



**Ministère de la santé, de la jeunesse,
des sports et de la vie associative**

**Caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés**

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Frédéric van Rookeghem
Directeur

Sous direction de l'organisation
et du système de soins

Direction Déléguée à la Gestion
et à l'Organisation de l'Offre de soins
Direction des Assurés

Bureau de l'organisation régionale des soins
et des populations spécifiques (O2)
Bureau des réseaux, complémentarités et
recomposition des activités de soins (O3)

Département Coordination et Efficience
des Soins

Personnes chargées du dossier :
Christophe TRÉMOUREUX (O2)
Jean MALIBERT (O3)

Personnes chargées du dossier :
Annie ARPIN-BARBIEUX
Pierre BERGMAN

La Ministre de la santé, de la Jeunesse, des Sports et de
la Vie Associative,

Le Directeur de la CNAMTS

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs de Missions
Régionales de Santé (pour mise en œuvre)

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Agence
Régionale d'Hospitalisation et

Mesdames et Messieurs les Directeurs d'Unions
Régionales des Caisses d'Assurance Maladie
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de région,
Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
(pour information)

Mesdames et Messieurs les Préfets de département
Directions Départementales des Affaires Sanitaires et
Sociales (pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs de Caisses
Primaires d'Assurance Maladie (pour information)

Mesdames et Messieurs les Directeurs Régionaux du
Service Médical (pour information)

CIRCULAIRE N°DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs

Date d'application : immédiate

NOR : SJSH0830213C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Santé publique

Résumé : la présente circulaire a pour objet la diffusion du référentiel d'organisation national des réseaux de santé en soins palliatifs.

Mots-clés : : réseau, évaluation, coordination, plan d'intervention personnalisé, démarche palliative ; lits identifiés de soins palliatifs ; équipe mobile de soins palliatifs ; unités de soins palliatifs.

Textes de référence :

Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs

Décret n°2006-119 du 6 février 2006 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires)

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

Circulaire n° [DHOS/O3/CNAMTS/2007/88 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

Circulaire [DHOS/O2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002](#) relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexe 1 : [Référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs](#)

L'évolution constante des technologies médicales et des méthodes thérapeutiques, l'amélioration des conditions et des habitudes de vie génèrent une augmentation de l'espérance de vie. Ainsi un nombre croissant de personnes vivent de plus en plus longtemps avec une maladie, un handicap, une perte d'autonomie. Les frontières de la fin de vie, continuellement repoussées nécessitent de structurer l'organisation de la prise en charge en soins palliatifs autour d'outils permettant d'améliorer le confort physique et psychologique du patient et de faciliter le soutien de ses proches.

L'approche des soins palliatifs s'intègre parfaitement dans le cadre d'une organisation en réseau de santé. C'est une approche transversale aux différentes spécialités médicales. Elle décloisonne la ville et l'hôpital, le secteur sanitaire et le secteur médico-social et s'adapte à l'évolution du besoin du patient quelque soit le lieu ou la structure qui l'accueillent. Elle impose un travail coordonné entre professionnels

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.

Ce référentiel national d'organisation, annexé à la présente circulaire, a pour but de préciser les objectifs des réseaux de santé de soins palliatifs, ainsi que leur organisation générale, notamment pour ce qui concerne les acteurs du réseau, les modalités de pilotage et l'articulation avec l'environnement sanitaire et médico-social.

Il répond au cadre fixé par la circulaire n°2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Il est par ailleurs conforme aux orientations de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) définies par la circulaire [DHOS/O3/CNAMTS/2007/88 du 2 mars 2007](#) relative aux réseaux de santé.

Le développement des réseaux de santé en soins palliatifs doit d'abord s'appuyer sur les réseaux de proximité déjà existants en leur permettant d'atteindre de façon progressive l'ensemble des objectifs décrits dans ce référentiel. Il vous appartiendra parallèlement d'évaluer la nécessité de promouvoir de nouveaux réseaux de soins palliatifs en fonction des besoins que vous serez amenés à identifier dans les territoires de santé de votre région.

