

# RAPPORT D'ACTIVITE 2010



Réseau de santé de proximité territorial

**NEPALE**

Soins palliatifs – Soins de support – Douleur

## SOMMAIRE

<b><i>I Réseau : Organisation générale</i></b> .....	<b>3</b>
I.1 <b><u>Coordonnées de la structure juridique porteuse du réseau</u></b> .....	3
I.2 <b><u>Responsable juridique de la structure</u></b> .....	3
I.3 <b><u>Objectif général et objectifs opérationnels</u></b> .....	3
I.4 <b><u>Aire géographique pertinente</u></b> .....	4
I.5 <b><u>Définition de la population concernée</u></b> .....	4
I.6 <b><u>Modalités de suivi</u></b> .....	4
I.6.1 Les modalités d'inclusion du malade au sein du réseau .....	4
I.6.2 L'organisation de la prise en charge.....	5
I.6.3 Parcours du patient.....	6
I.7 <b><u>Organisation de la structure</u></b> .....	7
I.7.1 L'équipe mobile de coordination et d'expertise.....	7
I.7.2 Instances de pilotage.....	8
I.7.3 Documents juridiques (Documents sont en annexe 4) .....	9
I.7.4 Procédures organisationnelles .....	9
I.8 <b><u>Le système d'information</u></b> .....	10
I.8.1 Les outils de la prise en charge .....	10
I.8.2 Les outils de communication.....	10
<b><i>II - Bilan d'activité 2010</i></b> .....	<b>10</b>
II.1 <b><u>Fonctionnement interne de l'équipe de coordination</u></b> .....	10
II.2 <b><u>Analyse de l'activité en direction des personnes malades et de leur entourage</u></b> .....	10
II.2.1 Analyse des signalements .....	10
II.2.2 Caractéristiques des malades inclus.....	10
II.2.3 Analyse du suivi .....	10
II.2.4 Analyse des sorties .....	10
II.2.5 Accompagnement bénévoles et professionnels non soignants .....	10
II.2.6 Accompagnement social.....	10
II.2.7 Accompagnement psychologique .....	10
II.2.8 Continuité des soins .....	10
II.3 <b><u>Environnement : intégration et impact sur le territoire</u></b> .....	10
II.3.1 Intégration des professionnels de santé libéraux .....	10
II.3.2 Intégration des établissements et institutions.....	10
II.3.3 Formations et informations des professionnels et des usagers.....	10
II.3.4 Coopération avec les autres réseaux de santé et diversification de l'activité .....	10
II.3.5 Dispositifs de coordination et de décloisonnement entre les acteurs.....	10
II.3.6 Participation aux autres instances territoriales, régionales et nationales .....	10
II.3.7 Autres projets impliquant le réseau .....	10
II.4 <b><u>Synthèse des objectifs 2008/2010</u></b> .....	10
II.5 <b><u>Tableau de bord de la RESPALIF</u></b> .....	10

## I Réseau : Organisation générale

### I.1 Coordonnées de la structure juridique porteuse du réseau

Nom de la structure juridique : Réseau NEPALE  
Statut juridique : Association Loi 1901  
N° Siret : 450 628 334 00010  
Code APE : 8810A  
Date de constitution : 01/08/2002 à la sous préfecture de Palaiseau  
Adresse : ZAC des Radars 10 bis rue Jean Jacques Rousseau 91350 GRIGNY  
Téléphone : 0169024488  
Fax : 0169028318  
Adresse mail : nepale@wanadoo.fr  
Site internet : www.nepale.fr

### I.2 Responsable juridique de la structure

Nom : Docteur Marie Pierre LEDU-AJAVON  
Profession : Médecin généraliste

### I.3 Objectif général et objectifs opérationnels

Les réseaux de soins palliatifs sont des réseaux de santé au sens de l'article L6321-1 du CSP et, à ce titre, ils ont pour principal objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des professionnels entre la ville et l'hôpital, ainsi que l'ensemble des structures médico-sociales et sociales existant sur un même territoire.

Le fonctionnement du réseau NEPALE ne s'entend qu'en lien avec ses valeurs qui sont au :

- **fondement de la santé publique** – approche globale de la personne dans son contexte de vie, égalité d'accès aux soins, qualité des services de santé (cohérence, compétences et continuité des soins),  
- **fondement des soins palliatifs** – dignité de la personne vivante jusqu'au terme de sa vie, participation des personnes dans les choix qui les concernent (patient et entourage), coopération pluri-professionnelle,  
- **fondement de la dynamique de réseau** – décloisonnement du système de santé notamment entre ville et hôpital, développement de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles dont : la reconnaissance des compétences spécifiques de chacun, le travail en coopération interprofessionnelle, le principe de non-subsidiarité.

Le réseau NEPALE a pour **objectif général** de renforcer la prise en charge médico-psycho-sociale des patients atteints d'une maladie grave et évolutive, dans une perspective de maintien à domicile en qualité et sécurité, et d'optimisation du parcours de santé.

Pour atteindre cet objectif général, le réseau NEPALE a défini des **objectifs opérationnels** :

- Apporter aux professionnels de santé et médico-sociaux, aux patients et à leur entourage l'expertise médico-psycho-sociale de l'équipe mobile de coordination et d'expertise (EMCE).
- Assurer le compagnonnage quotidien des professionnels de ville, des patients et de leur entourage 24/24 heures.
- Participer à la coordination des soins dans le but de favoriser la continuité des prises en charge des patients.
- Favoriser la mise en place de règles de bonnes pratiques.
- Former les professionnels de santé et médico-sociaux à la démarche et aux soins palliatifs, aux soins de support et à l'évaluation et la prise en charge de la douleur.
- Renforcer le maillage territorial entre la ville, les réseaux et les institutions.
- Participer aux réflexions locales, départementales et régionales relevant de son objectif général.

Ces axes sont portés par le conseil d'administration de l'association NEPALE et mis en œuvre par l'équipe salariée.

#### I.4 Aire géographique pertinente

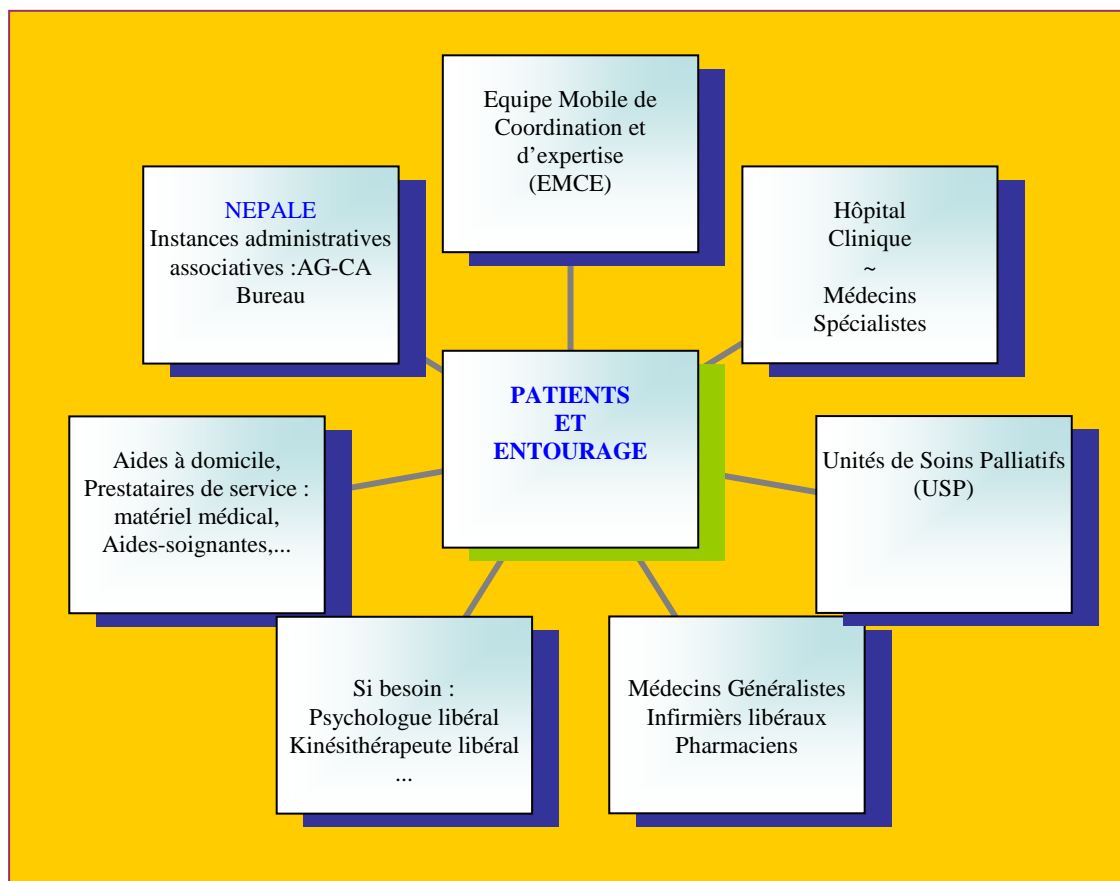
Le département de L'Essonne est doté de trois réseaux de soins palliatifs, SPES au sud, le Pallium à l'extrême ouest et NEPALE au nord (carte du département en annexe n°1)

Le réseau NEPALE intervient dans le Nord de l'Essonne, soit **86 communes**, représentant **835 873 habitants** selon le dernier recensement.

#### I.5 Définition de la population concernée

Sont concernées toutes les personnes, enfants ou adultes, résidant sur le territoire d'intervention du réseau NEPALE et présentant une maladie grave dont la prise en charge relève de soins de support ou de soins palliatifs et qui souhaitent que cette prise en charge s'organise dans leur lieu de vie.

Sont concernés, tous les professionnels de santé et médico-sociaux intervenant auprès de ces mêmes personnes.



#### I.6 Modalités de suivi

##### I.6.1 Les modalités d'inclusion du malade au sein du réseau

La loi du 4 mars 2002 précise la place qu'il convient de laisser au patient et à son entourage dans un contexte où les « usagers » du système de santé affirment de plus en plus leur intérêt pour les aspects

qualitatifs des soins et leur place dans les décisions médicales les concernant. La méthodologie de coordination mise en place par le réseau NEPALE inclut le patient et son entourage, en identifiant avec lui et tout au long de son suivi, ses besoins, ses attentes en lui permettant, dans un souci constant d'explicitation, de participer aux choix qui peuvent se poser à lui et à ses professionnels de santé. Le réseau entend informer le patient sur ce dont il peut et/ou doit bénéficier, de ce qu'il est possible ou non de faire et d'en assurer la mise en œuvre pour une prise en charge globale de qualité comme indiqué dans la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM : « *L'inclusion des patients dans le réseau nécessite préalablement une évaluation des besoins de la personne et de ses proches, réalisée par l'équipe de coordination, en privilégiant une approche médico-psycho-sociale. Elle est décidée par le médecin coordonnateur du réseau après accord du médecin traitant et du patient lui-même ou de la personne habilitée à le représenter. 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. Dans ce cas, le projet de soins personnalisé est finalisé avec les intervenants à domicile, la personne malade et ses proches.* »

### I.6.2 L'organisation de la prise en charge

En référence à la circulaire du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM :

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

*Le plan personnalisé d'intervention permet :*

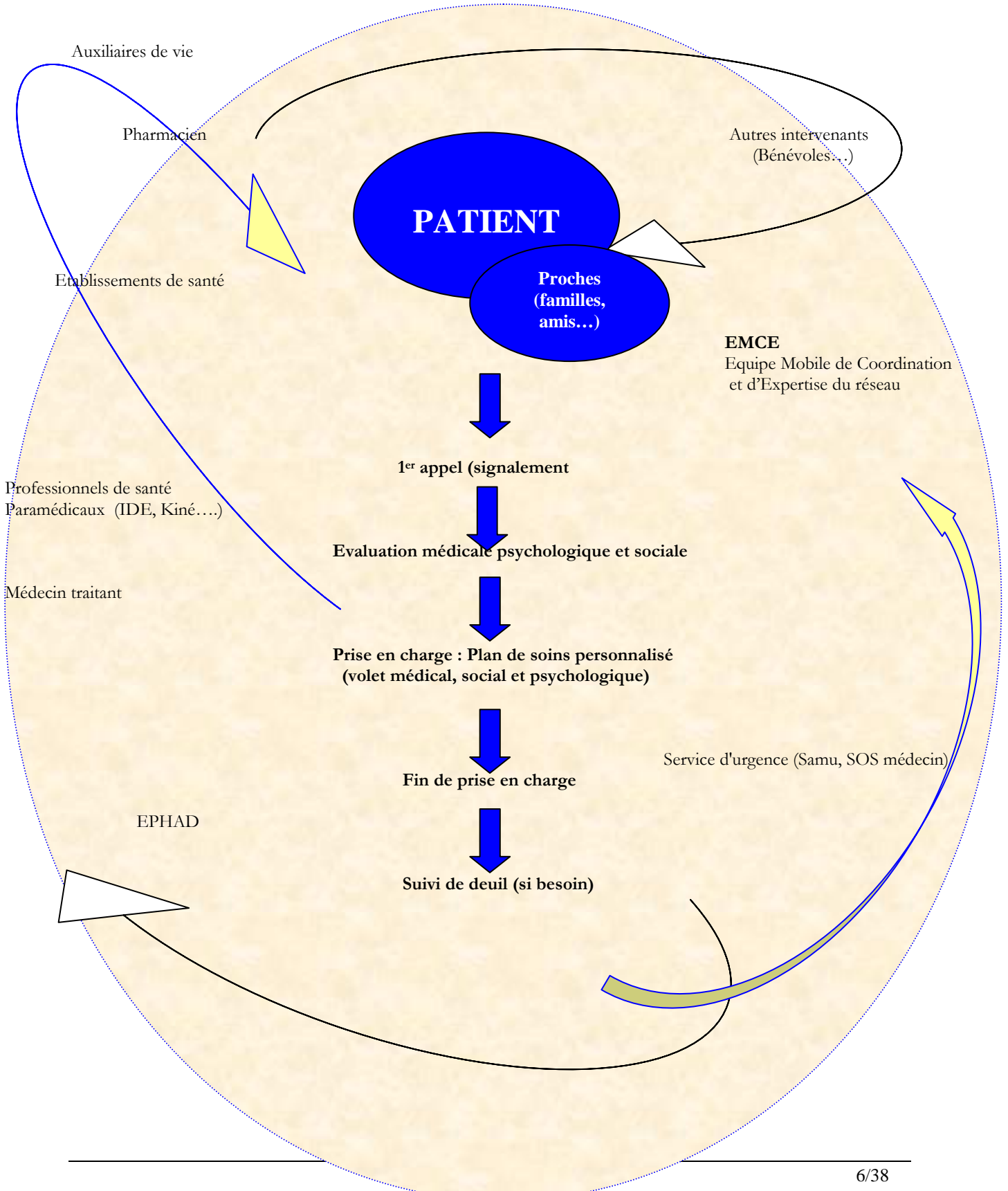
- *d'élaborer un projet de soins personnalisé et de veiller à sa mise en œuvre,*
- *de mettre en place un plan d'aide et de veiller à sa mise en œuvre,*
- *d'organiser les soins, dans un objectif de continuité, de qualité, de permanence et de cohérence,*
- *de s'assurer de l'efficacité des liens et des échanges interdisciplinaires :*
  - *entre acteurs du domicile,*
  - *avec les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales,*
  - *avec l'équipe opérationnelle de coordination.* » nommé au réseau équipe mobile de coordination et d'expertise (EMCE).

Les critères de prise en charge sont :

- **Géographiques** : résider sur le territoire d'intervention du réseau.
- **Médicaux** : être atteint d'une maladie grave, évolutive ou terminale.
- **Organisationnels** : avoir l'accord de collaboration du médecin traitant du patient et le consentement de ce dernier ou de sa personne de confiance.

I.6.3 Parcours du patient

**SCHEMA DE PARCOURS DU PATIENT  
PRIS EN CHARGE PAR LE RESEAU NEPALE**



## I.7 Organisation de la structure

### I.7.1 L'équipe mobile de coordination et d'expertise (EMCE).

Le réseau, malgré la grande difficulté à recruter des professionnels compétents pour son activité spécifique de travail (les soins palliatifs et la coordination) a atteint son objectif, de construire une équipe complète.

Fonction	ETP	Formation (DU, capacités...)	
Directrice	1 ETP	DE infirmière DU de santé publique et communautaire DHEPS DESS de Psychologie	En poste
Médecin coordinateur	0,2 ETP	Capacité douleur	En poste
Médecin coordinateur	0,5 ETP	DU de soins palliatifs Capacité de gériatrie	En poste
Médecin coordinateur	0,8 ETP	DIU de soins palliatifs	En poste
IDE coordinateur	1 ETP	DU de soins palliatifs	Congé maternité jusqu'en mars 2010 et démission le 17 mai 2010
IDE coordinateur	1 ETP	DU de soins palliatifs	En poste
IDE coordinateur	1 ETP		En poste DU Soins palliatifs : début septembre 2010
IDE coordinateur	1 ETP		En poste
Coordinatrice administrative	1 ETP	DESS de management DESS de ressources humaines	En poste
Assistante administrative	1 ETP	BTS Assistante administrative	En poste

L'équipe médicale de coordination et d'expertise a la double fonction **d'expertise-conseils et de coordinateur** auprès des professionnels de santé et des familles.

L'assistante administrative a la double fonction de secrétaire administrative et médicale et elle assure l'accueil des professionnels et des familles au téléphone et au siège.

La coordinatrice administrative a la double fonction de gestion administrative et associative et d'appui à l'évaluation et à l'organisation du réseau.

Fiches de postes détaillées en annexe 2.

#### - Missions générales de l'EMCE

**Les professionnels de l'EMCE interviennent en fonction des besoins du patient sur son lieu de vie afin de coordonner les différentes interventions et d'apporter leurs expertises pour assurer une qualité optimale des soins.** Pour faciliter les échanges avec les professionnels soignants et non soignants du patient, les interventions de l'EMCE sont organisées de préférence sous forme de réunions de coordination. Le plan personnalisé de soins est élaboré et réévalué autant que nécessaire lors de ces réunions de coordination. L'EMCE est garante de la bonne circulation des informations entre tous les acteurs du champ sanitaire et du médico-social. L'EMCE assure la diffusion et la bonne compréhension des droits du malade auprès du patient, de son entourage et tous les professionnels.

**L'EMCE du réseau ne se substitue en aucun cas aux professionnels de proximité du patient.**

**Les missions de l'EMCE sont :**

- **Coordination** autour du patient et de son entourage de tous les acteurs de santé de ville et institutionnels ainsi que des travailleurs sociaux.
- **Expertise-conseil** auprès des acteurs de santé, notamment des médecins généralistes : aide à la prescription médicale, aide au diagnostic, diffusion et «prise en main» de protocoles thérapeutiques, compagnonnage au lit du patient.....
- **Formation** dans le domaine des soins palliatifs, des soins de support et de la douleur à l'ensemble des acteurs du réseau.
- **Soutien technique, logistique.**
- **Permanence téléphonique 24h /24**, ouverte à tous (tenue par des médecins formés aux soins Palliatifs et douleur).
- **Faciliter l'accès aux USP et/ou lits identifiés** en respectant la gradation des soins.

**I.7.2 Instances de pilotage**

Le réseau est porté par une association loi 1901 et juridiquement administré par un conseil d'administration (Tableau des membres des années 2008, 2009, 2010 en annexe n°3) se composant de professionnels de santé libéraux et institutionnels, de professionnels médico-sociaux dont plusieurs membres fondateurs du réseau, exerçant des fonctions en liens avec les soins palliatifs, la douleur, la pratique de la médecine libérale et le maintien à domicile. La communication entre les organes décisionnels associatifs, les salariés du réseau et les professionnels de proximité en est d'autant plus aisée. Que les salariés du réseau soient à l'initiative d'un projet ou les administrateurs, les valeurs et les objectifs du réseau sont partagés.

Le Bureau de l'association se réunit au moins 4 fois par an, le CA se réunit trois fois par an et plus pour évènements particuliers, l'Assemblée Générale se réunit une fois par an.

En outre, **des commissions de travail** conjoint réunissant les administrateurs et l'équipe salariée, ont pour mission de proposer, d'organiser et de fédérer des actions dans leurs domaines, elles sont au nombre de 5, permettant d'approfondir les points importants pour le développement de la structure :

- Commission formation,
- Commission communication,
- Commission de l'évaluation et de la démarche qualité,
- Commission mécénat,
- Commission des proches.

COMMISSIONS	REFERENT	MISSION	CE QUI A ETE FAIT
Commission de formation Comité scientifique et pédagogique	<b>DR LEDU-AJAVON</b>	Ajuster le programme de formations en fonction des demandes et des besoins des professionnels	Programmes de formations pour les années 2004-05-06-07-08-09-10 Dossier d'agrément organisme de formation et FMC (Formation médicale continue). Colloque 2008
Commission des outils de transmissions et de communication	<b>DR E. FARGES</b>	Mettre en place des outils de communication	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réalisation de plaquettes de communication pour les professionnels et les patients et leurs entourages</li> <li>• Mise en place du site Internet et actualisation.</li> <li>• Rédaction de la lettre d'information: Le NEPALIEN.</li> </ul>

Commission de l'évaluation et de la démarche qualité	<b>Dr. C. VAN DEN BERGHE PUIS EN 2010 DR LEDU-AJAVON</b>	Mettre en place les outils d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protocoles</li> <li>• Tableaux de bord</li> <li>• Questionnaires</li> <li>• Cahier des charges</li> <li>• Réflexion autour de l'évaluation des pratiques</li> <li>• Conception de l'évaluation externe portant sur l'analyse des pratiques.</li> </ul>
Commission Mécénat Création en 2009	<b>DR LEDU-AJAVON</b>	Développer le partenariat avec les villes et les entreprises	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contact avec les communautés d'agglomération</li> <li>• Contact avec les élus</li> <li>• Contact auprès des entreprises</li> </ul>
Commission des proches Création en 2009	<b>ODILE DAVID</b>	Impliquer les familles dans le fonctionnement du réseau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réflexion autour des axes à développer : café réseau et communication</li> <li>• Participation aux conférences grand public.</li> <li>• Refonte des plaquettes professionnels et patients en une seule.</li> </ul>

### I.7.3 Documents juridiques (Documents sont en annexe 4)

- a. Charte
- b. Convention constitutive
- c. Document d'information aux patients
- d. Statuts juridiques

### I.7.4 Procédures organisationnelles

L'équipe administrative, en place depuis la création du réseau, s'est attachée à mettre en place **des procédures organisationnelles**. Dans le même temps, il a été nécessaire de mettre en place **des procédures de prise en charge des patients**.

Ces procédures sont réévaluées, réajustées et de nouvelles procédures sont proposées aux instances dirigeantes si nécessaire.

Pour les procédures administratives on distingue deux axes :

La coordination administrative et juridique :

- Procédure de gestion financière et comptable
- Procédure de statistique

Les ressources Humaines :

- Procédures : FEHAP, Recrutement, Paye, Congés payés, Formation continue des salariés.

Pour les procédures de prise en charge des patients on distingue deux axes :

La Coordination médico-psycho-sociale :

- Procédure de constitution d'un dossier FNASS
- Procédure de demande de mise en place FNASS
- Procédure d'envoi des fiches SAMU
- Procédure de liaison avec le réseau ESSONONCO
- Procédure d'organisation de la prise en charge psychologique par un psychologue libéral
- Procédure d'utilisation de la fiche de contact social

Les référentiels:

- Procédure d'ouverture d'un dossier patient
- Procédure de la permanence téléphonique
- Procédure d'inclusion d'un patient
- Procédure d'indemnisation des réunions de coordination
- Procédure d'organisation de la synthèse hebdomadaire
- Procédure d'organisation des réunions de coordination
- Procédure d'organisation des réunions de fin de prise en charge
- Procédure de validation externe et interne des rémunérations spécifiques
- Procédure d'envoi d'une lettre post-décès
- Procédure d'archivage des dossiers médicaux
- Procédure d'archivage des signalements non inclus

## **I.8 Le système d'information**

### **I.8.1 Les outils de la prise en charge**

*Les outils de la prise en charge:*

Conformément au décret du 17 décembre 2002, le réseau a réalisé des documents d'informations destinés aux patients précisant le fonctionnement du réseau, les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'utilisateur ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

Trois documents formalisent ces obligations :

- La **plaquette d'information** patients, remis à chaque patient signalé.
- La **fiche d'information**, remis à chaque patient pris en charge.
- Le **consentement éclairé**.

#### Personne de confiance et directives anticipées :

Conformément à la loi du 4 mars 2002, à la loi du 25 avril 2005 et des propositions de la commission fin de vie du 9 décembre 2008, les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance pour être leur porte parole s'ils étaient hors d'état d'exprimer leur volonté, pour les accompagner dans leur parcours de soins et pour participer et/ou demander une procédure collégiale pour discuter des limitations et des arrêts de traitements.

