



Siège Social :

« La Maison »
Route blanche
13120 Gardanne.

Tel : 06.76.21.70.24

DEFINITIONS

- **USP : Unité de Soins Palliatifs**
- **EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs**
- **Les lits « identifiés » de soins palliatifs**
- **CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination**
- **Les réseaux de Soins Palliatifs**
- **Les fonctions de coordination dans un réseau de soins palliatifs**

USP : Unité de Soins Palliatifs

Elle est destinée à dispenser des soins actifs et continus. C'est une unité bien individualisée constituée de cinq à douze lits affectés aux soins palliatifs regroupés géographiquement.

Missions :

• Soins

- soulagement de la douleur et des autres symptômes ;
- soutien psychologique, spirituel et social ;
- soutien de l'entourage avant, pendant et après la mort, accompagnement du deuil ;
- préparation du retour à domicile chaque fois qu'il est possible et souhaité.

• Formation – enseignement : Chaque USP constitue un pôle de compétence indispensable pour la formation initiale et continue des différents professionnels appelés à intervenir en soins palliatifs. A ce titre, elle doit être en capacité d'accueillir des stagiaires. Les USP participent activement aux enseignements universitaires initiaux et continus, et tout particulièrement dans le cursus des études médicales, les instituts de formation, les diplômes universitaires, les diplômes inter universitaires et les capacités.

• Recherche : L'USP est un pôle privilégié de développement de la recherche clinique et thérapeutique en soins palliatifs et accompagnement sous toutes ses formes y compris éthique.

Organisation et fonctionnement :

En règle générale, une USP dispose d'une capacité de 5 à 20 lits maximum et doit être située dans les services de soins de courte durée et/ou de soins de suite et de réadaptation.

Elle doit comporter un personnel en nombre suffisant.

Le fonctionnement de l'USP implique

- la mise en œuvre d'un projet de service ;
- l'élaboration de critères d'admissions ;
- l'utilisation de dossiers de soins pluridisciplinaires ;
- l'organisation de réunions régulières de synthèse pluridisciplinaires ;
- l'existence d'un groupe de parole animé par un superviseur ;
- une procédure d'intervention des bénévoles d'accompagnement ;
- une procédure formalisée d'accueil des stagiaires.

La composition de l'équipe de l'USP doit tenir compte de la triple mission attendue. Chaque personnel d'une USP doit être volontaire et répondre à un profil de poste précis qui détermine le niveau de formation requis. Le responsable médical et le ou les cadres de l'unité sont obligatoirement titulaires d'un diplôme universitaire de soins palliatifs ou d'une formation équivalente.

Des bénévoles peuvent intervenir auprès des personnes malades et de leur entourage, en coopération avec l'équipe de soins et dans le respect des dispositions du décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000. Ils apportent leur présence et leur écoute auprès des malades mais ils ne seront en aucun cas des soignants.

Il est essentiel que les locaux affectés à l'USP soient adaptés à la pratique correcte des soins palliatifs et de l'accompagnement, répondant aux besoins des personnes malades, des familles et de l'équipe (lieux de repos, coin cuisine, chambre d'accompagnement, salle de réunion). Une disponibilité de locaux doit être prévue pour l'enseignement et la recherche.

Chaque USP effectue annuellement un bilan détaillé de son activité.

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

L'équipe mobile a une mission de conseil, d'expertise et de soutien auprès de l'équipe soignante habituelle prenant en charge certains patients en phase évoluée ou terminale de leur maladie sans se substituer à cette équipe.

La prise en charge est en principe indirecte. Il s'agit de conseil, de propositions, de modalités thérapeutiques, de participation à l'évaluation des symptômes et des besoins tant physiques que psychologiques. La délivrance des soins peut être exceptionnellement directe, à la demande expresse des patients, de leur famille et toujours en collaboration avec l'équipe soignante.

L'EMSP peut avoir plusieurs modes d'intervention :

- en intra hospitalier (dans les différents services de l'établissement)
- en inter hospitalier (plusieurs établissements de soins liés par convention)
- en extra hospitalier pour permettre une prise en charge à domicile des patients et d'assurer le soutien des soignants intervenant à domicile éventuellement dans le cadre d'une hospitalisation à domicile (HAD) ou d'un service infirmier d'aide à domicile (SIAD) ou en maison de retraite (substitut de domicile).

Lors de la prise en charge à domicile le maintien du lien avec le système hospitalier est très important afin que le retour éventuel en unité hospitalière soit très rapidement et très efficacement organisé. L'appartenance à un réseau optimise la continuité des soins.

