

Guidelines pour la rédaction du cahier des charges de réseau de compétences

VERSION 2024



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
et de la Sécurité sociale

Direction de la santé

Direction de la santé • Pôle soins de santé • Division de la médecine curative et de la qualité en santé

Bâtiment Greenfinch - 20, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg-Hamm

www.sante.public.lu • www.gouvernement.lu

reseaux-competences.ds@ms.etat.lu

Préambule

Les présentes Guidelines s'adressent à tout acteur ayant le souhait de s'engager dans l'élaboration d'un projet de réseau de compétences.

Elles ont pour objet d'accompagner les porteurs de projet tout au long de la rédaction de leur dossier de candidature à la création d'un réseau de compétences. Elles doivent ainsi permettre de rédiger le dossier le plus complet possible, en prenant en compte les différentes interrogations qui peuvent se poser lors de la construction d'un réseau de compétences.

Les guidelines s'attachent à présenter, pour chaque partie du dossier, les éléments importants à y faire figurer, les dispositions de la loi auxquelles se référer ainsi que les écueils à éviter.

Introduction

La création des réseaux de compétences et ses enjeux

Les réseaux de compétences ont été créés par l'article 28 de la loi du 8 mars 2018 relative aux établissements hospitaliers et à la planification hospitalière qui en donne la définition suivante :

Un « réseau de compétences » est une entité organisationnelle qui rassemble à l'intérieur d'un ou de plusieurs établissements hospitaliers des ressources d'un ou de plusieurs services, assurant une prise en charge interdisciplinaire intégrée de patients présentant une pathologie ou un groupe de pathologies, garantissant le respect de critères de qualité élevés par tous les intervenants et la prise en compte des avancées médicales et scientifiques les plus récentes. Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires extrahospitaliers, institutionnels et individuels, y compris les ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement.

La loi de 2018 a prévu la création de réseaux de compétences pour assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :

1. Accidents vasculaires cérébraux (1) ;
2. Cancers intégrant le service de radiothérapie (2) ;
3. Affections rachidiennes à traitement chirurgical (1) ;
4. Diabète et obésité morbide de l'adulte (1) ;
5. Diabète et obésité morbide de l'enfant (1) ;
6. Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant (1) ;
7. Maladies psychosomatiques (1) ;
8. Douleur chronique (1) ;
9. Maladies neuro-dégénératives (1).

La création des réseaux de compétences au Luxembourg concrétise la conception d'une organisation intégrée des soins qui se développe au niveau européen et international, et dont l'OMS donne la définition suivante : « Une approche visant à renforcer les systèmes de santé centrés sur les personnes par la promotion de la prestation globale de services de qualité tout au long de la vie, conçus en fonction des besoins multidimensionnels de la population et de l'individu et fournis par une équipe multidisciplinaire coordonnée de prestataires travaillant dans différents contextes et à différents niveaux de soins (...) »

L'organisation de la prise en charge de certaines pathologies dans le cadre d'un réseau de compétences répond à plusieurs enjeux stratégiques des politiques de santé portées par le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale:

- **Amélioration de l'accès aux soins** : cet enjeu vise à réduire voire supprimer les obstacles de toute nature à une prise en charge de qualité pour tous les patients le nécessitant (information/orientation, situation géographique et mobilité, capacité financière...).
- **Amélioration de la coordination des parcours de soins** : cet enjeu renvoie à la nécessité d'assurer aux patients un parcours de soins sans rupture ni redondance de la prise en charge. Pour les professionnels qui interviennent dans la prise en charge, qu'ils soient hospitaliers et extrahospitaliers, cela implique d'assurer une parfaite communication dans le processus d'échange d'information sur la situation du patient et sur son parcours grâce à une organisation spécifique et des outils dédiés.

- **Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients de manière homogène** : cet enjeu vise à proposer à tous les patients intégrés au réseau de compétences une meilleure qualité et des soins plus efficaces aux regard des enjeux propres à chaque pathologie, quel que soit le lieu de prise en charge ou les médecins et professionnels qui interviennent. Cela est notamment permis par la mise en place et le respect de protocoles et de parcours de prise en charge basés sur des recommandations scientifiques internationales reconnues.
- **Amélioration de la complémentarité du rôle des acteurs** : cet enjeu vise à organiser et à clarifier le rôle des différents acteurs qui interviennent dans la prise en charge des patients dans le but d'éviter toute redondance ou, à l'inverse, toute rupture des soins et ainsi optimiser l'organisation du système de santé. La recherche de la complémentarité du rôle des acteurs s'inscrit dans la recherche de l'amélioration des soins dispensés mais également dans une recherche d'efficience des parcours mis en place.
- **Amélioration de l'efficience de la prise en charge des patients** : cet enjeu qui vise à proposer une prise en charge toujours plus efficace dans le souci d'une bonne utilisation des moyens, est servi par une organisation des parcours dans laquelle la coordination et la complémentarité du rôle des professionnels sont assurées et les moyens sont mobilisés de manière optimale.

La procédure de création et d'autorisation d'un réseau de compétences

La loi de 2018 pose un certain nombre de principes concernant la procédure de création d'un réseau de compétences.

La demande de création d'un réseau doit être introduite par au moins deux hôpitaux.

Tous les hôpitaux traitant d'une ou plusieurs pathologies concernées par les réseaux de compétences (cf. ci-dessus) peuvent postuler. La demande doit également être introduite au moyen d'une lettre cosignée par les différents hôpitaux prenant part au réseau.

Le dossier présenté par les porteurs de projet doit comporter un certain nombre d'informations minimales définies par la loi.

Extrait de la loi du 8 mars 2018 – Article 28 alinéa 4 :

L'article prévoit que les projets précisent les informations suivantes :

- Les disciplines médicales impliquées, le domaine d'activité médicale projeté ;
- Les objectifs quantitatifs et qualitatifs visés ;
- Les ressources et équipements à y affecter spécifiquement pour atteindre ces objectifs, y inclus le nombre de lits et d'emplacements dans le ou les établissements abritant le réseau ;
- Les modalités d'organisation médicale et soignante et de gestion du réseau ;
- Les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau ;
- L'organisation et les moyens mis en place pour assurer la continuité des prises en charge afférentes, conformes aux acquis de la science ;
- La composition et la mission du Conseil scientifique ;
- Le contenu minimal du rapport d'activité annuel ;
- Les modalités d'évaluation et d'assurance qualité des prestations ;
- Le cas échéant, les activités de recherche et d'enseignement envisagées.

L'instruction du projet fait intervenir différentes institutions.

La loi a créé un **comité de gestion interhospitalière (CGI)** chargé de :

- donner un avis sur le projet de réseau,
- soutenir les établissements hospitaliers dans l'élaboration des projets de réseaux de compétences et d'aviser leur projet de réseau,
- retenir les modalités organisationnelles des réseaux de compétences.

La demande de création d'un réseau est déposée auprès du CGI. Seuls les projets recevant un avis favorable d'au moins la moitié de ses membres pourront être autorisés.

La Direction de la Santé (DiSA) appuie l'instruction du dossier à la demande du CGI.

Extrait de la loi – Article 28 alinéa 5 :

Sur la composition du CGI :

- Quatre membres désignés par les directions des hôpitaux ;
- Deux représentants des conseils médicaux ;
- Deux représentants du conseil supérieur de certaines professions de santé ;
- Un représentant du ministre ;
- Un représentant du ministre ayant la sécurité sociale dans ses attributions ;
- Un membre représentant les établissements de recherche ;
- Le directeur de la santé ou son représentant ;
- Un représentant de l'organisme gestionnaire de l'assurance maladie ;
- En cas de discussion d'un projet de réseau de compétences, un représentant de l'association des patients la plus représentative de la pathologie visée

La **Commission permanente pour le secteur hospitalier (CPH)** intervient pour avis à la suite du CGI pour précision compte tenu de l'approche qui est la sienne. Celle-ci exerce des fonctions consultatives auprès du ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, et avise le ministre de tout projet de création d'un réseau de compétences conformément à l'article 28.

Si l'ensemble des avis sont favorables, une **autorisation d'exploitation** est délivrée par le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale pour une durée de 5 ans (alinéa 9) à l'issue de l'instruction. L'autorisation mentionnera les sites hospitaliers et les services hospitaliers faisant partie du réseau.

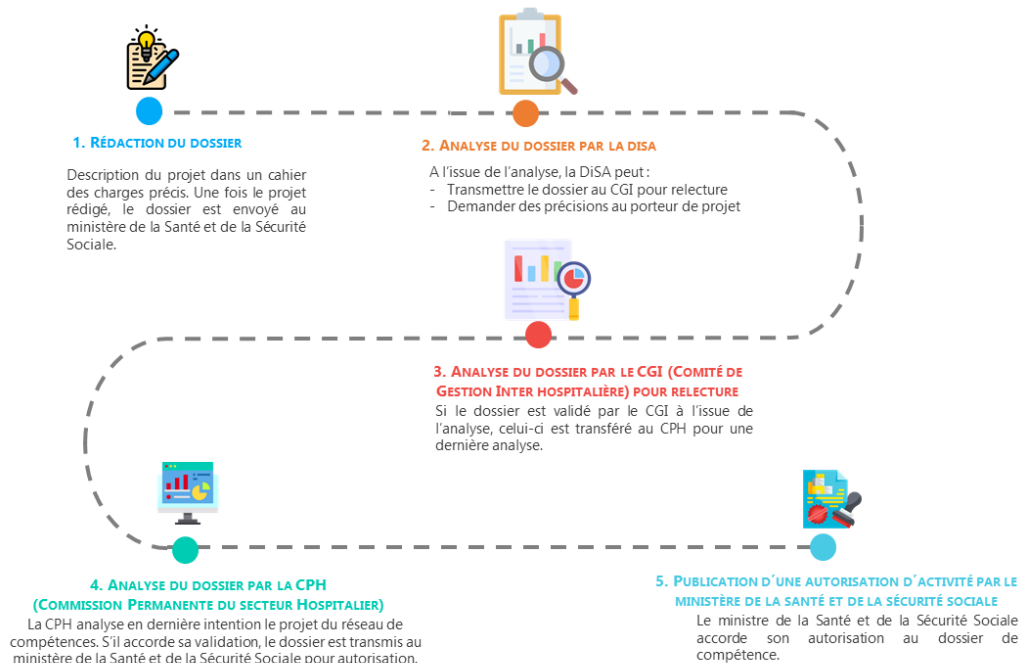
L'autorisation d'exploitation du réseau est prorogée à chaque fois pour une durée de cinq ans si les établissements hospitaliers faisant partie du réseau adressent une lettre recommandée dans les six mois avant l'échéance de l'autorisation au ministre, afin de confirmer qu'ils respectent toujours le projet originel.

Un dispositif d'évaluation sera mis en place pour évaluer le réseau avant son renouvellement.

Cette démarche d'évaluation fera la place à une évaluation intermédiaire (au bout de 3 ans).

Par ailleurs, le bilan d'activité du réseau de compétences présentera tous les ans les indicateurs, qui feront l'objet d'une présentation annuelle au CGI. La première année de mise en place du réseau, une première présentation sera faite au bout de 6 mois.

Schéma récapitulatif du processus de validation d'un dossier de réseau de compétences :



L'instruction et l'analyse du dossier

Les projets de réseaux de compétences sont analysés à la lumière de trois axes principaux qui permettront d'apprécier si les projets répondent aux exigences posées par la loi et aux enjeux auxquels leur création doit concourir :

L'analyse des dossiers a pour objet de vérifier que le projet présenté est :

- **Complet** : il doit présenter *a minima* l'ensemble des éléments inscrits dans la loi Hospitalière et comporter tout élément venant favoriser la compréhension de l'organisation et du fonctionnement du réseau proposé et ainsi permettre son instruction.
- **Cohérent** avec les caractéristiques précisées par la loi **et pertinent** au regard des enjeux stratégiques visés par la mise en place d'une organisation interdisciplinaire intégrée des soins.
- **Faisable dans le contexte organisationnel et réglementaire luxembourgeois**. La faisabilité sera appréciée au regard des délais et des moyens envisagés – financiers et organisationnels – pour mettre en œuvre les actions nécessaires à la mise en place et au fonctionnement efficace du réseau (ex. mobiliser les acteurs du réseau, recruter les patients, former les professionnels...). Sera également analysée la mise en place de prérequis incompatibles avec le contexte luxembourgeois ou irréalistes dans les délais prévus.

