

CHARTRE DU RESEAU DE SANTE DU ROANNAIS

ART 1 : PREAMBULE

Le Réseau de Santé du Roannais est un dispositif territorial de coordination et de décloisonnement, qui regroupe, autour de personnes souffrant d'une pathologie grave aiguë ou chronique (quels que soient leur âge et la pathologie concernée, ainsi que le stade, curatif ou palliatif de la maladie) ou de personnes âgées en situation de fragilité, ou de personnes handicapées, lors de situations complexes à domicile ; et autour de leur entourage, des :

- Professionnels de santé, salariés et libéraux, médicaux, paramédicaux et sociaux
- Pôles de santé et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles
- Etablissements hospitaliers et institutions médico-sociales
- Associations d'aide à domicile
- Associations d'usagers et de bénévoles
- Bénévoles d'accompagnement

Et

- l'Equipe salariée de Coordination et d'Appui du réseau

La finalité du Réseau de Santé est l'amélioration de la qualité du parcours de santé et de la prise en charge globale de ces personnes malades ou handicapées ou fragiles à leur domicile ou lieu de vie dans les meilleures conditions possibles de qualité de vie et de sécurité.

La Charte du Réseau clarifie les objectifs, les attentes, les engagements réciproques de ses participants, elle décrit les valeurs et principes qui guident l'action du Réseau. La présente charte est destinée à l'ensemble des intervenants impliqués dans la prise en charge d'un patient inclus dans le réseau de santé.

Elle est en lien direct avec la convention constitutive et le livret d'informations des usagers.

Les membres du réseau ont pris connaissance du contenu de cette charte et y adhèrent, le livret d'informations, la convention constitutive et les procédures formalisées du réseau leur seront remis sur simple demande ou accessibles sur le site du réseau.

Le signataire s'engage à exercer une activité au sein du Réseau de Santé du Roannais qui soit en accord avec les modalités de fonctionnement présentées dans cette charte. Par ailleurs, il s'engage à respecter les principes éthiques du Réseau.

ART 2 : LES PRINCIPES ETHIQUES DU RESEAU DE SANTE DU ROANNAIS

La personne et/ou ses proches sont au cœur des préoccupations des professionnels du Réseau :

- toute personne a droit à des soins de qualité sans discrimination aucune.
- toute personne a droit à la continuité des soins et aux interventions médico-sociales dont elle a besoin.
- toute personne dispose d'un droit inaliénable à la confidentialité des éléments qui concernent son histoire médicale, sa situation sociale et sa vie privée.

- toute personne doit pouvoir bénéficier d'une approche globale de sa situation. Cela nécessite une approche pluridisciplinaire et une cohérence dans les interventions.
- la personne a le libre choix d'intégrer ou de quitter à tout moment le Réseau
- la personne prise en charge par le Réseau est informée que l'intervention de plusieurs professionnels peut s'avérer nécessaire. Elle donne un consentement éclairé à cette collaboration.
- Les principes éthiques de bienfaisance, d'autonomie, liberté, responsabilité, justice, communication, compétence sont la base de l'action dans le réseau.

Le Réseau de Santé du Roannais s'appuie en ce qui concerne les personnes âgées sur la charte de la fédération nationale des réseaux gérontologiques qui a pour objectif de garantir un haut niveau de qualité des services et prestations proposés par les réseaux.

Concernant la prise en charge spécifique des soins palliatifs, le Réseau de Santé du Roannais s'appuie sur les principes éthiques du préambule des statuts de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs):

« Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche. »

« Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche, à ce que ces principes puissent être appliqués. »

La philosophie du soin et la notion de prise en charge globale et multidisciplinaire issues du milieu des soins palliatifs sont pertinentes et adaptables à toutes les pathologies et catégories de patients dès lors qu'il existe un besoin de prise en charge multidisciplinaire coordonnée autour du projet de soin et de vie du patient.

