde la coordination par maisons - pôles et santé et réseaux de santé et envisage de diminuer le budget alloué aux réseaux de la part des subventions accordées aux pôles et maisons sur un même territoire!

L'article de la quinzaine : modalités d'application du « Disease Management » concernant l'organisation et la rémunération des professionnels aux USA, en Allemagne et en Angleterre : perspectives pour la France dans la revue Santé Publique de Société Française de Santé Publique, septembre octobre 2010 par Ludovic Morin et al.

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique.htm> . Un article à lire absolument, qui résume les stratégies de santé publique pour la prise en charge des maladies chroniques dans différents pays. Toutes ces expériences ont en commun l'utilisation de référentiels centrés sur le

parcours du patient, un appui au médecin traitant, une extension du rôle et des délégations aux infirmières et enfin le versement de rémunérations supplémentaires aux médecins, le plus souvent au forfait. La partie la moins développée est celle consacrée aux perspectives pour la France qui cite le programme SOPHIA, le CAPI et ASALEE, sans même noter à propos de cette dernière étude que le statut salarié des infirmières (par l'association promotrice de l'étude) ne donnait pas de perspective professionnelle aux infirmières désirant développer leur statut libéral. On aurait aimé que soit évoqué plus largement l'intérêt d'une structure territoriale de support, à l'image du « Medical Home » aux USA qui permet au médecin traitant de coordonner les soins avec l'appui d'un « care manager » (qui est souvent une infirmière) et de services ambulatoires. Le médecin est ainsi positionné en coordinateur d'une équipe pluriprofessionnelle, utilisant largement Internet, notamment pour la tenue d'un registre électronique de santé et une communication plus intensive avec le patient. Trois modes de rémunération sont associés : paiement à l'acte pour les visites face à face, paiement au forfait pour la coordination, partage des bénéfices résultants de l'application des référentiels.

Pour toute correspondance contact@unrsante.fr