



Réseau de santé Ville – Hôpital Soins de support – Soins palliatifs

✉ 4 rue Monseigneur Marquis 59140 DUNKERQUE
Tél. 03 28 63 69 04 - Fax 03 28 69 99 15 - 📧 reseau.amavi@wanadoo.fr

CONVENTION CONSTITUTIVE

Préambule :

Le réseau de santé « AMAVI » est un réseau de santé selon les termes des dispositions de l'article L6321-1 du Code de la Santé Publique.

Il est agréé par le Comité Régional des Réseaux du Nord Pas de Calais qui a reconnu son éligibilité aux financements dans le cadre du décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 et du décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002.

Cette décision a été co-signée par le Directeur de l'ARH et le Directeur de l'URCAM.

La présente convention constitutive est rédigée conformément au décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002, relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.

Entre les membres du réseau¹ signataires de cette convention,

Il est arrêté et convenu ce qui suit :

Article 1 : OBJET DU RÉSEAU ET OBJECTIFS POURSUIVIS

L'objet du réseau consiste à mettre en œuvre un :

Réseau de santé Ville-Hôpital, de proximité
Polyvalent en Soins de support : curatifs et palliatifs

organisé en lieu d'accueil, espace ressources et réseau de coordination et d'accompagnement des personnes atteintes d'une maladie grave dès l'annonce du diagnostic, quel que soit l'âge et quelle que soit la maladie.

Les membres du réseau assurent une prise en charge globale de proximité centrée sur le patient, adaptée aux besoins, en inter et multidisciplinarité.

¹ Liste en annexe

Ils s'inscrivent dans une **démarche qualité** qui favorise l'accès aux soins pour chaque patient, la continuité, et la sécurité.

Ils favorisent le **décloisonnement** des acteurs et une approche pluridisciplinaire.

Ils invitent aux **changements et à l'amélioration des pratiques** au sein d'une **nouvelle organisation** du système de santé. Cette organisation contribue à la cohérence des prises en charges par une approche globale et coordonnée dans la complémentarité et la coopération entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales.

Tout membre du réseau « AMAVI » s'engage à respecter les valeurs et principes fondamentaux décrits dans la « Charte du réseau »².

Les missions du réseau s'exercent dans le respect du Code de Santé Publique et du Code de Déontologie Médicale.

Les principes directeurs du réseau sont :

- ❖ Une **éthique** de soins et de soutien coordonnés et centrés sur le patient et sa famille
- ❖ Un **espace et un service partagé** par des professionnels (organismes et établissements publics et privés, secteur libéral, associations) et des bénévoles
- ❖ Une **plateforme d'information et de ressources** pour les professionnels et les usagers en lien avec les partenaires locaux et régionaux
- ❖ Un **pôle d'expertise, de formation, de conseil et de soutien** pour les professionnels, les associations d'accompagnants bénévoles et les usagers
- ❖ Un **pôle d'évaluation des pratiques professionnelles et de réflexion** pour les professionnels de terrain pour contribuer à la pertinence et la meilleure adéquation des politiques locales et régionales

Les objectifs du réseau sont :

Objectif général :

Mettre en oeuvre : «...*Une organisation coordonnée des ressources et compétences nécessaires à la mise en oeuvre des soins et soutiens impliquant les activités de prise en charge de la douleur chronique rebelle, des soins palliatifs, de la prise en charge psychologique et d'accompagnement social, parallèlement aux traitements spécifiques, lorsqu'il y en a, tout au long de la maladie grave.*

Cette définition intègre autant le champ de la guérison aux séquelles éventuelles que celui des soins palliatifs.

