



Convention Constitutive du réseau de santé plurithématique SPES Infra-sud de l'Essonne

Préambule

Dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions du 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 et portant application de l'article L 6321-1 du code de la santé publique, et dans le cadre du cahier des charges portant sur la création d'un réseau plurithématique publié le 17 juin 2016 pour mise en œuvre en janvier 2017, il est préalablement rappelé ce qui suit :

L'association SPES, porteuse du réseau de soins palliatifs, soins de support, douleur, accès aux soins du même nom, reconnue et déclarée en préfecture de l'Essonne le 13 avril 2001, a candidaté pour répondre au cahier des charges suscité.

Lors de la séance du 7 novembre 2016, le Comité Régional d'instruction des Réseaux d'Ile de France a reconnu la conformité du réseau aux dispositions mentionnées ci-dessus et admis l'éligibilité du réseau SPES aux financements mis en place en vue de la constitution d'un réseau pluri thématique qui a démarré ses activités en janvier 2017 avec l'aide notamment du FIR (Fonds d'Intervention en Ville).

Cette décision signée par le Directeur de l'ARS a été notifiée au président de l'association par lettre du 23 novembre 2016.

Afin d'adapter la convention constitutive au regard des objectifs assignés au réseau pluri thématique il a été convenu ce qui suit :



Article 1 : Objet du réseau et objectifs poursuivis

Suivant le Guide ARS DT91, « *L'objectif du réseau plurithématique est de promouvoir, de faciliter et d'améliorer une offre de soins coordonnés, de proximité, de qualité et adaptée aux besoins des patients en situation de dépendance et/ou de précarité, atteints de pathologie cancéreuse ou nécessitant des soins palliatifs, prise en charge de la douleur.* »

Finalité : Améliorer le suivi et le parcours de santé des personnes en situation complexe couvrant les champs de la gériatrie, de la cancérologie et les soins palliatifs, et de l'accès aux soins

Les objectifs généraux sont de :

- Favoriser l'accès aux soins pour les patients du territoire ;
- Apporter un appui à la prise en charge du patient en situation complexe ;
- Favoriser la coordination entendue comme mode d'organisation, de planification et de suivi du parcours de santé des patients en coopération et « sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours »,
- Favoriser la continuité des prises en charge, en qualité et sécurité, pour le patient, à son domicile,
- Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) auprès du patient,
- Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social.

Article 2 : Aire géographique du réseau

Nombre de communes et d'habitants du territoire :

150 communes de l'infra-territoire Sud du département de l'Essonne représentent une population totale de **603 565 habitants** (population municipale de 594 141 habitants + population comptée à part de 9 424 habitants).

Article 3 : Population concernée

Caractéristique de la population concernée :

La population concernée est définie par les critères suivants :

- un critère de complexité médicale et/ou psychosociale
- une pathologie chronique et/ou grave quel que soit l'âge

Le critère de complexité est entendu à travers la gravité et l'intrication des problèmes : il s'agit d'apporter aux professionnels de premier recours un appui pour les patients en situation complexe.

Médicale :

- Association de plusieurs pathologies et/ou cumul de plusieurs ALD (AVC, Diabète, cancer, insuffisance d'organe, SEP, Parkinson, Alzheimer, pathologie psychiatrique, pathologie invalidante...)



- Degré de sévérité des pathologies (SLA, pronostic sombre d'emblée (glioblastome), AEG avec perte de l'autonomie ou situation de handicap.....)
- Déséquilibre depuis plusieurs mois, hospitalisations répétées dans l'année pour la même problématique et multiplicité des lieux de soin.
- Épisode médical aigu sur pathologie grave et/ou chronique : symptômes réfractaires, douleur...

Psychosociale :

- Isolement social (famille monoparentale, personne âgée, personne migrante, vulnérabilité sociale (chômage, précarité, paupérisation due à la maladie..)
- Épuisement des proches aidants
- Pratiques de santé inadaptées (non observance aux traitements, conduites addictives, errance de soin, ...)
- Intrication de plusieurs pathologies et d'une situation de dépendance, associée à la nécessité de faire intervenir plusieurs acteurs (troubles psychiatriques associées à une maladie somatique grave chronique, comorbidités gériatriques....)
- Détresses et fragilités psychiques à des moments clés des parcours de santé (récidive de cancer,)
- La complexité institutionnelle ajoute à la difficulté dans la continuité des prises en charge et dans la compréhension qu'en ont les patients et leur entourage.

Population cible :

- **Les patients âgés relevant d'une prise en charge gériatrique.** « Il s'agit de personnes de 75 ans et plus, vivant ou souhaitant rester à leur domicile, ayant plusieurs pathologies chroniques à l'origine d'une dépendance, ou se trouvant dans une situation de rupture socio-sanitaire, ou ayant des troubles cognitifs »¹. Les « ou » n'étant pas exclusifs. En considérant les EHPAD comme des domiciles, cela concerne « potentiellement toutes les personnes âgées de plus de 75 ans ».
- **Les patients atteints d'un cancer et dans une situation complexe** telle que définie plus haut (intrication de facteurs tels que vulnérabilité psychique, économique, sociale, symptômes cliniques récalcitrants, ...) et ce quel que soit leur âge.
- **Les patients en phase palliative :** Si les besoins en soins palliatifs augmentent avec le vieillissement de la population, c'est comparer le besoin en soins palliatifs à des stricts besoins d'accompagnement de fin de vie. Or de nombreuses pathologies (maladies neurodégénératives, Alzheimer, certains cancers) peuvent survenir à des âges relativement précoces, et surtout se prolonger des mois ou des années. Donc cette augmentation n'est pas du seul fait du vieillissement, mais est aussi imputable aux progrès thérapeutiques qui permettent de prolonger la vie. Les soins palliatifs sont une dimension importante de ces progrès puisqu'ils contribuent à accroître la durée de vie grâce à l'amélioration de la qualité de vie obtenue en adoucissant les processus thérapeutiques parfois agressifs proposés.
Il n'y a pas de critère d'âge pour cette mission, ni de restriction pathologique.
- **Les personnes en situation de grande vulnérabilité et/ou grande précarité.** La vulnérabilité peut être le fait de situations complexes. Mais plus généralement, les situations de vulnérabilité sont liées aux conditions sociales (emploi, revenus, situation familiale, logement). Différents événements

¹ Circulaire DHOS/uncam/2007/197



peuvent faire décompenser une situation : perte d'emploi, expulsion, divorce, décès d'un conjoint. L'irruption d'une maladie chronique et/ou grave, et le vieillissement sont d'autres causes de vulnérabilité. Autrement dit, les situations médicales complexes qui sont l'objet de nos réseaux sont facteurs de vulnérabilité.

Article 4 : Sièges du réseau

Le siège du réseau est fixé dans des locaux du Pôle Autonomie Santé Information PASI - Parc de la Julienne – 26 rue des Champs 91830 LE COUDRAY-MONTCEAUX. Il pourra être transféré en tout autre lieu par simple décision du Conseil d'Administration, ratifiée par l'Assemblée Générale suivante.

Article 5 : Personnes physiques et morales composant le réseau

Le réseau est constitué de :

- Membres de droit, ayant signé la charte du réseau pluri thématique,
- Membres actifs, à jour de leur cotisation et ayant signé la charte du réseau pluri thématique, Souhaitant participer activement à la réalisation de l'objet social de l'association ou de toute autre forme juridique qui pourrait être décidée.

Les Personnes éligibles :

Le Conseil d'Administration dispose de 11 à 21 places d'administrateurs. Ils sont élus pour une période de 3 ans par l'Assemblée générale. La répartition des sièges au sein du Conseil d'Administration se fait en 2 Collèges: un collège de professionnels libéraux et un collège de professionnels institutionnels dont le nombre est fixé pour chacun par l'Assemblée Générale. L'élection au Conseil d'Administration prend soin de répartir les postes en fonction des métiers, des modes d'exercice et des utilisateurs avec une représentation équitable entre les deux collèges et entre les thématiques : oncologie, gérontologie, soins palliatifs et accès aux soins/Précarité.

Des places pour les représentants des usagers, avec voix délibérative, sont prévues au nombre de 2 minimum.

Le Conseil d'Administration choisit parmi ses membres au scrutin secret un bureau constitué :

- d'un Président,
- d'un ou plusieurs Vice-Présidents,
- d'un secrétaire et d'un secrétaire adjoint,
- d'un trésorier et d'un trésorier adjoint.

Le Conseil d'Administration procède au renouvellement de ses membres à la fin de l'expiration de leur mandat de 3 ans.

Le Bureau et le CA peuvent à tout moment faire appel à des personnes physiques ou morales qualifiées pour constituer des commissions de réflexions sur les sujets qu'ils jugent nécessaires.

La gouvernance du réseau est conçue dans l'esprit du partage des pouvoirs, du partage des risques, du partage de la vision stratégique, du partage des responsabilités et des charges.

Les partenaires :

Les partenaires institutionnels (ARS-DT91 et CD 91) et les URPS sont membres de droit sans voix délibérative. Les partenaires opérationnels sont membres actifs avec voix délibérative au nombre desquels se trouvent :



<p><u>Collectivités Territoriales :</u> Service social du département, Service de l'aide sociale, Contrats locaux de santé.</p> <p><u>Social</u> MDPH, Services des tutelles, CRAMIF, CPAM, Caisses de retraite, Mutuelles.....</p> <p><u>Autres :</u> ASP 91, Ligue contre le cancer, Associations d'usagers, Association PAUSE. Association des psychologues et santé en Essonne</p> <p><u>Médico-social :</u> EHPAD, MAS, FAM, IME, etc. MAIA ET CLIC, Structures publiques et privées d'aide à domicile. (SAD...)</p>	<p><u>Sanitaires</u> Les structures hospitalières publiques et privées, dont les deux HAD du secteur. Les établissements sanitaires publics ou privés (MCO, SSR, etc.) Les structures sanitaires concourant au maintien à domicile, (SSIAD, SPASAD...) Les professionnels libéraux organisés en exercice coordonné (MSP.) ou non. Les centres de santé municipaux et centres dentaires Les professionnels libéraux concourant au maintien à domicile des patients tels que les pharmaciens, les infirmières libérales, les kinésithérapeutes, les psychologues... Les deux filières gériatriques.</p>
--	---

Article 6 : Principes d'actions

La santé publique

- Approche globale de la personne dans son contexte de vie,
- Respect du libre choix des patients concernant les professionnels libéraux et institutionnels qui le suivent,
- Égalité d'accès aux services du réseau,
- Engagement en faveur de l'égalité d'accès aux soins, et aux droits sociaux,
- Réflexion permanente sur la qualité des services de santé (cohérence, compétences, continuité des soins et efficacité : en faisant notamment prendre conscience des coûts qui peuvent être déraisonnables au regard de l'efficacité ou des effets produits.),
- Engagement en faveur de la pertinence des soins (et en particulier arrêter à temps les soins déraisonnables, les hospitalisations non indispensables...).

L'éthique de la responsabilité et de la vulnérabilité

- Principe de non-subsidiarité.
- Coopération pluri-professionnelle et pluridisciplinaire;
- Dynamique du médecin traitant comme coordinateur et décideur des soins,



- Participation des personnes (patient et entourage, personne de confiance et éventuellement tutelle) dans les choix qui les concernent dont l'implication dans les instances de gouvernance du réseau,
- Dignité de la personne vivante jusqu'au terme de sa vie, et de la nomination d'une personne de confiance
- Promotion et respect des directives anticipées,

La dynamique de réseau

- Principe d'implication du patient dans les choix qui le concerne,
- Principe de globalité de l'accompagnement sur les plans médicaux, psychologiques et sociaux,
- Principe de décloisonnement du système de santé notamment entre la ville et l'hôpital,
- Principe de coopération,
- Principe de proximité,
- Principe d'égalité : tout patient en situation complexe doit pouvoir bénéficier d'un égal accès aux soins.
- Principe de qualité : tout patient en situation complexe doit pouvoir bénéficier des techniques et des compétences disponibles sur le territoire.
- Principe de continuité des soins dans un parcours adapté aux besoins identifiés par le patient et ses soignants.

Article 7 : Modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels de santé, autres intervenants et usagers

Accès et utilisation du réseau

Les professionnels du territoire sont membres du réseau dès l'instant où ils signent la charte du réseau, signature qui a valeur d'engagement. Ils peuvent signer la charte du réseau à tout moment.

Cependant un patient signalé par un professionnel n'ayant pas signé la charte du réseau est normalement inclus, si telle est sa volonté.

Les établissements sanitaires privés et publics, les structures médico-sociales et sociales sont invités à signer la convention constitutive après l'avis de l'instance d'orientation. Dès sa création le réseau SPES a décidé de sa composition et de son rôle. Cette instance composée du conseil d'administration de l'association, équipe salariée du réseau, et des directeurs ou représentants de chacune des structures déjà signataires de la convention constitutive étudie les nouvelles demandes et reçoit en réunion plénière chacun des candidats (souvent un binôme directeur et médecin ou IDEC ou cadre socio-éducatif..).

Cette instance a une mission plus ciblée sur le suivi des partenariats conclus par la signature de la convention constitutive.

Les patients et leur entourage peuvent faire appel au réseau sans condition préalable si ce n'est leur résidence sur le territoire d'intervention du réseau.

Le consentement éclairé du patient ou de son entourage sera recueilli.

L'accès au réseau n'entraîne aucun frais pour le patient.

Même si les professionnels (médecin traitant ou hospitalier, infirmières, ...) du patient n'exercent pas sur le territoire du réseau ou n'ont pas signé la charte du réseau, le patient peut bénéficier des services du réseau.



Sortie du réseau

Les établissements signent la Convention Constitutive pour une durée de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction. Ils peuvent sortir du réseau à tout moment en adressant un courrier au président de l'association et aux membres de l'Instance d'Orientation.

Article 8 : Modalités de représentation des usagers

Les usagers peuvent être membres actifs de l'association porteuse.
Deux places leur sont, à minima, réservées au sein du Conseil d'administration.

Article 9 : Structure juridique du réseau

Le réseau pluri thématique SPES est porté par l'association SPES.

Article 10 : Organisation de la coordination –Conditions de fonctionnement du réseau

Fonctionnement de la coordination : l'équipe mobile de coordination et d'appui spécialisé

Modalités d'inclusion du patient :

La décision d'inclure un patient dans le réseau est prise par le médecin coordonnateur du réseau avec l'accord du médecin traitant et l'ensemble des professionnels du domicile du patient.

Le fonctionnement du réseau repose sur l'équipe salariée qui met à disposition son appui spécialisé et son aide à la coordination des parcours de santé complexe auprès des équipes de soins primaires. Elle est composée de :

- Directeur
- Médecins coordonnateurs
- Infirmiers coordonnateurs
- Psychologue
- Assistant social
- Conseiller en Économie sociale et familiale
- Cadre administratif
- Assistante médico-sociale

L'équipe salariée répond aux demandes de renseignements et aux demandes d'inclusion. Le médecin et les infirmiers de la coordination vérifient que les critères d'inclusion sont réunis et apporte un appui à l'organisation de la prise en charge à domicile en vue de :

- Favoriser l'accès aux soins,
- Apporter un appui à la prise en charge du patient en situation complexe ;
- Favoriser la coordination entendue comme mode d'organisation, de planification et de suivi du parcours de santé des patients en coopération et « *sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours* »,
- Favoriser la continuité des prises en charge, en qualité et sécurité, pour le patient, à son domicile,



- « Apporter un appui aux différents intervenants (professionnels de santé de premier recours, sociaux, médico-sociaux, familles) auprès du patient »,
- « Favoriser la bonne articulation entre la ville et l'hôpital et avec les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social. ».

