

**Cahier des charges pour l'appel à projet portant sur l'évolution des réseaux de santé en région Rhône-Alpes**  
**Version définitive 17/12/2014**

- I. **Objet** : offrir sur l'ensemble du territoire régional, et en partant des dynamiques existantes, un appui lisible et efficient dans la coordination des parcours de santé complexes et ainsi améliorer les parcours de santé des patients concernés. Cet appui est offert en priorité aux équipes de premier recours.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de repositionner les réseaux de santé en recentrant leur mission sur l'appui à la coordination des parcours de santé complexes, en les faisant évoluer vers la polyvalence et enfin en améliorant leur couverture territoriale.

Ces évolutions s'inscrivent à la fois dans le cadre national défini pour les réseaux de santé par la DGOS en 2012, dans le SROS/PRS de la région Rhône-Alpes et dans la perspective de la loi de santé.

- II. **Contexte et enjeux relatifs à l'évolution des réseaux de santé**

Contexte national :

La chronicisation des pathologies et le développement des pluri pathologies, la montée de la dépendance liée à l'âge ou au handicap, l'isolement, les problèmes sociaux etc...peuvent générer des parcours de santé complexes nécessitant, autour du patient, l'intervention de différents professionnels, que ce soit du champ sanitaire ou également du champ médico-social ou social, avec des allers et venues réguliers entre la ville et l'hôpital. Il existe **un enjeu fort de coordination de qualité et efficiente quelle que soit la population concernée et quel que soit l'acteur en charge de celle-ci.**

**Si le médecin traitant reste le pivot de la coordination autour du patient, il peut avoir besoin d'appui pour le suivi de ces patients aux parcours complexes.**

Il est apparu dès lors nécessaire de faire évoluer les réseaux de santé vers une mission principale d'appui aux équipes de soins de premier recours, pour la coordination des parcours de santé complexes et de les accompagner vers la polyvalence la plus complète possible, au bénéfice des professionnels, des patients et de leurs familles, afin d'éviter la multiplication des interlocuteurs (pour les professionnels et les patients), les ruptures de parcours et favoriser la mobilisation la plus rationnelle possible des ressources existantes.

Le guide méthodologique de la DGOS « améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé » publié via l'instruction ministérielle du 28 septembre 2012, propose des orientations visant à faire évoluer les réseaux de santé vers cette mission d'appui aux médecins et équipes de soins de premiers recours pour la prise en charge des situations complexes leur permettant de gagner du temps médical et de mieux orienter leurs patients. Il va clairement dans le sens attendu par le niveau national de l'évolution des réseaux vers des réseaux polyvalents de proximité, centrés sur l'appui à la coordination des parcours de santé au service des équipes de proximité.

Les missions attribuées aux réseaux de santé s'inscrivent en lien avec la Stratégie Nationale de Santé qui fait de la coordination des parcours de santé une priorité.

Ces évolutions des réseaux de santé s'inscrivent pleinement dans la perspective de mise en place des "plateformes territoriales d'appui à la coordination" telles que définies par l'article 14 du projet de loi de santé, dans lesquelles ils auront nécessairement toute leur place.

Il est attendu des réseaux de santé un positionnement « **au service** » et en subsidiarité des équipes de premiers recours, autres professionnels et proches de patients. Les réseaux de santé doivent pouvoir s'adapter à la diversité et à l'évolution des compétences et des pratiques des équipes de premier recours et des autres professionnels sur chaque territoire.

#### Contexte régional :

En juillet 2012, le nombre de réseaux de santé financés en Rhône-Alpes était de 58 réseaux auxquels ils convient de rajouter 4 expérimentations de ville se rapprochant d'un fonctionnement en réseaux de santé. Ces réseaux sont pour la plupart monothématiques. En effet, sur les 58 réseaux financés, 24 thématiques étaient traitées.

Le présent cahier des charges s'inscrit également dans le cadre du Projet Régional de Santé de Rhône-Alpes qui prévoit dans son volet SROS ambulatoire de faire évoluer les réseaux de santé et de développer leur fonction d'appui vis-à-vis des professionnels de santé de premier recours.

