



FICHE DE RECUEIL DES DONNÉES D'ACTIVITÉ DES RÉSEAUX

2012

Réseau de soins palliatifs « ACCOMPAGNÉ »

I) IDENTITE DU RESEAU



Nom du Réseau : **RESEAU DE SOINS PALLIATIFS ACCOMPAGNE**

Numéro du Réseau : **483 467 924 00021**

Association promotrice : **Association Accompagné**

Présidente de la structure : Madame LE TROADEC Anne-Marie

Adresse : **3C, rue Auguste Pavie
Centre Socio Administratif
22200 GUINGAMP**

Tél. : 02.96.44.10.58. Fax : 02.96.11.93.28.

Adresse mail : association.accompagne@wanadoo.fr
Site Internet : <http://accompagne.org/>

II) OBJECTIFS DU RESEAU

Le Réseau Accompagné a pour objectif principal de promouvoir et de développer la démarche palliative, à travers des modalités de fonctionnement visant le décloisonnement 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, Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné apporte conseil, soutien, appui et formation aux différents intervenants à domicile, en établissement de santé ou en structures médico-sociales.

Le Réseau Accompagné 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.

Le renforcement de l'activité de coordination reste la mission prioritaire du Réseau. Nous mettons en lien l'ensemble des acteurs en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients, en situation complexe, en s'appuyant sur des pratiques cohérentes et efficaces.

Objectif 1 : En direction des personnes malades

Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné permet :

- d'évaluer les projets de retours et maintiens au domicile avec définition d'un projet personnalisé de santé (PPS)
- de coordonner les projets en mettant en lien systématiquement tous les professionnels de santé concernés.
- 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.

Objectif 2 : En direction des proches

Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné permet :

- d'accompagner les aidants naturels pour qu'ils participent à la prise en charge et à l'accompagnement,
- de prévenir l'épuisement des aidants en proposant soutien psychologique
- d'aider les proches dans les démarches sociales en lien avec la situation du patient
- de contribuer à la prévention des deuils compliqués et de proposer un soutien aux endeuillés qui le nécessitent.

Objectif 3 : En direction des soignants

Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné permet :

- 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.
- de favoriser et animer des réflexions et questionnements éthiques.

Objectif 4 : En direction des bénévoles d'accompagnement et professionnels non soignants

Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné permet :

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

Objectif 5 : En direction de la Direction Générale de l'Offre de Soins

Le Réseau de Soins Palliatifs Accompagné permet :

- De renforcer et favoriser le lien Ville-Hôpital
- D'améliorer la coordination des soins sur le territoire 7
- D'organiser et planifier le parcours de santé et le suivi du patient en situation complexe, en lien avec l'équipe de soins de premier recours
- Apporter un appui aux professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux, famille et patient

LES PRINCIPAUX TEMPS FORTS DE CETTE ANNEE 2012 :

L'essor de l'activité du Réseau (voir hypothèses d'argumentation)

La dynamique de sa gestion

La communication et la collaboration avec les partenaires du territoire (exposition et conférence)

➤ Commentaires sur le niveau de montée en charge atteint par rapport aux objectifs :

1) Une recherche constante d'amélioration

- a. Un Réseau connu et reconnu sur le territoire (les demandes des médecins traitants, des EHPAD augmentent)
- b. Une réactivité du Réseau par rapport aux demandes, un suivi de plus en plus réactif, réunion de coordination, (délai fixé à moins de 5 jours dès que le patient est à son domicile, des comptes rendu de réunion envoyées aux patients, aux professionnels libéraux dans un délai inférieur à 48 Heures)
- c. Un partenariat de plus en plus fort avec les partenaires du territoire : CLIC, MDD

2) Le Réseau, un lien entre professionnels du domicile

- a. Les professionnels restent les pivots de la coordination
- b. Le médecin traitant reste le pivot dans le parcours de santé du patient
- c. Le positionnement des coordinatrices, pas de substitution aux services et métiers existants
- d. La motivation des professionnels de premier recours
- e. Le Réseau est facilitateur de la coordination interdisciplinaire
- f. Le Réseau favorise des relations Ville-Hôpital. Les professionnels du Réseau intensifient les liens avec les structures en amont et en aval

3) Le Réseau, un plus dans les prises en charges

- a. Une satisfaction de plus en plus exprimée par l'entourage des patients : sentiment de sécurité, connaissance des aides existantes, le Réseau est un lien et une ressource dans les prises en charge complexes (médicale, psychosociale) ce qui renforce l'efficacité du parcours du patient. Augmentation d'un indice de satisfaction : + 22% (46% en 2012 contre 24% en 2011).
- b. Une plus-value effective dans les prises en charge s'appuyant fortement sur la démarche palliative
- c. La proximité du Réseau au plus près de la population, situation géographique. L'accès au public, les familles sont en demande et y viennent de plus en plus. Les étudiants sont accueillis pour des demandes d'information et de formation.
- d. La **complexité** des prises en charge est de plus en plus nombreuses avec l'éclatement de la cellule familiale, l'isolement, la diminution de la durée de séjour à l'hôpital.

4) Le Réseau, une réponse aux besoins de la population

- a. Médiatisation des soins palliatifs
- b. Face à une recrudescence des pathologies cancéreuses (cf SROS et PRSB)
- c. Un souhait, de plus en plus exprimé par les personnes de mourir à domicile
- d. Une politique de santé, loi HPST, de plus en plus tournée vers la prise en charge à domicile.
- e. Une durée de vie qui augmente avec les progrès des thérapeutiques (chimiothérapie...)
- f. De nouvelles pathologies associées : poly pathologie, démence, maladie d'Alzheimer, maladies neurologiques...

Le travail avec « La fondation Bon Sauveur », Centre Hospitalier Psychiatrique de BEGARD (objectifs 2011) se poursuit dans une réelle réflexion sur la fin de vie des patients atteints de pathologies psychiatriques. La collaboration avec les professionnels est de plus en plus pertinente.

Toutefois le Réseau a conscience que certaines actions sont à travailler pour amener encore plus de sécurité à sa pérennisation ; le développement de l'activité avec l'HAD (AUB) du Pays de GUINGAMP reste encore perfectible.

Le management au sein du Réseau

La mise en place d'entretiens d'évaluation aura permis à l'équipe d'avoir un retour des dirigeants sur ses pratiques et d'encourager le lien de confiance entre salariés et managers « bénévoles ».

