

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

1

LE VIRAGE AMBULATOIRE

Niveau
Local

Le système de santé français s'est majoritairement organisé autour de l'hôpital.

Celui-ci est adapté pour traiter les épisodes aigus d'une pathologie, cependant, il est trop complexe et cloisonné pour soigner des patients polypathologiques ou âgés.

Il devient alors nécessaire de réorganiser le système de santé en le recentrant autour d'une médecine de proximité, avec un hôpital tourné vers la ville et un parcours de soins coordonné autour du patient.



Texte juridique

Dans la continuité de la Stratégie Nationale de Santé lancée en 2013, la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, annonce le «virage ambulatoire» (1). Elle vise à rendre notre système de santé plus juste et plus efficace, pour ainsi passer d'un système cloisonné à une médecine de parcours et de proximité, organisée autour du patient.



A consulter

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

MISSIONS (2,3)

LE VIRAGE AMBULATOIRE IMPLIQUE PLUSIEURS CHANGEMENTS :

- **En établissements de santé** : transférer une partie des hospitalisations en hospitalisation de jour lorsque l'hébergement n'est plus justifié grâce aux progrès techniques. Ainsi la chirurgie ambulatoire se développe pour raccourcir les durées d'hospitalisation.
- **En soins primaires** : les professionnels de santé s'organisent en équipes de soins primaires, pour assurer une prise en charge de qualité des patients. Des alternatives à l'hospitalisation doivent être renforcées, comme l'Hospitalisation À Domicile (HAD) ou la télémédecine. Un numéro d'appel national unique pour trouver un médecin de garde facilement et un service public d'information en santé permettent aux usagers de se tourner en premier lieu vers le médecin de ville. L'extension du tiers payant vise quant à lui à éviter le renoncement aux soins.
- **Des systèmes d'informations performants**, permettant aux acteurs de santé* de se coordonner facilement, et ce de façon sécurisée. Ces systèmes d'informations garantissent la confidentialité des données de santé et l'accès des patients à celles-ci.

Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients, Ministère des Solidarités et de la Santé.

Intervention de Marisol Touraine à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé, Ministère des Solidarités et de la Santé

* Les acteurs de l'exercice coordonné pluri-professionnel, en référence aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP), centres de santé, plateformes territoriales d'appui (PTA) et communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

LES ESSENTIELS

Le virage ambulatoire est l'un des axes principaux de la loi de modernisation de notre système de santé, en 2016, visant à innover autour de l'organisation des soins.

Il représente le passage d'un système cloisonné, centré sur l'hôpital, à un système qui fait des médecins et des équipes de soins primaires, constituées autour d'eux, les pivots et les coordinateurs des parcours entre les structures de ville et les établissements hospitaliers, médicosociaux et sociaux. Dans le cadre de la **stratégie nationale de santé 2018-2022**, les pouvoirs publics ont affirmé l'ambition de porter à 70% en 2022 le taux de chirurgie ambulatoire et fixé un objectif de 55% de séjours hospitaliers de médecine en ambulatoire à cette même échéance (4).



Information

Les **Agences Régionales de Santé (ARS)** jouent un rôle prépondérant dans cette réorganisation en parcours de santé et dans la coordination entre acteurs de santé. Elles soutiennent et rendent possible leurs initiatives, notamment au travers de l'application du Projet Régional de Santé (PRS).

- (1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
(2) Parcours de santé, de soins et de vie, Une approche globale au plus près des patients, Ministère des Solidarités et de la Santé.
(3) Intervention de Marisol Touraine à l'Assemblée nationale lors de la discussion générale du projet de loi de modernisation du système de santé, Ministère des Solidarités et de la Santé
(4) Cour des comptes – RALFSS 2018, Chapitre 5 Le virage ambulatoire du système de santé, de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

2

LES SOINS DE PREMIERS RECOURS

Niveau
Local

Afin de garantir l'accès de tous à des soins de qualité, une approche territoriale de la santé est apparue nécessaire. La loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite loi HPST) du 21 juillet 2009 définit une nouvelle organisation sanitaire et médico-sociale visant à mettre en place une offre de soins graduée, de qualité, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé (1). Cette loi introduit ainsi la notion de soins de premier recours.



Texte juridique

Selon l'article L1411-11 du Code de la Santé Publique, introduit par l'article 36 de la loi HPST (2), «l'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité (...) Les professionnels de santé, dont les médecins traitants (...) concourent à l'offre de soins de premier recours.». Il s'agit de soins directement accessibles aux patients, avec pour notion fondamentale la proximité.

MISSIONS (2)

LES SOINS DE PREMIERS RECOURS COMPRENNENT :

- la **prévention**, le **dépistage**, le **diagnostic**, le **traitement** et le **suivi des patients**,
- la dispensation et l'**administration des médicaments**, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique,
- l'**orientation** dans le système de soins, dans le secteur social et médico-social,
- l'**éducation** pour la santé.

Le **médecin généraliste**, «**pivot**» du **parcours de soins**, assure notamment :

- l'**orientation** des patients dans le système de soins et le secteur médico-social.

En cas de besoin d'avis spécialisé, le MG de premier recours oriente le patient vers des spécialistes de second recours (cardiologie, appareil digestif, ORL,...). Il est toutefois important de préciser que la pédiatrie, l'ophtalmologie, la gynécologie médicale et la psychiatrie peuvent également être considérées comme des spécialités de premier recours que le patient peut consulter en première intention.

- la **coordination** des soins nécessaires aux patients atteints de pathologies chroniques.

LES ESSENTIELS (3)

Autrement nommés **soins de santé primaires**, **médecine de proximité**, **soins ambulatoires**, **médecine de ville**, les **soins de premier recours** sont donc des **soins de proximité**, et sont une porte d'entrée dans le système de soins, dont le médecin généraliste est le «pivot».

Outre le médecin généraliste, les acteurs des soins de premier recours sont des professionnels de santé tels que définis dans le Code de la Santé Publique (Selon la 4ème partie du Code de la Santé Publique, les professions de santé). Ils sont un relais des politiques de santé publique, telles que la prévention, le dépistage et l'éducation à la santé.

Ces professionnels de santé peuvent être libéraux, et exercer de façon isolée ou en équipe de soins primaires* ou être salariés, voire hospitaliers (en service d'urgence par exemple).

* En référence aux maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) et centres de santé.



Information

La loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 a complété la définition des équipes de soins participant aux soins de premiers recours en y ajoutant celle de l'équipe de soins spécialisés (médecins spécialisés hors médecine générale) qui contribue également à la structuration des parcours de santé (3).

(1) Ministère de la santé et des solidarités
(2) Code de la santé publique L1411-11 – Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Article 36
(3) Code de la santé publique L1411-11-1

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

3

LES PROTOCOLES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Niveau
Local

Face aux nouveaux besoins de santé et aux problèmes de démographie des professions de santé, une réflexion est initiée en 2002 et 2003 (1) sur de nouvelles modalités de coopération entre professionnels de santé.

