

## Thématique 4 : Le réseau de soins : quel est son rôle ?

Revue des différents modèles de réseau de soins au niveau national et international  
Joan Barrubés



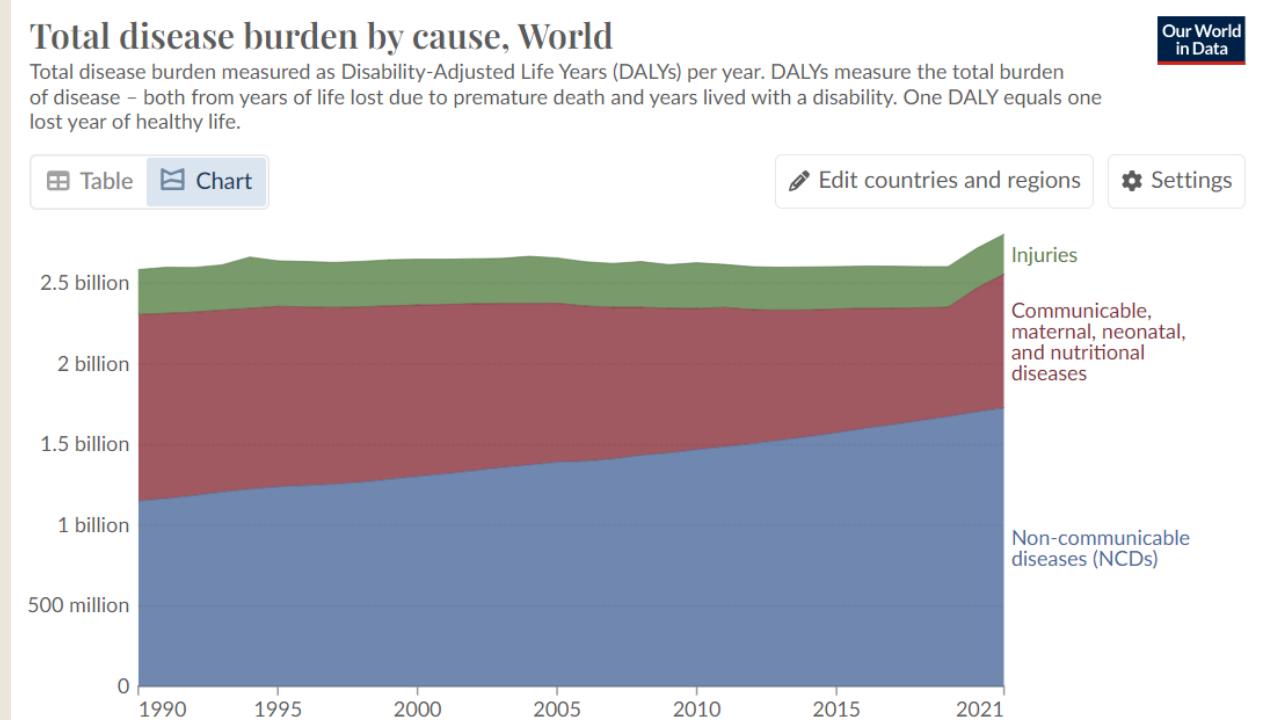
1

Le réseau de soins: à  
quoi ça sert? Revue de  
l'évidence publiée

## Facteurs qui expliquent l'émergence des réseaux de soins à partir de la fin des années 90 (1)

### Un changement des besoins de la population

- Vieillissement de la population
- Maladies chroniques



## Facteurs qui expliquent l'émergence des réseaux de soins à partir de la fin des années 90 (2)

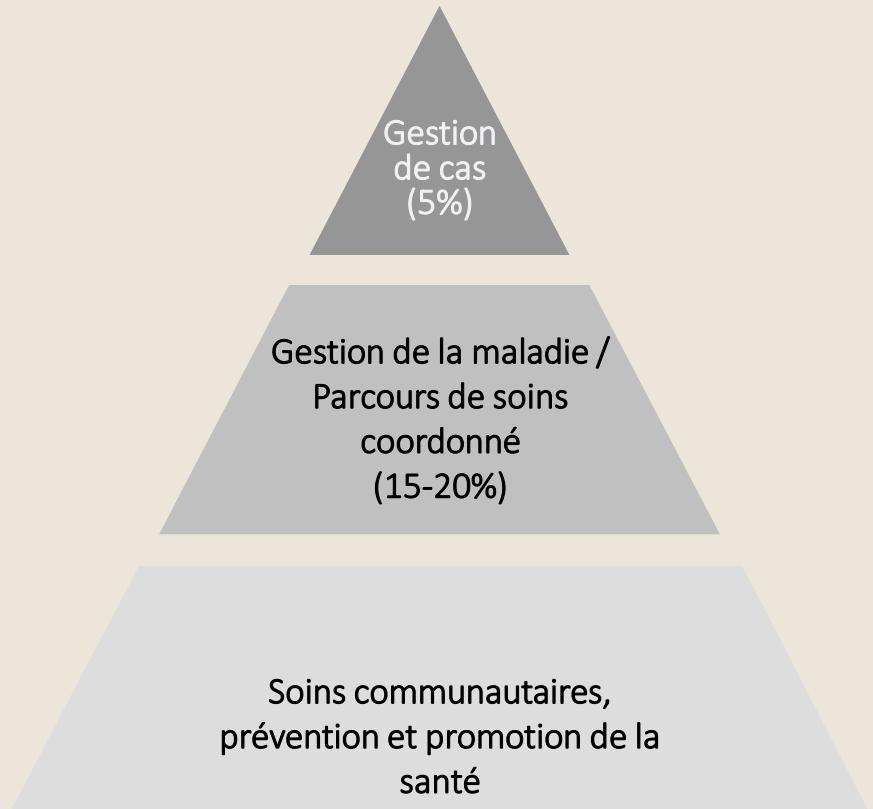
Un modèle de prises en charge non adapté:

- Un modèle de soins réactif
- Une grande fragmentation des soins en ville
- Un modèle de prise en charge hospitalo-centré
- Une faible coordination des transitions ville - hôpital



## Les fondamentaux de la coordination de soins

- Segmenter les patients en fonction du risque
- Gestion de cas complexes
- *Disease management* / Parcours de soins: coordination, transitions et télésurveillance
- Soins communautaires, prévention et promotion de la santé

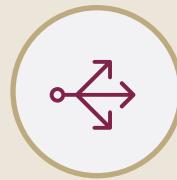


## Le réseau de soins: à quoi ça sert?



### Finalités

- Surveiller les personnes fragiles ou atteintes de maladies chroniques afin de prévenir la décompensation.
- Réduire les urgences et les hospitalisations évitables.
- Maintenir les personnes à domicile et éviter l'institutionnalisation (notamment en santé mentale, pour les personnes âgées en perte d'autonomie).



### Objectifs complémentaires

- Améliorer les transitions de soins entre les différents niveaux d'assistance.
- Encourager la participation active du patient aux décisions le concernant.
- Optimiser la viabilité financière du système.
- Renforcer la coordination entre les services sanitaires et sociaux.

2

## La structuration d'un réseau de soins: analyse internationale

## L'analyse des expériences internationales sur les réseaux de soins permet d'identifier quatre sujets clés

01

Les 2 modalités de réseau de soins:  
coordonnée ou intégrée

02

Les 4 périmètres possibles d'un  
réseau de soins

03

Les 5 principes de la coordination  
des soins

04

Les 8 caractéristiques structurantes  
du réseau

## Les 2 modalités de réseau de soins: coordonnée ou intégrée



### Réseau de soins coordonné

- ✓ Une **modalité de coopération** entre différentes organisations déjà existantes dans un territoire: professionnels de ville, soins à domicile, hôpitaux, etc.
- ✓ Chaque acteur est responsable de ses missions et ils s'accordent sur les modalités de coordination des soins à travers des accords et la création d'outils spécifiques de coordination
- ✓ Les professionnels identifient les patients nécessitant des soins de longue durée et les transitions entre les niveaux de prise en charge sont assurés par des infirmières de liaison
- ✓ Des responsables de cas (case manager) sont mis en place et les médecins traitants peuvent prendre le rôle de gatekeeper



### Réseau de soins intégré

- ✓ Un **seul prestataire** capable d'assurer la continuité de soins au travers d'une offre complète de soins en ville, à domicile, hospitaliers, de réadaptation, etc.
- ✓ Une gestion directe sur l'ensemble des soins est maintenue durant tout le processus
- ✓ Les équipes sont multidisciplinaires et partagent un système d'information commun
- ✓ Souvent, le financement est intégré (par capitation), mais dans certains cas, l'organisation sanitaire est financée par type de prestations

## Les 4 périmètres possibles d'un réseau de soins

Réseau de médecine de ville

### Médecine de ville

- Médecins de ville
- Maisons de santé

Réseau de soins communautaires

### Soins communautaires

#### Médecine de ville

- Soins à domicile
- Structures intermédiaires

Réseau de soins communautaires et institutions

### Soins communautaires et institutions

#### Soins communautaires

- Hôpitaux et cliniques
- EMS

Réseau de soins communautaire - social

### Soins communautaires et institutions

Social

#### Soins communautaires

## Les 5 principes de la coordination des soins

- 1 You can't integrate all of the services for all of the people  
*Vous ne pouvez pas intégrer tous les services pour toutes les personnes*
- 2 Your integration is my fragmentation  
*Votre intégration est ma fragmentation*
- 3 Integration costs before it pays  
*L'intégration engendre des coûts avant de rapporter des bénéfices*
- 4 You can't integrate a square peg into a round hole  
*On ne peut intégrer un piquet carré dans un trou rond*
- 5 The one who integrates calls the tune  
*Celui qui intègre donne le ton*

## Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom

WALTER N. LEUTZ

*Brandeis University, Waltham, Massachusetts*

THE INTEGRATION OF ACUTE AND LONG-TERM CARE for persons with disabilities and chronic illnesses has received support in both the United States and the United Kingdom as a means to efficiency, user satisfaction, and better outcomes (Davies 1995; Social Services Inspectorate 1995b; Vladeck 1995). Integration could address cross-system care problems, including poor coordination of services and benefits, cost shifting, and frustration for users in accessing services.