Vous veillerez à ce que les décisions de financement s'appuient sur la cohérence du projet de réseau avec les éléments du référentiel national d'organisation et que les conventions passées avec les promoteurs du réseau garantissent la transmission régulière de données nécessaires au suivi de ses activités, de l'utilisation des fonds versés et des résultats atteints. L'évaluation préalable au renouvellement de financement intégrera les éléments fondamentaux de ce référentiel.

Nous vous demandons de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de sa pièce jointe aux établissements de santé, aux réseaux existants ainsi qu'aux professionnels libéraux ou à leurs représentants, l'objectif étant que la majorité des professionnels concernés et impliqués par le développement de ces collaborations puisse en prendre connaissance.

Nous vous saurions gré de bien vouloir nous faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de cette circulaire.

La Directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins

Annie PODEUR

Le Directeur de la caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés

Frédéric van ROEKEGHEM

REFERENTIEL NATIONAL D'ORGANISATION DES RESEAUX DE SANTE EN SOINS PALLIATIFS

I. DEFINITION DE LA POPULATION CONCERNEE PAR LE RESEAU

Les réseaux de santé de soins palliatifs s'adressent à toute personne, quel que soit son âge, atteinte d'une maladie grave évolutive ou mettant en jeu le pronostic vital, en phase avancée ou terminale, ainsi qu'à sa ses proches.

II. OBJECTIFS GENERAUX

Le réseau de santé permet ou facilite l'accès aux soins de toute personne dont l'état requiert des soins palliatifs.

A ce titre, les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif global de permettre à la personne en situation palliative de bénéficier de soins de qualité en particulier pour soulager la douleur physique et psychique, sur le lieu de vie de son choix.

Le réseau doit faciliter la continuité du suivi de la personne sur l'ensemble du parcours de prise en charge et particulièrement à la sortie de l'hôpital, à domicile (ou dans des structures médico-sociales) ou en cas de ré-hospitalisation, tout en garantissant au malade le respect de ses droits fondamentaux.

III. OBJECTIFS OPERATIONNELS

Les réseaux de soins palliatifs ont pour objectif principal de promouvoir et de développer la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décroisement du système de santé, l'amélioration de la cohérence et de la continuité des soins en proposant de nouvelles pratiques professionnelles et bénévoles sous tendues par l'interdisciplinarité.

Pour cela, les réseaux de soins palliatifs apportent conseil, soutien, appui et formation aux différents intervenants à domicile, en établissement de santé ou en structures médico-sociales.

Le réseau diffuse également des informations. Il propose des actions de formation auprès des professionnels et des bénévoles, des actions de communication, de sensibilisation, d'éducation et de réflexion sur la démarche palliative envers les professionnels et le public. Ces informations sont données à titre individuel ou collectif aux usagers et à leurs proches.

Par leur activité de coordination, ils mettent en lien l'ensemble des acteurs pour une continuité des soins cohérente et efficace.

III.1 En direction des personnes malades

Les réseaux de santé en soins palliatifs permettent :

- de coordonner l'élaboration d'un projet de soins personnalisé,
- de favoriser le soulagement du malade, notamment par la prise en charge de sa douleur et des autres symptômes,
- de mettre en place un soutien relationnel et/ ou psychologique,
- de proposer un soutien social.

III.2 En direction des proches

Ils permettent ;

- d'accompagner les aidants naturels pour qu'ils participent à la prise en charge et à l'accompagnement,
- de faciliter l'accompagnement des proches dans leur souffrance,
- de prévenir l'épuisement des aidants,
- de contribuer à la prévention des deuils compliqués et de proposer un soutien aux endeuillés qui le nécessitent.

