

La Lettre de l' **UNRsanté** Union Nationale des Réseaux de Santé

Sommaire

<i>ÉDITORIAL.....</i>	<i>2</i>
<i>VIE INTERNE de l'UNR.Santé.....</i>	<i>7</i>
<i>NOUVELLES D'AILLEURS.....</i>	<i>11</i>
<i>ILS L'ONT DIT OU FAIT.....</i>	<i>11</i>
<i>CONTRIBUTIONS DE L'UNR.SANTÉ.....</i>	<i>13</i>
<i>CAS CLINIQUES.....</i>	<i>14</i>
<i>VOUS AVEZ DIT COMPLEXE ?.....</i>	<i>14</i>
<i>UN AUTRE PARCOURS... A MEDITER.....</i>	<i>17</i>
<i>CONGRES, EVENEMENTS, JOURNEES : REGARD EN ARRIÈRE.....</i>	<i>19</i>
<i>CONGRES, EVENEMENTS, JOURNEES À VENIR.....</i>	<i>21</i>

Bonjour à tous

Le printemps est le temps des bilans et du regard vers l'avenir, un œil dans le rétroviseur et l'autre sur la route qui s'ouvre. Et elle est large ! Bonne lecture.



ÉDITORIAL

Évolution, cahier des charges, CPOM, ou loi ? C'est tranché : tout à la fois !

L'avions-nous anticipé ? Du dédain au regain d'intérêt

Les 3 derniers mois ont été majeurs en matière d'évolution pour les réseaux de santé. Les 2 prochains le seront encore plus. Au cours de la rencontre qui a eu lieu le 3 mars dernier avec le Directeur Général de la DGOS, l'UNR.Santé a demandé que soient abordés les points suivants.

- 1) L'antériorité et l'expérience des réseaux de santé en matière de coordination des parcours de santé complexe doivent être reconnues, en particulier dans le cadre de l'élaboration de la prochaine loi de santé publique et du *Service Public de Santé*, l'un de ses éléments clés, et tout autant au niveau des ARS.
- 2) Une cohérence entre les différents dispositifs de coordination, ceux qui existent déjà et ceux qui sont déployés dans les territoires (avant tout réseaux de santé, CLIC, et dispositifs MAIA), doit être organisée à l'échelle nationale, pour une politique organisationnelle, et dans chaque région en terme de politique de déploiement territorial, en laissant la souplesse aux acteurs locaux pour s'organiser et en reconnaissant les divers métiers comme complémentaires : coordination d'appui et gestion de cas, entre autres.
- 3) Une clarification doit être apportée au niveau national et un suivi organisé au niveau régional concernant les attendus d'évolution des réseaux thématiques, les ARS ayant aujourd'hui toute latitude pour choisir ce qui convient à leur politique propre sans forcément suivre d'orientations nationales affichées, comme le Plan Cancer par exemple. Ont été particulièrement

cités, mais pas uniquement : réseaux gérontologiques, de cancérologie, de soins palliatifs, pour les maladies métaboliques (diabète) et cardio-vasculaires, ceux s'occupant d'addictions ou s'occupant d'enfants.

4) Un observatoire conjoint par acteurs de santé (dont usagers et professionnels), sous l'égide de la DGOS et avec le soutien de l'ANAP et la HAS, doit être mis en place afin de décrire de façon longitudinale et prospective les parcours de santé des citoyens, réalités de terrain pour lesquelles les pouvoirs publics n'ont pas de données factuelles, en particulier concernant les modes opératoires, de coordination, et d'articulation des acteurs. Les expériences de gestion coordonnée et collaborative des parcours complexes au sein des réseaux de santé dans diverses pathologies et au sein de territoires très variés peuvent grandement enrichir un tel recueil.

5) L'UNR.Santé, avec le concours de la DGOS, demande un soutien financier auprès de la CNAM via le résidu des fonds FIQSC de 2013, afin de mettre en œuvre un *dispositif d'accompagnement* à l'évolution structurelle des réseaux, dont le périmètre de travail peut être régional, en lien avec les fédérations régionales de réseaux. L'organisation de ce dispositif doit également être envisagée avec les fédérations et collectifs nationaux de réseaux thématiques afin de prendre en compte expertises et compétences.

Mais il faut payer la note

Les réseaux sont donc bien toujours là et devraient toujours l'être dans la future loi de santé. Mais il vont devoir encore et toujours jouer des coudes, avant tout à l'échelle régionale et territoriale, en pleine contrainte budgétaire pour l'ensemble du monde de la santé publique, tout en sachant composer avec de nouveaux partenaires et se présenter encore plus fortement qu'avant, en lien étroit avec le principal bénéficiaire de leurs missions : le premier recours. C'est manifestement ce qui a manqué aux réseaux de santé depuis l'avènement de la DNDR dès 2002.

Considérés avec empressement par l'Etat comme une solution quasi miracle au décloisonnement et aux problèmes des parcours de soins en dehors de l'hôpital (les discours des Ministres de l'époque sont édifiants et à relire), les réseaux de santé se sont rapidement développés, au gré des demandes au niveau régional auprès des Missions Régionales de Santé, avec une complexité fonctionnelle largement induite par les financeurs eux-même, et sous contrôle administratif plus sévère que celui d'un établissement hospitalier (nombre de directeurs d'établissement impliqués dans les réseaux de santé l'ont répété) . Le tout, au final, sans gouvernance nationale (l'une des analyses tirées du rapport IGAS de 2006), sans évaluation méthodologiquement valide vis-à-vis du service rendu (en dehors des listes chiffrées des rapports FIQCS, qu'y a t-il ?). Quel est aujourd'hui le discours qui est opposé à ceux qui ont

répondu présents, au sein des réseaux, aux orientations du système de santé du moment et dans les règles imposées du moment : cloisonnement thématique, modes opératoires compliqués, adossement aux établissements hospitaliers, ..., « les réseaux ont raté leur histoire ». Parmi ceux qui écrivent l'histoire en santé, certains semblent avoir don de mémoire courte : qui avait promu tout cela et comme cela ?

Nous payons donc, certes, une facture qui n'est pas la nôtre. Mais notre réactivité relative vis-à-vis des alertes concernant notre avenir et les liens à développer avec les soins primaires, qui se succèdent depuis 2007, reste à la charge de nombre d'entre nous. A nous donc de montrer que ce qui a été porté par les réseaux de santé sont des réponses qui étaient parmi celles attendues, mais qu'elles ne pouvaient résoudre les problèmes organiques de notre système de santé, dont nous ressentons tous et de plus en plus les effets délétères et qui se soldent aujourd'hui par une succession de dynamiques toujours cloisonnées (CNSA *vs* DGOS, CNAMTS *vs* tous les autres, via Sophia et Prado). L'Etat et ses lois devront bien un jour les faire tomber.