L'organisation a ainsi pu être réajustée pour un maximum d'efficacité.

CHAPITRE 1 : LA COORDINATION DES SOINS

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>LA POPULATION PRISE EN CHARGE ET L'ORIGINE DE LA DEMANDE</p> <p><i>S'inscrire comme intervenant privilégié dans la prise en charge des patients en soins palliatifs au domicile.</i></p> <p><i>Etre acteur facilitant dans la coordination du parcours du patient</i></p> <p><i>Recenser les types de pathologies des patients intégrant le Réseau.</i></p> <p><i>Identifier les partenariats actifs.</i></p>	<p>Répondre de façon adaptée aux demandes de prises en charges des partenaires ville-hôpital.</p> <p>Partager les informations avec tous les acteurs de la prise en charge</p> <p>Demande d'information sur la pathologie lors de l'appel. Demande de copie du dernier compte rendu médical auprès des partenaires médicaux ou du Réseau « Oncarmor ».</p> <p>Traçabilité de l'origine de la demande sur la feuille de demande d'admission et retranscription sur Pallilog.</p>	<p>Dès la demande d'intervention.</p> <p>Dès la mise en place du parcours du patient</p> <p>Au moment de l'appel téléphonique.</p>	<p>Report des Patients 2011 : 9 Nombre de demandes reçues 2012 : 162 Nombre de demandes non abouties 2012 : 29 Nombre de demandes abouties 2012 : 133 Total de patients pris en charge : 142 Cf. ANNEXE 1 Total des dossiers traités : 171</p> <p>Oncologie : 70 % Neurologie : 11 % Insuffisance fonctionnelle sévère : 7 % Autres causes : 12%</p> <p>Origine des 142 demandes Cf. ANNEXE 2 Hôpitaux : 49 Cliniques : 1 Prof. libéraux : 14 CCE/SSIAD : 6 EHPAD : 41 MAS/Foyer de vie : 3 Proches : 24 Autres partenaires : 4 (Réseaux, UMSP, CLIC, Maison du département...)</p>
<p>LE MAINTIEN AU DOMICILE</p> <p><i>Intervenir auprès du patient et/ou de l'équipe demandeuse dans un délai cohérent.</i></p>	<p>Programmer une date d'intervention avec les acteurs.</p> <p>Visiter le patient et/ou de son entourage afin d'évaluer les besoins humain, matériel et financier à mettre en place. Prendre contact avec tous les acteurs du domicile (sanitaires et sociaux).</p>	<p>Le délai dépend du projet et de l'urgence de l'évaluation.</p> <p>Si le patient est hospitalisé : dès que le service a prévenu le patient ou ses proches de la demande d'intervention du Réseau.</p> <p>Si le patient est à son domicile : dès l'accord du patient et/ou de son entourage pour la visite d'évaluation. Suite à la visite d'évaluation.</p>	<p>Durée moyenne entre la demande et l'évaluation : 5 jours.</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p><i>Permettre au patient d'être actif dans sa prise en charge.</i></p> <p><i>Sécuriser le maintien au domicile.</i></p> <p><i>Développer et coordonner le travail en pluridisciplinarité</i></p> <p><i>Permettre une continuité dans la prise en charge du patient nuits, WE et jours fériés.</i></p> <p><i>Accompagner le patient dans son besoin d'aide sociale.</i></p>	<p>Envoi par courrier, pour information, du premier PPS au patient (en copie pour médecin traitant).</p> <p>Organiser une réunion de coordination avec les acteurs de la prise en charge et le patient s'il le désire afin de compléter, évaluer et réajuster si besoin le PPS initial.</p> <p>Réévaluer régulièrement la situation avec le patient et les professionnels : Appels téléphoniques et visites de suivis au domicile.</p> <p>Organiser une réunion de coordination avec les acteurs de la prise en charge et le patient s'il le désire afin de compléter, évaluer et réajuster si besoin le PPS initial.</p> <p>Développer l'implication du Médecin traitant dans la coordination des soins.</p> <p>Envoyer la fiche de signalement au SAMU et aux services des Urgences du CH référent.</p> <p>Si le patient est hospitalisé : Solliciter l'intervention de l'assistante sociale du service.</p> <p>Si le patient est à son domicile : Rechercher un suivi social existant à la MDD ou « Oncarmor ». Aider le patient et ses proches à remplir les formulaires d'aides financières pour l'intervention d'aide à domicile.</p>	<p>Dès la mise en place du plan d'aide.</p> <p>Appel systématique au patient ou aux professionnels, le lendemain du retour à domicile.</p> <p>Protocole d'appel établi selon : - les besoins du patient et/ou de ses proches. - l'état de la situation du patient.</p> <p>Mise en place à partir des 1ères semaines de prise en charge du patient.</p> <p>Dès le retour au domicile ou l'admission si le patient est déjà à son domicile.</p> <p>Dès l'accord du patient.</p>	<p>Nombre de PPS Ecrits : 83 patients suivis hors structures Sur 142 suivis 59 non écrits : normal car : -9 de 2011 et 50 autres patients vivants en structures ;</p> <p>Présences des patients et/ou de leurs proches lors des réunions de coordinations : Patients : 21% Familles : 24%</p> <p>Moyenne de 3 visites par patient. 4 transferts de prise en charge HAD.</p> <p>Nombre de réunions de coordination : 72 Chaque PPS réactualisé a été envoyé par courrier à chaque patient et à chaque intervenant sous forme de compte-rendu de réunions.</p> <p>Réunions de coordination : <i>Taux de participation des acteurs du domicile</i> Médecins : 40% Infirmiers libéraux : 32% Comités d'entraides : 17% EHPAD-MAS : 16% Pharmaciens : 13% SSIAD : 11% Kinés : 10% Infirmiers prestataires : 8% Assistantes sociales : 6%</p> <p>83 fiches SAMU.</p> <p>Nombre total de démarches sociales : 102 61% des demandes sociales ont été initiées par le Réseau. (V.A. 61/102)</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p><i>Encourager le lien social.</i></p> <p><i>Assurer une démarche cohérente auprès du patient, ses proches et les professionnels du domicile.</i></p> <p><i>Evaluer l'action du Réseau par rapport au temps de prise en charge des patients à leur domicile.</i></p> <p><i>Evaluer l'action du Réseau par rapport au nombre de fins de vie au domicile.</i></p> <p><i>Permettre au patient et à ses proches de s'exprimer sur le vécu et l'accompagnement de fin de vie.</i></p>	<p>Proposer au patient et à ses proches l'intervenant d'un bénévole d'accompagnement</p> <p>En accord avec le Médecin traitant référent, proposer au patient une suspension de prise en charge lorsque son maintien au domicile et son état de santé sont stabilisés.</p> <p>Recenser le % de nombre de jours passés à domicile sur le nombre de jours de prise en charge par le Réseau.</p> <p>Recenser le % de patients présents à domicile 5 jours avant leur décès sur la totalité des patients décédés.</p> <p>Recenser le % de visites à caractère psychologique auprès des patients et de leurs proches.</p>	<p>Présenter le rôle des bénévoles dans le cadre de la présentation de l'équipe du Réseau.</p> <p>Evaluation en équipe à chaque réunion de synthèse : 1 fois /mois.</p> <p>Annuel.</p> <p>Annuel.</p> <p>Proposé à chaque admission de patient.</p>	<p>7 patients ont été accompagnés par un bénévole JALMALV.</p> <p>33 patients sortis pour état stationnaire. Dont 2 patients sortis pour projet curatif.</p> <p>88% des jours de prise en charge s'effectuent au domicile du patient. (V.A de 6409 /7224)</p> <p>65% des patients décédés étaient à domicile 5 jours avant leur décès. (V.A. de 47/72)</p> <p>44% des patients ont bénéficié d'un soutien psychologique. 30% soutiens psychologiques pour les proches.</p>