L'EMSP assure les missions de coordination et de formation des divers intervenants auprès du malade et de concertation éthiques. Elle participe ainsi à la diffusion d'une culture de soins palliatifs.

Elle contribue dans le cadre du réseau, au développement d'outils théoriques et pratiques adaptés à ce type de soins ainsi qu'à des travaux de recherche clinique et épidémiologiques.

Les lits « identifiés » de soins palliatifs

Conditions nécessaires à l'identification des lits :

La structure (unité fonctionnelle, service, département, fédération) à laquelle appartiennent ces lits est choisie parce qu'elle a une activité importante en soins palliatifs et un projet élaboré.

L'identification ne pourra être effective que si certaines exigences sont satisfaites, à savoir un projet de service et/ou d'établissement structuré, concerté, élaboré en lien avec des équipes référentes et validé par les représentants de l'ARH, incluant

- une formation spécifique des personnels ;
- une réflexion préalable de l'équipe ;
- un soutien de l'équipe ;
- un personnel en adéquation au plan qualitatif et quantitatif à cette mission ;
- un médecin, cadre infirmier ou infirmier référent en soins palliatifs dans le service ;
- des réunions régulières de synthèse pluridisciplinaires ;
- une procédure d'intervention d'une équipe de bénévoles d'accompagnement.

Organisation et fonctionnement :

La structure à laquelle appartiennent ces lits est dotée d'une capacité suffisante et d'une organisation permettant l'accueil de personnes venant des autres services ou venant du domicile.

L'équipe soignante affectée à cette prise en charge n'est pas une équipe spécialisée en soins palliatifs mais se compose d'un minimum de personnes formées. Elle doit être dotée d'un personnel en nombre suffisant pour soigner et accompagner les personnes malades et leur entourage afin d'éviter l'épuisement professionnel.

Les médecins généralistes des personnes hospitalisées sont associés, dans des conditions définies avec le chef du service concerné, à la prise en charge pendant la période d'hospitalisation.

Les locaux doivent être adaptés à la pratique correcte des soins palliatifs et de l'accompagnement pour les personnes malades (chambres individuelles...), pour les familles (lieux de repos et d'accueil...) et pour les équipes soignantes et bénévoles (bureau, salle de réunion).

En l'absence de patients requérant des soins palliatifs, ces lits sont utilisés conformément à leur autorisation initiale d'équipement de soins.

CLIC : Centres Locaux d'Information et de Coordination

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont les supports d'un réseau territorialisé. Le CLIC s'adresse à tous les retraités et pas uniquement aux personnes susceptibles de bénéficier d'une prestation ou dont l'état de santé nécessite des soins. Il a vocation à connaître de tous les aspects de la vie quotidienne et à intégrer une approche globale du vieillissement permettant d'apporter des réponses préventives et opérationnelles en ce qui concerne tant le passage à la retraite, l'accès aux droits, l'accessibilité du logement et des transports, la qualité et le confort de vie, l'aménagement du territoire que la vie sociale, culturelle et sportive et par conséquent la citoyenneté. L'objectif, le cœur de la démarche auquel il faut sans cesse revenir, c'est l'amélioration de la vie quotidienne des personnes âgées.

Conçu comme un dispositif de proximité, le CLIC en première intention, est dédié aux usagers. Il assure un accueil personnalisé et gratuit quelque soit l'origine de la demande, qu'elle émane de la personne âgée, de sa famille, des services sociaux, du médecin traitant, d'une structure médico – sociale ou hospitalière. C'est tout à la fois un centre de ressources et d'information qui dispose d'une base de données actualisée sur l'offre de services sur le territoire qu'il couvre, un lieu d'écoute et de dialogue, une structure de communication et d'aide à la décision.

Selon l'étendue des missions et des services offerts, trois niveaux de labellisation sont distingués et proposés :

Label niveau 1 : missions d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et de soutien aux familles,

Label niveau 2 : prolonge le niveau 1 par les missions d'évaluation des besoins et d'élaboration du plan d'aide personnalisé,

Label niveau 3 : prolonge le niveau 2 par les missions de mise en œuvre, de suivi et d'adaptation du plan d'aide personnalisé.

Les Réseaux de Soins Palliatifs

Définition selon le Code de la santé publique (art. 6321-1)

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. »

Pourquoi créer un réseau de santé ?

La création des réseaux de santé accompagne la mutation de notre système de santé :

- déport des patients vers l'ambulatorio (HAD, SAD, chirurgie ambulatoire...)
- émergence de nouvelles pratiques médicales
- recherche de la globalisation de la prise en charge
- participation croissante des patients à la prise en charge de leur pathologie
- isolement des médecins face au développement des nouvelles technologies : information, communication
- contexte économique contraignant
- nécessité de garantir la qualité des soins.