L'évolution des réseaux de santé s'inscrit ainsi dans le cadre de l'objectif général de l'ARS Rhône-Alpes de renforcement de l'offre de soins de premier recours.

### **III. Périmètre du cahier des charges :**

Le présent cahier des charges concerne tous les réseaux de santé existants, à l'exception de :

- réseau régional de cancérologie
- réseaux des urgences
- réseaux de périnatalité et de suivi des grands prématurés
- réseaux Enfance : troubles de l'apprentissage et obésité pédiatrique
- réseaux Handicap psychique
- réseau Santé Bucco-dentaire des personnes en situation de handicap (SDBH)
- réseaux à vocation régionale ou spécifique (EMERAA et SEPRA)

En effet, les réseaux suivi des grands prématurés et réseaux Enfance doivent faire l'objet d'un cahier des charges spécifique, à dimension régionale. Les missions des réseaux régionaux de cancérologie et de périnatalité sont définies par un cahier des charges national comme les réseaux urgences.

Les réseaux Handicap psychique se restructurent en Rhône-Alpes dans le cadre des centres référents de réhabilitation psycho-sociale, qui se constituent autour du CHU de Saint-Etienne, du CH Alpes-Isère, et du CH du Vinatier. Ils font partie intégrante de la filière de réhabilitation psycho-sociale autour de ces trois structures.

La DGOS admet que les réseaux Enfance puissent plus difficilement s'intégrer à une démarche polyvalente.

Le réseau SDBH se structure au plan régional dans le cadre d'une collaboration étroite avec les chirurgiens-dentistes libéraux et les associations œuvrant pour la santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

Ce sont 23 réseaux de santé actuellement existants en Rhône-Alpes qui sont concernés par le présent cahier des charges et l'appel à projet associé.

### **IV. Définitions des notions employées**

- **La coordination des parcours de santé complexes** se définit comme une action conjointe des professionnels de santé, médico- sociaux et sociaux en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en terme d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi.

Elle se distingue de la coordination clinique qui fait référence strictement aux aspects médicaux et relève des missions des professionnels de santé notamment du médecin traitant. *Cf article L 4130-1 du CSP (coordination des soins)*

La coordination des parcours de santé complexe intervient donc en complémentarité de la coordination clinique.

- **La situation complexe du patient** selon le guide DGOS peut se définir :

- par un aspect médical (associations de plusieurs pathologies et/ ou cumul de plusieurs ALD, un degré de sévérité des pathologies et un équilibre non acceptable depuis plusieurs mois, des hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique),
- par un aspect psycho-social (personne ayant un faible recours aux soins en raison d'un isolement social, d'une vulnérabilité sociale, de pratiques de santé inadaptées, intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance associés à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs).

Une situation médicalement très compliquée mais sans complexité associée peut ne pas nécessiter d'appui pour les équipes de premier recours, de même qu'une situation peu compliquée sur le plan médical peut s'avérer complexe par exemple en l'absence d'entourage proche et de vulnérabilité sociale. Cette situation peut évoluer dans le temps.

Au-delà des critères objectifs, ce sont également les professionnels qui définissent le caractère complexe d'une situation, en fonction de leurs compétences, formations, temps, etc..., et attestent qu'ils peuvent ou non y répondre seuls avec leurs propres moyens.

#### - **Distinction entre pluri thématisme et polyvalence :**

La notion d'appui pluri thématique recouvre l'appui aux situations complexes qui réunissent plusieurs pathologies et/ou tranches d'âges, sans pour autant les concerner toutes (exemple: gérontologie, oncologie et soins palliatifs, mais pas diabétologie).

On considère comme polyvalent un réseau de santé dont le principal critère d'inclusion correspond à la difficulté pour les professionnels de premier recours d'assurer seuls leur mission de coordination du parcours de santé du patient compte tenu de la complexité de la situation, sans distinction d'âge ou de pathologie.

