



Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins Région Languedoc Roussillon

RAPPORT D'ACTIVITE 2011

Nom du réseau : GCS « RSP66 »

I) IDENTITE DU RESEAU

Nom du réseau	Réseau de Soins Palliatifs des Pyrénées-Orientales	
Identifiant du réseau (cf. convention de financement FIQCS)	960910123	
Promoteur	Groupement de Coopération Sanitaire « RSP66 »	
Responsable administratif et juridique	Christine BEAUREPAIRE, en sa qualité d'Administrateur rsp66@wanadoo.fr ☎ 04 68 85 46 08	
Nom du coordinateur du réseau	Maité ICHOUC, Médecin coordonnateur Laurent FONT, Cadre administratif de coordination rsp66@wanadoo.fr	
Coordonnées	✉ : « RSP66 » 1 rue Camille Corot – 66000 PERPIGNAN	
	☎ : 04 68 85 46 08	Fax : 04 68 85 42 95
	E-mail : rsp66@wanadoo.fr	
	Site web : www.rsp66.fr	

II) LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU

A. HISTORIQUE

En 2003, à l'initiative de l'ARH Languedoc Roussillon, les établissements Clinique Saint Pierre et Hôpital St Jean se sont rapprochés pour impulser la création d'un Réseau de Soins Palliatifs départemental.

Les travaux du groupe « Pilote » ont duré deux ans et ont abouti à la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire, structure porteuse du Réseau.

Le G.C.S. « RSP66 » a obtenu un financement du guichet des Réseaux en Avril 2005 ce qui a permis de débiter son activité

En Octobre 2005, la cellule de coordination est composée de : 1 secrétaire médicale à temps plein, 1 infirmière à mi-temps et 1 médecin à mi-temps.

En Septembre 2007, le 0.5 ETP de coordination médicale est assuré par l'Equipe Mobile de Soutien en soins palliatifs de l'hôpital Saint Jean ; recrutement d'un temps plein d'IDE coordinatrice.

En Septembre 2007, mise en place de la première réunion pluridisciplinaire qui réunit des professionnels spécialisés en soins palliatifs du département.

En Mai 2008, nomination d'un nouvel Administrateur du RSP66 et mise en place de la cellule de coordination durant le dernier trimestre 2008 avec le recrutement d'une Assistante Sociale à 0.57 ETP.

À la demande de la M.R.S. séparation et cloisonnement « RSP66 » - « EMSSP ».

En Octobre 2009, remplacement de l'Infirmière à temps plein par un Infirmier à mi-temps. En Juillet 2009, arrêt de la mise à disposition par le Centre hospitalier de Perpignan du mi-temps de médecin coordinateur. Devant la difficulté de recruter un médecin, le RSP66 a fait appel lorsque cela était nécessaire, aux médecins de l'EMSSP du Centre Hospitalier.

En Décembre 2009, mise en place du soutien psychologique individuel « patient et famille » (vacations de psychologue).

En 2010, redimensionnement de l'équipe de coordination :

- Assistante Sociale : Passage à 0.80 ETP en Janvier 2010

- Recrutement d'un Cadre Infirmier Coordinateur pour pallier l'absence de l'Infirmière à 0.50 ETP pour conge parental et l'absence d'un médecin.

En Juin 2010, embauche d'un médecin à quart temps (sa disponibilité ne pouvait être plus importante).

En Octobre 2010, mise en place des groupes de parole « soignants » (vacation de psychologues).

B. CADRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

Statut du support juridique du réseau	Groupement de Coopération Sanitaire
Date de déclaration en Préfecture (pour les associations Loi 1901)	

Instances de pilotage du réseau :

	Composition	Nombre de réunions en 2011	Thèmes des réunions	Nombre de participants
Assemblée générale	ASP L'Olivier ABRIC Assad Roussillon Présence Infirmière 66 Centre Le Vallespir Sunny Cottage Al Sola Clinique St Pierre Hôpital St Jean Hôpital local Prades Clinique Médipôle Cliniques Mutualistes Catalanes Association Joseph Sauvy Maison de Vie du Roussillon Supervaltech Cabinet Michel Ques Expert Comptable France Cabaner Commissaire aux Comptes	<p style="text-align: center;">2</p> Le 07/06/2011 Le 14/12/2011	<p><u>Le 07/06/2011 :</u> Bilan d'activité 2010 Approbation des comptes exercice 2010 et affectation des résultats Renouvellement du mandat du Commissaire aux Comptes et désignation d'un suppléant Renouvellement du mandat de l'Administrateur</p> <p><u>Le 14/12/2011 :</u> Approbation du précédent procès-verbal (du 07-06-2011) Lecture du rapport moral de l'Administrateur, bilan d'activité Comptes d'activité au 30-09-2011 Budget prévisionnel 2012 Admission de nouveaux membres Election du nouvel administrateur Questions diverses</p>	<p style="text-align: center;">20</p> <p style="text-align: center;">24</p>

<p align="center">Conseil Exécutif</p>	<p align="center">Mme Poux (Administrateur) Mme Beurepaire (ASP L'Olivier) Mr Hostailler (Clinique St Pierre) Mr Barande (Equipe coordination réseau) Mr Carrère (Présence Infirmière66)</p>	<p align="center">7</p> <p>Le 16/02/2011 Le 02/03/2011 Le 14/03/2011 Le 10/05/2011 Le 31/08/2011 Le 18/11/2011 Le 06/12/2011</p>	<p><u>Le 16-02-2011 :</u> Suivi et décision du projet de Colloque (initialement prévu le 16-04-2011). Questions diverses.</p> <p><u>Le 02-03-2011 :</u> Projet de programme du Colloque reprogrammé sur Octobre 2011, date et intervenants. Redéfinir la commande à l'agence de communication. Calendrier des réunions de préparation du Colloque. Questions diverses.</p> <p><u>Le 14-03-2011 :</u> Recherche d'intervenants.</p> <p><u>Le 10-05-2011 :</u> Préparation de l'Assemblée générale : bilan financier, bilan de l'organisation du Colloque modifié « en soirées thématiques », Renouvellement du mandat de l'Administrateur, Questions diverses.</p> <p><u>Le 31-08-2011 :</u> Bilan intermédiaire de l'activité du RSP. Proposition de modification des statuts et nouvelles admissions au GCS. Candidatures au poste d'administrateur du RSP. Recrutement d'un nouveau cadre du RSP.</p>	<p align="center">(Présence de l'équipe du réseau à certains conseils exécutif)</p> <p align="center">7</p> <p align="center">5</p> <p align="center">4</p> <p align="center">6</p> <p align="center">6</p>
---	--	--	---	---

			<p><u>Le 18-10-2011 :</u> Recrutement d'un nouveau Cadre, Candidature au poste d'Administrateur Admission de nouveaux membres. Modification des statuts.</p> <p><u>Le 06-12-2011 :</u> Préparation de l'Assemblée générale du 14-12-2011.</p>	<p>6</p> <p>7</p>
Conseil de Gestion et des Finances	<p>Mme Poux (Administrateur) Mme Beaurepaire (ASP L'Olivier) Mr Barbe (Ass Joseph Sauvy) Mr Ques (Expert Comptable)</p>	Néant		

C. MOYENS MATERIELS ET HUMAINS

- La localisation du siège du réseau : Toujours dans les mêmes locaux (depuis octobre 2008)

- La description des locaux : Moyens inchangés depuis le rapport d'activité 2010.

1 open space : équipé en matériel bureautique de 2 bureaux (mobilier), 2 caissons, 1 armoire basse de rangement et 1 table de réunion.

1 bureau : équipé en matériel bureautique d'1 bureau (mobilier), 1 caisson et 1 armoire haute de rangement.

1 ligne téléphonique avec 3 téléphones sans fil

1 ligne téléphonique pour les appels sortants et le fax

Equipement informatique :

3 ordinateurs fixes équipés de Windows XP.

1 ordinateur portable équipé de Windows XP.

1 serveur informatique.

Installation d'un antivirus serveur.