Un modèle de rédaction de la désignation de la personne de confiance est à disposition du patient.

Conformément à la loi du 25 avril 2005, et son décret du 6 février 2006, relatif aux directives anticipées, chaque patient est informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées qui concernent les conditions des limitations ou des arrêts de traitements. Un modèle de rédaction des directives anticipées est à la disposition du patient.

L'ensemble des informations est colligé dans :

- Le **dossier médical partagé** au domicile du patient récapitulant notamment les contacts des différents soignants et du réseau, la fiche douleur et le calendrier des interdoses, le traitement et les feuilles de transmission.

Si le patient est préalablement pris en charge par un SSIAD ou une HAD, le dossier de ces structures est conservé et enrichi par des fiches spécifiques du réseau.

- Le **dossier réseau papier et informatisé** contenant notamment les fiches de visites, le double de la fiche douleur, les réunions et hospitalisations, les comptes rendus médicaux reçus des praticiens du patient et ceux rédigés par l'EMCE, l'actualisation des traitements, les plans personnalisés de soins et d'aide.

Il existe **une fiche de liaison SAMU**, fiche de synthèse de la situation et du contexte clinique ainsi que l'ensemble des traitements en cours à destination du service d'urgence. Ces informations sont réactualisées devant toute modification. En cas d'urgence grave, les médecins du SAMU peuvent consulter ces dossiers pour orienter leur décision.

La **base informatique** est utilisable par l'EMCE durant les astreintes avec accès sécurisé.

En 2009, l'EMC a modifié ses outils DMP, Consentement éclairé et fiche de signalement, afin de les rendre plus adaptés aux exigences de sa pratique.

*Confidentialité des outils de la prise en charge et secret médical :*

La loi du 4 mars 2002 indique que « *Ce secret couvre l'ensemble des informations, concernant la personne, venu à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes.* »

Le secret médical porte donc sur les éléments parvenus à la connaissance du médecin et les personnes qui l'assistent par le fait ou à l'occasion de l'exercice de leur profession.

*Partage interne des données des patients :*

L'équipe mobile de coordination et d'expertise étant constituée de personnel médical et administratif, le partage de l'information et du secret médical au sein du réseau NEPALE fait référence aux articles mentionnés ci-dessous :

En référence à l'article L1110-4 CSP : « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible [...]* »

En ce qui concerne le personnel administratif, il est noté à l'art. 72 du Code de déontologie l'obligation au médecin de veiller à ce que les personnes qui l'assistent soient instruites de leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Ce texte s'applique au personnel administratif et à la secrétaire médicale, qui sont donc soumis au secret médical. La loi du 4 mars 2002 ne prévoit pas de secret partagé avec les travailleurs sociaux, par exemple.

*Protection de la confidentialité - Les applications en réseau local :*

- Gestion des mots de passe

Code utilisateur individuel distinct du nom de l'utilisateur.

Interdiction de réutiliser les trois derniers mots de passe (blocage du système).

- Modalités de connexion et de déconnexion

Impossibilité pour les utilisateurs de se connecter à plusieurs postes sous le même code utilisateur et le même mot de passe.

Journalistique des connexions et exploitation de ces données.

Procédure de déconnexion automatique en cas de non utilisation du système pendant un temps donné (time out).

- Connexion à Internet. En cas de connexion d'un des serveurs du réseau à Internet : mise en place d'un firewall sur le routeur en tête de réseau. Ensuite un firewall évolué sur le poste serveur et enfin un firewall Microsoft du SP2 sur tous les postes.
- Dossier CNIL Mise en place depuis 2005 et suivi régulier avec les instances CNIL en fonction des évolutions.

## **I.8.2 Les outils de communication**

Le réseau utilise des plaquettes d'information « professionnels » et « patients et entourage », un dossier de communication comprenant les documents juridiques du réseau et les programmes de formation, un site Internet [www.nepale.fr](http://www.nepale.fr) et une newsletter biannuelle LE NEPALIEN (annexe n°5)

Les canaux de communication internes sont les mails et base de données informatisée ainsi que les organisations de travail en équipe.

Les comptes-rendus des instances de pilotage du réseau sont diffusés à chaque administrateur.

## II - Bilan d'activité 2010

### II.1 Fonctionnement interne de l'équipe de coordination

L'équipe mobile de coordination et d'expertise se réunit 1 fois par semaine pour un staff hebdomadaire. Un débriefing d'astreinte se tient tous les lundis matin.

Des transmissions informelles ont lieu entre chaque visite.

Des transmissions complètes et exhaustives sont écrites dans la base informatique de manière systématique dès qu'un évènement concernant un patient se produit (visite, appel téléphonique, etc.).

Les plans personnalisés de santé, les comptes-rendus médicaux de visite, les comptes-rendus de visite de suivi et les comptes-rendus de réunion de fin de prise en charge sont systématiquement adressés aux professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

L'équipe mobile de coordination et d'expertise se réunit en groupe de parole tous les mois et demi.

L'équipe mobile de coordination et d'expertise organise un séminaire d'une ou deux journées par an ayant pour objectifs la dynamique d'équipe et l'organisation du travail.

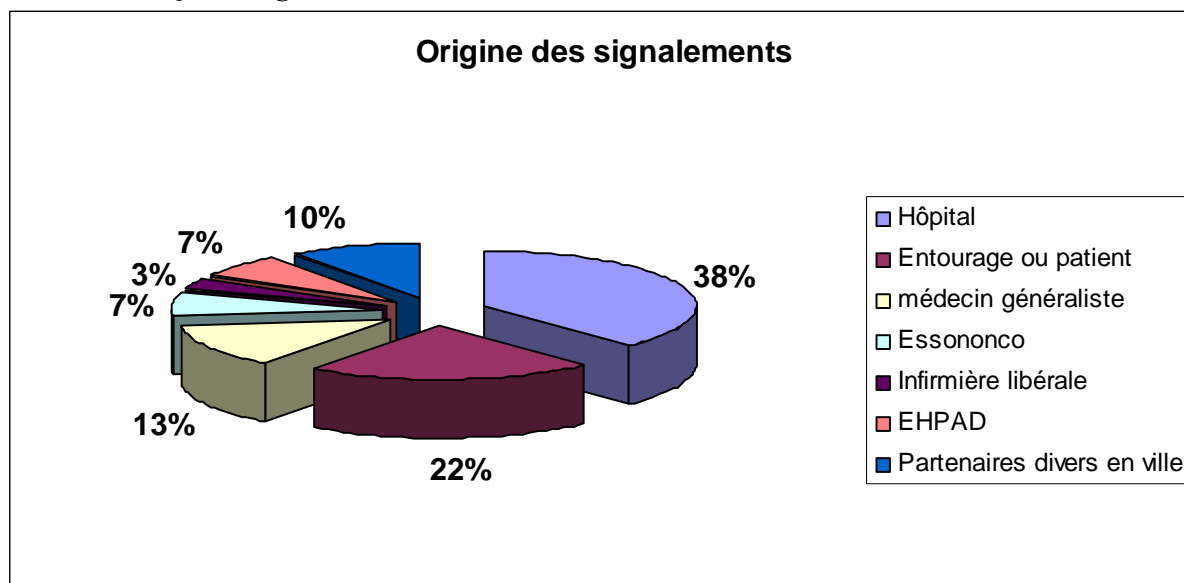
### II.2 Analyse de l'activité en direction des personnes malades et de leur entourage

#### II.2.1 Analyse des signalements

Un dossier de signalement est déclenché dès le premier appel reçu par le réseau, les différents renseignements utiles à l'analyse de pertinence de prise en charge sont alors recueillis.

Toute personne est susceptible de nous appeler pour nous signaler un patient.

**Le réseau a reçu 411 signalements en 2011.**



Une **synthèse** des éléments de la fiche de signalement est réalisée en équipe :

- Analyse des données médicales et logistiques.
- Analyse des données sociales.
- Analyse des données psychologiques.
- Identification les professionnels du patient.
- Analyse de faisabilité de la prise en charge au domicile.

Les **Actions de signalement** qui en découlent sont entreprises:

- Contact avec les professionnels libéraux connus du patient.
- Recherche de professionnels libéraux en leur absence.

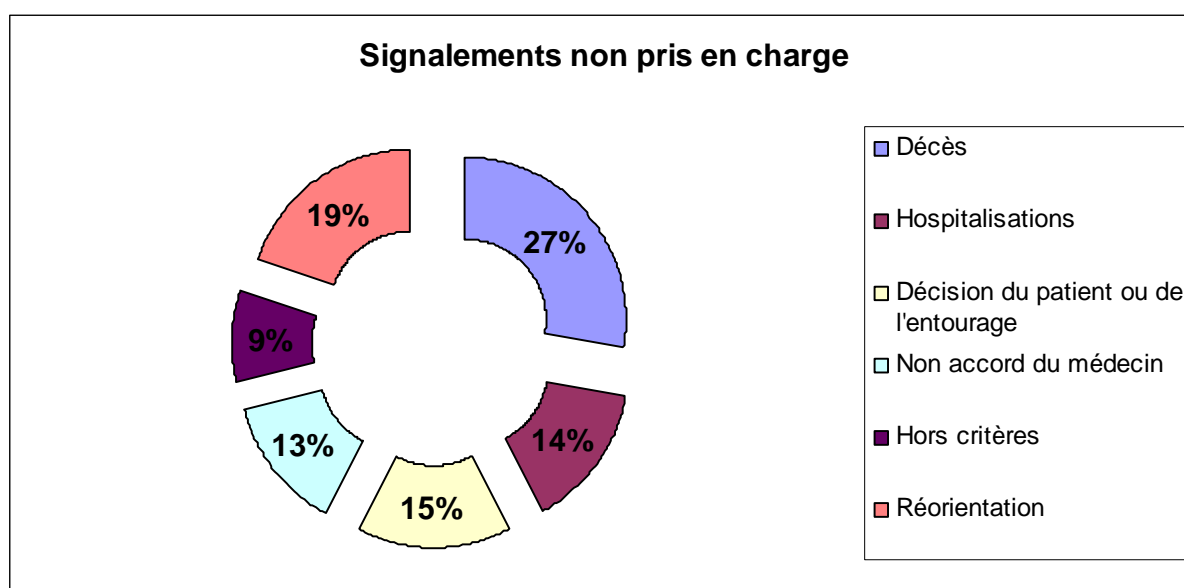
- Contact avec les assistantes sociales et les structures d'aide à domicile.
- Contact avec les prestataires de matériel médical.
- Visite d'évaluation à l'hôpital si besoin.

Lorsque les critères d'inclusion ne sont pas réunis, une **réorientation** est proposée vers différents services : CLIC, consultation douleur, autres réseaux et/ou assistantes sociales par exemple.

Le signalement peut ne pas aboutir à une prise en charge en raison de :

- Décès.
- Hospitalisation définitive.
- Rémission ou réorientation.
- Changement des critères d'inclusion (exemple déménagement).
- Décision du patient.
- Non accord de collaboration du médecin traitant.

132 signalements n'ont pas été pris en charge cette année.



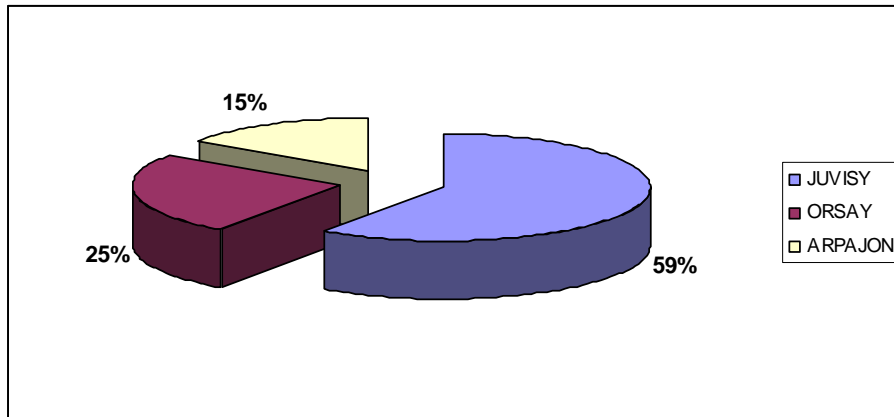
Le délai moyen entre le signalement et la prise en charge est de 11 jours en 2010.