Le dispositif des protocoles de coopération, initié par la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009 qui permet la dérogation aux règles d'exercice des professions paramédicales a été rénové et simplifié par la loi du 24 juillet 2019. L'objectif est d'améliorer les parcours de santé en élargissant l'offre des soins dispensés et en réduisant les délais d'accès à une prise en charge.



Texte juridique

Selon l'article L4011-1 du code de la santé publique « (...) les professionnels de santé travaillant en équipe peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pour mieux répondre aux besoins des patients. Par des protocoles de coopération, ils opèrent entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention ou réorganisent leurs modes d'intervention auprès du patient » (2)



A consulter

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Article 66

MISSIONS (2)

AMÉLIORER les conditions d'exercice, de façon pluriprofessionnelle,

PERMETTRE aux professionnels de santé de se centrer sur les activités où leur plus-value est la plus grande et ainsi optimiser le temps médical et paramédical. Concrètement, certaines activités jusqu'alors exercées uniquement par des médecins, sont déléguées à des personnels paramédicaux,

FAVORISER l'attractivité des professions de santé, l'évolution des compétences, des métiers et des perspectives de carrière,

OPTIMISER l'organisation des prises en charge et les parcours de soins,

GARANTIR une qualité et une sécurité des soins.

LES ESSENTIELS

Les protocoles de coopération sont rédigés par les professionnels de santé et précisent les formations nécessaires à leur mise en oeuvre. Le patient est informé des conditions de sa prise en charge dans le cadre d'un protocole de coopération (3).

Chaque protocole doit respecter des exigences essentielles de sécurité et de qualité : le respect des recommandations de bonnes pratiques élaborées ou validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) ; définir les modalités d'information du patient et de partage des données de santé ; déterminer les conditions d'organisation de l'équipe etc. (4).

Il existe **2 modèles de protocoles de coopération** : des protocoles nationaux autorisés par arrêté ministériel et des protocoles locaux au seul usage de l'équipe promotrice (5).

Pour les protocoles nationaux, **un comité national des coopérations interprofessionnelles** a été créé (6). Ce dernier publie un appel à manifestation d'intérêt et a ensuite pour mission de sélectionner une ou plusieurs équipes. Il transmet le projet de protocole national à la HAS. Au regard de l'avis de celle-ci, le comité national peut proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'autoriser ce protocole. Après autorisation, le protocole national est applicable sur l'ensemble du territoire par les équipes qui satisfont aux conditions de celui-ci (7).

Les structures d'emploi ou d'exercice déclarent la mise en oeuvre d'un protocole national autorisé auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS), via une application en ligne dédiée du site internet du ministère chargé de la santé (8).



Information

Une prime de coopération est attribuée aux professionnels de santé en activité dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (fonction publique hospitalière) lorsqu'ils exercent à titre de délégué dans le cadre d'un ou plusieurs protocoles de coopération (9).

(1) Yvon Berland. Mission «Coopération des professions de santé – le transfert de tâches et de compétences». Rapport d'étape Octobre 2003

(2) Article 66 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

(3) Code de la santé publique, L4011-1 et L4011-2

(4) Code de la santé publique, R4011-1 créé par le décret n°2019-1482 du 27 décembre 2019

(5) Code de la santé publique L4011-4

(6) Code de la santé publique L4011-3 et D4011-2

(7) Code de la santé publique D4011-3 créé par le décret n°2020-148 du 21 février 2020

(8) Code de la santé publique D4011-4 créé par le décret n°2020-148 du 21 février 2020

(9) Décret n° 2019-934 du 6 septembre 2019 portant attribution d'une prime de coopération à certains professionnels de santé exerçant dans le cadre des protocoles de coopération. Arrêté du 6 septembre 2019 fixant le montant de la prime de coopération instituée par le décret n° 2019- 934 du 6 septembre 2019

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

4

LES MAISONS DE SANTÉ PLURI-PROFESSIONNELLES (MSP)

Niveau
Local

C'est au début des années 2000 que le terme «maison de santé» apparaît, mais c'est en 2007 que la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (1) l'inscrit dans le Code de la Santé Publique, au travers de l'article L. 6323-3 (2).
Les maisons de santé deviennent une priorité dans la Loi HPST du 21 juillet 2009 (3).



Texte juridique

Selon l'article L.6323-3 du Code de la Santé Publique, «la maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ces professionnels assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours (...) et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent (...).»



A consulter

Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles (DGOS, Juillet 2010).

MISSIONS (4)

ASSURER des activités de soins de premier recours sans hébergement et participer à des actions de prévention, d'éducation pour la santé, ou encore à des actions sociales.

CONCEVOIR UN PROJET DE SANTE (5,6) :

Le projet de santé témoigne de la volonté des professionnels de santé de se coordonner afin d'améliorer les prises en charge en fonction des besoins de la population concernée.

Selon le cahier des charges régional des MSP, le projet de santé doit comporter a minima les garanties suivantes afin que l'équipe puisse bénéficier d'un financement au titre du Fond d'Intervention Régional :

- **proposer** une offre à tarifs opposables significatifs,
- **travailler** de manière pluri-professionnelle et coordonnée autour d'un projet médical partagé : pathologies ou populations sur lesquelles porteront les actions du projet de santé,
- **développer des outils de coordination** : réunions, protocoles, système d'information partagé labellisé par l'ASIP, etc.,
- **assurer la continuité des soins** : amplitude horaire, informations aux patients sur l'organisation mise en place dans la maison de santé et sur le territoire,
- **se coordonner** en externe avec des acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux du territoire,
- **participer** à des actions de prévention, de promotion et d'éducation à la santé et/ou d'éducation thérapeutique.

LES ESSENTIELS

Une maison de santé regroupe des professionnels de santé de premier recours, au minimum deux médecins généralistes et un auxiliaire médical, d'une même zone géographique, en vue d'un exercice coordonné et libéral. Ces professionnels de santé constituent alors une équipe pluriprofessionnelle.

La maison de santé peut être mono-site : les professionnels de santé exercent au sein d'un local commun, ou multi-sites : les professionnels de santé exercent dans des lieux différents.



Information

Le développement des maisons de santé favorise l'émergence de nouvelles pratiques en adéquation avec les attentes des professionnels, les attirant ainsi sur le territoire concerné.

Cela permet donc d'**élargir l'offre de soins proposée par des professionnels de santé à leurs patients**, à une offre de santé publique davantage organisée sur un territoire (4).

En savoir plus sur les Maisons de Santé en Ile de France

(1) Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

(2) Code de la santé publique L6323-3

(3) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST)

(4) Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé (FFMPS)

(5) Cahier des charges des maisons de santé pluri-professionnelles pouvant bénéficier d'un soutien financier, Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), 21 juillet 2010

(6) Cahier des charges «Accompagnement sur l'ingénierie, la mise en oeuvre et la pérennisation des maisons de santé pluri professionnelles», ARS Île-de-France, juillet 2016

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

5

LES CENTRES DE SANTÉ

Niveau
Local

Alors que les prémisses des centres de santé remontent au début du XXe siècle, ils sont 1933 en France, selon la Direction de l'Offre de Soins (2018). Définis par l'article L6323-1 du Code de la Santé Publique (1), les centres de santé sont des structures de soins de premier recours.



