



ANNEXE RESEAUX DE SANTE

SOMMAIRE

1.CONTEXTE.....	3
2.ETAT DES LIEUX.....	4
2.1.Introduction.....	4
2.2.Bilan d'une décennie d'innovation.....	5
2.3.Des réseaux à la mesure des enjeux sanitaires et des priorités de santé publique qui ont guidé les choix.....	7
2.4.Une place forte de la coordination des soins mais un temps de maturation nécessairement long et des évolutions continues.....	8
2.5.Des contraintes importantes sur le dispositif de financement.....	9
2.6.Les réseaux de santé par pathologie– les 5 thématiques prioritaires.....	9
2.7.Les réseaux relevant des autres thématiques.....	14
3.GRANDES ORIENTATIONS DU SROS-PRS.....	15
3.1.Introduction.....	15
3.2.Des enjeux sanitaires forts et une transversalité nécessaire.....	15
3.3.L'évolution attendue : les plates - formes territoriales de santé.....	17
4.OBJECTIF GENERAL: FAVORISER ET RATIONNALISER LES RESEAUX DE SANTE EN LES INTEGRANT DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE COORDONNES.....	17
4.1.Objectif opérationnel 1	18
4.1.1.Action 1 : Etablir une cartographie actualisée des réseaux de santé.....	18
4.1.2.Action 2 : Identifier les thématiques prioritaires pour lesquelles la couverture territoriale doit être étendue.....	18
4.1.3.Action 3 : Mettre en place une stratégie d'extension pour élargir la couverture territoriale des thématiques prioritaires.....	18
4.1.4.Action 4 : Apporter un accompagnement à la conduite de projet et un soutien financier aux nouveaux dispositifs.....	19
4.2.Objectif opérationnel 2	19
4.2.1.Action 5 : Poursuivre la démarche d'harmonisation entre les réseaux d'une même thématique.....	19
4.2.2.Action 6 : Mettre en place au sein des réseaux de santé, un programme personnalisé de santé (PPS) harmonisé.....	19
4.3.Objectif opérationnel 3	20
4.3.1.Action 7 : Recentrer les missions des réseaux cardiovasculaires sur la coordination des patients complexes.....	20
4.3.2.Action 8 : Intégrer le dépistage de la rétinopathie diabétique dans l'activité des réseaux cardiovasculaires.....	21
4.4.Objectif opérationnel 4	21
4.4.1.Action 9 : Proposer une stratégie de développement territorial des plates-formes de santé à partir des réseaux existants.....	21
4.4.2.Action 10 : Faire émerger des projets de plates-formes sur les territoires ne comportant qu'un seul réseau.....	22
4.4.3.Action 11 : Faire émerger des projets de plates-formes sur les territoires ne comportant pas de dispositif de coordination.....	22
4.5.Objectif opérationnel 5	22
4.5.1.Action 12: Renforcer les articulations entre réseaux de santé et structures.....	22

4.5.2.Action 13 : Faire évoluer les articulations entre réseaux et professionnels du premier recours.....	23
4.5.3.Action 14 : Rendre lisible l'ensemble des dispositifs de coordination existant sur les territoires.....	23

1. CONTEXTE

Les réseaux de santé, de par leur nature transversale, ne relèvent ni du schéma ambulatoire, ni des schémas hospitaliers. Ils ne constituent pas non plus en eux-mêmes un volet spécifique, à l'instar de l'Education Thérapeutique du Patient.

Toutefois, leurs missions les placent en lien avec l'ensemble des acteurs de leur territoire, en soutien aux professionnels du 1^{er} recours, mais aussi des établissements hospitaliers, dans le cadre des retours à domicile par exemple. Ils jouent un rôle d'interface.

Leur place se situe en différents lieux du schéma, selon leur thématique notamment, et c'est à ce titre qu'il a paru nécessaire de leur consacrer une annexe spécifique.

La synthèse des grandes orientations figure dans l'objectif 3 du volet ambulatoire du SROS intitulé : « Assurer un maillage territorial qui permette la gradation, l'efficacité et la qualité des soins ».

• Définitions

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, donne des réseaux de santé la définition suivante :

« Les réseaux de santé ont pour objet 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. Il peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers ».

La notion importante de « réseau de santé » introduite par la Loi Kouchner, s'est substituée aux définitions antérieures des « réseaux de soins » plus réductrice.

Cette définition a peu évolué depuis. Ainsi le décret n° 2010-1170 du 4 octobre 2010, consécutif à la Loi HPST du 21 juillet 2009 précise-t-il :

« Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en œuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement. » (article D6321-2 du CSP)

Néanmoins la circulaire du 2 mars 2007 (DHOS/03/CNAM/2007/88) relative aux orientations en matière de réseaux de santé et à l'évaluation des réseaux, insiste très fortement sur quelques aspects de cadrage qui doivent guider les régions dans leur politique en faveur des réseaux.

Les premiers éléments de cette réflexion, ont été complétés par des référentiels d'organisation nationaux sur les thématiques « personnes âgées » en 2007 et « soins palliatifs » en 2008.

Il se dégage de ces différents documents une ligne directrice visant à centrer l'activité des réseaux de santé sur leur mission principale d'appui et d'accompagnement aux professionnels de proximité.

Ainsi, lors de l'attribution ou du renouvellement de financement, les régions sont-elles appelées à être vigilantes sur :

1. La prise en charge globale des patients : elle est favorisée par le découplage entre les professionnels et les structures, entre le sanitaire, le social et le médico-social ;
2. La qualité, la sécurité et la continuité des soins, grâce à la formation pluri professionnelle des acteurs qui est gage d'amélioration des pratiques, mais aussi par les démarches de protocolisation et d'auto-évaluation ;
3. La mise en cohérence des objectifs des réseaux avec ceux de la réforme du médecin traitant, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques. La formalisation d'un parcours de soins coordonné est désormais obligatoire et un document spécifique a été créé à cet effet : le PPS (projet personnalisé de santé) qui comporte le plus souvent, outre un projet de soins, un projet de vie. Il est le garant de la réalité de la coordination mise en place et doit être impérativement approuvé (voire co-écrit) par le médecin traitant ;
4. L'inscription des réseaux dans l'organisation territoriale des soins, en qualité d'acteurs d'une prise en charge graduée des patients, en appui aux professionnels de premier recours (ETP, expertise, mise en lien) mais aussi aux établissements dans le cadre des retours à domicile. Pour faciliter cette lisibilité et cette intégration dans la proximité, une nouvelle forme de réseau est née : la plate - forme territoriale de santé (cf. chapitre 3.3.).

2. ETAT DES LIEUX

2.1. Introduction

L'activité des réseaux est souvent méconnue du public et généralement peu reconnue par les acteurs de santé. S'ils ne concernent encore qu'un nombre restreint de patients, leur impact dans la prise en charge de certaines pathologies ou populations n'est pas négligeable. Ils ont su jouer un rôle précurseur, en terme d'ETP et de coordination à domicile notamment, et en ce sens ils méritent d'être identifiés comme acteurs de santé à part entière.

Le présent état des lieux vise à permettre une meilleure connaissance des réseaux de santé de la région, afin de les intégrer dans les orientations relatives à l'organisation territoriale des parcours de soins et de santé coordonnés.