### II.2.2 Caractéristiques des malades inclus.

Age :

Année	Age moyen	Plus jeune	Plus âgé	% Homme	% Femme
2010	71	3	103	51	49

Répartition géographique



Patients par pathologies



En 2010, 286 patients résident à leur domicile, 29 en EHPAD.

**II.2.3 Analyse du suivi**

Les prises en charge débutent **après l'accord du patient et du médecin traitant**.

La **visite d'évaluation au domicile du patient et la mise en place d'un plan personnalisé de santé** (projet de soins, plan d'aide, programmation du suivi) est organisée et réalisée avec les professionnels libéraux et le patient et son entourage.

Nombre de patients pris en charge

Année	Prises en charge	Nouvelles prises en charge	File active
2010	315	273	55

37 patients ont été pris en charge conjointement avec l'HAD Santé Service.

Visité d'évaluation :

- **Visite d'évaluation initiale à l'hôpital** si besoin:  
Aide à l'organisation de la sortie, suivie, de manière rapprochée par une première visite à domicile.
- **Visite d'évaluation initiale, à domicile ou en EPHAD**, avec les professionnels du patient :  
Construction d'un **plan personnalisé de soins** sur les plans médicaux, psychologiques et sociaux **et définition des modalités de coordination** entre les partenaires :
  - Remise au patient et à sa famille du **Dossier Médical Partagé** qui permettra la communication entre tous les intervenants. Ce dossier suivra le patient en cas d'hospitalisation et sera récupéré par l'EMCE au décès du patient.
  - **Evaluation clinique** avec le médecin traitant et l'infirmière libérale: Symptômes physiques : douleur, escarres, autres symptômes (dyspnée, occlusion, confusion...), symptômes psychiques du patient et de son entourage, situation matérielle, situation sociale.
  - **Protocoles d'anticipation personnalisés** : Anticipation des symptômes pour permettre leurs prises en charge, à domicile, en situation d'urgence.  
Nature : Repères thérapeutiques pour une prise en charge palliative en EHPAD ; Mémento des opioïdes ; Utilisation de la pompe à morphine ; Occlusion intestinale non ré sécable ; Protocole sédation de la SFAP.  
Modèles d'ordonnances pour les médecins (PCA, Hydratation, Sonde urinaire, Matériel médical, Prescriptions anticipées.)  
Protocole dyspnée, utilisation Midazolam, soins de bouche.
  - Réalisation d'une fiche de liaison comportant toutes les informations essentielles à l'éventuelle intervention des services d'urgence (SAMU-SOS Médecin).
  - Un compte-rendu de visite initiale d'évaluation rendant compte du plan personnalité de soin est adressé à l'ensemble des acteurs institutionnels et libéraux de la prise en charge.

Suivi du patient

Année	Visites à domicile	Visites à domicile conjointes	Moyenne des visites par patient
2010	414	92%	1,1

Les visites à domicile s'effectuent toujours en binôme médecin coordinateur et infirmier coordonateur avec l'équipe de proximité du patient. (**Mode de calcul** : 1 visite = 1 patient + 2 membres de l'EMCE + équipe du proximité du patient).

Le suivi sera rapproché ou plus distant selon la situation clinique de chaque situation. L'EMCE se déplace à la demande des malades ou des professionnels au domicile du patient autant que nécessaire ou chaque fois qu'elle l'estimera nécessaire.

Les liens téléphoniques sont systématisés dans les EHPAD au rythme d'une fois par semaine et d'au moins une fois par mois pour les patients à domicile dont on n'aurait pas de nouvelles.

Le processus **d'éducation thérapeutique** sera un des objectifs de la relation établie avec le patient et sa famille durant cette phase de prise en charge. L'éducation thérapeutique a pour objectif de permettre l'adhésion active du patient au(x) traitement(s) qui lui sont prescrits. En soins palliatifs, l'adhésion s'élargira à l'entourage dont le rôle est prépondérant dans le maintien à domicile.

Le suivi s'entend donc comme une démarche coopérative de l'ensemble des acteurs concernés et des familles.

**L'Actualisation du projet de soin :**

- Contact régulier avec le patient téléphoniquement et en visite.
- Réajustement des décisions médicales.
- Anticipation des nouveaux symptômes.
- Réévaluation de la situation psychique du patient et de son entourage.
- Analyse des appels en astreinte et actions en découlant.

La **Coordination des intervenants** dans l'objectif de qualité de soins et de continuité du parcours de soins.

- Lien téléphonique régulier avec les professionnels libéraux.
- Lien téléphonique spécifique après évolution de situation (appel en astreinte, urgence...).
- Mise à jour du Dossier Médical Partagé.
- Mise à jour du dossier médical réseau.
- Etablissement des comptes-rendus de visite et envoi aux partenaires de la prise en charge.
- Réunions de coordination pluridisciplinaires si besoin.
- Prises de décisions concertées entre la ville et l'hôpital concernant les soins du patient (transfusion, poursuite du traitement curatif, arrêt d'alimentation...).
- Diffusion des comptes-rendus ville/hôpital et réciproquement.
- Programmation des hospitalisations nécessaires.
- Participation aux staffs hospitaliers si besoin (RCP).
- Anticipation des hospitalisations.

La mise en place de règles de bonnes pratiques :

Le réseau utilise et diffuse des protocoles thérapeutiques dans le cadre de son travail de compagnonnage des praticiens libéraux et par le biais de son site internet.

Plus d'une vingtaine de protocoles sont régulièrement utilisés par l'EMCE.

Nature :

Repères thérapeutiques pour une prise en charge palliative en EHPAD

Mémento des opioïdes

Utilisation de la pompe à morphine

Occlusion intestinale non ré sécable

Protocole sédation de la SFAP

Modèles d'ordonnances pour les médecins (PCA, Hydratation, Sonde urinaire, Matériel médical...)

Protocoles élaborés par le groupe de travail SPES/NEPALE : protocole dyspnée, utilisation Midazolam, soins de bouche...etc.

Les Hospitalisations :

Une **hospitalisation** peut être envisagée et mise en place. Elle est, si possible, organisée et planifiée par le réseau. Ce sont en majorité des **motifs médicaux** qui justifient ces hospitalisations bien qu'un certain nombre le soit pour répit familial. Dans la mesure du possible, elles sont organisées dans des **établissements spécialisés** pour l'accueil des malades en phase palliative tels que des **USP ou des établissements dotés d'EMSP ou de référents lits dédiés**. Lorsque le service de référence du patient est pour lui un repère sécurisant, le réseau répond bien entendu dans ce sens.

Nombre et Motifs d'hospitalisation

Année	Patients hospitalisés	Nombre hospitalisations	Hospitalisations pour motif médical	Hospitalisations pour répit familial
2010	157	232	86%	12%

Lieux d'hospitalisation

- 41% hôpital public
- 17% hôpital privé
- 21% USP
- 12% en clinique
- 5% en centre de cancérologie

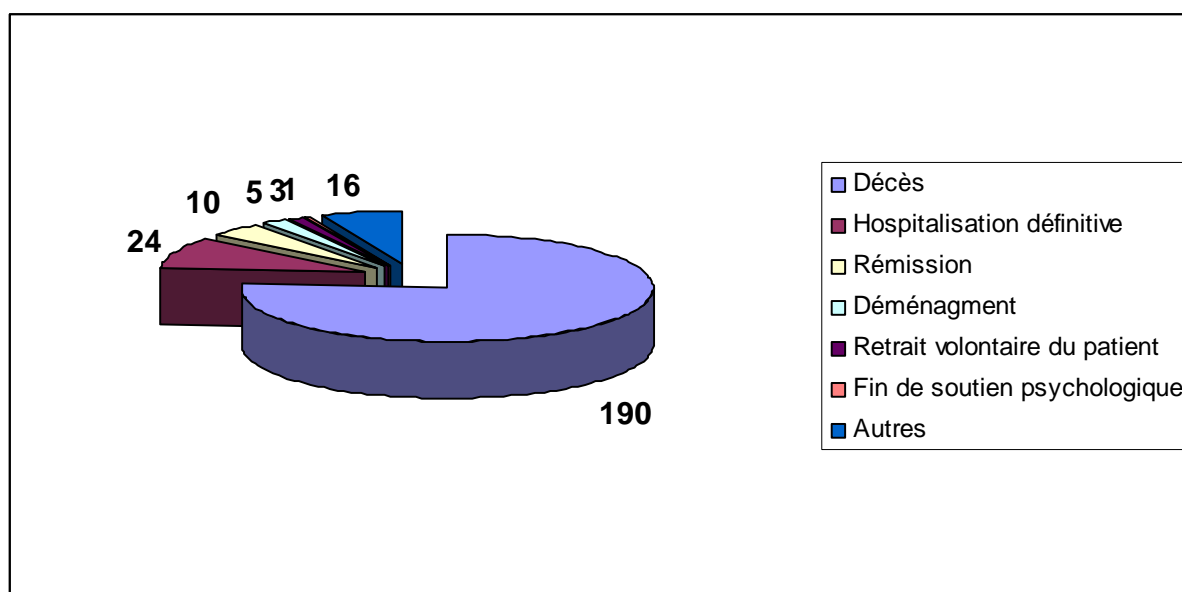
4% en établissement de moyen ou long séjour

## II.2.4 Analyse des sorties

### Durée moyenne de prise en charge

Année	Durée moyenne de séjour	Nombre de patients sortis
2010	68	249

### Motifs de sortie du réseau sont :



### Les patients décédés :

Année	Nombre de patients décédés	Nombre de décès à domicile	Nombre de décès à l'hôpital	Nombre de décès à l'hôpital ayant eu lieu en USP ou dans un centre hospitalier doté d'EMSP ou de Lits dédiés
2010	190	42%	57%	52%

Après la prise en charge du patient, l'EMCE poursuit son activité pour 84 patients en 2010 suivant 2 axes :

#### *Après une hospitalisation définitive :*

- Soutien de l'entourage, en lien avec l'équipe hospitalière.

#### *Après le décès du patient :*

- Annonce aux partenaires du décès.
- Envoi de condoléances.
- Suivi de l'entourage s'il le souhaite.
- Si la situation l'exige, proposition **d'un suivi psychologique de deuil**. En règle générale, la prise en charge aura permis préalablement l'identification de problématiques permettant d'envisager ce suivi de manière anticipée et ce suivi aura pu être initié avant le décès du proche (cf II.2.6).
- Organisation d'une **réunion de fin de prise en charge, avec en moyenne 6 participants équipe et professionnels de ville**, animée par la psychologue de l'EMCE. Cette réunion a lieu,

si possible, durant le mois suivant le décès et réunit tous les intervenants médicaux, psychologiques et sociaux, libéraux et institutionnels. Elle a pour objectif de clore, du point de vue psychique, la prise en charge mais aussi, de permettre l'analyse de la prise en charge du point de vue de la pratique palliative et de la coordination.

Année	Réunions de fin de prise en charge
2010	50

### II.2.5 Accompagnement bénévoles et professionnels non soignants

L'équipe mobile de coordination peut proposer un accompagnement bénévole via le partenariat avec l'association ASP 91 de la manière suivante :

- Intervention des bénévoles d'accompagnement sur proposition de l'EMCE aux patients et à leurs famille.
- Présentation de la situation aux bénévoles.
- Présentation du bénévole lors de la première visite de celui-ci au domicile.
- Suivi téléphonique et lors de la réunion de staff, 1x mois.

Cette année, la collaboration n'a pas pu être mise en place du fait de la difficulté de recrutement pour l'ASP 91 de bénévoles intervenants à domicile sur notre secteur. La collaboration devrait à nouveau être active fin 2010.

Le réseau contribue à l'accompagnement, au chevet du patient, et à la formation, des aides à la vie sociale.

### II.2.6 Accompagnement social

Dans le cadre de la prise en charge globale, l'équipe infirmière propose un plan d'aide sociale, en collaboration avec les structures et assistantes sociales du secteur. L'équipe travaille en coordination avec ces services, informe les patients sur les possibilités d'aides sociales.

L'équipe initie un suivi social, en utilisant la fiche de contact social créée avec l'ensemble des partenaires sociaux, et la recherche des aides financières en lien avec l'assistante sociale compétente.

### II.2.7 Accompagnement psychologique

#### Nombre de soutien psychologique

Année	Patients suivis pendant la maladie	Membres de l'entourage suivis pendant la maladie	Membres de l'entourage en suivi de deuil
2010	13	29	14

La prise en charge psychologique au réseau comporte 2 volets :

- La collaboration avec les psychologues libéraux : Proposition d'un soutien psychologique pendant la maladie pour les patients et ses proches ainsi qu'après le décès, si besoin, assuré par les psychologues libéraux grâce aux rémunérations spécifiques.
- Le travail de la psychologue salariée permet, quant à elle, la mise en lien du patient et/ou ses proches avec le psychologue, le suivi de ces prises en charge, ainsi que l'analyse des pratiques professionnelles par le groupe de travail « Psychez ». Elle permet aussi la supervision de l'ensemble des réunions de coordination entre les professionnels et le soutien aux professionnels accompagnant les patients.

