

# Réseaux de soins, réseaux de santé : grands principes et tendances actuelles

xvème REUNION REGIONALE  
D'HEMOVIGILANCE - Lorraine

# Réseaux de santé :

- **Bref rappel historique des enjeux**
- **Présentation du guide national méthodologique des réseaux de santé (octobre 2012)**
- **Les perspectives en Lorraine**

# Définition : réseau

*Le mot réseau vient du latin « retis » (filet).*

*Au 17ème siècle, le mot réseau était un mot technique et populaire que les tisserands et les tanniers utilisaient pour désigner l'entrecroisement des fibres textiles ou végétales.*

*C'est surtout au 18ème siècle que la notion de réseau va se développer, plus particulièrement dans le contexte militaire.*

*Bien avant, le concept existait déjà, dès l'antiquité, avec les réseaux de la pensée et du savoir, et dès l'empire romain, les réseaux routiers.*

*Ensemble d'éléments de même nature reliés les uns aux autres. Je nuancerai : participant aux mêmes objectifs...*

# La tuberculose... 1<sup>e</sup> expérience française d'un réseau

1900 : tuberculose cause 150.000 morts par an.

Pb vraiment soulevé en 1914 quand 65000 militaires sont réformés...lors de la mobilisation générale pour tuberculose (rappel : pas de traitement... Il faudra attendre 1946 streptomycine) !!

⇒ prise de conscience du risque de contamination

⇒ loi : demandant aux préfets d'ouvrir des dispensaires dans les villes (Céline, *Voyage au bout de la nuit...*).

Ces dispensaires sont un maillon dans une **prise en charge globale** :

- Diagnostic précoce avec prise en charge gratuite
- Sujets contagieux isolés dans des sanatoriums quand ils peuvent être soignés et lits spécialisés dans les hôpitaux publics pour les cas désespérés.
- Prophylaxie par une infirmière à domicile chargée de l'éducation sanitaire
- Surveillance épidémiologique assurée par les dispensaires = remplir fiche sanitaire

**L'arrivée de la streptomycine = avènement médecine technique => fin réseau (to follow...)**

# L'ordonnance d'octobre 1945 et la médecine

## « technique »

Octobre 1945 = ordonnance créant la sécurité sociale et cloisonnant curatif et prévention

Ce cloisonnement va être renforcé par l'avènement de la médecine libérale et le **paiement à l'acte**.

L'assurance maladie va privilégier la médecine technique car la tarification des soins doit être objective : décrire le soin, individualiser l'acte et le rembourser.

Le reste = santé publique relevant de l'état, des collectivités territoriales et des hôpitaux (cf. Loi de 1970 qui confie missions de service public et la possibilité d'intervenir dans le domaine de la prévention à l'hôpital) => mise en place des réseaux institutionnels pour la prévention primaire la réinsertion et l'action sociale.

## Le retour des 1ers réseaux sanitaires spécialisés

### Plans nationaux thématiques pour la prévention et le décroisonnement ...

L'État va mettre en place un dispositif sanitaire géré par les Ddass pour l'alcoolisme, le tabac, la toxicomanie, la maladie mentale, les maladies vénériennes, le dépistage des cancers... dont le financement ne relève pas de l'assurance maladie.

**Il s'agit bien de réseaux** qui vont se développer sur la base d'un dispositif réglementaire avec un financement relevant de la loi de finances dans le cadre d'enveloppes contraintes et d'expérimentations.

# Les racines du «paradoxe français» sont donc :

- Une segmentation profonde et anachronique
- La prise en charge au long cours du patient n'est pas organisée (ou trop peu)

# Un (nouveau) révélateur au milieu des années 80 pour aller au-delà des plans de santé publique :

- Le SIDA :  
*nouvelle pathologie, nouveaux patients*
- Le sida (et le développement des infections iatrogéniques) va mettre en évidence les « ratés » du système de soins, les insuffisances de l'évaluation et de l'autocontrôle des professionnels et des pratiques. Par ailleurs, ils révélèrent le cloisonnement du système de soins et la nécessité de réhabiliter la prévention : en effet, le meilleur traitement du sida reste le préservatif.
- L'État va donc devoir mobiliser tous les acteurs institutionnels et professionnels sur ce fléau, en faisant participer financièrement tout le monde à la prise en charge de celui-ci et en utilisant souvent des modes de financement dérogatoires : le champ couvert va du préservatif aux appartements thérapeutiques et aux soins palliatifs.