Le printemps arrive tout de même

Le printemps 2014 voit fleurir les initiatives concernant l'évolution des réseaux de santé, au regard du guide méthodologique de la DGOS paru il y a maintenant plus d'un an : les cahiers des charges des ARS reprennent pour la plupart les grandes lignes du guide, et un document d'aide aux ARS, issu de travaux de la DGOS, pour l'établissement de CPOM pour les réseaux de santé, se profile. L'UNR.Santé sera appelée à discuter le document avant sa finalisation. Il est bien sûr question de considérer la coordination territoriale d'appui comme la mission principale des réseaux de santé, mais ceux-ci pourront également **afficher, annexées, des compétences spécifiques dans diverses pathologies ou soins (soins de support, par exemple), réaliser et favoriser l'ETP ou la formation des acteurs et usagers de santé, dès lors que ces actions seront en soutien direct des acteurs des soins primaires.**

Il ressort des rencontres régulières depuis plusieurs mois avec nos interlocuteurs de la DGOS, des chargés de mission d'ARS, des représentants des acteurs de soins primaires ou des usagers et des aidants, que la *problématique des expertises*, plus largement celles des parcours de santé dans des pathologies spécifiques qui sont le cœur de l'organisation de nombreux réseaux de santé, devrait être considérée selon les cas à plusieurs niveaux :

- **soit à une échelle thématique régionale**, dans le cadre éventuel de structures de ressources ou d'appui pour une pathologie donnée
- **soit à une échelle de proximité**, intégrées au sein de plateformes territoriales d'appui plurithématiques

- **soit de façon spécifique**, à débattre directement au niveau de chaque ARS :
 - les réseaux s'occupant d'enfants pourraient avoir une organisation propre dans le cadre des priorités du Projet Régional de Santé
 - les réseaux s'occupant des addictions auraient à s'intégrer dans une réorganisation régionale des structures impliquées dans cette thématique

Sous quelle forme les ARS, souveraines, souhaiteront-elles les évolutions de la plupart des réseaux vers des plateformes plurithématiques d'appui ? **Ceci doit être négocié en régions avec les fédérations régionales de réseaux, dont l'UNR.Santé soutient l'organisation de façon ubiquitaire sur le territoire français.** Le leit-motiv, depuis plus de 5 ans, esquissé dès la circulaire de 2007 pour les réseaux de soins de support, est bien l'évolution générale des réseaux de santé vers une coordination d'appui des professionnels de santé de soins primaires, en particulier les médecins traitants, avec une portée d'entrée polythématique, simplifiée en matière de critères d'inclusion, et de parcours gérés avec des modes opératoires allégés. Un certain nombre de réseaux de santé, thématiques ou non, sont déjà dans une telle dynamique, notamment au travers de l'évolution de leurs modes opératoires, mais il s'agit pour eux d'en **renforcer l'affichage, notamment en rappelant d'une part leurs gouvernances partagées, d'autre part leur positionnement en tant qu'espaces coopératifs pour les liens Ville-Hôpital et entre tous les acteurs, collectivités territoriales et secteur de l'aide compris, pour le suivi des parcours complexes en ambulatoire.** On retrouve là le sens même du *Service Public Territorial de Santé* (SPTS), dont il sera question plus bas. Les débats concernant le SPTS ont en effet bien mis en avant, à l'échelle opérationnelle, la notion clé de dispositif coopératif ascendant, c'est-à-dire émanant des acteurs eux-mêmes, essentiellement autour de la coordination des parcours. Nous devons fortement rappeler cette notion, qui caractérise justement les réseaux de santé, même si le terme « réseau » pose aujourd'hui non plus un problème de sémantique mais plutôt de posture politique pour ses détracteurs, alors qu'il réapparaît non seulement dans divers textes officiels mais également, quasi *ex nihilo*, dans diverses institutions (exemple du site de la CNSA, dans la caractérisation de ce qu'est une MAIA).

Quelles missions les réseaux de santé se sont-ils assignés depuis longtemps ?

- **Promouvoir des outils pour les professionnels de santé, d'une façon décloisonnée**
- **Elaborer un PPS avec le médecin traitant**
- **Promouvoir l'éducation thérapeutique hors de l'hôpital**

- Organiser et coordonner des parcours de patients en situation complexe (handicap de l'enfance, pathologie chronique de l'adulte, situation d'addiction, pathologie neuro-dégénérative ou neuromusculaire, soins de support, gérontologie)
- Favoriser l'animation territoriale des coopérations

Redisons-le et valorisons-le, en particulier lors des négociations des fédérations régionales avec les ARS, pour réformer certes ce qui doit l'être, en insistant sur la simplification des procédures et la consolidation des compétences acquises. Il reste pour les réseaux de santé à savoir s'organiser entre eux et avec les partenaires de territoire pour entrer dans ce cadre nouveau du regroupement territorial, imposé certes mais aussi souhaité par les acteurs de soins primaires : rapprochement à divers niveaux opérationnels et structurels, mutualisation de missions ou de moyens. C'est cette étape ultime qui constitue un cheminement difficile, empreint des spécificités historiques de chacun, de la mobilisation d'administrateurs et équipes déjà en flux tendu, des représentations de ce qui est juste ou bon aux uns ou aux autres, des ressources en territoires, des contraintes budgétaires, et du bon vouloir des partenaires.

Quand les réseaux de santé ne sont pas les seuls dispositifs de coordination présents dans un territoire, comment coopérer avec les autres, d'autant que ceux-ci sont portés par diverses structures : services de l'autonomie des Conseils Généraux, HAD, dispositifs hospitaliers de coordination (infirmier de coordination en cancérologie, dispositif d'aide à la sortie des patients hospitalisés, entre autres), MAIA et CLIC pour les personnes âgées ? Certains parlent de méta-coordination : une autre couche dans un mille-feuille vertical et horizontal déjà bien fourni ? Et si l'on pense aux usagers, troisième axe prioritaire de la Stratégie Nationale de Santé, et à leur positionnement légitime en référents de parcours (projet UCPS du CISS Rhône-Alpes : http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_19_Innovations-et-Recherches), mais aussi aux aidants ? Les outils du système de santé n'en sont manifestement encore qu'aux prémices de la restructuration organique, et l'État souhaite en évaluer le terreau, avec la saisine récente de l'IGAS par le Ministère à propos de la coordination d'appui et des articulations entre MAIA, CLIC, et RESEAUX. Notons tout autant l'intérêt de la Cour des Comptes et du Haut Conseil à l'Assurance Maladie vis-à-vis des coopérations entre acteurs de santé : les réseaux de santé sont interrogés à ce sujet en ce moment, car les « copies » doivent être rendues sous peu, en pleine écriture de la loi.