Appliqués aux soins palliatifs, le concept de réseau peut être une réponse adaptée aux attentes des professionnels et aux besoins de la population :

« Les réseaux offrent d'une part aux patients une permanence et une continuité des soins, et d'autre part aux professionnels un environnement de compétences. Ils permettent aussi la participation d'acteurs professionnels indispensables (psychologue, assistante sociale, ergothérapeute, psychomotricien par exemple), ainsi que l'intervention des bénévoles. Ils intègrent dans la démarche de soins et d'accompagnement les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et les services d'auxiliaires de vie locaux éventuellement sollicités, ainsi que les pharmaciens.

Pour les professionnels de santé libéraux ou salariés des centres de santé, les réseaux offrent aussi, en plus du travail en équipe et d'un soutien, des garanties de formation et d'évaluation.

Enfin, le fonctionnement en réseau favorise la démarche palliative à domicile en permettant l'accès à des séjours de répit en milieu hospitalier. » (Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005, ministère délégué à la Santé, p.18)

L'équipe de coordination

La multiplicité et la diversité des intervenants, leur indépendance juridique rend nécessaire une coordination, fondement même du réseau. Cette coordination a pour mission essentielle de :

- Dresser la liste des structures et acteurs en soins palliatifs.

- Mobiliser et mettre en lien les personnes et structures ressources, sanitaires et sociales adhérentes au réseau, pour :
 - assurer la continuité de la prise en charge,
 - faciliter une organisation de la permanence des soins,
 - proposer un soutien et un accompagnement des équipes à domiciles pour les situations difficiles ou complexes,
 - permettre l'accès à une expertise en soins palliatifs,
 - réorienter le malade vers la structure de prise en charge la mieux adaptée à son état et à son environnement familial,
 - mettre en place une permanence téléphonique.
 - de promouvoir la délivrance de soins de qualité.

- Faciliter les formations et les évaluations des différents acteurs.

La coordination s'appuie de préférence sur une des structures participant au réseau.

Le réseau doit être formalisé par la signature de conventions spécifiques avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge.

Dans chaque département l'ensemble des structures et les acteurs de soins palliatifs devront s'organiser en réseau.

L'interconnexion des réseaux

Compte tenu de la spécificité de leur prise en charge, les réseaux de soins palliatifs devront se connecter avec les réseaux par pathologie notamment d'oncologie.

Information :

L'échange d'informations concernant le malade intéresse de multiples intervenants, exerçant dans des lieux différents.

La fiabilité de cet échange d'informations repose sur un dossier médical unique, minimum, partagé et accessible par l'ensemble de ces intervenants.

L'idéal serait d'informatiser ce « dossier type » dont un exemplaire serait remis au malade (ou à ses proches).

Ce dossier minimum, garant de la continuité des soins, pourrait être complété par des « annexes » propres à certains intervenants ou services hospitaliers.

L'échange d'informations pourrait être optimisé par l'élaboration d'un annuaire propre aux intervenants.

Les fonctions de coordination dans un réseau de Soins Palliatifs

Synthèse des travaux de la commission réseaux de la Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs (SFAP) Groupe de travail N° 3 : La Coordination

1. INTRODUCTION

Le travail qui suit est l'aboutissement de la réflexion du groupe projet "coordination" de la commission "réseaux" de la SFAP 2002 / 2003.

Il complète et précise le travail du précédent groupe en 2001, et fait référence à un des deux documents élaborés : "repères pour une définition de la coordination".

L'objectif de ce document est de donner un **ensemble de repères**, concernant la coordination dans un réseau de Soins Palliatifs.

Il s'agit de déterminer le profil des **différentes fonctions de coordination**, et de le proposer aux acteurs des réseaux.

Ces fonctions émergent :

- Des différentes incitations réglementaires, qui sont citées en annexe;
- De l'expérience de terrain des réseaux représentés dans le groupe de travail, et sondés lors de nos recherches ;
- Des réflexions menées dans le champ de la formation (formations citées en annexe), et des recherches bibliographiques des membres du groupe.

Nous proposons alors un ensemble de **recommandations**, qui se veulent précises et ouvertes. Elles concernent plus les **fonctions** que les **typologies professionnelles**.

Ces recommandations s'adressent aux promoteurs et acteurs des réseaux.

Elles visent à décrire des fonctions souvent nouvelles pouvant déboucher sur des métiers nouveaux.

Ce travail n'est pas une description des organisations et des fonctions actuelles, mais une élaboration nouvelle, centrée sur les aspects spécifiques des différentes fonctions de coordination.