**Le groupe d'analyse des pratiques professionnelles des psychologues (Psychez)** s'est réuni six fois au cours de l'année 2010.

Le groupe est composé d'une quinzaine de psychologues à chaque séance. Un compte-rendu est systématiquement effectué et partagé.

**II.2.8 Continuité des soins**

L'astreinte :

Année	Appels reçus	Appels reçus des membres de l'entourage	Appels reçus des professionnels de santé
2010	598	320	278

Réassurance, prise en charge de situations d'aggravation, conseils téléphoniques médicaux, accompagnement des proches dans une phase agonique et annonce de décès sont les raisons les plus fréquentes des appels.

Les actions qui découlent des appels sont le plus souvent des adaptations de traitement qui avaient été anticipées (modification de traitement et/ou réexplication de traitement...) ou demande de passage pour évaluation par les infirmiers libéraux du patient.

Dans une moindre mesure, l'orientation vers les services d'urgence ou la mise en lien avec SOS médecin au domicile est effectuée. Le réseau et le SAMU travaillent conjointement à partir d'une fiche de suivi des patients pris en charge en réseau, actualisée chaque semaine et transmise à la régulation du SAMU, comprenant les protocoles d'anticipation médicaux disponibles au domicile ainsi que les directives anticipées du patient. SOS médecin, quand une évaluation clinique est nécessaire durant une astreinte, intervient au domicile et se met en lien avec le professionnel d'astreinte.

Ces données sont issues d'une analyse manuscrite des feuilles d'astreinte 2009, notre base de données ne nous permettant pas de la réaliser systématiquement.

L'évaluation qualitative que le réseau a menée en 2010 sur sa pratique, auprès des professionnels et des familles, montre déjà l'importance **de l'astreinte pour les familles en termes de sentiment de sécurité et notamment par le fait que les appelants connaissent le professionnel qui lui parle et que se dernier connaît la situation** dans l'ensemble de ses composantes sans avoir à rechercher les données la concernant, bien que la base soit bien-sûr à sa disposition lors de l'astreinte. Les prescriptions anticipées faites et présentes au domicile sont répertoriées.

L'impact sur l'objectif d'évitement d'hospitalisations intempestives de l'astreinte est évident mais reste à prouver de manière quantitative.

Le kit matériel d'anticipation

NEPALE a engagé en 2009 un travail sur l'anticipation des symptômes à domicile, élément clef du maintien à domicile. Cette réflexion a abouti sur la réalisation d'un kit de matériel (sécurisé par scotch identifié NEPALE) qui est déposé au domicile du patient au moment de la rédaction des prescriptions anticipées.

Les prescriptions et le kit font l'objet d'une explicitation directe aux professionnels de la prise en charge et notamment des infirmiers de ville au jour de sa mise en place.

Le réseau a entrepris, en 2010, une évaluation systématique qualitative et quantitative de sa pertinence : Nombre de kit déposé, nombre de kit utilisé, nombre de kit récupéré, freins à sa mise en place, freins à son utilisation.

Ce travail a été proposé au groupe de travail HAD/RESPALIF qui s'y réfère pour ses travaux.

Les liens ville/hôpital.

Ils sont formalisés par la demande systématique des comptes-rendus hospitaliers dès le signalement du patient et quelle que soit la personne qui signale.

Ils sont formalisés par l'envoi systématique des Comptes-rendus de visite d'évaluation ou de suivi, par l'envoi systématique des PPS.

Ils sont téléphoniques pour toute situation nécessitant des choix concertés dans les prises de décisions médicales.

Les liens entre les professionnels de ville libéraux ou institutionnels :

Ils sont formalisés par l'envoi systématique des comptes-rendus de visite d'évaluation ou de suivi.  
Ils sont téléphoniques et en temps réel, pour tout changement de situation et organisation de la prise en charge.

Ils sont formalisés par la visite d'évaluation, les réunions de coordination en cours de prise en charge quand il y en a et par les réunions de fin de prise en charge systématique pour toute prise en charge complexe cliniquement ou émotivement.

Le travail en réseau, en favorisant la circulation des informations en temps réel entre les professionnels de proximité et entre eux et les praticiens hospitaliers, favorise la continuité des soins selon deux axes :

- Une bonne orientation, au bon moment.
- Une juste réactivité pour des situations bien évaluées.

### II.3 Environnement : intégration et impact sur le territoire

#### II.3.1 Intégration des professionnels de santé libéraux

##### Implications des professionnels dans les prises en charge

L'ensemble des **professionnels de santé libéraux médicaux et paramédicaux** peut être partenaire du réseau : médecins généralistes, IDE, Psychologues, Kinésithérapeutes, pharmaciens, ou tout autres professionnels de ville adaptés à une situation particulière.

	Médecin généraliste	Infirmier libéral	Psychologue libéral	Kinésithérapeute libéral	Pharmacies
<b>Signataires de la charte et accord de collaboration</b>					
2010	22	22	3	1	17
TOTAL	271	217	38	9	37
<b>Ayant participé à au moins une prise en charge ou ayant assisté à une formation.</b>					
2010	173	182	18	28	174
<b>Professionnels de santé recensés sur le territoire</b>					
	666	325	227	484	307

##### *Modalités et niveaux d'engagement :*

Les professionnels peuvent participer au réseau selon **plusieurs modalités et niveaux** d'engagement :

*Professionnels de proximité:* ils ont signé **l'accord de collaboration**, la charte du réseau et la convention constitutive leur a été remise **et ils travaillent avec le réseau. Ils sont membre du réseau.** L'accord de collaboration est renouvelé tous les ans par tacite reconduction.

*Professionnels participants:* ils n'ont pas signé l'accord de collaboration qui leur a été remis ainsi que la charte et la convention constitutive mais travaillent avec l'Equipe Mobile de Coordination. Ils constituent le réseau informel.

*Professionnels Adhérents:* Indépendamment de l'accord de collaboration, tout professionnel de notre territoire peut adhérer à l'association.

L'ensemble des professionnels du territoire, professionnels de proximité, participants, adhérents ou non, peuvent participer aux formations organisées par le réseau et à tous les projets existants.

**Le réseau NEPALE n'exige pas des professionnels de santé qu'ils signent l'accord de collaboration pour prendre en charge, s'il en est d'accord, un patient, conjointement.**

En revanche la remise des documents constitutifs est systématique. Notre politique est informative sans incitation trop contraignante.

**Un même professionnel a pu prendre en charge en réseau plusieurs patients.**

Les Rémunérations spécifiques

En 2010, les professionnels ont bénéficié des RS pour 90 patients :

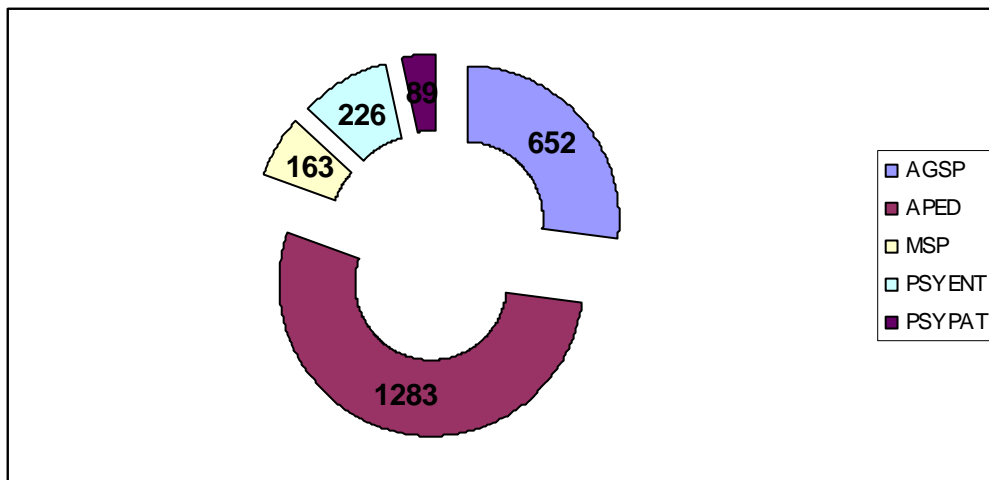
71 IDELS ont réalisés des actes globaux en soins palliatifs (AGSP) et actes d'évaluation de la douleur (APED).

24 médecins ont majorés leurs passages à domicile (MSP).

Par le biais des rémunérations spécifiques, 16 psychologues ont pris en charge patients (PSYPAT) et leur entourage (PSYENT) avant et en suivi de deuil.

REPARTITION PATIENTS/PROFESSIONNELS				
Année	PATIENTS	Médecin généraliste	Infirmier libéral	Psychologue libéral
2010	90	24	71	16

Répartition des RS par actes



Le réseau propose aux professionnels libéraux des **rémunérations spécifiques (RS)**, afin de leur assurer les moyens et la reconnaissance d'une prise en charge globale des patients en soins palliatifs à domicile.

Le réseau est entré dans le processus d'expérimentation des rémunérations spécifiques depuis avril 2005.

Les RS, outre la reconnaissance par les tutelles de l'exigence du travail en soins palliatifs pour les professionnels libéraux, rendent possible la diffusion et le renforcement des bonnes pratiques en soins palliatifs selon le cahier des charges ANAES.

Le dispositif de ces rémunérations, bien qu'expérimental, a été renouvelé. Dans un souci d'optimisation, la RESPALIF, a travaillé à la mutualisation de son système de gestion des rémunérations spécifiques qui s'est mis définitivement en place au 1<sup>ER</sup> juillet 2007. Depuis cette date, les réseaux organisent la cotation des actes mais confient la gestion des paiements et le suivi budgétaire à la Fédération. Pour ce faire, le réseau NEPALE instaure une réflexion coopérative avec les professionnels de santé pour déterminer avec eux, les actes d'évaluation de la douleur ou de prise en charge globale de soins palliatifs nécessaires, au cas par cas, et suivant l'évolution de la maladie.

Les professionnels pouvant percevoir les prestations dérogatoires doivent avoir signés l'accord de collaboration avec le réseau.

D'un point de vue pédagogique, il nous a semblé intéressant cependant, à travers une question de gestion budgétaire, d'avoir enclenché un processus de réflexion avec les professionnels de santé, sur ce qui devait être côté au regard de ce qui devait être fait pour la qualité de la prise en charge du patient.

Par décision conjointe des réseaux au sein de la fédération des réseaux de soins palliatifs (RESPALIF), seule la ligne budgétaire évaluée par chaque réseau pour les prises en charge psychologiques est restée constante bien qu'extrêmement difficile à évaluer...qui pourrait savoir combien de prises en charge vont être nécessaire et combien de suivi de deuil.

**II.3.2 Intégration des établissements et institutions**

Nombre de Conventions signées:

Hôpital Joffre Dupuytren dont USP	Hôpital de Longjumeau dont EMSP
Hôpital de Villeneuve Saint Georges dont EMSP	Hôpital d'Arpajon dont USP
Hôpital des Cheminots	Hôpital des Magnolias
Hôpital de Bligny dont USP	Clinique de la Martinière
Hôpital de Juvisy dont USP	Clinique Boyer
Clinique des Jardins de Brunoy	Hôpital privé d'Athis Mons

**12 conventions signées sur 25 établissements publics et privés dans le territoire d'intervention du réseau.**

Partenariats informels et fonctionnels:

Hôpital de La Theuillerie	Hôpital privé d'Antony
USP Jeanne Garnier	USP Paul Brousse dont hôpital de jour
IGR dont EMSP	Hôpital de Corbeil dont EMSP
Hôpital Curie dont EMSP et hôpital de jour.	Hôpital d'Orsay
Hôpital Percy et Val de grâce	
Hôpital Saint Antoine, Paul Brousse, La Pitié-Salpêtrière, Trousseau...	

**A part l'hôpital d'Orsay et La Theuillerie, ces structures ne sont pas sur notre territoire.**

Le réseau a noué différents types de partenariats : signature de conventions ou partenariat fonctionnel. Le réseau s'attache à créer des espaces d'échanges de savoir-faire et de coopération avec l'ensemble de ses partenaires.