III.3 En direction des soignants

Les réseaux de santé en soins palliatifs permettent :

- de développer le travail en pluridisciplinarité,
- de conseiller, soutenir et permettre une concertation dans des situations particulières ou complexes,
- de mettre en place des protocoles de soins et des dispositifs de formation,
- d'assurer la diffusion de bonnes pratiques.

III.4 En direction des bénévoles d'accompagnement et professionnels non soignants

Ils permettent :

- de collaborer à la formation des bénévoles d'accompagnement,
- de sensibiliser les aides à domicile et de contribuer à leur formation.

IV. ORGANISATION GENERALE DU RESEAU

IV.1 Aire géographique pertinente

Le réseau définit son aire géographique, en cohérence avec les orientations définies par le SROS et les projets médicaux de territoire

L'aire géographique doit être suffisamment large pour permettre une diversité des structures sociales et médico-sociales sur le territoire, de façon à offrir des réponses adaptées aux différents moments évolutifs de la maladie.

Le fait que la zone géographique du réseau corresponde à un territoire déjà reconnu dans le domaine sanitaire ne peut que renforcer la cohérence et la force des projets mis en œuvre. Dans cet esprit et lorsque cela est pertinent au regard des critères énumérés ci-dessus, le territoire de santé peut être une aire géographique privilégiée

Il est recommandé que l'aire géographique du réseau soit dimensionnée pour permettre, après la période de montée en charge, l'inclusion d'environ 150 patients par an, à l'exception des territoires à très faible densité de population.

IV.2 Acteurs du réseau

a) L'équipe opérationnelle de coordination

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

Fonction de pilotage :

Il s'agit de mettre en œuvre le projet, d'assurer le management de l'équipe salariée, d'organiser des actions de formation et de communication.

Cette fonction est assurée par du personnel salarié par le réseau ou mis à la disposition de la structure porteuse du réseau.

Fonction d'appui :

Les membres de l'équipe de coordination interviennent en tant que de besoin au lieu de vie du patient afin de coordonner au mieux les différentes interventions et d'assurer des évaluations fréquentes de la situation de la personne. Pour faciliter les échanges avec les professionnels soignants du patient, ces interventions sont organisées de préférence à l'occasion des visites effectuées par ces derniers au domicile du patient.

L'équipe de coordination du réseau ne se substitue en aucun cas aux professionnels de proximité autour du patient.

b) Les autres acteurs du réseau

Le réseau coordonne des professionnels de compétences différentes, contribuant à la prise en charge des personnes relevant de soins palliatifs. Il fait appel aux personnels formés à la prise en charge de la douleur.

Chaque personne incluse bénéficie de l'intervention des professionnels (dans le respect de son libre choix) pouvant répondre à ses besoins et à un suivi adapté à domicile (médecin, infirmier, kinésithérapeute, psychologue, pharmacien, prestataire de service,).

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.

Ces conventions précisent notamment :

- les modalités d'intervention de la structure concernée dans le cadre du réseau,
- les modalités d'organisation des retours à domicile après hospitalisation,
- les complémentarités avec les autres réseaux,
- les modalités d'intervention des personnels vis-à-vis des associations d'aide à domicile,
- les modalités de formation des professionnels par le réseau,
- la possibilité pour les professionnels de bénéficier d'espaces de parole.

c) Dispositifs de coordination entre les acteurs

Le réseau définit les modalités de coordination pluridisciplinaire entre les intervenants et les formalise au sein de la charte du réseau.

Il dispose d'un annuaire des professionnels, des structures et des associations « ressources », et en assure la mise à jour.

Il est recommandé qu'il mette en place un système d'astreinte téléphonique en journée si possible 7 jours sur 7, tout particulièrement utile pour gérer les situations de crise. Un numéro d'appel unique est à privilégier. Une permanence de nuit peut être organisée entre réseaux. Certaines régions ont également mis au point des instructions détaillées avec les centres 15 pour les cas d'urgence la nuit.

Des réunions pluridisciplinaires périodiques des acteurs de terrain autour de dossiers évalués en commun (réunions de coordination des professionnels) sont organisées par le réseau.