Enfin, nous savons aujourd'hui que cette **future loi, via le Code de la Santé Publique, va évoluer pour les réseaux de santé.** Elle devrait intégrer la coordination d'appui au premier

recours comme leur mission première, assortie de missions et compétences connexes comme diverses expertises, l'ETP, la formation, ou le soutien méthodologique. Aux réseaux de santé de montrer qu'ils sont en posture pour œuvrer là où le bât blesse toujours, à savoir l'organisation cohérente de l'utilisation des ressources allouées en territoire pour répondre aux besoins sans cesse croissants en matière de décloisonnement des acteurs de santé. Les réseaux ont aujourd'hui à leur côté de nombreux partenaires représentant tous les acteurs de santé afin que soit adapté à ces besoins le texte de loi. Notons ici que la DGOS, dont les personnes affectées au Bureau PF3 en charge des réseaux, est à l'écoute attentive tout autant que dans l'échange enrichissant.

L'histoire des réseaux de santé n'est donc pas terminée. Au contraire.

Au nom de tous ceux que le Bureau de l'UNR.Santé représente, celui-ci remercie tous les acteurs des réseaux de santé pour leur participation aux travaux au sein des diverses instances, les rencontres avec les partenaires, le travail régulier avec la DGOS ; ainsi que tous les acteurs des réseaux qui ont « occupé le terrain » au cours des différentes manifestations régionales et nationales, en organisant des événements mettant en valeur les réseaux, en enrichissant par leurs réflexions le portage de leurs valeurs et apports en matière de santé publique.

Les bénévoles du Bureau de l'UNR.Santé oeuvrent, au cours de leur mandat, au bénéfice de l'ensemble des réseaux de santé. Ils consacrent leur temps, leur énergie, leurs moyens pour que l'avenir des réseaux de santé ne soit plus synonyme de disparition mais soit leur intégration dans le nouveau paysage de la santé publique. Adhérer à l'UNR.Santé, c'est soutenir celles et ceux qui permettent que la voix des réseaux de santé soit entendue, respectée, et prise en compte.

VIE INTERNE de l'UNR.Santé

Conseil d'Administration - Assemblée Générale

L'Assemblée Générale s'est tenue le 24 octobre 2013 de 10h à 11h 30 à Paris.

L'UNR.Santé a souhaité une assemblée élargie aux représentants des fédérations régionales et des fédérations nationales thématiques de réseaux de santé, qui ont été invités aux débats.

Pourquoi cette Assemblée élargie ?

L'UNR.Santé a été construite par un certain nombre des présents à un moment clé où le système de santé entrainait en changement avec l'écriture de la loi HPST. Avec le déploiement des ARS est survenue la perte de financement d'un certain nombre de réseaux. Certaines dynamiques projetées avec la création de l'UNR.Santé ont été mises à mal. Il fallait donc être réalistes : d'abord consolider les bases territoriales, celles des réseaux eux-même, et établir des forces de négociation avec les ARS sur des bases régionales.

L'UNR.Santé étant une représentation nationale des réseaux, elle ne gouverne pas les réseaux mais soutient le concept porté par les réseaux, veut valoriser leurs missions et leurs plus-values, au niveau des tutelles, des institutions, et des représentations nationales des acteurs, les ARS conservant quoiqu'il en soit une totale autonomie dans leur choix vis-à-vis de l'évolution des réseaux dans leurs territoires.

Suite à la parution au guide méthodologique de la DGOS, il fallait redonner un souffle et redonner de la voix, notamment aux réseaux thématiques dont on ne voyait pas apparaître l'importance des expertises dans le guide, alors même que les Projets Régionaux de Santé et les Plans Nationaux insistaient sur les approches par pathologie ou grandes situations de santé (handicap de l'enfant, soins de support, gérontologie, addictions,...). Le Bureau de l'UNR.Santé a donc souhaité inviter les représentants des fédérations thématiques à cette Assemblée Générale Ordinaire, les expertises au sein des réseaux devant être clairement identifiées comme porteuses de réponses adaptées aux problématiques de la coordination des parcours de santé. Les réflexions communes à ce sujet doivent être portées collectivement par l'UNR.Santé et les fédérations, au moment où s'ouvre une nouvelle ère pour la santé.

Ont participé à cette Assemblée Générale :

Fédérations Nationales et Collectifs Nationaux de réseaux de santé :

FN DYS, FNRS TLA, Collectif Addictions, ANCRED, ACORESCA, CN REPPPOP, SFAP, SFGG, FNRG, Collectif Insuffisance Cardiaque.

Fédérations Régionales ou Collectifs Régionaux de réseaux de santé :

FREGIF, RESPALIF, Fédération des réseaux d'accès aux soins d'Ile de France, Collectif Réseaux Rhumatismes Inflammatoires d'Ile de France / Fédérations régionales de Pays de Loire, Alsace-Lorraine, Rhône-Alpes, Ile de France, Bretagne, Océan Indien, Nord Pas de Calais, Bourgogne.

Cette Assemblée Générale a également donné lieu à des élections au Conseil d'Administration.