## **V. Les attendus vis-à-vis des réseaux de santé**

### **1. Eléments généraux:**

Compte tenu des réorganisations générées par l'évolution des réseaux de santé, quatre éléments généraux seront portés par les promoteurs à la connaissance de l'ARS dans le dossier de réponse à l'appel à projet:

#### - **Partenaires impliqués ou non dans l'évolution des réseaux de santé:**

- o Acteurs directement impliqués dans le projet ou potentiellement mobilisables
- o Acteurs ayant refusé le principe d'une adhésion ou d'une participation aux évolutions des réseaux de santé

#### - **Gouvernance partagée:**

Compte tenu des évolutions attendues des réseaux de santé, leurs modalités de gouvernance doit reposer sur une représentativité équilibrée de l'ensemble de ses partenaires, qui devra se traduire dans les instances de gouvernance prévues. Ces éléments doivent être détaillés dans le dossier de réponse à l'appel à projet.

Un réseau de santé ne peut répondre pleinement à ses missions que s'il constitue un espace de gouvernance partagée entre l'ensemble des acteurs d'un territoire.

- **Formation des professionnels salariés des réseaux de santé** dont les missions peuvent être amenées à être modifiées dans le cadre de l'évolution des réseaux de santé.
- **Systèmes d'informations** : les promoteurs s'engagent à participer à la mise en place d'un SI harmonisé au plan régional et à participer à la rédaction d'un cahier des charges unique pour les réseaux de santé en lien avec le GCS SIS-RA. Ce SI doit permettre les interfaces entre les réseaux de santé et l'ensemble des professionnels intervenant autour du patient au parcours

complexe. Il doit permettre les échanges sécurisés interprofessionnels et éviter la double saisie pour les professionnels de santé de premier recours, à la fois sur leur SI propre et sur le SI des réseaux de santé.

## **2) Territoire d'intervention des réseaux de santé**

A terme, les réseaux de santé devront permettre une couverture complète du territoire régional (5 territoires de santé à couvrir) pour permettre le déploiement de service d'appui pour l'ensemble des professionnels et des patients complexes de la région.

Suivant les besoins de chaque territoire, ils pourront être composés d'un siège territorial et d'antennes de proximité. Les missions dévolues à chaque niveau d'intervention et leur articulation devront nécessairement être explicitées dans le dossier de réponse à l'appel à projet.

Le territoire d'intervention des réseaux de santé doit permettre d'assurer une cohérence et une articulation optimale avec l'ensemble de ses partenaires, en particulier les filières gérontologiques/MAIA compte tenu de l'importance des complexités liées aux personnes âgées.

L'Agence régionale de santé Rhône-Alpes porte une attention toute particulière aux articulations existantes entre les réseaux de santé, MAIA et filières gérontologiques. Les différentes directions de l'Agence sont engagées depuis fin 2014 dans une réflexion spécifique sur ce sujet. Cette démarche, en lien avec les acteurs, doit aboutir à une meilleure lisibilité des périmètres d'intervention et des complémentarités existantes (y compris modalités d'évaluation des situations et systèmes d'informations).

Le promoteur remplira nécessairement dans son dossier de réponse la liste des communes concernées par le projet d'évolution des réseaux de santé et s'engage à respecter cette couverture territoriale (fichier Excel à remplir)

## **3) Mission socle - obligatoire : l'appui à la coordination**

Les promoteurs devront répondre aux missions suivantes :

- Organiser avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires, planifier si nécessaire et suivre le parcours de santé et la prise en charge de patients dont le parcours de santé apparaît complexe
- Apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient: professionnels de santé (prioritairement soins primaires), médico-sociaux, famille
- Faciliter l'articulation ville-hôpital, social, médico-social.

### **3-1-1 / Organiser et planifier le parcours de santé et la prise en charge du patient complexe**

Les acteurs de la coordination d'appui ne doivent en aucun cas se substituer aux effecteurs dans l'acte de soins et interviennent selon un principe de subsidiarité.

Les professionnels salariés des réseaux de santé interviennent à titre principal sur saisine d'un professionnel de santé de premier recours et travaillent en lien étroit avec celui-ci, en premier lieu avec le médecin traitant. Le processus de prise en charge et de suivi des demandes d'appui ainsi que les conduites à tenir seront impérativement formalisées dans le dossier de réponse à l'appel à projet (graphique/schéma).

