

**CHARTRE**  
**DU RESEAU DE SANTÉ**  
**ARCADE**

**RESEAU DEPARTEMENTAL POUR LE DEVELOPPEMENT  
DES SOINS PALLIATIFS ET DE LA LUTTE  
CONTRE LA DOULEUR  
DANS LES HAUTES-PYRENEES**

## **CHARTRE**

### **OBJECTIF**

*En application de la loi du 4 Janvier 1995 (art 31), de la loi du 28 Mai 1996 (art 14-1), de leurs décrets d'application, de l'article L.1112-4 du Code de la santé publique, du nouveau plan triennal 2002/2005 concernant la lutte contre la douleur,*

*En application de la loi du 9 Juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs de toute personne malade, de ses décrets d'application, du nouveau plan 2002/2005 et de la circulaire 19 Février 2002*

*En application de la loi n° 2002-303 du 4 Mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé,*

Les professionnels de santé, les acteurs du système sanitaire et social, les structures de soin publiques et privés, les maisons de retraite du département des Hautes-Pyrénées, les associations signataires s'engagent à favoriser l'accès à une prise en charge de la douleur et à la mise en place de soins palliatifs et d'accompagnement à toute personne dont l'état le requiert et qui le souhaite, qu'elle soit hospitalisée dans un établissement, résidant dans les établissements pour personnes âgées, dont les EPAD ou à son domicile.

Ils créent pour cela un réseau départemental Douleur et Soins palliatifs avec des missions de coordination et de soutien, de formation, de recherche et d'évaluation.

**La présente charte énonce les principes d'engagement des partenaires.**

Le réseau doit permettre :

- le respect du désir du patient en ce qui concerne le choix du lieu de vie, du lieu de soin,
- d'optimiser le fonctionnement du système de santé en développant des complémentarités.

Les partenaires décident de se référer :

- dans la lutte contre la douleur aux recommandations de l' A.N.A.E.S. , de la Société d'Etude et de Traitement de la Douleur (SETD), du collège national des médecins de la douleur (CNMD) et le collège national des enseignants universitaires de la douleur (CNEUD) ,
- dans la mise en œuvre de soins palliatifs à la charte de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs.

En ce sens, ils respectent l'esprit de la loi, les codes de déontologie médicale, le décret de compétence infirmier Février 2002, le code de déontologie des psychologues (25 Juillet 1985), le code de déontologie des assistants de service social(28/11/1994), la charte du patient hospitalisé, la charte du mourant, la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante et la Charte de la PA en institution et patient Alzheimer.

Dans le respect des droits du patient, ils se réfèrent également à la loi 2002-303 du 4 mars 2002.

Le réseau départemental fait partie de la coordination régionale dont le pôle de référence est l'Unité régionale de soins palliatifs. A ce titre, le réseau choisit de se référer aux référentiels et aux protocoles validés par le Centre Régional.

Il travaille en collaboration avec les pôles de référence concernant la douleur en Midi-Pyrénées et Aquitaine. Il établit des relations avec la S.F.A.P. et la S.E.T.D. en y adhérant. Il peut ainsi engager des échanges et des partenariats, notamment concernant la formation et la recherche

## **DOULEUR**

Définition de l'International Association for the study of Pain (IASP)

*La douleur se définit comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à une lésion tissulaire ou potentielle ou décrite en terme d'une telle lésion ».*

*Cette définition souligne la grande variabilité qui peut exister entre chaque individu dans la perception et l'expression de la douleur face à une même situation douloureuse.*

*Deux types de douleur sont schématiquement reconnus : d'une part la douleur aiguë de courte durée comme la douleur post-opératoire, la douleur post traumatique ou la douleur provoquée de certains actes et soins d'une part, la douleur chronique rebelle comme la douleur des lombalgies et céphalées chroniques, celle de la maladie cancéreuse ou la douleur neuropathique en général. Contrairement à la douleur aiguë ponctuelle, la douleur chronique rebelle du fait de sa durée, de sa persistance malgré les traitements antalgiques usuels entraîne des séquelles invalidantes ayant des retentissements majeurs sur la qualité de vie de la personne.*

*Par sa nature subjective, dépourvue de marqueur biologique, échappant à une imagerie conventionnelle, la douleur aiguë ou chronique a été longtemps sous-estimée. Prendre en charge la douleur nécessite d'admettre sa réalité, de connaître les moyens de son soulagement, de considérer la personne dans sa globalité et d'entendre sa plainte aussi.*

## SOINS PALLIATIFS

Définition de la Société Française d'Accompagnement et de soins palliatifs (S.F.A.P.)