Texte juridique

Selon l'article L6323-1 du Code de la Santé Publique, «les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluri professionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux».



A consulter

Fédération Nationale des Centres de Santé

Ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 relative aux conditions de création et de fonctionnement des centres de santé

MISSIONS (2)

RÉPONDRE AUX ENJEUX SUIVANTS (3) :

- **assurer une prise en charge coordonnée** autour des maladies chroniques et des poly-pathologies,
- **développer une approche globale** : soin, prévention et éducation à la santé,
- **permettre une meilleure couverture des besoins**, à travers notamment la création d'antennes. Elles répondent à des critères réglementaires précis : amplitude horaire hebdomadaire limitée et distance maximale en temps par rapport à la structure de rattachement.

ÉLABORER UN PROJET DE SANTÉ (4) attestant de leur exercice coordonné, qu'ils transmettent à l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le projet de santé est élaboré à partir d'un diagnostic des besoins du territoire et précise notamment :

- les renseignements de «fonctionnement» : coordonnées et numéros afférents, nom du responsable et de l'organisme gestionnaire, effectifs, horaires et la liste des professionnels,
- les objectifs, l'organisation au regard des populations et pathologies du territoire et les activités réalisées,
- les modalités d'accès aux données médicales des patients,
- le dispositif d'évaluation de la qualité des soins,
- les coopérations mises en place avec des structures et professionnels extérieurs.

MENER DES ACTIONS de santé publique, d'éducation thérapeutique du patient ainsi que des actions sociales, notamment en vue de favoriser l'accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables ou à celles qui ne bénéficient pas de droits ouverts en matière de protection sociale.

CONTRIBUER à la permanence des soins ambulatoires.

CONSTITUER DES LIEUX DE STAGES, le cas échéant universitaires, pour la formation des professions médicales et paramédicales.

PRATIQUER DES IVG (interruptions volontaires de grossesse)

METTRE EN OEUVRE UN PARCOURS soumis à prescription médicale visant à accompagner les enfants de trois à douze ans inclus qui sont en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentent des facteurs de risque d'obésité.

LES ESSENTIELS

Ces structures sont mono ou pluri professionnelles. Elles regroupent des professionnels de santé de premier recours salariés (centres de santé polyvalent), mais ils peuvent également dispenser des activités de diagnostic seules (médicaux, dentaires et infirmiers) (1).

Quel que soit le statut du gestionnaire, les centres doivent être non lucratifs et être ouverts à toutes les personnes sollicitant une prise en charge médicale ou paramédicale relevant de la compétence des professionnels qui y exercent. Ils sont dans l'obligation de pratiquer des tarifs conventionnés secteur 1 et de pratiquer le tiers payant généralisé (1,2).

Les centres de santé peuvent bénéficier de la participation de bénévoles à leurs activités (5).



Information

Les centres de santé peuvent être à l'initiative d'organismes à but non lucratif, de collectivités territoriales, d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) ou encore d'établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés. Enfin, la création et la gestion des centres de santé sont désormais possibles par des sociétés coopératives d'intérêt collectif (SCIC) (6).

(1) Code de la Santé Publique L6323-1 (2) Code de la santé publique L6323-7 (3) Code de la santé publique L6323-1, L6323-1-1, D6323-1 (4) Code de la santé publique L6323-1-10, L6323-1-11, D6323-8 (5) Code de la Santé Publique L6323-1-5 créé par ordonnance n°2018-17 du 12 janvier 2018 – art.1 (6) Code de la santé publique L6323-1-3

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

6.1

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS

Niveau Local

Le secteur hospitalier français est composé de trois types d'établissements de santé relevant de statuts juridiques différents (droit privé ou droit public). Selon l'article L 6141-1 du Code de la santé publique, «les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. Ils sont soumis au contrôle de l'État [...]».



Texte juridique

Le ressort des centres hospitaliers peut être communal, intercommunal, départemental, régional, interrégional ou national. Dans le secteur public coexistent trois types d'établissements : les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ou Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), les Centres Hospitaliers (dont hôpitaux locaux), les Centres Hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les autres établissements publics correspondant pour la majorité à des Unités de Soins de Longue Durée (USLD).



A consulter

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MISSIONS (1)

ASSURER le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.

DÉLIVRER LES SOINS curatifs et palliatifs.

PARTICIPER À LA COORDINATION DES SOINS en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux.

METTRE EN PLACE DES PERMANENCES d'accès aux soins de santé visant à faciliter l'accès au système de santé pour tous.

ÉLABORER ET METTRE EN OEUVRE UNE POLITIQUE D'AMÉLIORATION continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Ils peuvent aussi participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé.

LES ESSENTIELS

Les établissements de santé publics assurent le service public hospitalier et sont, par conséquent, tenus de garantir **la qualité et l'accessibilité aux soins** (par un accueil et une prise en charge adaptés et permanents, un égal accès aux activités de prévention et de soins, l'absence de dépassement d'honoraires) et une **gestion transparente de l'établissement** par la transmission des comptes et la participation des usagers à la gouvernance de l'établissement (2). **La ressource financière principale des établissements de santé publics est la tarification à l'activité (T2A)** (3). La représentation des usagers est exercée comme définie par la loi du 04 mars 2002, dite «droits des patients».



Information

Parmi les trois types d'établissement de santé français on comptabilise, au 31 décembre 2017, 1 364 établissements de santé publics dont 178 CHR/CHU, 947 CH, 95 CH spécialisés en psychiatrie et 144 autres établissements publics (USLD majoritairement). Il est à noter que les disciplines d'activités diffèrent selon le statut juridique de l'établissement (4).

La fédération des établissements de santé publics est la Fédération Hospitalière de France.

(1) Code de la santé publique L6111-1 et suivants

(2) Code de la santé publique L6112-2 et L6112-3

(3) Loi de financement de la sécurité sociale n° 2003-1199 du 18 décembre 2003

(4) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Les établissements de santé, édition 2019)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

6.2

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS À BUT LUCRATIF

Niveau
Local

Ces établissements de santé, souvent dénommés cliniques ou hôpitaux privés, sont des structures commerciales de droit privé qui peuvent rassembler au sein de la même structure, d'un même établissement plusieurs entités juridiques gérant tout ou partie du patrimoine immobilier (SCI), du plateau technique (SA, SARL...) ou des activités de soins (SCM ...).



Texte juridique

Au sein des établissements de santé privés à but lucratif, coexistent plusieurs types d'activités : des établissements de court séjour exerçant les activités de médecine (y compris dialyse), de chirurgie et d'obstétrique (MCO), des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR), des établissements de santé mentale psychiatrie. Il est à noter que les disciplines d'activités diffèrent selon le statut juridique de l'établissement (1).