Dans l'hypothèse d'une saisine initiale du réseau de santé par un autre acteur que le médecin traitant (patient ou tout autre professionnel du champ sanitaire, social, ou médico-social), les professionnels du réseau de santé font systématiquement le lien avec le médecin traitant pour organiser le suivi.

Les professionnels des réseaux de santé co-construisent le parcours de santé du patient avec l'ensemble des professionnels impliqués dans le parcours du patient, en particulier avec le médecin généraliste, au travers du Plan Personnalisé de Santé (PPS) proposé par la HAS (juillet 2013), éventuellement adapté au niveau territorial selon les problématiques rencontrées ("check list" notamment). Ainsi, ils participent à :

- la réalisation d'une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient à son inclusion (en tenant toujours compte des évaluations déjà réalisées par d'autres acteurs si elles existent)
- recueillir le projet de vie et les attentes de la personne et/ou de son représentant légal ainsi que de ses proches
- l'organisation de la concertation pluridisciplinaire des acteurs : réunion de concertation pluri professionnelle
- la co-construction du PPS avec le médecin traitant en particulier
- la sollicitation et la mobilisation des acteurs concernés par le PPS
- au suivi et à la réévaluation du PPS à une date prédéterminée en lien avec l'équipe de premier recours (et au minimum une fois par an)

En lien étroit avec le médecin traitant et en complémentarité des établissements et services de santé, médico-sociaux et sociaux, les professionnels des réseaux de santé facilitent notamment le retour à domicile ou le maintien du patient à domicile :

- Ils anticipent dans la mesure du possible les difficultés médicales, médico-sociales ou sociales des patients en situation complexe et planifient les interventions visant à les surmonter
- Ils prennent en compte l'expression différenciée des attentes de la personne, des proches et du représentant légal
- Ils coordonnent l'action des différents intervenants qui interviennent à domicile

Les professionnels des réseaux de santé participent également à la politique de prise en charge des publics renonçant ou s'opposant aux soins du fait de leur situation sociale ou psychologique.

Nb : dans l'hypothèse où un autre professionnel que le médecin traitant (professionnel dit référent) est fortement impliqué dans le parcours du patient, par exemple un médecin spécialiste hospitalier, le réseau de santé cherchera alors un lien privilégié avec ces deux acteurs tout au long du parcours du patient.

### **3-1-2/ Appui aux différents intervenants auprès du patient en situation complexe**

#### Annuaire de ressources:

Les professionnels des réseaux de santé répertorient l'ensemble des acteurs de santé, du champ social et médico-social sur leur territoire d'intervention et tiennent régulièrement à jour ces informations afin qu'elles soient toujours disponibles pour l'ensemble des acteurs du territoire.

#### Pratiques professionnelles:

Ils s'attachent à la prise en compte des référentiels nationaux/régionaux de prise en charge des pathologies rencontrées, tant dans l'exercice de leurs missions qu'à l'occasion de réunion d'échanges de pratiques / partage d'expériences.

En l'absence de référentiel national ou régional, les réseaux de santé, peuvent élaborer d'autres outils d'aide à la pratique qu'ils mettent à disposition des professionnels de santé de premier recours.

Ils appuient également l'évaluation, la réévaluation et le suivi du patient au parcours complexe par les professionnels, en :

- soutenant et formant les professionnels à l'élaboration et au suivi du PPS
- aidant à l'orientation des patients dans le système de santé et vers un accès aux modes de prise en charge les plus adaptés
- sensibilisant les professionnels au repérage de la complexité en s'appuyant sur les travaux de la HAS

### **3-1-3/ Favoriser la bonne articulation ville-hôpital/social/médico-social**

Les professionnels des réseaux de santé veillent, autour des parcours des patients complexes qu'ils suivent, à la bonne articulation entre les différents intervenants du secteur sanitaire, médico-social et social.