<p>LES HOSPITALISATIONS</p> <p><i>Suivre les hospitalisations de patients.</i></p> <p><i>Favoriser l'hospitalisation directe en service de soins.</i></p> <p><i>Recenser le nombre de patients du Réseau hospitalisés avec un passage aux urgences.</i></p> <p><i>Identifier les motifs d'hospitalisation au service des urgences.</i></p>	<p>Evaluer les situations qui ont nécessité une hospitalisation.</p> <p>Assurer une coordination efficiente lors d'une nécessité d'hospitalisation du patient.</p> <p>Rechercher auprès du patient ou du centre hospitalier les modalités de l'hospitalisation.</p> <p>Rechercher auprès du médecin traitant et du service hospitalier le motif d'hospitalisation en urgence.</p>	<p>Annuel.</p> <p>Dès le signalement ou l'évaluation d'une situation à risque au domicile.</p> <p>Dès la connaissance de l'hospitalisation.</p>	<p>Sur les 142 prises en charge, 41 patients ont générés 71 hospitalisations soit 29% des patients.</p> <p>66% des hospitalisations en entrée directe.</p> <p>34% des hospitalisations par le service des urgences.</p> <p>Altérations de l'état général : 10 Complication respiratoire : 4 Douleur : 4 Complication digestive : 1 Complication neuro. : 1 Chute : 2 Souffrance psychologique : 1</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>ACCOMPAGNEMENT POST-DECES</p> <p><i>Savoir dans quelle échéance des soins palliatifs s'inscrit l'activité du Réseau.</i></p> <p><i>Evaluer le nombre de visites spontanées post décès.</i></p> <p><i>Poursuivre l'accompagnement des proches endeuillés.</i></p> <p><i>Contribuer à la prévention de deuils compliqués.</i></p> <p><i>Permettre aux professionnels de s'exprimer sur le vécu du suivi d'un patient décédé.</i></p>	<p>Recenser la durée moyenne de prise en charge de patients par le Réseau.</p> <p>Accueil de l'entourage du patient au Réseau.</p> <p>Envoi de cartes de condoléances.</p> <p>Proposer un accompagnement psychologique dans le questionnaire de fin de prise en charge.</p> <p>Questionnaire de fin de prise en charge pour les professionnels avec proposition de rencontre post décès.</p>	<p>Tout au long de l'année.</p> <p>Le mois suivant le décès ou plus tôt si demande des proches.</p> <p>Dans le mois qui suit le décès du patient.</p>	<p>62 jours (échéance : moyen terme)</p> <p>Nombre de visites spontanées au Réseau : 20</p> <p>47 envois de cartes de condoléances. (72 décès sur l'année ; pour 25 patients décédés en EHPAD : aucun contact avec les familles d'où non envoi de carte de condoléances)</p> <p>13 suivis de deuil avec un maximum de 5 séances par famille, au-delà, si besoin, réorientation vers professionnels libéraux.</p> <p>1 demande de rencontre post-décès.</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>LA DEMARCHE QUALITE</p> <p>Prioriser les prises en charge et réguler l'activité du Réseau</p> <p><i>Sécuriser la prise en charge en maintenant un lien avec le patient et son entourage</i></p> <p><i>Avoir une réactivité maximale en cas d'aggravation de l'état du patient</i></p> <p><i>Maintenir une dynamique de fonctionnement de coordination.</i></p> <p><i>Permettre au patient de bénéficier d'une prise en charge par le Réseau quelque soit son lieu de vie.</i></p> <p><i>Partager les compétences avec les professionnels du territoire</i></p> <p><i>Etre reconnue comme partenaire de soins par les structures hospitalières accueillant les patients inclus dans le Réseau.</i></p> <p><i>Partager les informations et collaborer pour apporter plus de cohérence dans la prise en charge du patient.</i></p> <p><i>Collaborer de façon efficiente avec les professionnels de santé.</i></p> <p><i>Répondre aux attentes des proches.</i></p> <p><i>Renforcer la fonction d'appui auprès des EHPAD</i></p>	<p>Création d'une file active « Veille-état stationnaire».</p> <p>Téléphoner une fois tous les 15 jours ou une fois par mois au patient.</p> <p>Les patients sont ré inclus le jour même.</p> <p>Evaluer le nombre de patients pris en charge entre 10 et 90 jours par rapport au nombre total de malades pris en charge.</p> <p>Formaliser les partenariats par conventions.</p> <p>Participer à des réunions pluridisciplinaires (médico-sociales)</p> <p>Participation aux réunions de synthèse des patients en LISP au Centre hospitalier de Guingamp communs au Réseau.</p> <p>Contacter « Oncarmor » pour informer de notre intervention auprès de patients atteints de pathologie cancéreuse et pris en charge par les établissements du secteur 7.</p> <p>Envoi d'un questionnaire d'évaluation de la collaboration avec le Réseau, en fin de prise en charge.</p> <p>Envoi d'un guide de formalités à accomplir après un décès.</p> <p>Envoi par courrier aux familles, d'un questionnaire de ressenti sur l'action du Réseau.</p> <p>Animer des réunions pluridisciplinaires sur des questionnements éthiques et la loi Leonetti.</p>	<p>Depuis décembre 2012</p> <p>Depuis septembre 2012</p> <p>Depuis septembre 2012</p> <p>Evaluation en équipe à chaque réunion de synthèse : 1 fois /mois.</p> <p>Dès identification situation complexe.</p> <p>Une fois par semaine selon prises en charge communes.</p> <p>Dès l'admission du patient.</p> <p>Dans les quinze jours suivant le décès.</p> <p>24 à 48h après le décès (joint à l'envoi de la carte de condoléances) Mis en place à partir d'octobre 2012.</p> <p>Le mois suivant le décès du patient.</p> <p>A la demande des structures.</p>	<p>Une moyenne de 7,5 patients par semaine.</p> <p>58% des patients ont une prise en charge comprise entre 10 et 90 jours. (V.A. 82 / 142)</p> <p>Conventions avec tous les partenaires (cf. tableau p21)</p> <p>7 réunions.</p> <p>25 participations pour discussion des dossiers avec l'équipe hospitalière.</p> <p>Partage des données médicales RCP et des actions mises en place.</p> <p>62% de réponses des professionnels du domicile. (V.A. 29/47) 48% de réponses des professionnels d'EHPAD. (V.A. 12/25)</p> <p>20 guides expédiés. CF. ANNEXE 3</p> <p>38 courriers expédiés. 2 retours. 21 faire-part de remerciements reçus. CF. ANNEXE 4</p> <p>13 interventions.</p>