Présentation de la matrice du dossier d'un réseau de compétences

Une **matrice** a été élaborée pour guider les porteurs de projets dans la présentation de leur projet. Cette matrice reprend l'ensemble des exigences de la loi qu'elle décline de manière opérationnelle de façon à faciliter la compréhension des attendus.

Les différentes parties de la matrice du dossier d'un réseau de compétences :

Partie I. Le contexte	9
Partie II. L'objet du réseau	10
1. La population cible	10
2. Les activités portées par le réseau	10
Partie III. Les objectifs	12
1. Les finalités	12
2. Les objectifs opérationnels du réseau de compétences	12
Partie IV. Présentation du parcours patient	14
1. Les parcours patients	14
2. Les professionnels intervenant dans les parcours	15
3. Acteurs et outils de la coordination du parcours patient	16
Partie V. L'organisation du réseau de compétences	18
1. Les établissements hospitaliers intégrant le réseau	18
2. Les autres membres du réseau	19
3. Les partenaires du réseau	19
Partie VI. Gouvernance	20
Parties VII. La gestion du réseau	22
1. Rôle de l'hôpital porteur de projet	22
2. Présentation de l'équipe de coordination du réseau	23
3. La gestion et l'animation du réseau	25
Partie VIII. Agrément des médecins et des professionnels de santé	26
Partie IX. Autres activités du réseau	27
Partie X. Les impacts attendus, les indicateurs et le rapport annuel	28
1. Les impacts attendus	28
2. Les indicateurs	28
3. Le rapport annuel	30
Partie XI. Les effectifs des patients pris en charge par le réseau	31

Partie XII. Dimensionnement des moyens nécessaires au fonctionnement	33
Partie XIII. Le planning de déploiement du réseau	35
XIV. Les annexes	36
1. Fiche de poste du case manager	36
2. Fiche de poste du coordinateur administratif et financier du réseau	38
3. Set d'indicateurs minimum	40
4. Description du template budgétaire.....	43

Partie I. Le contexte

La construction d'un réseau de compétences répond à la nécessité et la volonté d'améliorer la prise en charge des patients atteints de la pathologie ciblée à travers une organisation intégrée des soins. Le réseau de compétences vient donc répondre à des lacunes ou des limites constatés en proposant un dispositif visant l'amélioration de la prise en charge de la pathologie/ou groupes de pathologies.

A ce titre, la présentation du contexte de la création du réseau a pour objectif de présenter la ou les raisons pour lesquelles la création du réseau est nécessaire et quelle plus-value le réseau doit apporter, tant pour les patients que pour les professionnels.

Cette première partie présente ainsi le cadre dans lequel le réseau de compétences est créé :

- **Les enjeux de la pathologie/ou groupes de pathologies que le réseau cible :**
 - Présentation de la pathologie. La loi du 8 mars 2018 dresse une liste des pathologies pour lesquelles un réseau de compétences peut être créé.
 - Présentation de données épidémiologiques sur la pathologie au Luxembourg permettant à la fois d'apprécier le nombre des patients concernés, leur situation et les enjeux principaux auxquels ils sont confrontés (surmortalité, comorbidité, atteintes à la qualité de vie, ...). La présentation de la situation à l'étranger doit permettre de rattacher la situation luxembourgeoise à des enjeux plus larges mais aussi d'identifier le cas échéant des domaines d'action prioritaire au regard de la situation dans d'autres pays.
 -

Extrait de la loi - Loi hospitalière modifiée du 8 mars 2018 – art 28 alinéa 2

« Des réseaux de compétences pourront être créés afin d'assurer la prise en charge interdisciplinaire des patients atteints des pathologies ou groupes de pathologies suivants :

- Accidents vasculaires cérébraux ;
- Cancers intégrant le service de radiothérapie ;
- Affections rachidiennes à traitement chirurgical ;
- Diabète et obésité morbide de l'adulte ;
- Diabète et obésité morbide de l'enfant ;
- Immuno-rhumatologie de l'adulte et de l'enfant ;
- Maladies psychosomatiques ;
- Douleur chronique ;
- Maladies neuro-dégénératives

- **L'organisation de la prise en charge de la pathologie actuelle**
 - Présentation de l'organisation au Luxembourg et à l'étranger
 - Analyse des points forts mais aussi des limites de l'organisation actuelle ou des résultats qui peuvent lui être imputés.
- **Les enjeux et problématiques de la prise en charge actuelle auxquels il est proposé de répondre à travers la mise en place d'un réseau de compétences**
 - Présentation des enjeux principaux et axes d'amélioration attendus, à la fois pour l'organisation de la prise en charge, pour le patient et en termes de santé publique

Conseils de rédaction :

- ❑ L'ensemble des informations visant une bonne compréhension des enjeux de la création du réseau, il est recommandé de limiter le nombre de pages du contexte à 4 ou 5 pages maximum, en conservant des éléments utiles à l'exposé, et en reportant le cas échéant en annexe des informations complémentaires.
- ❑ La présentation des problématiques du système de santé luxembourgeois au regard des enjeux de prise en charge de la pathologie concernée peut prendre la forme d'une analyse SWOT (forces, faiblesses, opportunités et menaces).

Partie II. L'objet du réseau

Un réseau de compétences se définit par la pathologie dont il doit favoriser la prise en charge ainsi que par le périmètre des activités déployées.

1. La population cible

La population cible du réseau doit être clairement identifiée, à travers :

- **La définition des critères d'inclusion** des patients dans le réseau. Il s'agit des caractéristiques que les patients potentiels doivent présenter pour pouvoir être intégrés par le réseau de compétences : caractéristiques médicales, âge, lieu de vie, ...
Ces critères doivent être énoncés clairement.
- Le cas échéant, **l'identification de critères d'exclusion**. Il s'agit des caractéristiques des patients s'opposant à une intégration des patients dans le réseau de compétences ou l'en font sortir.

Il est utile de s'appuyer sur des échelles reconnues et se référer à des seuils ou critères établis ou utilisés par des recommandations nationales ou internationales. Cela conduit à déterminer et préciser la méthode d'inclusion la plus appropriée pour atteindre la population-cible et ainsi définir les modalités organisationnelles et les professionnels assurant l'intégration dans le réseau. Ce point sera clairement précisé dans la description du parcours de soins au sein du réseau (Partie IV).

Le choix de la population cible doit être guidé par les enjeux prioritaires de la prise en charge de la pathologie ou du groupe de pathologies au Luxembourg, les objectifs poursuivis doivent être cohérents avec les résultats qu'il est souhaité atteindre. S'il est envisagé une montée en charge progressive du réseau dans le temps, avec une évolution des critères d'inclusion, notamment entre la première période d'autorisation de 5 ans et la suivante, cela peut être indiqué afin de mettre en évidence la cohérence du projet avec les priorités découlant de la présentation du contexte ou expliciter des écarts avec des recommandations.

2. Les activités portées par le réseau

Un réseau de compétences porte à titre principal une mission de diagnostic et de soins.

D'autres activités peuvent être portées à titre secondaire par le réseau : activités de recherche ou d'enseignement.

Les différentes activités seront ainsi présentées de manière synthétique dans la partie dédiée à l'objet du réseau. Si des activités secondaires sont mentionnées, elles feront l'objet d'un développement spécifique dans les parties de la matrice prévues à cet effet (Partie IX).

Ces activités ne seront pas couvertes par le financement du réseau, mais un autre financement le cas échéant.

Extrait de la loi du 8 mars 2018 – Introduction

« Les réseaux de compétences (...) peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement. »

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une description précise et complète de la population que vous ciblez.
- ☐ Une présentation des activités secondaires portées par le réseau

L'analyse du dossier conduira à s'assurer que :

- La population ciblée par le réseau de compétences est conforme aux pathologies prévues par la loi du 8 mars 2018 et que les critères sont suffisamment précis
- Les activités secondaires portées par le réseau sont également conformes à la loi du 8 mars 2018.

Partie III. Les objectifs

La mise en place du réseau de compétences poursuit différents types d'objectifs qui répondent aux enjeux d'amélioration de la prise en charge des patients et de l'organisation du système de santé mis en évidence dans la « Partie I – Contexte ».

On peut distinguer deux grands types d'objectifs :

1. Les finalités

Elles correspondent aux améliorations ultimes en réponse aux enjeux actuels de la prise en charge de la pathologie. La définition de ces finalités renvoie directement à l'état des lieux de la prise en charge de la pathologie et ainsi aux constats de santé dressés dans le contexte.

Les améliorations recherchées peuvent à la fois concerner l'état de santé des patients ou l'organisation des soins, mais toujours en cohérence avec les enjeux prioritaires de la prise en charge de la pathologie au Luxembourg. Les finalités peuvent ainsi être des objectifs thérapeutiques.

➤ Exemples de finalités des réseaux qui viennent répondre aux enjeux des pathologies :

- Réduire la surmortalité, améliorer l'espérance de vie des patients
- Limiter les comorbidités ou les complications d'une pathologie
- Réduire les risques de ruptures de prise en charge
- Eviter l'errance thérapeutique
- Améliorer l'observance des traitements
- Autonomiser les patients dans la gestion de leur maladie
- Améliorer la qualité de vie

Les finalités se rattacheront facilement à l'un ou l'autre des enjeux stratégiques qui président à la mise en place des réseaux de compétences, qu'ils viennent décliner de manière contextualisée pour la pathologie concernée.

Pour rappel, ces enjeux sont :

- Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients de manière homogène
- Amélioration de la coordination des parcours de soins
- Amélioration de l'accès aux soins
- Amélioration de la clarification et la complémentarité du rôle des acteurs sur le territoire
- Amélioration de l'efficacité du système de santé

2. Les objectifs opérationnels du réseau de compétences

Les objectifs opérationnels déclinent les finalités selon les principaux domaines d'intervention du réseau et identifient ainsi les principaux dispositifs proposés pour atteindre ces finalités.

Ainsi, pour définir des objectifs opérationnels, il est pertinent de repartir des finalités poursuivies par le réseau et d'identifier les grandes actions à mettre en place qui permettront de les atteindre. Les objectifs opérationnels définis doivent être mesurables. A cette fin, ils seront assortis de cibles chiffrées (cf. Partie X. 2. Les indicateurs)

Un objectif opérationnel ne renvoie pas nécessairement à une seule finalité, mais peut en servir plusieurs, et de la même manière, une finalité peut donner lieu à différents objectifs opérationnels.

➤ Exemples d'objectifs opérationnels :

- Proposer une prise en charge multidisciplinaire à tous les patients
- Améliorer la prise en charge financière des soins
- Renforcer le rapport coût-efficacité de la prise en charge
- Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les spécialistes pour renforcer l'efficacité du diagnostic
- Renforcer le dépistage

La présentation segmentée des objectifs en finalités et objectifs opérationnels permet de disposer d'un ensemble d'objectifs priorisés et catégorisés selon leur nature, qui viendront compléter la compréhension des enjeux du réseau proposé.

Conseils de rédaction :

- Pour faciliter la définition des objectifs, il est pertinent de les formuler en commençant les phrases par **des verbes d'action**.
- Il est conseillé de présenter un nombre relativement réduit d'objectifs (entre 5 et 10 et en tout état de cause pas plus d'une dizaine de chaque catégorie), grâce à un travail de priorisation voire de regroupement, à des fins de lisibilité et de meilleure compréhension des motivations prioritaires qui guident le projet. Même si les attentes vis-à-vis des réseaux sont souvent très nombreuses, les finalités ne doivent pas venir reprendre la totalité des impacts positifs à attendre de la mise en place de cette nouvelle organisation intégrée des soins. Ce travail de priorisation est également important, dans la perspective de l'évaluation du réseau, les objectifs, le degré d'atteinte de ces objectifs servant de base à l'évaluation.
- Il faut bien distinguer les objectifs des indicateurs. Les objectifs ne sont pas des indicateurs chiffrés. Les indicateurs seront définis dans un deuxième temps comme un outil de mesure de la mise en œuvre de l'objectif et de son atteinte (cf. partie X).

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ La description des différentes finalités que le réseau souhaite atteindre
- ☐ La description des différents objectifs opérationnels, déclinaisons opérationnelle des finalités que le réseau souhaite atteindre

L'analyse du dossier conduira à s'assurer de :

- La pertinence des objectifs au regard du constat de santé dressé dans le contexte
- La cohérence des objectifs avec les améliorations apportées au parcours des patients et l'optimisation de l'organisation et les indicateurs proposés

Partie IV. Présentation du parcours patient

Rappel de la loi

La loi hospitalière du 8 mars 2018, dans son article 28 alinéa 4 prévoit que le cahier des charges précise « les modalités d'organisation médicale et soignante (...) ».