A consulter

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MISSIONS (2)

ASSURER le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.

DÉLIVRER LES SOINS, le cas échéant palliatifs.

PARTICIPER À LA COORDINATION DES SOINS en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux.

METTRE EN PLACE DES PERMANENCES d'accès aux soins de santé visant à faciliter l'accès au système de santé pour tous.

ÉLABORER ET METTRE EN OEUVRE UNE POLITIQUE D'AMÉLIORATION continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Ils peuvent aussi participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé.

Les établissements de santé privés à but lucratif peuvent assurer le service public hospitalier après habilitation par le directeur de l'ARS et l'avis conforme de la conférence médicale d'établissement.

Dans cette hypothèse, leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier (3).

LES ESSENTIELS

Ces établissements sont dotés d'une **conférence médicale d'établissement (CME)** composée par les praticiens exerçant leur activité **libérale** dans l'établissement.

Cette conférence est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elle donne son avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement (4).

Ils sont financés (5) sur la base d'une tarification à l'activité (T2A) pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique et sur un prix de journée pour les activités de soins de suite et de psychiatrie.

L'exercice de la représentation des usagers est soumis aux mêmes règles définies par la loi du 04 mars 2002, dite droits des patients, que dans les établissements publics.



Information

Parmi les trois types d'établissement de santé français on comptabilise, au 31 décembre 2017, 1 002 établissements de santé privés à but lucratif (1).

Ces établissements sont représentés au niveau national et régional par la Fédération de l'Hospitalisation Privée qui défend les intérêts de la profession.

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Les établissements de santé, édition 2019)

(2) Code de la santé publique L6111-1 et suivants

(3) Code de la santé publique L6112-2 et L6112-3 / En référence à la fiche 6.1 (Établissements de santé publics)

(4) Code de la santé publique L6161-2 et L6161-2-2

(5) Loi de financement de la sécurité sociale n° 2003- 1199 du 18 décembre 2003

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

6.3

LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF

Niveau
Local

Devenus des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) avec la loi dite Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 21 juillet 2009, ils se substituent aux établissements privés à but non lucratif et aux établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH). Gérés par une personne morale de droit privé (une association, une fondation, une congrégation ou une mutuelle), ils peuvent assurer à ce titre une ou plusieurs missions de service public



Texte juridique

Selon l'article L. 6161- 5 du Code de la santé publique, «sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L. 6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire, remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L. 6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif».



A consulter

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MISSIONS (1)

ASSURER le diagnostic, la surveillance et le traitement des patients et mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.

DÉLIVRER LES SOINS, le cas échéant palliatifs.

PARTICIPER À LA COORDINATION DES SOINS en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux.

METTRE EN PLACE DES PERMANENCES d'accès aux soins de santé visant à faciliter l'accès au système de santé pour tous.

ÉLABORER ET METTRE EN OEUVRE UNE POLITIQUE D'AMÉLIORATION continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités.

Ils peuvent aussi participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé.

Les établissements de santé privés à but non lucratif, habilités par le directeur de l'ARS et qualifiés d'ESPIC, assurent le service public hospitalier* (2).

* Leur CPOM fait l'objet d'un avenant afin de préciser les engagements nouveaux pris par l'établissement pour respecter les obligations du service public hospitalier

LES ESSENTIELS

Les disciplines d'activités diffèrent selon le statut juridique de l'établissement. Les valeurs et principes des ESPIC sont l'égal accès à des soins de qualité pour tous, la permanence de l'accueil de jour comme de nuit, la continuité des soins, l'adaptation et l'offre de soins préventifs, curatifs ou palliatifs.

Ils ne sont pas soumis à des contraintes pour leur organisation interne ni astreints aux règles des marchés publics. Leur comptabilité est de droit privé et les bénéfices dégagés sont intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients.

Dotés d'une **commission médicale**, élue par les praticiens exerçant leur activité dans l'établissement, elle est chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. Elle donne son avis sur la politique médicale de l'établissement et sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement (3).

La ressource financière principale des ESPIC est la tarification à l'activité (T2A) comme les hôpitaux publics (4).



Information

Parmi les trois types d'établissement de santé français on comptabilise, au 31 décembre 2017, 680 établissements privés à but non lucratif, dont 21 centres de lutte contre le cancer (CLCC). (5).

Les ESPIC peuvent adhérer à la FEHAP, qui défend les intérêts et les valeurs du secteur privé non lucratif.

(1) Code de la santé publique L6111-1 et suivants)

(2) Code de la santé publique L6112-2 et L6112-3

(3) Code de la santé publique L6161-2-1 et L6161-2-2

(4) Loi de financement de la sécurité sociale n° 2003- 1199 du 18 décembre 2003

(5) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Les établissements de santé, édition 2019)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

6.4

LA STRUCTURE DES URGENCES

Niveau
Local

Le décret du 22 mai 2006 a modifié l'organisation des urgences. Désormais, il existe une appellation unique : la structure des urgences. Dans les territoires, la médecine d'urgence s'appuie sur un ensemble cohérent : la régulation médicale comme outil d'orientation et d'efficacité (SAMU), la proximité au plus près des patients (SMUR) et des services d'accueils polyvalents. Ces trois types de structures d'urgence doivent fonctionner conformément aux textes réglementaires (1).



Texte juridique

Les services d'urgences sont un point d'entrée du système de soins où le médecin urgentiste permet d'orienter le patient au sein d'un réseau d'urgences ou au sein d'une organisation territoriale adaptée. L'article R6123-26 du Code de la santé publique dispose que «ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens»



A consulter

Décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique

MISSIONS

PRENDRE EN CHARGE 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel, qui exigent, quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences, et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir (2).

3 STRUCTURES SE DISTINGUENT PAR LEURS MISSIONS :

- **Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU)** : écoute, évaluation et régulation des demandes de soins urgents des usagers 24h/24h et 7j/7j (3),
- **Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR)** : prise en charge urgente des patients graves ou prise en charge et transport sanitaire d'urgence des enfants, y compris les nouveau-nés et les nourrissons (SMUR pédiatrique) (4),
- **Services d'Urgences** (5) :
 - accueillir en permanence toute personne qui se présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU,
 - assurer la prise en charge diagnostique et thérapeutique, c'est-à-dire l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à l'orientation,
 - orienter vers une autre structure (de soins, sociale ou médico-sociale) et en assurer la coordination ;
 - organiser la prise en charge sanitaire et sociale adaptée à la sortie du patient de la structure des urgences, immédiatement ou de manière différée si le patient le souhaite ou si son état le nécessite.

LES ESSENTIELS

Toutes les structures d'urgences doivent avoir le même niveau de qualité et de fonctionnement quelle que soit la taille des structures auxquelles elles sont adossées (6-8).

Les urgences hospitalières s'intègrent en complémentarité dans un système plus large aux côtés d'autres types de recours. Ainsi, les structures de soins non programmés et de premier recours, la permanence des soins en ambulatoire (PDSA), la permanence des soins en établissements de santé (PDSES), les urgences hospitalières, sont autant de solutions complémentaires à articuler autour du patient.