CHAPITRE 2 : COMMUNICATION ET PARTENARIATS

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>LA TRAÇABILITE</p> <p>Dans l'équipe</p> <p><i>Assurer une bonne transmission interne des informations.</i></p> <p><i>Avoir une vision globale et homogène des prises en charge.</i></p> <p>Avec les partenaires</p> <p><i>Informers les professionnels du déroulement des actions mises en place auprès du patient</i></p> <p><i>Pouvoir accéder à l'actualité du Réseau</i></p>	<p>Optimiser l'utilisation outils en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - du logiciel informatique - du support de planification. <p>Participation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - au STAFF d'équipe - à la réunion de synthèse. <p>Envoi au Médecin traitant : La copie du plan d'aide mis en place pour le patient. Envoi la synthèse de visite d'évaluation faite par le Réseau.</p> <p>Envoi à tous les intervenants du compte rendu de réunion de coordination.</p> <p>Actualiser les informations sur le site internet du Réseau.</p> <p>Envoyer la programmation des ateliers-échanges.</p> <p>Faciliter les inscriptions : Création d'un lien DOODLE.</p>	<p>Permanent.</p> <p>1fois/semaine 1 fois/mois</p> <p>Dès l'inclusion du patient.</p> <p>De 48h à 5 jours maximum après la réunion.</p> <p>Selon les évènements.</p> <p>Envoi par courrier et par mails.</p> <p>Décembre 2012</p>	<p>Chaque nouvelle action (appel, visite, réunion) est enregistrée sur informatique et inscrite sur la planification.</p> <p>Planification des actions. Réévaluation des objectifs.</p> <p>83 courriers envoyés.</p> <p>50 synthèses de visites jointes aux PPS.</p> <p>123 comptes-rendus de réunions expédiés.</p> <p>Mise en ligne du programme des « ateliers échanges », liens avec les partenaires....</p> <p>Ateliers-échanges 2013 CF. ANNEXE 5</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>COMMUNIQUER SUR LE RESEAU ET SUR LA CULTURE PALLIATIVE</p> <p><i>Communiquer auprès du grand public et des professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux.</i></p> <p><i>Accueil d'étudiants</i></p> <p><i>Participer au travail de diffusion et de reconnaissance des Réseaux de santé auprès des organismes de contrôle.</i></p> <p><i>Faire connaître les spécificités de prise en charge en soins palliatifs aux professionnels de santé et aux étudiants du secteur médico-social.</i></p>	<p>Site Internet.</p> <p>-Exposition « Les soins palliatifs » du 18 au 29 septembre 2012 ouverte au public, à la médiathèque de Guingamp. CF. ANNEXE 6</p> <p>-Conférence ouverte au public, animée par un philosophe : « Ethique et fin de vie ».</p> <p>1 étudiante en BTS 2^{ème} année SP3S (Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social)</p> <p>1 étudiante en BTS 1^{ère} année SER (Services en Espace Rural)</p> <p>Adhérer à l'URSB.</p> <p>Renouveler les adhésions à la SFAP et la CBSP.</p> <p>Diffusion de 6 plaquettes informatives sur les spécificités de la prise en charge de patients en soins palliatifs. (Douleur, Soins de bouche, Les médicaments en sous-cutanée, La loi Léonetti, Evaluation de la douleur, La Morphine).</p> <p>Mise à disposition dans les locaux du Réseau d'ouvrages, de DVD et de CD-ROM en lien avec les soins palliatifs.</p>	<p>Actualisation régulière.</p> <p>Septembre 2012 8 séances de projections</p> <p>1 soirée animée par Mr SACCHI, Philosophe et Président du Comité de Réflexion Ethique de St Brieuc.</p> <p>5 semaines – projet tutoré</p> <p>12 semaines.</p> <p>Participation au groupe de travail sur les indicateurs ARS «évaluation triennale» le 24/06/2012. Participation au CA de l'URSB en septembre 2012.</p> <p>Travail à poursuivre.</p>	<p>Moyenne du nombre de visiteurs : 10 visiteurs par jour.</p> <p>Nombre de participants à la conférence : 50</p> <p>Réorganisation de la bibliothèque du Réseau ; par thèmes et références.</p> <p>Gestion de l'organisation de l'exposition.</p> <p>1 salarié du Réseau membre du CA de l'URSB jusque juillet 2012. (départ du salarié)</p> <p>Plaquettes distribuées lors de rencontres, de réunions, et d'ateliers-Echange aux acteurs de soins du domicile. Aux étudiants en formations (IFAS et IFSI).</p> <p>Aux acteurs de soins du domicile. Aux étudiants en formations (IFAS et IFSI). Aux familles.</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p>CREER ET/OU RENFORCER LES LIENS AVEC LES PARTENAIRES</p> <p><u>Répondre aux demandes de collaboration</u></p> <p><i>Avec les professionnels libéraux.</i></p> <p><u>Partager les «savoir-faire»</u></p> <p><i>Avec le Centre Hospitalier de GUINGAMP.</i></p> <p><i>Avec La Maison Du Département (MDD)</i></p> <p><i>Avec le Centre Local Information et de Coordination (CLIC)</i></p> <p><u>Etre reconnu comme acteur du territoire par les politiques locaux</u></p> <p><u>Etre reconnu comme partenaire auprès des autres associations sanitaires existantes sur le secteur 7</u></p>	<p>Envoi des attestations de prise en charge CPAM. (enveloppe retour-timbrée jointe)</p> <p>Bénéficier de la compétence de l'ingénieur « qualité » du Centre Hospitalier pour mettre en place une démarche qualité au sein du Réseau.</p> <p>Mutualiser les compétences sur des situations complexes.</p> <p>Participer aux réunions de réflexions de la Commission Santé du Pays de Guingamp.</p> <p>Communication auprès des partenaires au changement de coordinatrice.</p>	<p>A poursuivre.</p> <p>Tout au long de l'année.</p> <p>5 Participations aux réunions de la commission de santé, aux CA, à l'AG et aux conférences proposées par le Pays de Guingamp. (mars, mai, septembre, octobre et novembre 2012)</p> <p>Septembre 2012.</p>	<p>La collaboration avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Centre Hospitalier de Paimpol - La Fondation Bon Sauveur de Bégard - Foyer de Vie pour personnes handicapées de PLOUMAGOAR. <p>sont effectives.</p> <p>Nombre d'attestations CPAM <u>98 attestations envoyées</u> <u>62 attestations recueillies</u></p> <p>1 représentant du Réseau membre du CA de la Commission Santé.</p> <p>Coordinatrice du Réseau.</p>
<p><u>Mutualiser avec les partenaires</u></p> <p><i>Avoir une démarche cohérente vis-à-vis des partenaires.</i></p> <p><i>Echanger sur les pratiques en soins palliatifs avec tous les acteurs de la filière soins palliatifs du territoire.</i></p>	<p>Utiliser les outils communs aux Réseaux du secteur 7 :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Fiche de signalement SAMU -Fiche demande d'intervention <p>Participer aux rencontres Interpallia.</p> <p><i>Réflexion autour d'une plaquette commune :</i> EMSP/HAD/Réseau/Bénévoles.</p> <p>Réunions des psychologues des structures SP et cancérologie du secteur 7.</p>	<p>Mars 2012. Mai 2012.</p> <p>Janvier 2012. Mars 2012. Mai 2012.</p>	<p>Outils intégrés dans les structures et les Etablissements de Santé.</p> <p>Mise en ligne sur site internet pour les professionnels du domicile souhaitant faire une demande d'intervention du Réseau.</p> <p>CH Lannion CH Paimpol</p> <p>Echanges de pratiques à partir d'études de cas. Psychologue : 3 participations</p>