1 imprimante-photocopieuse-télécopieuse-scanner.

1 imprimante couleur.

Utilisation du logiciel Medica Win32.

L'ensemble des postes fixes est équipé d'un accès internet (ADSL)

- 1 téléphone mobile.

- 1 véhicule de service en location.

Effectifs du réseau :

Effectif prévisionnel (tel que mentionné dans la convention FIQCS)		Effectif en place			
Profil du poste	% ETP	Libellé du poste	% ETP	Date d'embauche	Statut (libéral ou salarié)
Médecin	20	Médecin coordonnateur	20 %	01-04-2011	Mise à disposition de personnel par un établissement membre du RSP66
IDE Cadre coordinateur	50	Cadre coordinateur	57 %	01-10-2009 Fin de contrat au 30-11-2011	Salarié, cadre
IDE	100	Infirmière	50 %	01-09-2007	Salarié
Assistante sociale	50	Assistante sociale	80 %	01-10-2008 Départ le 31-01-2011 Nouvelle embauche au 01-02-2011	Salarié
Secrétaire	100	Secrétaire médicale	100 % du 01-01-2011 au 28-02-2011 90 % du 01-03-2011 au 31-12-2011	01-09-2008	Salarié
Secrétaire Agent d'accueil	100	Secrétaire Agent d'accueil	100 % du 01-01-2011 au 31-03-2011	14-10-2010 Fin de contrat (CDD) 31-03-2011	Salarié

➤ Indiquer si ces effectifs correspondent à la cellule de coordination du réseau : Oui.

➤ **Commentaires :**

Janvier 2011 : L'infirmière a souhaité reconduire ses fonctions à temps partiel (0.5 ETP).

Février 2011 : Une assistante sociale est recrutée par le Réseau en remplacement de la précédente sur la base d'un contrat à 80 % en CDD.

Mars 2011 : la secrétaire modifie son contrat de travail pour une activité à 90 % au lieu de 100% pour raisons personnelles. Le CDD pour accroissement d'activité de la secrétaire agent d'accueil a été prolongé jusqu'au 31 mars 2011 ceci afin de poursuivre le travail de création d'un annuaire de ressources en soins palliatifs (base de données).

Avril 2011 : le Réseau recrute un médecin qui assure contractuellement 2 vacations par semaine sur une mise à disposition d'un établissement CSSR.

Septembre – Novembre 2011 : le Cadre infirmier diminue son activité au sein du Réseau, il assure en préavis de son départ et contractuellement 20 % à raison de deux vacations par semaine et ce jusqu'à fin novembre 2011.

Décembre 2011 : Le Réseau recrute un nouveau Cadre administratif de coordination venant du secteur de l'aide à domicile et détenteur d'un diplôme CAFERUIS (Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Encadrement et de Responsable d'Unité d'Intervention Sociale) en remplacement de l'infirmier, Cadre de coordination. Le Cadre n'a pris ses fonctions que le 2 janvier 2012 en raison de l'organisation de sa mise à disposition par une Association membre du RSP.

III) OBJECTIFS DU RESEAU

- Objectif général / finalité poursuivi(e) par le réseau : Permettre une prise en charge de qualité sur tout le département en lien avec toutes les structures existantes et les professionnels de santé du territoire.

La position extérieure du réseau permet d'analyser les situations et d'adopter des attitudes en lien avec la problématique : aidant, conseiller, formateur, expert.

Notions sur lesquelles s'appuie le GCS RSP66 en dehors de l'objectif fondamental : « permettre à toute personne en situation de soins palliatifs de choisir son lieu de vie et de fin de vie, en bénéficiant de soins de qualité » :

- Pratique d'échanges professionnels.
- Pratique de collaboration en vue d'un objectif partagé : organiser un parcours de soins coordonné autour de la personne malade.
- Pratique tendant au décloisonnement des structures (relations établissements de santé/domicile/professionnels).
- Recherche permanente de l'amélioration de la qualité des soins.
- Culture de l'évaluation.
- Dynamiques transversales (échanges de pratiques, formations...) et pluridisciplinaires.

La fonction de coordination ne se substitue aucunement ni aux acteurs du soin, ni aux ressources et experts existants dans un territoire donné.

- Objectifs opérationnels : pour chaque objectif prévisionnel prévu, lister dans le tableau ci-dessous la ou les actions mises en œuvre au cours de l'année
 - activités de coordination,
 - formation,
 - communication et formalisation d'outils (plaquette, protocoles de travail, référentiels, ...),
 - activités d'éducation, de prévention, de soins, de suivi, ... du patient
 - activités liées à l'évaluation du réseau,

Activités de coordination

a) En direction des personnes malades

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
Améliorer la cohérence et la continuité des soins	Coordination autour de la prise en charge. Objectif : 200 patients	2011	22 patients suivis au 01/01/2011. 264 signalements : dossiers patients examinés. 178 patients suivis en 2011. 86 demandes reçues non incluses. 155 décès. 34 patients suivis au 31/12/2011.
	Evaluation à domicile en binôme : Infirmière-Assistante sociale.	2011	4 jours de délai moyen entre l'inclusion du patient et la réalisation de l'évaluation de la personne en jours ouvrables. 178 évaluations à domicile. 178 projets personnalisés de soins élaborés. Le projet est rediscuté en réunion de staff toutes les semaines durant le temps de la prise en charge.

<p>Améliorer la cohérence et la continuité des soins</p>	<p>Réunion hebdomadaire de l'équipe du réseau pour optimiser et analyser la prise en charge, faire un bilan sur les patients suivis, optimiser la communication au sein de l'équipe, œuvrer dans l'interdisciplinarité.</p> <p>Mettre en lien l'ensemble des professionnels pour une continuité des soins cohérente et efficace et favoriser la prise en charge interdisciplinaire du malade (douleurs et autres symptômes)</p>	<p>1 réunion hebdomadaire</p> <p>2011</p>	<p>21 réunions de staff pour une durée moyenne par staff de 3 heures. Ces réunions qui réunissent l'ensemble des membres de l'équipe (médecin, cadre coordinateur, infirmière, assistante sociale, secrétaire et psychologue) mobilisent pour un temps cumulé au total 63 heures.</p> <p>5 réunions de coordination avec le médecin traitant (dont 4 réglées RCMT) réunissant un ou plusieurs membres du réseau et le médecin traitant de la personne prise en charge.</p>
<p>Développement de la coordination avec les médecins généralistes :</p>	<p>Appels téléphoniques systématiques du médecin coordonnateur au médecin traitant avant toute inclusion d'un patient.</p> <p>Suite à l'évaluation à domicile, un courrier est adressé systématiquement au médecin traitant du patient.</p>	<p>A partir d'avril 2011</p>	<p>Conseils thérapeutiques aux médecins généralistes à leur demande.</p> <p>120 courriers envoyés aux médecins traitants des patients.</p>

Améliorer la prise en charge du patient	Proposer un accompagnement psychologique au patient et à son entourage.	2011	13 patients ont bénéficié de l'intervention des psychologues cliniciennes. 38 entretiens au total.
	Proposer un soutien social au patient.	2011	178 situations ont bénéficié de l'évaluation de l'assistante sociale. 45 demandes de fond FNASS et plan d'aide. 18 accompagnements sociaux Participation de l'assistante sociale à 4 réunions de coordination avec le médecin traitant (RCMT).

b) En direction des proches

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
Favoriser l'accompagnement de l'entourage	Soutenir les proches. Accompagner et prévenir l'épuisement des aidants. Ecoute, conseils, orientations, informations sur les droits et mise en place des dispositifs existants.	2011	Activités de l'équipe du réseau : Entretiens et contacts téléphoniques.
	Projet d'aide aux aidants : « Vers une reconnaissance des aidants. Etude sur une prise en charge globale »	De janvier à juin 2011	Enquête sur les besoins des aidants naturels des patients en soins palliatifs par une stagiaire sur une période de 6 mois.
	Contribuer à l'accompagnement des deuils et proposer un suivi.	2011	3 personnes ont été suivies par la psychologue.