IV.3 la place des usagers et des proches

L'inclusion des patients est décidée par le réseau lui-même (médecin coordonnateur), après consentement du patient ou de ses proches, en concertation avec le médecin traitant.

Les droits fondamentaux de la personne sont respectés. La charte du réseau impose une information claire et loyale des usagers, la prise en compte de leur choix, l'assurance de leur consentement éclairé, leur participation et/ou celle de leur(s) proche(s) à la réflexion quant aux décisions les concernant. Le patient peut-être amené à désigner une personne de confiance et/ou à rédiger des directives anticipées.

Le réseau permet aux proches de la personne de participer aux soins et à l'accompagnement.

L'équipe opérationnelle de coordination évalue l'ensemble des besoins de l'entourage de la personne malade et lui fournit toutes les informations utiles. L'équipe veille à la capacité d'accompagnement des proches et, en cas d'épuisement ou de situation de crise, propose une réévaluation du plan d'aide et de soins avant d'envisager une éventuelle ré-hospitalisation pour un séjour de répit.

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

Les acteurs du réseau proposent aux proches du patient l'écoute nécessaire et les informent sur les différentes formes de soutien dont ils peuvent bénéficier.

Après le décès, le réseau évalue la nécessité d'un soutien psychologique à destination des proches.

IV.4 le système d'information

Le réseau établit un protocole qui identifie la nature des données auxquelles les différentes catégories de professionnels ont accès. Dans le cas d'un traitement informatique des données, il soumet le protocole à la Commission Nationale Informatique et Libertés dans le cadre de la déclaration des traitements concernés.

Le réseau doit au minimum disposer d'un dossier patient sanitaire et médico-social partagé, prenant en compte le rôle des aidants. Une version papier synthétique de ce dossier est mise en place au lieu de vie de la personne. Ce dossier est tenu à jour par les différents intervenants.

Le réseau doit également disposer d'un système de communication entre les acteurs et les structures (vie du réseau, protocoles,...).

Le consentement éclairé du patient est recueilli pour toute diffusion ou utilisation d'informations le concernant.

V. MODALITES DE PRISE EN CHARGE AU SEIN DU RESEAU

V.1 Les modalités d'inclusion du patient au sein du réseau

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.

V.2 Organisation de la prise en charge du patient

Pour chaque personne incluse dans le réseau, un plan personnalisé d'intervention est établi et versé au dossier. Il comprend un projet de soins, un plan d'aide et un projet de vie, 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 :
 - o entre acteurs du domicile,
 - o avec les institutions sanitaires, médico-sociales et sociales,
 - o avec l'équipe opérationnelle de coordination.

a) Le projet de soins

L'équipe opérationnelle de coordination aide les équipes soignantes à élaborer le projet de soins personnalisé avec le patient, après une 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.

L'équipe opérationnelle de coordination organise la permanence de l'accès à une expertise en 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. La réadmission en urgence et l'organisation de la filière doivent être coordonnées, avec garantie de transmission de l'ensemble des informations indispensables pour la prise en charge palliative. Le 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.

Les professionnels participant au réseau s'assurent du respect des règles de bonnes pratiques professionnelles en mettant en œuvre des protocoles et des supports de prescriptions anticipées et personnalisées, quelque soit le lieu de prise en charge du patient et la complexité des situations.

Il est proposé un soutien psychologique au patient au cours de sa prise en charge, Il lui est également proposé un accompagnement assuré par des bénévoles appartenant à des associations respectant des protocoles qualité.

b) Le plan d'aide

En matière sociale, un plan d'aide, un accompagnement et un suivi sont mis en place par l'équipe opérationnelle de coordination, avec réactualisation si nécessaire. Le recours à un assistant de service social est recommandé.

En cas d'hospitalisation du patient, le plan prévoit si nécessaire et avant sa sortie, la mise en œuvre des dispositifs médico-sociaux : mobilisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du handicap (PCH), du fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS) ... en liaison avec les acteurs sociaux.

