

# La Gazette de 1'





L'actualité politique est à nouveau riche en matière de réseaux de santé. Si leur sort ne s'est finalement pas soldé par une disparition pure et simple dans toutes les régions, il faut dresser aujourd'hui plusieurs constats, certains encourageants, d'autres plus contrastés, enfin plusieurs résolument tournés vers l'avenir.


## Le paysage s'éclaircit


➡ Après sa quasi ignorance par la loi HPST, le terme « *réseau de santé* » est à nouveau à l'ordre du jour, dans les textes officiels émanant de divers organismes, les rapports, et les réflexions stratégiques au niveau des tutelles. L'UNR.Santé est aujourd'hui un interlocuteur auprès non seulement de l'Etat, mais également de tous les organismes et représentants des acteurs de santé, et elle est représentée dans diverses instances. Les fédérations régionales de réseaux sont quand à elle interlocutrices des ARS, là où se jouent les orientations structurelles.

➡ L'apparition de la notion de « plateforme d'appui », qui fait couler beaucoup d'encre ces jours, ramène à l'histoire et au sens premier des réseaux de santé. Le monde de la santé redécouvre ce que les *réseaux de santé* produisent depuis plus de 20 ans : *la coopération entre différents acteurs en territoire, de façon décloisonnée, en gouvernance partagée*, sur des objectifs jugés prioritaires par leurs promoteurs en territoires.


 Dans certaines régions, les ARS ont clairement choisi d'accompagner l'évolution des réseaux de santé vers des *regroupements plurithématiques*, plutôt que de s'orienter de façon inflexible vers des dispositifs polyvalents sans expertise. Des cahiers des charges ont clairement exprimé le besoin de poursuivre des missions d'éducation thérapeutique, de formation auprès des acteurs et des usagers, de soutien méthodologique aux acteurs de terrain, enfin d'animation territoriale pour les coopérations entre professionnels. Surtout, il a été reconnu que l'expertise acquise avec l'approche thématique au sein des réseaux devait persister, en s'inscrivant au service de l'appui à la coordination des parcours.


 Sur saisine de la DGOS, la *Haute Autorité de Santé* est en cours de finalisation d'une *matrice de maturité* ou *référentiel d'analyse et de progression* pour les réseaux de santé, et d'une *note de cadrage pour un tableau de bord des indicateurs de suivi des réseaux de santé*. Outre la reconnaissance définitive de la place des réseaux parmi les acteurs de santé, il s'agit de préciser les bases de leurs missions, au sein desquelles sont somme toute reconnues tout ce que les réseaux ont développé : coordination d'appui, mais également compétences spécifiques des équipes en diverses disciplines ou métiers, éducation thérapeutique, formation des professionnels. Il s'agit du bouquet de fondamentaux tirés de la loi du 4 mars 2002 qui avait gravé l'existence des réseaux au sein du système de santé.

 La *Haute Autorité de Santé* vient de convier l'UNR.santé et les acteurs de soins primaires à l'élaboration d'une *note de cadrage relative aux prestations dérogatoires des réseaux de santé*. La position de l'UNR.santé est le maintien des forfaits de coordination au bénéfice des acteurs libéraux participant aux réunions de synthèse, de concertation, ou d'élaboration du Plan Personnalisé de Santé de leurs patients.


 Les acteurs des réseaux de santé en tant qu'experts et l'UNR.Santé en tant que partie prenante, sont aujourd'hui sollicités par la *Haute Autorité de Santé* pour participer, aux côtés

des autres acteurs, à *l'élaboration de recommandations dans de nombreux domaines concernant la coordination des parcours* (PPS, fonctions d'appui, insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, soins palliatifs, cancérologie, gérontologie, entre autres).