CHAPITRE 3 : FORMATION ET MANAGEMENT

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p><u>Formations suivies</u></p> <p><i>Actualiser et Approfondir les connaissances des membres du Réseau.</i></p>	<p>Formation « Ecoute et relation d'aide » Analyse des pratiques. IFMAN Paris (W. Barral)</p> <p>Conférence Traitement des Plaies. Plérin</p> <p>DU Douleur</p> <p>Conférence « Le proche du patient et le retour à domicile ». Oncarmor Plérin</p> <p>Conférence « La mort en représentation ». JALMALV et collectif vivre son deuil en Bretagne</p> <p>Journée de la CBSP</p> <p>Formation Pallilog mutualisée avec Résopallia à St Brieuc.</p> <p>Abonnement à la revue « douleur » MASSON.</p> <p>Achat de livres professionnels.</p>	<p>2 jours – mai 2012. 2 jours – novembre 2012.</p> <p>Mars 2012.</p> <p>Juin 2012.</p> <p>Octobre 2012.</p> <p>Octobre 2012.</p> <p>Novembre 2012.</p> <p>1 journée - Novembre 2012.</p> <p>Année 2012.</p>	<p><u>Participants</u></p> <p>1 psychologue</p> <p>1 infirmière</p> <p>1 infirmière</p> <p>1 infirmière</p> <p>1 infirmière</p> <p>1 Infirmière + Médecin + Assistante</p> <p>1 Infirmière + Médecin</p> <p>6 numéros</p> <p>13 Ouvrages</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
<p><u>Formations délivrées</u></p> <p><i>Diffuser les « bonnes pratiques » en soins palliatifs aux professionnels du domicile et des structures d'hébergement.</i></p> <p><i>Répondre aux attentes des participants.</i></p> <p><i>Transmettre les spécificités des soins palliatifs professionnels et futurs professionnels de santé.</i></p>	<p>7 Ateliers-Echanges de 2 heures chacun ont été proposés par le Réseau aux professionnels du domicile. Cf. ANNEXE 5</p> <p>Faire intervenir des professionnels cohérents et reconnus dans leurs compétences.</p> <p>Utilisation du questionnaire d'évaluation pour chaque formation.</p> <p>Répondre aux demandes d'interventions des instituts de formations IFAS et IFSI.</p> <p>Présenter les spécificités des missions de Réseau de soins palliatifs : Mutualité Retraite de St Briec.</p>	<p>De Janvier à décembre 2012.</p> <p>Février 2012. Mars 2012. Novembre 2012.</p> <p>2012 : IFAS-IFSO de GUNGAMP.</p> <p>Septembre 2012 : Professeur du Lycée le Restmeur de Pabu.</p>	<p>66 participants répartis par collège :</p> <p>Infirmières structures : 21 Infirmières libérales : 9 Aides-soignantes : 25 AMP : 6 Auxiliaire de vie : 5</p> <p>3 Intervenants extérieurs : 1 IDE UMSP CH MORLAIX 1 Socio-esthéticienne 1 Aromathérapie</p> <p>Satisfaction des participants : La quasi-unanimité des participants sont satisfaits du contenu des ateliers-échanges dont l'aspect pratique est apprécié. Les participants apprécient la possibilité d'échanger sur leurs expériences entre professionnels de différentes structures et avec les animateurs. Est aussi souligné la qualité de l'accueil par le Réseau.</p> <p>2h30 d'intervention.</p> <p>2h00 d'intervention.</p>
<p><u>Management du Réseau</u></p> <p>Définir les orientations du Réseau.</p> <p>Maintenir la cohésion dans l'équipe.</p> <p>Evaluer les compétences et la dynamique de l'équipe.</p>	<p>Réunions des membres du bureau et des membres du personnel.</p> <p>Les échanges réguliers entre la Présidente et l'équipe.</p> <p>La disponibilité de la Présidente par mail et par téléphone.</p> <p>Mise en place de séance de supervision d'équipe.</p> <p>Mise en place d'entretien d'évaluation.</p>	<p>Mars 2012. Juin 2012. Novembre 2012.</p> <p>Tous les vendredis après-midis.</p> <p>A partir de décembre 2011 (mensuel).</p> <p>Annuel.</p>	<p>Echanges sur le pilotage du Réseau et discussion sur les orientations à poursuivre.</p> <p>La Présidente est informée :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Des actions mises en place au niveau de l'organisation du Réseau. -De l'activité. -De l'actualité administrative et comptable. -Des difficultés. <p>8 séances de régulation en 2012.</p> <p>Tous les salariés ont été entretenus par la Présidente et la Vice-présidente.</p>