La mise en réseau des différents acteurs sociaux, médicaux, psychologiques, qu'ils soient libéraux ou institutionnels, permet d'éviter des traitements ou des hospitalisations inutiles ou multiples par la mise en valeur des capacités de chacun, la reconnaissance de leurs spécificités et les conseils de l'EMCE. Cela passe nécessairement par une transformation des pratiques professionnelles. En d'autres termes, il s'agit d'additionner les compétences au lieu de les juxtaposer.

L'EMCE favorise le décloisonnement ville hôpital, par sa position de conseil et d'appui spécialisés, elle ne se substitue pas aux acteurs de santé qui accompagnent le patient. Elle favorise la circulation de l'information.

PARTENAIRES DU RESEAU	NATURE DU PARTENARIAT	MODALITE DU PARTENARIAT
<b>ETABLISSEMENTS DE SANTE</b>		
Hôpitaux, cliniques et établissements partenaires	Prise en charge de patients et évaluation conjointe pour la sortie. Elaboration du parcours de soins du patient Communication Ville Hôpital	Charte et/ou convention constitutive et signatures de convention ou partenariat fonctionnel
HAD	Prise en charge commune de patients. Elaboration conjointe de protocoles de travail.	Partenariat fonctionnel

Des liens étroits unissent le réseau de soins palliatifs aux **USP** de son secteur et limitrophes, le formulaire CORPALIF d'admission en USP est diffusé aux médecins traitants et l'hospitalisation des patients du réseau est préparée si nécessaire par l'EMCE et anticipée la plupart du temps.

Des partenariats formels et informels existent avec la plupart des **hôpitaux** du secteur et limitrophes. Les contacts réguliers sont pris avec les médecins hospitaliers référents des patients toujours dans un souci d'échanges d'information et de fluidité du parcours du patient.

Les comptes-rendus de l'EMCE sont systématiquement adressés aux praticiens hospitaliers des patients.

**Les équipes mobiles et unités de soins palliatifs**, comme dit plus haut, sont des partenaires indispensables à l'équipe du réseau, permettant des liens plus fluides entre la ville et l'hôpital. En effet, les relations privilégiées ainsi établies permettent de faciliter les retours à domicile mais aussi les séjours hospitaliers en unités spécialisées ou dans les services de référence du patient. NEPALE travaille notamment avec les EMSP de Longjumeau, Villeneuve Saint Georges et Corbeil et les USP de Bligny, Arpajon, Joffre et Juvisy.

Dès lors qu'une EMSP ou des lits identifiés existent, l'équipe mobile du réseau a rencontré au moins une fois les membres de ces équipes ou les professionnels référents.

Les structures médico-sociales :

Nombre de conventions signées.

SSIAD D'Arpajon

EHPAD

Asphodia (Yerres)	Médecis (Viry Chatillon)
Marcel Paul (Fleury Merogis)	File Etoupe (Monthéry)
Les Laris (Breuillet)	Domaine de Charaintru (Savigny sur Orge)
Les Parentèles (La Ville du Bois)	Massy Villemorin (Massy)
Arpage (Chilly Mazarin)	Le Manoir (Montgeron)
Relais Tendresse (Brétigny sur Orge)	Résidence de l'Orge (Saint Germain les Arpajon)
Résidence Mosaique (Villemoisson)	Résidence du Bois Renaud (Montgeron)
Résidence Bellevue (Epinay sur Orge)	Château de DRANEM (Ris Orangis)

16 conventions signées sur 50 EHPAD sur la zone d'intervention.

Rencontres et nouveaux partenariats avec convention en cours:

EHPAD

Le Village d'Angervilliers	
Résidence Le Flore (Montgeron)	Résidence du Clos Fleuri (Draveil)
Repotel (Marcoussis)	Peray Vacluse (Epinay sur Orge)
Les Grouettes (Saint Michel sur Orge)	Les Chênes Verts (Gif sur Yvette)
Les Cèdres (Savigny sur orge)	ARPAGE (Juvisy sur orge)
Institut St Charles (Verrières le Buisson)	
Résidence Sophia (Yerres)	

11 conventions en cours de signature sur 50 EHPAD sur la zone d'intervention.

CLIC :

Le réseau a rencontré individuellement les **5 CLIC** de notre territoire puis a organisé une rencontre collective pour finaliser les liens de partenariats entre nous et en fonction de missions parfois différentes entre les CLIC.

PARTENAIRES DU RESEAU	NATURE DU PARTENARIAT	MODALITE DU PARTENARIAT
SSIAD, Associations d'aides à domicile, CLIC, HAD	Les professionnels de santé s'engagent à intervenir auprès du patient pour son maintien à domicile. L'EMCE est l'équipe référente douleur et soins palliatifs.	Fonctionnel ou Conventionnel.
EHPAD	Prise en charge de patients et intervention de l'EMCE comme équipe référente douleurs et/ou soins palliatifs Formations	Fonctionnel ou Conventionnel

Analyse et atteinte des objectifs :

Au-delà de la question de la signature, il est à noter que l'ensemble des établissements ou structures cités a pris en charge au moins une fois un patient en réseau.

Le réseau intervient auprès de ces structures selon plusieurs axes :

- Réunions d'information sur les soins palliatifs et la prise en charge en réseau.
- Prise en charge conjointe de patients : coordination, complémentarité, soutien aux professionnels, partage des informations, participation aux prises de décision et élaboration conjointe du parcours de soins du patient, soutien et implication des familles.
- Formations thématiques : douleur, Soins du corps, symptômes de fin de vie, etc.
- Conférences sur la Loi Léonetti et le partenariat EHPAD/NEPALE aux familles de résidents.

En 2009, le réseau a développé dans les EHPAD, une démarche spécifique de travail permettant une meilleure prise en charge, un suivi régulier des personnes concernées et les moyens d'un travail en collaboration entre les équipes de coordination internes, les professionnels libéraux et l'EMCE.

Le réseau propose aux EHPAD des réunions collectives pour les familles et les résidents, rencontres organisées conjointement, dans le but de faire connaître nos liens de collaboration, nos objectifs (expertise et soutien aux équipes et aux familles) et la loi Léonetti.

NEPALE a par ailleurs contractualisé une convention de partenariat avec l'association Âge qui a pour mission la formation des équipes de soins et des équipes administratives des EHPAD et des maisons de retraite pour assurer les formations en démarche et soins palliatifs sur notre département. Les thèmes développés par NEPALE sont complémentaires de ceux développés par le réseau SPES.

Les partenaires sociaux :

PARTENAIRES DU RESEAU	NATURE DU PARTENARIAT	MODALITE DU PARTENARIAT
CPAM de l'Essonne	Fond FNASS	Partenariat fonctionnel
CRAMIF	Partenariat pour l'aide aux aidants	Partenariat fonctionnel
Conseil Général	APA Subventions sur projet	Partenariat fonctionnel Convention de financement
Mairies, CCAS, Maisons des solidarités	Service social et des retraités Subventions ou prêt de salles	Convention de partenariat

L'EMCE travaille en coordination et avec les services sociaux. Elle informe les patients sur les possibilités d'aides sociales. Elle initie le suivi social et la recherche des aides financières en lien avec l'assistante sociale compétente, que ce soit pour le patient ou dans le cadre de l'aide aux aidants avec la CRAMIF.

Des rencontres entre équipes ont eu lieu tout au long des trois dernières années afin de faciliter les liens de travail par la bonne identification des missions de chacun.

Le temps consacré à cette dimension de la prise en charge globale des patients est important et indispensable dans la mesure où le maintien à domicile exige souvent des matériels qui ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale en tout ou partie comme les protections par exemple.

	Nombre de dossiers FNASS	Nombre de dossiers APA	Nombre de dossiers CRAMIF
2010	29	23	12

L'analyse des prises en charge nous a montré qu'aucune réorientation vers des services médicaux n'a été imposée par des difficultés sociales. Notre objectif de prise en charge globale est donc atteint.

### II.3.3 Formations et informations des professionnels et des usagers

#### Formations

Il est à noter que dans chaque EHPAD, nous réalisons 2 séances sur le même thème afin de pouvoir former l'équipe et la contre-équipe.

#### **Les formations avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins :**

Suite au rapport de la commission fin de vie présidée par J Léonetti d'évaluation sur la loi du 22 avril 2005, le constat de l'insuffisance de la diffusion de cette loi a motivé la réalisation **d'un partenariat avec le conseil départemental de l'Ordre des médecins et les réseaux NEPALE et SPES pour diffuser une formation sur la loi Léonetti**. Le niveau d'intervention retenu est celui des amicales et des commissions ou conférences médicales d'établissement (CME). Un courrier réalisé par le Président du conseil départemental de l'ordre a été envoyé aux médecins, une programmation des réunions de formation par le réseau de soins palliatifs du secteur est en place depuis début 2010.

Formation 2010	Nombre de personnes formées
Atelier : prise en charge de la douleur à domicile : 2 séances	20
Formation soins palliatifs et soins du corps à l'EHPAD d'Angervilliers : 2 séances	24
Formation douleurs à l'EHPAD Château de Dranem : 2 séances	24
Formation soins palliatifs à l'EHPAD Relais Tendresse : 2 séances	24
Formation soins palliatifs, symptômes de fin de vie et soins du corps à l'EHPAD du Centenaire : 2 séances	24
Formation soins palliatifs et soins du corps à l'EHPAD Le Manoir : 2 séances	24
Formation soins palliatifs à l'EHPAD File Etoupe : 2 séances	24
Présentation de la Loi Leonetti au	32

CHSF	
Formation soins palliatifs et kinésithérapie à domicile avec le réseau RKBE	20
Sensibilisation aux soins palliatifs à l'IFSI de Longjumeau et Perray-Vaucluse.	34
Formation soins palliatifs, soins du corps et douleur à la Fondation Gutenez : 2 séances	24
PSYCHEZ : Formation des psychologues libéraux (6 séances/an)	14
25 SEANCES	288

#### Formation-action ou Compagnonnage formatif

L'équipe du réseau assure sa mission de formation auprès des professionnels de ville par une démarche d'amélioration continue des pratiques professionnelles dans le cadre des prises en charge, au chevet du patient.

Année	Visites conjointes et Réunion de coordination	Réunion de fin de prise en charge
2010	414	50

#### Diffusion des règles de bonnes pratiques :

Le réseau utilise et diffuse 23 protocoles de soins. L'EMCE les explicite au cours des prises en charge. Ces protocoles réalisés conjointement avec le réseau SPES, sont disponibles sur le site internet.

#### Sensibilisation des usagers :

Le réseau organise à la demande des municipalités, des **Conférences grand public**. L'ensemble des municipalités a été informé de cette possibilité offerte par le réseau, par courrier. En 2009, le réseau est intervenu au CLIC de Limours et à la mairie de Villebon, en 2010 à la Paroisse de Palaiseau.

Le réseau s'attache au développement de la culture palliative et à sa diffusion, par des **actions de formation** pluri professionnelle, concernant les professionnels libéraux, institutionnels et associatifs du secteur d'intervention du réseau, sur des thèmes variés en lien avec le soin palliatif.

Les professionnels en sont informés (Programmes et plaquettes de formation en annexe 6):

- par le programme de formation annuel à destination de l'ensemble des professionnels de santé et soins à domicile,
- par la réalisation d'ateliers techniques à destination des infirmiers libéraux,
- par le groupe d'analyse des pratiques des psychologues libéraux.

Elles sont réalisées également :

- A la demande des amicales de médecins.
- A la demande des EHPAD.
- A la demande des SSIAD.
- A la demande des IFSI.
- A la demande des EMSP ou des professionnels d'établissements sanitaires.

Le réseau est titulaire d'un numéro de formation continue, du numéro FMC et a signé une convention avec l'organisme de formation associatif AGE à destination des établissements pour personnes âgées et médico-sociaux. .

Le réseau NEPALE intervient sur un territoire qui se caractérise par des axes de circulation longitudinaux imposant des temps de transport longs pour aller d'un point à un autre. Cette réalité fonctionnelle impose que les formations soient réalisées pour chaque thème dans trois secteurs différents, correspondant aux habitudes de vie des professionnels. Il est pratiquement impossible de fidéliser les activités de formations du réseau en un endroit qui deviendrait central et facilement repérable par les professionnels de la zone d'intervention. Chaque thème de formation requiert donc trois soirées pour chaque intervenant et pour chaque salarié du réseau responsable de la formation qui a lieu. Cette donnée géographique impose une charge de travail importante.

**Le compagnonnage des professionnels libéraux** au chevet des patients est un excellent espace pédagogique d'apprentissage de la démarche et de la pratique des soins palliatifs dans la visée d'une autonomie des professionnels de ville et d'une diffusion des règles de bonnes pratiques tant en matière de suivi que d'anticipation des symptômes.

