

*1er Symposium Pharmaciens  
Paris Cité des Sciences*

*17 octobre 99*

*La prise en charge des accidents  
vasculaires dans le cadre d 'un  
réseau de soins coordonnés*

Robert Launois

Université Paris Nord - Faculté de médecine Léonard de Vinci

# QU'EST CE QU'UN RESEAU ?

- Un espace
- Une structure

# Un espace : les réseaux relationnels

"Le réseau est **un espace** au sein duquel les professionnels de santé d'horizons différents **se sont mis d'accord** sur des **objectifs** et un **cadre d'analyse** de leur performance collective.

Pour que cet espace se constitue en organisation, il faut qu'il y ait un **partage négocié des pouvoirs, des gains et des notoriétés.**"

# Une structure : Les réseaux entreprises

"Le réseau est une **structure** informatisée de regroupement des professionnels de santé, **animée par le médecin de famille** choisi par le malade, qui dispense la totalité des soins requis par une population **quantitativement déterminée**,

en échange d'un **financement correct**, payé pour partie par la sécurité sociale et pour partie par l'assuré."

# UN RESEAU AVEC QUI ?

- Contexte législatif
- Réseau centré sur les médecins de ville
- Réseau centré sur les établissements

# Le contexte législatif

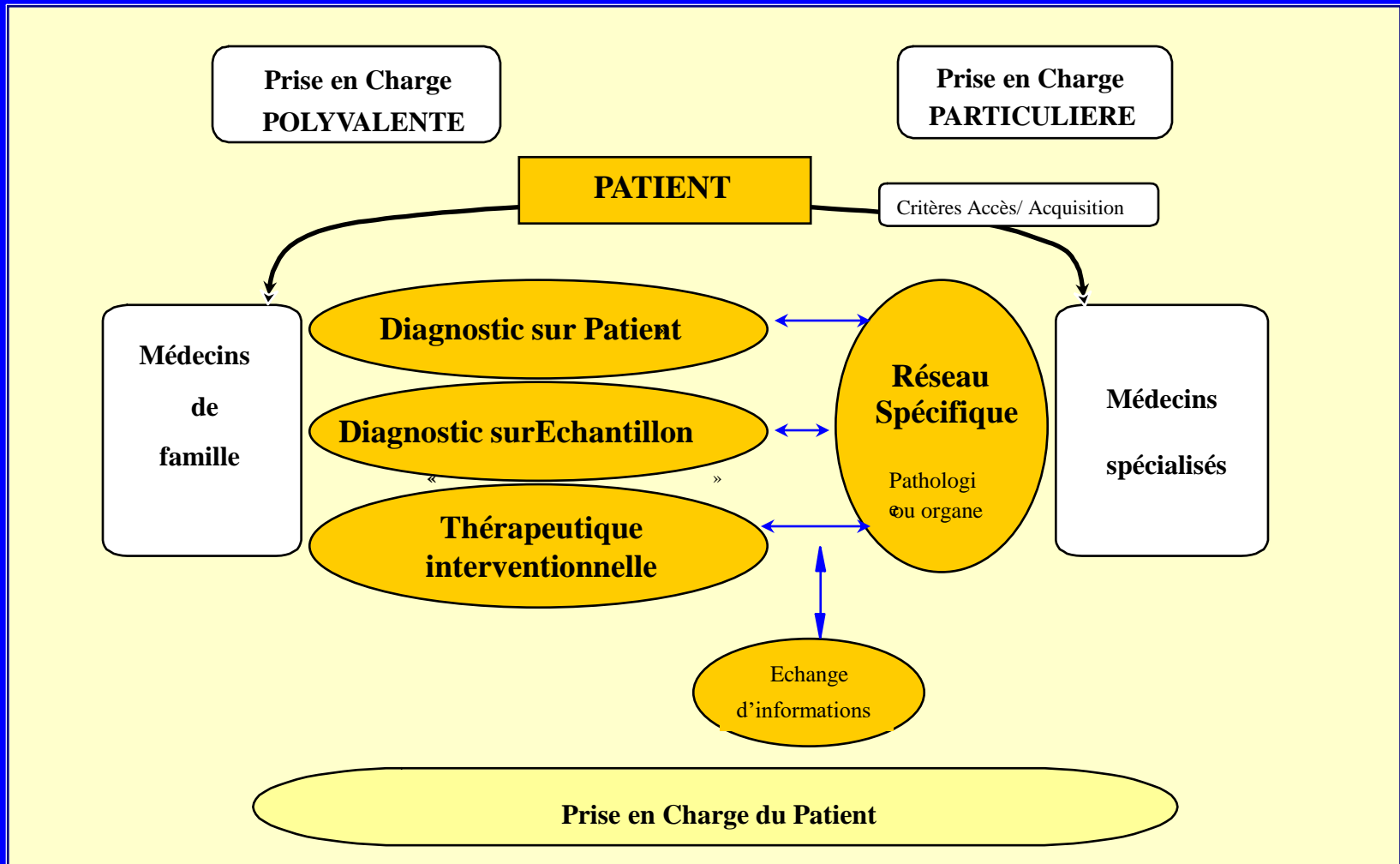
*Art 162.31.1 Code de la sécurité sociale*

