



## CHARTRE DU RESEAU

**Je soussigné(e)** ..... (Nom, prénom)

**Profession :** .....

**Adresse professionnelle :** .....

.....

**Téléphone professionnel :** ..... **E-mail :** .....

Déclare adhérer au **Réseau Arc-en-Ciel**. Ce réseau est promu par l'association "Armor Santé" dans le cadre de la législation sur les réseaux de santé.

Le but du réseau est d'améliorer la qualité des soins aux enfants porteurs de Troubles Spécifiques des Apprentissages (TSA) grâce à :

- L'accueil et l'accompagnement des familles dans la détresse des troubles des apprentissages.
- L'organisation d'une complémentarité interdisciplinaire facilitant l'implication et les échanges interprofessionnels pour évaluer, prendre en charge et suivre les troubles des apprentissages chez l'enfant de 4 à 12 ans sur le pays de Saint-Brieuc, dans un premier temps, pour une durée de trois ans renouvelable.
- L'harmonisation des outils diagnostiques et des protocoles de bilans au travers de référentiels partagés afin d'affiner le diagnostic, la prise en charge et le suivi de l'enfant.
- La contribution à l'échange, au partage et à l'acquisition d'une culture commune au sein du réseau, par la mise en place de sensibilisations, informations et formations initiales et continues pour l'ensemble des intervenants du réseau et des familles.
- L'amélioration de l'accès aux professionnels hors nomenclature pour les familles et les enfants.

### Je m'engage :

- à respecter le secret médical et professionnel selon la législation en vigueur ;
- à informer mes patients des services rendus par le réseau et de l'intérêt éventuel d'y adhérer ;
- à accepter mon inscription sur l'annuaire des professionnels de santé membres du réseau qui sera exclusivement réservé à l'usage interne du réseau ;
- à faire parvenir au réseau un double des bilans réalisés afin qu'il soit intégré au dossier unique de l'enfant ;
- à accepter la création d'une adresse de messagerie sécurisée via la plateforme E santé Bretagne.
- **pour les professionnels hors nomenclature** à faire parvenir au réseau les « factures honoraires » (factures types fournies par le réseau lors de votre adhésion) correspondant au suivi de chaque enfant dans le mois qui suit ;
- à travailler avec les autres professionnels pour améliorer la prise en charge de l'enfant et de sa famille ;
- à participer, dans la mesure du possible, aux réunions de travail et aux formations permanentes organisées par le réseau ;
- à participer, dans la mesure du possible, à la démarche d'évaluation du réseau ;
- à ne pas utiliser ma participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité.



Je reconnais :

- m'informer sur les données actuelles de la science ;
- appliquer les règles de bonne pratique clinique diagnostique et thérapeutique qui me semblent les plus pertinentes dans l'accompagnement de mes patients ;
- Avoir connaissance que les accès à l'application du Dossier Patient Informatisé font l'objet d'une journalisation répertoriant le dossier, l'opération effectuée, l'identification de l'utilisateur et l'horodatage. La Commission Nationale Informatique rappelle qu'il convient d'informer les personnels concernés de la mise en œuvre de ces mesures.

Le réseau **peut assurer pour les professionnels hors nomenclature:**

- Le financement de bilans et de séances à hauteur d'un montant décidé par les membres du Conseil d'Administration. Une participation peut-être demandée aux familles.
- Sont concernés les professionnels suivants : Psychologues / Psychothérapeutes / Neuropsychologues / Psychomotriciens / Ergothérapeutes
- Le nombre de séances financées est évaluée par la cellule de coordination au regard de chaque situation particulière.

Les professionnels libéraux pourront être dédommagés sous forme de vacations suite à leur présence\* :

- en cellule de concertation pour échanger sur la situation d'enfants accompagnés activement dans le cadre du réseau et/ou scientifique et/ou de veille;
- en sessions de formations organisées dans le cadre du réseau.

*Les usagers du réseau choisissent librement les médecins et professionnels de santé qu'ils sont amenés à consulter.*

Mon adhésion au réseau ne me décharge en rien de mes responsabilités vis à vis des patients ni de mes obligations déontologiques.

**Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au réseau<sup>1</sup>.** J'en informerai mes patients inclus dans le réseau et le coordinateur du réseau.

Le recueil de données médicales et l'évaluation du réseau ont fait l'objet d'une déclaration à la C.N.I.L<sup>2</sup> et conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et Libertés, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès de la cellule de coordination.

**J'adhère au Réseau Arc-en-Ciel dans les conditions précisées ci-dessus. Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations de la présente charte et celles contenues dans la convention constitutive du réseau.**

Fait à .....

Le.....

**Signature et cachet de l'intéressé**  
**Précédé de la mention "Lu et approuvé"**

**Signature du représentant légal**

<sup>1</sup> Conformément à l'article 6 de la convention constitutive.

<sup>2</sup> Commission Nationale Informatique et Libertés