*Les soins palliatifs sont des soins actifs continus, évolutifs, coordonnés et pratiqués par une équipe pluriprofessionnelle*

*Ils ont pour objectif dans une approche globale et individualisée de prévenir ou de soulager les symptômes physiques dont la douleur, mais aussi les autres symptômes, d'anticiper les risques de complication et de prendre en compte les besoins psychologiques, sociaux et spirituels dans le respect de la dignité de la personne soignée.*

*Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.*

*Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent, cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort.*

*Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que ces principes puissent être appliqués.*

Cette charte engage tous les partenaires institutionnels, professionnels, associatifs ayant à prendre en charge dans leur cadre de compétence les personnes nécessitant un programme de lutte contre la douleur et des soins palliatifs, tels que décrits dans les définitions ci-dessus.

En se fondant sur le respect des différentes chartes jointes en annexe,

**Le réseau s'engage à la mise en œuvre des principes suivants :**

### → Vis à vis du patient

- Le patient doit pouvoir choisir son lieu de vie et de soins. Il a le droit d'être informé des possibilités d'accompagnement et de mise en œuvre de soins palliatifs.
- Le respect de la dignité du patient ainsi que sa liberté font l'objet d'une attention particulière du réseau tout au long de sa prise en charge.
- La prise en charge globale médico-psychologique et sociale du patient engage les partenaires dans une démarche qualité :
  - information du patient et recherche de son consentement éclairé
  - démarche de soins où la personne examinée, écoutée se voit proposer les conduites et thérapeutiques les mieux adaptées pour soulager la douleur et l'inconfort,
  - garantie d'un espace de prise en charge psychologique dans le respect de l'intimité de la personne,
  - information adaptée des mesures d'aide sociale possibles, aide à leur mise en

œuvre et suivi de leur application.

- Le patient a la garantie explicite du respect de la confidentialité et de la discrétion quant au partage entre professionnels des informations nécessaires à des soins adaptés à ses besoins. Tous les partenaires du réseau sont engagés dans la non divulgation de toute information personnelle, médicale, sociale ainsi que la présence dans le réseau du patient.
- Le patient a droit à recevoir une information loyale, adaptée et personnalisée sur son état. Il doit pouvoir garder la maîtrise de toute information communiquée à son entourage. Son consentement éclairé est requis pour son entrée ou sa sortie du réseau et est obligatoire pour toute décision, geste thérapeutique ou conduite de soins le concernant.
- Le respect de la personne malade dans sa globalité implique le respect de ses convictions philosophiques, politiques, spirituelles et religieuses. Le réseau en est garant.
- Le patient et sa famille doivent pouvoir choisir librement leurs soignants référents à l'hôpital, comme à domicile.
- Le domicile des personnes, l'environnement familial et amical du patient, sont respectés par tous les partenaires du réseau. La personne malade a droit au respect de son intimité et de ses choix.
- La mort est un processus naturel. La personne a le droit de mourir dans le respect de principes éthiques.
- Le patient et/ou sa famille ont le droit de saisir le comité éthique du réseau en cas de manquement aux principes énoncés ci-dessus.

## **Vis à vis des acteurs**

- Tous les intervenants auprès de la personne malade et son entourage ont le libre choix d'adhérer au réseau.
- Le réseau prend engagement de faire respecter les principes énoncés ci-dessus relatifs aux droits des patients.
- Les rapports entre les partenaires du réseau, professionnels et usagers se fondent sur le respect mutuel et le partage de l'information dans le seul intérêt des personnes soignées.
- Le réseau s'engage à définir les rôles respectifs de tous les acteurs, les modalités de fonctionnement et d'organisation.

- Le réseau propose un référentiel qualité qui engage ses partenaires. Ils sont informés de son contenu.
- Tous les partenaires du réseau sont engagés dans le respect de la présente charte.
- Le respect des principes éthiques de cette charte font l'objet d'une évaluation du réseau.
- Tous les acteurs et partenaires ont le droit de saisir le comité éthique du réseau.
- Les signataires s'engagent à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

## **OBJECTIFS et ENGAGEMENTS OPERATIONNELS**

Ils se déclinent en deux axes :

### **AXE DOULEUR**

**La consultation départementale de la douleur est une structure transversale interhospitalière et libérale .**

Elle réunit les médecins hospitaliers de 5 centres différents du département et les médecins libéraux dans des locaux uniques sur le C.H.I.C. de Tarbes/Vic en Bigorre.