Élection du Conseil d'administration 2013 / 2014

RÉSEAU CODIAB	M.	BARJONET	Lionel	DIABÈTE	56
RÉSEAU CRONOSS 06	Dr	CLOUET D'ORVAL	Alexandra	GÉRONTOLOGIE	6
RÉSEAU ODYSSEE	M ^{me}	CORNU	Valérie	GÉRONTOLOGIE - SOINS PALLIATIFS	78
RÉSEAU DIALOGS	M ^{me}	DARRAS	Cristel	DIABÈTE	69
RÉSEAU ASSOCIATION MARSEILLE DIABÈTE	M ^{me}	DELORIEUX	Véronique	DIABÈTE	13
RÉSEAU SPES	M ^{me}	ELIEN	Françoise	SOINS PALLIATIFS	91
RÉSEAU ARESPA	M ^{me}	LE MARER	Frédérique	RÉSEAU DE SANTÉ D'APPUI	25
RÉSEAU LE PALLIUM	M ^{me}	LEMAITRE	Anne-Lyse	SOINS PALLIATIFS SOINS SUPPORT	78
RÉSEAU REGECA	M.	MARANT	Bertrand	GÉRONTOLOGIE	51
RÉSEAU ACLAP SANTÉ	M.	MERLE	Jean-Christophe	GÉRONTOLOGIE	13
Plateforme de Santé du Voironnais	Dr	MICK	Gérard	DOULEUR	38
RÉSEAU RESPEV	M.	HELE	Laurent	RÉSEAU DE SANTÉ DE PROXIMITÉ	56
RÉSEAU ONCO 94	Dr	ORTOLAN	Bernard	CANCÉROLOGIE	94
RÉSEAU Prévention Mains IDF	M.	THERON	Patrick	PRÉVENTION MAINS	75
RÉSEAU AMAVI	Dr	THYRION	Patricia	SOINS PALLIATIFS SOINS DE SUPPORT	59
RÉSEAU DROMARDIAB	M ^{me}	VALLES-VIDAL	Véronique	DIABÈTE	26
RÉSEAU REVESDIAB	M.	VOIZARD	Pierre	DIABÈTE	91-77
RÉSEAU OSMOSE	Pr	BOUE	François	CANCÉROLOGIE SOINS PALLIATIFS GÉRONTOLOGIE	92
RÉSEAU ONCOPIC	M.	CANARELLI	Jean Pierre	CANCÉROLOGIE	80
RÉSEAU GÉRONTOLOGIQUE DU SAUMURAI	M.	CESBRONS	Jean-Yves	GÉRONTOLOGIE	49
RÉSEAU REDIAB	Dr	COLICHE	Vincent	DIABÈTE	62
RÉSEAU ONCOMIP	Dr	COUDERC	Bernard	CANCÉROLOGIE	31
RÉSEAU ASIF SOINS PALLIATIFS	Dr	DIAWARA	Fatouma	SOINS PALLIATIFS	34
RÉSEAU CRETEIL	Dr	ELGHOZI	Bernard	ACCÈS AUX SOINS	94
RÉSEAU ASDES	Pr	HERVE	Christian	ACCÈS AUX SOINS	92
RÉSEAU RESPAVIE	M.	MOCQUET	Rodolphe	SOINS PALLIATIFS	44
PLATEFORME DU DOUAISSIS	M.	LAUREYNS	Franck	MULTITHÉMATIQUES	59
RÉSEAU AXE CORSE	M ^{me}	LORENZI	Martine	GÉRONTOLOGIE	2B
RÉSEAU DIABAIX	M ^{me}	ORHOND	Céline	DIABÈTE	13
RÉSEAU REPOP	M.	RICOUR	Claude	OBÉSITÉ PÉDIATRIQUE	75
RÉSEAU REUCARE	M ^{me}	RODDIER	Muriel	PRÉVENTION CARDIO-VASCULAIRE ET RÉNALE	97
RÉSEAU RENIF	M.	SCHAHMANECHE	Dara	NÉPHROLOGIE	75
RÉSEAU ARCADE	Dr	SICARD	Gérald	SOINS PALLIATIFS SOINS SUPPORTS DOULEUR	65
RÉSEAU LOIRESTDIAB	M ^{me}	GILET	Catherine	DIABÈTE	45
RÉSEAU TAP IDF	M ^{me}	LEWIK	Sylviane	TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE	94
RÉSEAU GERONTOALSACE (RAG)	Dr	PASSADORI	Yves	GÉRONTOLOGIE	68
RÉSEAU GERARD CUNY	M ^{me}	ABRAHAM	Eliane	GÉRONTOLOGIE	54
RÉSEAU ADIAMMO	M ^{me}	ANGLADE	Véronica	DIABÈTE	2

RÉSEAU ANAIS	M ^{me}	MONGE	Anne	HANDICAP ENFANT	38
RÉSEAU ARC EN CIEL	M ^{me}	QUERO LE JEAN	Ann Claude	TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE	22
RÉSEAU DYS 10	M ^{me}	THIOLLIER	Marie-Claire	TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE	69
GCS MRSI	M ^{me}	BERTRAND	Chantal	POLYTHÉMATIQUES	38

Le **Conseil d'Administration** s'est réuni le **24 octobre 2013 à Paris de 11 h 30 à 13 h**, à l'issue de l'Assemblée Générale, et a procédé à l'élection du Bureau de l'UNR.Santé qui a lui-même élu son nouveau Président.

	Réseau	Région
PRÉSIDENT : Dr MICK Gérard	Plateforme de Santé du Voironnais	Rhône-Alpes
VICE-PRÉSIDENT : Pr BOUE François	OSMOSE	IDF
VICE-PRÉSIDENTE : M ^{me} LEWICK Sylviane	TAP	IDF
VICE-PRÉSIDENT : Dr ELGHOZI Bernard	CRÉTEIL	IDF
VICE-PRÉSIDENT : Pr HERVE Christian	ASDES	IDF

SECRETARE GÉNÉRAL : VALLES-VIDAL Véronique	DROMARDIAB	Rhône-Alpes
---	------------	--------------------

TRÉSORIÈRE : M ^{me} CORNU Valérie	ODYSSÉE	IDF
---	---------	------------

MEMBRE DU BUREAU : M ^{me} ELIEN Françoise	SPES	IDF
MEMBRE DU BUREAU : M ^{me} ABRAHAM Eliane	CUNY	Lorraine
MEMBRE DU BUREAU : Dr COLICHE Vincent	REDIAB	Nord Pas de Calais
MEMBRE DU BUREAU : Dr DELORIEUX Véronique	Marseille Diabète	PACA
MEMBRE DU BUREAU : M. LAUREYNS Franck	PLATEFORME DU DOUAISIS	Nord Pas de Calais
MEMBRE DU BUREAU : M ^{me} LEMAITRE Anne lyse	LE PALLIUM	IDF
MEMBRE DU BUREAU : M ^{me} LE MARER Frédérique	ARESPA	Franche-Comté
MEMBRE DU BUREAU : Dr NAGARD Bruno	RESPEV	Bretagne
MEMBRE DU BUREAU : Dr ORTHOLAN Bernard	ONCO 94	IDF
MEMBRE DU BUREAU : Dr PASSADORI Yves	Réseau Alsace Gérologie	Alsace
MEMBRE DU BUREAU : Dr THERON Patrick	RÉSEAU PRÉVENTION MAINS	IDF

Personnes Qualifiées :

M. Gilles POUTOUT

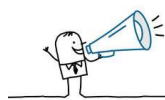
Sciences Po Paris

Paris

M^{me} Françoise FREGEAC


Ex-Directrice Soins MSA


Paris




NOUVELLES D'AILLEURS

ILS L'ONT DIT OU FAIT

 La **Fédération ADDICTION** avait écrit à la Ministre pour dénoncer l'avis de la HAS concernant la restriction de la primo-prescription du *nalméfène* (Selincro^o) aux spécialistes addictologues, aux médecins des CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et des consultations hospitalières d'addictologie, excluant ainsi les médecins généralistes pourtant directement impliqués dans la prise en charge des patients alcoolo-dépendants (http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_21_Communicu-s). Lors d'une question orale à l'Assemblée Nationale, la Ministre vient de confirmer que la prescription de *nalméfène* restera accessible aux médecins généralistes. Les syndicats avaient rappelé que les médecins généralistes gèrent la grande majorité des problématiques liées à l'alcool, avec en 2013 plus de 95% des prescriptions d'*acamprosate* et 85% des prescriptions de *baclofène* réalisées en médecine générale.