La structure est, en principe, placée sous la responsabilité d'un praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence (9). L'équipe des services d'accueil des urgences est pluri-professionnelle (urgentistes, infirmiers, assistant social, secrétariat, agent chargé des admissions). Si l'activité le justifie, l'équipe se complète de puéricultrices et d'aides-soignants.



Information

Il existe par ailleurs des structures d'urgences spécifiques : les urgences pédiatriques (10) et les urgences psychiatriques (11).

(1) Code de la santé publique R6123-26 et suivants et circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences (2) Code de la santé publique R6123-18 et circulaire n°195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences (3) Code de la santé publique R6311-1 et suivants (4) Code de la santé publique R6123-14 et suivants (5) Code de la santé publique R6123-19 et suivants (6) Code de la santé publique R6123-23 (7) Code de la santé publique R6123-24 et circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences Annexe 3 (8) Code de la santé publique D6124-22 (9) Code de la santé publique D6124-1, D6124-17, D6124-19, D6124-6 (10) Code de la santé publique R6123-32-7 et D6124-26-1 et suivants (11) Code de la santé publique R6123-32-9 et D6124-26-6 et suivants

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

7 L'HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Niveau
Local

La loi dite Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a consacré la notion de soins à domicile, en intégrant l'Hospitalisation à domicile (HAD) parmi les modalités de prise en charge hospitalière, au même rang que les soins délivrés avec hébergement en établissement de santé ou sous forme ambulatoire.



Texte juridique

Selon l'article R.6121-4 du Code de la santé publique, les structures dites HAD sont une alternative à l'hospitalisation dont l'objet est d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés.

Ce mode alternatif à l'hospitalisation se caractérise essentiellement par le fait qu'il prend en charge dans sa globalité le patient en lui apportant non seulement des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés mais également un suivi psychosocial. Il se caractérise aussi par la fourniture de matériels et produits de santé nécessaires à sa prise en charge.

Les structures d'HAD sont donc en principe polyvalentes et généralistes afin de pouvoir répondre à la diversité des besoins de la zone géographique desservie (1).



A consulter

CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD).

MISSIONS (1)

ASSURER une prise en charge de trois types de soins : des soins ponctuels, des soins continus et des soins de réadaptation (2).

COORDONNER, à partir du protocole de soins, la prise en charge du patient en situation complexe.

Mise en place à partir d'une prescription émanant d'un médecin hospitalier ou d'un médecin de ville, l'HAD nécessite l'accord du Médecin Traitant (MT), ainsi que le consentement du patient.

Ce dernier est admis sur la base d'un projet thérapeutique visant à formaliser l'ensemble des soins cliniques, psychologiques et sociaux nécessaires.

Ce projet est élaboré conjointement avec le médecin coordonnateur de l'HAD et les acteurs dont le patient a besoin. Le médecin coordonnateur régule l'interface, coordonne les professionnels et les structures d'amont et d'aval afin de faciliter la qualité et la continuité de la prise en charge (3).

ASSURER un rôle de formation auprès des professionnels libéraux et un lieu privilégié de stage pour les résidents, internes, élèves infirmiers etc. (4).

LES ESSENTIELS (2)

Considérées comme des établissements de santé et en assumant toutes les obligations, notamment en matière de gouvernance, de sécurité et de qualité, de continuité des soins et de respect des droits des patients, les structures d'HAD sont composées d'une équipe pluridisciplinaire* (4).

Chaque établissement HAD est tenu d'assurer, 7/7 jours et 24/24H, y compris les jours fériés, la continuité des soins aux patients accueillis (5).

L'organisation repose sur une charte de fonctionnement propre à chaque structure de soins (6).

La ressource financière principale est la tarification à l'activité (T2A). Une Commission Des Usagers est mise en place dans chaque HAD.

En France, l'HAD a connu un véritable essor. En effet, **la volonté publique de développer l'HAD** s'est accompagnée d'une augmentation de l'offre de soins et de l'activité. **En 2018**, les 288 structures autorisées à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile ont assuré 198 775 séjours, un chiffre en hausse de 7,2 % par rapport à 2017 (7).

Au niveau national, la circulaire du 4 décembre 2013, fixe un taux de recours cible à horizon 2018 de 30/35 patients jours pour 100 000 habitants soit un quasi doublement de l'activité au niveau national (8). En 2018, le taux de recours national s'élève à 23 patients pris en charge chaque jour pour 100 000 habitants (7).

En savoir plus sur l'Hospitalisation à domicile en Île-de-France

* L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un médecin coordonnateur, des cadres infirmiers, des infirmiers, d'acteurs sociaux et de psychologues

(1) Code de la santé publique R6121-4 (2) Circulaire DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile (3) Code de la santé publique D6124-308, D6124-306 et D6124-307 (4) Circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (5) Code de la santé publique D6124-309 CSP (6) Code de la santé publique D6124-305 (7) Rapport d'activité de la FNEHAD, 2018-2019 (L'hospitalisation à domicile, l'hôpital, au plus près des patients) (8) Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

7.1

L'INTERVENTION CONJOINTE D'UN ÉTABLISSEMENT D'HAD ET D'UN SSIAD OU SPASAD

Niveau
Local

Prévue par le plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie et le Plan maladies neurodégénératives 2014-2019, **cette modalité de prise en charge permet aux patients fragiles, en situation de fin de vie ou dont l'état de santé s'aggrave de conserver auprès d'eux une partie de l'équipe soignante du SSIAD/SPASAD avec laquelle ils ont tissé des liens lorsqu'ils sont pris en charge par un établissement d'HAD.** L'intervention conjointe garantit une réelle continuité et simplification de la prise en charge du patient.*

* Avant la réforme, HAD et SSIAD/SPASAD ne pouvaient pas intervenir sur la même période au domicile d'un même patient.



Texte juridique

L'intervention conjointe peut être mise en place pour les personnes âgées de plus de 60 ans ou les adultes en situation de handicap ou atteints d'une pathologie chronique, déjà pris en charge par un SSIAD ou un SPASAD depuis au moins 7 jours consécutifs (1,2).



A consulter

Instruction DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 relative à l'articulation entre les SSIAD-SPASAD et les établissements d'HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile

MISSIONS (1,3)

LE SSIAD OU LE SPASAD

ADRESSE une demande d'intervention conjointe à l'établissement d'HAD compétent,

TRANSMET à l'établissement d'HAD la fiche de liaison qui comporte toutes les informations médicales et paramédicales nécessaires et utiles à l'évaluation de la demande,

ASSURE la réalisation des soins relevant de la compétence des aides-soignants. Les aides-soignants du SSIAD/SPASAD intervenant initialement auprès du patient poursuivent leur prise en charge.

