

Café Réseaux

URML IDF

**« Territoire et réseaux : mutualisation / rapprochement / fusion ?
Le cas de la prise en charge des personnes âgées »**

17 Mars 2009

Les réseaux de santé - Plus de 700 en France – Une place croissante dans l'évolution des politiques de santé

SANESCO

- Article 36 de la Loi n°2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 Codifié aux articles L.162-43 à L.162-46 du code de la sécurité sociale - relative à la création de la cinquième enveloppe : la Dotation Nationale de Développement des Réseaux.
- Loi du 04/03/2002 - relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Décret du 25/10/2002 - relatif au financement des réseaux de santé
- Décret du 17/12/2002 - relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé
- Circulaire du 19/12/2002
 - relative aux réseaux de santé
- **Inscription des réseaux de santé dans les objectifs de la réforme de l'Assurance Maladie du 13 août 2004** (identification du MT comme pilote du parcours de soins coordonné) et les propositions des Etats généraux de l'Organisation de la Santé
- Loi du 21/12/2005 - relative au financement de la sécurité sociale
- **Loi de financement de la sécurité sociale de 2007** - Instauration du FICQS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- **Loi 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**
- **Circulaire du 15 mai 2007 relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées »** - Elle clarifie la place et le rôle des réseaux de santé gérontologiques en axant particulièrement son action sur trois domaines : le maintien à domicile, l'accès à une structure de soins si nécessaire et l'organisation du retour à domicile.
- 27 juin 2006 : Le Plan Solidarité Grand Age
- Le plan Alzheimer 2008-2012 et les expérimentations MAIA
- La réforme HPST en cours – ARS- CHT
- Et création de l'UNR Santé en décembre 2008 – Union Nationale des réseaux de santé



Le réseau comme acteur de l'aménagement du Territoire

**Contribuer à l'amélioration de l'efficacité de l'offre
de soins**

**Plans régionaux de santé publique
SROS / Projets médicaux de territoire**

au-delà des évaluations « classique de réseaux »...

- « Échec » des évaluations de réseaux stricto sensu (au sens de loi du 2 mars 2007)

- Une augmentation croissante de la demande face à une enveloppe financière FICQS contrainte

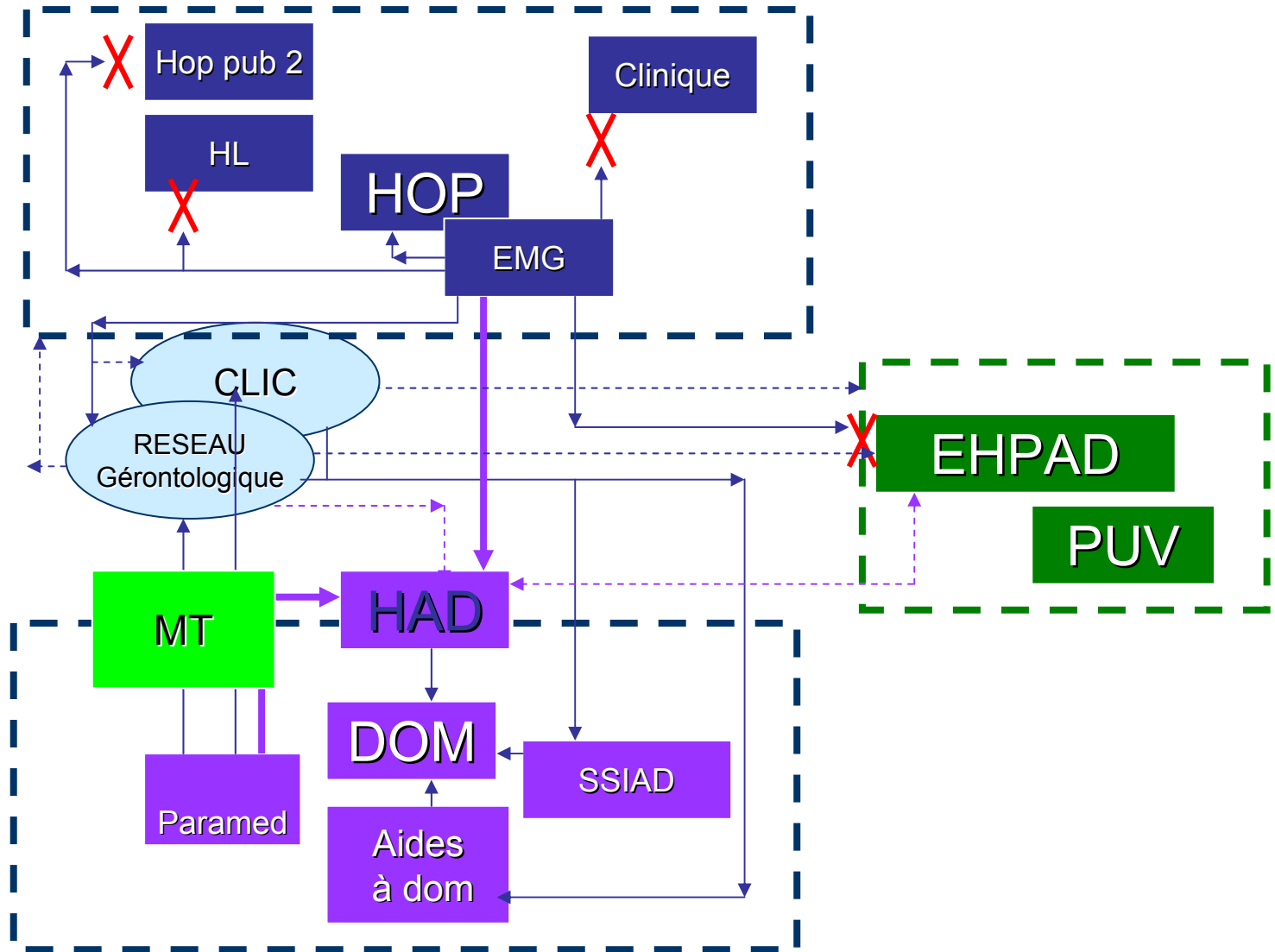
- Multiplicité des acteurs sur les fonctions de Orientation / coordination / évaluation /Suivi
 - CCAS
 - CLIC
 - Réseaux
 - EMG
 - HAD
 - SSIAD

