

Cahier des charges pour l'appel à candidature portant labellisation d'un réseau de santé polyvalent dans le Puy-de-Dôme

Objet : offrir sur le département du Puy-de-Dôme 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.

Concrètement, les objectifs liés à la mise en place d'un réseau polyvalent sont les suivants :

- 1) Organiser et planifier le parcours de santé et orienter la prise en charge du patient en situation complexe, sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours (c'est à lui que reviennent ces missions de coordination et orientation dans la loi cf article L 1430-1 du CSP)
- 2) Apporter un appui aux différents intervenants (professionnel de santé de premier recours, sociaux et médico-sociaux, famille) auprès du patient
- 3) Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital (entrée / sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social, et social

I. Contexte et objet du cahier des charges :

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,... 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 d'efficience quelle que soit la population concernée et quel que soit l'acteur en charge de celle-ci.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 réaffirme le rôle pivot du médecin traitant dans la coordination des soins autour du patient. Pour les patients les plus complexes, le médecin traitant peut avoir besoin d'appui. En effet, certaines situations nécessitent le recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (social, sanitaire et médico-social). Le médecin généraliste peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser les ressources nécessaires pour garantir un parcours efficient. Pour autant, 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.

Il est apparu dès lors nécessaire de mettre en place des réseaux de santé dont la mission principale est l'appui aux équipes de soins de premier recours, pour la coordination des parcours de santé complexes, tournés vers la polyvalence la plus complète possible, au bénéfice des professionnels, des patients et de leurs famille, 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.

Contexte régional :

L'ARS Auvergne Rhône Alpes a procédé depuis plusieurs années à la réorganisation des opérateurs de coordination, notamment en agissant à faire évoluer les réseaux de santé existants, conformément à l'instruction ministérielle de la DGOS du 28/09/2012 (cf- guide méthodologique), et aussi à favoriser la

constitution de nouveaux opérateurs, en tant que de besoin, sur les territoires. La région Auvergne-Rhône-Alpes a actuellement 10 réseaux polyvalents et aucun ne couvre le département du Puy de Dôme.

L'union régionale des réseaux de santé est une ressource importante pour les réseaux polyvalent en devenir tant dans la promotion et l'harmonisation des pratiques, tant dans le partage d'expériences, pour faire du lien, de débloquer des situations complexes ou difficiles.

Le présent appel à candidature vise à la labellisation d'un réseau polyvalent couvrant exclusivement le département, lequel devra répondre aux objectifs suivants :

- organiser avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires, et planifier si nécessaire, le parcours de santé et la prise en charge de patients dont le parcours apparaît complexe
- apporter un appui aux différents intervenants auprès du patient : professionnels de santé (prioritairement soins primaires), sociaux et médico-sociaux, famille
- faciliter l'articulation ville-hôpital (entrée / sortie d'hôpital) et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

II. Périmètre du cahier des charges

Le présent cahier des charges concerne tous les dispositifs existants à l'exception de certains réseaux spécialisés à dimension régionale :

- réseau de cancérologie
- réseau des urgences
- réseau Sclérose En Plaque
- réseau de périnatalité et de suivi des grands prématurés
- réseau enfance : troubles de l'apprentissage et obésité pédiatrique
- réseau handicap psychique
- réseau santé bucco-dentaire des personnes en situation de handicap.

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 SBDH 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.

III. 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 complexes intervient donc en complémentarité de la coordination clinique.

La situation complexe du patient selon le guide méthodologique DGOS de 2012 (*« améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé »*) 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: gériatrie, 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.

IV. Les attendus vis-à-vis du réseau territorial de santé

1. Eléments généraux

4 éléments généraux seront portés par les promoteurs à la connaissance de l'ARS dans le dossier de réponse à l'appel à candidature :

▪ **Partenaires impliqués ou non dans le projet de réseau de santé :**

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

Le réseau de santé, répondant à l'appel à candidature, doit pouvoir s'adapter à la diversité et à l'évolution des compétences et des pratiques des équipes de soins de premier recours et des autres professionnels sur chaque territoire du département.

▪ **Gouvernance partagée :**

Les modalités de gouvernance doivent 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 candidature.

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 dispositifs** dont les missions peuvent être amenées à être modifiées dans le cadre de la création de ce nouveau réseau polyvalent.

- **Système d'information :**

Les promoteurs s'engagent à utiliser une solution de coordination de parcours de soins à destination des professionnels.

Un SI doit permettre les interfaces entre les réseaux de santé et l'ensemble des professionnels intervenant autour du patient au parcours complexe. Il permet les échanges sécurisés interprofessionnels et évite 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.

Le système d'information doit également respecter la réglementation en vigueur.

2. Territoire d'intervention du réseau de santé

Le réseau de santé devra organiser une couverture complète du territoire départemental du Puy-de-Dôme pour permettre le déploiement de services d'appui pour l'ensemble des professionnels et des patients complexes du département.

Suivant les besoins locaux, le réseau de santé pourra être composé 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 candidature.

Le territoire d'intervention du réseau de santé doit permettre d'assurer une cohérence et une articulation optimale avec l'ensemble de ses partenaires, en particulier les filières gériatriques / MAIA (*Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie*) compte tenu de l'importance des complexités liées aux personnes âgées.

L'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes porte une attention toute particulière aux articulations existantes entre les réseaux de santé, les MAIA et filières gériatriques (*au service du parcours des personnes âgées*), et les autres structures de soins ou médico-sociales (*au service du parcours des patients chroniques, en difficultés spécifiques : handicap, précarité...*).

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'information*).

Le promoteur s'engagera à respecter la couverture territoriale départementale dans son dossier de réponse à l'appel à candidature.