Les réseaux expérimentaux ont pour objet de promouvoir des formes nouvelles de **prises en charge globales** de patients atteints de pathologies **lourdes ou chroniques**.

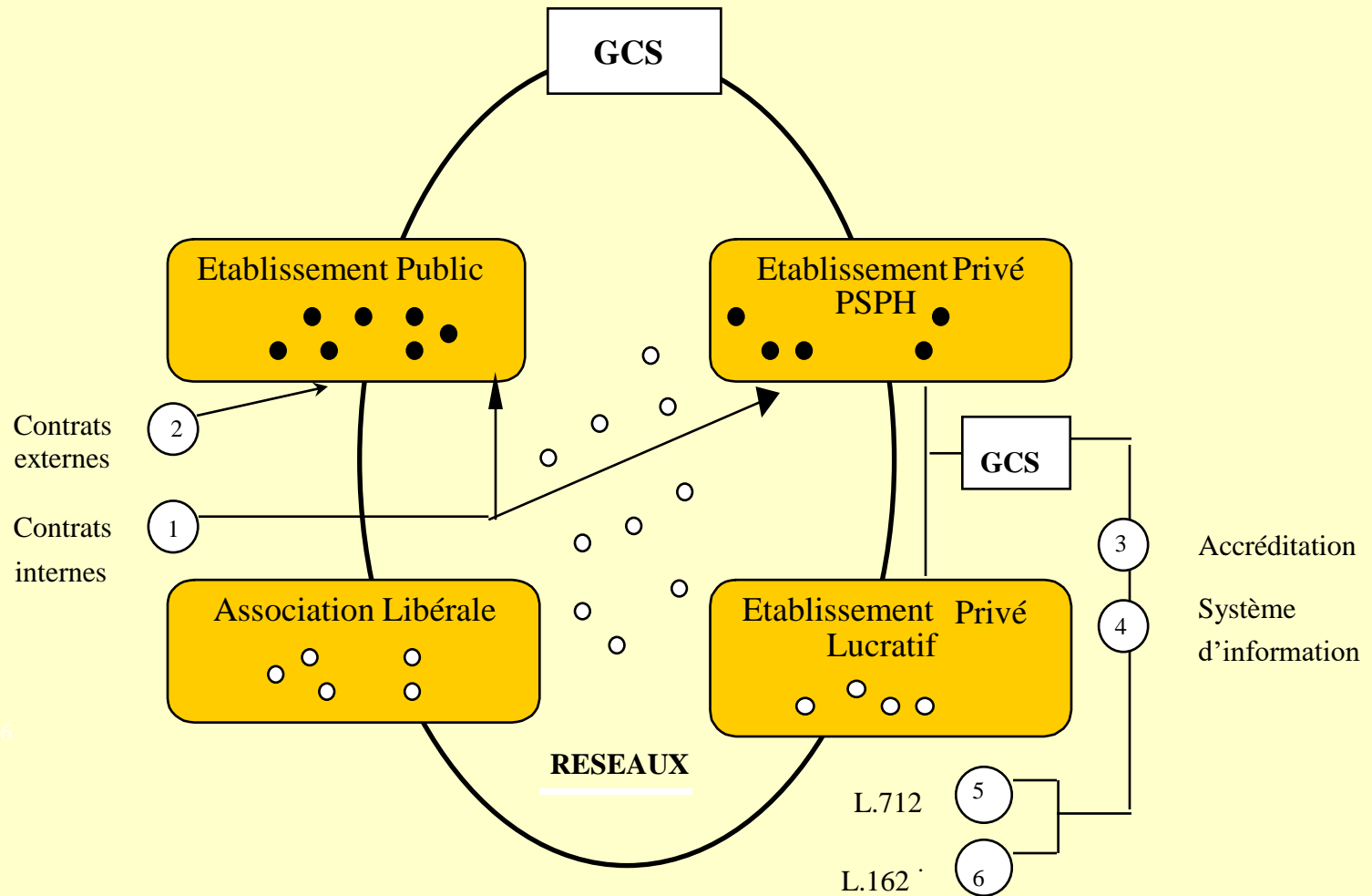
*Art 712.3.2 Code de la santé publique*

Les réseaux de soins ont pour objet de favoriser la coordination des soins, de promouvoir la délivrance des **soins de proximité** de qualité.