Ainsi, les lecteurs engagés dans les réseaux actuels se retrouveront sans doute dans ces recommandations, mais à des degrés divers.

Car les réseaux **évoluent**, dans leurs organisations, et leur taille. Les fonctions se précisent alors, et se distinguent.

Un des buts de notre travail est d'aider à les **discerner**.

D'autre part, un des défis que relèvent les réseaux actuellement est leur **pérennisation**. Ceci ne peut se réaliser sans une **formalisation** minimale des organisations, procédures etc.

Enfin, ce travail permet également de rendre visible des activités existantes, mal connues ou mal défendues.

2. RECOMMANDATIONS GENERALES

" Un réseau de santé constitue une forme organisée d'action collective apportée par des professionnels en réponse à un besoin de santé des individus et/ou de la population, à un moment donné, sur un territoire donné. Le réseau est transversal aux institutions et aux dispositifs existants. La notion de réseau de santé inclut celle de réseau de soins..." (ANAES 1999).

"Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils y assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne, tant sur le plan de l'éducation pour la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins..."

(article L 6321-1 du Code la Santé Publique inséré par la loi du 4 mars 2002).

"L'objectif d'un réseau de Soins Palliatifs est de permettre à toute personne en situation de Soins Palliatifs de choisir son lieu de vie et de fin de vie, en bénéficiant de soins de qualité".

"Coordination: ensemble des activités et des moyens conscients qui visent à assembler et a synchroniser les tâches de nature différentes, réalisées par des professionnels disposant de compétences variées, de façon à réaliser au mieux les objectifs que s'est fixés l'organisation".

1- Préambule sur les réseaux de soins palliatifs :

⇒ Pour atteindre l'objectif précédent, un réseau de Soins Palliatifs doit :

- S'appuyer sur un statut juridique adapté,
- Intégrer la **coordination** sous ses différentes acceptions,
- Développer **formation** des professionnels.

⇒ Les réseaux de Soins Palliatifs, de même que les réseaux de santé en général, ont pour enjeux, outre l'objectif cité en introduction tout un ensemble de **modifications des pratiques**.

Ainsi certains notions émergent et deviennent fondamentales :

- Pratiques d'échanges interprofessionnels,
- Pratiques de collaboration en vue d'un objectif partagé,
- Pratiques tendant au décloisonnement des structures, des hommes, des financements,
- Recherche permanente d'amélioration de la qualité des soins,
- Culture de l'évaluation,
- Dynamiques transversales, et également dynamiques d'appui ou de soutien,
- Enfin, impulser une **dynamique de changement**, savoir être créatif.

2- Préambule concernant les fonctions de coordination :

⇒ Il n'y a pas une, mais **plusieurs fonctions de coordination** dans les réseaux de santé et les réseaux de soins palliatifs en particulier.

Ce travail décline les aspects spécifiques des différents types de coordination.

⇒ Si, intrinsèquement, les fonctions de coordination sont une ressource au sein d'un réseau, et peuvent apporter réassurance et soutien : elles ne se substituent aucunement ni aux acteurs du soin, ni aux ressources et experts existants dans un territoire donné.

⇒ Quelle que soit la fonction de coordination considérée, elle mobilise **des qualités et des compétences spécifiques**, au delà des compétences propres à la fonction de soignant. Citons par exemple :

- savoir s'impliquer, mais également prendre de la distance,
- intégrer la notion de démarche transversale,
- intégrer la notion d'interdisciplinarité,
- s'ajuster en permanence en fonction des interlocuteurs,
- s'appliquer en permanence à l'objectif d'évolutivité de réseau et de modifications des pratiques.

Il s'agit également de compétences dans le compagnonnage des acteurs professionnels, des compétences en terme de communication, en terme de démarche – projet, ou de management.

3- Recommandations générales :

⇒ Le groupe projet a ainsi identifié **4 fonctions spécifiques** représentées par le tableau qui suit et le schéma en annexe.

⇒ Ces 4 fonctions concernent **deux champs** individualisés :

- **le champ du soin,**
- **le champ de l'organisation du réseau.**

⇒ Les deux fonctions déterminées par le soin sont:

- ***"la coordination de proximité",***
- ***"la coordination d'appui ou de support".***

Ces deux fonctions seraient plus spécifiques aux soins palliatifs.