=> des professionnels prennent l'initiative de surmonter les cloisonnements  
Ville // Hôpital // Médico-social

# Aux sources des réseaux : (à *nouveau*) de la maladie <technicité> à la personne <globalité>

2 siècles de progrès médicaux  
généralisation de la sécurité sociale à partir de 1945  
accélération de la technicité hospitalière à partir de 1958  
les pathologies au premier plan

*De « l'ordre médical »...*

*... au retour de la complexité  
et du patient*

**Les réseaux ont été perçus comme l'un des moyens pour revenir  
au caractère transversal du malade et de sa maladie**

- « Les réseaux de santé ont pour objectif de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins »

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé

- « Je dirigerai le régime des malades à leur avantage, selon mes forces et mon jugement... dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades »

Hippocrate de Cos, vers 430 av. JC

**Les réseaux de santé sont l'expression d'une évolution inéluctable du système de santé**

## **1 - Les patients ont changé**

ils naissent aujourd'hui...

ils vivent 100 ans...

avec de maladies chroniques...

et parfois des revendications...

## 2 - La médecine a changé

Explosion des savoirs...

Explosion technologique...

... et morcellement des compétences

« Le patient en miettes »

le patient « batterie d'organes »

# 3 - Le système de santé change

- **Régionalisation**

(... au pays de la centralisation)

- **Technicisation croissante**

(poids des spécialistes, place du plateau technique, renouvellement des connaissances)

- **Gap ville-hôpital**

Poids financier de la santé

(180,3 milliards d'€ consacrés à la santé dans la LFSS 2013 = plus de 11,6 % du PIB et 40% de l'ensemble des dépenses de sécurité sociale, dont près de 45 % pour les soins hospitaliers – *125 milliards en 2003 pour 10 % du PIB*)

## 4 – Des acteurs en quête de repères, un système en recherche

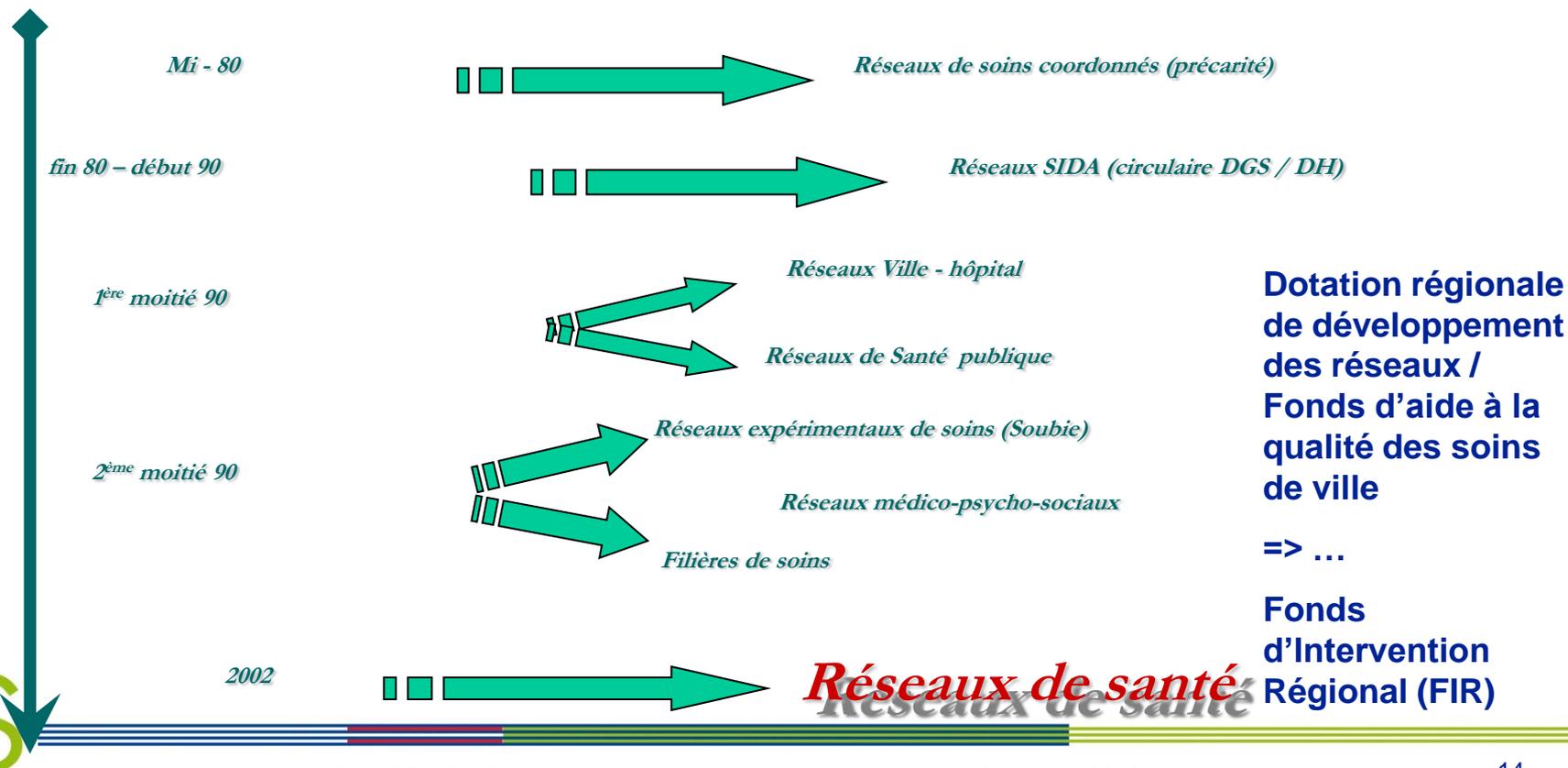
- **Etablissements de santé** : déclin de la carte sanitaire, émergence de la culture de projet, des contrats, de l'accréditation... et de la tarification à l'activité ! ... face à des demandes de reconnaissance des missions d'intérêt général
- **Médecine de ville** : obsolescence de la nomenclature, besoin de coordination ++...
- **Crise d'identité ?**