# Un réseau centré sur les médecins de ville



# Un réseau centré sur les établissements





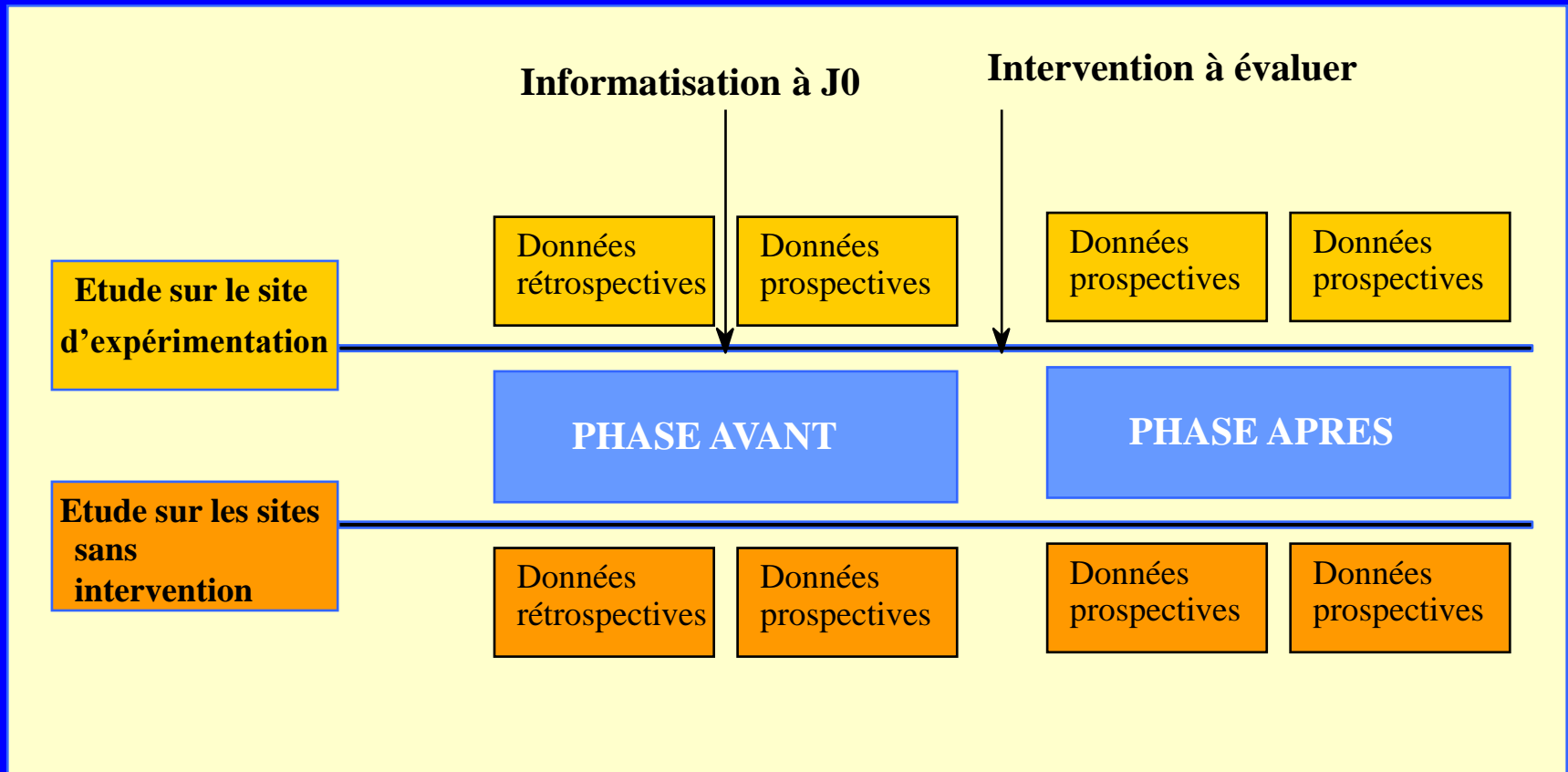
# UN RESEAU POUR QUOI FAIRE ?