⇒ Les deux fonctions concourant à l'organisation stratégique du réseau sont :

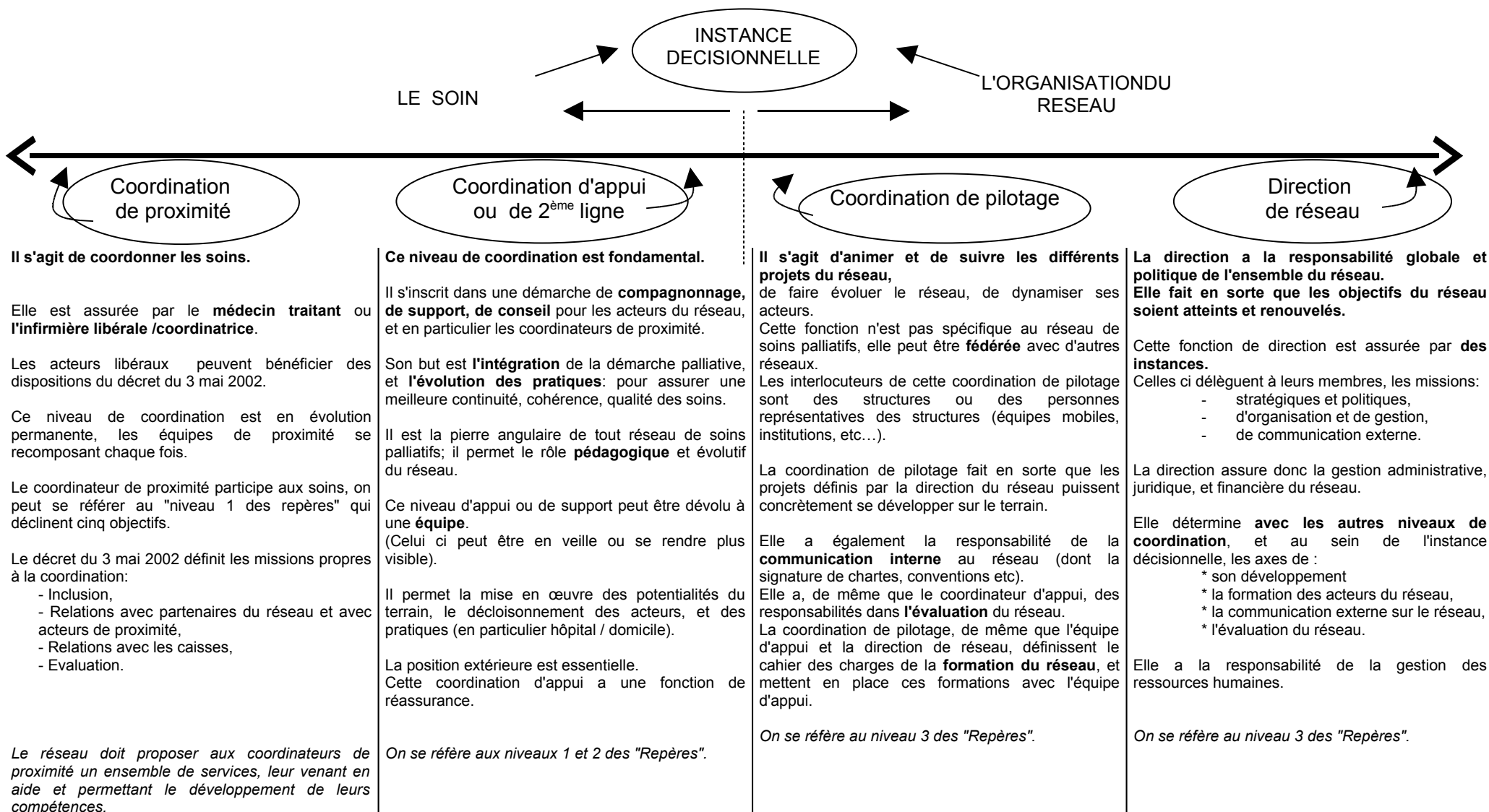
- ***"la coordination de pilotage",***
- ***"la direction de réseau".***

Ces deux fonctions pourraient être **fédérées** avec d'autres réseaux.

⇒ Le champ du soin, et le champ stratégique sont étroitement liés.

⇒ Cette liaison peut se faire à travers une instance de type **comité de pilotage**, ou conseil d'administration suivant le statut juridique.

1. SFAP / Les fonctions de coordination dans un réseau de Soins palliatifs



COORDINATION DE PROXIMITE

- **MISSIONS DE LA FONCTION**

Ce niveau de coordination est dévolu aux acteurs de santé choisis par la personne malade: médecin traitant, infirmière libérale, infirmière coordinatrice de SIAD.

S'ils sont libéraux, ils peuvent faire le choix de bénéficier des dispositions du décret du 3 mai 2002 et de ses annexes.

→ Ce niveau de coordination ne donne donc pas lieu à un profil.

→ Les missions de ces coordinateurs de proximité s'inscrivent dans des objectifs de **continuité**, **cohérence**, et **qualité** de soins.