Activités de formation :

a) En direction des professionnels

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
<p>Développer les échanges pluri professionnels</p>	<p>Informations aux professionnels afin d'assurer la diffusion de bonnes pratiques.</p>	<p>2011</p>	<p>5 rencontres pluri professionnelles avec les partenaires (EMSPs, Médecins référents soins palliatifs, HADs, SSIADs, prestataires...) soit au total 15 heures de réunions cumulées pour l'équipe du Réseau.</p> <p>Le 18-01-2011 : 35 participants Thème : «L'aspect social de la prise en charge dans le cadre du retour à domicile».</p> <p>Le 15-03-2011 : 30 participants Thème : «L'éthique dans nos pratiques au quotidien». Cas concrets présentés par chaque équipe.</p> <p>Le 17-05-2011 : 28 participants Thème : «Cas concrets présentés par l'équipe du CSSR Al Sola et le service aide à domicile Joseph Sauvy ».</p> <p>Le 13-09-2011 : 32 participants Thème : « Protocoles de soins et suivis de deuil »</p> <p>Le 29-11-2011 : 25 participants Thème : « La représentation sur le thème du palliatifs »</p> <p>Février 2011 : Intervention bénévole (Maison de la formation de la CCI) à destination des élèves préparant le concours d'infirmier.</p> <p>Octobre 2011 : Accompagnement VAE Pôle Sanitaire et Social (jury).</p>

b) En direction du personnel du réseau

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
<p>Développer la formation continue des salariés du RSP</p>	<p>Suivre des formations continues.</p>	<p>2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1 inscription au D.U. « Formation à la prise en charge de la douleur par les professionnels de santé » à Montpellier (8 jours de formation ; commencés en octobre 2010). 1 salariée : Infirmière. • Formation sur les soins palliatifs à la clinique de l'incertitude à Paris (1 journée : le 24 mars 2011). 1 salarié : Cadre administratif de coordination. • Participation au 1^{ier} Congrès international francophone d'accompagnement et de soins palliatifs à Lyon (17^{ième} Congrès de la S.F.A.P.). 3 jours (28,29 et 30 juin 2011). 3 salariés : Cadre administratif de coordination, infirmière et assistante sociale.

Activités de communication :

En direction des professionnels et du grand public

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
<p>Développer l'information.</p>	<p>Informers les professionnels et sensibiliser le grand public. Développer la culture palliative. Promouvoir l'activité et la lisibilité du réseau. Favoriser les échanges interprofessionnels. Connaissances des dispositifs existants.</p>	<p>2011</p>	<p>Préparer, organiser et animer 3 soirées thématiques sur les soins palliatifs en partenariat avec les différentes structures institutionnels et associatives.</p> <p><u>Soirée thématique du 26 mai 2011 (Perpignan) : 96 participants.</u> Thèmes : - Sur le parcours du patient. - Un bilan de l'offre de soins dans les P.O. - Une présentation générale sur l'ensemble des missions du Réseau. - Une différenciation pour le grand public entre les missions d'une équipe mobile et d'un réseau.</p> <p><u>Soirée thématique du 22 septembre 2011 (Prades) : 62 participants.</u> Thèmes : - Le patient a domicile au cœur de sa prise en charge (hospitalisation à domicile, services de soins infirmiers à domicile, service d'aides et aidants naturels). - Déclinaison des situations à éviter pour un patient en soins palliatifs (ré hospitalisation aux urgences, lits de répit, sortie du patient d'un établissement sans concertation).</p> <p><u>Soirée thématique du 17 novembre 2011 (Perpignan) : 48 participants.</u> Thèmes : - La diététique au cœur des débats des soins palliatifs (vivre et manger en fin de vie, diététique et nutrition parentérale et entérale). La solitude choisie du patient en soins palliatifs et celle des professionnels à domicile (la place du généraliste dans l'évaluation de la douleur, la place des spécialistes de la douleur, la mort à domicile). - Après cet état des lieux... quelques réponses apportées (synthèse des trois soirées).</p>

Développer l'information (suite)	Elaboration d'un guide ressources en soins palliatifs.	De janvier à mai 2011	Annuaire de ressources en soins palliatifs des Pyrénées Orientales. Travail effectué par la secrétaire agent d'accueil (CDD) et l'équipe du réseau. Recueil des données de janvier à mai 2011.
Développer l'information (suite)	Faciliter l'accès à l'information du réseau.	2011	Site Internet : 404 visites ; 283 visiteurs ; 1531 pages vues. Une mise à jour est réalisée régulièrement sur les onglets accessibles par le RSP : Actualités (notamment pour les programmes des soirées thématiques) ; Protocoles ; Documentation diverses... Une mise à jour est envisagée en 2012 sur la partie gérée par le Webmaster.

Activités de développement du Réseau

Actions réalisées dans le cadre du fonctionnement du Réseau :

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon indicateurs de suivi retenus)
Renforcer le partenariat	Rencontrer les professionnels, les partenaires et les institutions.	2011	<p>Janvier 2011 : Journée transfrontalière Hospital de Figueres. Journée d'échanges et d'expériences en Catalogne.</p> <p>Février 2011 : Réunion inter réseaux destinées aux assistantes sociales (Montpellier).</p> <p>Avril 2011 : Réunion du Groupe Méditerranéen de Réflexion en Soins Palliatifs (Carcassonne). « Travail de réflexion sur la formation ».</p> <p>Juillet 2011 : Rencontre de l'équipe de coordination avec la nouvelle équipe mobile soins palliatifs de la clinique St Pierre à Perpignan.</p> <p>Septembre 2011 : Participation à la présentation par la Conseil Général du schéma gérontologique départemental.</p> <p>Octobre 2011 : Réunion des services sociaux des établissements de santé sur les nouveaux dispositifs de la CARSAT.</p>
Apporter un soutien à l'équipe du réseau		2011	Supervision de l'équipe de coordination avec une psychologue (extérieure au réseau) : 6 séances (2h) dans l'année (soit 24h au total).

➤ Commentaires sur le niveau d'atteinte des objectifs (explication des écarts, le cas échéant cf convention de financement FIQCS ou CPOM FIQCS) :

■ **RCMT Réunion de Coordination avec le Médecin traitant :**

En 2011 avec l'arrivée du médecin au Réseau, nous avons relancé et proposé systématiquement les réunions de coordination avec le médecin traitant. 5 réunions ont pu être réalisées.

■ **Communication :**

L'organisation des soirées thématiques a permis la participation et la collaboration de tous les professionnels intéressés à la démarche palliative. Des liens ont été renforcés et les informations données ont permis de répondre à la mission de communication du réseau. Un questionnaire à froid pourra permettre d'évaluer l'impact de ces rencontres.

■ **Rôle des psychologues au sein du Réseau :**

Quatre psychologues ont signé une convention avec le Réseau ; leurs interventions permettent de couvrir tout le département. La proposition d'entretien individuel du patient et de ses proches lors d'une évaluation à domicile se pose comme une plus value de notre prise en charge.

Définition de son rôle par une des psychologues : « Parce que la souffrance d'une personne atteinte d'une maladie grave et en fin de vie est une souffrance à la fois physique, psychique, sociale et spirituelle, le soin psychologique cantonné pendant des années dans l'univers de la maladie mentale, s'est imposé au fil du temps dans les services de soins médicaux puis palliatifs. De retour au domicile, le patient se retrouve au centre d'une nouvelle dynamique familiale, bouleversée par la maladie, le pronostic et par l'intrusion des soins dans son espace familial, intime. La souffrance psychique est réelle mais son expression est souvent verrouillée. L'entourage tente de protéger affectivement leur proche malade en se retenant de lui exprimer sa peine, sa colère, son désespoir ou espoir et même le soulagement de la voir mourir. Le malade éprouve les mêmes sentiments et à son tour, ne se permet pas de les exprimer pour protéger les siens. Dans ces situations douloureuses, l'accompagnement psychologique prend tout son sens et son importance.