2.2. Bilan d'une décennie d'innovation

- **La place importante des réseaux de santé comme précurseurs, une dynamique régionale forte et déjà ancienne**

Si l'émergence d'un concept unique de réseaux a été le fruit d'un long processus, aboutissant à une définition unique par la Loi du 4 mars 2002 (cf. définitions), dès les années 80, des expériences de coordination entre structures et professionnels de santé libéraux ont vu le jour. Ces dispositifs visaient à répondre à des situations sanitaires et sociales de plus en plus complexes : SIDA, Toxicomanie, prise en charge des personnes âgées...

Progressivement les dispositifs réglementaires ont apporté reconnaissance et financements à ces modes de coordination, dès 1996 avec les Ordonnances Juppé qui ont permis la mise en place des réseaux relevant de l'article L 162-31-1 du code SS (dits Soubie) pour l'ambulatoire et des réseaux relevant de l'article L 612-5 du code SP (réseaux hospitaliers).

Ainsi, l'évolution de ces dispositifs innovants s'est-elle structurée en trois phases successives, en conformité avec l'évolution des sources de financement :

1. Phase expérimentale : 1999 – 2002, le FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville)
2. Phase de structuration : 2003 – 2006, le FAQSV et la DNDR (Dotation nationale de développement des réseaux)
3. Phase de maturation : à compter de 2007, le FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins).

- **Le FAQSV**

Créé par la loi de financement du 23 décembre 1998 et à destination des professionnels libéraux uniquement, le FAQSV visait à financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale du patient. Il a permis en région l'émergence de 22 réseaux de santé toujours en activité à ce jour, dont 10 projets dès l'année 2000.

- **La DNDR**

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, a créé au sein de l'ONDAM une dotation nationale de développement des réseaux (appelée aussi 5^{ème} enveloppe). Sa déclinaison régionale, la DRDR, donnait aux réseaux un financement spécifique et pérenne.

Les décrets d'application ont précisé les modalités d'instruction et de décision et imposé des critères de qualité aux réseaux sollicitant des financements publics. En outre, grâce à la Loi Kouchner de mars 2002, on ne parlait plus désormais de réseaux de soins mais de réseaux de santé.

Par le biais de la DRDR, les réseaux déjà constitués, qu'ils émergeaient précédemment au FAQSV, sur la dotation hospitalière, voire sur des crédits Etat, sont entrés dans une phase de structuration. Ils ont pu, en outre, bénéficier de prestations dérogatoires, dont seuls les réseaux dits « Soubie » pouvaient jusqu'alors disposer.

Fin 2004, 20 réseaux étaient financés par la DRDR, dont 10 venant des expérimentations en soins de ville et 10 issus du monde hospitalier.

En 2005, dernière année où la progression de l'enveloppe s'est poursuivie sensiblement, 37 réseaux ont pu être financés par ce dispositif, dont 20 nouveaux. L'année 2006 a vu une stagnation de l'enveloppe, ce qui a conduit la région à refuser, faute de moyens, le financement de 5 projets répondant pourtant au cahier des charges régional.

- **Le FIQCS**

Suite à l'audit réalisé par l'IGAS en 2006, la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a créé en son article 94 un nouveau fonds, le FIQCS, issu de la fusion du FAQSV et de la DRDR.

Lors de sa mise en place en juillet 2007, 50 réseaux étaient en cours de financement dans la région. Fin 2010 la région comptait encore plus de 40 réseaux financés par le FIQCS, dont 3 fonctionnaient sous forme de plates - formes territoriales de santé regroupant deux ou trois réseaux.

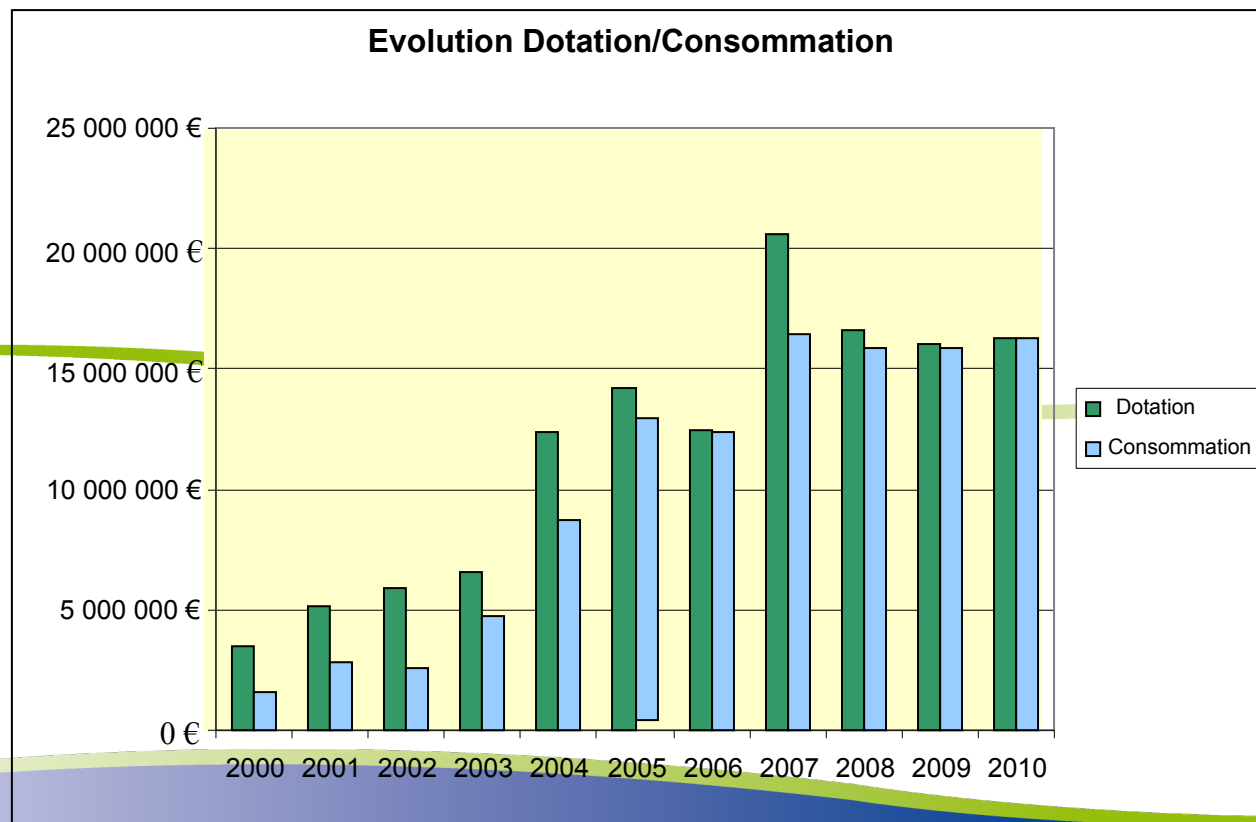
Au cours des trois dernières années, seuls deux nouveaux réseaux ont été financés, sur le Hainaut, territoire faiblement couvert, compte tenu notamment de la stagnation de l'enveloppe utilisée en région à plus de 95% depuis 2006.