- **Multiplicité et des territoires d'intervention**
 - ❑ Territoire d'action des dispositifs / Départements et infra-départementaux – notion de territoire gérontologique départemental / Territoire de santé
 - ❑ Inégalité de couverture du territoire

- **Multiplicité des outils (dossier patient, protocoles, formations)**

- **Compétences parfois en doublon – Sanitaires-sociales et encore trop souvent cloisonnées**
 - ❑ Situations parfois concurrentielles sur certaines zones géographiques (exemple CLIC / Réseaux gérontologiques)

Positionnement Réseaux – Parfois « doubles circuits » - Absence de plateforme d'intégration des services



- Axée sur la **place des réseaux** de santé au sein d'un territoire
 - ARH-URCAM
 - Départements
 - Conférence Sanitaire de Territoire – Projets médicaux de territoire
 - Évaluation des Plans régionaux de santé publique

- Objectifs :
 - Rationaliser les dispositifs de coordination
 - Améliorer la cohérence de la coordination des soins et des services
 - Faciliter les démarches des malades, de leurs familles et des professionnels avec la notion de guichet unique et d'interlocuteur unique.

- Deux approches :
 - Les réseaux de santé territoriaux polypathologiques
 - Le maintien de la spécificité thématique autour de la notion de :
 - Filière
 - De gradation de la prise en charge.

- **Coordination des différentes structures sur un territoire de proximité pour l'ensemble des besoins de soins d'une population**
 - ❑ Mutualisation des aspects logistiques et RH
 - ❑ Mutualisation des outils (dossier patient)
 - ❑ Guichet unique pour les professionnels et les patients

 - ❑ Absence de spécificité thématique (difficulté dans le traitement et l'analyse des informations, la mise en place des partenariats)
 - ❑ Absence d'expertise pour les patients comme pour les professionnels
 - ❑ Ne résout pas les difficultés de superposition des dispositifs sur une thématique donnée.

- **Mettre en liens les différents acteurs et les différents financeurs autour d'une même table.**
- **Articuler les missions de chaque dispositif tout au long de la filière autour du réseaux de santé et du MT**
- **Développer les outils juridiques idoines et pour développer des liens étroits (ex : GCSMS)**
 - **CLIC/réseaux / EMG**
- **Clarifier la couverture territoriale**
 - **Supprimer et re-dispatcher**
 - **Notion d'antennes**
- **Graduer les prises en charges**

- **Articulation des missions CLIC/ réseaux gérontologiques /EMG en Région Poitou-Charentes**
 - 13 CLIC / 8 réseaux gérontologiques

- **Articulation des missions et aménagement du territoire en Haute Normandie en Languedoc-Roussillon pour les EMSP/HAD/réseaux de soins palliatifs (une dizaine de réseaux concernés)**

- **Adaptation du modèle PRISMA à l'offre de soins et d'aide existante sur le territoire des Hautes Alpes avec les caractéristiques suivantes:**
 - **Une porte d'entrée unique via les CLIC, mais un seul dispositif juridique issu de la fusion CLIC RESEAU.**
 - Couverture géographique de l'ensemble du territoire de santé
 - **Un plan d'aide, établi sur la base de l'EGS, est sous la coresponsabilité du médecin traitant et de la coordinatrice Conseil Général ;**
 - **Harmonisation des outils**
 - des dossiers patients et des demandes d'admission à partir du dossier de demandes de SSR « trajectoire »
 - Utilisation de l'outil d'évaluation multidimensionnelle standardisée : l'Évaluation Gérontologique Standardisée
 - Partage de l'information sur les patients et les moyens pris en charge en temps réel sur support informatique sécurisé
 - **Rémunération de la coordination des acteurs**
 - **Un partage coordonné du suivi:**
 - les situations complexes ou en GIR 1 - 4 confiée à l'infirmière coordinatrice du réseau de santé
 - les situations simples ou en GIR 5 et 6 confiées à la coordinatrice en gérontologie du Conseil Général:
 - **Rôle d'observatoire des besoins et de l'évolution de l'offre de soins**

- **Des expérimentations : PRISMA – MAIA avec la notion « d'intégration des services ».**
 - **PRISMA : « Projet et recherches sur l'intégration des services pour l'autonomie » - DGS/CNSA**
 - 3 sites d'expérimentation : Site Parisien / Site de Mulhouse-Illzach / Site du sud de l'Essonne (Etampois)
 - **Guichet unique**
 - **L'utilisation d'un processus de gestion de cas**
 - **Concertation des acteurs et partage d'informations cliniques**
 - **Utilisation d'outil d'évaluation multidimensionnel standardisé en vue de l'élaboration de plans de services individualisés.**

 - **MAIA : « Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer »**
 - **Guichet unique et interlocuteur unique (le coordonnateur de cas)**
 - ◆ **Le coordonnateur : organise la prise en charge (il est responsable des plans d'aide et s'assure de leurs mise en œuvre), est le porte parole de la personne malade et de son entourage, est l'interlocuteur privilégié du médecin traitant.**
 - **Lieu de formation et de soutien des aidants, des professionnels et des bénévoles**
 - **Géré par un organisme public ou privé**
 - **Appel à candidatures 2008 - CNSA**