# Réseaux de santé : l'évolution de la terminologie



« Quel langage en train de se créer pour nommer la réalité ? » (Werner Heisenberg)

## Les termes associés :



# Réseaux de santé / filières de soins

Réseau de soins centré sur les soins par rapport à une pathologie donnée

Réseau de santé : vocation plus large => finalité = santé d'un individu, d'une population, ou plus largement de la santé publique. Le réseau de santé inclut donc les dimensions de prévention, d'éducation, d'information, et implique des acteurs qui peuvent être plus variés qu'un réseau de soins : acteurs sociaux, acteurs politiques, acteurs liés à l'information et à la communication...

*"Il ne faut pas confondre la trajectoire d'un patient, qui est défini par les contacts de ce patient lors de sa vie avec les structures de santé. La filière est définie comme « le regroupement des trajectoires typiques ou fréquentes et de ce fait susceptible d'une certaine modélisation ». Le réseau devient alors un moyen d'organiser les filières. » (thèse M. Eoche, op.cit.)*

*Réseaux et filières font partie de la même logique : celle de décentraliser l'organisation des soins afin de décloisonner le système de soins actuel qui n'est plus adapté à la réalité des personnes, à leurs besoins ou leurs aspirations. Les objectifs des réseaux de santé impliquent :*

- *le respect de la dignité des patients de ses besoins,*
- *l'accès aux soins et droits sociaux (équité et égalité),*
- *le respect de la confidentialité,*
- *le respect entre les acteurs de réseau,*
- *le partage des connaissances,*
- *le coordination efficace des soins,*
- *la critique et l'évaluation,*

*• les pratiques inter et multi-disciplinaires".*

# Les ingrédients d'un réseau ?

- Un cœur : la personne, le patient
- Une âme : la volonté des professionnels
- Des jambes : les protocoles de prise en charge
- Un système nerveux : le système d'information
- Une tête : les modes de coordination
- Et... un estomac : les moyens financiers

# Les vertus d'un réseau (au sens Loi mars 2002)

- 1<sup>ère</sup> vertu : le patient bénéficie d'une intervention adaptée de chaque acteur sur ses problèmes médicaux et sociaux (le bon soin au bon moment)
- 2<sup>ème</sup> vertu : le médecin traitant demeure l'interlocuteur permanent, le correspondant de la personne, le garant de son histoire
- 3<sup>ème</sup> vertu : le travail des experts (hôpital, professionnels de santé) est valorisé par le médecin au profit du patient
- 4<sup>ème</sup> vertu : le système est orienté sur l'action à mener auprès du patient et non organisé autour de l'activité des professionnels