Néanmoins, la politique volontariste menée depuis lors, visant à mettre fin aux projets ne répondant pas aux critères d'éligibilité et à promouvoir une mutualisation de moyens, a permis l'extension territoriale de plusieurs réseaux et une extension thématique pour certains autres.

Tableau récapitulatif des dotations allouées et utilisées entre 2000 et 2010

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
FAQSV	3 495 656 €	5 114 665 €	4 617 497 €	4 106 058 €	5 112 234 €	5 065 362 €	2 886 093 €	3 481 731 €			
DRDR			1 244 540 €	2 496 597 €	7 288 994 €	9 156 726 €	9 552 890 €	9 722 835 €			
FIQCS								7 353 489 €	16 616 959 €	16 002 179 €	16 255 109 €
Dotation totale	3 495 656 €	5 114 665 €	5 862 037 €	6 602 655 €	12 401 228 €	14 222 088 €	12 438 983 €	20 558 055 €	16 616 959 €	16 002 179 €	16 255 109 €
Consommation	1 540 187 €	2 805 906 €	2 569 918 €	4 758 534 €	8 750 307 €	12 541 038 €	12 364 350 €	16 477 282 €	15 899 702 €	15 873 477 €	16 240 529 €
Taux utilisation	44,06%	54,86%	43,84%	72,02%	70,56%	88,18%	99,40%	80,15%*	95,68%	99,19%	99,91%

* en 2007, avec la création du FIQCS en cours d'année, la région s'est vu attribuer 3.5 M€ supplémentaires en novembre 2007, à utiliser uniquement pour des actions non pérennes. Compte tenu du délai imparti et des actions ciblées, il n'a pas été possible d'allouer cette somme, d'où une baisse artificielle du taux d'utilisation.



2.3. Des réseaux à la mesure des enjeux sanitaires et des priorités de santé publique qui ont guidé les choix

Au plan sanitaire, l'état de santé des habitants de la région Nord Pas de Calais a connu une amélioration au cours des années 1980 – 2000, mais cette situation s'est néanmoins produite en France entière et l'écart reste quasi constant.

La démographie des professionnels de santé n'y est pas sensiblement inférieure à celle des autres régions françaises, hormis pour les médecins spécialistes, mais la région dispose d'atouts dans certains domaines, tels que celui des soins palliatifs où, dès 2002, notre région comptait déjà 10 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), occupant ainsi la deuxième place derrière l'Île de France.

Les premiers réseaux financés concernaient la prise en charge du Diabète, pour lequel la prévalence en région Nord Pas de Calais est la plus élevée de France.

Depuis 2003, avec la création de la DRDR, une liste des priorités de santé publique identifiées au niveau régional a été établie. La quasi-totalité des réseaux en cours de financement aujourd'hui correspondent à l'un ou l'autre de ces thèmes.

Au fil du temps, avec la stagnation des dotations et la nécessité d'arriver à une couverture géographique de proximité optimale sur certains sujets, les priorités se sont recentrées autour de 5 thématiques.

Toutes correspondent à des plans ou des programmes nationaux. Actuellement les thèmes prioritaires sont les suivants :

- Cancer (plan cancer 1 et 2),
- soins palliatifs (programmes soins palliatifs successifs),
- gérontologie – Alzheimer (plan Alzheimer),
- diabète – risque cardio-vasculaire, (plan maladies chroniques),
- périnatalité (plans périnatalité – petite enfance),

Depuis fin 2005, tous les nouveaux réseaux financés relèvent de ces thématiques. Avec la formalisation du PRS cette liste va certainement être appelée à évoluer pour s'enrichir de thématiques régionales.

2.4. Une place forte de la coordination des soins mais un temps de maturation nécessairement long et des évolutions continues

En 2002 déjà, 75% des financements du FAQSV allaient à des actions de coordination, notamment à des projets de réseaux de santé.

Mais pour beaucoup de professionnels de santé libéraux, alors isolés dans leur cabinet, ce mode de travail collaboratif n'est pas habituel, d'où parfois, malgré une volonté de s'engager dans cette voie de coopération pluridisciplinaire, des difficultés de mise en œuvre.

A l'hôpital, lieu où le mode de fonctionnement est plutôt hiérarchique et cloisonné par spécialité, les freins à la mise en place d'un partenariat autour de la coordination des prises en charge sont d'un autre ordre mais tout aussi présents.

Ainsi, la grande majorité des réseaux, qu'ils soient promus par des professionnels libéraux ou des structures hospitalières, ont besoin de plusieurs années d'existence avant d'atteindre une maturité suffisante pour appréhender et mettre en œuvre réellement la notion de prise en charge globale du patient.

En outre, les évolutions du système (loi de réforme de l'Assurance Maladie, loi HPST), les besoins et attentes des patients dans le cadre des maladies chroniques notamment (ETP, coordination, lisibilité des parcours) et une dynamique forte des professionnels de santé qui souhaitent exercer leur activité, non plus isolément, mais de manière coordonnée et pluri professionnelle, font que les réseaux sont amenés à évoluer continuellement.

2.5. Des contraintes importantes sur le dispositif de financement

Seuls deux nouveaux réseaux ont pu être financés au cours des trois dernières années, si l'on excepte les extensions d'activité, compte tenu de la faible évolution de l'enveloppe FIQCS et de l'élargissement du champ d'intervention du fonds.

Dans le cadre de la mise en œuvre du SROS ambulatoire, il va être nécessaire de rationaliser les réseaux existants afin de dégager de nouvelles ressources. Il est, en effet, fort probable que l'enveloppe va stagner voire baisser au cours des prochaines années et même en comptant sur une stabilisation des recettes, les besoins importants de la région légitiment cette démarche.

2.6. Les réseaux de santé par pathologie – les 5 thématiques prioritaires

Comme il a été dit plus haut, à l'origine et jusqu'à 2007, les réseaux de santé ont été conçus pour répondre à une problématique de santé : soit une pathologie (ou un groupe de pathologies proches, ex. diabète et RCV), soit une population spécifique (personnes âgées, femmes enceintes, publics précaires).

Cet état des lieux se présente donc sous une forme essentiellement thématique*. Dans ce chapitre sont repris les réseaux relevant d'une thématique reconnues en 2010 comme prioritaire. Elles sont au nombre de cinq. Le tableau qui figure à la fin du chapitre détaille la couverture régionale de ces réseaux.

- **Cancer**

Les deux plans cancer successifs ont, depuis 2003, structuré les modalités d'organisation autour des cancers, et ce à toutes les phases de la maladie. En Nord Pas de Calais, conformément aux directives nationales, il existe deux réseaux régionaux.

Le premier, le RRC (réseau régional de cancérologie) ONCO Nord Pas de Calais, a été créé en 2004. Il assure un rôle de coordination de l'ensemble des opérateurs, et vise à l'amélioration des pratiques, à favoriser le partage d'expérience et la communication des données médicales. Ce n'est pas un réseau de prise en charge et d'inclusion directe des patients.

Le second, le réseau de cancérologie pédiatrique PEDONCO, créé en 2003, est constitué autour des deux centres autorisés comme référents pour la prise en charge des cancers de l'enfant et de l'adolescent de moins de 18 ans, que sont le COL et le CHRU. Il associe, comme le prévoit les textes, les centres hospitaliers généraux qui assurent les prises en charge de proximité. Dans ce cadre, le réseau PEDONCO assure la prise en charge directe des patients et l'accompagnement des proches.