Le travail du psychologue s'articule autour de 3 axes : le patient, sa famille et l'équipe.

1- Le patient ne maîtrise plus son corps, il est soumis à la maladie, au protocole des soins. Sa souffrance est aussi en lien avec ce qui lui est dit et ce qui ce dit autour de lui. Il lui est parfois difficile de confier son ressenti auprès des soignants médicaux, dans la crainte d'engager sa vie. Il se tait, subit, doute, a peur.

Le psychologue, seul soignant qui ne touche pas au corps, prendra alors le temps de le comprendre, de faciliter et d'accueillir son discours où s'énoncent sa souffrance, des ambivalences, de l'incohérence à travers ses sentiments, ses désirs et toutes les questions possibles qu'il n'ose exprimer.

2- Du côté de la famille, il s'agit de soutenir les proches qui jouent un rôle primordial dans le maintien à domicile. Leur épuisement est la première cause de réhospitalisation en urgence des patients. Face à la réalité douloureuse de la mort éminente d'un parent, les jeunes enfants sont encore très souvent écartés par la famille, qui pense les protéger ainsi du traumatisme pressenti. Le psychologue peut soutenir la parentalité pour aider les enfants, les adolescents dans l'élaboration des épreuves qu'ils traversent et les autoriser à ressentir du chagrin, de l'injustice tout comme les adultes.

3- Avec l'équipe de soins palliatifs ou de coordination du réseau, le psychologue partage sa connaissance du malade.

Dans le secret partagé, il transmet les informations utiles pouvant servir à l'amélioration de la prise en charge du patient et de son entourage.

Il sera aussi à l'écoute des émotions des soignants et des tensions psychiques générées par la maladie mortelle.

Envisagé mais non systématisé, le soin psychologique d'un patient doit être analysé, discuté en équipe. Toute demande de soutien psychique à son contenu manifeste et son contenu latent qu'il faut décoder. La démarche de prise en charge d'un patient sur le plan psychologique peut correspondre à un déplacement sur le patient, d'une souffrance de l'équipe ou de la famille liée à la culpabilité de ne pouvoir faire davantage. La plus value d'un psychologue, dans une équipe de soins palliatifs intervenant à domicile, se caractérise par la compétence de celui-ci à créer ou entretenir le lien entre le patient, sa famille et l'équipe. Chacun s'engage avec souffrance et difficultés dans ce temps de fin de vie où il n'y a pas de maîtrise possible. Le soutien psychologique favorisera la circulation de la parole entre tous les acteurs pour éviter la surcharge de souffrance psychique. Il interviendra sur la prévention des conséquences psychopathologiques de l'entourage pour éviter des ruptures par épuisement ou par évitement. Son intervention est plurielle. Elle participe à la faisabilité du maintien à domicile du patient en fin de vie et s'inscrit dans la nécessité de lui offrir à domicile, comme à l'hôpital, une qualité de soins dans sa globalité ».

Les psychologues interviennent également dans le suivi de deuil au domicile.

« Bien souvent les personnes endeuillées font leur travail de deuil avec le soutien de leur entourage mais ce n'est pas sans difficulté. Parler à ses proches de la mort d'un être cher, de sa douleur n'est pas simple. Cette parole peut faire peur, fuir. Chacun préfère alors étouffer ses sentiments, pour ne pas réactiver le chagrin que l'on tente de surmonter individuellement.

Le deuil isole, nous coupe des autres même au sein de sa propre famille et l'isolement social de certaines personnes amplifie la solitude du deuil.

Or, la société demande aujourd'hui aux individus endeuillés d'aller bien et le plus vite possible. 2 jours de congés seulement sont accordés pour le décès d'un conjoint, d'un père, d'une mère, d'un frère, d'une sœur ou d'un enfant.

Il n'est pas facile d'aller chercher de l'aide pour traverser cette épreuve, auprès d'une association ou d'un psychologue que l'on ne connaît pas.

Cet état affectif douloureux peut s'accompagner aussi de sentiments de colère (« c'est injuste »), de culpabilité (d'être resté là ou d'être soulagé) ou des regrets (« j'aurais dû ») qui vont bloquer l'évolution du deuil et freiner sa résolution.

Le soutien psychologique aidera la personne endeuillée :

- à exprimer ses émotions,
- à accepter la réalité de la perte,
- à affronter la douleur liée au vide,
- à s'adapter à son environnement sans le défunt.

Les particularités du suivi de deuil au domicile : Il paraît important que chacun puisse bénéficier d'un suivi psychologique dont l'accessibilité soit facilitée et immédiatement après le décès afin de prévenir d'un risque de deuil pathologique. Offrir ce suivi au domicile à des personnes qui ne peuvent se déplacer ou qui par complications affectives s'isolent permet de restaurer le lien social et de rendre leur reconstruction possible.

D'autre part, lorsque ce suivi est assuré par le psychologue qui est intervenue lors de la prise en charge palliative, la relation de confiance avec la famille est déjà établie. Il n'y a pas de sentiment d'intrusion, au contraire. Les échanges partagés précédemment avec le malade en fin de vie et ses proches favorisent l'évocation des souvenirs, des émotions et des confidences. Ce suivi de deuil se réalise au domicile, lieu de souvenirs, lieu de mémoire du défunt. Cet accompagnement s'inscrit dans un continuum de soin où l'attention professionnelle se porte sur la personne en fin de vie, ses proches, au-delà du décès ».

■ Rôle de l'assistante sociale :

L'assistante sociale en poste au RSP66 a pris ses fonctions le 01/02/2011 avec un temps de travail de 20h par semaine jusqu'en avril 2011.

Durant ces deux mois, le travail s'est orienté essentiellement sur l'évaluation en binôme avec l'infirmière et le dispositif des prises en charge soins palliatifs avec la spécificité du RSP66 où l'assistante sociale a la délégation de la CPAM pour le déclenchement du fond FNASS. Avec l'augmentation de son temps de travail, l'assistante sociale a progressivement pu développer l'accompagnement social des patients et de leurs proches (les aidants naturels).

L'accompagnement social consiste en une prise en charge du patient ou de ses proches, sur le plan administratif avec deux objectifs :

- le maintien à domicile des personnes en fin de vie (déclenchement de l'enveloppe soins palliatifs, demande de Prestation de Compensation du Handicap, d'Allocation Personnalisée d'Autonomie, aides légales et extralégales, accès aux droits...),
- le soutien aux aidants (démarche relative au décès, soutien, écoute, conseil...).

L'intervention spécifique de l'assistante sociale du RSP66 consiste en une mise en place rapide et coordonnée d'un soutien social compte tenu de la nécessité de réactivité de la cellule de coordination.

Le travail de l'assistante sociale du RSP66 s'inscrit dans la collaboration avec les services sociaux (établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, institutions...).

Des réunions d'information ont été effectuées à la demande d'un service social du Conseil Général (pole APA sur la Maison Sociale de Proximité de Thuir) pour présenter les missions de l'assistante sociale du RSP66.

■ Rôle de l'infirmière :

Arrivée en septembre 2007 au réseau de soins palliatifs la fonction d'infirmière coordinatrice s'est développée au sein d'une équipe pluridisciplinaire. L'objectif de cette équipe est de répondre à la demande des patients et de leur entourage, à savoir maintenir les malades en fin de vie le plus longtemps possible à leur domicile.

Pour répondre à cette mission le lien entre les établissements de soins et les différents partenaires de santé intervenant au domicile est primordial afin d'assurer aux mieux la cohérence et la continuité des soins.

L'infirmière, s'adresse : - aux patients et à leur famille par son écoute, ses conseils et son soutien.

- aux partenaires de santé libéraux dans le but de les aider à améliorer la prise en charge au domicile.

L'intervention en binôme avec l'assistante sociale permet une évaluation complète et précise de la situation et une réactivité accrue dans les démarches envisagées.

Le volet formation entrepris auprès des infirmières libérales et les rencontres régulières avec divers partenaires investis en soins palliatifs contribuent largement au développement de la démarche palliative dans les Pyrénées-Orientales.