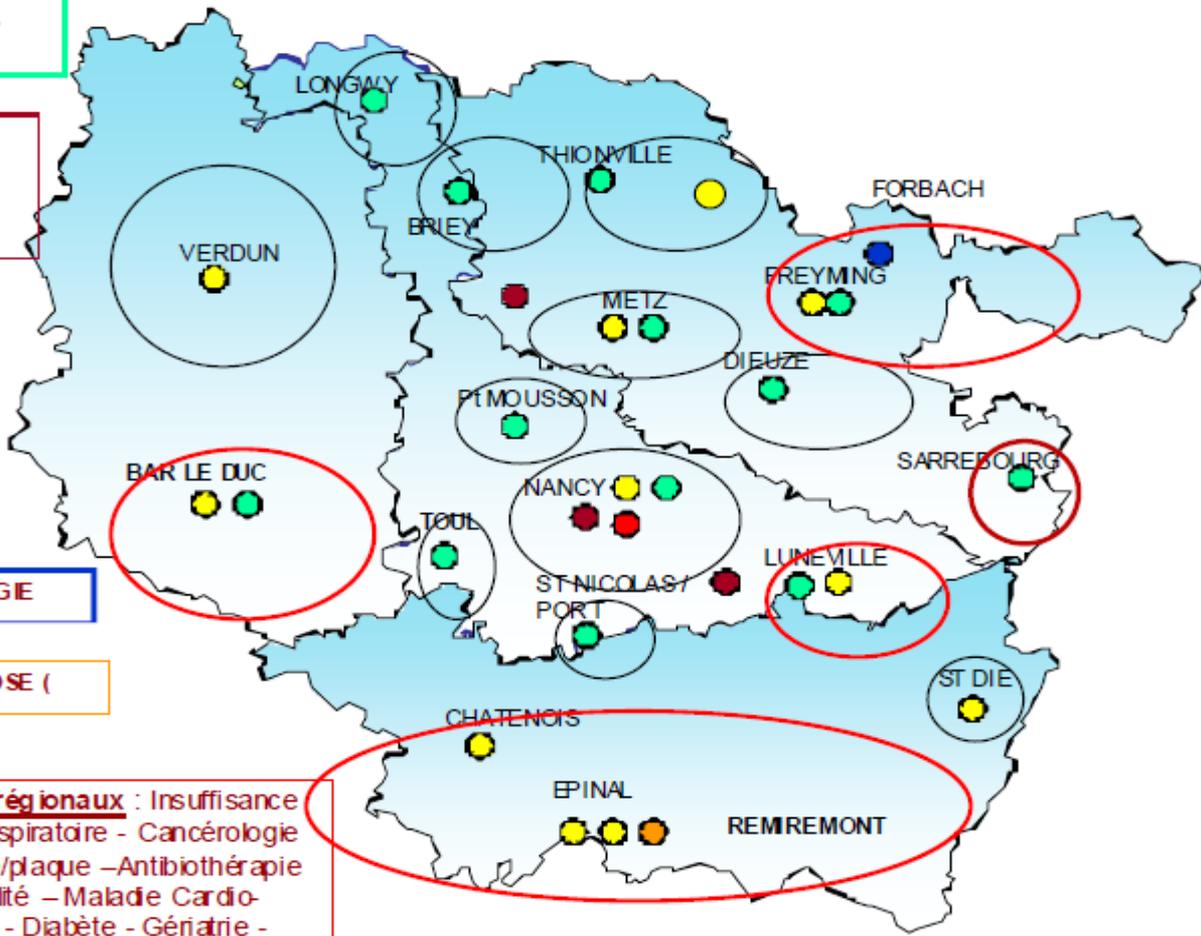
# En Lorraine à ce jour :

- Une forte dynamique « réseaux » quantitative et qualitative (nombreuses pathologies et populations de patients concernées). Morcellement...
- Des réseaux prenant en charge directement les patients.
- Des difficultés en matière de visibilité/lisibilité pour le médecin traitant.
- L'impossibilité d'accompagner en continu la croissance des réseaux pour la prise en charge.

=> un nécessaire recentrage

# Cartographie des dynamiques réseaux (mars 2013)

- DIABETE NUTRITION
- PERSONNES AGEES
- SOINS PALLIATIFS trait union autrement pallidum
- ADDICTOLOGIE
- OSTEOPOROSE (
- **Réseaux régionaux** : Insuffisance rénale , respiratoire - Cancérologie  
 – Sclérose/plaque – Antibiothérapie  
 – Périnatalité – Maladie Cardio-vasculaire - Diabète - Gériatrie - Addictologie



# Pourquoi une nouvelle organisation est-elle nécessaire ?

- Manque de visibilité des PS libéraux concernant le fonctionnement et la plus value des réseaux (cf. thèse IMG Fanjeaux)
- Population de plus en plus vieillissante, handicapée, avec explosion des maladies chroniques... => cas complexes demandant de la coordination +++
- Enveloppe financière contrainte et volonté nationale de recentrer la prise en charge sur les acteurs sanitaires financés par le “droit commun” (cf. : guide national et PRADO) : impossibilité de poursuivre les demandes de financement telles qu’elles existent
- Depuis les réseaux expérimentaux (MSA, FAQSV, DRDR, FIQCS) jusqu’au FIR, la notion de coordination a fait la preuve de sa plus-value pour une prise en charge de meilleure qualité, dans le respect des compétences de chacun.