...*Cette approche organisationnelle concerne aussi les malades atteints de maladies graves, d'ordre neurologique (SEP, SLA ...), la gériatrie, etc ».*

SFFEM (Société Française et Francophone d'Ethique Médicale)

² Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002, relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé

Objectifs opérationnels :

- organiser et faciliter le retour ou le maintien à domicile (ou le lieu de vie habituel), en assurant une permanence et la continuité des soins par la mise en relation des personnes et structures ressources
- organiser une coordination d'appui et de soutien pour les aidants et pour tout professionnel intervenant à domicile
- apporter un soutien moral et psychologique aux patients et aux aidants
- assurer le lien ville-hôpital lorsque le patient doit être hospitalisé ou ré hospitalisé, par la transmission des informations
- venir en appui pour l'amélioration et l'organisation du retour au domicile lors d'une hospitalisation
- anticiper les situations difficiles chaque fois que possible pour permettre le choix du lieu de soin
- préparer au deuil par l'information constante et prévenir les complications du deuil
- assurer des actions de formation s'adressant aux professionnels de santé et à tout intervenant au domicile
- proposer un soutien psychologique aux professionnels confrontés aux souffrances avec le concours de groupes de parole et/ou d'entretiens personnels
- travailler au partage de l'information, à l'amélioration de la communication et au développement des systèmes d'information
- assurer une démarche qualité de toute la prise en charge par l'évaluation du réseau en rapport avec ses objectifs et financements

Article 2 : POPULATION CONCERNÉE ET AIRE GÉOGRAPHIQUE CONCERNÉE

L'équipe du réseau intervient auprès de:

- **toute personne (adulte ou enfant) atteinte d'une maladie grave, dès l'annonce du diagnostic, en phase curative ou palliative**
- **l'entourage familial**
- **l'entourage professionnel**

Le réseau a vocation de prendre en charge des patients relevant de soins de support en phase curative et palliative d'une pathologie grave, relevant de plusieurs disciplines : cancérologie, maladies neurologiques, maladies chroniques décompensées, ...

Le territoire couvert par le Réseau « AMAVI » correspond à la circonscription géographique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Dunkerque soit 12 cantons et 87 communes pour une population de 285 027 habitants (*Source INSEE, 1999 - voir annexe*)

Article 3 : SIÈGE DU RÉSEAU - IDENTIFICATION DU PROMOTEUR

Le siège social du Réseau « AMAVI » est fixé à l'adresse suivante : 4 rue Monseigneur Marquis à Dunkerque (59140).

Il pourra être transféré en tout autre lieu de l'agglomération dunkerquoise par simple décision du Conseil d'Administration, ratifiée par l'Assemblée Générale suivante.

Le réseau « AMAVI » a été promu par l'association AFMASP. « AMAVI » est inscrit dans les statuts de l'Association déposés en préfecture le 4 juillet 1995.

Il a obtenu l'avis favorable du Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville (FAQSV) en décembre 2003.

Il a obtenu par décision du Comité Régional des Réseaux, l'agrément permettant un financement sur la Dotation Régionale pour le Développement des Réseaux à partir de 2005, reconduit sur le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) en 2009.

Article 4 : PERSONNES PHYSIQUES ET MORALES COMPOSANT LE RÉSEAU ET CHAMPS D'INTERVENTION RESPECTIFS

Le réseau est constitué des personnes physiques ou morales partageant les objectifs et ayant adhéré au réseau selon l'article 5 (modalités d'entrée et de sortie du réseau).

Une convention constitutive est signée entre les membres du réseau.

Le cas échéant, des conventions de fonctionnement spécifiques fixant les modalités d'intervention des acteurs sont formalisées.

Le réseau est ouvert à toute personne morale ou physique désireuse de s'associer à ses actions dans le cadre de leurs missions respectives :

- les professionnels de santé salariés et libéraux
- les travailleurs sociaux et tout professionnel appelé à intervenir dans le cadre du réseau
- les établissements de santé publics, P.S.P.H., privés
- l'H.A.D.
- les Services de Soins Infirmiers A Domicile (S.S.I.A.D.)
- les services d'aides à domicile
- les centres infirmiers
- les centres de santé
- les établissements ou structures d'hébergements pour personnes âgées EHPAD, Maisons de retraite, Foyer-logement, ...
- les coordinations gérontologiques
- les Centre Locaux d'Information et de Concertation (C.L.I.C.)
- les autres réseaux de santé existants et à venir
- les associations de bénévoles et de bénévoles accompagnants
- les associations d'usagers reconnues
- les maisons de santé

- les pôles de santé
- ...

Article 5 : MODALITÉS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU RÉSEAU DES PROFESSIONNELS ET INTERVENANTS

Le réseau est ouvert à toute personne physique et morale souhaitant y adhérer. L'adhésion de chaque professionnel ou autre est libre et volontaire. Cette adhésion est formalisée par la signature de la présente convention et de la Charte définissant les principes éthiques et les engagements à respecter.