■ Rôle du cadre administratif de coordination :

Le cadre administratif de coordination assure la mise en œuvre de la politique d'actions élaborée par le conseil exécutif du réseau dans un mode de coopération de tous. Il doit contribuer à la communication dans le cadre des soins palliatifs en direction des professionnels de santé et du grand public : ainsi, il a proposé pour 2011 un plan de communication basé sur l'organisation des soirées thématiques et la création d'un annuaire de ressources en soins palliatifs des Pyrénées-Orientales.

Il développe également les actions de partenariat et de travail en réseau avec les professionnels.

Il garantit sur le domicile la pertinence et la qualité des soins et veille à la bonne coordination au sein de l'équipe. Il anime les réunions d'équipe hebdomadaires.

Il est garant du respect du droit des patients notamment en ce qui concerne le secret professionnel et les règles de confidentialité.

■ **Rôle de la secrétaire :**

Depuis son arrivée en septembre 2008, elle assure la gestion administrative et comptable du Réseau. La secrétaire est un maillon indispensable du réseau par sa présence (du lundi au vendredi) et sa disponibilité. Elle fait le lien entre les membres de l'équipe ainsi que le relai entre les partenaires et l'équipe en garantissant la diffusion des informations.

■ **Rôle du médecin coordonnateur :**

Après signalement au Réseau, le médecin coordonnateur réalise les inclusions après accord du patient et de son médecin traitant. Il valide les dossiers patients : évaluation globale, projet de soins, projet de vie...

Le médecin du réseau intervient comme consultant ; il ne donne pas de soins mais il intervient en appui au médecin traitant.

Il s'assure de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires :

- entre les acteurs du domicile (médecin, IDE...).
- avec les partenaires (institutions sanitaires, médico-sociales et sociales).
- avec l'équipe du réseau.

Il donne une dimension et un éclairage éthique aux interrogations qui peuvent se poser en fin de vie ; notamment discussion éthique lors des rencontres pluri professionnels sur les pratiques en soins palliatifs.

Il contribue à la diffusion de la démarche et de la pratique palliative. Il participe aux activités d'enseignement au travers de la formation des professionnels.

Commentaire du médecin :

« Le temps de travail du médecin au Réseau, à 0,20 ETP, est insuffisant. Il y a une réelle frustration ne pas pouvoir rencontrer tous les patients. Le point positif est le développement des échanges et des liens avec les médecins traitants : entretiens téléphoniques et réunions de coordination. Le médecin a développé le travail de partenariat avec les courts séjours, les H.A.D et les E.M.S.P ».

Orientations du G.C.S RSP66 proposées par le conseil exécutif.

Projet de santé 2012-2014 :

- Rendre davantage lisible l'activité et la place du RSP66 sur le territoire des P.O.
- Rendre lisible l'action « palliative » du département pour les bénéficiaires.
- Passer d'une politique de réseaux à un travail en réseau, faire travailler les professionnels ensemble en vue d'améliorer la qualité des soins.
- Contribuer à la démarche de santé publique en favorisant l'accès aux soins et répondre aux valeurs éthiques (respect de la personne, de ses choix et des informations données).
- Créer une plateforme d'information, d'échanges associant tous les acteurs du département impliqués dans les soins palliatifs.

Les quatre axes à développer sont :

1) Coordination et coopération :

- Mutualiser les moyens, les compétences de manière efficiente (RCMT, partage d'informations autour du patient, liaison, fiche de signalement...).
- Faciliter le travail et les pratiques collectives entre professionnels auprès du malade (réunions partenariales, rencontres pluri professionnelles, groupes de parole et analyses des pratiques, cohérence entre informations données à la personne et les pratiques des intervenants).
- Identifier les besoins pour une meilleure organisation entre domicile et établissements (possibilité d'avoir rapidement recours à des hospitalisations, à des consultations, préparer le retour à domicile).
- Assurer un accès à des soins palliatifs de qualité en utilisant tous les dispositifs existants (connaissance de la législation et informations sur les aides et les services).

2) Formation, communication et sensibilisation :

- Promouvoir et diffuser la culture palliative (conférences, articles ...).
- Sensibiliser les acteurs de santé.
- Améliorer l'information des professionnels de santé et du public sur les dispositifs en soins palliatifs.
- Recenser les besoins et les réponses possibles (établissements de santé, EHPAD et professionnels) afin d'adapter le dispositif de formation aussi bien dans les modalités organisationnelles que dans le contenu.
- Labelliser les formations (favoriser la reconnaissance des formations en soins palliatifs).
- Mettre en œuvre des actions de formation en direction des personnels intervenants dans les différentes structures et services à domicile.

3) Rôle d'expert :

- Apporter la réponse la plus adaptée par rapport à une problématique donnée à un moment donné en mobilisant les compétences et les connaissances nécessaires.
- S'impliquer dans les réflexions et les échanges pluri disciplinaires (rencontres thématiques, conférences...).

4) Evaluation :

- Mesurer l'impact de la formation sur les pratiques et modalités de prise en charge.
- Mesurer l'impact du rôle du réseau sur la qualité de la prise en charge (liaisons, maintiens à domicile, relations établissements/domicile).
- Evaluer la prise en charge pluri disciplinaire « au domicile » (contacts professionnels/réseau).
- Favoriser la mise en place d'une offre de soins palliatifs adaptée aux besoins du département (nombre de personnes prises en charge en soins palliatifs par rapport au nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge en soins palliatifs).

Modalités :

- Développer des actions de communication (conférences, site internet, faire circuler les informations médicales, sociales, législatives : veille documentaire).
- Poursuivre les réunions de coordination avec le médecin traitant (RCMT).
- Organiser et animer la journée mondiale des soins palliatifs avec les partenaires du réseau.
- Mettre en œuvre l'action de soutien en direction des aidants : « Vers une reconnaissance des aidants. Etude sur une prise en charge globale ».
- Construire un programme de formation des personnels soignants et professionnels de santé en coopération (EMSP, ASP, RSP et autres professionnels).
- Mettre en place des actions de formation des personnels intervenants dans les services d'aide à domicile (fonds FNASS).
- Favoriser la reconnaissance universitaire pour les soins palliatifs : création d'un Diplôme Universitaire en partenariat avec l'université de Perpignan.
- Réfléchir à la possibilité de création d'une unité de soins palliatifs.

Commentaires :

A fin de pouvoir atteindre de manière efficace et efficiente les objectifs fixés, le GCS RSP66 :

- Doit s'appuyer sur un pilotage départemental (G.C.S.).
- Doit avoir un effectif salarié permanent (cadre administratif, IDE, assistante sociale, secrétaire) ; doit renforcer le temps d'intervention du médecin du réseau et son rôle de coordination auprès des autres médecins.

Un plan d'action triennal détaillé est en cours de réalisation par le conseil exécutif du G.C.S. RSP66.

IV) POPULATION CONCERNEE

- Zone géographique couverte par le réseau (en référence aux secteurs sanitaires / bassin de vie existants, ou à défaut : départements / cantons) : Département des Pyrénées-Orientales.

Nombre total d'habitants de la zone géographique : 445 737 (source INSEE).

Préciser s'il y a eu des modifications au cours de l'année

- Population couverte par le réseau, par catégories :

<i>Indicateur</i>	<i>Détail</i>	<i>Effectif patient</i>
Population théorique	Nombre de patients potentiellement concernés par le réseau, sur la zone géographique couverte (à partir des données disponibles)	2070
Population cible	Nombre de patients que le réseau prévoyait de prendre en charge entre le 01/01 et le 31/12/2011	200
Nombre d'inclusions examinées	Nombre de dossiers patients examinés en vue d'une inclusion au réseau (que ces patients aient été finalement inclus ou pas)	264
Nouveaux patients	Nombre de patients nouvellement inclus entre le 01/01 et le 31/12/2011	178
File active	Nouveaux patients inclus en 2011 + patients inclus les années précédentes et toujours pris en charge, entre le 01/01 et le 31/12/2011	200
Situation au 31/12/2011	Nombre total de patients (anciens et nouveaux) présents dans le réseau au 31/12/2011	34

➤ Commentaires sur l'évolution par rapport à l'année n-1 : Peu de changement.