- Former
- Eduquer
- Partager
- Standardiser
- Evaluer
- Rémunérer
- Gérer

# COMMENT L' EVALUER ?

- Schémas possibles d'études
- Outils d'évaluation
- Performance globale

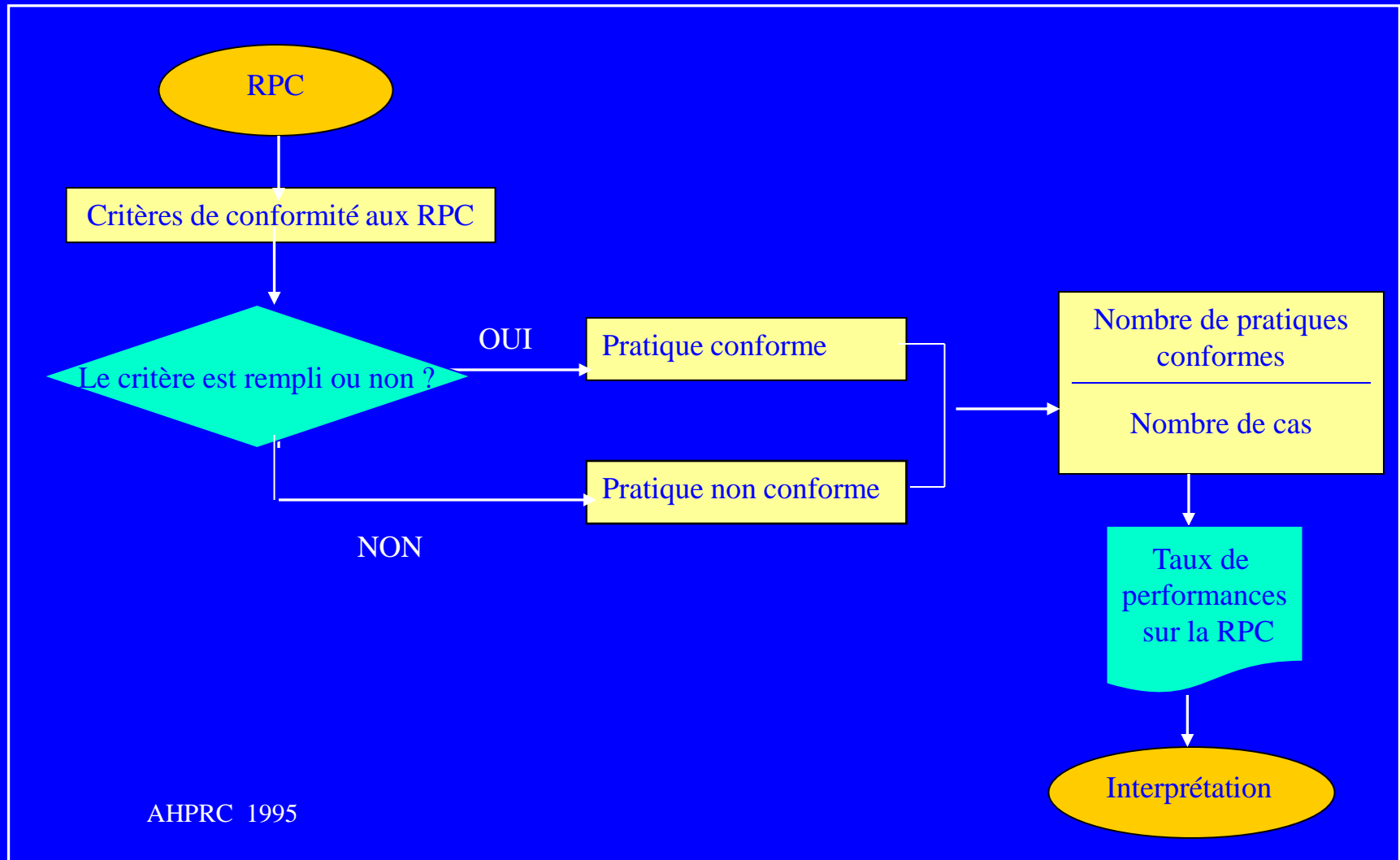
# Un exemple de schéma



# Outils d'évaluation

- Conformité aux recommandations de bonnes pratiques cliniques (RPC)
- Analyse de la mortalité et de la dépendance
- Analyse des moyens mobilisés
- Analyse Coût / Efficacité