# L'enveloppe lorraine pour la coordination, la qualité et les expérimentation en soins de ville

- **Montant de la dotation régionale en baisse...**
  - Exercice 2008 : 6 973 416 €
  - Exercice 2009 : 7 025 052 €
  - Exercice 2010 : 6 905 701 €
  - Exercice 2011 : 6 709 079 €
  - Exercice 2012 : 6 264 920 € (FIR compris)
  
- **Alors que le nombre de projets acceptés jusqu'en 2009 a augmenté ++ :**
  - Des réseaux de santé
  - Des maisons et pôles de santé
  - Les maisons des adolescents
  - Les dépenses de fonctionnement de points fixes de garde et d'associations de régulation médicale libérales
  - Des projets expérimentaux en soins de ville : garde MKR bronchiolite, rétinographie, ALOPRO REMPLA, protocoles de coopérations entre professionnels de santé, etc.

**=> Plus de 60 projets financés en 2012.**

# L'enjeu : recentrer l'action des réseaux et viser des financements pérennes de droit commun

De nombreuses réunions en Lorraine avec tous les partenaires depuis janvier 2011

- Pour les **réseaux territoriaux** : 4 missions centrées sur la **coordination**
  - du maintien à domicile de la personne âgée,
  - de l'ETP en proximité,
  - des Soins palliatifs,
  - En addictologie
- Pour les **réseaux régionaux** : recentrage autour de l'expertise, la formation, les référentiels de bonnes pratiques...
- Gérer la question des rémunérations dérogatoires en investissant les financements de droit commun.
- **Accompagner les actions PRADO et parcours de santé (cf. PAERPA)**

# Dans le même temps : un guide national méthodologique des réseaux de santé...

## « Améliorer la coordination des soins : quel avenir pour les réseaux de santé ? »

- Une gestation de 2 ans : paru à l'automne 2012
- Le fruit d'un travail collectif : ministère, CNAMTS, ARS, Union Nationale des Réseaux de Santé + concertation élargie (CNSA, Direction générale de l'offre de soins fédérations, etc.)
- Dans la logique de la circulaire du 2 mars 2007, recentrage de l'action des réseaux sur la coordination des soins

# Le contexte: pourquoi un guide méthodologique ?

- **Un bilan contrasté sur les réseaux de santé (716 réseaux financés par le FIQCS en 2011, soit 167 M€) :**
  - Hétérogénéité des missions (réseaux parfois très spécialisés) et organisationnelle, efficacité variable avec des résultats en termes de plus-value médico-économique difficiles à évaluer, articulation insuffisante avec les autres dispositifs de coordination (CLIC, MAIA) et les équipes de proximité.
  - Mais des compétences / expertises sur la coordination des parcours
- **Le renforcement de la place des professionnels de santé du premier recours dans la gestion des parcours des patients**
- **Une demande forte des ARS (contrainte du FIR, PRS-SROS)**
- **Un environnement qui a évolué : les nouveaux leviers de la coordination**

# La coordination des soins : définition

La coordination des soins peut se définir comme une **action conjointe** des professionnels de santé et des structures en vue d'organiser la **meilleure prise en charge** des patients, 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 le patient de la **bonne réponse au bon moment**.

# Perspectives relatives au renforcement de la coordination (1/2)

**Plusieurs leviers** incitant les effecteurs de soins à renforcer leur participation à l'orientation du patient :

- Le développement d'incitations à la coordination dans le cadre de la rémunération des professionnels (ENMR, option de coordination des centres de santé),
- Les recommandations de l'HAS et la modélisation des parcours de soins via des référentiels, protocoles, des guides ANAP...(l'organisation de l'entrée et de la sortie d'hôpital, prise en charge de Direction générale de l'offre de soins pathologies).

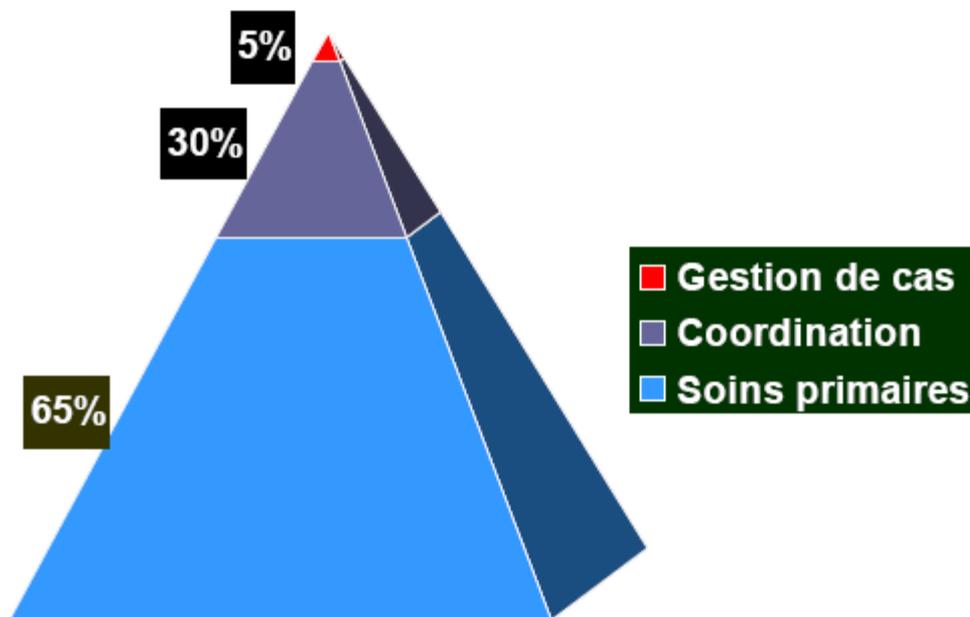
# Perspectives relatives au renforcement de la coordination (2/2)