Plusieurs acteurs/dispositifs/structures peuvent intervenir dans le processus d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les réseaux de santé ont la charge de veiller, avec l'ARS et l'ensemble de leurs partenaires, à ce que les missions de chacun soient bien définies et mises en

œuvre de manière complémentaire, afin d'assurer une coordination et une offre de services optimales et lisibles pour les professionnels comme pour les patients sur chaque territoire.

Les réseaux de santé veillent à informer l'ARS des situations problématiques en matière d'articulation entre les acteurs (non nominatives) rencontrées dans leur pratique quotidienne. Ils veillent également à informer les professionnels de toutes les ressources disponibles sur le territoire pour assurer et faciliter les parcours de santé, y compris associatives

Concernant les partenaires des réseaux de santé avec lesquels les relations ne sont pas encore contractualisées (missions de chacun/procédures de travail en commun), un travail spécifique de formalisation devra nécessairement être mené.

Pour les personnes en situation de vulnérabilité, un réseau de santé peut intervenir en articulation notamment avec les PASS intra ou extra hospitalières, les centres d'examen de santé de la CPAM, les Maisons des Adolescents, les CSAPA et CAARUD, les appartements de coordination thérapeutiques, les lits haltes soins santé. Le lien et les articulations entre les différents dispositifs doivent également être contractualisés.

### **3-2 Missions complémentaires – facultatives**

Contrairement à la mission socle d'appui à la coordination, mission première devant être exercée par l'ensemble des réseaux de santé, les missions suivantes peuvent être exercées par les réseaux de santé d'appui sous réserve :

- qu'un état des lieux objectivé des besoins et des ressources déjà existantes ait été réalisé par le réseau en lien avec l'ARS
- qu'aucun autre acteur du territoire ne puisse déjà y répondre de manière satisfaisante

Contrairement à la mission socle d'appui à la coordination évoquée précédemment, et compte tenu des réserves précédemment citées, tous les réseaux de santé n'ont pas nécessairement vocation à exercer les missions ci-dessous.

#### **3-2-1/ Formation**

Un réseau de santé peut développer des formations, prioritairement destinées aux professionnels de santé de premier recours.

Ces formations sont pluridisciplinaires et pluri professionnelles et visent à favoriser le travail en équipe et l'appropriation de référentiels et outils de travail communs. Elles peuvent être mutualisées entre plusieurs réseaux de santé avec un objectif d'échange de pratiques et d'harmonisation.

Afin de permettre une validation des formations proposées aux professionnels de santé par les réseaux au titre du Développement Professionnel Continu, mais également une reconnaissance de l'implication des réseaux de santé en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ceux proposant un volume de formation important à destination des professionnels de santé devront faire les démarches auprès de l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu afin de faire reconnaître les formations proposées.

Lorsque le porteur de projet est habilité/enregistré comme organisme de formation, il valorise les actions de formation associées au titre du financement spécifique OGDPC (hors FIR).

#### **3-2-2 / Education thérapeutique du patient hors établissements de santé**

L'objectif général lié à l'implication des réseaux de santé en matière d'éducation thérapeutique du patient (ETP) est le développement d'une offre structurée d'ETP en proximité, en dehors des établissements de santé.

En fonction du degré d'implication et de maturité des professionnels du territoire, l'intervention des réseaux de santé en la matière peut prendre plusieurs formes :



- formation des professionnels à l'éducation thérapeutique du patient
- aide à la construction de programmes (informations, orientation, aide à la constitution de dossiers...)
- portage direct de programmes d'ETP autorisés par l'ARS

Les réseaux de santé peuvent proposer la mise en œuvre de programmes d'ETP ambulatoire, en lien avec les professionnels de santé de premier recours, sous réserve d'autorisation préalable du programme par l'ARS.

L'objectif de file active pour un programme d'éducation thérapeutique autorisé est d'au moins 50 patients. Les articulations ou regroupements pertinents avec les autres programmes du territoire devront nécessairement être étudiés et si possible formalisés. Si toutefois un réseau de santé envisageait une demande d'autorisation ou de renouvellement pour un programme dont la file active prévue est inférieure à 50 patients, cette demande fera l'objet d'un échange spécifique avec l'ARS au moment de l'étude du dossier.