En complément de ces réseaux, et suivant les recommandations de la circulaire de septembre 2007, il existe des réseaux qui assurent un accompagnement des professionnels de leur secteur ayant à prendre en charge des patients nécessitant une coordination et des soins continus. Ce travail d'appui des réseaux est fait le plus souvent par une infirmière, en lien avec l'équipe de proximité du patient, dont impérativement le médecin traitant. Le réseau aide aussi à la mise en place de diverses aides, quelles soient financières ou médico-sociales.

* On retrouvera les récentes évolutions, relatives notamment à la mise en place de plates - formes territoriales de santé dans le chapitre « orientations ».

Sur la zone de proximité de Valenciennes, le réseau EMERA, auquel est adossé depuis 2009 un ERC (espace ressources cancer), prend également en charge des patients en soins palliatifs (cf. ci-dessous). C'est aussi le cas des réseaux PASSERELLES (Calais) et AMAVI (Dunkerquois).

L'une des missions des réseaux est le décloisonnement entre la ville et l'hôpital. Dans ce domaine, le réseau territorial OSCAR, membre de la Plate - forme santé Douaisis, travaille en lien étroit avec les établissements pratiquant la cancérologie sur son territoire. Il offre en outre, à partir des résultats du bilan d'inclusion et des souhaits des patients, des prestations complémentaires à celle de l'ERC. Il s'agit cependant d'une expérimentation unique dans la région, qui a été mise en place avant les ERC, et dont il conviendra d'étudier l'efficience avant toute extension.

- **Soins palliatifs et soins de support**

En 2011, la région compte onze réseaux intervenant dans la prise en charge de patients relevant de soins palliatifs, dont deux financés depuis fin 2009.

Parmi ces réseaux, trois seulement ne font que du soin palliatif (CESAME, DIAMANT, ROSALIE). Les autres sont, selon le cas, multithématiques et organisés en plate - forme (PSD-OSCAR, PREVART-EMERAUDE, EOLLIS, TREFLES, RESCOM) ou proposent un accompagnement des patients cancéreux ou atteints de pathologies lourdes y compris dans la phase palliative (cf. ci-dessus).

Répartition territoriale des réseaux (cf. tableau page 11) :

Par territoire de santé :

- Artois-Douaisis : 3 réseaux,
- Hainaut-Cambrésis : 2 réseaux,
- Littoral : 2 réseaux,
- Métropole-Flandre Intérieure : 4 réseaux.

C'est ainsi plus de 78% de la population régionale qui peut potentiellement bénéficier d'une prise en charge à domicile par un réseau de soins palliatifs. Selon les données d'activité 2010, 1 440 patients ont été accompagnés, soit une moyenne de 131 par réseau (extrêmes 49-236).

Ainsi que le prévoit le référentiel d'organisation des réseaux de soins palliatifs du 25 mars 2008, un bilan est réalisé avant l'inclusion. Il sert à valider les critères, à préparer le retour à domicile s'il s'agit d'une sortie (dans ce cas, le bilan est généralement fait à l'hôpital), à s'assurer de l'accord des professionnels de 1^{er} recours, à mettre en place les aides si besoin. A partir de ce bilan, le réseau établit le PPS, en partenariat avec le médecin traitant et l'équipe soignante.

- **Gérontologie - Alzheimer**

Les réseaux de santé gérontologiques ne couvrent pas l'ensemble du territoire régional. Au nombre de sept, ils interviennent généralement sur une partie d'une zone de proximité. Actuellement environ 30% de la population régionale réside sur un territoire couvert.

Le référentiel d'organisation national des réseaux de santé « personnes âgées » de mai 2007, précise les missions et objectifs de ces réseaux : «...une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer la mise en place d'un plan d'intervention personnalisé, afin de favoriser un maintien à domicile de qualité ou d'accompagner le retour à domicile après une hospitalisation ».

Le réseau s'adresse prioritairement aux personnes de plus de 75 ans, se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire, atteintes d'une pathologie neurodégénérative ou souffrant de poly pathologies à l'origine d'une dépendance.

A l'inclusion du patient, le réseau procède systématiquement à une EMS (évaluation médico-sociale) et à une EGS (évaluation gérontologique standardisée), afin que la réponse soit totalement adaptée aux besoins de la personne en cause. Les professionnels de santé de 1^{er} recours sont associés à la prise en charge globale dès le bilan, et PPS est établi en concertation avec eux.

En sus des réseaux territoriaux de proximité, le réseau MEOTIS, spécialement dédié à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées, est régional et travaille en lien avec eux.

- **Diabète et nutrition**

Sept réseaux territoriaux de proximité sur cette thématique sont actuellement en fonctionnement, pour un coût annuel d'environ 2,6 M€. Leur répartition géographique est reprise dans le tableau page 11, et se décline au sein des territoires de santé comme suit :

- Artois-Douais : 2 réseaux (au sein de plates formes territoriales de santé),
- Hainaut-Cambrésis : 1 réseau,
- Littoral : 2 réseaux,
- Métropole-Flandre Intérieure : 2 réseaux.

D'après les chiffres d'activité de 2010, ce sont ainsi 4 250 patients qui ont bénéficié d'une prise en charge éducative au sein d'un réseau, soit environ 2,5 % de la population diabétique régionale 2010.

Cette prise en charge repose sur un diagnostic éducatif qui conduit à la définition d'objectifs et à l'élaboration d'un PPS, PPS qui doit faire l'objet d'une validation (dans l'état ou après amendement) de la part du médecin traitant.

Les principales prestations assurées par le réseau se déclinent en ateliers collectifs ou individuels, et tournent autour de :

- l'APA (activité physique adaptée),
- l'éducation alimentaire,
- la gestion de la maladie.

Les réseaux proposent également un dépistage de la rétinopathie diabétique pour les patients diabétiques n'ayant pas de suivi ophtalmologique. En cas de suspicion de pathologie, un rendez-vous chez un ophtalmologiste est pris en urgence, et le patient intègre le circuit de prise en charge de droit commun.

En complément des réseaux territoriaux de proximité, le réseau régional OSEAN traite de l'obésité, et travaille notamment à l'élaboration et la diffusion des protocoles de prise en charge, tant pour les adultes que pour les enfants.

- **Périnatalité**

La région compte quatre réseaux, un par territoire de santé. Le SROS II a permis de structurer la prise en charge des femmes en fonction des niveaux de soins, notamment par la mise en place des réseaux de santé qui regroupent l'ensemble des services de maternité de la région.

Le SROS de troisième génération visait une humanisation de la prise en charge en renforçant la sécurité de la grossesse et de la naissance. En 2006, un cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité précise les missions et objectifs ainsi que l'organisation générale du réseau :

Schéma Régional d'Organisation des Soins

«...une telle organisation doit permettre, de façon coordonnée avec le médecin traitant, d'assurer le suivi médical de la mère et de l'enfant ainsi que l'identification des facteurs de risque éventuels afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée. Cette organisation doit également permettre le repérage des vulnérabilités psychosociales et l'accompagnement s'y rapportant, ainsi que le suivi à long terme des nouveau-nés vulnérables et susceptibles de développer un handicap ».