 La **FNARS** fédère 850 associations qui, à travers les 2 700 établissements et services qu'elles gèrent, accueillent, hébergent, et accompagnent des personnes confrontées à la précarité. Le rôle de ces associations est d'accompagner ces personnes afin de leur permettre de trouver ou retrouver une place dans la société. Bien que l'absence de ressources, de logement, et d'emploi ait de lourdes conséquences sur leur état de santé, celui-ci passe très souvent au second plan de leurs priorités dans de telles conditions. La FNARS vient de citer les réseaux de santé comme une réponse appropriée à la coordination des parcours des citoyens en situation précaire, lors d'une note préparatoire aux débats régionaux concernant la Stratégie Nationale de Santé.

 La **Conférence Nationale de Santé**, organe de la démocratie sanitaire, a engagé des travaux depuis mi-septembre dans le but de finaliser des recommandations à la Ministre sur la création du *Service Public Territorial de Santé* (SPTS). Cette démarche a vocation à alimenter

l'écriture de la future loi de santé. Un rapport doit être remis ces prochains jours à la Ministre. Le SPTS devrait devenir l'un des éléments majeurs de la loi. Retrouvez le relevé de conclusions de la CNS : http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_18_Documentation.



Le **projet de loi concernant et l'autonomie et l'adaptation de la société au vieillissement** est à lire sur le site du Ministère de la Santé et des Affaires sociales : <http://www.gouvernement.fr/premier-ministre/loi-autonomie-un-grand-chantier-du-quinquennat-est-ouvert>



Le **Plan Cancer** a été annoncé par le Président de la République. Il s'articule autour de plusieurs axes majeurs, dont le dépistage du cancer de l'utérus et un programme national de réduction du tabagisme. D'autres domaines significatifs sont notés en matière de recherche, coopération entre soignants, l'écoute et accompagnement du patient jusqu'à « l'après cancer », et le « droit à l'oubli » permettant un accès facilité au crédit et aux assurances. La place des réseaux territoriaux est réaffirmée dans le champ de la coordination territoriale de proximité, pour rendre le parcours de soins plus fluide et mieux sécurisé, au service des professionnels du premier recours, en évoluant au sein de plateformes d'appui de proximité.



Les **Centres de Santé lancent un Pacte d'avenir**, et font part de leur mécontentement après les préconisations de l'IGAS et la posture du Ministère. La Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS), l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS), et le Syndicat National des Chirurgiens-Dentistes des Centres de Santé (SNCDs) lancent officiellement un appel que les usagers, les élus, les professionnels, et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) sont invités à signer, en réponse à l'inaction de la CNAM et à l'absence de mise en application des promesses du Ministère alors que 20 recommandations de l'IGAS restent lettres mortes. Celles-ci devaient apporter un nouvel élan aux Centres de Santé, qui figurent parmi les annonces du Pacte Territoire Santé et la Stratégie Nationale de Santé. Pour les Centres de Santé, il est tout autant primordial que soit renégocié l'accord national conclu en 2002 entre les caisses nationales d'Assurance Maladie et les organisations représentatives, alors qu'en 2008, il avait simplement été reconduit pour 5 ans puis prorogé en 2013, situation "*inadmissible*" selon l'IGAS. D'autres exemples : à propos du financement de l'option de coordination du travail infirmier, les organisations représentatives avaient finalisé un projet qui a été refusé par la CNAM. Pour "*impulser une démarche d'avenir pour l'offre de soins de proximité*" et "*engager la transformation du système de soins ambulatoires*", la FNCS, l'USMCS, et le SNCDs lancent ainsi un Pacte d'Avenir avec 7 objectifs : financer les missions dévolues aux centres de santé (prévention, promotion de la santé, éducation thérapeutique) ; créer un maillage territorial s'appuyant sur les centres de santé et qui garantisse l'accès à la santé pour

tous et sur l'ensemble du territoire national ; engager la généralisation du tiers payant en s'appuyant sur l'expérience des centres de santé ; développer le travail d'équipes de proximité ; développer l'accès à un cadre d'exercice répondant aux attentes des professionnels de santé ; favoriser le juste soin au juste coût pour respecter les deniers publics et en finir avec les gaspillages et actes inutiles ; développer l'enseignement et la recherche pour les soins de premier recours. <http://www.petitionpublique.fr/PeticaoVer.aspx?pi=P2014N46035>



CONTRIBUTIONS DE L'UNR.SANTÉ

➡ Fin 2013, la HAS a sollicité l'avis de l'UNR.Santé sur des notes de problématique concernant l'intégration territoriale des services sanitaires et sociaux et la coordination d'appui à destination des patients complexes. Cette sollicitation est intervenue dans le cadre d'une consultation des parties concernées vis-à-vis du cadrage du projet « **Fiches points clé et solutions : Comment réaliser l'intégration territoriale des services sanitaires et sociaux ? Comment accompagner les patients complexes par un coordinateur d'appui ?** ». Marc WEISSMANN (CPS, plateforme de coordination d'appui de proximité de l'agglomération grenobloise) et Laurent CENARD (ONCO 94) ont représenté l'UNR.Santé au groupe de travail chargé de l'élaboration des fiches qui s'est réuni mi-février. Résultats documentaires attendus dans les prochaines semaines : ils alimenteront les réflexions pour la définition du métier de coordonnateur d'appui et l'organisation des plateformes d'appui.

➡ La HAS vient de solliciter l'avis de l'UNR.Santé sur l'intérêt d'une fiche « *Parcours de soins, Points clés et Solutions* » sur le thème de la *prise en charge médicamenteuse de la personne âgée présentant plusieurs maladies chroniques*. Les parties prenantes, représentants de la médecine générale, de la gériatrie, de la pharmacie, des soins infirmiers, ainsi que les usagers, seront aussi consultées afin de déterminer les orientations pertinentes.