V.3 Les prestations dérogatoires

Dans les réseaux de soins palliatifs, peuvent être financés au titre des prestations dérogatoires mentionnées à l'article L.162-45 du code de la sécurité sociale :

- l'activité des professionnels dans le cadre de réunions de coordination autour d'un dossier patient ou d'une pratique,
- l'intervention de psychologues libéraux au domicile du patient. Les conditions de ces interventions (indications et modalités de la décision de prise en charge par un psychologue, mode d'évaluation de la prise en charge, relations avec les autres professionnels) sont décrites dans le projet de soins personnalisé,
- certains actes non valorisés par la classification commune des actes médicaux (CCAM) effectués par des professionnels libéraux (ex. soins de bouche, évaluation de la douleur, ..).

Il est rappelé que le renseignement du dossier patient, les éventuelles transmissions de données ainsi que les fonctions de coordination éventuellement prévues par les dispositifs conventionnels ne peuvent relever du champ de ce dispositif dérogatoire.

L'existence d'une équipe de coordination salariée ou mise à disposition, effectuant des visites régulières au lieu de vie des patients de manière conjointe avec des membres de l'équipe soignante, exclut la rémunération au même titre de prestations dérogatoires. Il appartient aux Missions Régionales de Santé de veiller à éviter un double financement.

VI. LE RESEAU ET SON ENVIRONNEMENT

VI.1 Relations avec les autres réseaux de santé

Les réseaux de soins palliatifs recherchent une complémentarité avec les autres réseaux du territoire, notamment les réseaux «douleur», les réseaux territoriaux de cancérologie et les réseaux «personnes âgées».

Cette complémentarité doit permettre :

- un meilleur accès aux services proposés par les réseaux ;
- la mutualisation de moyens logistiques et humains ;
- l'élaboration commune ou validation de protocoles organisationnels ;
- une efficience renforcée du dispositif de soins palliatifs.

Pour l'intervention des psychologues libéraux, le réseau peut prévoir une coopération avec les réseaux de santé mentale.

Sur un territoire où coexistent un réseau «douleur» et un réseau de soins palliatifs, ces derniers doivent être incités à terme à converger vers un réseau mixte aux compétences complémentaires.

VI.2 Relations avec les autres acteurs des soins palliatifs autres que les professionnels libéraux

Les établissements de santé comportant des lits identifiés de soins palliatifs, des unités de soins palliatifs ou une équipe mobile de soins palliatifs ont vocation à intégrer naturellement le réseau de soins palliatifs de leur territoire. Les structures intervenant au domicile des patients (hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), services de soins à domicile (SSAD), centres de soins infirmiers (CSI),...) sont elles aussi membres du réseau de soins palliatifs ou sont des partenaires du réseau, ce dernier faisant appel et s'appuyant sur les compétences des équipes.

Cependant certaines interfaces entre acteurs des soins palliatifs et réseaux nécessitent d'être clarifiées :

- *Les Equipes Mobiles de Soins Palliatifs*

Les équipes mobiles participent, *via* les établissements de santé dont elles relèvent, au fonctionnement d'un réseau de soins palliatifs s'il existe. Une convention fixe les domaines d'interventions des professionnels de santé de l'EMSP et des professionnels de santé de l'équipe de coordination et d'appui du réseau.

Les conventions établies seront reprises dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements.

Les structures d'hospitalisation à domicile utilisent les compétences internes de leurs propres équipes et coordonnent les interventions de professionnels extérieurs, notamment libéraux, tout en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social du patient. Lorsqu'une structure d'HAD assure la prise en charge d'un patient en soins palliatifs, elle assure la coordination des soins nécessaires à ce patient. Une complémentarité s'établit entre la coordination de l'HAD et la mission de coordination plus générale du réseau de santé en soins palliatifs lorsqu'il existe.