Ainsi, ce référentiel invite les réseaux à s'ouvrir vers la ville.

En réponse à cette dernière préconisation, deux réseaux territoriaux de proximité sont implantés sur les territoires de l'Artois (zone de proximité du Douaisis) et du Hainaut.(zone de proximité Sambre Avesnois) Ces réseaux permettent notamment le suivi en post partum de la maman, du nouveau-né, voire même des autres membres de la cellule familiale.

Tableau de répartition des réseaux de santé par territoire et zone de proximité – 5 thématiques prioritaires

Territoire de santé	ARTOIS - DOUAISIS				HAINAUT - CAMBRESIS			LITTORAL					METROPOLE – FLANDRE INTERIEURE		
ZONE DE PROXIMITE	Béthune Bruay	Lens-Henin	Douais	Arrageois	Cambrésis	Sambre-Avesnois	Valenciennois	Dunkerquois	Calaisis	Audomarois	Boulonnais	Montreuillois	Lille	Roubaix Tourcoing	Flandre Intérieure
CANCER Réseaux régionaux	PEDONCO ONCO Nord Pas de Calais														
CANCER Réseaux territoriaux			Plate Forme Santé Douais				Emera	Amavi	Passerelles						
Soins Palliatifs soins de support	Plate forme Pré'art Emeraude	Cesame	Plate Forme Santé Douais		Rescom		Emera	Amavi	Passerelles				Rosalie Eollis	Diamant	Plate forme Trèfles
Gérontologie -Alzheimer Réseau régional	MEOTIS														

Schéma Régional d'Organisation des Soins

Territoire de santé	ARTOIS - DOUAISIS				HAINAUT - CAMBRESIS			LITTORAL					METROPOLE – FLANDRE INTERIEURE		
Gérontologie - Alzheimer Réseaux territoriaux		Vie L'âge		Réseau Géronto du Ternois		Réseau Géronto Sambre Avesnois	Repèr'âge					Réseau Géronto du Ternois Réseau des 7 vallées	Lille Hellemmes Lomme Eollis		
DIABETE nutrition Réseau régional	OSEAN														
DIABETE nutrition Réseaux territoriaux	Plate forme Prév'art Emeraude		Plate Forme Santé Douais		Diab'hainaut			Preval	Rediab Côte d'Opale				Diabète Obésité Métropole Lilloise	Cœur en santé	
Périnatalité Réseaux infra régionaux	BIEN NAITRE EN ARTOIS				RESEAU PERINATALITE DU HAINAUT			PAULINE					OMBREL		
Périnatalité Réseaux territoriaux			Naître dans le Douais			Réseau Proximité Naissances									

2.7. Les réseaux relevant des autres thématiques

Ces réseaux ont tous obtenu un premier financement avant 2006, à une époque où le nombre des thématiques prioritaires était plus important et la progression des enveloppes continue.

Avec le recentrage de l'activité des réseaux sur leur fonction de coordination, et le souhait de tendre vers des plates formes multithématiques, et ce dans un contexte de réduction des dotations allouées aux régions, se pose légitimement la question du devenir de certains de ces réseaux. Bien que l'intérêt de ces dispositifs ne soient pas remis en cause, il n'en demeure pas moins que d'autres sources de financement doivent être, d'ores et déjà, recherchées.

- **Handicap - Neurologie**

Plusieurs réseaux de santé interviennent sur le champ du handicap. Il s'agit de réseaux à vocation régionale, dont le domaine d'activité est limité à un seul type de pathologies (Troubles du Neurodéveloppement, Traumatismes crâniens, Sclérose en plaques, Soins dentaires pour les personnes handicapées) ou de population (Sourds).

La finalité de ces réseaux est de deux ordres :

- Soit assurer un accès aux soins « classiques » pour des publics spécifiques. Dans ce cas, le réseau met en place un dispositif spécifiquement adapté aux patients concernés (interprètes en Langue des Signes Française par exemple) ;
- Soit améliorer le parcours des patients, au niveau des délais d'accès au diagnostic et au traitement, par des actions d'éducation thérapeutique et par un suivi régulier et personnalisé.

Les points communs entre ces réseaux sont l'existence d'une équipe pluri professionnelle, la mise en œuvre d'actions de prévention et/ou d'éducation, le travail de soutien auprès des patients et des familles.

En ce sens, ils répondent à la définition des réseaux de santé. Néanmoins leur fragilité réside dans le fait que leur fonctionnement repose principalement sur le financement de ressources de substitution, non prévues par le droit commun.

En outre, leur activité de coordination, même si elle existe, ne constitue pas le cœur de leur métier. Le PPS, élément essentiel matérialisant le soutien apporté par le réseau aux professionnels du 1^{er} recours, n'existe pas. En effet, les réseaux régionaux sont le plus souvent construits autour d'une prise en charge spécifique et spécialisée, à laquelle le médecin traitant n'est que peu associé.

- **Les autres réseaux régionaux**

Il s'agit de deux dispositifs centrés sur des pathologies très spécialisées, à savoir l'Insuffisance rénale chronique (NEPHRONOR) et la Mucoviscidose, pour lesquelles le CHRU de Lille représente le niveau d'expertise régionale. Les patients sont, en première intention, suivis dans des centres de proximité dédiés. Aussi, la complexité de la prise en charge est souvent un frein à l'implication des professionnels de proximité.

L'activité de ces réseaux de professionnels gravite autour de l'élaboration et la tenue d'un registre, l'élaboration et la diffusion de protocoles, ou encore d'un travail de coordination inter centres.

- **Les autres réseaux infra départementaux**

Trois réseaux répondent à cette définition, chacun sur une zone de proximité et une thématique différentes :

- Santé solidarité métropole lilloise : dispositif d'accès aux soins des personnes en situation de précarité, Lille ;
- Convergences : mise en commun de ressources entre acteurs de la santé mentale pour publics précaires, Lens – Hénin ;
- Santé en action : diagnostic environnemental et prise en charge éducative de l'asthme, Lens – Hénin.

Pour les deux premiers, les professionnels du premier recours s'impliquent peu (voire pas), compte tenu des spécificités de la population cible. Pour le troisième, l'activité est limitée à un seul aspect de la prise en charge du patient asthmatique, et non à la prise en charge globale.

3. GRANDES ORIENTATIONS DU SROS-PRS

3.1. Introduction

Comme énoncé précédemment dans l'état des lieux, les premières initiatives de coordination, qui ont conduit à l'émergence des réseaux, se sont d'abord construites sur la base d'une approche par thématique, afin de répondre à une problématique de santé spécifique (SIDA...).

Aussi, sur un même territoire, l'évolution a parfois conduit à une juxtaposition de réseaux, laquelle a pu entraver l'adhésion des professionnels de santé. En effet, ces derniers hésitent à s'engager avec plusieurs réseaux dont les attentes à leur égard sont différentes, voire contradictoires, et dont l'intérêt pour leur patientèle ne semble pas évident.

Or, la bonne implantation d'un réseau sur son territoire dépend notamment du degré d'implication des acteurs, lequel constitue le fondement de la réponse aux besoins des patients.