L'UNR.Santé a participé aux débats de la *Conférence Nationale de Santé* concernant le *Service Public Territorial de Santé*, l'un des pivots de la Stratégie Nationale de Santé (voir : http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_18_Documentation), et a rendu un avis mi-décembre, comme tous les autres acteurs en santé. Les avis ont contribué à l'élaboration du rapport rendu à la Ministre. Il s'agit d'une étape essentielle à la réflexion sur la Stratégie Nationale de Santé et à l'écriture de la future loi de santé publique, prévue à l'été 2014.



L'UNR.Santé a participé, au sein de la *Conférence Nationale de Santé*, au groupe de travail "Jeunes et solidarité dans le domaine de la santé". Quatre grands thèmes ont été travaillés : égal accès pour tous à l'information, politique de prévention adaptée aux jeunes, prise en charge adaptée à la situation des jeunes, solidarité entre pairs et vis-à-vis du handicap, du vieillissement, et de la précarité. Le texte définitif issu du groupe sera rédigé au mois d'avril. Les jeunes ne connaissent bien pas les ressources en santé au sein des réseaux, alors qu'ils pourraient trouver des réponses à certaines de leurs demandes (informations sur le système de soins, sur la prise en charge financière ; aide pour l'ouverture des droits ; conduites addictives).



CAS CLINIQUES

VOUS AVEZ DIT COMPLEXE ?

Christine, pédiatre endocrinologue, prend contact avec le réseau « Diabète » qui assure habituellement l'organisation de l'accompagnement à domicile après découverte d'un diabète chez l'enfant ou l'adolescent.

Un des enfants qu'elle suit, 15 ans, vient d'être placé par décision judiciaire dans un foyer pour adolescents en raison de difficultés dans la prise en charge à domicile par ses parents, avec un diabète très déséquilibré mettant en jeu son avenir à court terme (HbA1c =15%).

Il vit dans un foyer d'adolescents. Il est dans une situation de rejet de sa maladie. Il ne fait pas toutes ses injections d'insuline - jamais celle de midi - ni ses contrôles glycémiques, mange de façon totalement anarchique, sans aucune adaptation corollaire des doses d'insuline. Il est notamment capable d'ingurgiter 1 kg de bonbons en une journée. Il a parfois un comportement

agressif, peut disparaître du foyer durant une journée, et aurait tendance à fréquenter des milieux délinquants.

Il doit changer d'orientation scolaire afin d'entrer dans un format adapté de type « pré-apprentissage » avec un employeur dans le bâtiment, mais avec comme conséquences une dépense énergétique non évaluable à l'avance, des repas en déplacement sur les chantiers, des horaires de travail variables, ...

Il est prévu qu'il conserve un entraînement le vendredi soir dans un club de foot proche de son domicile, avec match le dimanche matin. Il devra donc rentrer chez lui le vendredi soir, mais réintégrer le foyer le dimanche soir.

Le pédiatre souhaite que le réseau recherche dans le secteur un cabinet infirmier et assure sa formation à la prise en charge des jeunes diabétiques (protocole d'insulinothérapie spécifique), ce qui relève de l'organisation spécifique du réseau choisie par ses promoteurs.

L'éducatrice responsable du foyer refuse pour sa part la prise en charge de l'adolescent si ne peut être assurée :

- d'une part de la garantie d'un référent qui assure l'interface entre les intervenants en santé, car ce jeune diabétique rentrera chez lui le week-end et bénéficiera d'un cabinet infirmier spécifique à son domicile ;
- d'autre part de la garantie que les éducateurs du foyer seront formés à gérer les besoins organisationnels liées à la pathologie (alimentation, cadre de vie, anticipation et gestion des risques, ...), sans que cela perturbe l'organisation générale du foyer avec la gestion de 6 autres adolescents ayant leurs propres difficultés.

Demande : Soutien de plusieurs acteurs à l'organisation d'une prise en charge complexe, avec résistance de la personne concernée

Evaluation : adolescent qui a l'intention de « faire payer » le placement en foyer ; parents qui perçoivent qu'on leur retire leur enfant, dans un cadre imposé, et confrontés à une pathologie très anxiogène ; éducateurs non professionnels de santé et personnes assurant les repas au foyer non formées à la spécificité de la situation de santé ; multiplicité d'intervenants : éducateurs, maîtresses de maison du foyer, cabinets infirmiers libéraux, pédiatre, diététicien hospitalier, famille, médecin traitant, médecin référent du foyer.

Pronostic : Dégradation sévère de l'état de santé dans les 2 ans s'il n'y a pas d'amélioration du suivi métabolique, ce qui pousse l'équipe du foyer à accepter la prise en charge et les divers acteurs à coopérer autour d'une coordination des interventions et postures de chacun.

Proposition : Mise en place d'une formation commune de tous les acteurs et démontrer l'intérêt d'une communication permanente, essentielle. Mise en place et suivi de protocoles type « conduite à tenir » au foyer et dans la famille.

Enseignement : Chaque fois que la coordination ou coopération entre acteurs seront défectueuses, l'adolescent en profitera pour échapper au cadre imposé. Chaque fois qu'elles seront efficaces, la situation sera correctement encadrée et les risques sanitaires moindres.

Exemples : 1) les éducateurs ne préviennent pas le réseau ou les infirmières lors d'un retour plus tôt que prévu au domicile : les infirmières du domicile n'ayant pas été informées, l'injection d'insuline n'est pas faite ; 2) l'adolescent ne respecte pas les horaires du séjour au domicile, ne prévient pas ou est absent lors du passage infirmier : si le réseau est prévenu, une organisation différente peut être mise en place le dimanche matin, l'éducateur procédant à un recadrage sur l'obligation de prévenir « sous peine de ».

En pratique, que se passe-t-il ?