Son champ d'intervention est la prise en charge de la douleur chronique rébelle (douleur résistant aux traitements antalgiques usuels depuis au moins 6 mois).

#### Composition de l'équipe

► Médicale : 6 médecins hospitaliers représentés à temps équivalent (0,2 ETP) venant du C.H.I.C de Tarbes, des C.H. de Lourdes, Lannemezan, Bagnères et du centre MGEN, l'Arbizon.

3 médecins libéraux vacataires

► Administrative : Une secrétaire médicale à temps plein

► Une psychologue (1/2 journée par semaine) complète l'équipe

## Principes de fonctionnement

### Mots-clés :

Demande du patient/ Collaboration avec le médecin traitant/Pluridisciplinarité/Equipe

A la demande téléphonique ou écrite d'un patient ou de son médecin, la secrétaire répond par l'envoi d'un questionnaire précis et détaillé concernant le problème posé. (voir annexe).

Après avoir rempli le questionnaire, le patient le retourne au secrétariat accompagné d'un courrier de son médecin habituel.

La secrétaire s'assure de la globalité du dossier et programme celui-ci pour la réunion de synthèse pluridisciplinaire suivante.

Lors de celle-ci, le dossier est analysé par l'équipe qui vérifie les critères de douleur chronique rebelle et décide du binôme médical le plus approprié.

La date de consultation est posée – le délai d'attente moyen est inférieur à 1 mois.

La première consultation est d'une durée de une heure à une heure trente.

Elle aboutit à une proposition de complément de bilan ou d'emblée de traitement auprès du patient ou de son médecin traitant qui reste la pivot de la prise en charge.

Le médecin traitant reçoit systématiquement un courrier. Un suivi est éventuellement programmé en accord avec le patient. Celui-ci est variable en durée en fonction de l'évolution : un à plusieurs mois.

## Organisation

Le secrétariat est ouvert 5 jours sur 7 aux heures ouvrées.

La consultation s'effectue sur 4 demi-journées par semaine – une extension à d'autres demi-journées est prévue.

Une demi-journée hebdomadaire différente est réservée aux réunions de synthèse pluridisciplinaires.

## Réunions de synthèse pluridisciplinaires

Elles sont un temps primordial d'échanges dans le cadre de dossiers difficiles ; elles sont en ce sens une garantie pour le patient de la mise en oeuvre de la meilleure qualité des soins possibles.

Elles permettent de programmer les consultations après analyse des dossiers afin de proposer au patient les compétences les plus adaptées.

Une analyse de bibliographie est prévue de même que la participation de référents douleurs d'autres centres.

## Liens extra-départementaux

Dans le but d'optimiser les compétences et de viser la meilleure prise en charge possible,

La consultation départementale établit des liens avec les réseaux d'algologie de Midi-Pyrénées et d'Aquitaine à des fins d'expertise, de partage d'expériences, d'échanges de formation.

## Articulation avec les équipes de Soins Palliatifs

Soulager la douleur est une préoccupation constante de la démarche des soins palliatifs.

La consultation départementale de la douleur est membre du réseau départemental douleur et soins palliatifs dans les missions suivantes :

Etude de dossiers difficiles présentés par les équipes de soins palliatifs

Aide à la réalisation de protocoles de prise en charge de la douleur

Aides techniques dans le soulagement de certaines douleurs

Collaboration dans le cadre de la formation

Participation à l'information et à l'orientation des patients pour la prise en charge de la douleur et le recours à des soins palliatifs.

### **PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUE**

Par l'intermédiaire des C.L.U.D. des différents hôpitaux, des échanges répétés sont en cours et doivent se développer avec les intervenants de la consultation départementale de la douleur chronique, souvent eux-mêmes impliqués dans leur centre respectif. Ces échanges sont indispensables afin d'harmoniser les pratiques et de rendre plus efficace la prise en charge de la douleur aiguë, traumatique, post-opératoire, mais aussi celle liée à des gestes techniques de soin ou d'investigation.