Objectifs	Actions mises en œuvre	Echéancier des actions	Résultats atteints (selon Indicateurs de suivi retenus)
Ouvrir le Réseau aux différentes formations : cadres formateurs IFSI, étudiants IFSI, BTS, ...	Elaboration d'un livret d'accueil pour les stagiaires.	Décembre 2012.	Un livret d'accueil est à la disposition des stagiaires.
Gestion du temps de travail.	Planification annuel et prévisionnel du temps de travail des professionnels du Réseau. Prioriser les différentes actions et missions suivant l'activité du Réseau.	Décembre 2012.	Le temps des salariés est planifié sur l'année 2013.
S'informer des problématiques de santé pour comprendre les enjeux liés au Réseau et s'inscrire sur le territoire 7.	Connaissance du guide DGOS : « <i>Améliorer la coordination des soins</i> ». Connaissance du PRSB.	Novembre 2012.	
Organiser le travail, les champs d'action des professionnels.	Réflexion d'équipe. Prise de décision.	Tout au long de l'année.	

➤ CONCLUSION

Le nombre de patients pris en charge dans le Réseau a augmenté de 25% en 2012. Ce résultat est très satisfaisant et démontre la bonne implantation du Réseau « Accompagné » sur son territoire d'intervention.

Les dossiers non aboutis représentent 18% (16% en 2010). Certaines demandes sont faites au Réseau faute de trouver un interlocuteur disponible pour l'organisation de retour au domicile. Cela est très gratifiant pour le Réseau mais ne convient pas à la situation du patient.

Le taux de patients décédés au domicile, ou structures reconnues comme tel, est de 64% (50% en 2010). Bien que la majorité des demandes d'intervention vienne des structures hospitalières, les décès au domicile sont majoritaires. Ce résultat démontre l'implication des professionnels et des proches dans la prise en charge du patient qui souhaite une fin de vie au domicile. Une meilleure connaissance des pratiques en soins palliatifs et des échanges réguliers avec l'équipe du Réseau tendent à penser que les maintiens au domicile se font dans un climat plus sécurisant.

L'augmentation du taux de présence des médecins traitants aux réunions de coordinations (73%) souligne le travail de pluridisciplinarité mené par le Réseau depuis sa création.

Des partenariats nouveaux ont émergé notamment avec le secteur du handicap. Le vieillissement des populations accueillies dans les Foyers de Vie, Maisons d'accueil spécialisées et Structure hospitalière spécialisée crée de nouveaux besoins en matière de prise en charge. C'est dans ce contexte que le Réseau est sollicité pour faire part de son expérience, de son expertise dans le domaine des soins palliatifs et dans l'accompagnement de fin de vie.

La poursuite de création et de diffusion de plaquettes sur les « recommandations de pratiques professionnelles » permet de poursuivre le travail d'information avec les professionnels du territoire.

Le travail avec les EHPAD devient plus ciblé avec des demandes d'interventions à propos d'expertise en douleur, démarche palliative, soutien de l'équipe face à la fin de vie, questionnements éthiques, présence ou association de l'un des acteurs du Réseau dans l'élaboration du projet de fin de vie du résident avec la participation de la famille ou dans la gestion des soins de confort. L'accompagnement psychologique des équipes est également souvent demandé afin d'éviter le débordement d'émotions et travailler au développement de la compétence relationnelles des professionnels.

Pour répondre à des demandes de directeurs d'EHPAD et pour développer notre champ d'action au niveau de la mission de formation des professionnels aux soins palliatifs, l'équipe du Réseau projette pour l'année 2013 de se déplacer dans les EHPAD partenaires pour animer des ateliers échanges. Cette action sera associée à l'exposition des panneaux présentant les soins palliatifs, créé par le Réseau en 2012.

Un renouvellement des thèmes est aussi envisagé afin de répondre au plus près aux attentes exprimées par les professionnels.

La démarche qualité initiée dès 2011 et poursuivie en 2012 a permis d'apporter des réponses ciblées aux partenaires et des réajustements lorsque nécessaires. Elle permet au Réseau de s'inscrire dans un principe d'amélioration continu et d'envisager des perspectives d'évolution.

En termes de management, suite à la mise en place des entretiens d'évaluation en 2011, des objectifs ont été mis en place pour chaque salariée et des formations ont été proposées. Les séances de régulation ont permis à l'équipe un meilleur positionnement au sein du Réseau mais aussi avec les patients et professionnels.

L'activité exponentielle de 2012 a dépassé de près de 30 % les objectifs fixés pour 2012 grâce à une équipe opérationnelle reconnue sur le territoire pour ses compétences en termes de coordination, d'expertise et d'écoute.

III) POPULATION CONCERNEE

- Zone géographique couverte par le Réseau : Pays de Guingamp, Communauté de Communes de Callac et 6 communes du Goëlo (Plouezec, Kerfot, Yvias, Lanleff, Lanloup et Pléhédel), avec un rayon d'intervention en 2012, de 30 kms.

- Nombre de patients nouvellement inclus : entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 : **133**
- File active : **133** nouveaux patients inclus en 2012 + **9** patients (année 2011 N-1) entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 : **142**
- Population cible : nombre de patients que le Réseau prévoyait prendre en charge entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 : **95**
- Nombre de patients adhérents du Réseau et ayant eu un plan personnalisé de soins (PPS) : entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 : **83**
- Nombre cible de plan personnalisé de soins que le Réseau prévoyait d'élaborer entre le 01/01/2012 et le 31/12/2012 : **70**
- Population théorique : **80 femmes** et **62 hommes**, moyenne d'âge de **78 ans**.

