



**Référentiel réseau DAPSA,
Dispositif d'Appui à la Périnatalité et aux Soins Ambulatoires**

Evaluer c'est porter un jugement. Ce jugement porte sur l'adéquation recherchée entre l'action mise en œuvre par le réseau et ses objectifs. Les objectifs découlent des textes juridiques encadrant les réseaux, et des missions confiées par les tutelles et fixées par convention, que le réseau décline en interventions. Il est également tout à fait possible pour le réseau de se donner d'autres objectifs afin de tenir compte de l'ensemble de ses projets, de l'ensemble de ses financements.

L'évaluation va ainsi comparer l'action « réelle » du réseau à un état optimal recherché qui se traduit en critères de références définis par la structure en amont des interventions, dans son référentiel d'activité. Le référentiel est au cœur de la démarche d'évaluation interne. En plus d'évaluer la conformité des pratiques, il illustre la philosophie d'action du réseau, ce qu'il identifie comme orientations théoriques pertinentes. Le référentiel ne décrit pas la réalité des activités mais plutôt un état optimal que le réseau cherche à atteindre. L'évaluation aura donc pour but d'analyser pour chaque critère de référence l'écart entre la réalité du travail et l'état optimal recherché.

Un critère est un élément auquel on se réfère pour porter un jugement, une appréciation sur la conformité des pratiques. Le critère de référence est celui qui permet la satisfaction de l'objectif. La démarche demande donc de valoriser le travail mis en œuvre pour satisfaire le critère, puis de décrire les obstacles qui justifient l'écart au critère. Enfin le réseau propose des pistes d'améliorations (si certaines sont envisageables) pour rapprocher la situation réelle de celle optimale que le critère représente. Il peut arriver que l'écart entre la situation réelle et le critère de référence ait été réduit au maximum sans pour autant que l'on parvienne à respecter parfaitement le critère. Ce cas de figure peut être lié à un manque de moyens ou au fait que la satisfaction du critère dépende de l'action d'autres personnes (patients, partenaires, institutions, cadre juridique...).

Plan du référentiel

A	Soutenir l'intervention des professionnels confrontés à des situations complexes nécessitant un travail d'accès aux soins
1	Identifier les besoins des partenaires en matière d'accès aux soins
2	Contribuer à la construction collective de réponses aux problèmes généraux des partenaires face aux populations prises en charge par le réseau
B	Coordonner l'intervention des professionnels pour permettre l'accès aux soins des patients/familles
3	Accueillir la demande, le signalement
4	Inclure la situation dans la file active du réseau
5	Identifier les besoins de prise en charge et les freins à l'accès aux soins
6	Elaborer un projet de soins accessible pour la famille et tenant compte des besoins et difficultés identifiés par le réseau
7	Coordonner et suivre ce projet de soins avec les partenaires concernés jusqu'à la sortie du réseau, c'est-à-dire la ou les prises en charge dans le système de droit commun
C	<u>Intervention complémentaire éventuelle</u> : Soutenir directement l'accès des patients/familles aux dispositifs adaptés à leurs besoins de santé
8	Rencontrer les familles pour identifier leurs besoins et capacités d'accès aux soins
9	Elaborer avec les familles un projet de soins accessible pour elles et soutenir leur accès aux dispositifs adaptés
D	Mettre en place un suivi de l'activité du réseau et veiller à la qualité des interventions
10	Enregistrer l'activité du réseau
11	Analyser l'impact des interventions du réseau
12	Rendre visible les interventions et le fonctionnement du réseau
13	Favoriser la montée en compétence de l'équipe
14	Assurer la gestion administrative et financière

A	Soutenir l'intervention des professionnels confrontés à des situations complexes nécessitant un travail d'accès aux soins
1	Identifier les besoins des partenaires en matière d'accès aux soins
1-1	L'équipe de coordination identifie et rencontre les partenaires du territoire concernés par les problématiques de santé qui correspondent aux champs d'intervention du réseau
1-2	L'équipe de coordination tient à jour un annuaire raisonné de ces établissements et services en détaillant les prestations offertes, les modalités d'admission, les publics accueillis, les compétences des équipes, les modalités de prise en charge à partir des rencontres et autres contacts
1-3	L'équipe de coordination met à disposition des partenaires professionnels sa connaissance approfondie des ressources territoriales et extraterritoriales dans le but de la meilleure orientation possible
1-4	L'équipe de coordination recense les nouveaux partenaires du territoire.
1-5	Le réseau se présente aux nouveaux partenaires du territoire
1-6	Le réseau investigate les besoins des partenaires en matière d'accès aux soins, d'accompagnement des situations complexes, et de réponses cliniques aux situations de vulnérabilité
1-7	Le réseau recherche la signature de conventions avec les partenaires afin de définir des modalités de travail en commun
1-8	Le réseau diffuse et sollicite l'adhésion des partenaires à sa charte (fonctionnement du réseau, principes d'intervention, éthique)
1-9	L'équipe de coordination répond aux besoins de soutien, conseil, expertise, renseignements des partenaires
2	Contribuer à la construction collective de réponses aux problèmes généraux des partenaires face aux populations prises en charge par le réseau
2-1	Le réseau organise, à partir des besoins ou demandes des partenaires, des rencontres pluridisciplinaires et pluri institutionnelles sur des problématiques cliniques spécifiques
2-2	Le réseau organise des rencontres pluridisciplinaires et pluri institutionnelles permettant aux professionnels du territoire de mieux connaître, identifier, comprendre les missions et pratiques d'autres établissements et services
2-3	Le réseau organise des rencontres pluridisciplinaires et pluri institutionnelles permettant aux professionnels de se sensibiliser au " travailler ensemble " (favoriser les interconnaissances, la vigilance vis-à-vis des partages d'informations, la compréhension des capacités et limites de chaque institution)
2-4	Le réseau organise des actions de transmission des compétences, transmission de savoirs médicaux - psycho et sociaux
2-5	Le réseau organise des actions de transmission des compétences en termes de savoir-faire clinique et technique

2-6	Ces actions de transmission font intervenir autant que faire se peut des partenaires extérieurs identifiés comme professionnels ressource
2-7	Le réseau participe et/ou met en œuvre des groupes de travail thématiques
2-8	Le réseau organise ou participe à des travaux d'analyse de pratiques autour de situations complexes
2-9	Le réseau assiste à des staffs de parentalité dans les maternités de son territoire afin de pouvoir participer à l'analyse des situations et si besoin proposer son intervention.
2-10	Le réseau participe à des groupes de travail institutionnels sur des thématiques qui relèvent de ses champs d'intervention (périnatalité, addiction, parentalité, souffrance psychique, non-demande,...)
2-11	Le réseau participe aux travaux des fédérations ou groupements de réseaux (Fédérasif, GRIF)
2-12	Le réseau renforce ses liens avec les partenaires locaux par la participation à leurs instances administratives et manifestations (AG, colloques ...)
2-13	Le réseau fait remonter aux fédérations ou groupements de réseaux les difficultés rencontrées par les partenaires professionnels et par les populations accueillies en termes d'accès aux soins
2-14	Le réseau valorise ses travaux et ceux de ses partenaires (publication d'article, participation à des travaux de recherches, ...)
2-15	L'équipe de coordination répond aux sollicitations éventuelles d'étudiants et de chercheurs dans le cadre de leurs travaux de recherche sur l'accès aux soins, concernant les problématiques prises en charge par le réseau
2-16	L'équipe de coordination accueille et forme des étudiants stagiaires
B	Coordonner l'intervention des professionnels pour permettre l'accès aux soins des patients/ familles
3	Accueillir la demande, le signalement
3-1	Une permanence téléphonique permet de recueillir les demandes des partenaires et éventuellement celles des patients ou de leur entourage (demande d'inclusion, demande d'information, demande de conseils)
3-2	L'équipe de coordination est à l'écoute, en journée, des inquiétudes ou de la souffrance des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients/familles
3-3	L'équipe recense les informations disponibles sur ce qui fait problème, sur les professionnels impliqués, et sur le patient ou le groupe familial concerné
3-4	Il existe un document d'information écrit et formalisé à destination des professionnels
3-5	Il existe un document d'information écrit et formalisé à destination des patients / familles
3-6	Ces documents sont systématiquement diffusés aux interlocuteurs concernés

3-7	L'équipe informe les professionnels sur le fonctionnement et les possibilités d'intervention du réseau
3-8	L'équipe informe les professionnels sur les possibilités d'actions des dispositifs partenaires (sanitaires, psychologiques, administratifs, sociaux)
3-9	L'équipe peut si nécessaire transmettre des informations sur les droits des personnes et de leur entourage
4	Inclure la situation dans la file active du réseau
4-1	Il existe des critères d'inclusion formalisés
4-2	La proposition d'inclure ou non les patients/familles dans la file active repose sur une première évaluation pluridisciplinaire de la situation, en lien avec les partenaires identifiés au contact de la famille.
4-3	Cette évaluation s'appuie sur les informations récoltées auprès des professionnels au contact du patient / de la famille et éventuellement auprès de la famille elle-même
4-4	La recherche des informations, sur les prises en charge, auprès des différents partenaires est systématique
4-5	La proposition d'inclusion est prise de façon concertée par l'équipe de coordination
4-6	La proposition d'inclure ou non les familles dans la file active du réseau est transmise en moins d'une semaine aux partenaires demandeurs
4-7	L'information aux patients sur l'intervention du réseau est systématique , soit directement, soit par l'intermédiaire des professionnels à leur contact
4-8	Les autres professionnels au contact de la famille sont systématiquement informés des travaux mis en œuvre par le réseau.
5	Identifier les besoins de prise en charge et les freins à l'accès aux soins
5-1	Le réseau identifie les partenaires concernés par l'accompagnement d'une même famille tout au long de l'accompagnement
5-2	L'équipe de coordination évalue les freins à l'accès aux soins auprès des partenaires professionnels au contact du patient/de la famille
5-3	L'équipe de coordination recense les besoins de prise en charge auprès des partenaires professionnels au contact du patient/de la famille
5-4	La collecte des données médico-psycho-sociales concernant les patients est effectuée par l'équipe du réseau auprès des partenaires à leur contact et éventuellement auprès des patients/familles
5-5	Si nécessaire l'équipe de coordination rencontre les professionnels concernés

6	Elaborer un projet de soins accessible pour la famille et tenant compte des besoins et difficultés identifiés par le réseau
6-1	Le réseau peut intervenir uniquement auprès des professionnels (travaux de coordination / concertation / expertise / soutien /orientation) si la situation ne nécessite pas la mise en place d'une équipe mobile d'évaluation et d'orientation
6-2	Un professionnel de l'équipe de coordination sert de réfèrent pour chaque situation familiale, sans se substituer au réfèrent de la famille.
6-3	L'élaboration du projet de soins tient compte des capacités et contraintes des patients / familles que le réseau identifie après évaluation de la situation
6-4	L'élaboration du projet de soins tient compte des capacités et contraintes des établissements et services accueillant ou susceptibles d'accueillir les personnes concernées
6-5	L'élaboration du projet de soins est travaillée avec les patients/familles par l'intermédiaire des partenaires ou directement si une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place
6-6	Le projet de soins se décline en objectifs de prise en charge renseignés dans un document formalisé
6-7	Ce projet de soins est individualisé, évolutif et non contractualisé pour le patient/ la famille
6-8	Le PPS (Parcours Personnalisé de Santé) comporte une analyse de la situation sociale (ressources, droits ouverts, couverture maladie, logement)
6-9	Le PPS comporte une évaluation de la situation psychologique (troubles ou souffrance éventuelle)
6-10	Le PPS prend en compte l'entourage (composition du groupe familial, proches)
6-11	Le PPS prend en compte les différents intervenants
6-12	Le PPS prend en compte la situation clinique du patient (prises en charges actuelles et passées, besoins)
6-13	Le PPS intègre les évolutions effectives.
6-14	L'équipe peut si nécessaire faciliter l'accès des patients/familles à la prévention, à la promotion de la santé, à l'éducation thérapeutique par l'intermédiaire de partenaires professionnels
7	Coordonner et suivre ce projet de soins avec les partenaires concernés jusqu'à la sortie du réseau, c'est-à-dire la ou les prises en charge dans le système de droit commun
7-1	Le réseau informe les partenaires concernés par l'accompagnement d'une même famille des travaux qu'il met en place et de ceux développés par d'autres partenaires
7-2	Le réseau assure un travail de continuité en mettant en lien les partenaires afin de clarifier et faire circuler les informations relatives aux prises en charges des patients / familles (avancées, difficultés, évolutions)

7-3	Le réseau s'assure de ne pas omettre les retours d'information
7-4	L'équipe de coordination du réseau met à jour les données médico-psycho-sociales des patients/familles à partir des informations que lui transmettent les professionnels
7-5	L'équipe de coordination répond aux besoins de soutien, conseil, expertise, renseignements des partenaires au contact des patients / familles
7-6	L'équipe de coordination anime ou participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires des professionnels au contact des mêmes patients / de la même famille
7-7	Les réunions de concertation pluridisciplinaires entre les différents partenaires intervenant auprès d'une même famille permettent que chacun connaisse les missions des autres, leur fonctionnement, leurs contraintes et leurs limites
7-8	Les réunions de concertation pluridisciplinaires permettent à des partenaires de différents statuts et de différents champs de travailler entre eux autour d'une même situation familiale afin de rendre compatibles des logiques de fonctionnement disparates
7-9	Chaque réunion de concertation pluridisciplinaire donne lieu à un compte rendu diffusé à l'ensemble des professionnels concernés
7-10	Une coordination en interne permet de faire le lien entre l'équipe de coordination et l'équipe mobile qui peut éventuellement être mise en place afin de cheminer en parallèle avec les patients et avec les professionnels à leur contact
7-11	Si un soutien psychologique est nécessaire, le réseau peut solliciter un psychologue libéral via le système de rémunérations spécifiques
7-12	Le réseau oriente les patients/ familles, par l'intermédiaire de partenaires , vers les dispositifs adaptés
7-13	Ces orientations font l'objet d'un travail préparatoire auprès des structure d'accueil et des patients / familles afin de faciliter l'introduction des patients dans les établissements ou services concernés
7-14	Le réseau adapte le projet de soins aux évolutions recensées auprès du groupe de professionnels au contact de la famille
7-15	Le réseau modifie ou renouvelle les objectifs de travail envers chaque groupe familial s'ils ne sont pas atteints
7-16	Si besoin l'équipe de coordination sollicite des partenaires afin de répondre aux besoins des personnes incluses dans le réseau (ou aux besoins d'autres partenaires), notamment dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé, du soutien à la parentalité, des droits administratifs, des freins économiques ou sociaux
7-17	L'arrêt de l'intervention se décide en interne avec analyse des aspects de coordination, de clinique et d'implication de l'équipe
7-18	Cette décision fait l'objet d'un échange avec les partenaires.
7-19	L'équipe de coordination peut proposer l'organisation d'une réunion de fin de prise en charge avec les professionnels concernés par l'accompagnement de la famille