Le nombre de patients potentiels est difficile à évaluer et pourrait faire l'objet d'une étude plus approfondie : nombre de personnes ayant besoin d'une prise en charge en soins palliatifs ?

V) PROFESSIONNELS ADHERENTS

	2011	
	Libéraux	Etablissements, associations, structures
Nombre total de professionnels adhérents au réseau	231	39
Professionnels de santé		
Dont médecins Généralistes	34	
Dont médecins Spécialistes		
Spécialité 1 (préciser)		
Spécialité 2 (préciser)		
Spécialité n (préciser)		
Dont chirurgiens dentistes		
Dont pharmaciens		
Dont biologistes		
Dont infirmières diplômées d'Etat	197	
Dont sage femmes		
Dont masseurs kinésithérapeutes		
Autres (préciser)		
Autres professionnels impliqués dans le réseau		
Dont psychologues	5	
Dont assistante sociales		
Dont diététiciennes		
Autres (préciser)		
Total	236	39

➤ Définir la nature de l'articulation, de leur participation au réseau :

Médecins généralistes libéraux : signalements de patients en soins palliatifs et suivis coordonnés ; demande d'informations.

Infirmières libérales : signalements de patients en soins palliatifs ; demande de formations.

Psychologues : suivis des patients et des proches.

Etablissements, associations et structures : signalements de patients en soins palliatifs ; demande d'analyse des pratiques professionnelles, de formation, de soutien, de groupe de parole, d'information.

VI) STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LE RESEAU FIN 2011

Il convient de lister les structures et de cocher pour chaque établissement, le type correspondant

Etablissements de santé	Sous dotation globale							Sous OQN	Centre de santé	Autres (préciser)
	CHU	CHR	CH	HL	CHS	PSPSH	CLCC	Clinique		
Hôpital Saint Jean			X							
Hôpital de Thuir					X					
Hôpital local de Prades				X						
CHU Montpellier	X	X								
CHU Toulouse	X	X								
CRLC Val d'Aurelle							X			
CRLC Claudius REGAUD										
Clinique Saint Pierre								X		
Polyclinique Médipôle								X		
Clinique Mutualiste Catalane								X		
Clinique du Vallespir								X		
Clinique médicale Joseph Sauvy								X		
Clinique Saint Michel								X		
Clinique Notre Dame d'Espérance								X		
Etablissements médico-sociaux	IME	IMP	IM Pro	Ets pour polyhandicapés	CMPP	CAMSP	SESSAD	Institut de rééducation	Institut d'éducation sensorielle	Autres (préciser)
Centre Le Vallespir										SSR
Supervaltech										SRR
Al Sola										SRR
Sunny Cottage										SRR
Centre de convalescence Saint Christophe										SRR

Centre de convalescence le Château Bleu										SRR
Centre le Floride										CRF
Centre Héliomarin										CRF
Centre Bouffard Vercelli										CRF
Centre Mer Air Soleil										CRF
Centre la Pinède										CRF
Korian Catalogne										EHPAD
Résidence Jean Balat										EHPAD
Résidence Tuiles Vertes										EHPAD
Résidence Coste Baills										EHPAD
Résidence les Valbères										EHPAD
Résidence Francis Catala										EHPAD
Résidence Les Camélias										EHPAD
Résidence La Loge de Mer										EHPAD
Résidence Via Monastir										EHPAD
Résidence Francis Panicot										EHPAD

<p>Autres "structures" de prises en charge</p>	<p>HAD Polyclinique Médipôle « Médihad » HAD Hôpital Saint Jean Perpignan HAD Hôpital local de Prades</p> <p>SSIAD Hôpital Saint Jean SSIAD Présence Infirmière 66 (SSIAD Rivesaltes ; SSIAD Salleilles ; SSIAD Saint Laurent de la Salanque ; SSIAD Thuir). SSIAD ASSAD Roussillon (SSIAD Elne et SSIAD Saint Estève). SSIAD ASSAD Argeles SSIAD ADMR (SSIAD Port Vendres ; SSIAD St Paul de Fenouillet ; SSIAD Arles sur Tech, SSIAD Amélie-les-Bains, SSIAD Céret, SSIAD St Génis des Fontaines). SSIAD Prats de Mollo. SSIAD Err SSIAD Prades. SSIAD Millas</p> <p>Service aide à domicile ASSAD Roussillon. Service aide à domicile Association Joseph Sauvy. Service aide à domicile .ASSAD Rivesaltes. Service aide à domicile Association Vivre ensemble en salanque. Service aide à domicile C.C.A.S. Le Soler.</p> <p>Réseau de santé gérontologique du Conflent. Association Maison de vie du Roussillon. Arbor Association SOS Habitat et Soins.</p>
---	---

➤ Définir la nature de l'articulation, de leur participation au réseau :

Etablissements de santé : signalements de patients en soins palliatifs ; partage d'informations sur les pratiques ; réunions pluri professionnelles ; formations et groupes de parole.

Etablissements médico-sociaux : signalements de patients en soins palliatifs ; partage d'informations sur les pratiques ; réunions pluri professionnelles ; formations et groupes de parole.

S.S.I.A.D. : signalements de patients en soins palliatifs ; partage d'informations sur les pratiques ; réunions pluri professionnelles ; continuité du soin à domicile ; formations et groupes de parole.

Services d'aide à domicile : signalements de patients en soins palliatifs ; mise en place des plans d'aide (garde malade) et coordination sur la prise en charge ; formations et groupes d'analyse des pratiques.

VII) INDICE SYNTHETIQUE DE QUALITE DES RESEAUX DE SANTE

Sur la base des orientations de la circulaire DHOS/03/CNAM/2007/88 du 2 mars 2007, les objectifs de cette évaluation, pour le niveau national, sont d'apprécier l'activité des réseaux de santé, la qualité de la prise en charge par l'analyse des procédures mises en place, l'efficacité par une approche coût/procédures.

Ont été exclus du champ de cette étude en 2009 :

- les réseaux régionaux de cancérologie et de périnatalité
- les nouveaux réseaux créés en 2009.

L'Indice Synthétique de Qualité (ISQ) prend en compte les **indicateurs traceurs de qualité** suivants répartis en 4 groupes, pour lesquels vous êtes invités à répondre par oui ou non/non renseigné.

Il est également possible de préciser vos réponses aux indicateurs afin de les apprécier par des commentaires.

Objectifs fixés par convention

1. Atteinte de l'objectif fixé par la convention et relatif à la conformité du système d'information du réseau aux critères d'éligibilité définis dans le document du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH) – Attente de précisions de la CNAMTS, cf document de référence. **Non renseigné.**
2. Atteinte des objectifs fixés dans la convention concernant la mise en œuvre d'actions de mutualisation avec d'autres structures (réseaux, dispositifs de permanence des soins, établissements de santé, CLIC, CSAPA, ...) **Non renseigné.**

Prise en charge des patients

3. Elaboration et maintenance de protocoles et référentiels de soins en cohérence avec les protocoles et référentiels existants (HAS, INCa, sociétés savantes, ...) **Non renseigné.**
4. Mise en place de procédures de vérification de l'application de ces protocoles. **Non renseigné.**
5. Existence d'une permanence téléphonique. **Oui de 9 h à 17 h non stop du lundi au vendredi.**
6. Mise en place systématique (100% des patients adhérents du réseau et ayant un Plan Personnalisé de Santé – PPS) d'un dossier patient du réseau. **Oui.**
7. Mise en place d'une procédure de vérification de l'utilisation du dossier patient du réseau par les professionnels. **Non.**
8. Existence d'une procédure de réévaluation annuelle de la situation du patient par rapport au réseau. **Oui.**

Participation et intégration des acteurs

9. Intégration dans le PPS du médecin traitant pour 100% des patients du réseau (participation à l'élaboration ou validation). **Oui.**