**Les formations en institutions**, leur nombre et les thèmes ont été fortement diversifiés en trois années d'existence. Elles s'adressent aux équipes des EHPAD et des institutions pour personnes déficientes mentales. Elles répondent à la perspective des dynamiques internes d'établissement et renforce la pratique déjà engagée dans le cadre des prises en charge.

**Les conférences grand public** réalisées en partenariat avec les communes sont non seulement un bon outil de diffusion des droits des usagers en matière de soins palliatifs mais aussi un support de décloisonnement entre les différentes structures et les différents types d'intervenants (libéraux et institutionnels) sur une commune. L'échelle de territoire de la commune permet l'installation d'une dynamique locale qui répond, selon les retours des élus avec qui nous avons travaillé, à leur demande en matière de santé.

#### II.3.4 Coopération avec les autres réseaux de santé et diversification de l'activité

##### Coopération avec les autres réseaux de santé

###### SPES

NEPALE et SPES collaborent régulièrement pour différents projets départementaux.

Le groupe mutualisé d'élaboration de « Protocoles thérapeutiques et d'anticipation » se réunit environ 4 fois par an.

Les deux réseaux organisent des formations conjointement : Loi Léonetti, Etat des lieux des soins palliatifs en France et en Europe, L'annonce en oncologie.

Les deux réseaux ont également un partenariat spécifique avec le Conseil de l'Ordre des Médecins du 91 pour la formation en institutions et en ville sur la Loi Léonetti.

Les deux réseaux ont harmonisé leurs critères d'inclusion et de suivi des patients. Ils utilisent des outils de transmissions et d'informations mutualisés.

Ils interviennent selon les mêmes modalités auprès des collectivités territoriales.

Les deux réseaux œuvrent aux seins des commissions de la RESPALIF.

Le partenariat de travail est effectif et l'objet d'un développement important dans les années à venir. Nous partageons les mêmes valeurs, les mêmes méthodes de travail et les mêmes perspectives.

###### ESSONONCO

Le nombre de signalement du réseau ESSONONCO vers le réseau NEPALE reste stable depuis trois ans.

Année	Nombres de patients signalés
2010	33

L'objectif de travail collaboratif a nécessité plusieurs rencontres et impose une poursuite des échanges pour affiner et formaliser des procédures communes.

Nous décrivons ci-dessous les deux modes les plus fréquents de collaboration pour un même patient :

- Signalement des patients suivis initialement par ESSONONCO au réseau NEPALE :

Tout patient ayant un suivi oncologique en Essonne est inclus dans le réseau de cancérologie ESSONONCO. Les infirmières de la cellule de coordination d'ESSONONCO signalent au réseau NEPALE les patients hospitalisés ou non, pour lesquels elles estiment l'intervention du réseau nécessaire. Pour faciliter ces signalements du réseau ESSONONCO aux réseaux de soins palliatifs, les critères d'inclusion du réseau SPES et NEPALE ont été travaillés conjointement.

Le signalement est réalisé téléphoniquement et donne lieu à un recueil de données par le réseau NEPALE. Une évaluation de la situation clinique est réalisée à l'hôpital par les infirmières coordinatrices d'ESSONONCO. La prise en charge par le réseau NEPALE suit ensuite la même procédure que d'habitude. L'équipe de coordination du réseau NEPALE assure le suivi au domicile et en informe les coordinatrices du réseau ESSONONCO.

- Le réseau NEPALE adresse à ESSONONCO la liste de ses nouveaux patients chaque semaine afin de vérifier leur éventuel suivi antérieur par le réseau de cancérologie. La base du réseau de cancérologie est activée par le réseau ESSONONCO afin d'être accessible alors pour les médecins de NEPALE et pour les patients inclus à ESSONONCO. NEPALE transfère sur cette base ses comptes-rendus.

#### HIPPOCAMPE

Aucun signalement du réseau HIPPOCAMPE vers le réseau NEPALE.

3 patients ont été adressés par NEPALE vers HIPPOCAMPE dans le cadre d'une ré-orientation.

Nous avons organisé une réunion de concertation et d'échanges avec l'équipe du réseau afin d'envisager la faisabilité d'une collaboration, compte tenu du faible taux de signalement.

Le réseau HIPPOCAMPE, dont les activités ont été récemment élargies à la gériatrie, prend en charge encore aujourd'hui une majorité de patients dont la pathologie démentielle et/ou le grand âge de l'entourage, empêchent le maintien à domicile de fin de vie.

#### PERINATIF SUD

Le réseau NEPALE a accompagné le réseau PERINATIF SUD dans sa construction en transmettant ses outils de gestion financière et d'évaluation à l'équipe de coordination. Nous sommes en lien de conseils pour l'ensemble de la structuration administrative de ce nouveau réseau.

#### Le réseau SLA Ile de France (Sclérose latérale amyotrophique)

Le réseau SLA et NEPALE collaborent lors du retour et maintien à domicile de patients atteints de SLA.

#### Plateforme des réseaux essonniers

En 2010, les réseaux de l'Essonne ont débuté un processus de concertation et d'échanges devant aboutir à terme au renforcement de la visibilité de l'existant par les usagers essonniers, une orientation efficace des patients pour un parcours de santé optimum et des mutualisations de moyens.

### II.3.5 Dispositifs de coordination et de décloisonnement entre les acteurs

Le réseau NEPALE met en œuvre, par sa mission même, des dispositifs de coordination et de décloisonnements entre les acteurs dans l'ensemble des axes de sa mission : Coordination, Expertise médicale et formations.

### II.3.6 Participation aux autres instances territoriales, régionales et nationales

#### **Territorialement:**

Le réseau participe aux groupes de travail territorial et institutionnel:

- SROSS soins palliatifs.
- Groupe de travail EHPAD – Soins palliatifs avec la DDASS 91.
- NEPALE anime le groupe de travail CORPALIF 91.

Le réseau NEPALE participe au groupe de travail des réseaux du 91 dont l'objectif est la mutualisation des moyens. Actuellement 5 réseaux participent : REVSDIAB, HIPPOCAMPES, SPES et NEPALE et le réseau RONDE. Une prochaine rencontre en septembre 2010 doit réunir les autres réseaux du département dont ESSONONCO, Apolline, REPOP, Réseau Santé Mentale, RKBE...

#### HAD-SANTE SERVICE

NEPALE et les cadres et médecins coordinateurs, en lien avec le travail régional mis en œuvre au sein de la RESAPLIF, procède à des réunions régulières d'organisation de travail d'un point de vue fonctionnel et clinique.

Les IDEC du réseau participent aux staffs de l'HAD quand des patients pris en charge en commun présentent des problématiques complexes.

#### **Régionalement :**

##### La fédération RESPALIF

NEPALE contribue à la mutualisation des moyens et des ressources ainsi qu'au partage des bonnes pratiques en participant à 4 groupes de travail :

- Le groupe de travail communication, permettant la mise en place d'outils de communications telles que des kits de conférences publiques et la préparation du colloque 2010.
- Le groupe de travail juridique et social qui a permis la mise en place d'un ouvrage de référence en droit du travail à destination des réseaux de santé et assure une veille juridique pour les réseaux membres.
- Le groupe Harmonisation des outils avec la mise en place de la fiche préalable à la demande d'inclusion, la mutualisation des tableaux de bords (Cf annexe N°7) et la réalisation d'une trame commune d'élaboration du rapport d'activité.
- Le groupe HAD (AP-HP et Santé-Service) et réseaux de soins palliatifs : participation à la définition des objectifs du groupe, au groupe protocole de lien MG/HAD/Réseaux, au groupe prescriptions anticipées.
- Le groupe des psychologues salariés des réseaux.  
Ce travail permet une analyse des pratiques, de partager ses bonnes pratiques, en fonction d'une vision commune des enjeux.

Le travail mené par NEPALE sur les prescriptions anticipées et l'élaboration d'un Kit matériel à domicile va donner lieu à une recommandation pour l'ensemble des réseaux de soins palliatifs.

#### ONCORIF

NEPALE participe aux instances régionales et représente la RESPALIF au sein du CA.

CORPALIF :

Les salariés du réseau participent aux réunions de la CORPALIF.

Plate-forme des réseaux d'Ile de France :

NEPALE participe à l'élaboration d'une plate-forme régionale de représentation des réseaux d'Ile de France.

**Nationalement :**

SFAP :

Le réseau est membre de la SFAP.

**II.3.7 Autres projets impliquant le réseau**

Evaluation qualitative :

Le réseau a entrepris en 2010 la mise en œuvre d'une évaluation qualitative de son activité par entretiens semi-directifs auprès des usagers et des professionnels.

Il a fait appel à des professionnels de l'évaluation pour construire et réaliser la démarche et les outils de l'évaluation afin d'en garantir la fiabilité. Nous avons fait le choix de mener avec eux cette évaluation dans le souci formatif en matière d'évaluation de notre équipe et de nos administrateurs engagés également dans sa conception et sa réalisation.

Les résultats de cette étude nous ont permis de construire des indicateurs de qualité notamment sur les motifs de collaboration et nous donner les moyens d'une analyse de notre pratique dans l'objectif d'une évolution et/ou de mesures correctives si nécessaire :

Le réseau NEPALE a souhaité se doter d'indicateurs de qualité pour son évaluation interne, en sus de ceux déjà construits pour notre analyse de pratique de «routine». Pour cela, nous avons choisi de mener une évaluation participative avec l'apport de spécialistes de la méthodologie d'enquête par entretiens semi-directifs. .

31 familles ayant bénéficiées de l'accompagnement de notre réseau durant la maladie et jusqu'au décès de leur proche ainsi que deux professionnels de santé par famille (soit 54 professionnels) nommés par ces familles, ont acceptés de participer à notre enquête. Grâce à eux, nous sommes en mesure aujourd'hui de construire une grille d'évaluation de notre pratique suivant les axes ainsi définis:

**Pour l'évaluation de la satisfaction des proches.**

Critères de la qualité de l'accompagnement : la sécurité, l'efficacité et l'humanité, chacun pouvant s'évaluer au regard des indicateurs suivants :

La sécurité :

La disponibilité 24h/24

La continuité du soutien

Le sentiment de sécurité et de confiance

L'efficacité :

Le soulagement de la douleur physique et psychique

L'efficacité des moyens humains et techniques

La réactivité et la rapidité de l'équipe mobile

Le sentiment d'être moins débordé, soulagé

L'humanité :

Les qualités humaines de l'équipe mobile de coordination

La prise en compte du malade, des proches

Le respect des idées, du mode de vie, de la culture du foyer

**Pour l'évaluation de la satisfaction des professionnels.**

Critères de la qualité de l'accompagnement : l'organisation du suivi pluridisciplinaire et les apports spécifiques en matière de soins palliatifs, chacun pouvant s'évaluer au regard des indicateurs suivants :

L'organisation du suivi pluridisciplinaire :

La prise en compte de toutes les problématiques (approche globale)

Les interventions conjointes  
La circulation de l'information  
La coordination entre acteurs et la répartition des rôles  
La médiation entre la famille et les professionnels  
Les rémunérations spécifiques  
La réactivité et la rapidité d'intervention

Les apports en matière de soins palliatifs:

L'expertise en matière de fin de vie : soulagement de la souffrance physique et psychique des malades et des proches  
L'expertise en matière de fin de vie : gestion du maintien à domicile tant que cela est souhaité et possible  
L'expertise en matière de fin de vie : conseil et formation des professionnels  
Le sentiment de faire partie d'une équipe, dimension de partage et de soutien des professionnels du domicile  
La disponibilité 24h/24  
La qualité des relations avec les établissements de santé (hospitalisation, retour à domicile...)

### Evaluation quantitative

Nous continuons à travailler sur le tableau de bord commun Respalif pour notre relevé de données chiffrées semestriel. Les données sont extraites de notre base « patient », vérifiées et validées par la coordinatrice administrative et la directrice après présentation à l'EMCE.

En 2010, nous avons par ailleurs commencé à construire des indicateurs pour une évaluation interne de la qualité des prises en charge au regard des données chiffrées dont nous disposons informatiquement ou par création manuelle (pas d'outils logiciel adapté) d'un relevé systématique et analytique.

Deux axes d'évaluation ont été retenus à partir du quatrième trimestre 2010 :

- **Le parcours de santé** en étudiant les **données relatives aux hospitalisations** :
  - Etude des causes et motifs d'hospitalisation en parallèle avec les conditions à domicile,
  - Etude des conditions d'organisation,
  - Etude des lieux d'hospitalisations,
  - Etude des transmissions entre l'institution et le réseau,
  - Etude des conditions de retour à domicile s'il y a lieu.
  