1. Les parcours patients

Le parcours du patient correspond à la prise en charge globale, structurée et continue des patients, intégrant l'ensemble des actions de prévention, de soins et de suivi et d'accompagnement médico-social, présentant « le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)... »¹

La présentation du parcours patient conduit à **décrire de manière précise la prise en charge que le réseau de compétences propose de mettre en place pour répondre à la pathologie concernée** : actes et prestations de soins à chaque étape (consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales)...) et identification des professionnels intervenants.

Il est nécessaire de rappeler les recommandations/références scientifiques ou « Evidence Based Medicine » principales (nationales et/ou internationales) sur lesquelles s'appuie le parcours patient.

L'application de ces recommandations/protocoles constitue un levier du développement de la qualité de la prise en charge des patients de manière homogène par l'ensemble des acteurs mobilisés par le réseau.

- **La présentation doit mettre en évidence les différentes étapes du ou des parcours patients et des professionnels qui y interviennent.**

Le lecteur doit pouvoir repérer facilement les principales étapes du parcours (repérage, intégration, évaluation, suivi, sortie) ainsi que les différents lieux de soins et catégories d'acteurs (ville/hôpital, acteurs hospitaliers, extrahospitaliers...), le nombre d'actes, ... La sortie d'hospitalisation du patient n'est pas nécessairement une sortie du parcours, un suivi en ville peut être envisagé.

- Cette présentation attirera l'attention sur la manière dont sera évitée toute rupture de parcours aux moments sensibles de la prise en charge (ex. sortie d'hospitalisation, passage à l'âge adulte, ...) afin que soit assurée la **continuité des soins** des patients
- La présentation du parcours patient intègre également une description spécifique de la manière dont sera organisée, au sein du réseau, la **coordination de ce parcours**.

¹ Haute Autorité de Santé (HAS) – [Parcours de soins, Questions/Réponses](#), mai 2012

Conseil de rédaction :

Présentation du parcours patient :

- Il est important de proposer une représentation graphique du parcours patient, en complément de l'explication textuelle.
- Lorsque le réseau de compétences est composé de plusieurs parcours patients, il peut être utile de présenter une version synthétique du parcours patient global, regroupant les grandes étapes communes aux différents parcours, avant de présenter les spécificités de chaque parcours dans le détail. C'est surtout le cas lorsque les différents parcours correspondent à différentes étapes possibles de la pathologie. Cette recommandation doit bien sûr être adaptée à l'objet du réseau de compétences et à la nature des parcours présentés.
- Le lecteur doit pouvoir repérer facilement les parties du parcours qui ne sont pas assurés dans le cadre du réseau (réalisés en ville en amont de l'intégration au réseau par exemple), ainsi que les modalités d'articulation entre les parcours (ex : modalités de passage d'un parcours à un autre).

2. Les professionnels intervenant dans les parcours

Cette sous-partie présente les types professionnels (hospitaliers et extrahospitaliers) qui interviennent directement auprès du patient dans le cadre du parcours proposé ainsi que les grandes missions qui leur sont confiées.

Cette présentation facilitera une compréhension du caractère pluridisciplinaire et pluriprofessionnel des équipes mobilisées dans le réseau de compétences.

Conseil de rédaction :

- **Point d'attention :** Seuls les professionnels intervenant directement dans le parcours du patient sont présentés ici. Les professionnels qui interviennent en soutien, ou dans le cadre d'un partenariat institutionnel en soutien du réseau seront présentés dans la partie suivante, « V. Organisation du réseau ».
- Pour plus de clarté, il est pertinent de présenter les acteurs par typologie

- **Acteurs médicaux :**

- Préciser ici les types de médecins spécialistes (hospitaliers et extrahospitaliers, algologue, rhumatologue etc.), qui composent le réseau. Exemple : médecins spécialistes en rhumatologie. Il est nécessaire de détailler pour chaque type de médecin les interventions qui sont de leur responsabilité et missions confiées.
- Préciser la place que chaque catégorie de professionnels occupe dans le réseau, en particulier les acteurs extra hospitaliers.

- **Professionnels de santé :**

- Préciser ici les types d'infirmiers (infirmier responsable de soins généraux, infirmier en pédiatrie etc.) qui composent le réseau et leurs missions dans le réseau.
- Préciser les types de professionnels de santé qui composent le réseau et leurs missions dans le réseau. Exemple : kinésithérapeute, diététicien etc.
- Pour chacun, préciser les titres et diplômes nécessaires.
- Préciser la place que chaque catégorie occupe dans le réseau, en particulier les acteurs extra hospitaliers.

3. Acteurs et outils de la coordination du parcours patient

Cette sous-partie présente le rôle du case manager en charge de la coordination du parcours du patient et les outils permettant la coordination entre professionnels.

- **Le Case Manager :**

La coordination du parcours au sein d'un réseau peut s'appuyer de manière privilégiée par la désignation de professionnels assurant un **rôle de case manager**.

Il est nécessaire de décrire : le rôle du case manager (positionnement par rapport à l'équipe de soins pluridisciplinaire, missions), les critères de recrutement, de diplôme, le niveau d'expérience.

Définition - Le Case Manager :

Le case manager est un coordinateur de soins, l'interlocuteur et le référent des patients pour toute question liée à la prise en charge et tout au long du parcours de soins. Il possède une connaissance approfondie de la spécialité médicale du réseau. Il travaille en collaboration étroite avec les différents prestataires de soins (médecins, infirmières, Kinésithérapeutes, psychologues, etc.), également avec les coordonnateurs du réseau et le Conseil Scientifique du réseau de compétences.

Profil du Case Manager :

- Profil : infirmier
- Disposer de connaissances ciblées sur la pathologie prise en charge par le réseau de compétences
- Être titulaire d'un diplôme d'infirmier ainsi que d'une autorisation d'exercice au Grand-Duché de Luxembourg
- Une expérience de 3 ans minimum en service de soins est exigée, ainsi qu'une expérience professionnelle significative dans la spécialité médicale concernée
- Être titulaire d'un diplôme en « Case Management » associé au domaine de la santé est également un atout. Le cas échéant, une formation en « Case Management » peut être proposée
- Avoir déjà travaillé dans un réseau de santé est un atout

La fiche de poste complète, détaillant les missions et le profil attendus pour un case manager se trouve en annexe de ce document.

- **Le rôle du médecin référent**

La mise en place de réseau de compétences ne fait pas obstacle au rôle du **médecin référent** dans la coordination de l'ensemble des soins autour du patient. Il convient ainsi de bien préciser la place du médecin référent dans la prise en charge des patients intégrés à un réseau de compétences.

- **Les autres modalités d'articulation entre les professionnels**

Préciser l'échange d'information et outils et modalités venant contribuer à une bonne coordination du parcours comme les RCP, les réunions pluridisciplinaires décisionnelles, les staffs etc.

- **Le système d'information à mettre en place**

Le projet d'un réseau de compétences doit comporter une présentation du système d'information nécessaire pour assurer la communication entre les professionnels.

Il est important de bien préciser l'utilisation d'outils existants avec, le cas échéant, des évolutions nécessaires, ou le besoin de création d'outils.

Ainsi, il est attendu que **les acteurs explicitent s'ils intègrent le Dossier de Soins Partagé (DSP) dans les usages du réseau et s'ils prévoient des développements complémentaires pour pouvoir l'utiliser.**

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation claire et précise du/des parcours patients proposés dans le cadre du réseau de compétences
- ☐ Une description complète des intervenants auprès des patients
- ☐ Une bonne compréhension de l'articulation entre les intervenants auprès des patients permettant de garantir la continuité des soins.

Sur cette partie, l'analyse du dossier conduira à évaluer la pertinence du parcours avec les enjeux stratégiques suivant :

- **Amélioration de l'accès aux soins**
 - L'articulation des différentes étapes du parcours permettant d'éviter toute rupture de parcours
 - Les étapes de repérage et d'inclusion dans le parcours, le rôle des professionnels, notamment celui des médecins généralistes dans le repérage des patients.
- **Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients de manière homogène :**
 - Le parcours proposé s'appuie sur des références nationales / internationales reconnues
- **Amélioration de la coordination des parcours de soins**
 - Place des différents professionnels dans le réseau
 - Présence et mission du case manager, utilisation d'outils de travail et de communication entre les intervenants dans le parcours.
- **Amélioration de la complémentarité du rôle des acteurs**
 - Les missions dévolues à chaque type de professionnel et leur articulation avec celles des autres.

Partie V. L'organisation du réseau de compétences

Cette partie a pour vocation de présenter la manière dont le parcours est mis en place au sein du système de santé du Luxembourg en précisant quels sont les acteurs qui participent à son déploiement ou le soutiennent en intégrant le réseau et notamment les hôpitaux impliqués. L'organisation choisie par les porteurs de projet doit être guidée par un souci de favoriser la complémentarité du rôle des acteurs intégrant notamment un enjeu d'efficacité du système, mais également l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier compte tenu des contraintes d'accessibilité géographique.

Rappel de la loi – Loi hospitalière du 8 mars 2018 – Introduction

« Les réseaux de compétences peuvent inclure des prestataires **extrahospitaliers, institutionnels et individuels**, y compris les **ressources d'un ou de plusieurs établissements de recherche**. Ils peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement »

1. Les établissements hospitaliers intégrant le réseau

Cette sous-partie doit présenter les centres hospitaliers qui intègrent le réseau ainsi que les missions spécifiques qui leur sont confiées.

Pour que le projet de réseau de compétences obtienne une autorisation ministérielle, il est impératif d'identifier au moins deux hôpitaux, ceux qui ont introduit la demande d'autorisation, ainsi que tous ceux qui interviennent dans le réseau.

Il est ainsi attendu une description de :

- des hôpitaux intégrant le réseau de compétences : doivent être impérativement précisés les sites hospitaliers et services concernés
- leur rôle respectif dans le parcours de soins des patients. Il peut être identique ou différencié, en fonction des choix d'organisation, que ce soit de manière définitive ou transitoire dans le cadre de la montée en puissance. Tous les niveaux de prise en charge peuvent ainsi ne pas être proposés par l'ensemble des centres hospitaliers participant au réseau.
- les relations opérationnelles mises en place entre les équipes des centres hospitaliers, le cas échéant (organisation, modalités et fréquences des échanges, mutualisation ou mise à disposition de moyens, ...)

L'ensemble des hôpitaux participera au comité de gestion du réseau (Partie VI. Gouvernance). Parmi ces hôpitaux, un hôpital portera les moyens de coordination du réseau (équipe de coordination – cf. Partie VII), il représentera le réseau dans ses échanges avec le Ministère (cf. partie VI). Il pourra être désigné comme hôpital porteur de projet.

Ce rôle spécifique devra être mentionné et décrit plus précisément dans la partie relative à la gestion et l'animation du réseau (cf. Infra).

Rappel de la loi – Loi hospitalière du 8 mars 2018, article 28 alinéa 3 :

« La demande d'autorisation est introduite par au moins deux hôpitaux sous forme d'un projet de réseau de compétences auprès du Comité de gestion inter hospitalière mentionné au paragraphe 5. **Tous les hôpitaux traitant la pathologie ou le groupe de pathologies en question peuvent y participer.** »

2. Les autres membres du réseau

Cette sous-partie présente les acteurs extrahospitaliers qui prennent part au réseau.

Les membres du réseau sont les professionnels médicaux et de santé qui interviennent dans la prise en charge des patients avec un niveau de connaissance, d'expérience et de formation adapté défini par le comité de gestion dans le cadre de la procédure d'agrément (à décrire dans la Partie VIII). Ils ont obtenu leur agrément pour intégrer le réseau, et mettent en œuvre le parcours et les protocoles du réseau.

Être membre du réseau offre une visibilité auprès des patients et des autres professionnels. Recourir à ces professionnels doit ainsi constituer une garantie de qualité de soins, ce qui les engage à se conformer aux standards assurés par le réseau de compétences.

Médecins (médecins spécialistes, médecins généralistes, médecine scolaire, ...), professionnels de santé mais également ceux du secteur médico-social (réseau d'aide et de soins, etc.), ainsi que tous les autres types de professionnels qui sont invités à intégrer le réseau. Il sera ainsi précisé à quel titre leur participation au réseau est souhaitée à quelle fin (ex. bonne orientation des patients vers le réseau, prise en charge du patient dans le cadre du parcours proposé par le réseau, ou en amont, au titre du développement de la prévention ou du repérage, ...).

Dans le cadre de la montée en puissance progressive du réseau, il est possible d'identifier une priorisation des acteurs invités à rejoindre le réseau lors de la première phase d'autorisation, sur des critères géographiques ou autres.

3. Les partenaires du réseau

Les partenaires du réseau sont des acteurs (professionnels, structures, associations) qui ne font pas partie du réseau, mais qui, par leur action, interagissent avec lui et soutiennent son activité.

Exemples de partenaires : universités, ministères, COPAS, association de professionnels de santé, associations de patients etc.

Les actions, les attentes et les contributions à mener avec chacun des partenaires doivent être précisées.

Sur cette partie, l'analyse du dossier conduira à apprécier la pertinence des choix d'organisation du réseau au regard des enjeux de :

- **Amélioration de la complémentarité des rôles**
 - Organisation complémentaire de l'offre hospitalière
- **Amélioration de l'accès aux soins,**
 - Notamment au regard de l'accessibilité géographique

La faisabilité du projet décrit sera également appréciée au regard de son ambition en termes d'effectifs à accompagner, compte tenu du nombre d'acteurs prévus et de la capacité d'accompagnement de chacun d'eux (nombre de lits notamment).

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation des hôpitaux prenant part au réseau ainsi que de leurs missions dans le réseau
- ☐ Une présentation des acteurs extrahospitaliers qui intègrent le réseau
- ☐ Une présentation des partenaires du réseau

Partie VI. Gouvernance

Le réseau de compétences est piloté par différents collectifs, chacun disposant de missions spécifiques, et qui constituent les organes de gouvernance du réseau.

Cette partie a pour vocation de présenter la composition et les missions de ces entités.

Deux organes composent obligatoirement la gouvernance d'un réseau de compétences :

- **Un comité de gestion du réseau**
 - Le comité de gestion a vocation à réunir des représentants des principaux membres du réseau, et en particulier les différents hôpitaux parmi lesquels l'hôpital porteur de projet appelé à être l'interlocuteur unique de la DiSA et de la CNS pour représenter le réseau.
 - Le comité de gestion devra intégrer au moins un représentant des patients aux côtés des autres membres.
 - Les missions sont à préciser dans cette partie. Elles doivent, à minima, recouvrir les missions définies dans l'encadré ci-dessous

Les missions du Comité de gestion :

Le comité de gestion endosse, a minima, les missions suivantes :

- **Assurer la gestion organisationnelle :**
 - Veiller au bon fonctionnement du réseau
 - Veiller aux bonnes relations entre les membres du réseau et intervenir en cas de besoin
 - Assurer la gestion des ressources nécessaires au bon fonctionnement du réseau : ressources soignantes, ressources administratives, locaux, frais de fonctionnement
- **Assurer la gestion budgétaire et financière du réseau**
 - Négocier le budget global prévisionnel du réseau auprès de la CNS
 - Statuer sur les investissements que le réseau souhaite financer
 - Assurer la comptabilité spécifique du réseau grâce à un budget prévisionnel et au suivi d'un budget réalisé
- Définir les orientations des actions à engager dans le cadre du développement du réseau
- Définir la stratégie et les outils de communication vis-à-vis des professionnels de santé afin d'étendre le réseau
- Donner l'agrément des professionnels de santé souhaitant intégrer le réseau
- Valider le rapport annuel du réseau
- Être le porte-parole du réseau auprès des acteurs institutionnels
- Approuver la composition du Conseil Scientifique du réseau
- Organiser l'évaluation du réseau (temporalité à définir)

- **Un Conseil scientifique du réseau**

Rappel de la loi – Loi du 8 mars 2018, alinéa 4 :

« Chaque projet de réseau de compétences doit être accompagné d'un Conseil scientifique ».

Sont à décrire précisément :

- La composition du Conseil scientifique doit être cohérente avec les missions confiées au conseil scientifique
 - Exemple de composition : des médecins experts, des représentants de sociétés savantes, des institutions de recherche, comité scientifique dans certaines pathologies.
- Les missions qui doivent, à minima, recouvrir les missions définies dans l'encadré ci-dessous

Les missions du Conseil Scientifique

Le Conseil Scientifique a pour missions principales d'émettre des avis et de réaliser des propositions auprès du comité de gestion sur les sujets suivants :

- Sur le développement médical du réseau :
 - Définition des priorités vers lesquelles faire aller le réseau
 - Introduction et/ou modification de protocoles de diagnostics et de thérapeutiques
 - Proposition de création/d'amélioration de nouveaux parcours cliniques
- Sur la rédaction de recommandations de bonnes pratiques à mettre en place dans le réseau et la politique éthique du réseau
- Sur la mise en place d'une démarche qualité au sein du réseau, notamment avec le suivi des « *clinical outcomes* ».
- Sur les activités d'enseignement, de recherche et autres à développer
- Sur la formation mise en place par le réseau
- Sur le rapport annuel établi par le Comité de Gestion

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ La présentation des organes composant la gouvernance du réseau
- ☐ La composition des organes de gouvernance ainsi qu'une description de leurs missions

Parties VII. La gestion du réseau

Le réseau de compétences est un dispositif dont la gestion et l'animation sont assurées par une équipe spécifiquement constituée à cette fin, portée administrativement par un des centres hospitaliers membres du réseau.

Cette partie a pour vocation de présenter les modalités mises en place pour assurer la gestion du réseau ainsi que son animation.

1. Rôle de l'hôpital porteur de projet

Un centre hospitalier est appelé à assurer la coordination des activités du réseau et le suivi du budget.

La fonction de coordination des activités du réseau ne se confond pas avec la coordination du parcours du patient. Dans de nombreux réseaux, les différents hôpitaux assureront un rôle et une place identique vis-à-vis de leurs patients respectifs en termes de coordination de leurs parcours. La coordination des activités du réseau relève quant à elle du seul hôpital porteur de projet (que l'on peut ainsi aussi désigner par « gestion du réseau » ou « l'animation du réseau » afin de bien marquer la différence avec la coordination du parcours).

L'identification de l'hôpital porteur de projet revient aux membres du réseau même s'il est probable que le site hospitalier porteur des équipes les plus en pointe sur la prise en charge de la maladie sera probablement plus enclins à assurer également la fonction de coordination des activités.

Souvent identifié dans la partie, « V. Organisation du réseau », l'hôpital porteur de projet verra son rôle, et l'organisation prévue à cet effet, précisés dans cette partie VII.

L'hôpital identifié comme porteur de projet porte l'équipe de coordination et est l'interlocuteur principal de la DiSA et de la CNS au nom du comité de gestion pour négocier les moyens du réseau.

Les négociations financières ne se pas conduites avec chacun des hôpitaux pour l'activité relevant du réseau de compétences mais avec l'hôpital porteur qui pourra ainsi être accompagné par l'ensemble des hôpitaux du réseau pour ces négociations, les moyens ainsi négociés étant par la suite attribués à chaque hôpital (le réseau n'ayant pas de personnalité juridique).

L'hôpital porteur de projet doit remplir les missions suivantes :

Définition du rôle de l'hôpital porteur du projet :

- Être l'interlocuteur privilégié de la CNS et de la DiSA pour la finalisation, l'autorisation et le financement du réseau
- Conventionner avec la DiSA et être destinataire et gestionnaire de la subvention dédiée au fonctionnement et à l'animation du réseau
- Employer et mettre à disposition du réseau les ressources humaines de l'hôpital nécessaires à sa gestion et son bon fonctionnement (direction financière et budgétaire, service de facturation, direction administrative, secrétariat administratif, direction des ressources humaines)
- Assurer les tâches essentielles au fonctionnement du réseau : gestion de projet, secrétariat, projet et gestion informatique
- Participer au comité de gestion, aux côtés des autres hospitaliers, et assurer la présidence du comité de gestion
- Assurer la coordination des différents établissements et acteurs participant au réseau
 - Mettre en place et assurer la bonne communication entre les établissements
 - Veiller à la complémentarité des rôles de chacun
- Mettre en place la structure d'accueil du réseau

2. Présentation de l'équipe de coordination du réseau

La gestion du réseau de compétences est assurée par une équipe de coordination dont le rôle principal est d'organiser le déploiement et le bon fonctionnement du réseau.

A ce titre, le dossier de réseau de compétences doit préciser :

- Les types de profils qui composent l'équipe de coordination
- Les missions assignées à l'équipe de coordination.
- Les missions de chacun des membres de l'équipe de coordination. La description des différentes actions portées par l'équipe de coordination du réseau sera la base de l'évaluation du temps nécessaire à chaque acteur (base de l'estimation budgétaire).

L'animation ou coordination du réseau est distincte de la fonction de coordination du parcours du patient (*case management*), ce qui n'empêche pas une même personne d'assurer le cas échéant une fonction de case manager et de participer à l'équipe de coordination.

Il est attendu une certaine cohérence entre la taille du réseau et la taille de l'équipe de coordination. Il appartient ainsi au porteur de projet de proportionner le temps de travail de chacun des membres de l'équipe de coordination imputé au réseau aux responsabilités et activités décrites.

Composition et missions de l'équipe de coordination du réseau

Composition :

L'équipe de coordination du réseau est composée de trois profils :

- D'un coordinateur médical dont le rôle est centré sur l'apport d'expertise
- D'un coordinateur soignant (IDE)
- D'un coordinateur administratif et financier du réseau (cf. fiche de poste en annexe 2)

Une même personne peut occuper deux fonctions différentes. Les coordinateurs du réseau ont un rôle principalement administratif. Leur rôle n'a pas de rapport direct avec les soins, ils n'interviennent pas directement dans la prise en charge du patient mais ils veillent à une coordination efficace entre les acteurs et structures du réseau.

A l'inverse, une même fonction peut reposer sur plusieurs personnes, par exemple si le temps de coordinateur médical est complexe à trouver, deux médecins peuvent se partager la fonction. La fonction de data management peut être portée soit par le coordinateur soignant soit par une personne dédiée à cette tâche.

Missions :

Les missions de l'équipe de coordination du réseau peuvent être distinguées en deux volets principaux :

Un volet opérationnel

- Animer, piloter et coordonner le collectif des acteurs qui sont membres du réseau
- Mettre en œuvre des méthodologies d'intervention, de gestion projet et d'évaluation
- Préparer et accompagner les réunions du comité de gestion et du comité scientifique du réseau
- Appuyer le déploiement des outils et processus d'information et de communication au sein du réseau par les différents acteurs concernés (A noter, chaque établissement sera responsable de la gestion de ses propres données)

Un volet administratif et financier

- Organiser le suivi et reporting de l'activité
- Piloter les moyens spécifiques attribués au fonctionnement du réseau

Assurer une vision consolidée de l'exécution de l'ensemble des moyens alloués à chaque établissement pour la mise en œuvre et le fonctionnement du réseau afin de préparer et accompagner les échanges des représentants du réseau avec la DiSA et de la CNS. Le détail de la mission du coordinateur administratif et financier du réseau est disponible en annexe.

L'équipe de coordination du réseau est portée administrativement par l'hôpital porteur de projet.

A cette fin, ce dernier emploie et met à disposition du réseau les ressources humaines de l'hôpital nécessaires à sa gestion et son bon fonctionnement (direction financière et budgétaire, service de facturation, direction administrative, secrétariat administratif, direction des ressources humaines).

Pour assurer correctement son rôle, l'équipe de coordination devra bénéficier d'un relais dans les différents établissements participants (une personne identifiée par établissement).

3. La gestion et l'animation du réseau

Pour garantir des standards de qualité élevés au sein du réseau ainsi que pour développer la notoriété du réseau de compétences, il est important de mettre en place des modalités spécifiques d'animation du réseau à destination de ses membres, ainsi qu'un panel d'actions à destination de ses partenaires ou plus largement.

Le dossier de candidature pour un réseau de compétences s'attache à présenter :

- Les formations, initiales et continues, mises en place par le réseau, leur fréquence et modalités proposées aux médecins et professionnels de santé qui l'intègrent. Exemple : formations pour les professionnels intégrant l'équipe de prise en charge pluridisciplinaire intervenant dans le parcours du patient
- Des actions de communication mises en place pour faire connaître le réseau. Exemple : réunions, newsletter, web page, flyers à déposer dans les cabinets des médecins etc., réunions d'information et d'échange.)
- Les autres modalités d'animation potentielles du réseau

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une identification de l'hôpital porteur de l'équipe de coordination du réseau (hôpital porteur du réseau)
- ☐ Une présentation de l'équipe de coordination du réseau ainsi que de ses missions
- ☐ Une présentation des actions mises en œuvre pour créer l'animation du réseau : formations etc.

Sur cette partie, l'analyse du dossier conduira à apprécier la pertinence des choix d'organisation du réseau au regard des enjeux de :

- **Amélioration de la qualité de la prise en charge de manière homogène, à travers l'analyse des actions d'animation du réseau (notamment information et formation)**

Partie VIII. Agrément des médecins et des professionnels de santé

Un des principaux axes poursuivis par un réseau de compétences est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients et d'assurer son homogénéité quel que soit les lieux de prise en charge et les professionnels qui interviennent.

En intégrant le réseau, les médecins et professionnels de santé participeront au déploiement des protocoles de prise en charge et bénéficieront des formations et des informations utiles. Mais cette intégration est soumise à la **vérification des qualifications et compétences définies comme nécessaires pour chaque catégorie de professionnel intervenant dans le parcours de soins.**

Rappel de la loi – Loi du 8 mars 2018, alinéa 4 :

« Le projet précise (...) les qualifications et compétences déterminant les modalités d'agrément des médecins et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé collaborant dans le réseau. ».

Cette partie a pour but de présenter clairement :

- Les critères d'agrément des médecins intégrant le réseau et des autres professionnels de santé intégrant ou collaborant au réseau
- Les modalités de définition du processus d'agrément des professionnels.

Conseil de rédaction :

La définition du processus et des critères d'agrément des professionnels est fondée sur les recommandations scientifiques nationales et internationales relatives à la pathologie concernée par le réseau de compétences. Lorsqu'il n'existe pas de recommandations sur la pathologie visée, il est alors nécessaire de créer ex-nihilo ce processus.

Le processus d'agrément présenté dans le dossier peut être une première ébauche : il est possible d'approfondir ce schéma une fois que le réseau de compétences sera construit avec l'appui du Conseil Scientifique du réseau.

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation des critères requis pour rejoindre le réseau en tant que professionnel de santé
- ☐ Une première ébauche du processus d'agrément des professionnels de santé dans le réseau.

Partie IX. Autres activités du réseau

Un réseau de compétences peut porter plusieurs missions supplémentaires, en plus de sa mission principale de diagnostic et de soins. Cette partie a vocation à présenter ces différentes missions supplémentaires que le réseau souhaite poursuivre et leur organisation détaillée.

Extrait de la loi : loi du 8 mars 2018 – Introduction

« Les réseaux de compétences (...) peuvent exercer, outre leur mission de diagnostic et de soins, une mission de recherche et d'enseignement. »

- Présentation des activités **d'enseignement et/ou de recherche prévues**, le cas échéant
- Présentation des modalités de portage et d'organisation des activités d'enseignement et/ou de recherche prévues
- Précision des professionnels intégrés dans le réseau ou des partenaires impliqués dans la mise en place et la gestion de ces activités d'enseignement et/ou de recherche prévues
- Le cas échéant : présentation des autres activités, de leur organisation et des acteurs impliqués

A la fin de cette partie vous avez :

☐ Une présentation des missions supplémentaires portées par le réseau

☐ Une description de l'organisation de ces missions

Partie X. Les impacts attendus, les indicateurs et le rapport annuel

Le fonctionnement du réseau de compétences est objectivé chaque année lors de la présentation du **rapport annuel**. Sa rédaction est l'occasion de **réaliser différents bilans** concernant la qualité des prestations délivrées dans le réseau (**indicateurs de résultats, de moyens**), de l'activité mise en place par le réseau (**indicateurs d'activité**), le budget du réseau etc.

1. Les impacts attendus

Les impacts sont les résultats attendus des actions définies pour atteindre les objectifs opérationnels fixés. Il est proposé de préciser les impacts attendus de la mise en place du réseau de compétences, pour bien appréhender l'ensemble des transformations à attendre du projet :

- Impacts en termes de service rendu aux patients (thérapeutique, qualité de vie, qualité des soins perçus par le patient (mesurée à travers des indicateurs PREMS/PROMS²)
- Impacts organisationnels, sur les pratiques des professionnels de santé et des établissements et services
- Impacts en termes d'efficience des dépenses de santé.

Ces impacts peuvent être recherchés et ainsi conduire à assortir les objectifs cibles chiffrées dont les indicateurs viendront mesurer l'atteinte.

Certains impacts constituent des effets collatéraux de la mise en place du réseau, qui ne justifient pas en tant que tels sa création mais doivent être appréhendés.

Il est attendu que soient précisés les impacts attendus de la mise en place des réseaux en matière d'hospitalisation.

Certains impacts seront obtenus sur la durée d'autorisation du réseau (5 ans) tandis que d'autres nécessiteront une durée plus longue pour être observés. Même s'ils seront plus complexes à mesurer, il peut être souhaité de les mettre en évidence afin de favoriser la compréhension des enjeux du réseau. La double temporalité – court terme/long terme – doit être précisée. Elle guidera le dispositif d'évaluation.

2. Les indicateurs

Les indicateurs sont des instruments de mesure qui donnent de l'information et permettent de mesurer des changements qui se traduisent de manière chiffrée. Ils permettent de vérifier la bonne mobilisation des ressources, la mise en œuvre des actions prévues et l'atteinte des objectifs fixés.

A ce stade du projet, il n'est pas attendu des porteurs d'un projet de réseau qu'ils fournissent une liste exhaustive des indicateurs d'évaluation du projet. Le conseil scientifique du réseau devra en effet être mobilisé ainsi que le comité de gestion du réseau, pour proposer et valider les indicateurs.

Cependant, pré-identifier quelques indicateurs à ce stade du processus de création du réseau de compétences permettra de clarifier la compréhension du projet, de vérifier la pertinence de certains objectifs ou de leur formulation, de s'assurer de la capacité à produire ces données et d'anticiper le recueil des données nécessaires à leur mesure.

² <https://www.oecd.org/health/paris/> - <https://www.oecd.org/els/health-systems/paris.htm>

Classiquement, on distingue souvent différentes catégories d'indicateurs :

- Des indicateurs de moyens
- Des indicateurs d'activité
- Des indicateurs de résultat

a) Les indicateurs de moyens

Les indicateurs de moyens mesurent l'ensemble des moyens mobilisés pour atteindre les objectifs.

- Exemples d'indicateurs de moyens
 - Financier : Utilisation du budget annuel, coût d'une prise en charge / patient
 - Moyens humains : Ecart entre les effectifs requis et les effectifs planifiés

b) Les indicateurs de processus ou d'activité

Les indicateurs d'activité mesurent les effets directs des actions mises en œuvre dans le cadre du projet de réseau de compétences. Ils documentent également le respect des procédures.

- Exemples d'indicateurs d'activité
 - Nombre de patients intégrés, pris en charge
 - Nombre de prestations réalisées par an
 - Nombre de professionnels formés par an

Ces deux types d'indicateurs (moyens et activité) permettent d'apprécier les conditions de mise en œuvre du réseau de compétences. Ils sont utilisés pour évaluer la faisabilité et la qualité, en permettant de répondre à la question suivante : *le dispositif a-t-il été mis en place comme prévu ?*

c) Les indicateurs de résultats

Les indicateurs de résultat mesurent les résultats de la mise en place des réseaux dans les trois champs identifiés pour les impacts attendus (patient, professionnels et organisation, dépenses) à plus et moins long terme. Ces derniers sont définis au regard des finalités poursuivies par le réseau ainsi qu'au regard des différents objectifs opérationnels définis. Ils permettent de répondre à la question suivante : *le dispositif atteint-il les objectifs poursuivis ?* Les indicateurs de résultats peuvent permettre d'identifier des effets collatéraux désirables ou non désirables résultants de la mise en place du réseau de compétences, dans certains domaines : prise en charge, dépenses de santé etc.

- Exemples d'indicateurs de résultats :
 - Mortalité à 50 ans
 - Délai d'attente
 - Mesure de la qualité de vie
 - Taux d'hospitalisation ou de réhospitalisation

Conseil de rédaction pour les indicateurs de résultats :

- Il est nécessaire de présenter dans le projet de réseau de compétences a minima les indicateurs détaillés en annexe.
- Il revient au Conseil Scientifique du réseau de proposer un set d'indicateurs spécifiques à la pathologie dans les 6 mois après sa mise en place afin que ceux-ci soient pertinents vis-à-vis des impacts attendus.

3. Le rapport annuel

Le rapport annuel, rédigé par l'équipe de coordination et validé par le comité de gestion, est publié chaque année et est l'occasion de faire un bilan sur le fonctionnement du réseau au cours de l'année écoulée.

Les éléments suivants doivent impérativement être précisés dans le dossier de réseau de compétences :

- La personne responsable de l'écriture du rapport
- La période de publication
- Le contenu du rapport : bilan budgétaire, bilan qualitatif grâce aux indicateurs, activités mises en place par le réseau au regard des recommandations du Conseil scientifique du réseau, les autres activités menées dans l'année, un listing des professionnels de santé et des médecins actifs dans le réseau, la participation à des études cliniques le cas échéant, les perspectives d'évolution du réseau pour l'année suivante

Les indicateurs feront l'objet d'une présentation annuelle au CGI (et au bout de 6 mois la première année).

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation des impacts attendus
- ☐ Une description des différents indicateurs de résultats, de moyens et d'activités imaginés pour évaluer l'atteinte des impacts attendus
- ☐ Une présentation de la composition du modèle de rapport annuel

Partie XI. Les effectifs des patients pris en charge par le réseau

Cette partie a pour objet de préciser le nombre des patients qu'il est prévu d'intégrer au réseau pour y être pris en charge dans les conditions définies dans le parcours pour les différents niveaux prévus. Il s'agit de préciser ainsi ce qui est souvent défini comme les « objectifs quantitatifs » du réseau.

Les patients intégrés au réseau répondent aux critères d'inclusion spécifiés en Partie 2 – Objet du réseau.

Ainsi, des patients ne remplissant pas encore les conditions d'inclusion, ne pourront pas comptabilisés dans les effectifs de patients pris en charge par le réseau, même s'ils font l'objet d'un suivi et d'une prise en charge par l'un des professionnels du réseau, ni bénéficier des conditions particulières de prise en charge qui pourront être prévues dans le parcours (certains incitants par exemple). Toutefois, les professionnels qui les accompagneront, lorsqu'ils appartiennent au réseau, seront en mesure de les faire bénéficier d'informations et d'une capacité d'orientation ou de ré-adressage améliorés.

Dans une logique de prévention et diagnostic précoce ou à des fins d'études et de recherche, il pourra être souhaité de pouvoir suivre ces patients dans le système d'information mis en place pour le réseau. Si cette pratique est mise en place, ils devront ainsi faire l'objet d'un statut particulier et ne seront en tout état de cause pas comptabilisés au titre des effectifs pris en charge par le réseau.

Le nombre de patients pris en charge par le réseau a un impact sur le dimensionnement de ses activités et, ainsi, sur son budget. Il est ainsi nécessaire de poser des hypothèses précises, justifiées par l'épidémiologie de la maladie, le rythme d'intégration des professionnels au réseau, les capacités de prise en charge dans les différents lieux de soins compte tenu des moyens actuels et des capacités de recrutement, ...

Cette description des effectifs prévisionnels doit faire apparaître :

- Estimation du nombre de patients actuellement pris en charge, dans les différents lieux – notamment les divers sites hospitaliers – aux différents stades de la maladie et niveaux de prise en charge, selon une granularité cohérente avec la segmentation du parcours de soins
- Le nombre de patients inclus par année, et par niveau de prise en charge (ou par sous-parcours)
- La période de montée en charge prévue et les critères de la montée en charge
- Le nombre de patients total inclus au cours des 5 premières années du dispositif
-

Il est possible d'indiquer la cible d'intégration et de suivi sur une période plus longue, dépassant la période de 5 ans d'autorisation du réseau, s'il est souhaité donner une perspective et une meilleure compréhension des enjeux de la mise en place du réseau.

Conseil de rédaction :

- Il est conseillé de présenter sous forme de tableau les effectifs prévus, de façon à faire ressortir clairement la période de montée en charge.
- Il est conseillé d'amorcer le réseau avec une file active réaliste et maîtrisable et de la faire évoluer progressivement pendant la période de montée en charge.
- Justifier le nombre de patients avec les données épidémiologiques nationales.

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation de l'effectif global cible du réseau
- ☐ Une description de la période de montée en charge prévue ainsi que des critères de montée en charge
- ☐ Une description du nombre de patients cible à inclure chaque année dans le réseau

L'analyse de cette partie contribuera à évaluer la pertinence du projet au regard de l'objectif d'accès aux soins ainsi que sa faisabilité.

Partie XII. Dimensionnement des moyens nécessaires au fonctionnement

Cette partie a pour objet de décrire le plus précisément possible les **besoins en termes de ressources et d'équipements** utilisés par le réseau pour mener à bien ses activités.

Cette partie du dossier est une étape préalable à la définition du budget du réseau : elle présente les hypothèses des besoins et moyens nécessaires qui donneront lieu à une quantification, en les explicitant et les justifiant. Le projet de budget du réseau s'appuiera sur ces hypothèses (cf. annexe 4 - aperçu du contenu de la matrice budgétaire).

Une **description précise des ressources déjà existantes** permettra d'établir de manière précise le budget du réseau et d'identifier les financements nécessaires complémentaires aux financements actuels (hypothèses permettant d'élaborer un budget).

Cette partie doit faire apparaître :

1. Les ressources d'équipements :

- Pour chaque établissement hospitalier faisant partie du réseau, il est nécessaire de lister ici les besoins en équipement (Nombre de lits, salles, machines etc.) Il est possible de présenter une évolution des ressources en fonction de la montée en charge du réseau.
- Distinguer les ressources déjà existantes qui seront utilisées pour la prise en charge des pathologies incluses dans le périmètre du réseau, de celles qui sont à mobiliser.

2. Ressources humaines :

- Pour chaque établissement hospitalier, lister les besoins en ressources humaines (médecins hospitaliers, professionnels de santé et paramédicales hospitaliers) pour faire fonctionner le réseau
- Distinguer les ressources déjà existantes qui seront utilisées pour la prise en charge des pathologies incluses dans le périmètre du réseau, de celles qui sont à mobiliser.

3. Estimation du nombre global d'hospitalisations/an (lits)

Cette estimation permet d'évaluer les besoins en ressources relatifs aux hospitalisations réalisées dans le cadre du parcours de soins du réseau de compétences.

4. Ressources liées à l'ingénierie de projet et l'animation du réseau

Pour rappel : *l'ingénierie correspond aux ressources humaines (équipe de coordination et ressources administratives) et aux moyens dédiés à la gestion et l'animation du réseau (formation des personnels, dépenses de communication etc.) ainsi que ceux qui favoriseront la mise en place du réseau de compétences (la période d'amorçage).*

- Définir les ressources d'ingénierie liées à la mise en place et à l'animation du réseau : personnels (équipe de coordination), moyens matériels
- Identifier les moyens nécessaires à la formation initiale de ceux nécessaires pour la formation continue

Identifier les ressources déjà disponibles des ressources nouvelles nécessaires à mobiliser pour amorcer le projet, le mettre en place

Conseil de rédaction :

- Chaque ressource nécessaire doit faire l'objet d'une hypothèse justifiée et liée à une activité ou à une mission.
- Pour chaque ressource il est nécessaire d'estimer le besoin au regard de la potentielle montée en charge.

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Une présentation des ressources, par typologie, nécessaires pour la mise en place et la gestion du réseau
- ☐ Une description des ressources déjà mobilisées
- ☐ Une estimation du nombre d'hospitalisations nécessaires pour les patients du réseau par an

Partie XIII. Le planning de déploiement du réseau

Cette partie a pour objet de présenter le planning de déploiement du réseau avec les efforts de mise en place de certains prérequis la première année pour une durée à préciser, la durée d'autorisation du réseau étant de 5 ans renouvelable.

Elle doit préciser :

- **La période dite « d'amorçage »** du projet, qui correspond à la période de mise en place jusqu'à l'intégration des premiers patients : planification budgétaire, recrutement de l'équipe pluridisciplinaire, construction des liens entre les professionnels, les établissements etc.
- La date prévisionnelle de la première inclusion et la date prévisionnelle de la fin de la montée en charge, correspondant à l'atteinte du nombre objectif de patients dans le réseau.

A la fin de cette partie vous avez :

- ☐ Un planning prévisionnel de déploiement du réseau

XIV. Les annexes

1. Fiche de poste du case manager

<p style="text-align: center;">Fiche de poste Case Manager – Réseau de Compétences</p>
--

Le réseau de compétences est un modèle de soins intégrés centré sur le patient à travers une prise en charge multidisciplinaire. Le déploiement de ces réseaux vise à réunir l'ensemble des ressources dans le but de créer des services de pointe et fournir des soins de qualité adaptés aux besoins du patient. Le **Case Manager** est un coordinateur de soins, l'interlocuteur et le référent des patients pour toute question liée à la prise en charge et tout au long du parcours de soins. C'est un infirmier possédant une connaissance approfondie de la spécialité médicale du réseau. Il travaille en collaboration étroite avec les différents prestataires de soins (médecins, infirmières, physiothérapeutes, etc.), également avec les coordonnateurs (médicale, administratif et financier) du réseau et le Conseil Scientifique du réseau de compétences.

Mission

La mission principale du Case Manager est d'organiser, de planifier et coordonner l'ensemble des prestations cliniques, médico-sociales, dans un objectif d'efficience et de qualité de prise en charge multidisciplinaire. Il accompagne et oriente le patient au long du parcours de soins. Il informe et éduque le patient sur les spécificités de la maladie, les traitements et la prévention en santé. En concertation avec le patient, l'accompagnateur et ses plus proches, les médecins spécialistes et généralistes, les soignants, et l'ensemble des intervenants du réseau, le Case Manager veille à l'atteinte des objectifs du bilan de prise en charge à travers le parcours de soins.

Tâches principales :

- Accueillir, informer et orienter le patient sur l'ensemble du parcours de soins
- Assurer les premières consultations (anamnèse) et analyser en profondeur les besoins du patient, notamment sur la base de référentiels, échelles et parcours établis. Il propose au médecin référent un pré-bilan sur base de son analyse et des résultats obtenus, prenant en compte de la situation clinique du patient et de sa prise en charge précédente
- Vérifier la planification et coordination des rendez-vous et examens nécessaires pour effectuer le bilan de la prise en charge et le suivi multidisciplinaire prévus dans le parcours de soins individualisé
- Accompagner le patient tout au long de son parcours de soins
- Préparer et participer activement aux réunions de concertation multidisciplinaire du réseau
- Évaluer et suivre constamment les objectifs du bilan de la prise en charge
- Gérer la documentation du dossier du patient. Il mène une veille documentaire et recueille dans le dossier du patient les données nécessaires pour effectuer un bilan et un suivi de la prise en charge

Profil

- **Compétences techniques :**
 - Connaissances de la maladie ciblée du réseau et de sa prise en charge avec un jugement clinique
 - Connaissances approfondie de l'organisation du système de soins au Luxembourg
 - Capacités de travailler en autonomie et garder la qualité et sécurité de la prise en charge

-
- Capacités d'analyse et de synthèse dans le parcours de soins
 - Compétences d'organisation et de coordination du parcours et des intervenants (compétences en matière de communication et de leadership)
 - Connaissance des techniques de réalisation d'entretien et de réunion
 - Aptitudes administratives et rédactionnelles
 - Connaissances linguistiques : français, allemand et/ou luxembourgeois
- **Compétences comportementales :**
 - Capacités relationnelles à travailler en équipe multidisciplinaire
 - Capacités de communication écrites et orales
 - Capacités relationnelles développées et maturité
 - Sens des responsabilités et d'organisation, esprit d'initiative affirmé
 - Capacités de se remettre en question et ouverture d'esprit, capacité d'adaptation
 - Capacités à favoriser l'information et l'autonomie du patient
- **Atouts :**
 - Expérience professionnelle et connaissance en coordination multidisciplinaire de réseaux de soins
 - Connaissance en conduite de projet
 - Connaissance du anglais

Diplôme

- Être titulaire d'un diplôme d'infirmier ainsi que d'une autorisation d'exercice au Grand-Duché de Luxembourg
- Une expérience de 3 ans minimum en service de soins est exigée, ainsi qu'une expérience professionnelle significative dans la spécialité médicale concernée
- Être titulaire d'un diplôme en « Case Management » associé au domaine de la santé est également un atout. Le cas échéant, une formation en « Case Management » peut être proposée

2. Fiche de poste du coordinateur administratif et financier du réseau

<p style="text-align: center;">Fiche de poste Coordinateur Administratif et Financier du Réseau</p>

Le réseau de compétences est un modèle de soins intégrés centré sur le patient à travers une prise en charge multidisciplinaire. Le poste de coordonnateur administratif et financier est un poste clef et indispensable à la construction et au bon fonctionnement de ce réseau. Il veille à une coordination des acteurs et des structures du réseau afin d'assurer une prise en charge de qualité des patients. Il travaille en collaboration étroite avec le coordinateur médical du réseau. Le coordinateur de réseau n'intervient pas directement dans la prise en charge du patient mais dans la coordination et les orientations stratégiques du réseau.

Missions

Le coordinateur du réseau a trois fonctions essentielles :

- **Animer, piloter et coordonner un collectif d'acteurs**
 - Participer au développement du réseau, et veiller à son adaptation malgré les contraintes du terrain
 - Veiller au bon fonctionnement et à une bonne coordination entre les différents acteurs et structures du réseau
 - Veiller au respect des règles de fonctionnement du réseau par tous les acteurs
 - Participer à la mise en œuvre du plan de formations des professionnels de santé en lien avec les compétences requises du réseau
 - Organiser et participer aux réunions d'équipe régulières, au comité de gestion du réseau, et au conseil scientifique du réseau
- **Mettre en œuvre des méthodologies d'intervention, de gestion projet et d'évaluation**
 - Assurer le fonctionnement administratif et financier du réseau
 - Veiller à la mise en œuvre et au suivi des orientations du réseau
 - Représenter le réseau auprès des partenaires nationaux et internationaux
 - Evaluer les besoins et ressources nécessaires au bon fonctionnement du réseau
 - Elaborer les budgets prévisionnels et assurer le suivi des dépenses
 - Participer activement à la récolte de données pertinentes à l'évaluation de l'activité du réseau
 - Elaborer et mettre en place des procédures pour améliorer la qualité de données
 - Rédiger le rapport d'activité périodique et annuel
 - Accompagner, expliquer, promouvoir la démarche qualité au sein du réseau
- **Maîtriser les outils et processus d'information et de communication au sein du réseau**
 - Assurer la bonne communication entre les acteurs concernés
 - Informer les membres du réseau des évolutions organisationnelles
 - Rencontrer régulièrement les acteurs du réseau
 - Créer et renforcer les liens avec les équipes des autres réseaux nationaux et internationaux en interaction ou en collaboration

Profil

- **Compétences techniques**
 - Capacités affirmées d'organisation, de priorisation et d'adaptation
 - Qualités rédactionnelles (documents, bilans d'activité, rapports, notes) et gestion documentaire
 - Compétences en gestion de projet et finance
 - Capacité d'analyser les données et justifier les résultats relatifs aux activités du réseau
 - Maîtrise des logiciels bureautiques MS Office – notamment Excel, Word, Powerpoint
 - Connaissances linguistiques : français, anglais et/ou allemand
- **Compétences comportementales**
 - Leadership et capacité à travailler en équipe, sens du relationnel et d'adaptation
 - Autonomie dans l'organisation du travail et esprit d'initiative affirmé
 - Capacités de communication écrites et orales (animation de réunions, de formations)
 - Capacité d'écoute et d'interaction avec les acteurs du réseau
 - Sens de synthèse et d'analyse
 - Capacité à la prise de décision et force de proposition, capacité de négociation
- **Atouts**
 - Connaissance de l'organisation du système de soins au Luxembourg
 - Expérience professionnelle et connaissance du fonctionnement de réseaux de soins
 - Connaissance du luxembourgeois

Diplôme

- Niveau master en santé publique ou équivalent, et de préférence avec une expérience en matière de gestion administrative et conduite de projet
- Profil soignant, scientifique, ou domaine médical
- Expérience d'au moins 3 ans dans le domaine concerné

3. Set d'indicateurs minimum

Les indicateurs sont **définis pour chaque réseau au regard des objectifs spécifiques de chacun d'eux**, objectifs qui auront pu, dans un certain nombre de cas, être dotés de cible chiffrée.

- Ils permettront de déterminer si les cibles prédéfinies pour ce réseau sont atteintes, dans une logique de résultat (qualité ou efficacité/efficience),
- Ils doivent également permettre d'apprécier la manière dont le réseau se met en place, afin d'évaluer la faisabilité du projet proposé, au travers d'indicateurs de moyens et d'activité.

Toutefois, les **réseaux de compétences répondant aux enjeux communs** d'une meilleure intégration des soins (amélioration de l'accès aux soins, de la qualité de la prise en charge, de la coordination et de la complémentarité des soins, de l'efficience du système), **un set d'indicateurs (génériques et spécifiques) minimum est proposé** et qui devraient être considérés par chaque RdC dans son plan d'évaluation afin de s'assurer qu'un certain nombre de dimensions pourront être analysées de la même manière par tous les réseaux.

Il permet de mettre sur pied et maintenir un système de documentation pour recueillir, analyser et diffuser des données sur les tendances mortalité et charge de morbidité des maladies chroniques (recommandation OMS) et d'évaluer l'impact des réseaux de compétences sur l'hospitalisation, la mortalité, la réduction des complications liées à la maladies chronique.

Les indicateurs proposés pourront être contextualisés, et bien sûr complétés, par chaque réseau.

Ce set d'indicateur comporte ainsi 3 types d'indicateurs :

- des indicateurs de moyens
- des indicateurs d'activité
- des indicateurs de résultat

Tableau : Un set minimal des indicateurs proposé pour chaque réseau de compétences (RdC)

	Indicateur	Type d'indicateur	Enjeu du réseau documenté par l'indicateur
Indicateurs de moyens			
Générique	Coûts de fonctionnement et de coordination du RdC	Moyens	Efficiency
Générique	Coûts initiaux du réseau (équipement, formation initiale etc.)	Moyens	Efficiency
Générique	Ressources allouées au RdC, y compris : Nombre de lits, emplacements, qualifications et compétences des prestataires de soins (PS)	Moyens	Efficiency
Indicateurs d'activité			
Générique	Nombre de patients intégrés dans le réseau suivant les critères du conseil scientifique du RdC Taux d'inclusion dans le réseau au regard de la cible définie à la création du réseau, par année	Activité	Accès aux soins
<i>Spécifique</i>	Nombre patients intégrés, par degré de sévérité de la maladie (échelle à spécifier en fonction de la pathologie) Taux : nombre de patients dans chaque degré de sévérité / nombre total de patients intégrés	Activité	Accès aux soins
Générique	Nombre et taux de patients par origine géographique	Activité	Accès aux soins
Générique	Nombre de sorties prématurées du RdC Taux : nombre de patients sortis prématurément / nombre de patients intégrés	Activité	Continuité du parcours
Générique	Nombre de patients faisant l'objet d'un ou plusieurs actes extrahospitaliers Taux : nombre de patients faisant l'objet d'un acte extrahospitalier / nombre total de patients pris en charge par le RdC sur une année	Activité	Complémentarité
<i>Spécifique</i>	Proportion de ré-hospitalisations urgentes des patients du RdC après une hospitalisation (période à adapter en fonction de la pathologie)	Activité (Résultat pour certains RdC : cf. infra)	Qualité des soins Efficiency
Générique	Nombre d'hospitalisations urgentes et non-urgentes par patient du RdC et par an en lien avec la pathologie du RdC Taux : nombre d'hospitalisation urgentes / nombre de patients intégrés	Activité (Résultat pour certains RdC : cf. infra)	Qualité des soins Efficiency
<i>Spécifique</i>	Un indicateur d'interdisciplinarité (ex : % patients RdC nécessitant une approche interdisciplinaire et discutés en réunion interdisciplinaire)	Activité	Coordination Qualité des soins
Générique	Nombre de recommandations émises par le conseil scientifique	Activité	Qualité des soins

Générique	Nombre de PS formés dans le cadre du RdC par an (grille de formation initiale et formation continue par profession par an) Taux : nombre de professionnels formés / nombre de professionnels intégrés au RdC (en distinguant formation initiale et continue) – à décliner par type de professionnels	Activité	Accès aux soins Qualité des soins
Spécifique	Proportion de patients du RdC pris en charge suivant les recommandations <i>(A DECLINER soit en fonction d'un engagement de délai posé par le réseau, soit en fonction d'une étape du parcours particulièrement sensible ou important)</i>	Activité	Qualité des soins
Optionnel	Proportion de patients du RdC qui sont inclus dans une étude clinique	Activité	Qualité des soins
Indicateurs de résultat			
Générique	Gains en 'expérience de soins vécus par le patient' (PREMs) parmi les patients du RdC Liste des indicateurs utilisés à définir par le réseau	Résultat	Qualité des soins
Générique	Gains en 'résultats de soins perçus par le patient' (PROMs) chez les patients du RdC Liste des indicateurs utilisés à définir par le réseau	Résultat	Qualité des soins
Générique	Gains en qualité de vie des patients du RdC	Résultat	Qualité des soins
Spécifique	Taux d'hospitalisations évitables, à définir par chaque RdC	Résultat	Qualité des soins
Spécifique	Proportion de ré-hospitalisations urgentes des patients RdC après une hospitalisation (période à définir en fonction de la pathologie)	Résultat	Qualité des soins
Spécifique	Nombre/Taux d'hospitalisations urgentes et non-urgentes par patient du RdC et par an en lien avec la pathologie du RdC	Résultat	Qualité des soins
Spécifique	Un indicateur de mortalité A définir en fonction de la pathologie	Résultat	Qualité des soins

4. Description du template budgétaire

Le template budgétaire déterminant les besoins en termes de financement à travers une période de cinq ans représente une partie intégrante du dossier de soumission de chaque réseau de compétences. L'objectif de l'élaboration d'un plan budgétaire pluriannuel est de consolider les idées conceptuelles de la structuration du réseau ainsi que les parcours de prise en charge et les besoins spécifiques à la mise en place et au fonctionnement du réseau dans un document centralisé qui permet de déterminer une estimation de la valorisation des coûts de démarrage et de fonctionnement. De plus, l'exercice de valorisation permet aussi de mettre en évidence les aspects des activités où les coordinateurs du réseau estiment que le financement actuel n'est pas adéquat pour permettre aux équipes d'améliorer la prise en charge au sein du réseau. L'ensemble des informations budgétaires élaborées à vocation d'être présenté à la Direction de la Santé ainsi que la CNS pour aborder les discussions sur les modalités de financement des activités envisagées. Il est à noter que les prévisions budgétaires ne sont pas à considérer comme fixées à partir du moment de la soumission du dossier. Un suivi annuel des dépenses réelles par rapport aux prévisions budgétaires permet de recadrer les prévisions d'une année à l'autre.

Afin de pouvoir traduire les informations documentées à travers l'ensemble du dossier de soumission en informations financières, le template budgétaire suit certains principes de base établis et validés par le Comité de gestion inter hospitalière (CGI). Les principes suivis dans l'approche de planification budgétaire sont les suivants :

1. L'ensemble des coûts est budgétisé du point de vue des financeurs.
2. L'estimation des frais variables sera réalisée sur base des parcours patient prévus pour la prise en charge des pathologies couvertes par le réseau de compétences.
3. Pour les prestations hospitalières variables et opposables, l'estimation des coûts se fera sur base des passages dans chaque entité fonctionnelle (en nombre d'unités d'œuvre X forfait par entité fonctionnelle) par les patients suivis au sein du réseau de compétences). Ceci se base sur l'hypothèse que les passages des patients du réseau puissent être distingués par les passages de patients en dehors du réseau.
4. Aux frais variables s'ajoute l'estimation de certains frais fixes (frais de personnel et frais fixes spécifiques à la création et au fonctionnement du réseau, potentiellement non financés au moment de la soumission).
5. Si souhaité, chaque réseau est libre de mettre en place un suivi supplémentaire de coûts réels spécifiques actuellement non pris en compte dans le template budgétaire dans sa forme actuelle, par exemple le suivi de la consommation réelle de certains médicaments onéreux par les patients du réseau.

Le périmètre des coûts à tenir en compte dans la planification budgétaire se décline à partir des principes établis ci-avant. Au niveau des frais hospitaliers, sont à considérer les volets suivants :

- Frais variables :
 - o Prestations hospitalières (unités d'œuvre),
 - o Activités médicales (libérales ou non) prestées dans les hôpitaux (honoraires médicaux),
 - o Tarifs des consultations de médecins libéraux pratiquant en extrahospitalier (se basant sur les tarifs définis par la nomenclature si existants),
 - o Tarifs des consultations de professionnels de santé paramédicaux libéraux (avec ou sans nomenclature),
 - o Tarifs des analyses de laboratoires en extrahospitalier.

- Frais fixes :
 - o Frais de personnel soignant, médical, paramédical, pharmacien et administratif dédié au réseau,
 - o Frais spécifiques au lancement et au fonctionnement du réseau (frais de marketing et communication, frais de formation, frais de mission et de déplacement, frais d'expertise, frais de maintenance et d'exploitation - en cas d'investissements, jetons de présence dans les organes de gouvernance du réseau, cotisation d'affiliation à diverses associations).
- Frais d'investissements éventuels :
 - o Equipement médico-technique,
 - o Matériel informatique,
 - o Autre immobilisations corporelles et incorporelles.

Les volets qui sont à considérer comme hors périmètre de la planification budgétaire des réseaux de compétences sont :

- Les quotes-parts des frais indirects provenant des centres de frais auxiliaires dans les hôpitaux,
- Les coûts de médicaments délivrés par les officines de ville.

Les objectifs de la mise en place du template budgétaire :

- Permettre de séparer les budgets et le suivi des coûts par prestataire participant au réseau. Chaque acteur réalise l'estimation de ses besoins et en assure le suivi, respectivement chaque acteur facture ses patients ; l'hôpital coordinateur collecte les informations (budgets et réalisés) et consolide le tout afin de le rapporter au CGI.
- Distinguer les coûts existants (financés ou non) des coûts supplémentaires représentés par la création des réseaux (ci-inclus les frais spécifiques au lancement et au fonctionnement (coordination, communication etc.), les recrutements nécessaires, les investissements potentiels etc.), qui ne sont pas actuellement financés.
- Distinguer les sources de financement actuelles des sources envisagées pour le futur, dans le cadre de la mise en place des réseaux de compétences.

Pour cela les vues suivantes ont été créés dans le template à renseigner par chaque réseau de compétences :

- Vue sur l'évolution du nombre de patients pris en charge par chaque établissement participant au réseau (onglet « Nombre de patients »),
- Vue consolidée des activités par parcours patient défini (onglet « Activités par parcours »),
- Vue des coûts par établissement hospitalier (hôpital coordinateur – onglet « EH1 » et hôpitaux participants – onglets « EH2/3/4/5 ») avec des vues détaillées sur :
 - o Les besoins en ressources humaines (onglet « RH EH »),
 - o Les formations (onglet « Détail Formation »),
 - o Les lieux et surfaces dédiés à la prise en charge des patients au sein du réseau de compétences (onglet « Surfaces »),
 - o Le plan d'investissement (onglet « Plan d'investissement »).
- Vue sur les consultations dans les cabinets médicaux libéraux (onglet « Cabinets médicaux libéraux »),
- Vue sur les consultations dans les cabinets libéraux des professionnels de santé paramédicaux (onglet « Cabinets libéraux paramédic »),
- Vue sur les activités d'analyses de laboratoires privés (onglet « Laboratoires privés »).
- Vue consolidée de l'ensemble des coûts (onglet « Consolidation »).

Lignes directrices pour le renseignement des informations financières dans le template budgétaire :

1. Nombre de patients :

Cet onglet permet d'établir le nom de chaque parcours patient (en adaptant la cellule « Parcours patient X »), l'ordre des établissements participants au réseau (en remplissant le nom des établissements dans

Nombre de patients par établissement hospitalier et par année							
Parcours Patient 1	Etablissement 1	Etablissement 2	Etablissement 3	Etablissement 4	Etablissement 5	Total	Commentaires
Année 1						0	
Année 2						0	
Année 3						0	
Année 4						0	
Année 5						0	

Figure 1 - Capture d'écran de l'onglet "Nombre de patients", illustrant la structure du tableau en question

les cellules « Etablissement Y ») ainsi que le nombre de patients auxquels le réseau s'attend pour chaque parcours de prise en charge défini. Les informations renseignées dans ce tableau fournissent une des bases de calcul pour la détermination des frais variables dans les onglets suivants. Par conséquent, des liens ont été établis pour remplir les nombres de patients par parcours et par an dans les autres onglets afin d'éviter une double saisie de données. De même pour le nom de chaque établissement, ce qui permet de maintenir le même ordre des établissements à travers tous les onglets.

2. Activités par parcours :

Cet onglet permet de lister les activités prévues pour tous les parcours patients à établir au sein d'un réseau de compétences. Les informations pertinentes, qui permettent de donner une vue complète sur les parcours et les activités y liées, seront renseignées dans les différentes colonnes de cet onglet (cf. Figure 2). La quantité de chaque activité par patient par an est multiplié soit par le tarif par acte (pour les actes médicaux), soit par le coût par passage dans une entité fonctionnelle de l'hôpital (pour les prestations hospitalières). Ceci est multiplié ensuite par le nombre de patients pour chaque établissement pour chaque année pour obtenir les coûts prévisionnels par parcours par établissement par an pour les catégories suivantes :

- Prestations hospitalières ;
- Prestations médicales (libérales ou non), réalisées à l'hôpital ;
- Prestations médicales en extrahospitalier ;
- Prestations paramédicales en extrahospitalier ;
- Autres frais variables de l'hôpital, hors budget hospitalier ;
- Laboratoire extrahospitalier.

3. Coûts par établissement hospitalier « EH1, EH2, EH3, EH4, EH5 » :

Les onglets EH1 à EH5 pourront être renommés pour refléter l'ordre attribué (n'ayant pas d'impact sur le fonctionnement ou l'attribution de moyens financiers au réseau) aux établissements participants au réseau en question. L'établissement qui figurera comme « Etablissement 1 » sous l'onglet « Nombre de patients », retrouvera les données liées à ses activités sur l'onglet EH1 et ainsi de suite pour les établissements restants. Les données par rapport aux frais variables ainsi que les données se référant aux frais de personnel sont automatiquement saisies à partir des onglets « Activités par parcours » et « RH EH ». Certaines lignes budgétaires sous les frais spécifiques au lancement et au fonctionnement du réseau sont aussi saisies automatiquement par les onglets « Détail Formation » et « Plan d'investissement ». Les lignes restantes devront être remplies manuellement par les établissements concernés.

Etablissement 1

		Année 1					
En EUR TTC	Nombre de patients par parcours	Coûts totaux (patients CNS)	Coût totaux (patients non affiliés CNS)	Coûts totaux par an	% des coûts totaux affectés à la recherche	Coûts financés	Demande de financement supplémentaire
Frais variables							
Prestations hospitalières							
Parcours Patient 1	-	-	-	-		-	-
Parcours Patient 2	-	-	-	-		-	-
Prestations médicales (libérales ou non), réalisées à l'hôpital							
Parcours Patient 1	-	-	-	-		-	-
Parcours Patient 2	-	-	-	-		-	-
Autres frais variables, hors budget hospitalier (nomenclature, enveloppe individuelle spécifique,...)							
Parcours Patient 1	-	-	-	-			-
Parcours Patient 2	-	-	-	-			-
Sous-total frais variables		-	-	-		-	-

		Année 1				
En EUR TTC	ETP	Salaire annuel moyen	Coûts totaux par an (patients CNS)	Coût totaux par an (patients non affiliés CNS)	Coûts totaux par an	% des coûts totaux affectés à la recherche
Frais fixes						
Personnel soignant dédié	0.0		-	-	-	
Personnel paramédical dédié	0		-	-	-	
Personnel médical, avec des fonctions administratives (dédié)	0		-	-	-	
Personnel pharmacien	0		-	-	-	
Personnel administratif	0		-	-	-	
Sous-total frais de personnel (1)			-	-	-	

		Année 1			
En EUR TTC	Coût totaux (patients non affiliés CNS)	Coûts totaux par an	% des coûts totaux affectés à la recherche	Coûts financés	Demande de financement supplémentaire
Frais spécifiques au lancement et au fonctionnement du réseau de compétences					
Marketing et communication					
Formations					-
Frais de mission (déplacements, hébergements, restauration...) - personnel					
Frais d'expertise clinique (ci-inclus frais de mission: déplacements, hébergements et restaurant)					
Frais de consultance (ci-inclus frais de mission: déplacements, hébergements et restaurant)					
Dotations aux amortissements des investissements dédiés					-
Frais de consultance liés aux investissements dédiés					-
Frais de maintenance et d'exploitation liés aux investissements dédiés					-
Cotisations					
Jetons de présence					
Autres					
Sous-total frais spécifiques au lancement et au fonctionnement des réseaux de compétences (2)					-
TOTAL frais fixes (1) + (2)					-
TOTAL frais variables + frais fixes					-

Figure 3 - Capture d'écran de l'onglet "EH1", illustrant les informations disponibles pour chaque établissement participant au réseau de compétences

4. Ressources humaines « RH EH » :

Cet onglet permettra de lister les besoins en personnel dédié au réseau par catégorie de métier par an. Le tableau permettra de mettre en évidence les ressources (en ETP) qui sont financés au moment de la soumission du dossier ainsi que les besoins supplémentaires (en ETP) par an et par rôle (cf. Figure 4). Les coûts de ressources humaines sont estimés sur base des besoins en ETP exprimés par ligne et le salaire annuel moyen indiqué pour chaque profil. Une indexation régulière des salaires (2,5% par an) est actuellement intégrée dans le fichier. Ceci peut être adapté selon les besoins de chaque réseau. Il est à noter qu'un onglet dédié a été mis en place qui permet aux réseaux de présenter leurs bases de calcul des besoins pour chaque position indiquée.

Année 1										
ETP existant et financé aujourd'hui	Financement actuel	Sources de financements futures	Besoins en ETP	ETP affectés à la recherche en %	% des besoins financé actuellement (C/B)	Besoins supplémentaires à financer (B-C)	Carrière CCT	Salaire annuel moyen (par profil)	Coûts totaux en EUR (H*B)	Montant représenté par les besoins supplémentaires à financer (H * F)
Etablissement 1										
Personnel soignant dédié										
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
Personnel paramédical dédié avec des fonctions administratives - trainer / experts										
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
Personnel médical, avec des fonctions administratives (dédié)										
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
Personnel pharmacien										
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
Personnel administratif										
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-
						0.00				-

Figure 4 - Capture d'écran de l'onglet "RH EH" illustrant les informations à saisir pour la valorisation des besoins en ressources humaines par établissement par an

5. Formation « Détail Formation » :

Cet onglet permettra de présenter les besoins en formation (initiale ou continue) prévu par le réseau de compétences par établissement et par an. Les différentes informations renseignées permettront de justifier les besoins dans le cas où un financement supplémentaire serait demandé.

[illegible]

Figure 5 - Capture d'écran de l'onglet "Détail Formation" illustrant les informations à saisir pour valoriser les besoins en formation du réseau de compétences par établissement et par an

6. Surfaces :

Cet onglet permet d'identifier tout besoin en termes de surfaces dédiées au réseau de compétences, soit pour la prise en charge des patients, soit pour fournir un encadrement adéquat aux collaborateurs affectés au réseau. Le tableau permet aussi de mettre en évidence les surfaces jugées comme opposables ou non par le réseau. Il est à noter que les surfaces sont à ce stade pas valorisées pour intégration dans la planification budgétaire mais servent plutôt comme information et base de discussion en cas de demande de financement supplémentaire.

[illegible]

Figure 6 - Capture d'écran de l'onglet "Surfaces" illustrant les besoins en surface et lieux dédiés au réseau de compétences par établissement et par an

7. Plan d'investissement :

Cet onglet contient toute information liée aux investissements prévus par les établissements participants au réseau de compétences ainsi que le mode de financement envisagé pour les investissements listés. Le tableau est séparé en trois catégories : Equipements médico-techniques, Hardware et Software et Autres immobilisations corporelles et incorporelles. Les coûts à renseigner sont : les frais d'acquisition, la dotation aux amortissements ainsi que tous frais de consultance, de maintenance ou d'exploitation liés à chaque ligne d'investissement.

Etablissement 1 <i>En EUR TTC</i>	Année N1					
	Utilisation par le réseau de compétences (en %)	Frais d'acquisition	Dotations aux amortissements	Frais de consultance	Frais de maintenance et d'exploitation	Mode de financement
Equipements médico- A détailler						
Hardware et A détailler						
Autres immobilisations corporelles et incorporelles A détailler						
TOTAL		-	-	-	-	

Figure 7 - Capture d'écran de l'onglet "Plan d'investissement" illustrant les informations à renseigner par établissement par an afin de déterminer les coûts prévus liés aux investissements par le réseau de compétences

8. Consolidation :

Cet onglet regroupe l'ensemble des informations renseignées et calculées à travers tous les onglets du template de planification budgétaire. La consolidation permet d'obtenir une vue d'ensemble de tous les frais (variables et fixes) pris en compte dans la planification budgétaire, tout établissement confondu. Cet onglet permet aussi à mettre en évidence les éléments significatifs, non financés au moment de la soumission du dossier afin de lancer les discussions autour d'éventuelles négociations de financement avec les financeurs en question.

En EUR TTC	Année N1	Année N2	Année N3	Année N4	Année N5	TOTAL	Détail non Financé, valorisé	Détail non Financé, non valorisé
Frais variables								
Prestations hospitalières	-	-	-	-	-	-		
Prestations médicales (libérales ou non), réalisées à l'hôpital	-	-	-	-	-	-		
Autres frais variables, hors budget hospitalier (nomenclature, enveloppe individuelle spécifique, réunions de coordination pluridisciplinaires, ...)	-	-	-	-	-	-		
Sous-total frais variables (1)	-	-	-	-	-	-		
Frais Fixes								
<i>dont frais de personnel</i>								
Personnel soignant dédié	-	-	-	-	-	-	Cf. détail RH EH par établissement	
Personnel paramédical dédié	-	-	-	-	-	-	Cf. détail RH EH par établissement	
Personnel médical, avec des fonctions administratives (dédié)	-	-	-	-	-	-	Cf. détail RH EH par établissement	
Personnel pharmacien	-	-	-	-	-	-	Cf. détail RH EH par établissement	
Personnel administratif	-	-	-	-	-	-	Cf. détail RH EH par établissement	
Sous-total frais de personnel (a)	-	-	-	-	-	-		
<i>dont frais spécifiques au lancement et au fonctionnement du réseau de compétences</i>								
Marketing et communication	-	-	-	-	-	-		
Formations	-	-	-	-	-	-	Cf. détail onglet formation	
Frais de mission (déplacements, hébergements, restauration...) - personnel	-	-	-	-	-	-		
Frais d'expertise clinique (ci-inclus frais de mission: déplacements, hébergements et restaurant)	-	-	-	-	-	-		
Frais de consultance (ci-inclus frais de mission: déplacements, hébergements et restaurant)	-	-	-	-	-	-		
Dotations aux amortissements des investissements dédiés	-	-	-	-	-	-	Cf. onglet investissements	
Frais de consultance liés aux investissements dédiés	-	-	-	-	-	-		
Frais de maintenance et d'exploitation liés aux investissements dédiés	-	-	-	-	-	-	Cf. onglet investissements	
Cotisations	-	-	-	-	-	-		
Jetons de présence	-	-	-	-	-	-		
Autres	-	-	-	-	-	-		
Sous-total frais spécifiques (b)	-	-	-	-	-	-		
Sous-total frais fixes (2) = (a) + (b)	-	-	-	-	-	-		
Etablissements hospitaliers (1) + (2)	-	-	-	-	-	-		
Extrahospitalier								
Cabinets médicaux libéraux	-	-	-	-	-	-		
Cabinets libéraux des professions paramédicales	-	-	-	-	-	-		
Laboratoires privés extrahospitaliers	-	-	-	-	-	-		
Instituts de recherche	-	-	-	-	-	-		
TOTAL	-	-	-	-	-	-		

Figure 8 - Capture d'écran de l'onglet "Consolidation"