

Évolutions dans l'organisation des Soins Palliatifs



MISSION RÉGIONALE DE SANTÉ
PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

Socle juridique de l'organisation des SP

Textes de référence :

Circulaire « Laroque » de 1986

- Donne une assise juridique à l'organisation des SP en France
- Reconnaît un droit aux SP et à l'accompagnement
- Précise à propos des « soins palliatifs en institutions » que la création d'un nombre limité d'unités spécialisées s'imposent dans un premier temps ».

Loi du 9 juin 1999 :

- Reconnaissance d'un droit d'accès pour tous aux soins palliatifs

Lancements de 3 programmes triennaux de SP

Les axes principaux :

Programme National de SP 1999-2001 :

- Le développement des EMSP

Second programme de SP 2002-2005 :

- Les soins palliatifs à domicile avec le développement des réseaux de soins palliatifs
- La poursuite et la création de structures et dispositifs spécialisés
- Introduction des lits identifiés

Jusqu'en 2008 : **3^{ème} plan national Cancer 2003-2007** prend le relais sur la politique de soins palliatifs (mesure spécifiques 43, 44 notamment) avec un développement des EMSP notamment

3^{ème} programme de SP 2008-2012 :

- Développement des soins palliatifs au sein des structures hospitalières de court séjour en fonction du nombre de décès
 - Développement des réseaux de SP
 - Renforcement et création des EMSP pour rendre effective leur intervention dans les EPHAD
 - Identification des lits en SSR
- ⇒ Sur ces 10 dernières années : les soins palliatifs ont constitué une offre en développement et une activité en structuration.
- ⇒ Le dispositif organisation actuel des soins palliatifs s'est construit sur la base la gradation des soins (3 niveaux identifiés) et son organisation.
- ⇒ Une organisation « type » est précisée par **les circulaires récentes de mars 2008 sur l'organisation des soins palliatifs.**

Dispositif d'organisation des SP (1)

En établissement :

Trois niveaux principaux sont identifiés :

- Le 1^{er} niveau est un accompagnement dans un service hospitalier sans lit identifié
- Le 2^{ème} niveau est un accompagnement palliatif au sein d'un service disposant de LISP
- Le 3^{ème} niveau est relatif aux USP.

Ces deux derniers niveaux peuvent être complétés par l'intervention des EMSP.

En ville :

- Les réseaux de soins palliatifs
- Les HAD
- Les EMSP extra établissements

« l'opérateur en charge d'apporter de la cohérence dans le dispositif et de coordonner l'ensemble est le réseau de santé » (circulaire 2008)



Les principes de base à la mise en place d'une organisation...

Objectif :

En soins palliatifs, comme dans d'autres thématiques, le modèle de développement « unitaire, centrée, cloisonnée... » n'est plus de mise, les soins de proximité doivent se concevoir dans une organisation en réseau qui relie les niveaux supérieurs de technicité et de spécialisation (établissements de santé).

- Une offre suffisante (maillons)
 - Bilan en région PACA : au regard du SROS actuel et des recommandations du dernier plan.

- Des vecteurs de coordination (les réseaux...)
 - qu'est ce qu'un réseau ?
 - Y a-t-il une organisation optimale de réseaux ?

- ⇒ **En vue d'une maillage territorial cohérent et d'une organisation plus intégrée**

Estimations des Besoins en SP

	SROS actuel (2 ^e Plan de SP)	3 ^e me Plan de SP
USP	1 par territoire de niveau II (10 à 15 lits)	1 pour Établissements > 600 DC (>10 lits)
EMSP	1 pour 200 000 habitants	NC mais extension au médico-social
LISP	5/ 100 000 habitants (MCO et SSR confondus)	MCO : lisp > 200 DC SSR : 1600 LISP SSR pour la France
Réseaux	1 par département	Au minimum, 1 par territoire de santé

Bilan des besoins en région PACA :

	Moyens existants En PACA	Estimation des besoins (SROS actuel)	Estimation des besoins (3 ^{ème} Plan de SP)
USP	8 USP (dont 5 ont plus de 10 Lits autorisés et 3 ont plus de 10 lits fonctionnels)	4	7 ou 8 établissements seraient concernés
EMSP	24 EMSP	0	Nb non précisé mais développement des EMSP préconisés (EPHAD)
LISP	210 (51 MCO et 159 SSR)	37 (MCO et SSR confondu)	MCO = non précisé mais à favoriser SSR = 69
Réseaux	9	0	0

➤ **Travaux en cours**

Dans le cadre de l'appel à projets lancé par l' ARH en 2009 portant sur les Lits Identifiés, un groupe de travail a fait des propositions de financements sur la base du recommandations du SROS.
(restent à valider)

Moyens : enveloppe DAF

➤ **Travaux à prévoir**

Révision du SROS pour inscrire les recommandations du plan actuel ainsi qu'actualiser les besoins (recommandations portent sur la période allant jusqu'en 2012)

Bien entendu, les autorisations données par les tutelles sont fonction des besoins estimés, mais aussi des enveloppes reçues, de la qualité des dossiers, de la pertinence des besoins au regard de l'environnement du territoire.