L'enjeu du travail en réseau réside dans la qualité et la sécurité du patient et de son entourage au domicile ainsi que la sécurisation technique et opérationnelle des professionnels de la ville et de l'hôpital œuvrant pour le patient. Le plan personnalisé de santé (PPS) est l'outil privilégié de la coordination.

L'équipe salariée actuelle assure une permanence téléphonique en journée de 9h à 18h tous les jours ouvrables (hors samedi, dimanche et jour férié), relayée par une permanence téléphonique assurée de 18H à 23heures, 5 jours sur 7 jours (hors week-ends et jours fériés) pour les patients en phase palliative. Cette organisation est liée à un déficit médical au sein de l'équipe du réseau et de l'hôpital Georges Clemenceau partenaire. Le réseau pluri thématique rétablira une permanence 24H/24 7J/7 quand son équipe et celle de l'hôpital seront complètes.

Article 11 : Organisation du système d'information

Au sein du réseau l'information repose sur un dossier du patient, informatisé sous word, interne à l'équipe de coordination.

Le système a été soumis à l'approbation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

La coordination et la continuité des soins sont rendues possibles le dossier médical informatisé et sécurisé DMI – commun aux deux réseaux, déclaré à la CNIL, quand il sera opérationnel et sa version papier au domicile.

Le patient doit pouvoir accéder à l'ensemble des informations concernant sa santé détenu par des professionnels et des établissements de santé, conformément à l'article L1111-7 du code de la santé publique.

C'est lui qui autorise les professionnels à accéder à ses données médicales et/ou sociales.

Tout patient suivi par le réseau a droit au respect de sa vie privée comme le prévoit l'article 9 du code civil et au secret sur les informations le concernant.

Le professionnel de santé peut communiquer les informations relatives à une personne malade à un autre professionnel de santé qui le prend en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible et l'accès aux ressources adaptées, après avoir recueilli l'accord de la personne malade ou de sa personne de confiance, ou tuteur légal. L'urgence médicale peut prévaloir pour une transmission hors consentement express si le patient est suivi en réseau.

Article 12- Formation

La commission scientifique et pédagogique départementale élabore un plan de formation qui est diffusé à l'ensemble des personnels des institutions est des professionnels médicaux et médicosociaux.



Le Développement Professionnel Continu en lien avec les partenaires du territoire sera envisagé sous l'angle d'organisme formateur.

Les formations continues destinées aux professionnels libéraux ou institutionnels intègrent également les notions de travail en réseau et de travail en équipe.

ARTICLE 13- ÉVALUATION DU RÉSEAU

Le réseau se conforme aux recommandations nationales en matière d'évaluation des réseaux de santé et notamment aux dispositions de la circulaire DHOS/CNAM/03/2007/88 du 02 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et l'instruction DGOS/PF3/CNAMTS/2012/393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé.

Les réseaux doivent en effet réaliser tous les trois ans une évaluation externe de leur activité, précédée d'une démarche d'auto-évaluation permettant d'apprécier :

- L'organisation et le fonctionnement du réseau
- La participation et l'intégration des acteurs
- La prise en charge des patients et l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles
- L'efficacité de son action

Cette démarche qualité repose sur un ensemble d'indicateurs d'activité, de performance et de résultats qui fait l'objet d'une définition dans le cadre de la contractualisation CPOM signé entre l'ARS IDF et le promoteur du réseau de santé.

ARTICLE 14- DURÉE DE CONVENTION –MODALITÉS DE RENOUVELLEMENT

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans. Elle est renouvelable par tacite reconduction, sous réserve des résultats de l'évaluation.

Sa durée ne pourra excéder la durée de l'association SPES ou tout autre forme juridique décidée.

La présente convention pourra être modifiée par le Conseil d'Administration de l'association SPES.