Ces principes éthiques s'appliquent pour chaque membre du réseau.

ART 3 : MODALITES D'ACCES ET DE SORTIE DU RESEAU

L'accès au Réseau de Santé du Roannais

L'accès au réseau est volontaire après information individuelle pour les patients relevant des critères d'inclusion du Réseau.

Le patient reçoit le document d'information des usagers et la charte du réseau et il signe un formulaire d'adhésion. Le libre choix du malade concernant les acteurs de santé est respecté. En cas d'incapacité la personne est représentée, le cas échéant, par son représentant légal ou par la personne de confiance (selon le cas).

L'adhésion volontaire au réseau, pour les intervenants professionnels ou bénévoles, s'effectue par la signature du formulaire de demande d'adhésion individuelle au réseau. Le professionnel devient un « membre actif » du Réseau de Santé du Roannais à chaque fois qu'il inclut un patient dont il a la charge. Le réseau, suivant les besoins du patient nouvellement inclus, peut aussi proposer l'intervention de professionnels en complément de ceux déjà en place, pour favoriser la prise en charge à domicile.

Les membres actifs du réseau sont membres de droit de l'association qui gère le réseau.

L'intervenant signataire s'engage à respecter la convention constitutive du réseau, la charte du réseau et son règlement intérieur qui lui sont communiqués.

Il peut se retirer du réseau, sous réserve de notifier son intention au directeur de l'équipe de coordination et d'appui du réseau par courrier dans un délai raisonnable pour permettre un relais et la continuité des soins.

Les personnes morales (établissements, associations, organismes de santé, ...) qui sont membres fondateurs de l'association Réseau de Santé du Roannais sont membres de droit du Réseau de Santé et sont réputées adhérer à la convention constitutive et à la charte du réseau. D'autres personnes morales peuvent devenir membres du réseau en signant la convention constitutive et une convention de partenariat à laquelle sera jointe la présente charte.

Les Modalités de sortie du Réseau

Pour le patient, la sortie du réseau peut se faire :

- par déménagement du patient
- par renoncement du patient à continuer sa prise en charge par le Réseau
- par décès

Par ailleurs, l'équipe de coordination et d'appui du Réseau peut décider de sortir un patient du dispositif pour les raisons suivantes :

- stabilisation ou amélioration de l'état général
- allègement de la prise en charge

En cas d'hospitalisation, un dispositif de veille est mis en place afin de permettre la continuité de la prise en charge dans le réseau

Pour le professionnel de santé, la sortie du dispositif peut se faire :

- par la cessation d'activité
- par renoncement à la prise en charge dans le cadre du Réseau
- par exclusion pour non-respect des obligations ou de la charte
- par le déménagement du professionnel

Tout membre du réseau peut en être exclu par le conseil d'administration, après avis du directeur de l'équipe de coordination.

Cette exclusion peut intervenir en cas de manquement grave d'un membre à la présente charte ou à la convention constitutive, aux règles de fonctionnement du réseau, aux dispositions légales ou réglementaires en particulier concernant la prise en charge des malades, ou encore aux principes déontologiques relatifs à la prise en charge des patients et de leur entourage.

L'adhésion d'un membre préalablement exclu exige l'autorisation du conseil d'administration.

ART 4 : ROLE RESPECTIF DES INTERVENANTS

L'équipe de proximité :

Le Médecin Traitant est le pivot du système de prise en charge au domicile. Le médecin traitant fait appel au réseau et lui demande lorsqu'il le juge souhaitable :

- d'évaluer la faisabilité du maintien au domicile ;
- de définir ou de l'assister dans la définition du projet de soins pour le patient.

Lorsque l'équipe de coordination du réseau estime que le patient peut être inclus, le médecin traitant doit donner son accord avant l'inclusion formelle du patient. Le médecin traitant assure la prise en charge (à domicile), jusqu'à son terme, des patients dont il a la responsabilité dans le respect et l'éthique du réseau. C'est avec son accord que l'Equipe de Coordination et d'Appui (ECA) intervient auprès de son malade.