- Le renforcement des outils d'échanges de données via les systèmes d'information notamment le dossier médical personnel (DMP, DP) et bientôt la messagerie sécurisée.
- La mise en place d'une gouvernance favorisant sous l'égide des ARS, l'intégration des interventions de l'ensemble des acteurs autour des parcours des patients dans les territoires de santé (PRS/ PTS/CLS)
- Les orientations à venir sur les soins de proximité et les travaux sur les parcours de soins des personnes âgées (art.70)

# Besoin d'appui au médecin généraliste et à l'équipe de premier recours (1/2)

- 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.
- Mais pour les **patients en situation complexe** nécessitant l'intervention combinée de professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, l'équipe de premier recours peut avoir besoin d'un appui notamment pour évaluer la situation et mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un parcours efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleurs conditions).
- Ce besoin d'appui s'exprime plus généralement pour l'organisation de parcours de santé très divers sans exclusivité de pathologie ou de population

# Besoin d'appui au médecin généraliste et à l'équipe de premier recours (2/2)



*Patients de plus de 60 ans en situation complexe  
relevant d'une gestion de cas et de l'appui à la coordination  
(Source — CNSA/Etude Prisma)*

# L'appui à la coordination des soins : la place des réseaux de santé

Au plan organisationnel, les réseaux constituent l'un des principaux dispositifs de formalisation de la coordination des soins, avec :

- des acquis : expertises, outils, protocoles, organisations
- leur insertion dans les plans de santé publique

# Principes directeurs pour l'élaboration du Guide méthodologique (1/3)

- Les réseaux sont incités à participer aux missions d'appui à la coordination grâce à un:
  - Recentrage sur la fonction d'appui à la coordination
  - Renforcement de la polyvalence et l'ancrage territorial
  - Développement de la contractualisation via les CPOM
- Le cas particulier des réseaux régionaux de cancérologie et périnatalité.
  - Les réseaux de santé n'ont pas vocation à faire du soin et ne doivent pas se substituer aux effecteurs de soins
  - Les évolutions doivent être guidées par un principe de subsidiarité, en appui de ces équipes
  - Vers une organisation lisible pour les équipes de proximité.

# Principes directeurs pour l'élaboration du Guide méthodologique (2/3)

- D'autres structures participent avec les réseaux aux missions d'appui à la coordination : configuration à définir territoire par territoire, selon les acteurs présents
  - Importance du diagnostic territorial
- Articuler les préconisations avec les autres dispositifs existants (MAIA, CLIC, MSP, HAD...)

# Principes directeurs pour l'élaboration du guide méthodologique (3/3)

- Proposition de mise en place d'une coordination d'appui avec une assise territoriale et ayant prioritairement pour finalité de soutenir l'équipe de premier recours dans l'orientation des patients en situation complexe
- Favoriser un portage de l'appui à la coordination « léger » (un fonctionnement « en réseau ») et visible pour les effecteurs de soins notamment le médecin généraliste de premier recours
- Pas de modèle unique national: après un état des lieux régional, engager les évolutions nécessaires des réseaux (missions, financement)

# Le recentrage des réseaux sur l'appui à la coordination des soins : des missions

- Organiser et planifier le parcours de santé et la prise en charge du patient en situation complexe (PPS), sous la responsabilité du médecin généraliste de 1er recours.
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours et intervenants sociaux, médico-sociaux, la famille) auprès du patient.
- Favoriser une bonne articulation entre la ville-hôpital (entrée-sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs médico-social et social.