De surcroît, dans l'hypothèse d'une **couverture générale** de la région sur les seules 5 thématiques prioritaires existantes ; il apparaît évident que le déploiement des réseaux sous cette configuration reste irréaliste tant le nombre de réseaux à financer serait potentiellement important.

C'est pourquoi, aujourd'hui, il est impératif de travailler à la définition d'orientations qui visent à l'intégration des réseaux sur les territoires et à leur efficacité. Cette démarche consistera à favoriser et rationaliser les réseaux de santé en les intégrant dans l'organisation territoriale des parcours de santé coordonnés, pour répondre à au moins deux des orientations stratégiques du PSRS :

- lutter contre les inégalités sociales et territoriales,
- mettre en place de véritables parcours de santé coordonnés.

3.2. Des enjeux sanitaires forts et une transversalité nécessaire

Les réseaux de santé et le médecin de premier recours : une complémentarité au bénéfice du patient et de la qualité des soins

Lors de la mise en place des premières expérimentations, il y a plus de 10 ans, les réseaux de soins d'alors sont nés dans un paysage différent de celui d'aujourd'hui.

C'est ainsi, qu'ils ont investi notamment le champ de l'éducation thérapeutique, activité qui ne relevait pas encore de la prise en charge en cabinet médical.

Avec la Loi de réforme de la Sécurité Sociale d'août 2004 et la création du dispositif médecin traitant, le rôle des réseaux s'est trouvé modifié.

Désormais c'est le médecin, et lui seul, qui est le point d'entrée dans le parcours de soins.

La Loi HPST (Hôpital, patients, santé et territoires) de juillet 2009 a, depuis, précisé les missions qu'elle attend du médecin généraliste de premier recours, qui sont notamment :

- Assurer pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ;
- Orienter ses patients dans le système de soins et le médico-social ;
- S'assurer de la coordination des soins ;
- Veiller à l'application des protocoles et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient.

Toutes ces activités sont la base du suivi des patients dans le quotidien d'un médecin généraliste.

Néanmoins, des changements significatifs se dessinent aujourd'hui en terme d'organisation des soins, tout particulièrement dans le champ du premier recours. La prise en charge des soins primaires passe progressivement d'une vision et d'une organisation uniquement fondée sur le dialogue singulier à une approche autour d'une équipe traitante.

La forte tension démographique et les craintes qu'elle suscite, les évolutions sociétales, mais aussi la crise identitaire ressentie par la médecine libérale, entraînent une amplification et une accélération de cette évolution, laquelle est en forte adéquation avec l'ère de la médecine des pathologies chroniques et du vieillissement qui réclament une très importante coordination autour du patient sur des périodes de temps long.

Les organisations regroupées et coopératives, telles que les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, traductions évidentes et particulièrement dynamiques de ces changements, offrent le moyen de réfléchir à une gradation complète de la santé, du domicile à l'hôpital, de la prévention aux soins.

Dans ce schéma, les réseaux se situent eux, dans le rôle interstitiel d'accompagnement du médecin traitant. Toutefois, la plus grande vigilance s'impose face à la potentielle multiplication des intervenants et des initiatives.

En effet, certains réseaux ont parfois la tentation de se substituer aux dispositifs de droit commun, notamment quand ceux-ci sont défaillants ou insuffisants. Ce n'est pas leur rôle, ni de remplacer le médecin traitant, même s'il faut reconnaître que les missions des réseaux peuvent s'appliquer différemment selon les situations.

Face à ces nouvelles organisations de santé, l'essentiel est dans la complémentarité des dispositifs qui peuvent être mobilisés. Selon le lieu et les conditions d'exercice du médecin, la typologie du patient, son autonomie, sa situation socio professionnelle, son environnement familial et géographique, mais surtout ses besoins en terme de santé, on choisira l'une ou l'autre des réponses. Voire une réponse de type hospitalier si nécessaire.

Ce qui est primordial, à une époque où le nombre des acteurs potentiels se multiplie, c'est que la qualité de la prise en charge proposée au patient soit la mieux adaptée à sa situation et à ses besoins, le tout au meilleur coût pour la collectivité.

3.3. L'évolution attendue : les plates - formes territoriales de santé

Au niveau national, depuis plusieurs années, les orientations en matière de réseaux de santé, préconisent la mise en place de plates - formes multithématiques. Autour d'un noyau commun (locaux, secrétariat, direction, gestion comptable, formation, logistique), gravitent différents volets d'activité (soins palliatifs, gérontologie, diabète, ...).

L'intérêt de ces dispositifs, tant pour les patients que pour les professionnels est évident : un seul interlocuteur identifié pour tous les besoins relatifs à l'accompagnement de la prise en charge des patients complexes, que ce soit dans le domaine de l'expertise (bilan gérontologique, médecin ressource en soins palliatifs) que dans celui de l'éducation thérapeutique ou de l'accompagnement social et psychologique.

Aujourd'hui, il n'est plus question de financer de nouveaux réseaux monothématiques. Conformément aux orientations nationales, il s'agit désormais de faire évoluer les réseaux de santé vers des plates-formes de santé. La notion de mutualisation est cruciale, à l'instar de celle des moyens humains (secrétariat par exemple), logistiques... Toutefois, il n'est pas possible, ni souhaitable d'avoir un modèle unique. Faut-il réfléchir à un mariage entre thématiques proches (gérontologie et soins palliatifs par exemple), ou doit-on systématiquement travailler sur l'ensemble des thèmes identifiés comme prioritaires ? Ne doit-on avoir qu'une seule entité juridique ou des regroupements entre plusieurs promoteurs sont-ils possibles ? Il est trop tôt pour le dire, ce sont les actions mises en œuvre dans le cadre du SROS qui le détermineront.

L'exemple de certaines autres régions pourra être utile. Dans la région PACA, des réseaux de santé se sont regroupés au sein d'une structure associative, pour coordonner les activités de santé publique sur l'ensemble de leur territoire. Cette organisation, initialement dénommée plate-forme des réseaux s'appelle désormais CSRS (centre de soutien aux réseaux de santé). Ainsi, les patients mais aussi les professionnels de santé disposent d'une véritable lisibilité sur l'offre des réseaux et sur la manière dont on accède à leurs services. C'est une façon pour les réseaux de santé de surmonter leurs difficultés communes, en développant notamment des connexions entre eux. Evidemment, chacun des acteurs doit pouvoir conserver ses spécificités, l'idée étant de pouvoir capitaliser les expériences et les outils mis en place par chacun.

4. OBJECTIF GENERAL: FAVORISER ET RATIONNALISER LES RESEAUX DE SANTE EN LES INTEGRANT DANS L'ORGANISATION TERRITORIALE DES PARCOURS DE SOINS ET DE SANTE COORDONNES

L'objectif est de faire évoluer les réseaux de santé dans le cadre d'une stratégie déterminée par l'ARS, et visant à définir une organisation territoriale lisible, cohérente, et la plus équitable possible, pour l'ensemble des personnes devant bénéficier d'un parcours de soins ou de santé coordonné. Ce parcours doit être personnalisé, continu, diversifié, flexible et adapté aux changements de situations dans le respect de l'autonomie du patient concerné.