La délégation d'un membre représentant une personne morale est soumise à l'accord écrit de sa structure. Le représentant ainsi désigné, s'engage également de manière personnelle à signer la Charte et à se conformer aux principes édictés dans l'article 1.

Cette adhésion est effective après avis favorable du Comité de pilotage, validé par le Conseil d'Administration.

La qualité de membre du réseau se perd :

- *par démission* : chaque membre garde la possibilité de se désengager du réseau. Les personnes physiques ou morales désireuses de se retirer du réseau en avisent l'Association par courrier
- *par radiation* : en cas de motif grave entraînant un dysfonctionnement du réseau, l'exclusion d'un membre peut être prononcée par l'Assemblée Générale, sur rapport du Conseil d'Administration et après que le membre concerné ait été entendu. A ce titre, dans le cas d'une radiation d'un membre représentant une personne morale, le Conseil d'Administration peut demander son remplacement par un autre membre
- *par décès*

L'adhérent démissionnaire ou exclu perd toute capacité de se prévaloir de son appartenance au réseau.

Article 6 : MODALITÉS DE REPRÉSENTATION DES USAGERS

Les usagers sont membres de droit du réseau

- en tant que personne morale sous la forme d'une association de malades ou de proches qui adhèrent au réseau selon les modalités de l'article 5
- en tant que personne physique en adhérant au réseau

Ils disposent d'une représentation au Comité de pilotage.

Article 7 : STRUCTURE JURIDIQUE DU RÉSEAU

La structure juridique du Réseau « AMAVI » est une association Loi 1901 : « A.F.M.A.S.P. » : Association Flandre Maritime pour l'Accompagnement et les Soins palliatifs – déclarée à la Sous-préfecture de Dunkerque le 4 juillet 1995, modification déclarée le 6 octobre 2004.

Article 8 : ORGANISATION DE LA COORDINATION ET DU PILOTAGE - CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU -

1. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Le *Conseil d'Administration de l'AFMASP* valide les décisions du Comité de pilotage du réseau. Ses pouvoirs et son fonctionnement sont décrits dans les statuts de l'Association.

Le *Comité de Pilotage* participe à la définition des orientations du réseau et répond aux principes de représentativité des membres. Il est constitué :

- de représentants des établissements, structures, associations membres, choisis et délégués par les responsables de leurs institutions, élus par leurs pairs
- de membres du réseau selon les modalités de l'article 5

Il a pour rôle de mener une réflexion de fond sur les projets et l'activité du réseau, d'apporter son avis dans la définition des thèmes et des priorités du travail en réseau.

Le Comité de pilotage peut proposer la mise en place de groupes de travail au sein des commissions thématiques. Ces groupes travaillent en interdisciplinarité sur un projet, un thème, une réflexion, une recherche et ont une durée limitée dans le temps. Ils sont renouvelables.

Le Comité de pilotage se réunit au minimum quatre fois par an.

2. ACTEURS DU RÉSEAU

2.1. *Les acteurs du réseau*

Les acteurs du réseau mettent en oeuvre les différents moyens permettant d'assurer la démarche de travail en réseau :

Le médecin généraliste est le pivot de la prise en charge et le prescripteur. C'est avec son accord que l'Equipe Mobile d'Appui intervient auprès du patient.

Quel que soit le lieu de prise en charge du patient et la complexité des situations, tous les intervenants au chevet du patient, libéraux ou autres s'engagent à :

- définir un projet de soins pour le patient
- assurer la continuité de la prise en charge du patient et s'assurer d'une permanence des soins dans la mesure de leurs possibilités, par conséquent d'informer l'équipe du réseau en cas d'indisponibilité
- appliquer les protocoles thérapeutiques proposés au sein du réseau
- favoriser l'échange d'information avec les autres intervenants en utilisant le cahier de liaison et en communiquant à l'équipe d'appui tout changement notable, et notamment les hospitalisations. Ceci dans le respect des règles de déontologie et de respect du secret professionnel
- participer aux réunions de concertation et post prise en charge
- participer aux actions de formations qui les intéressent
- participer à l'évaluation de la qualité des soins reçus par le malade et du fonctionnement du réseau

2.2. L'équipe d'appui du réseau

L'équipe d'appui constitue l'équipe opérationnelle de coordination du réseau. Elle assure deux fonctions distinctes, l'une tournée vers le *pilotage*, l'autre tournée vers la *coordination des soins* :

2.2.1. Fonction de pilotage

La direction du réseau assure avec les instances décisionnelles et le Comité de pilotage, la politique globale du réseau et fait en sorte que les objectifs soient atteints et renouvelés.