L'annexe n°1 au cahier des charges recensant l'ensemble des communes du département du Puy-de-Dôme, est un outil d'aide au travail sur la couverture territoriale du réseau de santé.

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/ 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 du réseau 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 du réseau 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 Haute Autorité de Santé (*HAS - juillet 2013*), éventuellement adapté au niveau territorial selon les problématiques rencontrées.

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 du réseau 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.

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

Annuaire de ressources :

Les professionnels du réseau de santé répertorient l'ensemble des acteurs de santé, du champ social et médico-social de 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 réunions d'échanges de pratiques et/ou partage d'expériences.

En l'absence de référentiel national ou régional, le réseau de santé, peut 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.

3-3/ Favoriser la bonne articulation ville-hôpital/social/médico-social

Les professionnels du réseau 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. Le réseau de santé a 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.

Le réseau de santé veille à informer l'ARS des situations problématiques en matière d'articulation entre les acteurs (non nominatives) rencontrées dans leur pratique quotidienne. Il veille 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 du réseau 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'examens de santé de 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.

4. 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 le réseau de santé 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.

4-1/ Formation

Le 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 le réseau 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).

4-2/ Education thérapeutique du patient « hors établissement 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.

Aucun financement n'est attribué dans le cadre des réseaux de santé pour l'activité d'ETP.

4-3/ 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.

V. Cahier des charges du réseau de santé

La présente section décrit les éléments que devront transmettre les promoteurs à l'appui de leur réponse à l'appel à candidature :

1) Structuration juridique du réseau 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.

Les statuts ou un projet de statuts ou convention constitutive devra être joint au dossier de réponse à l'appel à candidature. S'ils n'étaient pas encore rédigés, 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 du réseau de santé

Le 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

➤ Coordonnateur 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 chargé de la communication, des relations avec les partenaires existants ou potentiels du réseau et les financeurs ;

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 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 ;

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

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

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. Le coordonnateur 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 candidature.

Le profil doit permettre de garantir l'articulation administrative et de coordination du réseau de santé. 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.

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.

➤ Médecin :

Il/elle 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/elle 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/elle 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).

➤ 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 participe pleinement à l'organisation de la prise en charge du patient et à la transmission des informations entre l'ensemble des intervenants, etc... Le coordonnateur s'appuie sur ses compétences pour faciliter et optimiser la qualité des services du réseau de santé.

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.

➤ 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 candidature.

Les catégories professionnelles nécessaires peuvent correspondre au profil paramédical tel qu'infirmier(e) coordinateur/rice mais aussi à une catégorie autre que paramédical telle que assistant social, ergothérapeute.

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

3) Objectifs et indicateurs minimums attendus du réseau 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
- 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:

Cf- Présentation sous la forme d'un rapport d'activité type.

- 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.

4) Mode de financement du réseau de santé

Le réseau de santé répondant aux orientations du présent cahier des charges et créé au 1^{er} janvier 2020 sera financé sur l'enveloppe FIR de la région Auvergne Rhône-Alpes.

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

5) Critères et procédure de sélection des projets

Les candidats devront décrire très précisément comment ils répondent aux objectifs prévus dans le présent cahier des charges en tenant compte des besoins du territoire et des dynamiques d'acteurs existantes et devront transmettre les éléments financiers et d'activité associés.

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

- rôle du siège territorial, 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 fonctionnement du réseau pour l'année 2020 (*cf- annexe n°2*), ainsi que les perspectives d'évolution pour les deux années suivantes (soit 2021 et 2022).

Dans le cas où plusieurs dispositifs 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. Le dossier devra préciser les modalités de convergence des dispositifs vers le nouveau réseau polyvalent et les modalités de travail communes.

S'il s'agit d'un dispositif existant, Le dossier devra préciser les évolutions de la structure : les impacts sur le fonctionnement et son impact départemental, puis les phases et le calendrier de progression (plan d'action prévu / partenaires réellement impliqués / partenaires sollicités).

L'ARS privilégiera une réponse commune ou en tant que possible coordonnée dans son action, des dispositifs du territoire afin d'optimiser l'organisation et la communication sur les situations de parcours complexes en les adaptant au plus près des besoins et contraintes locales.

Le mode de sélection est interne à l'ARS.

Les critères de sélection sont précisés dans l'**annexe n°3** ; ils sont répartis dans les thèmes prioritaires suivant :

- capacités de mise en œuvre
- qualité du projet
- volet financier du projet
- partenariats et ouverture.

6) Calendrier

L'appel à candidature sera lancé à compter du **1^{er} Décembre 2019**.

Les réponses complètes (version papier) devront être transmises auprès de Monsieur le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes – délégation départementale du Puy-de-Dôme, Pôle Offre de soins – **avant le 15 Février 2020**, délai de rigueur.

Une version dématérialisée sera nécessairement transmise pour cette même date aux adresses électroniques suivantes :

Les candidats peuvent solliciter des précisions complémentaires auprès de l'ARS au plus tard huit jours avant l'expiration du délai de réception des réponses. L'ARS fait connaître à l'ensemble des candidats les précisions à caractère général qu'ils estiment nécessaire d'apporter au plus tard cinq jours avant l'expiration du délai de réception des réponses.

L'étude des dossiers (et les éventuelles demandes de renseignements complémentaires) se déroulera **du 16 février au 1er Mars 2020**.

Les notifications aux porteurs (retenus/non retenus) seront envoyées **avant le 1^{er} Mars 2020**.

Il est à noter que le début de fonctionnement du nouveau réseau polyvalent du département du Puy-de-Dôme sera officiellement effectif au 15 Mars 2020.

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.