 Les derniers **rapports du FIQCS national** (2010-2013), ainsi que les **récents rapports de l'IGAS et de la Cour des Comptes** et divers ouvrages de référence (*La coordination dans le champ sanitaire et médico-social*, Fondation Paul Benetot, 2011 ; *Coordination et parcours*, Bloch et Hénault, 2014 ; *rapport IGAS sur la coordination des soins*, 2015 : [http://www.unrsante.fr/index.php?p=1\\_13\\_Actualit-s](http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_13_Actualit-s) ; *rapport de la Cour des Comptes sur les soins palliatifs*, 2015 : [http://www.unrsante.fr/index.php?p=1\\_13\\_Actualit-s](http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_13_Actualit-s)) ont rappelé, de façon explicite ou implicite selon les cas et les postures des rédacteurs, que *la majorité des réseaux de santé ont développé des compétences inégalées et utiles en matière de coordination des parcours* dans diverses pathologies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, obésité, oncologie,...) et situations spécifiques (soins palliatifs, gérontologie). Ces rapports rappellent aussi que les réseaux de santé mobilisent les médecins généralistes de leur territoire et constituent des collectifs d'acteurs facilitant la coopération et le décloisonnement des services. Ainsi, il est enfin bien admis que les réseaux de santé sont d'emblée bien placés pour assurer les missions qui leur sont aujourd'hui assignées dans cadre de l'évolution du système de santé, et s'intégrer pleinement dans la constitution des *plateformes d'appui à la coordination*, nommées dans un article spécifique du *projet de loi de santé 2015*.

 L'UNR.Santé peut faire état, sans réserve, de la participation de la médecine générale, des autres acteurs libéraux, et des usagers de santé à la gouvernance partagée de la plupart des réseaux de santé en France, ce depuis plusieurs années, et bien avant la loi HPST. Dans la majorité des régions, les réseaux de santé sont structurés en association loi 1901 administrées par un Bureau qui comprend les acteurs libéraux. C'est une relecture attentive de l'organisation des réseaux de santé qui permet de remettre en lumière l'un de leurs fondements qui avait

curieusement échappé à leurs détracteurs à l'heure où l'on se demande sous quelle bannière faire coopérer les acteurs : **la gouvernance partagée**.

 Une mention particulière est à consacrer aux **réseaux s'occupant d'enfants**, pour lesquels l'UNR.Santé a clairement indiqué qu'elle ne pouvait pas envisager qu'ils soient emportés dans le « maelstrom de la polyvalence », du fait de leur spécificité populationnelle et de leurs modes opératoires. Dans certaines régions, les ARS ont déjà considéré de façon spécifique leur évolution, proposant soit des adaptations structurelles ou de leurs territoires de déploiement, soit une réorganisation en lien avec les autres dispositifs chargés des pathologies et troubles de l'enfance, soit enfin un cahier des charges spécifique. L'UNR.Santé est dans l'attente de ce qu'elle a demandé en 2014, et lui a été indiqué par la DGOS il y a un mois, à savoir une notification de sa part aux ARS afin de considérer la situation particulière de ces réseaux vis-à-vis des orientations du guide méthodologique de 2012.

### Le paysage reste parfois terne

 Les réseaux de santé restent perçus par de nombreux acteurs de santé comme des institutions ou entités, au même titre qu'un centre hospitalier, une maison de santé, ou un service de l'autonomie d'un Conseil Général. Ils ne sont pourtant que des espaces collaboratifs, essentiellement associatifs, entre des acteurs en santé quelque soient la forme juridique, l'organisation, ou la modalité d'exercice de ceux-ci. Il s'agit d'une richesse structurelle propice au décloisonnement mais qui pose le problème de la valorisation et de la reconnaissance des missions auprès des différents interlocuteurs et en particulier les institutions, tant que ces missions ne sont pas clairement soutenues par son régulateur/financeur, c'est-à-dire l'ARS. L'adaptation des réseaux de santé au nouveau paysage de la santé doit s'effectuer avec l'appui d'une véritable *lettre de mission de l'ARS* afin de permettre la pleine expression du


décloisonnement, du partage des compétences en particulier au service des soins primaires, en subsidiarité et confiance mutuelle, au sein du collectif d'acteurs ainsi constitué pour remplir des objectifs jugés prioritaires en territoires par ces acteurs et l'ARS pour la coordination des parcours de santé.




De nouveaux acteurs ont émergé dans le paysage de la santé au cours des dix dernières années, de façon prégnante depuis la loi HPST et la création de la CNSA : maisons et pôles de santé pluriprofessionnels, dispositifs MAIA, inter filières géranto-gériatriques, entre autres. En parallèle, d'autres acteurs ont fait légitimement savoir qu'ils jouaient un rôle clé dans la coordination des parcours de santé : HAD, SSIAD, CLIC, entre autres. Définir ce que sera une plateforme d'appui est aujourd'hui le défi à surmonter, puisqu'il s'agit de faire coopérer tous ces acteurs et dispositifs, considérés comme concurrents ou en superposition par beaucoup d'entre eux, et dans tous les cas dont la multiplicité dans les territoires rend difficile la compréhension de leurs missions et leur sollicitation optimale par les professionnels et usagers, à l'hôpital comme au domicile. Il n'y a aujourd'hui aucun modèle qui s'impose, et il est capital qu'aucun ne soit imposé aux acteurs de terrain.