Le médecin s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour la permanence des soins et à

- définir le projet de soins du patient en collaboration avec toute l'équipe professionnelle, participer à l'élaboration concertée du Projet Personnalisé de Santé du patient inclus dans le réseau

- prescrire le matériel et les soins nécessaires selon un consensus interprofessionnel dans l'objectif des soins de qualité

- Accepter la dispense d'avance de frais (selon convention caisse) et respecter les tarifs opposables

- donner toutes les informations nécessaires pour le médecin généraliste de garde ou l'ECA.

Afin de garantir la continuité des soins, il accepte de :

- remplir le dossier de soins interdisciplinaire au domicile du patient, et /ou le dossier patient informatisé proposé par le réseau

- participer aux réunions de coordination durant toute la prise en charge.

Selon les situations, il pourra réunir l'équipe soignante pluridisciplinaire : infirmières libérales, kinésithérapeutes, psychologue, auxiliaires de vie, bénévoles.

L'infirmière libérale intervient auprès du patient sur prescription médicale du médecin traitant et s'engage à prendre les dispositions nécessaires à la permanence des soins de jour (par elle-même ou/et avec ses collègues) selon son propre fonctionnement de garde et à accepter la dispense d'avance de frais et respecter les tarifs opposables.

Elle fournit au médecin généraliste et à la coordination médico-infirmière du réseau tout renseignement susceptible de lui être utile pour une bonne prise en charge de la douleur, des autres symptômes, du soutien psychologique, de l'aide sociale.

Elle accepte de remplir le dossier de soins interdisciplinaire au chevet du patient et de participer aux réunions pluridisciplinaires de coordination durant toute la prise en charge.

Le pharmacien participe aux réunions pluridisciplinaires de coordination durant toute la prise en charge. Il s'engage à remplir le dossier de soins interdisciplinaire, à accepter la dispense d'avance de frais et respecter les tarifs opposables

Il communique tout problème particulier à l'équipe libérale ou à la coordination médicale du réseau.

Le kinésithérapeute intervient auprès du patient selon la prescription du médecin traitant.

Il s'engage à remplir le dossier de soins interdisciplinaire, accepter la dispense d'avance de frais et respecter les tarifs opposables

Il participe aux réunions pluridisciplinaires de coordination durant toute la prise en charge.

Il communique tout problème particulier à l'équipe libérale ou à l'ECA.

Le service d'aide à domicile

Un service d'aide à domicile peut être amené à intervenir auprès du patient inclus dans le réseau et à jouer un rôle important dans le maintien à domicile. Dans le respect de la politique de son employeur le responsable de secteur veille à ce que chaque intervenante remplisse la partie qui la concerne dans le dossier de soins interdisciplinaire au domicile du patient inclus dans le réseau.

L'aide à domicile est invitée aux réunions de coordination durant toute la prise en charge.

Elle fournit à l'ECA du réseau tout renseignement susceptible d'être utile pour une bonne prise en charge.

Les bénévoles d'accompagnement interviennent à domicile ou au lieu de vie auprès du patient et de ses proches, dans le cadre d'une convention entre le réseau et leur association. Ils communiquent tout problème particulier à l'équipe libérale ou à l'ECA

Chaque professionnel de santé intervenant au chevet du patient propose, en cas d'indisponibilité ou de vacances, un remplaçant qui accepte le fonctionnement en réseau et ce présent règlement.

L'infirmière coordinatrice du Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD)

Un SSIAD peut être amené à intervenir sur prescription médicale. Dans le respect de la politique de son employeur et dans le cadre de la mission du SSIAD, l'Infirmière Coordinatrice veille à la prise en charge globale de la personne dépendante.