IV) EQUIPE DE COORDINATION DU RESEAU (EN ETP) AU 31/12/2012

	Médecin coordinateur	Infirmière coordinatrice	Infirmière coordinatrice	Assistante de coordination	Psychologue Clinicienne
Nom Prénom	LE MEE Véronique	LE ROUX Françoise	LE MOIGNE Cécile	LE BUHAN Nathalie	MAURICE Françoise
Equivalent temps plein	0.30 ETP	1 ETP	0.5 ETP	1 ETP	0.5 ETP
Statut	Mise à disposition Centre Hospitalier de Guingamp	Mise à disposition Centre Hospitalier de Saint Briec	CDI	CDI	CDI
Date d'entrée en fonction	22/10/2012	20/08/2012	31/05/2010	31/07/2006	02/10/2006

Les difficultés du Dr GHESQUIERE évoquées l'année passée ne lui ont pas permis de reprendre son activité au Réseau, cependant elle est restée médecin référent du Réseau et a répondu au questionnement de l'équipe en cas de besoin. Suite à une entrevue avec l'équipe de direction du CH de Guingamp, nous avons convenu de poursuivre notre partenariat avec le nouveau médecin recruté sous réserve que le Réseau ne soit pas la variable d'ajustement du Centre Hospitalier.

Le Docteur Véronique LE MEE a intégré l'équipe le 22 octobre 2012 sur un 0.30 ETP.

V) PROFESSIONNELS ADHERENTS AU 31/12/2012

Nombre total de professionnels adhérents au Réseau <u>et intervenant dans au moins un Plan Personnalisé de Soins (PPS)</u>	Libéraux		Hospitaliers	
	Adhérents	Adhérents au Réseau et intervenant dans au moins un PPS	Adhérents	Adhérents au Réseau et intervenant dans au moins un PPS
Professionnels de santé	227	177		
Dont médecins Généralistes	57	54		
Dont médecins Spécialistes			12	
<i>Hémato-oncologie</i>			4	
<i>Neurologie</i>			1	
<i>Oto-rhino-laryngologie</i>			1	
<i>Pneumologie</i>			2	
<i>Radiothérapeute oncologue</i>			4	
Dont Comités Entraide	21	19		
Dont SSIAD	13	10		
Dont pharmaciens	31	27		
Dont cabinet infirmières diplômées d'Etat	46	36		
Dont cabinet de masseurs kinésithérapeutes	19	14		
Autres : prestataires de services	40	17		
Autres professionnels impliqués dans le Réseau				

VI) STRUCTURES IMPLIQUEES DANS LE RESEAU FIN 2012

ÉTABLISSEMENTS DE SANTE ADHERENTS AU RESEAU ET INTERVENANTS DANS AU MOINS 1 PPS	Sous dotation globale					Sous OQN				
	CHU	CHR	CH	HL	CHS	PSPSH	CLCC	Clinique	Centre de santé	Autres (préciser)
Centre Hospitalier Guingamp			X							
Clinique Radiologique de Saint-Brieuc								X		
Centre Hospitalier de Saint-Brieuc			X							
Centre Hospitalier de Bégard					X					
Centre Hospitalier de Tréguier			X							
Centre Hospitalier de Lannion			X							
Clinique de Lannion								X		
Centre hospitalier de Paimpol (HAD inclus)			X							
HAD Pays de Guingamp										X AUB
Autres "Structures" de prises en charge	CSP Guingamp, ADSEVEL de Guingamp, SSIAD de Guingamp, CCE de Bourbriac, SSIAD de Bourbriac, CCE de Plouagat-Châtelaudren, SSIAD de Plouagat-Châtelaudren, SECAD de Belle-Isle en terre, CCE de Bégard, SSIAD de Bégard, CCE de Callac, SSIAD de Callac, CCE de Pontrieux, SSIAD de Pontrieux, CCE de Pléguen, SSIAD de Lanvollon-Pléguen, Aid'adom.									
ÉTABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ADHERENTS AU RESEAU ET INTERVENANTS DANS AU MOINS 1 PPS - JUIN 2011	IME	IMP	IM Pro	Ets pour polyhandicapés	CMPP	CAMSP	SESSAD	Institut de rééducation	Institut d'éducation sensorielle	EHPAD
Foyer Logement de Lanvollon										X
Foyer Logement de Belle Isle en Terre										X
Foyer Logement de Pommerit Le Vicomte										X
Foyer Logement de Saint Jean Kerdaniel										X
Foyer Logement de Saint-Agathon										X
Foyer Logement de Guingamp										X
Foyer Logement de Saint Agathon										X
Foyer Logement de Bégard										X
Foyer Logement de Louargat										X
Foyer Logement de Plouha										X
Résidence St Joseph Plouha										X
Foyer Logement de Châtelaudren										X
Foyer Logement Callac										X
Résidence de l'Abbaye de Bégard										X
MAS « Le village vert » Callac										X
MAS « Les roseaux » Bégard										X
Autres intervenants										
Service de portage à domicile	Le Gaulois Guingamp et service de portage à domicile des CCE									
Téléalarme	Plaine Haute et par le biais des CCE									
Infirmière Prestataire de Services	Madouest, AMS, Air Bretagne,									

VII) DEPENSES PAR CHAPITRE BUDGETAIRE

CF. ANNEXE 7

VIII) RECETTES

CF. ANNEXE 8

VIII) RESULTAT DES EXERCICES

ANALYSE DES ECARTS CONSTATES ENTRE LES DEPENSES ET LES RECETTES ; TRAITEMENT PREVU

Le résultat de l'exercice 2012 fait ressortir un déficit de 32 212 €. L'analyse de l'activité mais en évidence une baisse des recettes (151 485 €) par rapport à l'année 2011(191 279 €) et une stabilisation des dépenses 2012 (185 496 €) par rapport à 2011 (184 836 €).

Recettes : la décision de financement de l'ARS nous a accordé une subvention de 149 870 € pour l'année 2012, le montant des autres sources de financement reste négligeable. Une reprise de trésorerie d'un montant de 10 000.00 € ainsi qu'une affectation du résultat 2011 viennent compléter le financement. Je note que le montant de cette affectation de résultat chiffré à 8 329 € par l'ARS ne correspond pas au montant transmis dans le compte de résultat du rapport d'activité d'un montant de 7 792 €.