→ Les annexes du décret définissent les fonctions de cette coordination:

- inclusion du patient,
- relation avec l'équipe de référence (HAD, réseau...),
- relations avec les autres membres de l'équipe du domicile,
- relations avec les caisses d'assurance maladie,
- évaluation.

→ Les particularités des fonctions de ce coordinateur de proximité sont:

- D'une part, en sus de son action de coordination, il assure les **soins**, leur dispensation et leur organisation (se référer aux objectifs déclinés dans "les repères": gestion des symptômes, soutien, accès aux aides sociales, assurer la continuité et la cohérence des soins...)
- D'autre part, il doit (en référence au décret) se mettre en lien et en **partenariat** avec les structures de Soins palliatifs du secteur.

Ainsi, le réseau doit proposer un appui, et différentes formes de soutien, formation, accompagnement pour ces professionnels.

COORDINATION D'APPUI (ou de deuxième ligne)

2.

1. MISSIONS DE LA FONCTION

La coordination d'appui s'inscrit dans une démarche d'accompagnement, de compagnonnage, de support et de conseil pour les acteurs du réseau de soins palliatifs et en particulier, les coordinateurs de proximité.

Cette fonction d'appui s'adresse donc aux acteurs du réseau professionnels ou non.

La coordination d'appui a pour objectif ***l'intégration de la démarche palliative*** dans la démarche de soins.

Elle permet le rôle pédagogique et évolutif du réseau.

Elle a trois objectifs:

1 - S'assurer de la continuité des soins, par exemple :

- Mettre en lien les acteurs entre eux,
- Mettre en lien les acteurs hospitaliers et les acteurs du domicile,
- S'assurer de la permanence des soins...

2 - S'assurer de la cohérence des soins:

- En s'assurant en permanence du respect du choix de la personne malade,
- Par l'utilisation de procédures de transferts d'information ou d'accès aux informations,
- Par la mise en commun et le partage d'objectifs de soins,
- Par la gestion de toutes les problématiques liées à l'anticipation.

3 - Améliorer la qualité des soins :

- En intégrant les principes d'évaluation continue, de prise de recul, d'évolutivité,
- En intégrant l'utilisation des outils élaborés et validés par le réseau.

→ Ce niveau de coordination peut être dévolu à une équipe.

→ Son intervention consistera à mettre en œuvre les potentialités du terrain, à faciliter la communication entre les différents acteurs, et à développer les partenariats.

→ La coordination d'appui a également un rôle important :

- Dans l'évaluation du réseau (inclusion du patient, critères d'évaluation),
- Dans l'utilisation des ressources et des outils mis en place par le réseau,
- Dans le respect des engagements des acteurs du réseau, à travers les conventions, chartes, etc....
- Dans la formation initiale et continue des acteurs de réseau.

→ La coordination d'appui doit connaître et participer aux différents projets du réseau, et travailler en collaboration avec la coordination de pilotage.

→ La position "extérieure" de l'équipe d'appui nous apparaît comme essentielle :

- elle permet d'analyser les situations en sortant du cadre,
- elle permet le cas échéant d'adopter différentes attitudes par rapport aux acteurs impliqués : attitude d'aidant, attitude de conseiller, attitude de formateur, attitude d'animateur, attitude d'expert, etc...

- ainsi, cette coordination d'appui, **même en veille, a une fonction de réassurance.**

2. EXIGENCES DU POSTE

- Connaître les textes législatifs relatifs aux soins palliatifs pour s'y référer.
 - Connaître les techniques spécifiques aux soins palliatifs et se tenir informé des progrès, découvertes...
 - Connaître la spécificité du domicile, les ressources locales.
 - Connaître les structures sanitaires et sociales et les projets en cours.
 - Savoir prendre son temps pour évaluer la situation (faisabilité de retour à domicile, ré - hospitalisation), mais aussi savoir faire vite dans certains cas.
 - Savoir faire des propositions en restant à sa juste place; savoir aussi persévérer.
- (Savoir anticiper les problèmes pour mettre en place une stratégie adaptée.
- (Savoir amener les soignants vers une réflexion sur leurs pratiques et sur le soin.
- (Savoir travailler seul et savoir travailler en équipe.
- (...

3. EXPERIENCES ATTENDUES

- (Avoir une expérience du domicile: en connaître les particularités, les spécificités.
- (Avoir une expérience dans le champ des soins palliatifs.
- (Pouvoir témoigner de la diversité des expériences, des cadres rencontrés, reflétant une capacité d'adaptation.

4. QUALIFICATION SOUHAITEE

- (Diplôme professionnel IDE ou médecin.
- (DU soins palliatifs, ou équivalent.