L'ÉTABLISSEMENT D'HAD

INSTRUIT la demande d'intervention conjointe dans un délai compatible avec l'état de santé du patient et de préférence dans les 48h suivant la réception de la demande,

COORDONNE les soins infirmiers. La réalisation des soins infirmiers est confiée à l'établissement d'HAD qui peut avoir recours :

– à l'infirmier(e) libéral(e) ou au centre de santé infirmier qui intervenait initialement auprès du patient pour le compte du SSIAD/SPASAD, s'il (ou elle) accepte de maintenir son intervention auprès du patient en signant une convention avec l'établissement d'HAD.

– à l'infirmier(e) salarié de l'établissement d'HAD ou à un(e) infirmier(e) libéral ou un Centre de santé infirmier avec lequel (ou laquelle) l'établissement d'HAD travaille habituellement sous convention.

ORGANISE le suivi médical et les autres soins paramédicaux.

LES ESSENTIELS (1,3)

L'HAD est prescrite par un médecin qui informe le patient et le SSIAD de la nécessité de faire évoluer la prise en charge. Le SSIAD recueille l'accord du patient et l'informe sur les conditions d'organisation de l'intervention conjointe.

Lorsque l'établissement d'HAD a accepté la demande d'intervention conjointe réalisée par le SSIAD/SPASAD, les structures réalisent une visite conjointe d'évaluation des besoins du patient.

L'établissement d'HAD rédige le protocole de soins en lien avec le SSIAD/SPASAD. L'établissement d'HAD et le SSIAD/ SPASAD rédigent conjointement le volet relatif aux soins infirmiers et le planning de réalisation des soins du plan de soins. Ils définissent dans leur convention de partenariat les modalités d'échange d'information et de traçabilité des actes, ainsi que les modalités de gestion et d'organisation des situations de besoins de soins non programmés ou d'urgence



Information

L'intervention conjointe ne génère pas de coût supplémentaire pour le patient : 100 % des soins sont pris en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé (4).

- (1) Code de la santé publique D6124-312 créé par le Décret n° 2018-430 du 1er juin 2018 prévoyant les conditions d'admission et les modalités de prise en charge conjointe des patients par un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile
- (2) Arrêté du 1er juin 2018 fixant la durée de la prise en charge minimale par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile permettant une intervention conjointe avec un établissement d'hospitalisation à domicile
- (3) Instruction DGOS/R4/DGCS/3A/2018/136 du 4 juin 2018 relative à l'articulation entre les SSIAD-SPASAD et les établissements d'HAD pour assurer la prise en charge continue du patient à son domicile
- (4) Code de la sécurité sociale R162-33-1 Décret n° 2018-271 du 13 avril 2018 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile auprès des personnes bénéficiant de prestations réalisées par un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.1

LES LITS IDENTIFIÉS DE SOINS PALLIATIFS (LISP)

Niveau
Local

L'individualisation de lits identifiés de soins palliatifs (LISP) au sein d'un service ou d'une unité de soins permet une prise en charge de proximité et une réponse adaptée à des patients (et aux proches) qui relèvent de soins palliatifs.



Texte juridique

Dans le cadre de la gradation de la prise en charge palliative à l'hôpital, les LISP contribuent, avec les EMSP, au développement transversal des soins palliatifs dans les établissements de santé. Ils permettent d'assurer la prise en charge des patients dont l'état nécessite des soins palliatifs qui ne peuvent être pris en charge dans un lit hospitalier standard, sans se trouver pour autant dans une situation trop complexe, et ne rendant donc pas nécessaire la prise en charge par une USP.



A consulter

Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

MISSIONS (1,2)

ASSURER un rôle en matière de coordination : le référent «soins palliatifs» médecin et le référent soignant, identifiés sont chargés de :

- mettre en place des réunions pluriprofessionnelles de concertation décisionnelle,
- s'articuler avec les équipes de soins de support, les EMSP, les USP et la consultation douleur,
- être recours et former les équipes soignantes aux entretiens délicats : annonce d'une mauvaise nouvelle,
- organiser les hospitalisations de repli ou de répit.

RÉALISER une mission de soins et d'accompagnement à travers :

- la prise en charge de malades relevant de la spécialité du service et relevant de soins palliatifs, extérieurs au service, dans le cadre de la collaboration avec les EMSP ou les réseaux de soins palliatifs par exemple,
- l'écoute et l'accompagnement des proches pendant et après le décès,
- une attention particulière portée au respect des corps des patients décédés.

L'admission d'un patient dans un LISP :

- **s'effectue avec l'avis conjoint** de la personne malade ou de ses proches, du médecin prenant en charge habituellement le patient, du médecin «réfèrent» du service ;
- **s'appuie sur une évaluation globale** médico-psychosociale du patient et donne lieu à un projet de soins individualisés, évolutifs, inscrits dans le dossier médical.

LES ESSENTIELS (1,2)

En 2021, on recense 87 établissements ayant des LISP en Ile-de-France (784 lits dont 76 en SSR) (3).

Les LISP se situent principalement dans des services de courts séjours publics ou privés confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs.

En pratique, leur fonctionnement peut varier, mais ils doivent bénéficier d'un ratio de personnel majoré afin de mettre en œuvre leurs missions spécifiques.

La pluridisciplinarité de l'équipe (médecins, infirmiers, aides-soignants, etc...) garantie la qualité de la prise en charge et l'adaptation du projet de soins aux besoins du patient et de ses proches. L'organisation doit permettre l'intervention de : psychologue, assistant social et bénévoles en soins palliatifs (par voie de conventionnement obligatoire).



Information

L'identification des LISP est assurée par l'ARS, par passage du dossier promoteur devant le comité des contrats, et fait l'objet d'une contractualisation dédiée dans la mesure où la tarification T2A d'un séjour en LISP est supérieure à celle d'un lit «standard». Un arrêté en établit alors le nombre et un avenant au CPOM* précise la mobilisation des ressources humaines (4).

Le problème majeur compte tenu de la démographie médicale, reste l'appui aux professionnels de santé dans des services d'établissements privés équipés de LISP par l'absence de possibilité de recours à une EMSP ou à une équipe de réseaux de soins palliatifs. Tous les professionnels et a fortiori ceux travaillant en soins palliatifs sont tenus d'appliquer la réglementation de la dernière loi Claeys-Leonetti (5).

* *Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens*

(1) Annexe 3 de la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs (2) Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs. Annexe 1 - Référentiel d'organisation des soins relatifs aux lits identifiés de soins palliatifs (LISP) (3) Ravanello A., Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Première édition – 2018. Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2018 (4) Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs Annexe 1 – Référentiel d'organisation des soins relatifs aux lits identifiés de soins palliatifs (LISP) (5) Loi n°2016-87 du 2 février 2016 dite « Claeys-Leonetti » créant des nouveaux droits, en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.2

LES UNITÉS DE SOINS PALLIATIFS (USP)

Niveau
Local

Les Unités de Soins Palliatifs (USP) ont une activité spécifique et exclusive en soins palliatifs. Elles constituent un élément essentiel du maillage de l'offre régionale de soins palliatifs et concernent les situations les plus complexes de fin de vie.