The term "integration" has taken on a wide range of meanings, however, as it can signify anything from the closer coordination of clinical care for individuals to the formation of managed care organizations (MCOs) that either own or contract for a wide range of medical and social support services. Part of the debate, indeed, concerns the degree to which financial and organizational integration is needed to achieve clinical integration (Leutz, Greenlick, and Capitman 1994; Wiener and Skaggs 1995). Nor is there agreement about who should be in charge of integration, whom it should target, what supportive structures are needed, or what to call it (Harrington, Lynch, Newcomer, et al. 1993; Leutz, Greenlick, Ervin, et al. 1995). One purpose of this paper is to draw such distinctions more clearly.

Integration is defined, for the purposes of this paper, as the search to connect the health care system (acute, primary medical, and skilled)

## Les 8 caractéristiques structurantes du réseau

<b>Population cible ou prioritaire</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Maladies chroniques (ACO, Etats-Unis; OSI, Espagne)</li><li>▪ Personnes âgées (PACE, USA; OSI, Espagne)</li><li>▪ Personnes avec parcours complexes ou polypathologiques (ESCAP, France)</li></ul>	<b>Prestations de coordination des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Coordination assurée par des équipes infirmières autogérées (Buurtzorg)</li><li>▪ Coordination interdisciplinaire centralisée, avec un plan de soins global (PACE)</li></ul>
<b>Impact sur la qualité de la prise en charge</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hospitalisations évitables (20-30%)</li><li>▪ Redondances des actes</li><li>▪ Transitions plus fluides</li><li>▪ Retarder l'institutionnalisation (EMS)</li><li>▪ Accompagnement aux proches-aidants</li></ul>	<b>Prestations de prévention et promotion de la santé</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vision populationnelle et territoriale (OSI)</li><li>▪ Incitation financière à l'investissement dans la prévention (ACO)</li><li>▪ Coordination entre les soins médicaux et sociaux (OSI;PACE)</li><li>▪ Education à la santé et promotion d'un mode de vie actif (Buurtzog)</li></ul>
<b>Patient au centre du dispositif et intégration du proche aidant</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mesure de la qualité des soins et de l'expérience patient (ACO)</li><li>▪ Patient comme co-acteur du réseau (ESCAP)</li><li>▪ Proches-aidants comme partenaires de soins et des décisions (Buurtzorg, Pays-Bas; PACE; ESCAP)</li></ul>	<b>Equipes multidisciplinaires</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Travail en équipes interdisciplinaires : soins infirmiers, médecins, travailleurs sociaux, ergothérapeutes (Buurtzorg, PACE, OSI)</li><li>▪ Coordination clinique et sociale (ESCAP, OSI)</li></ul>
<b>Un coordinateur du réseau</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Entité gestionnaire + Case Managers (ACO)</li><li>▪ Équipe interdisciplinaire centrée sur un case manager (PACE)</li></ul>	<b>Information partagée (pas unique)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mise en place d'une plateforme simple de coordination des équipes (Buurtzorg)</li><li>▪ Pilotage par indicateurs de santé de population (OSI)</li></ul>

**Madrid**

Paseo de la Castellana, 123, Esc. dcha., 4º B  
28046 Madrid, España  
Tel.: +34 91 781 06 66  
Fax.: +34 91 781 06 67  
antaresmadrid@antares-consulting.com

**Lisboa**

Largo das Palmeiras, 9  
01050-168 Lisbonne, Portugal  
Tel.: +351 21 350 58 94  
Fax.: +351 21 316 05 05  
antareslisboa@antares-consulting.com

**Barcelone**

Plaza Urquinaona, 6, 10ºA  
08010 Barcelone, España  
Tel.: + 34 93 241 89 50  
Fax.: + 34 93 209 95 67  
antaresbcn@antares-consulting.com

**Paris**

64-66 rue des Archives  
75003 Paris, France  
Tel.: +33 (0)1 87 39 48 90  
antaresparis@antares-consulting.com

**Bruxelles**

Avenue Louise, 54  
1050 Bruxelles, Belgique  
Tel.: +32 2 893 0065  
antares@antares-consulting.com



Antares Consulting



@AntaresConsult