4.1. Objectif opérationnel 1

Définir une stratégie de couverture thématique régionale rationnelle des réseaux de santé

4.1.1. Action 1 : Etablir une cartographie actualisée des réseaux de santé

Fin 2007, une cartographie des réseaux de santé a été réalisée, par thématique, et sur la base du territoire déclaré comme potentiellement couvert par les promoteurs. A partir des éléments d'activité 2010, portants notamment sur les communes de résidence des patients inclus dans l'année, un travail est engagé afin de comparer pour chaque réseau, le territoire déclaré et la zone réelle de couverture.

Cette cartographie par thématique sera complétée par une cartographie des réseaux existants sur chaque territoire de santé, voire sur chaque zone de proximité si nécessaire.

Ce travail servira de base aux propositions d'évolution vers une couverture territoriale étendue pour les thématiques prioritaires (cf. action 2) et pour la mise en place des nouvelles plates-formes territoriales (cf. objectif opérationnel 4).

4.1.2. Action 2 : Identifier les thématiques prioritaires pour lesquelles la couverture territoriale doit être étendue

Depuis 2005,, une liste de cinq priorités de santé publique identifiées au niveau régional a été établie (cf. 2.3). Tous ces thèmes correspondent à des plans ou des programmes nationaux. Avec la formalisation du PRS cette liste sera appelée à évoluer pour s'enrichir de thématiques régionales. Actuellement les thèmes prioritaires sont les suivants :

- cancer,
- soins palliatifs,
- gérontologie –Alzheimer,
- diabète – risque cardio-vasculaire,
- périnatalité.

L'objectif de cette action est de prioriser les thématiques pour lesquelles il est souhaitable (et potentiellement réalisable) d'arriver à une couverture territoriale plus large, voire complète de la région. Cela peut être le cas par exemple en soins palliatifs, thème pour lequel 78% de la population régionale réside en 2011 sur le territoire d'intervention d'un réseau.

4.1.3. Action 3 : Mettre en place une stratégie d'extension pour élargir la couverture territoriale des thématiques prioritaires

Certaines thématiques peuvent être identifiées comme prioritaires sans que la mise en place d'un réseau sur chaque territoire soit la solution la mieux adaptée à la prise en charge des patients. C'est pourquoi il est nécessaire d'étudier l'opportunité de ces extensions.

Pour les thématiques identifiées comme prioritaires en terme d'extension géographique, il faut élaborer une stratégie financièrement viable, permettant d'augmenter la part des populations de la région pouvant bénéficier des activités d'un réseau de santé. Cette stratégie tiendra compte des ressources de même nature mobilisables à proximité, des attentes et des problématiques des territoires, mais aussi des moyens financiers disponibles, notamment sur le FIQCS.

4.1.4. Action 4 : Apporter un accompagnement à la conduite de projet et un soutien financier aux nouveaux dispositifs

Une fois la stratégie arrêtée, il est nécessaire de travailler avec les acteurs locaux, afin de créer une dynamique territoriale, ou de soutenir celle pré-existante. Exemple : travail entrepris sur Lens-Hénin et sur l'Arrageois pour le Diabète, où deux plates-formes de santé (Prév'art et PSD), accompagnent les acteurs de terrain pour faire émerger des actions de coordination en faveur des patients diabétiques sur ces territoires. Le financement FIQCS se fera par l'intermédiaire des réseaux existants.

Indicateurs de suivi :

1. délai de réalisation d'une cartographie thématique et territoriale actualisée
2. nombre de thématiques prioritaires pour lesquelles une extension territoriale est attendue
3. délai de mise en place de la stratégie d'extension territoriale pour les thématiques prioritaires

Cadrage financier :

Enveloppe FIQCS - ARS, MIGAC, redéploiement de moyens

4.2. Objectif opérationnel 2

Recentrer l'action des réseaux de santé sur la coordination du parcours de santé

4.2.1. Action 5 : Poursuivre la démarche d'harmonisation entre les réseaux d'une même thématique

Depuis 2005, trois groupes de travail issus de la coordination régionale des réseaux, puis du G2RS (Groupement régional des réseaux de santé) ont été constitués sur les thématiques suivantes :

- Diabète et Risque Cardio Vasculaire,
- Gériatrie et Alzheimer,
- Soins palliatifs.

Ces thématiques ont été retenues car elles concernent un nombre important de réseaux et concentrent une part importante de l'utilisation de l'enveloppe FIQCS. En outre, pour les soins palliatifs et la gériatrie, un référentiel national existe et sert de support pour la partie organisationnelle des réseaux.

La démarche a conduit à l'élaboration d'outils communs, dont certains ont été généralisés à l'ensemble des réseaux de la thématique. Elle doit être poursuivie, notamment afin de redéfinir certains critères d'inclusion des patients, la notion de patients complexes, les modalités de sortie du réseau, le contenu du PPS (cf. action 6)...

4.2.2. Action 6 : Mettre en place au sein des réseaux de santé, un programme personnalisé de santé (PPS) harmonisé

Les directives nationales issues de la circulaire du 2 mars 2007 (cf. définitions), relative à l'évaluation des réseaux de santé, directives rappelées chaque année dans les orientations du FIQCS au niveau national, précisent clairement que seuls les réseaux mettant en place un

PPS, sont considérés répondre favorablement à la définition d'un réseau de santé. Le PPS est la formalisation du parcours de santé avec les acteurs du domicile et le garant de la mise en œuvre d'une vraie coordination autour du patient.

Or, certains dispositifs financés n'en disposent pas, soit parce que leur activité ne vise pas principalement la coordination des soins, soit parce que, en l'absence de référentiel, les promoteurs n'ont pas vu la nécessité de formaliser ce document, ou n'ont pas su le faire.

Pour les réseaux répondant aux critères de financement, un travail de formalisation du PPS doit être réalisé. Ce travail fera partie des obligations de leur futur CPOM.

Pour tous les réseaux de santé, un travail d'homogénéisation entre les différents PPS, par thématique, et inter thématique devra être réalisé (cf. action 5).

Indicateurs de suivi :

1. nombre de groupes régionaux travaillant sur l'harmonisation thématique, nombre de réunions annuelles
2. délai de mise à disposition d'une définition commune et validée des patients complexes dans le cadre des réseaux Diabète
3. nombre de réseaux de santé disposant d'un PPS en année n, n+1, n+2, n+3 par rapport au nombre total de réseaux financés par le FIQCS

Cadrage financier :

CPOM

4.3. Objectif opérationnel 3

Construire et valoriser des trajectoires de patients gradées dans la prise en charge des maladies chroniques (notamment le Diabète), en lien avec le volet ETP

4.3.1. Action 7 : Recentrer les missions des réseaux cardiovasculaires sur la coordination des patients complexes

Ces réseaux, parmi les plus anciens, ont investi le champ de l'ETP, à une époque où celle-ci était embryonnaire. La mise en place des dérogations tarifaires a permis d'initier en ville, des dispositifs éducatifs novateurs. L'exercice a atteint ses limites, d'une part en raison du nombre de patients concernés (cf. 2.6 page 10), d'autre part parce que tous les patients n'ont pas besoin du même type d'accompagnement (cf. annexe SROS volet ETP).