# Calcul des performances sur les Recommandations de bonnes Pratiques Cliniques



# Critères de jugement :

- Etude des trajectoires des patients
- Analyse de la dépendance
- Indice de **Barthel**
- Grille **AGGIR**
- Coût médical pour la sécurité sociale
- Coût non médical pour les familles

# Devenir des AVC après hospitalisation à 3 et 12 mois

	A la sortie		A 3 mois		A 12 mois	
<b>Survivants sans récurrence</b>	<b>186</b>	87 %	<b>168</b>	79 %	<b>127</b>	60 %
<b>Survivants avec récurrence</b>	0	0 %	7	3 %	28	12 %
<b>Décès</b>	27	13 %	38	18 %	60	28 %
<b>Total</b>	<b>213</b>	100 %	<b>213</b>	100%	<b>213</b>	100%

# Destinations des patients survivants avant récidive et après 1<sup>ère</sup> hospitalisation

	A la sortie		A 3 mois		A 12 mois	
<b>Domicile</b>	121	65 %	133	79 %	103	81 %
<b>Institution</b>	32	17 %	39	20 %	24	19 %
<b>Rééducation</b>	33	18 %	2	1 %	0	0 %
<b>Total</b>	<b>186</b>	100 %	<b>168</b>	100 %	<b>127</b>	100 %



# La mesure de la dépendance par l'indice de Barthel

- ◆ Alimentation  
(2 niveaux)
- ◆ Continence rectale  
(2 niveaux)
- ◆ Déplacements  
(3 niveaux)
- ◆ Habillement  
(2 niveaux)
- ◆ Toilettes  
(2 niveaux)
- ◆ Bain  
(1 niveau)
- ◆ Continence urinaire  
(2 niveaux)
- ◆ Escaliers  
(2 niveaux)
- ◆ Soins personnels  
(1 niveau)
- ◆ Transfert du lit au  
fauteuil (3 niveaux)

# La mesure de la dépendance par la grille AGGIR

- Invalidité sévère : groupe 1 et 2
- Invalidité modérée : groupe 3 et 4
- Invalidité légère : groupe 5 et 6

# Degré de dépendance des survivants sans récédive

	A la sortie		A 3 mois		A 12 mois	
<b>IB [ 95 – 100 ]</b>	nd	-	116	69 %	81	<b>64 %</b>
<b>IB [ 60 – 90 ]</b>	nd	-	24	14 %	18	<b>14 %</b>
<b>IB [ 0 – 50 ]</b>	nd	-	28	17 %	28	<b>22 %</b>
<b>Total</b>	nd	-	<b>168</b>	100%	<b>127</b>	100%

# Répartition des survivants sans récurrence selon le lieu de résidence et le score de Barthel à 3 mois

	IB [95 – 100]		IB [ 60 – 90 ]		IB [ 0 – 50 ]		Total	
<b>Domicile</b>	109	82 %	16	12 %	8	6 %	133	100 %
<b>EHPA</b>	7	21 %	8	24 %	18	55 %	33	100 %
<b>Hôpital</b>	-	-	-	-	2	100 %	2	100 %
<b>Total</b>	116	69 %	24	14 %	28	17 %	<b>168</b>	100 %