## **Modalités de sortie du réseau**

Tout patient qui le souhaite peut sortir du réseau sur simple demande écrite de lui-même, d'un membre de sa famille ou d'une personne de confiance désignée par lui à la coordination départementale. La prise en charge cesse dès réception de la lettre

## **L'opérationnalité du réseau repose sur le rôle respectif des acteurs**

Les équipes soignantes à domicile comme en institution, choisies par le patient et sa famille sont les mieux à même de lui prodiguer les soins dont il a besoin.

C'est pourquoi, tout patient qui répond aux critères d'admission dans le réseau continue de bénéficier de la prise en charge de ses soignants habituels. L'entrée dans le réseau lui garantit une coordination des soignants tout au long de la maladie, selon les besoins, les moments et le lieu de soin choisi (à domicile ou dans une structure de soins), la continuité de la démarche de soin, l'accès à une expertise en soins palliatifs et d'accompagnement, l'accès à des bénévoles formés à l'accompagnement. Elle lui permet ainsi qu'à sa famille de bénéficier de droits nouveaux par les Caisses d'assurance maladie .

**L'entrée dans le réseau d'une personne malade engage chaque partenaire du système sanitaire et social.**

**Les modalités d'intervention de chaque partenaire répondent à des critères qualités décrits dans le référentiel.**

## **Les Equipes soignantes de proximité**

### **▶ a) Les Médecins Généralistes**

Ils coordonnent les soins à domicile . L'entrée dans le réseau se fait avec leur accord contractuel sur demande du malade et de sa famille.

Ils sont les garants de la constitution de l'équipe à domicile et la coordonnent, sauf dans le cas où l'équipe délègue cette coordination à l'infirmière.

En adhérant au réseau, les médecins généralistes bénéficient de l'aide et du soutien de l'équipe mobile mixte en soins palliatifs du bassin de vie où habite le patient et de l'aide complémentaire de la coordination du réseau.

Le médecin traitant ou son remplaçant désigné, choisi par le patient, s'engage à la mise en place d'une démarche de soins palliatifs, à sa mise en œuvre, à son suivi.

Les principaux partenaires du médecin généraliste à domicile sont :

- l'infirmière libérale
- le service de soins à domicile ou l'HAD
- le kinésithérapeute
- l'auxiliaire de vie sociale
- le pharmacien
- etc...

**Ces partenaires s'engagent à travailler en équipe dans une démarche qualité des soins, singulièrement dans la mise en œuvre de conduites et de thérapeutiques visant à soulager la douleur et les symptômes d'inconfort sous la responsabilité du médecin traitant.**

# AXE SOINS PALLIATIFS

En réponse à la loi de Juin 1999, l'objectif principal du réseau est d'être en capacité de proposer des soins palliatifs et d'accompagnement à toute personne malade dont l'état le requiert, tout en permettant à ces personnes de choisir leur lieu de fin de vie.

Le réseau a pour objectif opérationnel de mobiliser et de mettre en lien les ressources sanitaires et sociales sur le département des Hautes-Pyrénées autour des besoins des personnes. Il vise à assurer la meilleure orientation du patient, à favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et à promouvoir des soins de proximité de qualité.

Il coordonne et optimise les ressources complémentaires de l'hôpital et de la ville afin de répondre au mieux aux besoins des personnes en fin de vie.

Par là même, il facilite le choix de « mourir à domicile » pour les malades et leur entourage. Dans cet objectif, il prend en compte et favorise la mise en oeuvre des moyens du maintien à domicile.

Les Etablissements pour personnes âgées sont aussi considérés comme le domicile des personnes âgées. A ce titre, elles font partie de l'offre en soins palliatifs à proposer. En lien avec le réseau gérontologie, le réseau douleur et soins palliatifs propose conventionnement aux maisons de retraite du département.

## PRINCIPES GENERAUX

### Modalités d'entrée dans le réseau

Le patient et sa famille sont informés de l'existence et des modalités de fonctionnement du réseau par un document qui doit lui être remis. Le réseau s'assure qu'une information orale adéquate a été faite par un professionnel membre du réseau .

Un numéro de téléphone départemental doit être connu du public et facilement accessible afin que des informations puissent être données aux usagers.

L'entrée dans le réseau est demandée à la cellule de coordination départementale pour tout malade qui le souhaite et répond aux critères d'inclusion (voir annexe).

L'accord du médecin traitant est requis pour l'entrée dans le réseau.

L'admission ou la possibilité d'entrée doit être signifiée au plus dans les 48 heures suivant la demande.

L'entrée du patient dans le réseau est acquise par la signature de son adhésion par lui-même, un membre de sa famille, ou une personne de confiance désigné par lui, et son consentement.

Les modalités et procédures d'inclusion utilisées doivent répondre aux principes décrits dans le référentiel de qualité.

**L'équipe se réunit pour se concerter sur la démarche de soins après écouté le malade et sollicité son consentement éclairé ainsi que celui de sa famille. L'équipe organise la continuité de la prise en charge ; elle informe le patient et sa famille des modalités de recours et d'appel des soignants. Elle utilise les outils de transmission proposée par le réseau.**

**Chaque membre de l'équipe reçoit une rémunération spécifique à cet effet.**

#### **► b) Les professionnels de santé paramédicaux libéraux**

Ce sont les infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les prestataires de service essentiellement.

Ils sont les membres de l'équipe soignante à domicile et y participent dans les modalités citées plus haut. A ce titre, ils adhèrent aussi par convention au réseau et s'engagent à respecter ses principes éthiques et de fonctionnement.

Ils peuvent prétendre ainsi aux dérogations tarifaires prévues dans le réseau ( rémunération de la coordination, du travail d'équipe) et aux autres services rendus par le réseau (soutien de l'équipe mobile, de la coordination départementale, formations...etc).

Les missions qui leur sont demandées dans le réseau entrent dans le cadre de leur compétence habituelle.

#### **► c) Les services de soins à domicile (S.S.I.A.D.)**

Dans certains cas, ou pour des personnes déjà prises en charge dans le cadre d'un S.S.I.A.D., l'intervention d'aides-soignantes est indispensable à la qualité des soins à domicile.

Chaque S.S.I.A.D. du département peut choisir de passer convention avec le réseau.

Dans ce cadre, il bénéficie d'une dérogation ouvrant droit à l'ouverture dans son service de « lit dédié soins palliatifs » afin de pouvoir accueillir lors de toute demande en urgence une personne relevant de soins palliatifs.

Les S.S.I.A.D. interviennent dans le réseau dans le cadre de leurs compétences aux heures de fonctionnement habituel de ces services. Ils participent à la démarche d'équipe, notamment au travers de la participation de leur infirmière coordonnatrice à la réunion de l'équipe soignante.

A ce titre, l'infirmière coordonnatrice du S.S.I.A.D. pourra être désignée par l'équipe pour assurer la coordination de la prise en charge.

Dans le cadre de son conventionnement avec le réseau, le S.S.I.A.D. s'engage dans une démarche de formation aux soins palliatifs pour tout son personnel.

#### **► d) Les Equipes Soignantes Hospitalières**

Elles sont responsables de la mise en œuvre des soins palliatifs dans leur service.

Elles sont attentives au projet de soin et de vie de la personne malade.

Le médecin hospitalier s'appuie sur l'équipe mobile douleur soins palliatifs de son établissement.

Il est le seul responsable des protocoles et démarches mises en œuvre.

L'organisation du retour à domicile des patients qui le souhaitent se fera avec le réseau auquel il fait appel. Elle se fera en concertation avec les soignants du domicile et les travailleurs sociaux concernés..

Les responsables des services hospitaliers s'engagent à accueillir dans leur service à tout moment le patient dont ils se seront déjà occupés. Pour cela chaque structure de soin signe une convention de partenariat avec le réseau.

Pour les situations urgentes, complexes et difficiles, certains établissements hospitaliers s'engagent dans la démarche de création de lits identifiés soins palliatifs pouvant accueillir ces malades.

Par ailleurs, tout établissement doté d'U.C.P. s'engage à ce qu'un membre de l'équipe mobile de soins palliatifs y soit invité.

### ▶ e) Le Département d'ONCOLOGIE de la clinique de l'ORMEAU

Il est un partenaire engagé à plusieurs niveaux.

→ S'agissant du projet de soin de la personne malade, il propose lors notamment des sessions des unités de concertation pluridisciplinaire (U.C.P.) au médecin et au patient une orientation vers la mise en place de soins palliatifs. Un médecin de l'équipe mobile départementale douleur et soins palliatifs est membre de droit de chaque U.C.P.

→ Il accueille dans des lits identifiés soins palliatifs les malades du réseau dans le cas où le maintien à domicile est impossible.

### ▶ f) Les travailleurs sociaux

L'accompagnement social des personnes malades et de leur famille est un objectif essentiel notamment lorsque la personne choisit le domicile comme le lieu de vie et de soin.

Les assistantes sociales du (des) service(s) social(aux) concerné(s) par la personne collaborent avec les équipes mobiles de chaque bassin de vie et avec la coordination départementale selon les missions, les critères d'intervention et l'organisation prévus dans la convention de partenariat signée entre les institutions, employeurs et le réseau départemental.

Elles s'engagent dans le cadre d'un travail de coordination médico-sociale à :

- évaluer la faisabilité d'un maintien ou d'un retour à domicile
- préparer en amont, pendant l'hospitalisation les conditions du retour à domicile
- veiller à ce que les conditions de vie à domicile soient satisfaisantes ou restent satisfaisantes pour la personne et sa famille
- assurer un soutien psychosocial auprès du malade et de sa famille avant, pendant l'inclusion et après le décès.

Une assistante sociale est affectée au réseau au niveau de la coordination départementale avec pour missions :

- de coordonner les assistantes sociales affectées dans les équipes
- de contribuer à l'articulation de la réponse sociale avec le sanitaire
- de proposer la mise en œuvre de convention de partenariat avec les institutions sociales chargées de prendre en compte des problématiques spécifiques permettant

d'optimiser les interventions des travailleurs sociaux concernés suivant leur compétence et leur champ d'intervention respectifs.

## Les équipes Mobiles Mixtes de Soins Palliatifs

La mise en œuvre de soins palliatifs et d'accompagnement dans tous les lieux de soin, à domicile comme en structure nécessite souvent le recours à des personnes formés, soignants et bénévoles en soutien des soignants habituels de la personne malade .  
Ce recours est possible par la mise en place d'équipes mobiles de soins palliatifs.

Une E.M.S.P. par bassin de vie permet de répondre aux besoins – la limitation du secteur géographique d'intervention de chacune d'elle les rendra en effet plus opérationnelle. L'importance de chaque équipe est déterminée par le nombre d'habitants du bassin.

Ces E.M.S.P. sont mixtes, composées de professionnels hospitaliers et libéraux afin d'être en capacité de répondre à une activité intra-hospitalière et ambulatoire.

### Leurs missions seront les suivantes :

L'équipe mobile intervient dans les services hospitaliers en tant que consultant à la demande exclusive du médecin référent du patient et/ou du cadre de santé, après concertation de l'équipe, à domicile à la demande du médecin généraliste.

Le médecin et l'équipe soignante demeurent seuls responsables de la mise en œuvre du projet de soin et des protocoles.

Les membres de l'équipe mobile agissent dans le respect de la déontologie, c'est à dire dans la confidentialité, dans la collégialité et la confraternité.

Le patient ou/et sa famille sont informés au préalable de la possibilité d'intervention de l'équipe mobile et ont donné leur accord.

L'équipe mobile assure une permanence téléphonique aux jours ouvrés et est facilement joignable. Elle assure par téléphone des conseils et avis thérapeutiques . Elle s'engage à répondre aux demandes au plus tard dans les 24 heures.

Elle aide l'équipe de référence du malade à améliorer la prise en charge :

- en étant dans l'écoute et le soutien du malade , de sa famille et de l'équipe soignante,
- en évaluant conjointement les symptômes et les protocoles thérapeutiques adaptés,
- en participant à l'organisation du retour à domicile ou à son maintien si c'est le souhait du malade et de sa famille,
- en proposant un soutien aux proches en deuil,
- en répondant aux besoins de formation et d'information.

S'agissant de la préparation du retour à domicile, l'équipe mobile demande l'avis et l'accord du médecin traitant et de l'infirmière libérale. Elle prend les contacts nécessaires avec les membres de l'équipe soignante et les partenaires du maintien à domicile ayant

signé convention avec le réseau. Elle s'assure de la faisabilité du retour à domicile. Elle facilite le lien entre les soignants du service et du domicile. Elle garantit ainsi la continuité du projet de soins.

En particulier, son action vise à ce que la place de la personne malade soit toujours préservée comme sujet dans le projet de soins.

### **Continuité de la réponse aux besoins en soins palliatifs :**

Chaque équipe mobile participe à :

- l'accessibilité aux soins palliatifs sur l'ensemble du département, notamment à la permanence départementale,
- l'action coordonnée des structures de soins publiques et privées,
- la continuité du projet de soin du patient,
- la mise en œuvre de protocoles,
- l'harmonisation des pratiques et des formations,
- l'optimisation des moyens et compétences.

### **Formation :**

L'équipe mobile participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de formation continue dans l'établissement où elle travaille ; elle participe à la formation continue proposée par le réseau départemental à tous les partenaires .

### **Composition :**

Chaque équipe est composée au minimum :

- d'un médecin hospitalier et d'un médecin généraliste,
- d'une infirmière hospitalière et d'une infirmière libérale,
- d'une psychologue,
- d'une secrétaire,
- d'une assistante sociale.

Tous les membres de l'équipe s'engagent à suivre une formation adaptée et validée aux soins du réseau en douleur/soins palliatifs

### **Evaluation (voir annexe) :**

L'équipe mobile doit rendre compte de son activité à la fois à l'institution hospitalière dans laquelle elle travaille et au réseau départemental.

L'évaluation portera sur la progression du développement des pratiques de soins palliatifs et sur l'activité de l'équipe mobile.

Des critères d'évaluation qualitatifs et quantitatifs doivent permettre de vérifier le niveau d'atteinte des objectifs cités plus haut.

L'institution où intervient l'équipe s'engage à la mise en œuvre de cette évaluation dont un compte-rendu sera rédigé annuellement et présenté aux instances de l'établissement.

## **LE RESEAU PROPOSE DES BENEVOLES FORMES POUR ACCOMPAGNER LES PERSONNES ET LES FAMILLES**

Le réseau départemental passe convention avec l'association de Soins Palliatifs SP2 afin de proposer aux équipes soignantes de proximité des bénévoles formés.

Une personne bénévole ne peut intervenir qu'à la demande du patient et/ou de sa famille. Ceux-ci ont été préalablement informés de leur rôle de présence et d'écoute et de leur engagement à la plus stricte confidentialité.

Chaque personne bénévole est sous la responsabilité de l'association après avoir été formé et avoir signé une convention d'engagement.

Celle-ci pourra intervenir, lorsque ces préalables sont remplis, en lien avec les équipes mobiles et les équipes soignantes de proximité dans les conditions prévues par la charte des bénévoles de la S.F.A.P.

Ces équipes de bénévoles interviennent de la même façon dans les établissements de soins qui ont passé convention avec SP2 et assurent dans la mesure du possible la continuité de l'accompagnement.

## **MODALITES DE COORDINATION ET DE PILOTAGE**

### **Un directeur et une cellule de coordination départementale anime le réseau**

**Elle intervient sur quatre pôles :**

- **information et soutien des malades et des familles,**
- **conseil technique et soutien des équipes mobiles,**
- **amélioration et développement de la réponse soins palliatifs au plan départemental,**
- **recherche, formation et expertise.**

**Elle ne se substitue ni à l'équipe à domicile, ni à l'équipe d'un service, ni à l'équipe mobile mixte de soins palliatifs par bassin. Elle accompagne la démarche de soin dans une dynamique de partenariat et de complémentarité médico-psycho-sociale, notamment avec les partenaires du domicile.**

Son rôle et ses missions sont engagés conformément au référentiel en annexe.

#### **COMPOSITION :**

- **médecin hospitalier et libéral,**
- **infirmier hospitalier et libéral,**
- **secrétaire,**
- **travailleur social,**
- **psychologue.**

## **LE RESEAU DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS DES HAUTES-PYRENEES MET EN PLACE DES ARTICULATIONS AVEC LES AUTRES RESEAUX**

-  avec le réseau Oncomip
-  avec le réseau de Gériatrie
-  avec le réseau Oncomip pédiatrique
-  avec le réseau régional de soins palliatifs

Des partenariats doivent être organisés avec ces réseaux avec deux objectifs :

- communiquer afin d'optimiser la prise en charge des patients, éviter les redondances d'intervenants, proposer au patient les compétences les plus adaptées à ses besoins,
- partager savoirs, expériences – élaborer en commun formations et projets de recherche.

## **Le réseau garantit la qualité des prises en charges**

Le fonctionnement du réseau implique des rapports entre les partenaires clairement définis par des conventions qui se fondent sur :

- Le respect de chacun
- La collégialité et la convivialité
- Le partage des compétences et la recherche de la meilleure qualité des soins possible
- L'engagement à travailler en équipe dans l'intérêt du patient
- La mutualisation des ressources humaines et matérielles
- La participation à la formation, l'évaluation, la recherche

Le réseau n'est pas une structure supplémentaire . Il favorise autour de chaque personne malade et son entourage l'action compétente et coordonnée de ses soignants habituels. C'est pourquoi, l'adhésion au réseau d'un malade et de son médecin traitant, de son infirmière et/ou du service de soins à domicile, implique l'intervention de l'équipe mobile en soins palliatifs du bassin de vie . La présence de cette équipe doit garantir l'optimisation et la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement.

La formation continue de ses membres doit viser à l'amélioration de la qualité des soins. Cette formation doit être organisée par le réseau en ce qui concerne les personnes-ressources des équipes mobiles.

Le réseau doit veiller à proposer et participer à la formation continue de ses partenaires .

**Le réseau évalue de façon annuelle les besoins en formation des partenaires.**

Chaque année, un programme de formation est établi.

**Tous les partenaires du réseau ont engagement à se former pour répondre toujours mieux à l'amélioration de la qualité des soins et de l'organisation du système sanitaire et social.**

Le réseau départemental encourage, favorise et coordonne toute initiative de formation des professionnels de santé sur les thèmes de prise en charge de la douleur, de l'accompagnement et des soins palliatifs, du travail en équipe et en réseau, des bénévoles en accompagnement. Il organise lui-même les formations prioritaires pour répondre à l'amélioration de la qualité des soins.

Il veille tout particulièrement à développer l'interdisciplinarité et la transversalité ville/hôpital des formations . Ainsi, ce sont des formations mixtes ville/ Hôpital qui seront organisées.

Il passe toute convention utile avec les organismes de formation concernés. Il recherche les moyens de financement de ces formations.

La formation est placée sous la responsabilité de la coordination départementale médico-sociale.

## **CONTINUITÉ DE LA RÉPONSE EN SOINS PALLIATIFS ET DOULEUR CHRONIQUE**

Le réseau s'engage à une réponse permanente en soins palliatifs et douleur chronique auprès de tous les professionnels du département et des usagers. Pour cela, une permanence téléphonique est organisée sur le département sur un numéro unique pour répondre aux interruptions de service des équipes mobiles de soins palliatifs, notamment les nuits, le week-end ainsi que les jours fériés.

Un système d'information est mis en place afin que le médecin de garde dispose du dossier médical des patients inclus dans le réseau.

## **DEONTOLOGIE ET ETHIQUE**

**Les partenaires du réseau fondent leur action en accord avec la loi 2002-303 sur les droits des malades du 4 Mars 2002.**

Les partenaires du réseau s'engagent à respecter, outre leurs propres codes de déontologie ou leur cadre de compétence professionnelle, les principes de la présente charte.

En particulier, tous les partenaires et intervenants auprès de la personne malade et sa famille sont tenus à la pratique et au respect du secret partagé .

Un Comité d'éthique est mis en place par le conseil d'administration du réseau. Il comprend 5 membres au moins, ayant des compétences différentes sur le plan juridique, administratif et médical.

Tout partenaire ou membre du réseau, y compris les personnes malades et leur famille peuvent faire appel pour tout litige, désaccord, conduite n'entrant pas dans le cadre des principes de la présente charte.

Le conseil d'éthique remet un rapport au conseil d'administration pour chaque cas. Il n'a pas de pouvoir disciplinaire.

## **EVALUATION**

Le conseil d'administration du réseau organise la mise en place d'une évaluation annuelle. Elle portera tant sur des critères quantitatifs (nombre d'admissions – critères d'âge, de sexe – durée d'admission dans le réseau – étude des coûts ...) que qualitatifs ( prise en charge de la douleur – développement de la prise en charge en soins palliatifs – accompagnement des aidants).

Pour cela, le conseil d'administration pourra décider d'avoir recours à des conventions avec tout partenaire permettant de mettre en œuvre cette évaluation (Caisses – Hôpitaux – Médecins généralistes – organisme d'évaluation).

L'évaluation annuelle sera communiquée à tous les membres du réseau ainsi qu'à tous les partenaires institutionnels.