Elle coordonne avec les autres niveaux de coordination les axes du développement et les projets, la formation, l'évaluation, les actions de communication interne et externe.

Elle assure avec le Président la représentation et la visibilité du réseau auprès de l'ensemble des acteurs, participe à la gestion du financement et des ressources humaines.

2.2.1. Fonction de coordination

La secrétaire assure l'accueil et la permanence téléphonique pendant les heures ouvrables (de 8h30 à 17h)

L'équipe mobile du réseau met en oeuvre la coordination des différents intervenants auprès de la personne et auprès des différents acteurs pour les aider dans leur travail quotidien.

Elle est constituée d'un médecin coordonnateur, de trois coordinatrices infirmières, d'une psychologue :

- *l'infirmière coordinatrice* organise au mieux les retours au domicile après hospitalisation et le maintien au domicile en créant et assurant la permanence d'un lien entre les différents intervenants au domicile.

Elle évalue l'ensemble des besoins de l'entourage de la personne malade et lui fournit toutes les informations utiles. Elle effectue des visites de réévaluation selon les besoins, soutient le patient et sa famille et veille à la capacité d'accompagnement des proches. En cas d'épuisement ou de situation de crise, elle propose une réévaluation du plan d'aide et de soins et/ou peut organiser au besoin des ré-hospitalisations pour un séjour de répit. Elle ne pratique aucun soin.

Elle facilite également les démarches permettant aux aidants de bénéficier des aides professionnelles, de fourniture de matériels, des aides financières et sociales.

- *le médecin coordonnateur* a un rôle de conseil auprès des patients et des acteurs ou partenaires du réseau.
- *la psychologue* assure un soutien psychologique aux patients, aux familles, et aux intervenants qui le souhaitent.

L'équipe d'appui du réseau dispose d'un annuaire des professionnels, des structures et des associations « ressources » et en assure la mise à jour.

Par ailleurs, l'équipe d'appui assure :

- la communication interne et externe, par un bulletin régulier, et des rencontres permettant une réflexion globale
- la mise en oeuvre d'actions de promotion de la santé avec les professionnels, les bénévoles et les personnes intéressées
- la mise en place d'outils d'information et de centres de ressources permettant à travers des supports documentaires et des échanges d'expériences, la capitalisation des savoir-faire ainsi que la mutualisation des moyens

3. FONCTIONNEMENT

3.1 Modalités d'inclusion du patient au sein du réseau

L'inclusion dans le réseau nécessite préalablement :

- L'accord du médecin généraliste du patient
- une évaluation des besoins de la personne malade et de ses proches en privilégiant une approche médico-psycho-sociale au domicile ou à l'hôpital lors d'un retour au domicile. Cette évaluation garantit la continuité de la prise en charge en s'assurant de la disponibilité et de la réactivité des professionnels. Elle permet d'appréhender la faisabilité du maintien ou du retour à domicile après une hospitalisation.
- Le projet de soin personnalisé est finalisé avec les intervenants à domicile, la personne malade et ses proches. L'équipe met en lien les différents acteurs du domicile. Elle définit en réunion de concertation et en accord avec le patient et/ou son entourage, un projet de soin et un plan d'accompagnement à domicile.

3.2 Organisation de la prise en charge du patient au sein du réseau

Pour chaque personne incluse au réseau, un **plan personnalisé d'intervention** est établi en lien avec le médecin traitant et versé au dossier. Il comprend un projet de soins, un plan d'aide et un projet de vie.

Le plan personnalisé d'intervention permet :

- d'élaborer un projet de soins personnalisé et veiller à sa mise en oeuvre
- de mettre en place un plan d'aide et de veiller à sa mise en oeuvre
- d'organiser les soins, dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence
- de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires :
 - ▶ entre acteurs du domicile
 - ▶ avec les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales
 - ▶ avec l'équipe d'appui du réseau

a) Le projet de soins

L'équipe mobile d'appui aide les équipes soignantes à élaborer le projet de soins personnalisé avec le patient, après évaluation de l'état clinique de ce dernier, en assurant une répartition des missions des professionnels concernés, ainsi que le suivi et l'adaptation du traitement.

Elle organise la permanence de l'accès à une expertise pour les soins palliatifs comprenant la prise en charge de la douleur en lien avec l'offre existante sur le territoire.

L'anticipation d'une éventuelle ré-hospitalisation est nécessaire. Elle prend en compte le choix du malade.

L'admission en urgence et l'organisation de la filière doivent être coordonnées, avec garantie de la transmission de l'ensemble des informations indispensables à la prise en charge.

Dans le cadre de soins palliatifs, le travail en réseau a vocation à faciliter les hospitalisations sans passage aux urgences. Si celui-ci n'a pu être évité, l'objectif est de réduire au maximum le délai d'attente.

b) Le plan d'aide

En matière sociale, un plan d'aide, un accompagnement et un suivi sont mis en place par l'équipe d'appui avec réactualisation si nécessaire.

En cas d'hospitalisation du patient, le plan prévoit si nécessaire et avant sa sortie, la mise en oeuvre des dispositifs médico-sociaux (APA - PCH - FNASS ...) en liaison avec les acteurs sociaux.

Article 9 : ORGANISATION DU SYSTÈME D'INFORMATION

L'information au sein du réseau repose sur le dossier médical partagé :

- un cahier de liaison déposé au chevet du patient, dont toutes les informations ont été écrites par les professionnels libéraux du domicile, les services d'aide et de soins à domicile, les aidants
- les structures hospitalières y insèrent leur propre fiche de liaison, ou transmettent leurs informations par l'intermédiaire des fiches prévues dans le cahier ou de courriers

L'accès au dossier est géré par le patient et/ou son entourage.

Le cahier de liaison accompagne le patient dans toutes les démarches de soin.

Le réseau a mis en place un site internet pour toutes les informations générales sur le réseau et son fonctionnement.

Un dossier informatisé interne est mis en place au sein de l'équipe du réseau et contient les données administratives et médicales des malades et des professionnels de santé référents de la prise en charge. Le système a été soumis à l'approbation de la C.N.I.L.

Article 10 : CONDITIONS D'ÉVALUATION DU RÉSEAU

Des procédures d'évaluation interne ont été élaborées sur base des recommandations du « Guide d'évaluation » de l'ANAES de juillet 2004.

Le dossier informatisé interne permet à l'équipe d'appui de collecter toutes les données relatives à l'activité du réseau et permettant l'évaluation.

Un rapport d'activité retraçant les activités et l'évolution des indicateurs est transmis au 31 mars de chaque année à la Mission Régionale de Santé.

Tous les 3 ans, le réseau est soumis à une évaluation externe commanditée par la Mission Régionale de Santé et précisant :

- le degré d'atteinte des objectifs
- la qualité de prise en charge des usagers
- la participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau
- l'organisation et le fonctionnement du réseau
- les coûts afférents au réseau
- l'impact du réseau sur son environnement
- l'impact du réseau sur les pratiques professionnelles

Article 11 : DURÉE DE LA CONVENTION ET MODALITÉS DE RENOUVELLEMENT

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans. Elle sera renouvelable par tacite reconduction.

Elle pourra être dénoncée par l'une des parties avec un préavis de 6 mois par lettre recommandée adressée aux signataires de la convention.

Article 12 : CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE

La mise en oeuvre du réseau a commencée de fait le 7 octobre 2004 avec l'inclusion de premiers patients et l'adhésion de professionnels de santé et de bénévoles qui ont oeuvré à sa promotion.

Article 13 : CONDITIONS DE DISSOLUTION DU RÉSEAU

Le Réseau « AMAVI » peut être dissout sur décision de l'Agence Régionale de Santé.

Fait à Dunkerque, le

Signature du Président du réseau

Signature du Membre du réseau