Un soir, l'adolescent présente une infection : fièvre, mal-être,.... L'infirmier qui passe au foyer vers 19 h repère un risque de décompensation et demande par automatisme le passage d'un médecin en urgence pour obtenir son hospitalisation, alors que par le réseau, il serait possible d'organiser une entrée directe dans le service de pédiatrie qui le connaît et l'évitement du passage aux Urgences. Le médecin de garde qui voit l'adolescent temporise en demandant à l'équipe du foyer de surveiller. Celle-ci, sensibilisée sur le risque et remarquant son état de santé se dégrader, appelle le SAMU, qui mettra plus d'une heure à envoyer une ambulance afin de conduire l'adolescent aux Urgences pédiatriques, qui l'adresseront aux Urgences adultes car il a plus de 15 ans et 3 mois. À 3 h du matin, sur insistance de l'éducateur qui attend dans les couloirs des Urgences depuis 23 h, l'adolescent est gardé aux Urgences d'où il sera muté tard le matin en service de pédiatrie, où il présentera en arrivant un choc septique. Les pédiatres découvriront des abcès fessiers, non signalés car mal placés pour qu'un adolescent en parle, qui ont probablement été à l'origine de la dissémination d'un staphylocoque doré, évolution classique chez un diabétique. Une semaine plus tard, l'adolescent sortira du service, totalement remis. Quelques mois auparavant, l'adolescent avait rapporté de ses vacances dans sa famille une gale, découverte par les infirmières libérales, tout le monde étant alors prévenu 2 mois après, provoquant un branle-bas au foyer. Au final, le frère aîné, qui n'a pas pris correctement son traitement contre la gale, présentera un abcès fessier. Qui croira que les deux pathologies chez les deux individus n'ont aucun lien de causalité : la prochaine mission du réseau sera la lutte contre les représentations erronées, qui conditionnent les comportements des acteurs de santé, et de là, le parcours de la personne ...

UN AUTRE PARCOURS... A MEDITER

Une coordinatrice d'appui d'une plateforme territoriale de soutien aux professionnels de santé est interpellée par une assistante sociale de service hospitalier pour évaluer les conditions du retour à domicile d'un patient de 86 ans. Celui-ci présente une insuffisance cardiaque modérée et un diabète de type 2 équilibré sous traitement, au décours d'une hospitalisation pour perte d'autonomie avec chutes itératives dans un contexte de troubles cognitifs débutants constatés par la famille.

La coordinatrice d'appui de la plateforme, infirmière, discute des modifications du plan de soins au domicile et identifie les acteurs déjà mobilisés, l'un des cabinets d'infirmiers libéraux ne souhaitant plus prendre en charge le patient du fait de la lourdeur de la toilette quotidienne imposée par la dégradation de l'autonomie. Parallèlement, le médecin de la plateforme contacte d'une part le médecin traitant, d'autre part l'équipe médicale du service, afin d'identifier les facteurs de risques médicaux du retour à domicile. Dans le même temps, l'assistante sociale du service sollicite une révision du plan d'aide par la référente APA du service de l'autonomie du Conseil Général. L'ensemble de ces acteurs travaille quotidiennement en partenariat.

L'équipe médicale du service avait déjà sollicité à l'entrée du patient l'équipe mobile de gériatrie de l'établissement, qui a confirmé l'existence de troubles cognitifs et une perte du consentement éclairé, à réévaluer une fois le retour à domicile effectué et stabilisé, et classé le patient en GIR 2.

La coordinatrice d'appui tente vainement pendant plusieurs jours d'identifier un nouveau cabinet infirmier qui accepte de réaliser les toilettes quotidiennes, le SSIAD de secteur refusant. Cabinets et SSIAD expliquent qu'il s'agit pour eux d'un équilibre financier : la rémunération de 15.90 Euros de l'heure pour une toilette lourde est rédhitoire pour un cabinet libéral ; le SSIAD a déjà dépassé son quota de patients « lourds » pour lesquels la rémunération accordée pour les actes est insuffisante. La révision très rapide du plan d'aide permet après quelques jours d'obtenir l'intervention additionnelle d'auxiliaires de vie, dès le retour à domicile, pour réaliser les toilettes.

Le médecin traitant estimant que l'accompagnement familial est difficile, l'aidante principale étant l'épouse de 84 ans déjà épuisée, elle-même atteinte d'une pathologie chronique avec risque de perte d'autonomie et loin de ses enfants, l'équipe de la Plateforme, l'équipe soignante du service hospitalier et le médecin traitant décident d'un commun accord d'un retour à domicile suivi par la coordinatrice d'appui la première semaine, avec basculement ensuite de la

prise en charge vers le gestionnaire de cas de la MAIA portée par le service autonomie du Conseil Général. Une réunion de concertation pluriprofessionnelle est prévue au domicile à l'issue de cette première semaine.

Cette RCP a en fait lieu 15 jours après le retour à domicile. Les professionnels réunis constatent l'épuisement, mais surtout l'anxiété majeure de l'épouse, qui ne se sent plus capable d'assumer la perte d'autonomie de son conjoint, craint les nuits, et demande somme toute une institutionnalisation. Celle-ci ne pourra avoir lieu qu'un mois et demi plus tard, avec un maintien à domicile précaire mais soutenu par le gestionnaire de cas.

L'EHPAD recevant le patient sur insistance du gestionnaire de cas confiera qu'une place occupée par un patient « lourd » s'est enfin brutalement libérée, 2 autres s'étant libérées avant. Les responsables des EHPAD de secteur confieront lors d'une réunion en interfilière géronto-gériatrique du territoire qu'il devient impossible d'admettre rapidement un patient même nécessitant du fait d'un équilibre à conserver en terme de proportions entre patients lourds et coûteux et patients plus simples et moins coûteux.

Les représentants des structures actrices de la prise en charge de ce patient, réunis lors du Comité de Pilotage de l'interfilière géronto-gériatrique, appellent de leurs vœux les changements nécessaires concernant le financement des aides à domicile pour les personnes âgées, la revalorisation des actes infirmiers pour les patients nécessitant du temps, une expertise en soins, ou polyopathologiques. Si le travail de compagnonnage déjà ancien, assorti d'une procédure de partage d'informations, a permis d'accélérer le retour à domicile du patient, le maintien à domicile a été de son côté très difficile et à risques, aux dépens essentiellement de l'aidant principal, compte tenu du délai d'institutionnalisation. Les acteurs ont considéré que dans le Plan Personnalisé de Santé, outre le plan de soins avec la partie médicale et le plan d'aide, - un plan d'éducation n'étant pas applicable - il aurait été nécessaire de prévoir un plan d'accompagnement s'appuyant aussi sur tous les moyens locaux, associations ou dispositifs solidaires comme ceux déployés au sein de certains CCAS.

Les enfants du patient ont décidé d'écrire une lettre à la Ministre pour signifier la souffrance extrême de leur mère devant l'impuissance des acteurs de santé à répondre de façon adéquate à la situation de leurs parents. Ils ont insisté auprès des acteurs de santé sur la nécessité d'évaluer la fragilité de l'aidant principal tout autant que les risques concernant le patient lui-même, ce qui avait été anticipé avec l'évaluation de l'équipe mobile de gériatrie lors de sa visite à l'hôpital en présence de l'épouse, et par le médecin coordonnateur de la plateforme avec le médecin traitant qui connaît le couple depuis plus de 10 ans. Les autres facteurs clés induisant la difficulté de parcours ont été un domicile inadapté, l'anxiété de l'aidant principal ; le facteur clé de la réussite du maintien à domicile en situation précaire a été l'implication des voisins et de

CONGRES, EVENEMENTS, JOURNEES : REGARD EN ARRIERE

l'infirmière coordinatrice de l'ADMR, établissant un lien de confiance avec l'épouse et adaptant le passage et les missions des aides en fonction des moments cruciaux et des besoins du couple.