Les réseaux de santé : concept

Concept de réseau : *en lui-même une notion polysémique avec des définitions multiples*

Selon l'analyse des organisations : forme organisationnelle basée sur la coopération

Selon la sociologie des organisations : outil de structuration et régulation des activités à partir des stratégies d'acteurs

Selon la sociologie politique : moyen d'intervention de la tutelle publique ayant pour impact des modifications des comportements des acteurs de santé

D'un point de vue économique : le réseau fait partie des processus mise en place dans le cadre de la régulation des dépenses

Le réseau de soins palliatifs : construction

- A compter de 2002, les réseaux de soins palliatifs se sont construits sans cadre bien défini avec pour objectif la coordination de la prise en charge au domicile des patients

- ⇒ En 2008, deux circulaires inscrivent plus précisément les missions des réseaux de soins palliatifs dans l'organisation :
 - ⇒ Référentiel des réseaux : précisent les modalités de prise en charge et la coordination de proximité des professionnels libéraux
 - ⇒ Rôle de coordonnateur général de l'offre de soins palliatifs



Y a-t-il un modèle type de réseau de soins palliatifs ? (1)

« il n'y a pas de modèle clé en main » : c'est un instrument modulable qui est fonction de la définition et de l'usage qu'on en fait qui conditionne l'impact sur l'organisation et le système de santé »

Rappel des principaux objectifs :

- Accès aux soins
- Favoriser le passage entre les différents niveaux
- Garant de la continuité du parcours patient
- Permettre qualité, efficience, régulation

« le réseau se compose d'une unité opérationnelle de coordination ainsi que de tous les partenaires qui le constituent, à minima les USP, EMSP, LISP & HAD »



Y a-t-il un modèle type de réseau de soins palliatifs ? (2)

«la réalité du réseau c'est un ensemble de partenariats, de contrats » entre plusieurs acteurs »

- Dans une offre graduée de soins palliatifs, il ne peut être uniquement une coordination de proximité à domicile » :
 - Risques de rentrer dans un système concurrentiel avec les autres acteurs (HAD, EMSP...)
 - Il ne peut être qu'un segment de prise en charge alors que les missions qui lui sont confiées consistent en un rôle central dans l'organisation
 - Le lien avec l'infrastructure hospitalière (capacité en lits, recours hospitalisation de répit, accès à certaines prestations tels que certains médicaments...)



Y a-t-il un modèle type de réseau de soins palliatifs ? (3)

Projections des réseaux et du modèle :

- ⇒ Pas d'orientations depuis les circulaires de mars 2008
- ⇒ Mais la logique voudrait :
 - ⇒ Système plus intégré de l'offre où le réseau se compose de l'ensemble des partenaires, hospitaliers et libéraux
 - ⇒ Un maintien de la mise en place du travail d'accompagnement des libéraux pour une diffusion de la culture palliative quel que soit le lieu.
- ⇒ Deux projets RESP 13 et le Pôle de soins Palliatifs des Alpes Maritimes Ouest en cours de mise en place en PACA

Perspectives : quelques pistes ...

- Objectif est de répondre à ce besoin de coopération entre les différents acteurs de l'offre en soins palliatifs et d'apporter de la cohérence dans l'aménagement des territoires
- Le réseau, constitue un des outils fondamental, vecteur d'amélioration et de coordination des acteurs de santé

Plusieurs modèles possibles dont la réussite dépend :

- De la nécessité d'une offre correspondant aux besoins (gestion des flux, et mauvaise utilisation des moyens pour la coopération)
- **Pilotage unique** avec des orientations cohérentes (ARS et arrêt des financements en tuyaux d'orgue) avec pouvoir de régulation sur les comportements opportunistes et des moyens sans doute plus importants, pour favoriser la coopération de chacun.
- **Nécessité d'évaluer** les différents dispositifs et d'avoir plus de lisibilité aux niveaux des tutelles (rapport IGAS 2009 sur les MIG)

Le modèle idéal

- Un modèle qui correspond à l'histoire, aux caractéristiques, et spécificités des différentes composantes de l'offre.
- Un modèle qui implique une parfaite connaissances des autres et de leur fonctionnement
- Un modèle basé sur de la co-construction acteurs de terrain/ tutelle
- Un modèle basé sur l'intégration d'une écoute active et la capacité pour chaque acteur à accepter un minimum de changement...

Merci pour votre attention !