# Prix Unitaire des Ressources Consommées (FF 1997)

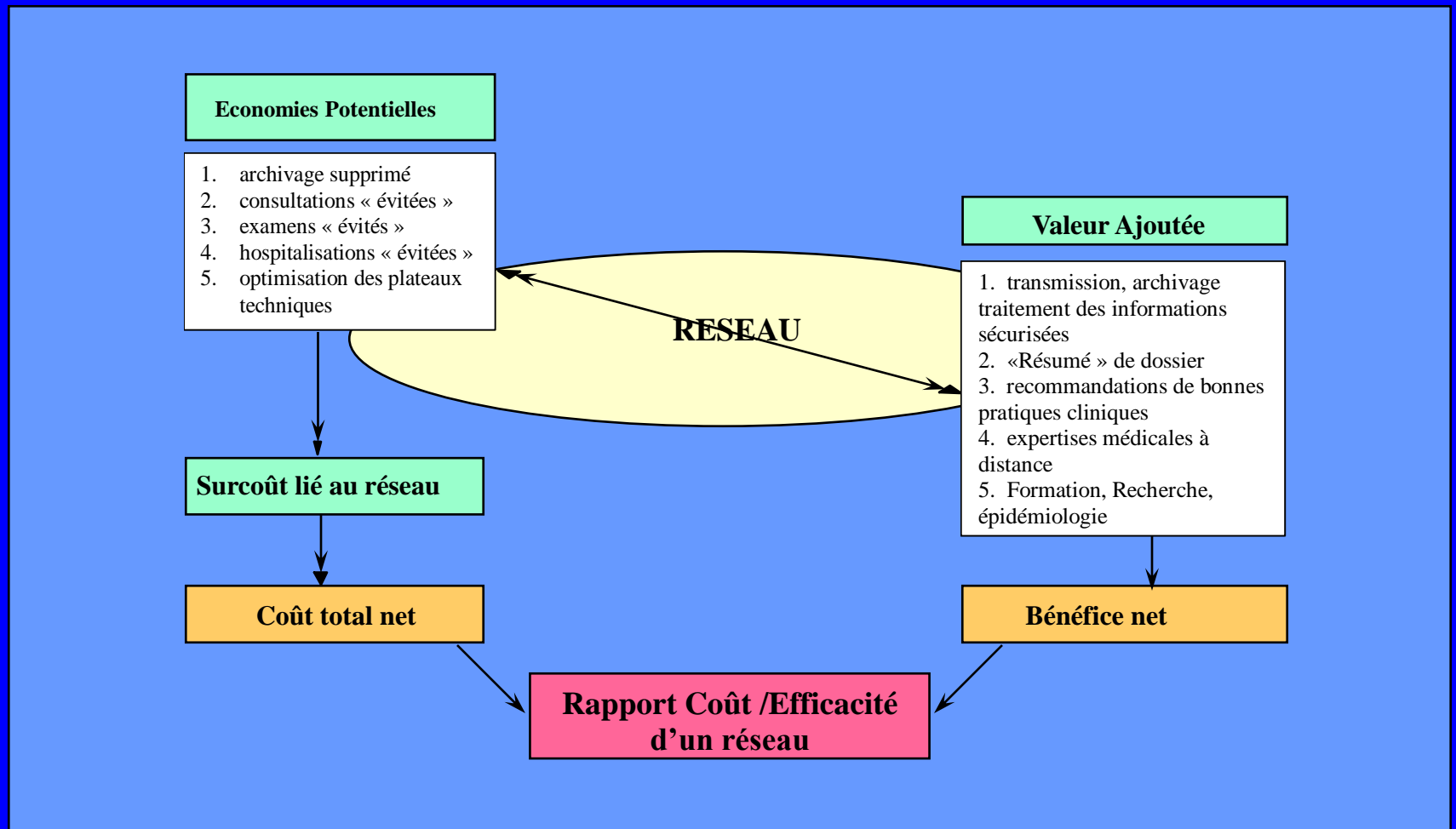
Mode de prise en charge	Prix complet	N	Sources
Hospitalisation	20 819 : par séjour	77 479	PMSI
Réadaptation	2 818 : par jour	1	PMSI SSR
Domicile	163 : par jour	788	ODAS
Logement foyer	186 : par jour	39	ODAS
Maison de retraite sans section de cure	259 : par jour		ODAS
Hébergement	240,85	1 597	
Soins	18,7	331	
Maison de retraite avec section de cure	398 : par jour		ODAS
Hébergement	240,85	1 597	
Soins	157,43	1 869	
Long Séjour	525 : par jour		ODAS
Hébergement	279,77	405	
Soins	245,77	561	

# Coût mensuel en fonction du niveau d'invalidité (FF 97)

Indice de Barthel	Long Séjour	Maison de Retraite avec section	Maison de Retraite sans section	Logement Foyer	Domicile familial
IB : 95-100	15766 *	11 114	8 502	4 368	1600 *
IB : 60-90	15 766	11 950	7 800	5 600	4197 *
IB : 0-55	21 126	13 504	8 034	6 440	6283 *

Source : OCDE, ODAS, \* : Estimations

# Performance globale du réseau



# CONCLUSION

Quel que soit le **devenir** de notre système de protection sociale,  
qu'il évolue vers un système de **rationnement administratif**,  
ou vers la mise en place d'un **quasi marché** de la santé

au 21ème siècle, les services de santé seront inéductablement **structurés autour de la notion de réseau.**