Certaines régions, à l'opposé de l'évolution prônée par le Ministère avec le guide méthodologique de la DGOS de novembre 2012 (à propos duquel l'UNR.Santé a émis des critiques), ont choisi de conserver une organisation thématique pour les réseaux de santé, ou de les faire disparaître pour ne faire émerger qu'un petit ensemble de structures portant soit sur des missions d'ETP, soit des missions de support. Si ce constat rappelle que les ARS ont « la main » sur les choix concernant l'organisation des acteurs qu'elle finance, on peut d'emblée imaginer la difficulté qui surgira à nouveau lorsque les ARS auront des orientations nationales pour la constitution des plateformes d'appui.


 Les expérimentations des parcours pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie (dites *PAERPA*), déployées dans 9 régions pilotes, montrent aujourd'hui les limites des coopérations imposées entre acteurs et les difficultés liées aux postures de préemption de la part de certaines institutions ou acteurs vis-à-vis des actions en proximité autour de la personne, négligeant l'avis des acteurs libéraux ou des usagers. Orientée initialement vers la recherche d'une modélisation à élargir aux maladies chroniques, l'expérimentation révèle que les organisations territoriales *ad hoc* prévalent sur une schématisation standard. L'enjeu devrait être l'identification, par le biais d'une *évaluation participative*, des facteurs de réussite et d'échec des divers montages régionaux destinés à assurer avec tous les acteurs une *coordination territoriale d'appui*, creuset non encore avoué de la démarche nationale vers des plateformes d'appui et évocation implicite de l'esprit d'une *communauté professionnelle territoriale de santé*, en fait et place de celui de *service territorial de santé* (demande d'amendement du projet de loi en cours de débat parlementaire).

 Le non-événement le plus récent est le *rapport de l'IGAS sur la coordination des soins* ([http://www.unrsante.fr/index.php?p=1\\_13\\_Actualit-s](http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_13_Actualit-s)). A partir d'une méthodologie très discutée de la part d'une institution abordant un tel sujet, diverses préconisations sont formulées, mettant légitimement au devant de la scène (sans nouveauté cependant pour une telle annonce) la place déterminante des acteurs de soins primaires. L'une d'entre elles suggère l'intégration de la coordination d'appui auprès des équipes de soins et suscite de fait quelques questions : qu'en est-il pour la gestion de cas ? pourquoi un unique porteur pour une mission au nom de et avec la collectivité des acteurs (ce qui est reproché à un Conseil Général pilotant un dispositif MAIA) ? pourquoi ignorer ces infirmières ASALEE qui sont aussi des coordinatrices d'appui de réseaux ? pourquoi ignorer les dispositifs intégrés où réseaux, MAIA, CLIC et acteurs de soins primaires collaborent déjà ?

**Le paysage se tourne résolument vers l'avenir**

 Réseaux, maisons/pôles de santé pluriprofessionnels, et centres de santé coopèrent, construisent, et innovent ensemble. Dans plusieurs régions, des *collaborations de terrain ont été mises en place pour élaborer des procédures communes* de prise en charge des situations complexes au domicile, le déploiement de l'ETP en ambulatoire, la formation sur site à l'usage d'outils de coordination. Des réseaux de santé sont aujourd'hui administrés par les promoteurs de maisons et pôles de santé et/ou centres de santé, au côté des représentants de l'hôpital de référence du territoire, des services médico-sociaux, et des services de l'aide.

 *Des dispositifs d'appui à la coordination se sont spontanément constitués dans divers territoires, au travers de partenariats entre acteurs de terrain, selon une méthode et une structuration propres, authentiques processus ascendants qui souhaitent respecter l'histoire, le compagnonnage, et les caractéristiques du territoire et de ses acteurs.* L'UNR.Santé se rapproche de diverses représentations et fédérations d'acteurs (Association Nationale des Coordonnateurs de CLIC (ANC-CLIC), FEHAP, FFMPS, ...), tout comme les fédérations régionales de réseaux avec les représentants régionaux d'acteurs (par exemple en Rhône-Alpes avec le CISS, la FHF, la FFMPS, ...), afin de jeter ensemble les bases d'une collaboration structurée d'une part, de favoriser les coopérations effectives entre équipes sur le terrain d'autre part.