Texte juridique

Elles sont les structures de référence et de recours pour : les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), les établissements disposant de LISP et les équipes de coordination des réseaux de soins palliatifs. Elles assurent une triple mission de soins et accompagnement complexes, de formation et de recherche.



A consulter

Circulaire N° DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

MISSIONS (1)

ACCUEILLIR, de façon temporaire ou permanente, toute personne atteinte de maladie grave, évolutive, en phase avancée ou terminale, présentant une situation complexe qui ne peut plus être suivie à domicile ou dans la structure d'origine.

Différents types de prise en charge existent :

- les séjours dits «classiques» : séjours de fin de vie dont il est difficile d'évaluer la durée,
- les séjours dits «de repli» : aide de l'équipe soignante de 1er recours (clause de conscience),
- les séjours dits «de répit» : pour soulager la famille,
- les prises en charge programmées en hospitalisation à durée déterminée,
- les consultations externes de soins palliatifs et/ou de suivi de deuil compliqué.

RÉALISER une mission de soins et d'accompagnement personnalisé par un(e) :

- évaluation globale quotidienne, une anticipation des symptômes et leurs traitements nécessitant une compétence ou une technicité spécifique,
- gestion des situations de fin de vie relevant de l'éthique,
- accompagnement des personnes malades et de leur entourage présentant des souffrances morales et socio-familiales complexes.

FORMER les professionnels dans la région (formation continue), notamment les référents en soins palliatifs.

DIRIGER des travaux de recherche clinique.

LES ESSENTIELS (2)

Chaque région doit comporter au minimum une USP située soit dans un C.H.U ou dans un établissement autorisé ayant une activité en cancérologie, soit dans un établissement de court séjour de préférence majoritairement de statut public.

Il est recommandé qu'une USP dispose au minimum d'une capacité de 10 lits. Les locaux doivent être adaptés pour accueillir la famille du patient, les bénévoles accompagnants et un espace de réflexion éthique.

L'équipe pluridisciplinaire, ayant reçu une formation spécifique est composée de : médecin, infirmier, aide-soignant, psychologue, assistant social, kinésithérapeute, psychomotricien et aussi de bénévoles.



Information

En mars 2018, on comptait 27 unités de soins palliatifs en IDF (452 lits) (3).

L'équipe soignante doit pouvoir bénéficier d'un groupe de parole et d'un temps de supervision individuelle si nécessaire. Tous les professionnels et a fortiori ceux travaillant en USP sont tenus d'**appliquer la réglementation de la dernière loi Claeys-Leonetti** (4) en ce qui concerne entre autres : la personne de confiance, les directives anticipées, l'obstination déraisonnable etc. et mettre en place dans leur service un espace de réflexion éthique.

(1) Annexe 5 de la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et du décret n°2000-1004 du 16 octobre 2000, convention type relative aux conditions d'intervention des bénévoles accompagnant les personnes en soins palliatifs dans les établissements de santé et les établissements sociaux et médico- sociaux ; Circulaire n°DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

(2) Annexe 3 - Référentiel d'organisation des soins relatif aux unités de soins palliatifs (USP)

(3) Ravanello A., Rotelli-Bihet L. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : Première édition – 2018. Paris : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2018

(4) Loi n°2016-87 du 2 février 2016 dite «Claeys- Leonetti » créant des nouveaux droits, en faveur des malades et des personnes en fin de vie

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.3

LES ÉQUIPES MOBILES DE SOINS PALLIATIFS

Niveau
Local

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) est une équipe interdisciplinaire et pluriprofessionnelle qui se déplace au lit du malade et/ou auprès des soignants, à la demande d'un professionnel ou de l'équipe référente confrontée à des difficultés dans l'accompagnement et les soins d'un patient en situation palliative.

Elle ne se substitue pas à l'équipe qui est en charge du patient.



Texte juridique

Le recours aux soins palliatifs à l'hôpital s'organise en plusieurs niveaux de prise en charge (LISP, USP). À cet égard, l'EMSP constitue un dispositif hospitalier transversal d'aide aux différents services. Elle a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services de l'établissement, de formation et est éventuellement associée à des fonctions d'enseignement et de recherche.



A consulter

Circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatifs aux équipes mobiles de soins palliatifs.

MISSIONS (1)

INTERVENIR comme consultant et comme appui et expert en soins palliatifs auprès des équipes soignantes.

PROPOSER conseils et soutien sur les aspects médicosychologiques et socio-familiaux :

- évaluation globale de la situation et anticipation de l'évolution de celle-ci,
- projet de soins et application de protocoles thérapeutiques,
- réflexion éthique et aide aux décisions,
- analyse de pratiques autour des situations rencontrées, participant à prévenir l'épuisement professionnel,
- soutien psychologique et mise en place de groupes de paroles,
- mise en lien des différents acteurs (soignants, malades, familles, secteur social, médico-social etc.), participant ainsi à l'intégration et à la promotion des soins palliatifs.

FORMER pour favoriser la diffusion des connaissances, à l'amélioration des pratiques et à la prise en compte de la loi Claeys-Leonetti (2) : directives anticipées, personne de confiance, limitation de traitement, sédation profonde et continue etc...

Les formations s'organisent différemment : tant au lit du malade (pour les soignants du domicile, les soignants des services hospitaliers et pour les stagiaires accueillis), que dans le cadre de formations institutionnelles.

LES ESSENTIELS (1)

En août 2017, on compte 426 EMSP (3).

L'EMSP fonctionne au minimum 5 jours sur 7. Implantée de préférence dans un établissement de santé disposant d'une USP ou de LISP, elle est placée sous la responsabilité d'un médecin qui en assure la coordination. Son effectif est adapté à l'activité qu'elle a vocation à prendre en charge. Médecins, infirmières, psychologues, secrétaires en sont les acteurs incontournables.

La représentation des usagers doit être assurée par la Commission des usagers (CDU).



Information

La ressource financière principale provient du fonds d'intervention régional (FIR) distribué par l'ARS (4). L'instruction du 15 juillet 2010 prévoit les modalités d'intervention et de collaboration des EMSP dans les EHPAD (5). Toutefois, en Ile de France, l'intervention dans les EHPAD est réalisée, le plus souvent, par les réseaux de santé de soins palliatifs. L'évolution de la démographie médicale et de l'organisation de l'offre de soins tend à modifier leur fonctionnement : assurer des prises en charge en complémentarité avec les équipes des autres structures.

(1) Annexe 4 de la circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs et circulaire DHOS/02/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs Annexe 2 : Référentiel d'organisation des soins relatifs aux équipes mobiles de soins palliatifs

(2) Loi n°2016-87 du 2 février 2016 créant des nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie

(3) Annuaire des structures de soins palliatifs de la SFAP (www.sfap.org)

(4) Code de la santé publique D 162-6

(5) Instruction DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.4

LES ÉQUIPES MOBILES DE GÉRIATRIE (EMG)

Niveau
Local

Les Équipes Mobiles de Gériatrie (EMG) interviennent en équipes transversales et en étroite collaboration avec les équipes hospitalières, les CLICs et les réseaux de santé, nouvellement les DAC.