Le réseau de santé valorise le nombre de patients qu'il prévoit d'inclure dans son programme d'ETP autorisé intégrant le diagnostic éducatif, la participation à deux séances d'ETP minimum et le bilan éducatif. Il s'engage à transmettre à l'Agence les éléments de rapport d'activité relatif à l'éducation thérapeutique chaque année et à respecter les critères d'évaluation définis par l'ARS conjointement avec le groupe de travail régional.

### **3-2-3 Autres missions potentielles:**

Pour toute autre mission que les réseaux de santé souhaiteraient porter, elles devront faire l'objet d'une discussion spécifique avec l'ARS sur la base d'éléments objectifs concernant les besoins et le service rendu.

En tout état de cause, ces missions complémentaires ne pourront être financées par le FIR que si la mission socle est déjà pleinement remplie.

## **VI. Cahier des charges des réseaux de santé**

Le présent chapitre décrit les éléments que devront transmettre les promoteurs à l'appui de leur réponse à l'appel à projet régional :

### **1) Structuration juridique des réseaux de santé**

Les formes juridiques possibles sont celles offertes par le code de la santé publique pour les réseaux de santé (art L6321-2 du CSP) : Associations, Groupement de Coopération Sanitaire, Groupement d'Intérêt Economique ou Groupement d'intérêt Public.

Un projet de statuts ou convention constitutive devra être joint au dossier de réponse à l'appel à projet. Si elle n'était pas encore rédigée, devront être obligatoirement jointes les lettres d'intentions nécessairement validées par les instances compétences, attestant de leur engagement dans les évolutions attendues. Les lettres d'intentions devront comporter à minima les objectifs communs.

### **2) Les moyens humains des réseaux de santé**

Chaque réseau de santé peut être constitué d'une équipe salariée comprenant les professionnels suivants :

- 1 Directeur (trice) administratif du réseau de santé

Il/elle est chargé(e) de l'animation, du pilotage, et du bon fonctionnement de l'équipe salariée

Il/elle est responsable hiérarchique de l'équipe, gère les agendas et les congés.

Il/elle est chargé de la communication, des relations avec les partenaires existants ou potentiels du réseau et les financeurs.

Il/elle est l'interlocuteur (trice) principal de l'Agence Régionale de Santé.

Il/elle est garant(e) de l'élaboration et de la mise en œuvre des outils du réseau à destination des professionnels de santé de premier recours et participe à la mutualisation des outils entre les différents réseaux de santé de la région dans le cadre d'échanges formalisés.

Il/elle est chargé(e) de l'évaluation annuelle de l'activité du réseau (rapport d'activité).

Il/elle est responsable du système d'information du réseau de santé en particulier du dossier métier

- secrétaire comptable

Le (la) secrétaire comptable assure l'accueil téléphonique du réseau de santé et oriente les demandes vers le(s) coordonnateur(s) d'appui.

Il (elle) suit le budget du réseau de santé incluant le cas échéant le suivi des prestations dérogatoires.

Il (elle) transmet à l'Agence Régionale de Santé les documents de suivi prévus au contrat

- Coordonnateur (trice) d'appui:

Il/elle s'assure de la mobilisation des professionnels de santé autour du patient.

Il/elle recherche la mobilisation des usagers et des malades sur la prise en charge qui leur est proposée

Il/elle participe à l'évaluation multidimensionnelle du patient et à l'élaboration du PPS, en lien avec le médecin traitant.

Il/elle participe à la réévaluation du PPS en cas de modification de la situation du patient et dans tous les cas, au moins une fois par an, en lien avec le médecin

Il/elle assure le suivi de la réalisation des interventions planifiées dans le plan, en particulier celles nécessaires au domicile (planification des interventions et de leur périodicité) et des aides matérielles et financières adaptées.

Il/elle assure la transmission des informations entre les intervenants : téléphone, points de coordination par téléphone ou réunion physique, cahier de liaison à domicile...

Il/elle organise les réunions de concertations entre les intervenants impliqués

Il/elle organise la visite au domicile du patient pour évaluer les aménagements et interventions adéquats pour le maintien à domicile.