7-20	Un compte-rendu de cette réunion est envoyé aux professionnels concernés
C	Intervention complémentaire éventuelle : Soutenir directement l'accès des patients/familles aux dispositifs adaptés à leurs besoins de santé
8	Rencontrer les familles pour identifier leurs besoins et capacités d'accès aux soins
8-1	Le réseau a formalisé les critères d'intervention de l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation, auprès des familles
8-2	Si l'évaluation auprès des partenaires demeure lacunaire, l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation peut rencontrer le patient/la famille au domicile ou dans tout autre lieu acceptable pour l'équipe / le patient / la famille, en prévenant les partenaires.
8-3	Une coordination en interne permet de faire le lien entre l'équipe de coordination et l'équipe mobile qui peut éventuellement être mise en place afin de cheminer en parallèle avec les patients et les professionnels à leur contact
8-4	La collecte des données médico-psycho-sociales concernant les patients peut être effectuée directement par l'équipe mobile du réseau auprès des patients/familles
8-5	La visite à domicile se fait seul ou en binôme issu de l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation (équipe pluridisciplinaire)
8-6	L'équipe mobile d'évaluation et d'orientation identifie et évalue les difficultés et besoins d'accès aux soins des familles
9	Elaborer avec les familles un projet de soins accessible pour elles et soutenir leur accès aux dispositifs adaptés
9-1	L'élaboration du projet de soins est travaillée directement avec les patients/familles si une équipe mobile d'évaluation et d'orientation est mise en place
9-2	Ce projet de soins tient compte des besoins et difficultés d'accès aux soins des familles, de leurs envies et des observations des partenaires professionnels à leur contact
9-3	Le réseau peut si nécessaire faciliter l'accès des patients / familles à la prévention, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique par l'intervention de l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation
9-4	L'équipe mobile du réseau met à jour les données médico-psycho-sociales des patients/familles à partir des informations que lui transmettent les familles
9-5	Si besoin, l'équipe mobile d'évaluation et d'orientation explique et facilite l'appropriation des démarches, dossiers à remplir, rendez-vous à honorer par les patients/familles concernées
9-6	L'équipe mobile d'évaluation et d'orientation propose si nécessaire un soutien psychologique et un soutien des liens parents-enfant en vue de favoriser le bon déroulement du projet de soins et des orientations
9-7	Le réseau peut orienter les patients/ familles directement vers les dispositifs adaptés

9-8	Ces orientations font l'objet d'un travail préparatoire auprès des structure d'accueil et des patients / familles afin de faciliter l'introduction des patients dans les établissements ou services concernés
9-9	Le réseau adapte le projet de soins aux évolutions recensées directement auprès de la famille
9-10	L'équipe informe les familles de l'arrêt de son intervention.
D	Mettre en place un suivi de l'activité du réseau et veiller à la qualité des interventions
10	Enregistrer l'activité du réseau
10-1	Le réseau enregistre la répartition du temps de travail de l'équipe par activité
10-2	L'équipe de coordination recense les informations sur les personnes incluses dans le réseau (âge, sexe, composition du groupe familial, type de logement, droits ouverts, couverture maladie, problématiques de santé, axe de travail en direction des familles, objectifs individualisés de prise en charge,...)
10-3	L'équipe de coordination recense les informations sur les professionnels qui recourent au réseau (profession, structure, type de demande, motif de demande, intervention proposée par le réseau pour y répondre, axe de travail, objectifs de travail envers chaque partenaire,...)
10-4	Le réseau enregistre les interventions, non centrées sur des situations cliniques spécifiques , auprès des différents partenaires en fonction des activités concernées (travaux sur site, présentations, groupes de travail, colloques, ateliers, chantiers, enquêtes qualitatives, durée de l'intervention, nombre et type de professionnels présents...)
10-5	Le réseau enregistre les interventions, centrées sur des situations cliniques spécifiques , réalisées auprès des familles et des professionnels (visite à domicile, réunion de concertation pluridisciplinaires, appels, mails, recherche, destinataire de l'intervention et durée de l'intervention)
10-6	Le réseau dispose de compétences en interne pour l'évaluation de ses interventions
11	Analyser l'impact des interventions du réseau
11-1	L'équipe réalise des évaluations auprès des partenaires pour chacun des événements organisés par le réseau (ateliers, chantiers, séminaires).
11-2	Ces évaluations favorisent l'expression des partenaires sur leurs attentes et la satisfaction ou non de ces attentes.
11-3	Le réseau rencontre les partenaires qui l'ont sollicité ou qu'il a sollicités afin de revenir avec eux sur les situations closes pour analyser les apports des interventions du réseau ainsi que les obstacles et difficultés rencontrés (ces évaluations annuelles ne portent que sur un échantillon de partenaires).
11-4	Le réseau utilise ces travaux d'évaluation afin d' améliorer la qualité des interventions et d'alimenter les projets à venir
11-5	Le réseau évalue la qualité des partenariats (suivi et évaluation des modalités de travail partenariales prévues par les conventions)

11-6	Le réseau dispose d'un référentiel
11-7	Le réseau dispose de protocoles d'intervention
11-8	Le réseau réalise des enquêtes qualitatives auprès de ses partenaires afin de recueillir leurs avis sur la pertinence des interventions, leurs perceptions des impacts des actions mises en œuvre, ainsi que leurs éventuelles suggestions
12	Rendre visible les interventions et le fonctionnement du réseau
12-1	L'équipe de coordination a rédigé et diffuse une charte permettant de présenter aux partenaires les grands principes d'intervention du réseau
12-2	Le réseau a défini un protocole de traitement des situations cliniques afin de communiquer sur les modalités de travail (modalités d'inclusion, modalités d'évaluation des situations cliniques, modalités d'intervention, fin de prise en charge)
12-3	L'équipe de coordination a rédigé et diffuse, directement ou par l'intermédiaire des professionnels au contact des patients, une lettre d'information aux patients les informant de l'action du réseau et de leur possibilité de refus
12-4	L'équipe de coordination a rédigé et diffuse une plaquette d'information permettant de présenter les compétences de l'équipe, ses missions et les interventions proposées
12-5	Le réseau initie ou participe à des recherches-actions
12-6	Le réseau contribue à la littérature professionnelle sur ses différents champs de compétence.
12-7	Le réseau valorise son travail en intervenant dans des colloques, conférences, séminaires,...
12-8	Le réseau dispose d'un tableau de bord annuel de ses interventions
12-9	Le réseau rédige annuellement un rapport d'activité pour l'ensemble de ses projets
13	Favoriser la montée en compétence de l'équipe
13-1	Le réseau établit un plan de formation annuel tenant compte des besoins de l'équipe et garantissant un accès équitable à la formation continue
13-2	La direction encourage les salariés à consacrer une partie de leur temps de travail à des lectures professionnelles ainsi qu'à la participation (comme auditeur ou intervenant) à des colloques et conférences correspondant à l'activité du réseau
13-3	La direction aménage des temps de supervision interne pour les professionnels en charge des interventions centrées sur des situations cliniques spécifiques
13-4	Le réseau organise des séminaires ou réunions internes permettant à l'équipe d'échanger sur les réussites et difficultés rencontrées, sur les améliorations possibles à apporter aux interventions, sur la construction des projets à venir
13-5	La direction organise des entretiens annuels auprès de chaque salarié afin d'échanger sur les conditions de travail, sur les éventuelles envies d'évolution et sur les projets de formation

14	Assurer la gestion administrative et financière
14-1	Le réseau tient une comptabilité analytique garantissant la lisibilité des moyens engagés par le réseau pour chacun de ses projets, avec l'appui d'un expert-comptable et d'un commissaire aux comptes
14-2	Le réseau réalise annuellement une évaluation pour chacun de ses projets en vertu d'indicateurs définis en amont des projets
14-3	Le réseau consulte les appels à projets des différents financeurs possibles afin de favoriser le cofinancement des actions
14-4	Le réseau assure une gestion des congés qui garantit la continuité du service tout au long de l'année
14-5	Les orientations stratégiques du réseau sont discutées avec les membres du conseil d'administration de l'association et décidées par ces derniers.
14-6	Le réseau recherche des actions innovantes pour répondre aux besoins qu'il identifie.
14-7	Le réseau cherche à diversifier ses sources de financements en recherchant de nouveaux financeurs.