5. QUALITES REQUISES

- (Ecoute, humilité, humanité.
- (Souplesse en respectant le cadre établi.

- (Tact, diplomatie.
- (Etre clair dans les explications, capacité à argumenter.
- (Capacité organisationnelle.
- (Capacité à se remettre en question, à évaluer, à émettre des critiques constructives.
- (Etre créatif, dynamique et posé à la fois.
- (Capacité à vivre la frustration (de la seule fonction d'appui), accepter les limites, savoir faire appel à d'autres personnes si besoin.
- (Connaître la relation d'aide et savoir la pratiquer.
- (Etre capable de travailler seul et de travailler aussi en équipe.
- (...

3. COORDINATION DE PILOTAGE

Cette fonction peut être fédérée avec d'autres réseaux.

1. MISSION DE LA FONCTION

La coordination de pilotage a en charge l'animation et le suivi des différents projets du réseau.

L'objectif est la mise en œuvre des différents projets définis par les instances de pilotage, et leur concrétisation.

Il s'agit également de faire évoluer le réseau, son fonctionnement, et de dynamiser ses acteurs

(Piloter et développer les différents projets dans le cadre des objectifs définis par les instances de pilotage, par exemple :

- accompagner et stimuler les équipes projets,
- réaliser une mission d'appui auprès des chefs de projet,
- apporter une aide méthodologique à la conduite de projet.

(Participer à l'évaluation du réseau et permettre son évolutivité, par exemple :

- Veiller à inscrire l'évaluation dans toute démarche du réseau,
- Participer à l'élaboration des indicateurs de suivi de l'activité du réseau,
- Organiser l'évaluation des règles et procédures dans un souci d'adaptabilité et d'ajustement,
- recueillir et diffuser les besoins et la satisfaction des usagers des acteurs du réseau.

(Coordonner les actions de communication interne, par exemple :

- Participer à l'élaboration des outils de communication du réseau,
- Participer à l'élaboration du système d'information du réseau,
- Participer à l'élaboration et à la diffusion des règles et procédures de fonctionnement du réseau,
- Favoriser l'échange de compétences,
- Permettre l'enrichissement mutuel,
- Faciliter l'accès aux informations.
- Elaboration et partages d'outils d'aide aux soins: référentiels, etc.

(Participer à la définition du cahier des charges de la formation du réseau :

- Participer à l'évaluation des besoins en terme de formation,
- Diffuser une culture de la formation – action, de la circulation des savoirs faire et des savoirs être.

2. EXIGENCES DU POSTE

La coordination de pilotage se trouve à l'interface entre les instances décisionnelles, la direction du réseau, la coordination d'appui.

(Une connaissance du secteur médico – psycho - social et des tutelles, ainsi que de l'environnement réglementaire.

(Une connaissance d'outils organisationnels :

- Animation de groupe de travail,
- Transmission des connaissances aux différents membres du réseau,
- Savoir obtenir et faire partager les informations,
- Utilisation de différents outils méthodologiques, dont la méthodologie de projet.

(Intégrer la démarche évaluative, ainsi que la démarche qualité.

(Avoir la capacité à mobiliser un sentiment d'appartenance, malgré les intérêts contradictoires qui peuvent être en jeu.

(Connaître la dynamique des groupes, leur régulation.

3. EXPERIENCE ATTENDUE

(Plusieurs années d'expérience professionnelle en qualité de soignant.

(Expérience de coordination d'une équipe.

(Expérience dans la formation.

(Expérience de la conduite de projet, dans la démarche qualité.

4. QUALIFICATIONS SOUHAITEES

(Diplôme professionnel soignant.

(Diplôme en soins palliatifs ou expérience professionnelle reconnue.

(Formation en coordination de réseaux de santé ou management.

(Connaissance en informatique.

5. QUALITES REQUISES

(Sens de l'autorité et de la responsabilisation.

(Sens de la délégation.

(Sens de la négociation, de la communication et de l'écoute.

(Diplomatie.

(Capacité d'innovation, de création.

(Capacité de motivation.

(Sens du travail en équipe.

(Capacité de regard sur sa pratique et de remise en cause.

4. DIRECTION DE RESEAU

Cette fonction peut être fédérée avec d'autres réseaux.

Cette fonction apparaît nécessaire, elle est même indispensable pour assurer la pérennité du réseau.

Il s'agit de la direction de l'organisation "réseau".

Elle ne procède pas d'une logique pyramidale, mais "matricielle".

La direction du réseau est dévolue à une instance (comité de pilotage, conseil d'administration, etc).

Cette instance prend en charge les missions décrites ici.