# Le recentrage des réseaux sur l'appui à la coordination des soins : des missions

- **Organisation et planification du parcours de santé et de la prise en charge du patient complexe sous la responsabilité du MG de 1er recours :**
  - Identification et inclusion de la population-cible
  - Préparation du parcours de santé
  - Elaboration du parcours de santé
  - Mise en place du retour à domicile et maintien à domicile
  - Préserver les droits du patient dans un environnement où interviennent une multiplicité d'acteurs

# Le recentrage des réseaux sur l'appui à la coordination des soins : des missions

- **Appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, famille..) auprès du patient:**
  - Repérer les professionnels sur le territoire
  - Appuyer l'évaluation et la réévaluation du patient par les professionnels
- **Articulation ville-hôpital, social, médico-social:**
  - Renforcer l'interface entre les secteurs sanitaire, médico-social et social
  - Répondre aux situations d'urgence ou très spécifiques
  - Repérer et remonter aux tutelles, aux collectivités et aux prestataires des besoins sanitaires et médico-sociaux non couverts

## Une logique de coordination (“ne pas faire à la place de” “accompagner et faciliter en créant les liens nécessaires”) au niveau d’un bassin de vie :

Si un réseau n'a pas vocation à réaliser lui-même les soins, les réseaux de proximité, par le lien transversal qu'ils contiennent en leur sein via les représentants de la ville, de l'hôpital et du médico-social, constituent des leviers locaux efficaces pour améliorer l'orientation du patient en fonction de ses besoins au plus près du médecin traitant, en maintenant la complémentarité des différents intervenants.

### pour:

Réflexions, pratiques et outils communs

Meilleure efficacité par la coopération pluri partenariale et pluri thématique (mutualisation de services et de compétences)

### Le tout en cohérence avec :

- \* les axes définis dans le PRS pour chaque thématique dans les différents volets du PRS ;
- \* les moyens financiers effectivement mobilisables par l'ARS (même si d'autres financeurs peuvent apporter leur concours) => envisager des perspectives réalistes et réalisables au regard des moyens délégués par le niveau national pour les réseaux de santé *via* FIR ;
- \* les ressources présentes sur le territoire pour prendre effectivement en charge le patient (il ne sera que *subsidièrement* demandé au réseau territorial d'assurer une prise en charge). Il a bien sûr aussi été tenu compte des ressources spécialisées préexistantes dans chaque réseau.