Le coordonnateur d'appui possède de préférence une expérience professionnelle significative dans le domaine (mais pas nécessairement de formation médicale) ou une formation spécifique à la coordination des parcours de santé.

Au-delà des compétences techniques du personnel recruté, il est absolument nécessaire que le coordonnateur d'appui se positionne toujours "au service" des professionnels de premier recours et de leurs patients complexes, et ne doit en aucun cas travailler "à la place" d'un effecteur de soins existant.

Le nombre de parcours de patients en situation complexe bénéficiant d'un PPS et actif suivis par un coordonnateur d'appui annuellement est fixé au minimum à 80 par an.

Le binôme Directeur/Coordonnateur d'appui est garant de la qualité du suivi des parcours patients, selon des modalités qui devront être précisées dans les dossiers de réponse à l'appel à projet.

Le coordonnateur d'appui peut être le référent géographique sur un territoire donné et référent thématique pour un territoire plus large en fonction de son expérience antérieure.

- Médecin

Il participe à la communication relative au réseau de santé auprès de ses pairs, et facilite les échanges, la coordination, la mobilisation des acteurs de ville, médico-sociaux, et en établissements de santé.

Il apporte, selon leurs demandes, un éclairage ou un avis aux équipes de premier recours et à l'équipe salariée du réseau (analyse conjointe de situations, analyse des pratiques, aides à l'orientation).

Il est chargé de l'analyse des données médicales des patients inclus dans le réseau de santé dans le cadre d'éventuelles analyses de dossiers (évaluation du service rendu par le réseau de santé)

- Autres personnels salariés:

Toute autre demande de financement de l'équipe salariée devra faire l'objet d'un argumentaire (contexte, besoins, positionnement vis-à-vis de l'offre existante, profil de poste) joint au dossier de réponse à l'appel à projet.



Dans le cas où plusieurs réseaux de santé envisagent ensemble la création d'un nouveau réseau de santé polyvalent, devront apparaître clairement dans le dossier de réponse à l'appel à projet les mutualisations de moyens envisagées notamment humains.

### **3) Mode de financement des réseaux de santé**

Les réseaux de santé répondant aux orientations du présent cahier des charges seront financés sur l'enveloppe FIR de la région Rhône-Alpes.

Dans l'attente d'un travail complémentaire qui sera engagé par l'Agence prochainement, les éventuelles prestations dérogatoires financées par les réseaux de santé aux professionnels respecteront nécessairement le cadrage fixé par l'ARS Rhône-Alpes (courrier du 19 décembre 2013). Elles seront présentées en détails dans le dossier de réponse à l'appel à projet et ne pourront en tout état de cause être supérieures à celles accordées dans le cadre du BP 2015.

Les éventuels besoins d'accompagnement juridique devront être détaillés dans les dossiers de réponse à l'appel à projet.

### **4) Objectifs et indicateurs minimums attendus des réseaux de santé**

- Atteinte des objectifs généraux fixés
  - Degré de mise en œuvre de la mission principale
  - Description des missions secondaires
  - Territoire effectif d'intervention du réseau de santé
  - Degré de polyvalence (échelle de 0 à 5)
  - Degré de formalisation/structuration du réseau de santé (projet commun, entité juridique avec statuts propres et mise en œuvre en phase de démarrage, mise en œuvre effective)
  - Liste des partenariats effectifs mais non contractualisés
- Activité d'appui à la coordination:
  - Formalisation du processus d'appui et des conduites à tenir: oui/non
  - nombre de nouveaux patients avec PPS au cours de l'année n
  - nombre de patients (inclus les années précédentes) dont le PPS a été réactivé au cours de l'année n