Elle délègue à ses membres des missions spécifiques.

- Une mission stratégique et politique,
- Une mission d'organisation et de gestion,
- Une mission de communication externe.

1. MISSIONS DE LA DIRECTION

La direction à la responsabilité globale et politique de l'ensemble du réseau.

Elle fait en sorte que les objectifs du réseau soient atteints et renouvelés.

Elle s'appuie sur les autres fonctions de coordination et les autres acteurs du réseau, mais également sur l'instance de pilotage et décisionnelle du réseau.

Elle assure la gestion administrative, financière, et juridique du réseau.

(Elle détermine avec les autres niveaux de coordination et au sein du comité de pilotage, les axes de :

- Son développement,
- La formation des acteurs du réseau,
- L'évaluation du réseau,
- La communication externe.

(Elle assure la représentation, et la visibilité du réseau auprès de l'ensemble des acteurs institutionnels, des tutelles, des financeurs, des usagers, des autres réseaux.

Elle favorise la mise en lien avec les autres structures de soins palliatifs régionales, nationales, avec les autres réseaux.

(Elle a la responsabilité de la gestion du financement du réseau : recherche des partenaires financiers, négociation des financements, montage des budgets prévisionnels, etc...

(Elle a la responsabilité de la gestion des ressources humaines.

(Elle a la responsabilité de la communication externe, elle la coordonne :

- Auprès des usagers du réseau,
- Auprès du grand public,
- Auprès des instances politiques, sanitaires, sociales.

2. EXIGENCES ATTENDUES

On attend de cette instance et de ses membres:

(Qu'ils soient garants de la spécificité du réseau (ou des réseaux si cette instance est fédérée avec d'autres réseaux).

(Qu'ils connaissent parfaitement les exigences réglementaires et qu'ils se tiennent à jour de l'évolution de celles-ci.

(Qu'ils connaissent les différentes tutelles locales régionales nationales et leurs articulations.

(Qu'ils intègrent et aient le souci de la gestion financière.

(Qu'ils aient une bonne connaissance des outils organisationnels, mais également du management des ressources humaines.

5. REFERENCES REGLEMENTAIRES ET BIBLIOGRAPHIE

Références réglementaires :

Loi 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.

Décret 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile et annexes.

Circulaire du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux.

Loi du 21 décembre 2001 relative au financement de la Sécurité Sociale, qui crée la dotation nationale de développement des réseaux.

Circulaire DHOS/CGS du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement en application de la loi du 9 juin 1999.

Programme national de développement des soins palliatifs 2002-2005.

Loi 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (définition des réseaux de santé).

Décret 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux (guichet unique ARH – URCAM)

Décret 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.

Dans chaque région, le schéma régional de l'organisation sanitaire, volet soins palliatifs.

Le plan hôpital 2007 dans son objectif de développer les alternatives à l'hospitalisation, la santé mentale et les soins palliatifs et qui intègre les soins palliatifs comme thématique obligatoire du SROS.

Références bibliographiques :

→ « Créer et piloter un réseau de santé » : F-X. SCHWEYER, G. LEVASSEUR, P. PAWLIKOWSKA. Editions ENSP. 2002.

→ Bulletin d'information en Economie de la Santé, n° 37. CREDES

→ Référentiel : « Première réunion de coordination » RSP 82

→ Mémoire pour le DESS de Santé publique: "coordinateur de réseaux de santé: un nouveau "métier"?; ENSP? Universités Paris V,VI,VII,IX; 2003; Denis AGRET

→ Principes d'évaluation des réseaux de santé, Août 1999, ANAES

→ Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique, Bernard DEVALOIS

→ Repères pour une définition de la coordination en Soins Palliatifs; commission réseaux, SFAP, 2001.

COORDONNEES DES FORMATIONS

(non exhaustif, fin mars 2003)

Coordination de pilotage et direction :

1- Diplômes D'études Supérieures Spécialisées:

Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) : "coordonnateur de réseaux sanitaires et sociaux".
Université de droit, d'économie et des sciences d'AIX – MARSEILLE.

Diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) : "ingénierie des réseaux de santé".
Université de Marne la Vallée, section Economie Sciences Humaines et Sociales.

DESS management des établissements et des réseaux de soins
Université de ROUEN – Institut d'Administration des Entreprises.

2- Autres diplômes:

Coordination d'un réseau de soins et management de réseau
GRIEPS - LYON

Réseaux de santé, structuration et conduite du projet
Centre de Formation au Management Public - PARIS

Coordination d'appui :

Il n'y a pas de formation ciblées en tant que telles sur ce type de coordination même si plusieurs formations ou approches abordent les différentes missions décrites plus haut.