Afin d'éviter un double financement, les relations entre réseau et HAD doivent être formalisées par le biais d'une convention établissant notamment les domaines d'intervention respectifs en cas d'intervention conjointe auprès d'un patient. Les conventions établies devront être reprises dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des établissements.

VII. LES MOYENS PROPRES DU RESEAU

VII.1 Les profils professionnels requis

Un réseau de soins palliatifs est doté d'une équipe propre, au minimum composée d'un temps de médecin coordonnateur et d'un temps d'infirmière coordinatrice. Cette équipe peut également comprendre un temps de coordonnateur administratif et un temps de secrétaire. Quels que soient les profils des professionnels composant cette équipe, une compétence de gestionnaire est nécessaire pour assurer le pilotage du réseau.

Le réseau peut souhaiter bénéficier de l'aide d'un temps de psychologue directement recruté par lui, en particulier pour des activités de soutien à la personne ou préférer utiliser les ressources du territoire par le biais de prestations dérogatoires effectuées à sa demande par des psychologues libéraux.

Il peut également être opportun de bénéficier de l'aide d'une assistante sociale. Il convient dans ce cas de favoriser les conventions avec les services sociaux de secteur, les centres hospitaliers ou les mutualisations avec d'autres réseaux du territoire.

Les missions principales de cette équipe sont le pilotage du réseau et l'aide à la coordination de la prise en charge effectuée par elle soit lors de visites conjointes, soit par téléphone.

Les membres de l'équipe opérationnelle intervenant auprès des patients doivent posséder une expertise dans le domaine des soins palliatifs et de la douleur. Une formation de type DIU de soins palliatifs et d'accompagnement ou une expérience équivalente est nécessaire. De la même façon, seront favorisées les formations type diplômes universitaires (DU) et inter-universitaires (DIU) ou une capacité en douleur ainsi que le nouveau diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) soins palliatifs / douleur.

VII.2 Les moyens financiers

Le budget du réseau permet :

- le financement des effectifs salariés ou mis à disposition,
- le financement des moyens de fonctionnement courant,
- le financement d'éventuels actes dérogatoires.

Une diversification du financement doit être recherchée.

VIII EVALUATION DU RESEAU

VIII.1 Objectifs de l'évaluation

L'évaluation des réseaux de soins palliatifs doit répondre aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé, notamment celles décrites dans la circulaire DHOS/CNAMTS du 02 mars 2007.

Il existe déjà des indicateurs généraux d'évaluation des réseaux de santé couvrant les domaines suivants :

- l'organisation et le fonctionnement du réseau évalué, en particulier son impact sur son environnement,
- la participation et l'intégration des acteurs (professionnels),
- la prise en charge des patients dans le cadre du réseau et l'impact de ce dernier sur les pratiques professionnelles,
- l'évaluation médico-économique au travers d'une comparaison coûts/résultats.

VIII.2 Indicateurs pertinents sur le thème

En sus de ces indicateurs généraux, les indicateurs ci-dessous, spécifiques aux réseaux de soins palliatifs, constituent un socle minimum.

Ces indicateurs permettent de mesurer l'efficacité des réseaux au regard de certains de leurs objectifs opérationnels détaillés dans le présent document.

(Renseigner le numérateur et le dénominateur des indicateurs)

- Nombre de projets de soins personnalisés élaborés / nombre total de personnes incluses dans le réseau : |_|_|_|_| / |_|_|_|_|
- Nombre de professionnels de santé du réseau formés à la prise en charge des soins palliatifs / nombre total de professionnels participant au réseau : |_|_|_|_| / |_|_|_|_|
- Nombre d'hospitalisations sans passage aux urgences / nombre d'hospitalisations totales de l'année pour les patients inclus dans le réseau : |_|_|_|_| / |_|_|_|_|
- Délai moyen entre le 1^{er} signalement au réseau et la réalisation de l'évaluation de la personne : |_|_|_| jours