 L'UNR.Santé et l'Union des Réseaux de Santé de Rhône-Alpes proposent, l'une à Paris l'autre en Rhône-Alpes, une *formation universitaire validante pour la coordination des parcours de santé sous la forme d'un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) impliquant des acteurs de santé de tous horizons*. Ces DIU, ouverts à tous les professionnels de santé, du monde sanitaire ou non, sont destinés à l'acquisition des connaissances et pratiques en matière de coordination, et préparent au métier de coordonnateur d'appui.

Quel tableau au total ?

Ce qui ressort de l'année écoulée est clairement que le sort réservé aux réseaux de santé s'est joué avant tout à l'échelle régionale, avec la disparition d'environ 20% d'entre eux au cours des 3 dernières années. Après avoir franchi un cap difficile tant par la négociation que par l'adaptation, la majorité des réseaux de santé ont conservé un financement, mais aussi une place en région, et conforté leur activité de coordination assortie de leur expertise initiale. La capacité des réseaux de santé à se frayer *leur* chemin vers un avenir serein est aujourd'hui liée à divers attributs et capacités, qu'il faut savoir rappeler ou porter à la connaissance de leurs partenaires et des financeurs :

- \* le caractère partagé de leur gouvernance, que le concept d'« intégration » n'a pas terni car celle-ci n'a pas apportée la solution espérée
- \* leurs efforts constants d'élargissement des partenariats, en particulier avec des dispositifs nouvellement déployés, certains pourtant sans concertation avec les acteurs
- \* à la plus-value apportée en terme de santé à court, moyen, et long termes, démontrable : citons l'exemple des réseaux *Insuffisance Rénale* vis-à-vis du délai de recours à la dialyse, ou *Insuffisance Cardiaque* vis-à-vis des hospitalisations itératives
- \* au déploiement ambulatoire de l'ETP depuis 20 ans, les réseaux portant la grande majorité des dynamiques d'ETP en dehors de l'hôpital
- \* à la simplification de leurs modes opératoires, tant décriés car parfois très compliqués, pourtant imposés du temps des ARH
- \* à leur rapprochement structurel et opérationnel, sans perte de leurs compétences et objectifs fondamentaux, afin de ne pas laisser les bénéficiaires de leurs missions avec une liste de multiples équipes sans lien entre elles
- \* à la démonstration que leurs missions sont au plus près des acteurs de soins primaires et des usagers



- \* aux rapprochement structurel ou opérationnel avec d'autres acteurs en territoire :  
CLIC, dispositifs MAIA, maisons ou pôles de santé

L'UNR.Santé confirme son action de valorisation des apports des réseaux de santé, dans le sens de leur engagement premier pour une amélioration des services en santé, ce en partenariat avec les représentants de tous les acteurs de santé. Son Bureau, en rencontrant régulièrement la DGOS et ces acteurs, s'attachera à suivre les avancées dans diverses dynamiques :

- Guide DGOS concernant les **plateformes d'appui à la coordination**, dans le contexte de la concertation pour le projet de loi de santé
- Rédaction d'une note de la DGOS aux ARS concernant la **place particulière des réseaux s'occupant d'enfants**, dans le contexte d'évolution des réseaux de santé prôné par le guide de 2012
- Dépôt auprès de la CNAMTS, avec l'appui de la DGOS, d'une demande d'enveloppe financière destinée à l'**accompagnement des réseaux de santé en régions**, à la carte (*structuration juridique, déploiement et couverture territoriale, socles techniques des évolutions des équipes, modes opératoires dans le cadre des partenariats opérationnels, appropriation et lecture conjointe des textes officiels définissant les évolutions,....*)
- Lancement d'un **observatoire des parcours de santé**, sous l'égide de la DGOS, avec le concours des organismes officiels (HAS, ANAP), et en partenariat avec les acteurs de santé
- **Lecture critique commune des retours obtenus par la DGOS, à partir des ARS, concernant les activités et évolutions des réseaux de santé en régions**
- Organisation, avec tous les partenaires, à la fin du printemps ou au début de l'automne selon le calendrier du projet de loi, d'un **séminaire de travail** afin de préciser de façon collective les attendus par les acteurs et usagers, et les missions, des futures plateformes ou dispositifs d'appui à la coordination des parcours.

-----