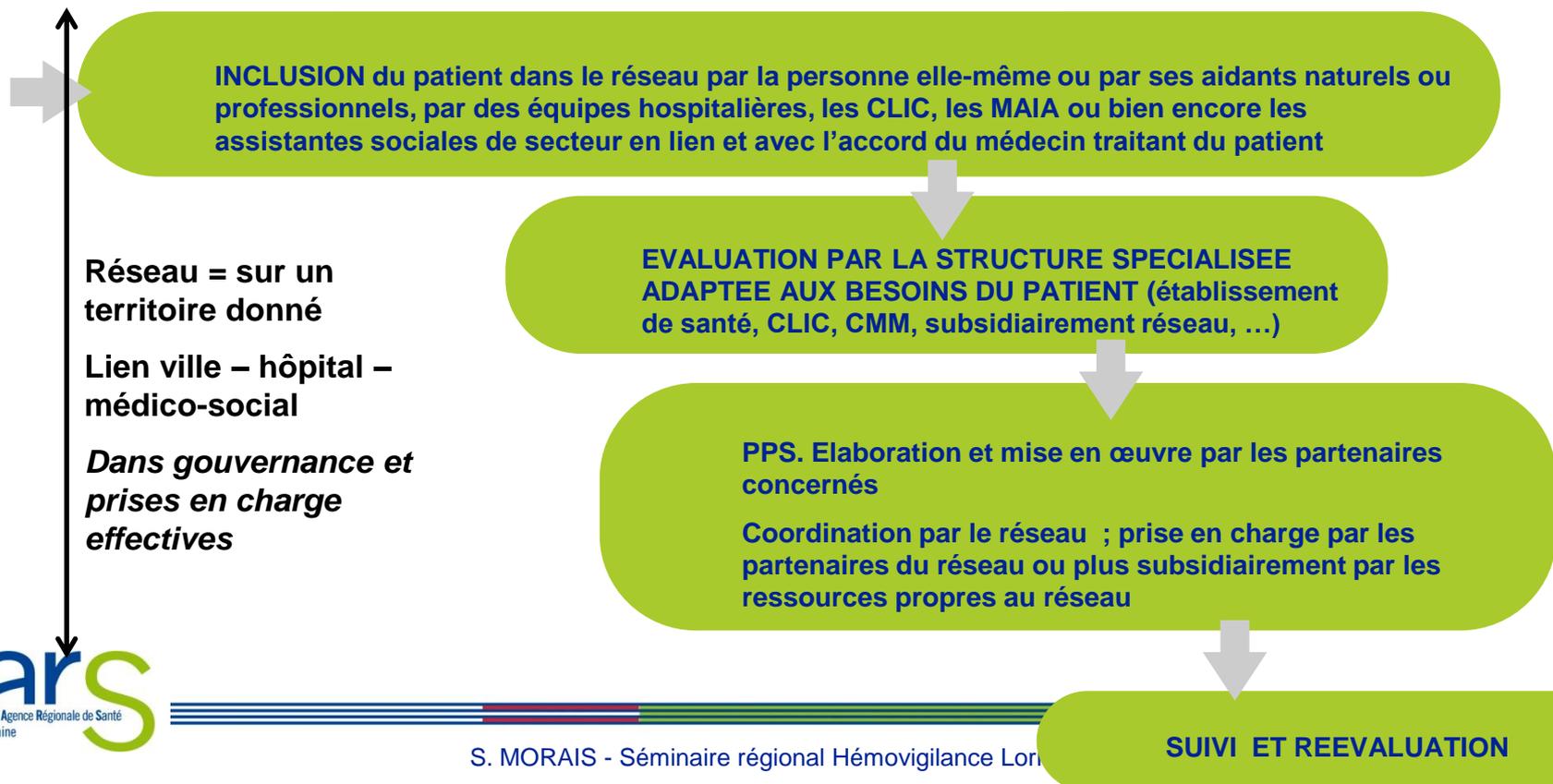
# Concrètement

**Les RT** = plateformes territoriales d'appui au médecin traitant et d'orientation du patient (complexe): secrétariat ; coordination ; suivi.

**Un diagnostic territorial** précédant des conventions de partenariat avec les structures spécialisées pour la prise en charge dans les 4 thématiques obligatoires.

**Modalités de prise en charge (ex. : personne âgée)**

**Schéma de la trajectoire de santé**



# Mises en oeuvre opérationnelles

- LUNEVILLOIS : P.A. ; ETP ; addicto
- Sud Meusien : P.A. ; ETP et actions transversales addicto (IDE CSAPA intervenant en proximité dans les MSP et pôles de santé) et soins palliatifs (consultations de proximité à Commercy, *via* Bar le Duc)
- Sarrebourgeois : P.A. et depuis 2012 ETP + addicto : consultations spécialisées en 2013 (aucune action auparavant) et réflexions concernant les soins palliatifs
- AVRS : ETP ; Ostéoporose ( les 3 réseaux spinaux + CHATENOIS)
- RESAMEST : P.A. ; ETP ; ADDICTO ( statuts adoptés depuis fin janvier 2013)

## ☞ 1 Réseau territorial / département

- tous les acteurs autour de la table : meilleure connaissance des dispositifs existants et orientations du patient plus aisée
- adaptation aux besoins du territoire (pas d'action « plaquée »)
- coordination et non substitution

# Par ailleurs

- Des réseaux spécifiques de portée régionale et à l'organisation dédiée : ONCOLOR, Périnatalité et SLA/SEP.
- Les autres régions régionales sont centrés sur :
  - Les bonnes pratiques
  - La formation
  - L'expertise... au service des réseaux de proximité.

# Réseau et hémovigilance ? Mais la notion de réseau de santé va plus loin

Faire partie d'un réseau, c'est donc être l'une des mailles d'un même tissu (sanitaire ou social ou professionnel). Partager les mêmes objectifs, les mêmes valeurs, tout en agissant selon ses propres moyens.

En ce sens, l'hémovigilance est un réseau (loi 4 janvier 1993) **qui a pour mission la surveillance de la chaîne transfusionnelle, et pour but de détecter les effets indésirables des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition.**

## Les objectifs de l'hémovigilance

- Le signalement par les professionnels de santé des **effets inattendus ou indésirables** liés ou susceptibles d'être liés à l'usage thérapeutique des produits sanguins labiles (PSL)
- Le recueil et la conservation des données de **traçabilité** reliant le donneur au don, le don aux produits et les produits aux receveurs
- Les informations sur les **incidents graves ou inattendus** chez les donneurs (FEIGD)
- Les informations sur les **incidents graves de la chaîne transfusionnelle** (FIG)
- Le **suivi épidémiologique** des donneurs
- La réalisation d'**enquêtes** épidémiologiques

## Les acteurs de l'hémovigilance

### National

- L'**ANSM** (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) est chargée de mettre en œuvre l'hémovigilance. L'**EFS**(Etablissement Français du Sang) participe au réseau.
- L'**InVS** (Institut de Veille Sanitaire) effectue la surveillance de l'état de santé de la population.

### Régional

Des Coordonnateurs Régionaux d'Hémovigilance (CRH) sont placés auprès des Directeurs Généraux des Agences Régionales de Santé (ARS). Ils animent le réseau régional.

### Local

- 1 Correspondant d'Hémovigilance (CH) au sein de chaque Etablissement de soins et de chaque Etablissement de Transfusion Sanguine (ETS).
- Les professionnels de santé.