Organisation et fonctionnement du réseau

10. Mise en place d'un système de recensement d'analyse et de suivi des évènements indésirables (Incidents et accidents pour lesquels le réseau doit mettre en place une traçabilité (ex : hospitalisations non programmées, rupture de prise en charge, sorties volontaires des patients et des professionnels, ...) ainsi qu'une évaluation des actions correctives. **Non.**

***Plan Personnalisé de Santé (PPS) :** document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins du patient notamment en soins, et établissant le programme des intervenants des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant.*

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

CAMSP: Centre d'action médico-sociale précoce

CH: Centre Hospitalier

CHR: Centre hospitalier régional

CHS: Centre hospitalier spécialisé

CHU: Centre hospitalier universitaire

CLCC: Centre de Lutte Contre le Cancer

CMPP: Centre médico-psycho-pédagogique

DRDR: dotation régionale de développement des réseaux

FAQSV: fonds d'aide à la qualité des soins de ville

HAD: hospitalisation à domicile

HL: Hôpital local

IME: Institut médico-éducatif

IMP: Instituts médico-pédagogique

IMPro Institut médico-professionnel

OQN: Objectif quantifié national

SESSAD: Service d'éducation spécialisé et de soins à domicile

SSIAD: service de soins infirmiers à domicile

VIII) DEPENSES PAR CHAPITRE BUDGETAIRE

Ce tableau reprend le modèle de budget annexé à la décision conjointe de financement : il est à renseigner dans son intégralité pour les lignes budgétaires prévues à la décision conjointe de financement.

Les montants à inscrire sont les dépenses **réalisées** pour l'année 2011, et les dépenses **prévisionnelles** pour l'année 2012 permettant, le cas échéant, le réajustement éventuel de la dotation 2011 (à justifier).

	Dépenses réalisées 2011	Dépenses prévisionnelles 2012
EQUIPEMENT		
Achats d'équipements et installations techniques informatique		1738
Matériel de bureau		
Achats de locaux		
SYSTEME D'INFORMATION		
Coût de production ou d'acquisition de logiciels		
Frais d'hébergement sur serveurs		
Frais de sous traitance (conception, développement)		
Coûts annexes	1380	1400
FONCTIONNEMENT		
Dépenses de personnels salariés	145334	181091
Taxe formation professionnelle continue	2025	2100
Vacations ou honoraires hors professionnels de santé libéraux (psychologue, assistante sociale, diététiciens...)	2520	13000
Prestations extérieures (sous traitance) Expert comptable – Commissaire aux Comptes	7046	7200
Loyer	11400	11400
Frais de secrétariat		
Autres frais généraux	12101	13085
Frais de déplacement	3413	3309
Mission	692	706
Frais de réunions		
Conférences		
Séminaires		
FORMATION		5100
Coût pédagogique	2050	
Indemnisation des professionnels		
Frais de déplacement et hébergement	1329	
Locaux		
Matériel nécessaire à la formation		
Sous traitance Conférences - Formations	4455	
EVALUATION		
Frais de sous-traitance		
Suivi interne		

ETUDES ET RECHERCHE		
Frais de sous-traitance		
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - HORS SOINS		
Forfaits de coordination	160	6000
Indemnisation pour le recueil des données de suivi et d'évaluation		
Indemnisation pour l'élaboration de référentiels		
Indemnisation pour la participation à un groupe de travail		
Indemnisation pour le remplissage du dossier médical et/ou carnet de suivi		
Autres		
REMUNERATIONS SPECIFIQUES POUR LES PS LIBERAUX - SOINS		
Majoration des actes		
Actes de prévention		
Actes de soins hors nomenclature		
Autres		
DEROGATIONS POUR LES PATIENTS		
Exonération du ticket modérateur		
Forfait majoration TIPS		
Forfait hors TIPS		
Autres		
TOTAL	193905	246129

Les documents comptables sont-ils visés par un commissaire aux comptes ? OUI NON

IX) RECETTES

SOURCES DE FINANCEMENTS	FINANCEMENTS RECUS	
	2010 (en cas de report)	2011
DRDR / FASV / FIQCS		198223
AUTRES (à préciser : DDASS, FNPEIS, collectivités locales, industrie pharmaceutique, etc.)		
UNIFAF (remboursement formations)		2899
TOTAL		201122

X) RESULTAT DES EXERCICES

Analyse des écarts constatés entre les dépenses et les recettes : + 7217 €

Traitement des écarts : comptabilisé en « fonds dédiés » au 31/12/2011.

XI) NATURE ET MONTANT DES DEROGATIONS (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

Définition :

Les dérogations tarifaires sont des dispositifs tarifaires expérimentaux concernant les professionnels libéraux ou les patients, dont les critères de définition sont les suivants :

« Une dérogation tarifaire doit répondre au moins à l'un des critères suivants :

- la non identification de l'acte ou du dispositif concerné dans les nomenclatures,
- la nécessité de l'intervention de plusieurs professionnels de profession différente,
- l'absence de convention entre la profession de l'intervenant qui réalise la prestation et l'Assurance maladie,
- la non présence du patient pendant la réalisation de l'acte (ex : réunion de coordination pluridisciplinaire).

Le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ du dispositif dérogatoire. »

(Sources : article L. 162-45 du Code de la Sécurité Sociale et circulaire N°DHOS/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé, à destination des ARH et des URCAM).

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins, y compris les indemnisations pour la participation aux formations.

VOUS DEVEZ ICI REPRENDRE LA TYPOLOGIE DES DEROGATIONS ACCORDEES, TELLE QU'ELLE FIGURE DANS LA DECISION DE FINANCEMENT FIQCS ARS/URCAM, EN DISTINGUANT LES ACTIVITES HORS SOINS (COORDINATION, FORMATIONS) ET SOINS

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		2011			
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de professionnels bénéficiaires	Montant total (2)	Nombre de patients ayant bénéficié de la prestation
Forfait de coordination RCMT	Médecin généraliste	X		40 euros par patient	4	160 €	5

(1) préciser le coefficient multiplicateur : par patient, par période...

(2) ce montant est calculé en multipliant le montant unitaire par le coefficient multiplicateur et par le nombre de professionnels bénéficiaires.

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - soins

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		2011			
		Aux bénéficiaires	Au réseau	Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)	Nombre de patients ayant bénéficié de la prestation

(1) préciser le coefficient multiplicateur : par patient, par période...

(2) ce montant est calculé en multipliant le montant unitaire par le coefficient multiplicateur et par le nombre de bénéficiaires.

Aucune rémunération spécifique.

- Rémunérations versées aux autres intervenants

Nature de la rémunération	Type de bénéficiaire	2011		
		Montant unitaire (1)	Nombre de bénéficiaires	Montant total (2)

(1) préciser le coefficient multiplicateur : par acte, par vacation ...

(2) ce montant est calculé en multipliant le montant unitaire par le coefficient multiplicateur et par le nombre de professionnels bénéficiaires.

Aucune rémunération spécifique.

XII) MUTUALISATION DES MOYENS

Vous devez ici détailler les types de moyens mutualisés et la valorisation financière du gain (en euros).

Type de moyen :

- Moyens humains
- Locaux
- Moyens matériels
- Prestations externes (ex : analyse juridique)
- Locaux, moyens humains, moyens matériels, prestation externe (Commissaire aux comptes, expertise comptable)
- Mutualisation et gestion de moyens et d'outils, dont le système d'information
- Autres (ex : moyens de formation, de coordination commune et de groupes de travail,...)

XIII) CONCLUSION GENERALE SUR L'ATTEINTE DES OBJECTIFS ET LE SUIVI DES RECOMMANDATIONS

Le Réseau a su créer une dynamique dans le département ce qui a permis d'augmenter le nombre de patients suivis et de mettre en place des parcours de soins coordonnés au domicile.

Même si le médecin apporte son soutien de manière efficace à l'équipe, s'il a favorisé les liaisons avec les médecins traitants et mis en place des RCMT, son temps d'intervention au Réseau reste insuffisant (0.20 ETP).