Cette action vise à redéfinir le champ d'intervention des réseaux de santé cardiovasculaires, notamment dans le cadre de l'ETP, en conformité avec le volet spécifique du SROS. Ainsi, les réseaux n'ont pas vocation à assurer l'ETP de premier niveau, qui doit être conduite par les professionnels du premier recours (dans le cadre des exercices regroupés mais pas seulement), mais l'éducation thérapeutique des patients complexes (cf. action 5), et donc nécessitant une coordination approfondie, et toujours en appui et à la demande du médecin traitant.

4.3.2. Action 8 : Intégrer le dépistage de la rétinopathie diabétique dans l'activité des réseaux cardiovasculaires

Expérimentée en 2002, puis généralisée à la région, l'action, initialement centrée sur le dépistage de la rétinopathie diabétique, a évolué vers un dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire et des complications de la maladie diabétique (œil, pied, rein). Au-delà du dépistage, les équipes des réseaux organisent la prise en charge des personnes après le repérage d'un risque spécifique. Le dépistage est donc actuellement un moyen de recruter des patients pour les programmes d'ETP des réseaux.

En parallèle du recentrage de leur activité sur les patients complexes et du renforcement du rôle d'initiateur du médecin traitant (cf. action 7), il est donc nécessaire de recentrer l'action de dépistage. Un courrier en ce sens a été adressé aux promoteurs en juillet 2011.

Afin de poursuivre la démarche, cette action vise à réintégrer le dépistage de la rétinopathie dans l'ensemble de la prise en charge du patient diabétique, selon les recommandations HAS et dans l'activité normale du réseau, en mettant fin aux budgets spécifiques.

Indicateurs de suivi :

1. nombre de réseaux Diabète ayant adopté la définition des patients complexes par rapport au nombre total des réseaux Diabète (par année)
2. nombre de réseaux Diabète ayant mis en œuvre les nouvelles modalités de gradation de l'ETP issues du volet spécifique (par année)
3. nombre de patients diabétiques dépistés dans le cadre du programme de dépistage régional de la rétinopathie diabétique par rapport au nombre total de patients dépistés (par réseau et par année)

Cadrage financier :

CPOM, enveloppe FIQCS - ARS

4.4. Objectif opérationnel 4

Elargir le dispositif des plate - formes territoriales de santé multithématiques

4.4.1. Action 9 : Proposer une stratégie de développement territorial des plates-formes de santé à partir des réseaux existants

La notion de plate-forme de santé est un élément essentiel dans la définition des orientations en matière de réseaux de santé. S'il est vrai que celles-ci sont encore peu nombreuses, le tissu de réseaux de santé sur l'ensemble du territoire régional doit permettre de les faire évoluer vers des plates-formes multithématiques.

Cette action consistera à accompagner les différents réseaux existants sur un territoire pour arriver, à terme, à une plate-forme unique. Plusieurs niveaux d'actions seront nécessaires selon la nature des réseaux, les promoteurs, les problématiques du territoire. Les CPOM à venir serviront de support à la démarche. Le GCS (groupement de coopération sanitaire) ou le GCSMS (groupement de coopération sanitaire et médico sociale) pourront aussi être des outils pertinents.

4.4.2. Action 10 : Faire émerger des projets de plates-formes sur les territoires ne comportant qu'un seul réseau

A partir d'un réseau mono thématique ou mono populationnel, cette action permettra d'élargir le champ d'activité sur les thématiques prioritaires (cf. action 2) pour arriver à la mise en place d'une plate-forme de soutien pluri thématique.

4.4.3. Action 11 : Faire émerger des projets de plates-formes sur les territoires ne comportant pas de dispositif de coordination

Sur chaque territoire, et particulièrement dans les secteurs géographiques où les professionnels de santé sont isolés, il peut être opportun de proposer une organisation de soutien dans l'accompagnement à la prise en charge coordonnée au domicile. Selon les cas, il peut s'agir d'un réseau de santé sous forme de plate-forme ou d'un autre dispositif. La prise en compte de la dimension médico-sociale et son articulation avec le champ sanitaire est essentielle dans le cadre de plateformes et devra être renforcée.

Indicateurs de suivi :

1. délai de mise en place d'une stratégie régionale de développement des plates-formes territoriales de santé
2. nombre de plates-formes de santé nouvellement constituées à partir de plusieurs réseaux existant sur un territoire (par année)
3. nombre de zones de proximité non couvertes par une plate-forme de santé ou un autre dispositif coordonné d'accompagnement à domicile (par année)

Cadrage financier :

CPOM, enveloppe FIQCS - ARS, MIGAC

4.5. Objectif opérationnel 5

Conforter la place des réseaux au sein des territoires comme acteurs à part entière

4.5.1. Action 12: Renforcer les articulations entre réseaux de santé et structures

Les réseaux de santé, de par leur nature transversale, ne relèvent ni de l'ambulatoire, ni de l'hospitalier. Leur activité est souvent méconnue et généralement peu reconnue. S'ils ne concernent encore qu'un nombre restreint de patients, leur impact dans la prise en charge de certaines pathologies ou populations n'est pas négligeable. Ils ont su jouer un rôle de précurseur, en terme d'ETP et de coordination à domicile notamment.

Cette action vise à clarifier les relations entre les différents acteurs des territoires, notamment les réseaux de santé et les structures, que celles-ci interviennent au domicile (HAD, SSIAD, EMSP) ou hébergent les patients (EHPAD) et sachant que de nouveaux acteurs naissent régulièrement (MAIA, ERC).

4.5.2. Action 13 : Faire évoluer les articulations entre réseaux et professionnels du premier recours

Jusqu'à récemment le réseau apportait son aide logistique à l'équipe soignante du domicile, et particulièrement au médecin traitant, qui n'avait pas à disposition, dans le droit commun, des compétences en diététique, ETP, psychologie..., pour l'aider dans la prise en charge de patients lourds (âgés, peu autonomes, atteints de pathologies chroniques, peu compliants...).

Désormais, avec l'émergence des structures d'exercice coordonné du type maisons et pôles de santé, le médecin n'est plus seul, il est entouré d'autres confrères, mais aussi de professionnels paramédicaux (IDE, diététicien...). Il peut faire bénéficier ses patients d'un suivi plus personnalisé. Le rôle et les missions des réseaux vont s'en trouver modifiés.

L'action proposée vise à redéfinir avec les acteurs du premier recours leurs attentes à l'égard des réseaux de santé, à formaliser de nouvelles relations et à accompagner les réseaux dans les évolutions qui en découlent.

4.5.3. Action 14 : Rendre lisible l'ensemble des dispositifs de coordination existant sur les territoires

Sur certains territoires, se sont créées des plates-formes de santé multithématiques. Ces organisations vont être appelées à se multiplier (objectif 4). En parallèle d'autres dispositifs existent ou se mettent en place : CLIC (centre local d'information et de coordination), MSP, pôles de santé, CHT (communauté hospitalière de territoire) , MAIA (maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer), avec certaines missions communes.

La question du décloisonnement entre les secteurs (sanitaire, médico-social, social) et de la fluidité du parcours de soins est cruciale.

Dans ce cadre, cette action a pour objectif de travailler sur la complémentarité des dispositifs de prise en charge (parcours de soins continu du premier recours à l'hôpital), de donner de la lisibilité sur les modalités d'accompagnement et de soutien, tant aux professionnels qu'aux patients-usagers, ainsi qu'une reconnaissance à tous.