Dépenses :

La charge d'exploitation d'exercice la plus importante reste le coût salarial, formations comprises d'un montant de 107 566 € soit 71.77% des recettes de subventions contre 123 793 € en 2011.

Dans le cadre des mouvements du personnel sur l'année 2012, le recrutement d'une infirmière s'est fait dans le cadre de la mise à disposition du CH de Saint Brieuc en cours d'année (convention **CF. ANNEXE 9**).

Le poste vacant et non financé du médecin coordinateur a été pourvu courant octobre, ce recrutement s'inscrit comme les années passées dans le cadre d'un partenariat avec le CH de Guingamp, par une mise à disposition (**CF. ANNEXE 10**). Le montant inscrit de 6 000.00 € correspond à une estimation remise par le CH de Guingamp pour la période considérée (20/10/2012 - 31/12/2012). Un réajustement des montants nous sera adressé dans les plus brefs meilleurs délais par le CH de Guingamp.

Les autres postes de dépenses à prendre en compte :

Loyer et charges : Suite au déménagement, dans le centre ville, en début d'année, le montant de ce poste s'élève à 11 771.31 ce montant reste provisoire, les charges facturées correspondent à un prévisionnel, la mairie étant dans l'incapacité de nous remettre un document définitif. (**CF. ANNEXE 11**)

Prestations extérieures : Elles correspondent aux prestations du commissaire aux comptes, du cabinet d'expert comptable (le surcoût de 2012 correspond à des prestations en lien avec des fins de contrats et des rédactions de nouveaux contrats de travail. Le suivi de la comptabilité reste à minima grâce au travail de l'assistante de coordination) et d'un intervenant pour l'analyse des pratiques de l'équipe (ce travail fait au sein de l'équipe, à raison d'une intervention mensuelle, a été validé en CA et est incontournable pour maintenir la cohésion de l'équipe et pour apporter un soutien à la réflexion de l'équipe).

Les achats et autres services extérieurs : la hausse de ces postes correspond, pour une part, aux frais liés au déménagement et à l'aménagement dans les nouveaux locaux (frais déménagement, information-publicité).

Il est cependant primordial de rattacher cette analyse financière à l'activité 2012 du réseau et de rappeler que l'objectif de 95 prises en charge a été largement dépassé avec 142 personnes suivis soit un dépassement de 49% et 170 dossiers traités. De plus l'implication des libéraux, notamment des médecins, est réelle lors des réunions de coordination.

Réunis en Conseil d'administration le 28 mars 2013, après présentation du rapport d'activité 2012 et après discussion, les membres du CA demandent **une augmentation du temps médical de 0.10 passant de 0.30 à 0.40 ETP et de 0.20 du temps de secrétariat (remplacement congés annuels d'été + complément de temps sur les périodes de suractivité en lien avec la production des documents : bilan de fin d'année et rapport d'activité).**

Au regard de l'activité 2012 et du début d'année 2013 (63 prises en charge, 70 dossiers traités au 28 mars 2013) il n'est pas envisageable de poursuivre une telle activité sans apporter des moyens humains supplémentaires.

Le calcul du montant du temps médical est fait sur la base de 120 000 € pour un ETP (comme transmis par le CH) soit 48 000 € pour 0.40 ETP un document finalisé vous sera transmis dès réception de la part du CH de Guingamp le calcul a été fait sur le montant estimé.

L'augmentation de la ligne assistante de coordination s'élève à 5 000 €.

Conscient de l'incidence financière d'une telle demande mais soucieux de pouvoir répondre à la demande croissante de prises en charge sur le territoire, le Réseau Accompagné ne renouvellera pas en 2013 le vécu de 2012 au risque de mettre en péril la qualité de prise en charge et le travail de l'équipe.

Concernant les demandes de financement des autres postes, elles correspondent à un réajustement à minima des lignes au regard des besoins et des montants payés en 2012.

IX) NATURE ET MONTANT DES DEROGATIONS

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - HORS SOINS - 1 -

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		2012			
		Aux bénéficiaires	Au Réseau	Montant unitaire	Nombre de bénéficiaires	Nombre de prestations versées	Montant Total
Forfait de Coordination	<i>Médecin Généraliste</i>	X		40 € par participation aux réunions de coordination pour les <u>patients 2012</u>	29	57	2280
	<i>Cabinet Infirmiers</i>	X			22		
	<i>Cabinet Kinésithérapeutes</i>	X			6		

- Rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux - hors soins : INDEMNISATIONS POUR LA PARTICIPATION AUX FORMATIONS

Nature de la dérogation	Type de bénéficiaire	Modalités de versements		2012			
		Aux bénéficiaires	Au Réseau	Montant unitaire	Nombre de bénéficiaires	Nombre de prestations versées	Montant Total
Forfait de Coordination	Cabinet Infirmiers	X		40 € par participation aux Ateliers-Echanges proposés par le Réseau (2h00 par session)	6	6	240.00

Glossaire des sigles utilisés

APA	Allocation à la Personne pour l'Autonomie
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
CCE	Comité Cantonal d'Entraide
CH	Centre Hospitalier
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLCC	Centre de Lutte Contre le Cancer
CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CSP	Comité de Services aux Personnes
DRDR	Dotation régionale de développement des Réseaux
EAOG	Equipe d'Appui et d'Orientation Gériatrique
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FNASS	Fonds National d'Actions Sanitaire et Sociale
HAD	Hospitalisation à Domicile
HL	Hôpital Local
IME	Institut Médico-Educatif
IMP	Institut Médico-pédagogique
IMPro	Institut Médico-professionnel
LISP	Lits identifiés de Soins Palliatifs
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
OQN	Objectif Quantifié National
PPS	Plan Personnalisé de Santé*.
PRSB	Plan Régional de Santé Breton
SECAD	Service Communautaire d'Accompagnement à domicile
SESSAD	Service d'Education Spécialisé et de Soins A Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
UMSP	Unité Mobile de Soins Palliatifs
URSB	Union Réseaux de Santé Bretons

*Selon l'UNCAM et la DGOS, un plan personnalisé de santé est un document écrit et révisé périodiquement traduisant les besoins notamment en soins du patient, et établissant le programme des interventions des professionnels de santé, personnels médico-sociaux et sociaux nécessaires. Le PPS comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS.