



INTERFACE VILLE-HOPITAL

Organisation, coordination, fonctionnalités des soins de support en milieu extra hospitalier

Les différents textes officiels publiés ces dernières années, notamment dans le cadre des Plans Cancer, ont mis en avant la nécessité de structurer les soins de support oncologiques.

Les soins de supports sont définis comme étant « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu'il y en a ».

Ils comprennent la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, la prise en charge psychologique, diététique, sociale, la kinésithérapie et la socio-esthétique. Ils peuvent également s'étendre à l'art thérapie, la stomathérapie, la sophrologie ou d'autres soins de supports. L'ensemble de ces soins sont instaurés dès le diagnostic. Ils répondent aux symptômes liés à la maladie, aux actes invasifs nécessaires à son exploration et surtout tentent de prévenir et traiter les conséquences inéluctables de la maladie et des thérapeutiques mises en place, tant dans le domaine physique, psychologique que social. C'est aux oncologues, premiers acteurs des soins de support, que revient la tâche de les initier l'organisation aussi bien en milieu intra- qu'-extrahospitalier.

Différents modèles d'organisation existent aujourd'hui, en fonction des ressources locales humaines et matérielles. Le but de notre groupe de travail est d'essayer d'harmoniser les pratiques au niveau national et de proposer un modèle reproductible, applicable par les Agences Régionales de Santé, notamment dans les territoires ne disposant pas à ce jour de soins de support oncologiques extrahospitaliers structurés.

L'organisation des soins de support cancérologiques extrahospitaliers devrait s'appuyer sur le trinôme: les soignants et les structures de premier recours, les sites de cancérologie de référence (2-ème recours) et la plateforme de coordination territoriale.

Sous le terme premier recours sont regroupés l'ensemble des intervenants libéraux et des structures susceptibles de conduire à une diminution des hospitalisations dans les sites cancérologiques de référence et d'améliorer la qualité de vie des patients atteints de cancer :

- soit en maintenant le patient à domicile
- soit en faisant appel à d'autres structures de soins associées plus adaptées ou plus proches du domicile

Des outils de communication adaptés au sein du trinôme seront les garants de cette organisation.

La prise en charge du patient de manière continue et optimale entre le milieu hospitalier et extrahospitalier nécessite comme pré requis une structure et une organisation des soins de support oncologiques déjà fonctionnelle au sein même du site de cancérologie de référence.

C'est surtout en matière de coordination que cette structure veillera à assurer le lien avec l'extra hospitalier, afin de permettre la réalisation et le suivi du parcours de soins complexe du patient.

1. RELAIS DE PREMIER RECOURS

Ils sont multiples et ont des missions différentes les uns des autres. Ce sont des structures à l'activité bien définie sur lesquelles pourront s'appuyer les centres de références, tout en respectant le choix du patient.

Ces structures, divisées en deux catégories (hospitalières ou extra hospitalières), sont recensées dans l'annuaire territorial.

Au sein de chaque structure, les différents correspondants des soins de support sont identifiés par l'équipe de coordination, en fonction de leurs compétences spécifiques et de leurs missions.

La précision de ce recensement facilitera ainsi les contacts adéquats plus rapidement et permettra d'éviter l'écueil de la double ou triple consultation au sein du même territoire, faute de coordination inappropriée. Ces structures ont comme obligation de veiller à la continuité des soins et de reconnaître tant sur le plan humain que matériel la coordination.

1.1 ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

1.1.1 Les Hôpitaux locaux

Une collaboration étroite existe déjà, mais elle pourrait être renforcée par une meilleure circulation de l'information incluant notamment l'accès à une messagerie Internet sécurisée, l'utilisation d'un Dossier Commun Patient informatisé et consultable en temps réel, ou la mise en place de discussions par visioconférence.

Ces différentes techniques pourraient augmenter le nombre de patients pris en charge dans ces hôpitaux et favoriseraient la qualité de transmission de l'information. Reste le problème du personnel soignant existant dans ces structures où le niveau de formation requis face à la spécificité des thérapeutiques oncologiques et les soins de support oncologiques est parfois insuffisant.

1.1.2 Les Centres de Rééducation et réadaptation fonctionnelle

1.1.3 Les soins de suite

1.1.4 Les structures de longue durée

1.1.5 Les unités de soins palliatifs

1.2 STRUCTURES EXTRAHOSPITALIERES

1.2.1 Les médecins traitants

Ils ont la possibilité de bénéficier d'aide et conseils spécialisés en sollicitant l'équipe de coordination territoriale.

1.2.2 Les HAD

Les différentes HAD sur le territoire selon leur appartenance (publique ou privée) fonctionnent selon des règles internes et ne fournissent pas forcément des prestations identiques, d'où la nécessité de bien évaluer le champ de leurs missions.

1.2.3 Les équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP)

Leur fonctionnement dans le cadre des soins palliatifs nécessite le recensement des personnes ressource pouvant intervenir auprès des enfants en fin de vie. Une étroite collaboration dans chaque territoire entre l'ERRSPP et la plateforme territoriale devrait permettre de réaliser rapidement un annuaire territorial des personnes ressources intervenant dans le cadre des soins de support oncologiques adulte et enfant.

1.2.4 Les autres professionnels libéraux intervenants auprès des enfants

1.2.5 Les structures de soins à domicile

L'équipe de coordination établit un guide des services de soins à domicile et des cabinets médicaux dans chaque région avec spécificité et compétences de chaque structure: adulte, enfants, personnes âgées etc.

1.2.6. Les structures médico- sociales

Les Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile permettent une sortie plus rapide des patients de l'hospitalisation.

Parmi ceux-ci, certaines associations jouent un rôle important :

- Les Associations d'aide aux personnes handicapées mentales
- Le service de soins de l'APF (L'Association des Paralysés de France) qui lui, est plus orienté vers les maladies neuromusculaires, les maladies neurologiques, ou orthopédiques handicapantes.

Ces services par leurs interventions, permettent aux familles d'assumer une prise en charge de leur proche en ambulatoire, et favorisent l'intégration sociale quand elle est envisagée.

1.2.7 Les prestataires de service

L'expérience des diverses collaborations établies ponctuellement avec ces structures doit être considérée comme globalement très positives. Elle constitue une incitation à poursuivre en ce sens, notamment dans le domaine de la nutrition et dans celui des perfusions, en particulier chimiothérapies à domicile, antibiothérapies, prise en charge de la douleur. Des chartes de fonctionnement peuvent être mises en place entre la structure hospitalière de référence et le prestataire afin de définir au mieux les besoins et les attentes de chacun.

D'autre part, les différents prestataires existant au niveau d'un territoire de santé ainsi que leurs composition et compétences doivent être recensés dans un annuaire actualisé régulièrement.

1.2.8 Pharmaciens

Les acteurs de soins de ces structures participantes:

- sont reconnus et respectés pour leurs compétences spécifiques
- s'engagent à faire figurer la signature de la charte du patient.
- peuvent faire appel à l'équipe de coordination pour toute situation complexe. L'objectif de la prise en charge sur ces sites est d'aider les professionnels à analyser une situation complexe et à utiliser leurs propres ressources pour gérer cette situation.
- s'engagent dans une démarche qualité
- s'engagent à transmettre rapidement l'information concernant le patient vers le centre de référence via l'équipe de coordination
- veillent, en cas des programmes d'éducation thérapeutique existants, à ce que ceux ci soient validés et autorisés par l'ARS
- participent aux formations organisées.

2. SITE DE CANCEROLOGIE DE REFERENCE (DEUXIEME RECOURS)

Les patients pris en charge dans le centre de référence bénéficient d'un projet personnalisé de soins, intégrant la spécificité de chacun et décrivant le parcours de soins. Concernant les soins de support oncologiques, le site de cancérologie, lors d'un staff multidisciplinaire décisionnel, s'engage à discuter de l'orientation des patients en fonction de leur pathologie et du projet thérapeutique, de leur état clinique, de leur situation sur le plan social, familial, psychologique etc. (ref. 1.6.2 l'accès aux soins de support Circulaire 22.02.2005).

Le soutien et la présence des proches sont essentiels auprès du patient atteint du cancer. Par conséquent, la prise en charge des aidants naturels est à envisager dès le diagnostic.

Cette orientation est davantage faite en fonction du projet de soins du patient plutôt qu'assujettie à des impératifs administratifs comme la disponibilité des lits par exemple.

Aussi, la graduation des soins sera faite en fonction de la typologie du patient.

L'organisation de chaque centre de cancérologie, selon des modalités qui lui sont propres, doit tenir compte de la nécessité d'assurer la permanence des soins et permettre de répondre aux sollicitations, tant médicales que paramédicales, via la coordination territoriale.

Comme prévu dans la mesure 32 du Plan Cancer 1, les établissements de santé et les centres de radiothérapies autorisés en cancérologie s'appuient sur les Centres de Coordination en Cancérologie (3C). Ceux-ci sont spécifiques à un établissement, commun à plusieurs établissements ou partagés au sein d'un réseau territorial.

3. COORDINATION TERRITORIALE

Elle se fait **via la plateforme territoriale** de coordination des acteurs de santé pour le retour et le maintien à domicile des patients, mise en place par les ARS. Celle-ci fait le lien avec toutes les structures existantes au niveau du territoire.

Elle s'appuie sur les réseaux territoriaux concernant les différents volets des soins de support déjà créés, bénéficiant plus ou moins d'une équipe mobile territoriale, s'engageant à respecter les missions de l'équipe de coordination. Il s'agit essentiellement des réseaux

de cancérologie, de prise en charge de la douleur et des soins palliatifs, existants dans la majorité des territoires et bénéficiant déjà d'une activité structurée.

Les ARS veilleront à ce que cette activité de coordination des soins de support oncologiques soit bien structurée dans tous les territoires de santé.

La population concernée est constituée de personnes atteintes de pathologies graves, quels que soient leur âge et le stade de la maladie ou le handicap. La plupart sont dans des situations complexes, nécessitant coordination et soutien.

En fonction de l'existant dans chaque territoire de santé, les missions seront précisées dans un cahier de charge adéquat. Ces cahiers de charge restent une proposition de fonctionnement. Ils seront à adapter et à compléter sur chaque territoire en fonction de leurs particularités.

Deux modèles sont avancés: le premier, présenté en annexe 1, concerne des situations où des réseaux territoriaux existent déjà. Le second, présenté en annexe 2 correspond aux territoires où la création d'une équipe de coordination est nécessaire.

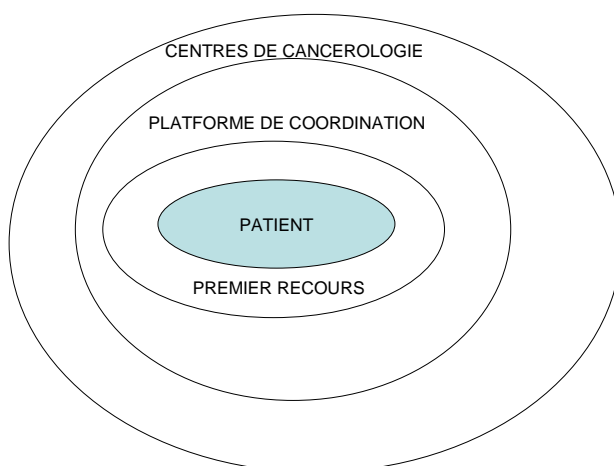
4. CONCLUSION

Se pose néanmoins en 2011 la question de la multitude des réseaux spécifiques à des pathologies bien précises, y compris le cancer.

L'avenir est certainement au décloisonnement entre spécialités, à la mutualisation des moyens, afin d'éviter l'épuisement des soignants. Il s'agit en particulier des soignants libéraux, qui activent dans le cadre des soins de support aussi bien oncologiques que non-oncologiques et sont contraints par conséquent de participer à une multitude de réflexions territoriales en parallèle. De nombreux réseaux locaux ou territoriaux ont déjà mis en place un fonctionnement plurithématique, par exemple, « douleur, soins palliatifs, soins oncologiques de support et gérontologie » afin de rendre efficiente une prise en charge globale, chez un patient souvent atteint de multiples pathologies (associées).

On envisagera au sein de la plateforme territoriale de coordination un fonctionnement avec interfaçage des différentes spécialités médicales, car toutes justifient des soins de support. A ce jour, une réflexion par rapport à la coordination extra-institutionnelle des soins est aussi menée par les différents réseaux existants.

Revient peut-être aux grandes instances nationales, comme le Ministère de la Santé, la HAS, mais également aux ARS de réfléchir à cette mutualisation sans que les réseaux existants se sentent dépossédés et sans que ce soit vécu comme une « simple » réduction budgétaire.



ANNEXE 1



**PROPOSITION DE CAHIER DES CHARGES
DES RÉSEAUX TERRITORIAUX DE CANCÉROLOGIE :**

Organisation, coordination, fonctionnalités des soins de support en milieu
extra hospitalier

I. OBJECTIFS

Les réseaux territoriaux de cancérologie (RTC) ont pour vocation d'accompagner le malade et ses proches à chaque étape de la maladie et à distance de celle-ci afin de les aider à mieux vivre la maladie, le traitement et ses conséquences. Les RTC permettent d'assurer aux patients des soins coordonnés, continus et de proximité, en lien avec le médecin traitant. (Circulaire DHOS/CNAMTS/INCa n° 2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie).

Ils s'appuient, lorsqu'elles existent, sur des équipes mobiles soins de support- soins palliatifs issues ou non de la structure hospitalière oncologique référente. Celles-ci apportent une expertise et un partenariat.

En étroite collaboration avec les autres structures régionales, l'HAD, les structures libérales etc., ces structures aident au maintien à domicile d'un certain nombre de patients dans de bonnes conditions de suivi médical et paramédical.

Par la mise en place d'une coordination, les RTC permettent au malade et à ses proches de bénéficier des soins dont ils ont besoin et de leur en faciliter l'accès. Ils assurent une prise en charge globale.

Il s'agit bien d'une logique de coordination des opérateurs de santé plutôt que d'une prise en charge directe des patients.

Le RTC peut être sollicité par :

- le personnel de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé : médecins, personnel soignants... ;
- les professionnels de santé médicaux, paramédicaux et psycho-sociaux de la ville ;
- l'entourage ;
- le patient lui-même.

II. MISSIONS DE COORDINATION DES SOINS DE SUPPORT

Ces missions sont réalisées dans le cadre des jours et heures ouvrables.

II. 1 ÉCOUTE ET SOUTIEN DES PATIENTS ET DES PROCHES

Dans la mise en œuvre de sa mission de coordination des soins et d'information, le RTC exerce un rôle d'écoute et de soutien des patients et de leur entourage.

II. 2 COORDINATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN

La coordination peut se définir par les actions suivantes :

- **actualisation** régulière tout au long du parcours de soins **des besoins du malade et de ses proches**. Cette évaluation fait suite à celle initiée en milieu intra-hospitalier.

- **l'orientation du patient dans un parcours de soins coordonné** ; en faisant le lien entre différents professionnels de structures hospitalières publiques ou privées, le domicile, les associations et d'autres réseaux ; pour assurer une continuité des soins. Cette orientation est réalisée avec l'accord du patient (le médecin traitant est consulté et le médecin référent informé).
- **la mobilisation des personnes ressources** en identifiant et réévaluant l'offre de soins existante sur son territoire de santé nécessaires afin d'assurer :
 - le maintien à domicile ;
 - le retour à domicile de cas complexes dans les suites d'une hospitalisation.Tous les relais périphériques des soins de support oncologiques (en terme de structure ou ressources humaines des différentes catégories professionnelles) sont **recensés dans un annuaire territorial** régulièrement actualisé et exhaustif, outil essentiel pour les soignants hospitaliers et extrahospitaliers. Celui-ci permet aux équipes d'accéder au plus vite à l'information la plus complète.
- **l'aide à la réalisation des démarches administratives.**

Les différentes étapes de cette coordination doivent être formalisées.

Le RTC veille à la continuité des soins :

- en identifiant les soignants du patient s'il en a
- en s'assurant de l'existence d'une réponse rapide à la demande territoriale, orienté vers le site compétent le plus proche du lieu d'habitation du patient
- en mettant en place des outils permettant de transmettre les informations nécessaires pour faire le lien entre les différents intervenants (établissement, médecin traitant, acteurs du domicile...).

Le réseau assure

- les contacts avec les ressources disponibles sur le territoire, par le biais d'une adhésion professionnelle à la charte du réseau
- des conventions avec les professionnels intéressés afin de pouvoir proposer aux malades la prise en charge de soins qui leur sont nécessaires

Toutes les dispositions relatives à la continuité et la proximité des soins sont prises en accord avec le patient.

Parmi le personnel intervenant auprès du patient, le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié. Tout changement de la situation médicale du patient, en particulier toute modification du lieu de prise en charge, fait l'objet d'une information, par le centre de référence au médecin traitant.

II. 3 ÉCOUTE ET SOUTIEN DES PROFESSIONNELS

Le RTC peut mettre en place un dispositif permettant d'apporter un soutien psychologique :

- à l'équipe de coordination du RTC ;
- aux professionnels libéraux intervenants dans le cadre du RTC.

II. 4 INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, DES BÉNÉVOLES ET DES USAGERS

II. 4. 1. Informations générales relatives aux missions et au fonctionnement du réseau territorial

Le RTC doit faire connaître et reconnaître son action sur le territoire de santé. Pour ce faire :

- il élabore un document d'information général relatif à son fonctionnement et ses missions (document unique ou en fonction de la cible : patient, entourage, professionnel de santé) ;
- il en assure une diffusion sur l'ensemble de son périmètre géographique ;
- il en assure également la diffusion sur le site Internet du réseau territorial ;
- il pourra publier ou communiquer sur son expérience de terrain ;
- il pourra également participer à la mise en place d'actions d'éducatives thérapeutiques.

II. 4. 2. Sensibilisation du public sur le cancer et les soins de support

Le RTC mène des actions de sensibilisation auprès du public. Cette sensibilisation peut notamment être réalisée par le biais de :

- journées d'information grand public ;
- mise à disposition de documentation dans un local dédié.

II. 5 PROMOTION DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le réseau territorial de cancérologie participe à la formation des professionnels de santé, institutionnels ou libéraux. Il est le garant des bonnes pratiques des médecins et des soignants, de l'homogénéisation de la prise en charge de qualité et de la formation continue de tous les professionnels du soin du territoire.

Les formations proposées par le RTC aux professionnels avec lesquels une convention est signée dans le cadre des prestations dérogatoires sont également accessibles à tous les professionnels du territoire.

Outre proposer un lieu d'échange de pratiques entre professionnels des soins de support oncologiques, ces formations permettent aussi une sensibilisation ou une information spécifique aux soins de supports oncologiques

Les thèmes traités lors de ces formations seront conformes aux attentes et besoins des professionnels du territoire. Pour ce faire, le RTC identifie ces besoins en formation des différentes catégories de professionnels.

Le RTC recense les projets spécifiques et collabore à l'élaboration des procédures et protocoles avec l'objectif de les harmoniser au plan du territorial, de les évaluer et de les faire évoluer

Il aide à définir un arbre décisionnel pour chaque situation impliquant des nouveaux professionnels.

III. FONCTIONNEMENT

III. 1 STRUCTURE ET MEMBRES

III. 1. 1. Type de structure

Afin de remplir les missions définies par l'article L. 6321-1, les réseaux de santé peuvent se constituer en groupement de coopération sanitaire ou en association.

III. 1. 2. Les membres

Les membres du RTC sont définis selon la Charte, les statuts ou la convention constitutive propre à chaque réseau.

III. 2 CELLULE OPÉRATIONNELLE

L'équipe opérationnelle du RTC doit être composée en fonction des besoins, des objectifs, de l'historique de son territoire de Santé. Elle est tenue à la confidentialité.

Équipe de coordination :

- Secrétariat ;
- Coordination infirmière.
- Médecin

Équipe de prise en charge psycho-sociale :

- Psychologue ;
- Assistante sociale.

Cette cellule opérationnelle sera à adapter à chaque territoire en fonction de ce qui existe déjà.

III. 3 FINANCEMENT

III. 3. 1. Le financement du réseau

Diverses sources de financement peuvent être envisagées :

- des financements publics : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), mise à disposition de moyens (locaux, personnels) d'établissements de santé, de collectivités territoriales ;
- des dons accordés par des organismes tels que la Ligue contre le Cancer, les usagers...;

III. 3. 2. Les dérogations tarifaires

Le FIQCS, dans sa décision de financement, attribue à chaque RTC une enveloppe destinée à financer des prestations dérogatoires.

Cette enveloppe permet au RTC de prendre en charge les frais relatifs aux soins de support pour les malades et leurs proches. Cette prise en charge se fait dans le cadre de conventions signées avec les professionnels du territoire et dans les limites établies par le réseau lui-même en fonction de critères prédéfinis (type de soins, nombre de séances, forfait de rémunération).

Elle est réalisée par le biais de dérogations tarifaires et concerne donc les actes hors nomenclatures pour les professionnels conventionnés ou les actes de professionnels non conventionnés.

III. 4 PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE

Les réseaux territoriaux de cancérologie inscrivent leurs actions dans le périmètre géographique du territoire de santé dans lequel ils sont implantés.

Toute personne domiciliée dans ce territoire de santé, même de façon temporaire, pourra bénéficier d'une prise en charge par le réseau.

Le réseau peut également prendre en charge des patients domiciliés dans les territoires de santé limitrophes en cas d'absence de réseau territorial dans ce territoire ou, en accord avec le réseau du territoire, si la prise en charge se révèle plus pertinente.

IV. ÉVALUATION

IV. 1. Évaluation externe

L'évaluation externe est faite par les tutelles.

IV. 2. Évaluation des prestations rendues : auto-évaluation

Le réseau doit être dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité de ses prestations et intégrer cette dimension, notamment par une auto évaluation régulière.

Ces évaluations permettront l'amélioration :

- des pratiques ;
- de l'organisation ;
- de l'accessibilité aux soins.

Cette évaluation nécessite des outils et des moyens spécifiques qui restent à créer.

ANNEXE 2



**PROPOSITION DE CAHIER DES CHARGES
DE L'EQUIPE TERRITORIALE DE COORDINATION:**

Organisation, coordination, fonctionnalités des soins de support en milieu
extra hospitalier

I. OBJECTIFS

Ce modèle s'applique aux territoires de santé ne disposant pas de structures de coordination. Chaque territoire de santé défini sur des critères de répartition géographique bénéficie d'une coordination territoriale, assurée par une **équipe territoriale de coordination** (ETC) et par un **comité technique territorial**.

L'ETC n'a pas comme mission de réaliser les actions de consultation sur le terrain, mais, comme son nom l'indique, de fédérer, coordonner et améliorer le fonctionnement des structures territoriales et d'assurer la formation multiprofessionnelle.

La cohérence de cette coordination est assurée par un **projet médical et organisationnel partagé** entre les structures territoriales, une organisation commune de la permanence de recours et des points de contact réguliers.

Les ETC permettent au malade et à ses proches de bénéficier des soins dont ils ont besoins et de leur en faciliter l'accès. Ils assurent une prise en charge globale.

Il s'agit bien d'une logique de coordination des opérateurs de santé plutôt que d'une prise en charge directe des patients et de l'entourage.

Les différentes étapes de cette coordination doivent être formalisées.

L'ETC peut être sollicité par :

- le personnel de l'établissement dans lequel le patient est hospitalisé : médecins, personnel soignants... ;
- les professionnels de santé médicaux, paramédicaux et psycho-sociaux de la ville ;
- l'entourage ;
- le patient lui-même.

II. MISSIONS DE COORDINATION DES SOINS DE SUPPORT

Ces missions sont réalisées dans le cadre des jours et heures ouvrables.

II. 1 ÉCOUTE ET SOUTIEN DES PATIENTS ET DES PROCHES

Dans la mise en œuvre de sa mission de coordination des soins et d'information, l' ETC exerce un rôle d'écoute et de soutien des patients et de leur entourage.

II. 2 COORDINATION DE LA TRAJECTOIRE DE SOIN

La coordination peut se définir par les actions suivantes :

- **actualisation** régulière tout au long du parcours de soins **des besoins du malade et de ses proches**. Cette évaluation fait suite à celle initiée en milieu intra-hospitalier.
- **l'orientation du patient dans un parcours de soins coordonné** ; en faisant le lien entre différents professionnels de structures hospitalières publiques ou privées, le domicile, les associations et d'autres réseaux ; pour assurer une continuité des soins. Cette orientation est réalisée avec l'accord du patient (le médecin traitant est consulté et le médecin référent informé).

- **la mobilisation des personnes ressources** en identifiant et réévaluant l'offre de soins existante sur son territoire de santé nécessaire afin d'assurer :
 - le maintien à domicile ;
 - le retour à domicile de cas complexes dans les suites d'une hospitalisation.
 - les relais périphériques des soins de support oncologiques (en terme de structure ou ressources humaines des différentes catégories professionnelles) sont **recensés dans un annuaire territorial** régulièrement actualisé et exhaustif, outil essentiel pour les soignants hospitaliers et extrahospitaliers. Celui-ci permet aux équipes d'accéder au plus vite à l'information la plus complète.
- **l'aide à la réalisation des démarches administratives.**

L'ETC veille à la continuité des soins :

- en identifiant les soignants du patient s'il en a.
- en s'assurant de l'existence d'une réponse rapide à la demande territoriale, orientée vers le site compétent le plus proche du lieu d'habitation du patient.
- en mettant en place des outils permettant de transmettre les informations nécessaires pour faire le lien entre les différents intervenants (établissement, médecin traitant, acteurs du domicile...).

Elle assure

- les contacts avec les ressources disponibles sur le territoire, par le biais d'une adhésion professionnelle à la charte de l'ETC
- des conventions avec les professionnels intéressés afin de pouvoir proposer aux malades la prise en charge de soins qui leur sont nécessaires

Toutes les dispositions relatives à la continuité et la proximité des soins sont prises en accord avec le patient.

Parmi le personnel intervenant auprès de patient, le médecin traitant reste l'interlocuteur privilégié. Tout changement de la situation médicale du patient, en particulier toute modification du lieu de prise en charge, fait l'objet d'une information, par le centre de référence au médecin traitant.

II. 3 ÉCOUTE ET SOUTIEN DES PROFESSIONNELS

L'ETC peut mettre en place un dispositif permettant d'apporter un soutien psychologique :

- à l'équipe de coordination de l' ETC ;
- aux professionnels libéraux intervenants dans le cadre de la ETC.

II. 4 INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, DES BÉNÉVOLES ET DES USAGERS

II. 4. 1. Informations générales relatives aux missions et au fonctionnement de l'ETC

L'ETC doit faire connaître et reconnaître son action sur le territoire de santé. Pour ce faire :

- il élabore un document d'information général relatif à son fonctionnement et ses missions (document unique ou en fonction de la cible : patient, entourage, professionnel de santé) ;
- il en assure une diffusion sur l'ensemble de son périmètre géographique ;
- il en assure également la diffusion sur le site Internet du réseau territorial ;
- il pourra publier ou communiquer sur son expérience de terrain ;
- il pourra également participer à la mise en place d'actions d'éducatifs thérapeutiques.

II. 4. 2. Sensibilisation du public sur le cancer et les soins de support

L'ETC mène des actions de sensibilisation auprès du public. Cette sensibilisation peut notamment être réalisée par le biais de :

- journées d'information grand public ;
- mise à disposition de documentation dans un local dédié.

II. 5 PROMOTION DE LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

L'ETC participe à la formation des professionnels de santé, institutionnels ou libéraux. Il est le garant des bonnes pratiques des médecins et des soignants, de l'homogénéisation de la prise en charge de qualité et de la formation continue de tous les professionnels du soin du territoire.

Les formations proposées par l'ETC aux professionnels avec lesquels une convention est signée dans le cadre des prestations dérogatoires sont également accessibles à tous les professionnels du territoire. Cette activité de formation doit être rattachée à un organisme de formation agréé.

Outre proposer un lieu d'échange de pratiques entre professionnels des soins de support oncologiques, ces formations permettent aussi une sensibilisation ou une information spécifique aux soins de support oncologiques

Les thèmes traités lors de ces formations seront conformes aux attentes et besoins des professionnels du territoire. Pour ce faire, l'ETC identifie ces besoins en formation des différentes catégories de professionnels.

L'ETC recense les projets spécifiques et collabore à l'élaboration des procédures et protocoles avec l'objectif de les harmoniser au plan du territorial, de les évaluer et de les faire évoluer

Il aide à définir un arbre décisionnel pour chaque situation impliquant des nouveaux professionnels.

III. FONCTIONNEMENT

III. 1 STRUCTURE ET MEMBRES

Elle comporte au minimum une activité médicale, soignante, du secrétariat, dont des propositions de profil de poste figurent en annexe 3, 4, et 5. Elle sera composée en fonction des besoins, des objectifs, de l'historique de son territoire de Santé. Elle est tenue à la confidentialité.

III. 3 FINANCEMENT

III. 3. 1. Le financement de l' ETC

L'équipe de coordination est financée par l'ARS.

III. 3. 2. Les dérogations tarifaires

Les ARS, dans leurs décisions de financement, attribuent à chaque ETC une enveloppe destinée à financer des prestations dérogatoires.

Cette enveloppe permet à l'ETC de prendre en charge les frais relatifs aux soins de support pour les malades et leurs proches. Cette prise en charge se fait dans le cadre de conventions signées avec les professionnels du territoire et dans les limites établies par le réseau lui-même en fonction de critères prédéfinis (type de soins, nombre de séances, forfait de rémunération).

Elle est réalisée par le biais de dérogations tarifaires et concerne alors les actes hors nomenclatures pour les professionnels conventionnés ou les actes de professionnels non conventionnés.

III. 4 PÉRIMÈTRE GÉOGRAPHIQUE

L'ETC inscrit ses actions dans le périmètre géographique du territoire de santé dans lequel elle est implantée.

Toute personne domiciliée dans ce territoire de santé, même de façon temporaire, pourra bénéficier d'une prise en charge par l'ETC.

L'ETC peut également prendre en charge des patients domiciliés dans les territoires de santé limitrophes en cas d'absence de réseau territorial sur ce territoire ou, en accord avec le réseau du territoire, si la prise en charge se révèle plus pertinente.

IV. ÉVALUATION

IV. 1. Évaluation externe

L'évaluation externe est faite par les tutelles.

IV. 2. Évaluation des prestations rendues : auto-évaluation

Le réseau doit être dans une dynamique d'amélioration continue de la qualité de ses prestations et intégrer cette dimension, notamment par une auto évaluation régulière.

Ces évaluations doivent permettre l'amélioration :

- des pratiques ;
- de l'organisation ;
- de l'accessibilité aux soins.

Cette évaluation nécessite des outils et des moyens spécifiques.

Annexe 3

PROFIL DE POSTE DE SECRETAIRE MEDICALE

EQUIPE DE COORDINATION

Intitulé

Secrétaire de l'équipe de coordination territoriale

Temps de travail : 100 %

(Horaires non définis)

DIPLOME :

Formation de Secrétaire Médicale.

COMPETENCES PROFESSIONNELLES :

Expérience professionnelle.

Expérience au CHU.

Maîtrise des logiciels Word et Excel, de l'Internet, éventuellement PowerPoint

Maîtrise de l'utilisation d'une sténorette appréciée.

COMPETENCES PERSONNELLES

Capacité d'adaptation rapide

Autonomie ou sachant prendre des décisions

Discrétion

Sens des responsabilités

Notion de travail en équipe

Dynamisme

Dispositions pour l'accueil

Aimant les relations aux familles

ACTIVITES SUR POSTE

Activités spécifiques

Création de poste

Cette activité nécessitera de la part de la Secrétaire Médicale un esprit d'organisation et d'initiative.

Activités courantes

- frappe de courriers médicaux, consultations, administratifs ;
- transmission rapide des appels téléphoniques destinés à l'équipe de coordination
- constitution des dossiers médicaux et organisation d'hospitalisations si besoin
- constitution d'une base de données des professionnels régionaux intervenant dans le soin de support
- classement des dossiers et examens médicaux ;
- gestion et organisation des consultations
- gestion d'emplois du temps (médecin et infirmière) ;
- mise à jour d'agendas ;
- organisation des réunions régionales, y compris la logistique adaptée

Annexe 4

PROFIL DE POSTE CADRE DE SANTE

EQUIPE DE COORDINATION

I. LE POSTE

1) Définition et liens hiérarchiques

Cadre de santé expérimenté, il a pour mission de **coordonner les soins de support au niveau territorial**.

Il travaille sous la responsabilité du médecin coordinateur au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, dans le respect mutuel des domaines de compétence de chacun.

2) Liens fonctionnels

Le cadre de santé coordinateur travaille en collaboration avec :

- Les partenaires de l'équipe hospitalière de référence
- Avec les équipes médicales et paramédicales de l'ensemble des unités hospitalières de la région
- Avec les partenaires de santé extrahospitaliers du réseau.

3) Lieux d'exercice

Le centre de coordination.

4) Conditions de travail :

4.1. Les horaires

Le cadre de santé coordinateur travaille :

- 37h30 par semaine.
- Du lundi au vendredi de jour, en cas de difficultés de gestion du personnel.
- Amplitude d'ouverture : 8h30 – 18h30
- Horaires de travail : 8h30 à 17h ou 9h à 17h30 ou 10h à 18h30.

4.2 Principes de fonctionnement :

- Gestion de l'absentéisme :
 - Les fériés sont pris le jour même.
 - Congé annuel, RTT ou Formation en fonction du type de convention.

II. ACTIVITES

- Accompagnement des équipes soins de support de chaque centre sur des projets locaux et régionaux: analyse de l'existant, élaboration, mise en place, évaluation d'un programme.
- Formations locales en fonction des besoins et régionales selon le calendrier biannuel, destinées à tous les professionnels de santé.
- Evaluations des pratiques : audit auprès des équipes de chaque centre
- Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé des réseaux.
- Amélioration de l'information des patients, de leurs familles et des soignants au niveau des territoires de santé.

III. COMPETENCES

1) Diplômes :

- Diplôme d'Etat d'infirmière
- Diplôme de Cadre de santé

2) Expériences professionnelles souhaitées :

- Au minimum 4 ans d'expérience professionnelle.
- Avoir travaillé dans plusieurs unités est un atout dans ce poste.
- Compétence en particulier dans le domaine de la conduite d'un projet d'amélioration de la qualité des soins.
- Formée ou s'engage à se former à la prise en charge de la douleur et/ou des soins de support dans le cadre d'un D.U/D.I.U.
- Avoir des compétences pédagogiques

3) Aptitudes et capacités :

- sens de l'accueil, du contact et de la diplomatie,
- sens de l'organisation,
- capacité d'adaptation au changement,
- sens du travail en équipe,
- capacité d'argumentation,
- maîtrise de soi,
- patience,
- résistance physique,
- sens de l'écoute,
- vigilance accrue dans le domaine du secret professionnel.
- connaissances informatiques
- désir constant d'améliorer ses connaissances acquises.

4) Exigences du poste :

Le cadre de santé coordinateur travaille avec un grand nombre de professionnels, de formations différentes. Les sollicitations seront variées, chirurgicales, médicales ou autres. Dans ce contexte, il est indispensable que ce professionnel soit attentif aux différentes demandes qui peuvent lui être formulées simultanément, mais surtout qu'il s'applique à gérer ses réponses avec discernement et fermeté, en priorisant de manière systématique l'intérêt général sur le particulier.

Annexe 5

PROFIL DE POSTE MEDECIN COORDINATEUR

EQUIPE DE COORDINATION

. **LE POSTE**

Médecin expérimenté, il (elle) a un rôle de **coordination des soins de support oncologiques au niveau territorial**

Elément clé de l'équipe multidisciplinaire territoriale.

LIENS FONCTIONNELS

Le médecin coordinateur travaille en collaboration avec :

- Les autres membres de l'équipe de coordination.
- Les partenaires de l'équipe de prise en charge de la douleur et soins de support oncologiques de chaque centre de référence.
- Avec les équipes médicales et paramédicales de l'ensemble des unités hospitalières de la région.
- Avec les partenaires de santé extrahospitaliers du réseau.
- Participation à des protocoles nationaux.

LIEU D'EXERCICE

Le centre de coordination.

ACTIVITES

- Accompagnement des équipes soins de support oncologiques de chaque centre sur des projets locaux et territoriaux: analyse de l'existant, élaboration, mise en place, évaluation d'un programme.
- Mise en place de protocoles territoriaux, avec recensement des ressources existantes et harmonisation des pratiques, mise à jour des connaissances dans le domaine de la douleur et des soins du support.
- Formations locales en fonction des besoins et régionales selon le calendrier biannuel, destinées à tous les professionnels de santé.
- Evaluations des pratiques à l'échelon territorial et contrôle qualité.
- Enquête de satisfaction auprès des professionnels de santé des réseaux.
- Amélioration de l'information des patients, de leurs familles et des soignants