Une première morale de cette vignette clinique est qu'il n'est pas forcément nécessaire d'écrire un algorithme de procédure de prise en charge ou d'alternatives de parcours avec autant de détails que pour les règles du financement du système de santé : les acteurs de terrain, devant la difficulté, s'organisent, se débrouillent, comme ils l'ont toujours fait. Une autre morale est que, quelles que soient la richesse de moyens et la qualité de la coopération entre tous les acteurs en territoire, si lois et financements n'évoluent pas en parallèle du déploiement des dispositifs, l'objectif commun, à savoir répondre aux besoins de santé des usagers, ne sera pas forcément atteint.

La 3^e édition de l'Université d'été de la performance en santé, organisée par l'ANAP, a accueilli plus de 400 personnes les 30 et 31 août 2013 à Nantes.

Un succès grandissant pour cet événement désormais inscrit dans le paysage sanitaire et médico-social.

Des professionnels de toutes catégories (médecins, gestionnaires, soignants, institutionnels) ont partagé leurs expériences et confronté leurs points de vue sur le thème « **Évaluer pour améliorer le système de santé : du bon usage des indicateurs** ».

L'UNR.Santé était présente, avec une communication en atelier sur le thème de l'évaluation participative (Voir lien plus bas) et un poster sur la coopération réseau de soins Palliatifs SP et HAD (Voir lien plus bas).

Le 4^e congrès de l'ACORESCA s'est tenu à Paris les 22 et 23 novembre 2013.

L'UNR.Santé s'est exprimée lors de la séance d'ouverture qui s'est déroulée avec les représentants de la DGOS (Voir lien plus bas).

Les 15^e Journées Internationales de la Qualité Hospitalière et des Soins se sont tenues à la Cité des Sciences et de l'Industrie à Paris La Villette les **lundi 25 et mardi 26 novembre 2013**. Cap sur le parcours de santé du patient, pour améliorer la qualité, la bientraitance, la sécurité, et l'efficacité de toutes les étapes du parcours. L'UNR.Santé était présente lors des ateliers 11 « *Construire un parcours de santé* » et 41 « *Personnes âgées : coopérations territoriales innovantes* » (Voir lien plus bas).

Quatrième édition des **Journées Inter-régionales de mise en commun des référentiels en Soins Oncologiques de Support**, à Lyon, les **19-20 décembre 2013**, organisées par l'AFSOS, en partenariat avec ACORESCA et UNR.Santé. Après les trois premières éditions, une citation de 1900 paraissait appropriée : « Vingt fois sur le métier remettez votre ouvrage ; polissez-le sans cesse et le repolissez ; ajoutez quelquefois et souvent effacez. Le talent n'est qu'une aptitude qui se développe. » Retrouvez les débats sur www.afsos.org, et d'autres informations sur le lien donné plus bas.

Lien de documentation pour ces articles : http://www.unrsante.fr/index.php?p=1_18_Documentation

Rencontres de l'INCA - PARIS, Maison de la Mutualité, 4 février 2014

Ces rencontres ont eu lieu en présence de Monsieur François HOLLANDE, Président de la République, qui est venu présenter le nouveau *Plan Cancer*. La matinée a été consacrée aux collaborations internationales en matière de recherche et aux politiques de santé publique menées dans différents pays, notamment dans le champ de la prévention. La journée s'est poursuivie autour des grandes problématiques sociétales, avec la question de la démocratie sanitaire, puis l'analyse des enjeux économiques, professionnels et éthiques liés au cancer.



CONGRES, EVENEMENTS, JOURNEES A VENIR

9^e Journée Réseaux « PERSONNES AGES » de la Société Française de Gérontologie et Gériatrie

LEVALLOIS-PERRET, Espace SEFOREX, 8 avril 2014

Thèmes : grille de repérage de la fragilité / Outil PMSA / systèmes d'information communicants / PPS de la HAS : appropriation et déclinaison en pratique

Contact : *Eliane ABRAHAM*, docteur@reseaucuny.fr

2^e Journée Réseaux de SOINS PALLIATIFS, Société Française d'Accompagnement et Soins Palliatifs

PARIS, Université Pierre et Marie Curie, 11 avril 2014

" Soins palliatifs en réseau à domicile : quels enjeux, quelle(s) expertise(s) et quels partenariats ? "

Pour consulter l'appel à communication et soumettre votre résumé, [cliquez-ici](#).

Contact : *Bénédicte Leclerc* (07 86 83 94 50), benedicte.leclerc@sfap.org

Pour tout autre renseignement sur la SFAP : <http://www.sfap.org/>

Firminy, organise le **1er Avril 2014** à l'École nationale Supérieure des Mines de Saint Etienne

Journée sur le thème de « **L'efficacité des systèmes de soins : quelles solutions possibles ?** »

Cette journée a pour objectif de réunir les mondes de la médecine et de l'ingénierie sur le thème de l'optimisation de l'organisation des systèmes de soins. L'enjeu d'une telle collaboration est triple :

- améliorer la qualité de service au patient ;
- respecter les conditions de travail des professionnels de santé ;
- minimiser les coûts de prise en charge du système de santé.

Les collaborations entre médecins et ingénieurs sont de plus en plus nombreuses. Cependant, l'application du génie industriel et de la recherche opérationnelle aux systèmes de santé reste mal connue du monde hospitalier. Cette journée aura pour principal objectif de réunir médecins, professionnels de santé, chercheurs en mathématiques appliquées et ingénieurs autour de plusieurs thèmes liés à l'efficacité de systèmes de soins, en trois temps majeurs :

- trois **conférences plénières**
- deux sessions parallèles d'ateliers dédiées à plusieurs thèmes : bloc opératoire, urgences, organisation de territoires de santé... Chaque participant pourra s'inscrire selon ses attentes et son environnement de travail ;
- une table ronde réunissant une sélection d'experts dans le domaine.

Cette journée a pour ambition de faciliter la diffusion des connaissances entre le monde de la santé et de l'ingénierie, de valoriser les liens avec l'hôpital et de fédérer tous les acteurs de la recherche autour de la levée de verrous scientifiques liés à l'ingénierie des systèmes de soins et des services de santé.

Pour vous inscrire : <http://jess2014.emse.fr>, onglet : inscription.