La coopération avec les EMSP permet d'apporter si besoin la réponse médicale au besoin de la prise en charge au domicile.

La dimension sociale et psychologique apportée dans la prise en charge du patient est fondamentale et répond aux besoins spécifiques des personnes en soins palliatifs.

XIV) AUTRES COMMENTAIRES

Nous pouvons affirmer une volonté partagée de travailler ensemble quel que soit le statut des acteurs.

ANNEXES :

- Dépenses du personnel du GCS « RSP66 ».
- Dépenses « psychologues ».

- Les équipements en soins palliatifs dans le département.

- Logigramme d'inclusion.
- Fiche de demande d'intervention.

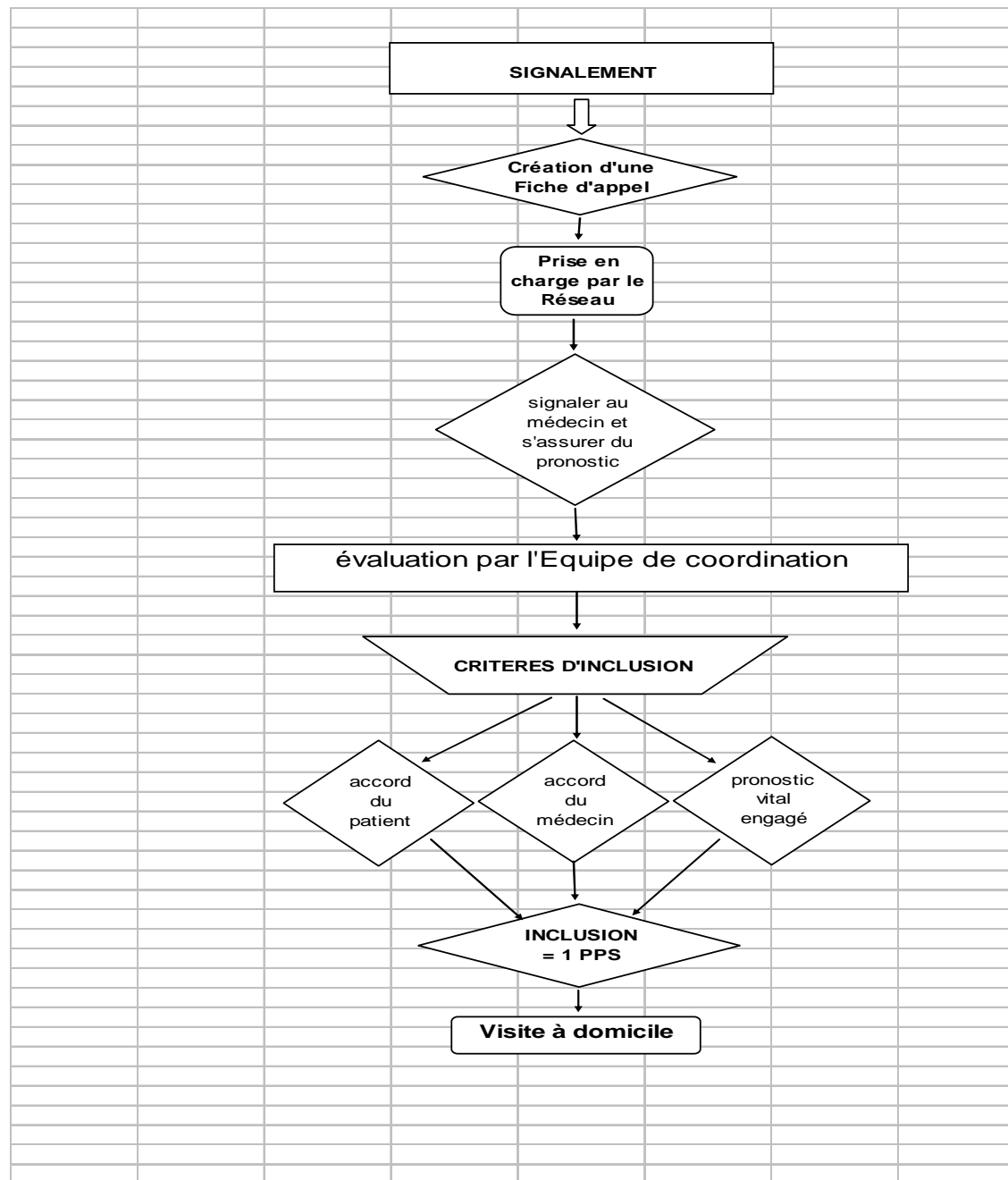
PERSONNEL DU GCS « RSP66 »

Qualification	Budget détaillé 2011 ARS		Effectif réel employé en 2011		Effectif prévisionnel 2012	
	ETP	Coût annuel	ETP	Coût annuel	ETP	Coût annuel
Secrétaire	1	35 581	0.90 de mars à déc.	33 870	0.9	32 664
Assistante sociale	0.50	24 541	0.80	38 092	0.80	39 000
Infirmière	1	48 830	0.50	22 283	0.70	30 000
SOUS TOTAL		108 952		94 245		101 664
Médecin coordonnateur	0.20	47 012	0.20 de avril à déc. (mise à disposition)	12 312	0.50	46 000
Cadre administratif de coordination	0.50		0.50 de janvier à nov.	30 713	0.50	31 327
SOUS TOTAL		47 012		43 025		77 727
Secrétaire Agent d'accueil CDD			1 de janv. à mars	8 064		
TOTAL GENERAL		155 964		51 089		178 991

Dépenses « Psychologues »

Vacations psychologues	Budget détaillé 2011 ARS	Dépenses en 2011		Dépenses prévisionnelles 2012	
		Nombre séances	Coût annuel	Nombre séances	Coût annuel
Supervision d'équipe	12 735	6	720	6	840
Groupes de parole :		néant	néant	23	5760
- en direction soignants,				10	
- analyse des pratiques (aides à domicile)		38	1800	50	5600
Suivis individuels patients/famille,		5		20	
s suivis de deuil					
TOTAL			2520		12200

Réseau	Etablissements	Lits identifiés en soins palliatifs		Equipe Mobile en Soins Palliatifs
		MCO	SSR	
RSP 66	C.H. Perpignan	8		1
	Clinique Saint Pierre	8		1
	Médipôle Saint-Roch	5		
	H.L. Prades	3		
	Centre Joseph Sauvy	3		
	Le Vallespir		8	
	Al Sola		3	
	Supervaltech		4	
	Bouffard Vercelli		3	
	Total	27	18	2





FICHE DE DEMANDE D'INTERVENTION
Réseau de Soins Palliatifs des Pyrénées-Orientales
Par mail : rsp66@wanadoo.fr - Par fax : 04 68 85 42 95

INCLUSION/DEMANDE INTERVENTION SIGNALEMENT

DATE DE LA DEMANDE :

Les accords préalables du patient et de son médecin référent sont obligatoires avant l'intervention de la cellule d'appui du réseau de soins palliatifs.

Nom de l'établissement/du demandeur :

Téléphone du Service :

Fax :

Nom Prénom du Patient :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Référent familial :

Téléphone :

N° sécurité sociale :

Mutuelle :

CPAM MSA Autres :

Cabinet IDE :

Téléphone :

Date d'Entrée dans l'Établissement : *.....*

Lieu de vie du patient : clinique/hôpital domicile famille EHPAD

Motif/Pathologie :

Antécédents :

Médecin référent de l'établissement :

Médecin traitant :

Téléphone :

Le patient est informé de sa maladie :

OUI NON

Le patient est informé de son pronostic :

OUI NON

Le patient est informé de notre passage :

OUI NON

Motif de prise en charge par la cellule de coordination du réseau :

- Retour à domicile
 Évaluation et organisation du maintien à domicile
 Action sociale
 Soutien psychologique de
 autres, préciser la demande :
- Coordination soins infirmiers
 Douleur et traitement
 Transfert

DATE DE SORTIE :