- **La continuité des soins** avec les actions de permanence téléphonique :
  - Etude des motifs d'appels,
  - Etude des réponses apportées,
  - Etude des effets produits,
  - Etude des actions mis en place suite aux appels,
  - Etude du moment de l'appel par rapport au parcours de prise en charge en réseau.

Nous présenterons nos conclusions dans le prochain rapport d'activité.

**II.4 Synthèse des objectifs 2008/2010**

SYNTHESE QUANTITATIVE D'ATTEINTE DES RESULTATS  
2008-2009-2010

**OBJECTIF GENERAL : Renforcer la prise en charge médico-psycho-sociale des patients atteints de maladie grave**

OBJECTIFS OPERATIONNELS	INDICATEURS	TABLEAUX ANNUELS				ATTEINTE DES OBJECTIFS								
Renforcer l'accès aux soins palliatifs Optimiser le parcours de soins	Nombre de Signalements	<table border="1"> <tr><td>2008</td><td>374</td></tr> <tr><td>2009</td><td>376</td></tr> <tr><td>2010</td><td>411</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>1161</td></tr> </table>				2008	374	2009	376	2010	411	TOTAL	1161	<b>Stabilisation prévue atteinte.</b> Légère augmentation sur trois ans qui se poursuivra avec la montée en charge du secteur d'Arpajon.
2008	374													
2009	376													
2010	411													
TOTAL	1161													
Renforcer le maillage territorial Coordonner les soins	Origine des signalements		Usagers	Hôpital	Ville	Bonne répartition dans l'origine des signalements. <b>Objectif atteint.</b>								
		2008	26%	34%	40%									
		2009	21%	43%	36%									
		2010	22%	38%	40%									
Assurer le compagnonnage des professionnels de la ville. Renforcer l'accès aux soins palliatifs	Délais de prise en charge	<table border="1"> <tr><td>2008</td><td>7 jours</td></tr> <tr><td>2009</td><td>6 jours</td></tr> <tr><td>2010</td><td>11 jours</td></tr> </table>				2008	7 jours	2009	6 jours	2010	11 jours	<b>Maintien des délais à 6 jours atteint.</b> Diminution du nombre d'hospitalisation avant la PEC.		
2008	7 jours													
2009	6 jours													
2010	11 jours													
Renforcer l'accès aux soins palliatifs Optimiser le parcours de soins Renforcer la PEC globale palliative à domicile Développer la démarche et les soins palliatifs en ville	Prises en charge des patients et de leur entourage	<table border="1"> <tr><td>2008</td><td>236</td></tr> <tr><td>2009</td><td>294</td></tr> <tr><td>2010</td><td>315</td></tr> <tr><td>TOTAL</td><td>845</td></tr> </table>				2008	236	2009	294	2010	315	TOTAL	845	<b>Progression atteinte à 300 patients/an</b> Stabilisation à maintenir
2008	236													
2009	294													
2010	315													
TOTAL	845													

<p>Former les professionnels de ville à la démarche et aux soins palliatifs (partage des règles de bonnes pratiques)                  Coordonner les soins                  Apporter aux professionnels de ville l'expertise et les conseils en soins palliatifs                  Renforcer le maillage territorial et assurer la continuité des soins</p>	<p>Visites à domicile</p>	<table border="1" data-bbox="1021 228 1393 355"> <tr> <td>2008</td> <td>422</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>441</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>414</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>1277</td> </tr> </table>	2008	422	2009	441	2010	414	TOTAL	1277	<p>Augmentation du nombre des VAD en lien avec l'augmentation du nombre de patients.  <b>Objectif atteint</b>  <b>Objectif qualitatif atteint:</b>                  maintien des visites pluriprofessionnelles systématiques (EMCE- IDEC et Méd. CO/MG/IDEL/HAD)</p>				
2008	422														
2009	441														
2010	414														
TOTAL	1277														
<p>Assurer la qualité des soins par l'analyse des pratiques et le partage des règles de bonnes pratiques                  Former à la démarche palliative</p>	<p>Réunions de coordination (Ethique en situation complexe et Fin de PEC)</p>	<table border="1" data-bbox="936 579 1478 767"> <thead> <tr> <th></th> <th>VAD conjointes et RFPEC</th> <th>Moyenne des participants</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>296</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>393</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>464</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>		VAD conjointes et RFPEC	Moyenne des participants	2008	296	6	2009	393	6	2010	464	6	<p>Le nombre des réunions de coordination ne peut se prévoir.                  Le nombre des réunions de fin de prise en charge (RFPEC), utiles en terme de pratiques et psychologiquement, est constant et important.  <b>Objectif atteint</b></p>
	VAD conjointes et RFPEC	Moyenne des participants													
2008	296	6													
2009	393	6													
2010	464	6													
<p>Assurer la qualité des soins et diffuser des règles de bonne pratique                  Assurer le compagnonnage des professionnels de la ville.                  Assurer la continuité des soins</p>	<p>Protocoles médicaux</p>	<p>Nombre de protocoles créé : 9                  Nombre utilisé NON QUANTIFIE</p>	<p>Création mutualisée avec SPES                  Diffusion en VAD et internet  <b>Objectif atteint</b></p>												
<p>Veiller à la rationalisation des coûts                  Assurer la sécurité du patient et la continuité des soins                  Optimiser le parcours de soins</p>	<p>Hospitalisations</p>	<table border="1" data-bbox="913 1134 1503 1321"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nombre de patients hospitalisés</th> <th>Nombre d'hospitalisations</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>99</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>150</td> <td>216</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>157</td> <td>232</td> </tr> </tbody> </table>		Nombre de patients hospitalisés	Nombre d'hospitalisations	2008	99	143	2009	150	216	2010	157	232	<p>Variation en hausse liée à l'exigence de relevé.  <b>Cet indicateur doit faire l'objet d'une analyse approfondie dans les années à venir.</b></p>
	Nombre de patients hospitalisés	Nombre d'hospitalisations													
2008	99	143													
2009	150	216													
2010	157	232													

<p>Assurer la continuité des soins Assurer la qualité des soins et la sécurité du patient Optimiser le parcours de soins</p>	<p>Appels en astreinte</p>	<table border="1" data-bbox="936 252 1480 411"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">Nombre d'appels reçus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td colspan="2">359</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td colspan="2">369</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td colspan="2">598</td> </tr> </tbody> </table>					Nombre d'appels reçus		2008	359		2009	369		2010	598		<p><b>Objectif à évaluer</b> éventuellement à partir des hospitalisations en urgence non programmées. Le logiciel ne nous permet pas d'extraire cette donnée. On note une stabilité du nombre des appels. <b>L'évaluation externe faite par le réseau auprès des familles confirme l'apport de sécurité et d'évitement des transferts aux urgences pour les familles.</b></p>				
	Nombre d'appels reçus																					
2008	359																					
2009	369																					
2010	598																					
<p>Assurer une prise en charge globale Favoriser le maintien à domicile Mobiliser les personnes ressources</p>	<p>Suivis sociaux</p>	<table border="1" data-bbox="801 767 1435 986"> <thead> <tr> <th></th> <th>Nombre de dossiers FNASS</th> <th>Nombre de dossiers APA</th> <th>Nombre de dossiers CRAMIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>32</td> <td>41</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>29</td> <td>23</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table>					Nombre de dossiers FNASS	Nombre de dossiers APA	Nombre de dossiers CRAMIF	2008	25	26	12	2009	32	41	13	2010	29	23	12	<p>Liens avec les services sociaux de notre secteur et départementaux établis. Aucun arrêt de prise en charge lié à une insuffisance des aides sociales. <b>Objectif atteint</b></p>
	Nombre de dossiers FNASS	Nombre de dossiers APA	Nombre de dossiers CRAMIF																			
2008	25	26	12																			
2009	32	41	13																			
2010	29	23	12																			
<p>Assurer une prise en charge globale Eviter les deuils pathologiques</p>	<p>Soutien psychologique</p>	<table border="1" data-bbox="801 1038 1435 1225"> <thead> <tr> <th></th> <th>Patients suivis</th> <th>Proches suivis</th> <th>Proches en suivi de deuil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2008</td> <td>15</td> <td>7</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td>2009</td> <td>13</td> <td>6</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td>2010</td> <td>13</td> <td>29</td> <td>14</td> </tr> </tbody> </table>					Patients suivis	Proches suivis	Proches en suivi de deuil	2008	15	7	15	2009	13	6	14	2010	13	29	14	<p><b>Objectif atteint pour toute de mande ou besoin de soutien psychologique</b> L'évitement des deuils pathologiques requerrait une évaluation spécifique.</p>
	Patients suivis	Proches suivis	Proches en suivi de deuil																			
2008	15	7	15																			
2009	13	6	14																			
2010	13	29	14																			

RAPPORT D'ACTIVITE 2010

Veiller à l'efficience du dispositif	Durée des prises en charge	<table border="1"> <tr><td>2008</td><td>89 jours</td></tr> <tr><td>2009</td><td>93 jours</td></tr> <tr><td>2010</td><td>68 jours</td></tr> </table>	2008	89 jours	2009	93 jours	2010	68 jours		<b>Indicateur stable.</b>						
2008	89 jours															
2009	93 jours															
2010	68 jours															
<p>Renforcer le maillage territorial Diffuser de la démarche palliative Diffuser les bonnes pratiques Former les professionnels libéraux et institutionnels</p>	Formations	<p>Formations pluriprofessionnels organisées par le réseau ou à la demande des institutions, regroupant en moyenne 12 personne par session. Formations ouvertes aux médecins, infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes, pharmaciens, aides soignantes, auxiliaires de vie libéraux ou institutionnels.</p>		<b>Objectif atteint</b>												
<p>Renforcer le maillage territorial Diffuser des bonnes pratiques Diffuser la démarche palliative</p>	Nombre d'accords de collaboration signés	<table border="1"> <thead> <tr><th></th><th>MG</th><th>IDE</th><th>PSY</th><th>KINES</th><th>PHARMA</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>TOTAL</td><td>271</td><td>217</td><td>38</td><td>9</td><td>37</td></tr> </tbody> </table>			MG	IDE	PSY	KINES	PHARMA	TOTAL	271	217	38	9	37	<p>Le nombre d'accord signé n'est pas représentatif du nombre de professionnels travaillant avec le réseau. (cf indic liens fonctionnels) <b>Pas d'atteinte de l'objectif conventionnel (50%)</b> <b>Objectif à renforcer</b></p>
		MG	IDE	PSY	KINES	PHARMA										
	TOTAL	271	217	38	9	37										
Nombre de conventions d'établissements médicaux signées	12 conventions signées sur 25 établissements.		<p>Stabilisation des partenariats <b>Objectif atteint pour les établissements publics. A déployer pour les établissements privés.</b></p>													
Nombre de conventions d'établissements médico-sociaux signées	16 conventions signées et 11 en cours sur 50 EHPAD.		<p>Evolution constante de conventions de partenariat signées notamment avec les EHPAD. Chaque convention étant tributaire d'au moins</p>													

			une prise en charge conjointe de patient, l'objectif est atteint.
<p>Renforcer le maillage territorial</p> <p>Connaitre et développement des liens</p> <p>Se situer comme réseau ressource de proximité</p> <p>Diffusion des bonnes pratiques</p> <p>Diffusion de la démarche palliative</p>	<p>Liens fonctionnels actifs</p>	<p>Libéraux et institutionnels</p>	<p>En constante évolution. Devrait permettre une augmentation du nombre d'accords et de conventions signés.</p> <p><b>Objectif à renforcer</b></p>
<p>Stabiliser le fonctionnement du réseau</p> <p>Rationaliser le travail interne</p>	<p>Protocoles et procédures administratives</p>	<p>17 mis en place</p>	<p><b>Objectif atteint</b></p>

## **II.5 Tableau de bord de la RESPALIF**

En annexe 7 : Tableau de bord 2010.

## **II.6 Etat des dépenses**

En annexe 8 : Rapport du commissaire aux comptes 2010.

## ANNEXES

1. Carte du département avec les secteurs d'intervention.
2. Fiches de postes.
3. Tableau 2010 des membres du conseil d'administration.
4. Documents juridiques : Charte, Convention, Document d'information patient, statuts juridiques.
5. NEPALIEN.
6. Programmes et plaquettes de formation NEPALE.
7. Tableau de bord 2010

Rapport du commissaire aux comptes 2010