Elle est dans le cadre du SSIAD la responsable de proximité de l'organisation des soins et pour cela encadre une équipe d'aides-soignantes et se coordonne, en lien avec le réseau, avec tous les partenaires nécessaires (libéraux, autres associations, services annexes, structures publiques ou privées). Elle est invitée aux réunions de coordination durant la prise en charge dans le réseau. Elle accepte de remplir et veille à faire remplir par son équipe le dossier de soins interdisciplinaire au domicile.

Elle fournit au médecin généraliste et à la coordination médico-infirmière du réseau tout renseignement susceptible de leur être utile pour une bonne prise en charge.

Le praticien hospitalier

Il s'engage à être un partenaire actif dans la prise en charge du patient, tant au niveau de l'évaluation initiale que la fourniture de toute information destinée à faciliter la prise en charge du patient et la qualité des soins proposés.

Il favorise l'accès aux consultations, examens, et éventuelles réhospitalisations nécessaires selon un consensus interprofessionnel dans l'objectif des soins de qualité.

Les professionnels des établissements de soins

Dans le cadre de la prise en charge d'un patient par le réseau, une coordination se doit d'être assurée avec les professionnels des établissements de soins, qui informeront, au plus tôt, le réseau de toute sortie de l'établissement d'un patient (déjà inclus ou à inclure), et transmettront les informations nécessaires pour favoriser le retour et la suite de sa prise en charge à domicile

Le réseau, quant à lui, interviendra dans l'établissement de soins, si besoin, pour réaliser une évaluation visant à préparer l'éventuel retour à domicile d'un patient, et transmettra les informations nécessaires lors de l'hospitalisation du patient

Autres intervenants

D'autres personnes ou structures peuvent être amenées à intervenir auprès des patients suite à la demande du réseau. Dans ce cas, une coordination avec le réseau se mettra en place. Ils s'engagent tous, quel que soit leur statut, à respecter les règles d'éthique, de déontologie et de fonctionnement du réseau.

ART 5 : MODALITES DE COORDINATION ET DE PILOTAGE.

• **Le promoteur du Réseau de Santé du Roannais** est une association Loi 1901 du même nom qui regroupe en collèges des membres personnes physiques et morales, du secteur hospitalier, du secteur libéral et du secteur associatif du Territoire de santé. Les orientations et les pratiques du réseau sont impulsées par un conseil d'administration représentatif des différentes catégories d'intervenants du réseau. (Statuts téléchargeables sur le site Internet).

• **L'Equipe de Coordination et d'Appui (ECA)** : l'équipe opérationnelle pluridisciplinaire salariée du Réseau remplit les missions de coordination, formation et soutien. Cette équipe comprend un directeur à temps partiel, un médecin coordinateur à temps partiel, un personnel de secrétariat et gestion, un personnel de coordination : infirmière ou assistante sociale coordinatrice, et un personnel d'appui : psychologue et diététicienne.

Le personnel de l'ECA organise au mieux le retour ou le maintien à domicile du patient en créant et en assurant la permanence d'un lien entre les différents professionnels de santé et autres intervenants au domicile. Il évalue les besoins et s'occupe de la mise en place des aides à domicile et moyens matériels nécessaires. Il soutient le patient et sa famille sur le plan psychologique et social et peut organiser au besoin des réhospitalisations. Le médecin coordonnateur et le personnel de l'ECA ne se substituent pas aux soignants de proximité, que ce soit dans le registre du soin infirmier ou de la prescription médicale. Ils ont un rôle d'aide à l'amélioration des pratiques qui peut passer par une formation action au lit du patient et l'organisation de formations professionnelles continues.

La coordination

La coordination implique la liaison de l'ECA avec l'équipe de proximité : les acteurs libéraux et les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) qui interviennent éventuellement et assurent une coordination de proximité. La coordination comprend aussi le lien réciproque avec les structures hospitalières ou médicosociales, les prestataires de services et tous intervenants impliqués dans le parcours du patient.

Cette coordination passe dès le début de l'inclusion du patient par des échanges téléphoniques et écrits ainsi que par des réunions pluridisciplinaires.

Une première réunion de coordination a systématiquement lieu après l'inclusion du patient. D'autres réunions peuvent être organisées au cours de la prise en charge, selon l'évolution de la situation du patient, afin de prendre des décisions adéquates de manière collégiale.

Tous les intervenants libéraux impliqués dans la prise en charge (médecin généraliste, infirmière, kinésithérapeute, diététicienne, orthophoniste, psychologue, bénévoles, auxiliaires de vie,...) ainsi que les intervenants du SSIAD ou des services d'aide à domicile quand il y a lieu, sont vivement encouragés à participer à ces réunions.

L'équipe de coordination et d'appui se réunit aussi en interne pour évaluer les situations en cours, définir les actions à entreprendre, réfléchir sur la coordination des soins.

Le dossier du patient - dit dossier de soins interdisciplinaire - est un outil essentiel du dispositif de maintien à domicile parce qu'il permet la continuité des soins et la circulation des informations. Il reste à domicile, à la garde du patient, mais il appartient au Réseau de Santé.

Chaque professionnel de santé ainsi que le patient et sa famille peuvent le consulter et l'utiliser pour transmettre les informations. Il doit suivre le patient en cas d'hospitalisation et être présenté à chaque visite ou consultation. Il est rendu au réseau en fin de prise en charge.

Ce dossier comprend :

- Un cahier de liaison qui est mis à jour périodiquement lors des passages des intervenants successifs. Ce cahier devra indiquer les prescriptions nouvelles, l'évaluation de la douleur et des autres symptômes.
- Des outils d'évaluation à la disposition des professionnels libéraux.

Un dossier patient informatisé : Visage, est mis à jour régulièrement dans le réseau par l'ECA, et peut être consulté et rempli par le médecin traitant et d'autres intervenants dans le respect des dispositions légales et déontologiques (voir Article 7).

ART 6 : QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE. LES ACTIONS DE FORMATION DESTINEES AUX INTERVENANTS

La qualité de la prise en charge est garantie par la normalisation des actions du réseau

La compétence est l'un des principes éthiques du réseau. Ses principes sont :

- Une formation adaptée et pluridisciplinaire.
- La qualité et la pertinence des informations transmises aux membres du réseau.
- La complémentarité des actions et le respect mutuel des compétences.
- La participation active au sein des instances.
- L'utilisation en temps réel des instruments de coordination.

La continuité des soins est assurée à plusieurs niveaux par la participation des différents membres du réseau :

- transmission de l'information pour garantir une prise en charge de qualité, notamment grâce au dossier interdisciplinaire au domicile
- collaboration entre les partenaires du réseau afin de faciliter le parcours du patient, d'assurer une continuité entre la ville et l'hôpital, notamment grâce à la transmission de fiches de liaison en amont/aval et aval/amont de l'hospitalisation, et de favoriser une anticipation des ré hospitalisations.
- permanence téléphonique assurée par l'équipe de coordination aux jours et heures ouvrables
- promotion de toute forme de coopérations pour la recherche du bien-être de la personne.

Les professionnels libéraux s'engagent par ailleurs à assurer la continuité des soins lors de leurs congés ou absences, en transmettant toutes informations utiles à leur remplaçant et en prévenant la coordination du réseau.

Le réseau met en place des actions d'éducation à la santé (patient, famille) et de formation des professionnels. Il met aussi en place des actions d'élaboration ou d'adaptation de protocoles; d'amélioration de la qualité de la prise en charge et du suivi du patient.

Il collabore avec les Pôles de santé et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles du territoire et leur assure son soutien.

ART 7 : MODALITES DE PARTAGE DE L'INFORMATION DANS LE RESPECT DU SECRET PROFESSIONNEL ET DES REGLES DEONTOLOGIQUES PROPRES A CHACUN DES ACTEURS

Un dossier médical informatisé est mis en place au siège du réseau et contient des données administratives et médicales des patients et les données des professionnels de santé libéraux et hospitaliers référents de la prise en charge. Ce dossier peut être partagé avec des structures extérieures à l'équipe du patient.

Le partage de l'information entre professionnels soumis au secret professionnel en fonction de règles de déontologie qui leur sont propres, est posé en principe ; il s'exerce dans le cadre du dossier du patient avec l'accord écrit du patient, de son représentant légal, ou de sa personne de confiance.

Les données recueillies dans le dossier médical papier ou informatisé sont traitées dans le respect des droits des personnes, en conformité aux dispositions prévues par la Loi du 4 mars 2002 et des règles de déontologie en vigueur, selon les recommandations du Conseil de l'Ordre des Médecins et celles de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) en matière de données à caractère médical, > Coordonnées de la déclaration / autorisation CNIL : 1044979.

ART 8 : ENGAGEMENT DES SIGNATAIRES

Les signataires s'engagent à respecter la convention constitutive et la charte du Réseau de Santé du Roannais, à participer aux actions de prévention, de dépistage, d'éducation, de formation, de soins, de suivi sanitaire et social et de démarche d'évaluation mises en oeuvre dans le cadre du réseau.

Ils s'engagent à participer aux réunions, que celles-ci soient motivées pour l'examen de situations individuelles, ou qu'elles soient organisées pour l'examen de questions d'ordre technique, ou encore qu'elles concernent le fonctionnement du réseau

Les membres du réseau s'engagent à utiliser et respecter les référentiels et protocoles de prise en charge validés.

Ils s'engagent en outre à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau, à des fins de promotion et de publicité.

Un document d'information destiné aux usagers est annexé à la charte du réseau : les signataires s'engagent à le porter à la connaissance de l'utilisateur.

Obligations du Réseau :

Le Réseau, par l'intermédiaire de l'équipe de coordination et d'appui, s'engage à :

- Respecter le libre choix du patient
- Aider le médecin traitant et les soignants dans la coordination de tous les intervenants

Le Réseau de Santé du Roannais soutient les professionnels de santé dans leur prise en charge en assurant :

- Des conseils téléphoniques aux professionnels, une réponse au patient et à sa famille pour toute question ou inquiétude qui se poserait à eux ou demande de soutien
- Une évaluation médico-psycho-sociale au début de l'inclusion du patient et tout au long du suivi de façon régulière et à la demande des soignants ou de la famille
- L'aide à la recherche d'une aide à domicile ou d'une auxiliaire de vie
- Un soutien psychologique et social aux patients et familles
- La mise à disposition d'une équipe de bénévoles
- La mise à disposition de protocoles de soins lors des réunions de coordination, l'élaboration concertée du Projet Personnalisé de Santé du patient inclus dans le réseau
- Des actions d'éducation à la santé et de prévention des complications
- Un soutien logistique (aide à la livraison de matériel et de médicaments...)
- Un soutien sur le plan psychologique pour les professionnels de santé
- Des formations continues individuelles et/ou collectives
- La circulation de l'information entre les professionnels de santé. (Dossier de soins interdisciplinaire, téléphone, fax...), une formation au travail en réseau
- Une recherche de lits dans les services hospitaliers ou de soins de suite, ou de séjours de répit, une aide à la préparation de l'entrée en établissement d'hébergement. Ces lits peuvent être nécessaires de façon ponctuelle ou définitive au cours de l'inclusion en cas de situation de crise ou de difficulté familiale ou sociale
- Une rémunération spécifique des actes dérogatoires, réunions de concertation de certains professionnels libéraux membres du réseau par délégation de l'Agence Régionale de Santé, et sur un budget spécifique qu'elle alloue au réseau
- Une démarche d'amélioration continue de la qualité.