Nb: le cumul des deux indicateurs précédents constitue la file active du réseau

  - Durée moyenne d'intervention du réseau de santé (PPS actif) + mini et maxi en jours ou en heures
  - Nombre d'appuis ponctuels apportés par le réseau de santé sans coordination globale de parcours via PPS (information, orientation)
  - Nombre de parcours patients pour lesquels le réseau (médecin) a pu identifier un impact en termes d'hospitalisations ou passages aux urgences évités et/ou réduction de durée d'hospitalisation (nombre minimum de dossier par an à définir)
  - % de professionnels différents ayant participé à au moins un PPS dans l'année N (par catégorie) par rapport à la densité de professionnels du territoire
  - Nombre de RCP organisées au cours de l'année N et nombre de patients différents concernés
  - Nombre de réunions de synthèses (à définir)
- Activité de formation des professionnels:
  - Nombre et type de professionnels différents formés au cours de l'année + thèmes des formations proposées (dont PPS)
  - Nombre de professionnels formés déclarant avoir amélioré leurs connaissances après formation
  - Nombre de professionnels déclarant avoir modifié leurs pratiques professionnelles après formation

### **5) Critère et procédure de sélection des projets**

Les porteurs de projets devront décrire très précisément comment ils répondent aux objectifs prévus dans le présent cahier des charges et devront transmettre les éléments financiers et d'activité associés.

Ils devront notamment décrire l'organisation envisagée du réseau de santé :

- rôle du siège, des antennes éventuelles et liens entre les différents niveaux
- composition et organisation de l'équipe salariée (liens hiérarchiques et fonctionnels)
- articulation avec les autres acteurs existants

Ils transmettront un budget prévisionnel de la nouvelle structuration prévue pour l'année 2015, ainsi que les perspectives d'évolution pour 2016 et 2017.

Le mode de sélection est interne à l'ARS et fera l'objet d'un avis en Commission Spécialisée de l'Offre de Soins. Les critères de sélection et leurs pondérations sont précisés plus loin dans ce document.

## **6) Calendrier et modalités d'accompagnement des réseaux qui n'entrent pas dans le dispositif de recomposition**

Une première version du présent cahier des charges a fait l'objet d'une présentation en CSOS et d'un passage en COSTRAT en novembre 2013 ainsi que de plusieurs échanges avec le groupe de travail restreint composé d'un représentant de l'URS-RA, d'un représentant de l'URPS, d'un représentant de la FEMASRA, d'un représentant de la FHF. La version finale a été validée par le COSTRAT le 24 novembre 2014 et présentée à la CSOS le 17 décembre 2014. Elle a également été présentée au groupe de travail restreint le 11 décembre 2014, ainsi qu'en séance plénière à l'ensemble des réseaux de santé concernés le 19 décembre 2014.

L'appel à projet sera lancé la **semaine du 5 janvier 2015**. Les réponses complètes (version papier) devront être transmises au siège de l'ARS avant le **16 mars 2015** délai de rigueur (cachet de la poste faisant foi). Une version électronique sera nécessairement transmise pour cette même date.

L'étude des dossiers (et les éventuelles demandes de renseignements complémentaires) se déroulera du 16 mars 2015 à la semaine du 27 avril 2015.

**Les notifications aux porteurs (retenus/non retenus) seront envoyées courant mai 2015.**

Les financements des réseaux de santé concernés par le cahier des charges et n'entrant pas dans le cadre des évolutions attendues perdurent jusqu'au 31 décembre 2015 et seront ensuite soit arrêtés, soit réorientés vers d'autres financements plus adéquats à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016.

## **7) Pièces constituant le dossier de réponse**

- Présentation écrite détaillée du projet (nombre de parcours coordonnés, liste des communes d'intervention, modalités de gouvernance, moyens mutualisés, profil de poste de chaque salarié etc...), de son état de mise en œuvre et un budget prévisionnel associé, détaillé selon le modèle joint
- Copie des statuts du réseau (ou lettres d'intentions signées du Président)
- Photocopie du récépissé de déclaration en Préfecture
- Derniers comptes annuels approuvés
- Copie du dernier rapport du Commissaire aux Comptes daté et signé (pour les organismes ayant reçu plus de 153 000 euros de dons ou subventions) s'il n'a pas déjà été transmis à l'ARS
- Dernier rapport d'activité des promoteurs s'il n'a pas déjà été transmis à l'ARS
- Pour les Associations : PV d'Assemblée Générale mentionnant la nomination du Président
- Relevé d'identité bancaire (original)

Tout dossier incomplet ne pourra être retenu