Elles dispensent une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale, un avis gériatrique ou une orientation pour une meilleure prise en charge des patients âgés hospitalisés.



Texte juridique

Elles assistent les différents services ou structures de soins non gériatriques ou non spécialisés sur le plan médical, dans la prise en charge et l'orientation des patients âgés qu'ils accueillent en apportant un avis spécialisé. Il est à noter que la prise en charge médicale du patient reste sous la responsabilité du service ou de l'établissement dans lequel il est hospitalisé, ou en EHPAD sous la responsabilité du médecin traitant. Le Ségur de la santé prévoit le développement de l'accès à l'expertise gériatrique hospitalière, au travers du déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie (EMG) sur leur lieu de vie.



A consulter

Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3A/2021/233 du 19 novembre 2021 relative au déploiement des interventions des équipes mobiles de gériatrie hospitalières sur les lieux de vie des personnes âgées.

MISSIONS (1)

INTERVENIR, à la demande, dans l'ensemble des services de l'établissement de santé, y compris dans la structure des urgences, et les structures externes pour les équipes externes (consultations, EHPAD), pour :

- dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- faciliter l'orientation dans la filière de soins gériatriques incluant les hôpitaux locaux,
- participer à l'organisation de leur sortie en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (CLIC, coordination gériatrique, services sociaux, SSIAD, réseau de santé gériatrique).

Dans les faits, en Ile-de-France, près de 30% des interventions d'une EMG sont originaires d'un Service d'Accueil des Urgences (SAU).

CONSTITUER une éventuelle interface entre la filière de soins gériatriques, les établissements médicosociaux et les intervenants au domicile.

PARTICIPER à la diffusion de la culture gériatrique à l'hôpital et auprès des partenaires par :

- le conseil, l'information et la formation des équipes soignantes,
- la participation à des réunions cliniques pluriprofessionnelles.

Le déploiement des EMG sur les lieux de vie ont pour objectif notamment de contribuer à l'évaluation gériatrique des personnes en situations complexes, contribuer à la limitation des ruptures de parcours, limiter le passage aux urgences, renforcer la culture et les pratiques gériatriques, diffuser les bonnes pratiques et renforcer les liens des intervenants.

LES ESSENTIELS (1)

Implantées au sein d'un établissement siège d'un court séjour gériatrique, elles sont placées sous la responsabilité d'un gériatre, qui en assure la coordination.

L'équipe pluridisciplinaire est composée d'un médecin gériatre, d'infirmier et selon les équipes de temps dédiés : assistant social, psychologue, ergothérapeute, diététicien, secrétaire. Son effectif est à moduler selon la taille de l'établissement.

La ressource financière principale provient de la dotation MIGAC* versée par l'ARS à l'établissement. Depuis 3 ans, l'ARS IDF a mis en place une modulation de la dotation à l'activité (2).

En 2020, 355 établissements de santé disposaient d'une EMG en France.

*Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation



Information

Dans un objectif de conseils et de diffusion des bonnes pratiques gériatriques, la circulaire du 28 mars 2007 recommande que l'EMG assure des consultations avancées dans les hôpitaux locaux ainsi que des interventions au sein des EPHAD.

Plus récemment, la stratégie «Vieillir en bonne santé 2020-2022» a annoncé le renfort et le développement des EMG dans les hôpitaux de proximité pour prévenir l'hospitalisation en urgence des personnes âgées(3).

(1) Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Annexe 3 Equipe mobile de gériatrie Référentiel d'organisation des soins. (2) Code de la sécurité sociale D.162-6 (3) Dossier de presse, Grand âge et autonomie, Vieillir en bonne santé : une stratégie globale pour prévenir la perte d'autonomie, 2020-2022

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.5

LES UNITES DE SOINS DE LONGUE DURÉE (USLD)

Niveau
Local

Les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) participent au fonctionnement des filières gériatriques. Elles assurent une prise en charge adaptée à l'évolution de l'état de santé des personnes âgées (PA) de plus de 60 ans nécessitant des soins medicotechniques importants, soit consécutivement à une hospitalisation en court séjour ou en SSR, soit par accès direct du domicile ou d'une structure médico-sociale (1).



Texte juridique

Selon la circulaire du 15 mai 2006, «les USLD accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie» (1).



A consulter

Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée.

MISSIONS (2)

ASSURER aux patients les soins d'entretien de la vie, les soins médicaux et techniques, les soins relationnels. Les situations cliniques requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

PRÉVENIR l'apparition ou l'aggravation de la dépendance en maintenant les capacités restantes.

ÉLABORER un projet de soins et projet de vie individuel (mission d'accueil et de soins) pour chaque patient dans le souci de sa qualité de vie.

ACCOMPAGNER les familles et les proches.

LES ESSENTIELS (2)

Située au sein d'établissement de santé, les modalités de prise en charge sont adaptées au type de malades accueillis et doivent répondre aux besoins des PA (ex : les soins palliatifs).

Tout en s'appuyant sur le dispositif régional en matière de soins palliatifs, via les EMG et l'USP, les USLD disposent de LISP.

Les USLD disposent d'une **équipe pluridisciplinaire** formée spécifiquement à la prise en charge des patients gériatriques, la **coordination** étant assurée par un médecin formé en gériatrie.

Une présence infirmière et aide soignante doit être assurée 24 heures sur 24. Une **permanence médicale** sous forme de garde médicale ou astreinte est également organisée.



Information

La différence de prise en charge entre les USLD et les EHPAD est fondamentale.

Ces structures sanitaires, accueillent des patients qui ont besoin de soins médicaux importants. À l'inverse, les patients nécessitant des soins courants, dont l'état est stabilisé, seront accueillis en EHPAD.

(1) Circulaire DHOS/O2/DGAS/2C no 2006-212 du 15 mai 2006 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 concernant les unités de soins de longue durée

(2) Circulaire DHOS/O2/F2/DGAS/DSS/CNSA no 2007-193 du 10 mai 2007 relative à la mise en œuvre de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 modifiée concernant les unités de soins de longue durée – Annexe 2

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

8.6

LES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION GÉRIATRIQUES (SSR GÉRIATRIQUES)

Niveau
Local

Selon l'article R6123-118 du Code de santé publique, les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques, sociales, des déficiences et limitations de capacité et de promouvoir la réadaptation du patient (1). Il existe plusieurs types de SSR, toutefois la présente fiche ne traitera que des SSR gériatriques.



Texte juridique

L'orientation d'un patient pour une prise en charge spécialisée SSR « gériatrique » est liée à la complexité de son état de santé.

Cette complexité se caractérise par la fragilité, une polypathologie active avec des risques particuliers de décompensation, une dépendance physique et/ou des troubles cognitifs et des problèmes d'ordre psychosociaux (2).



A consulter

Décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatifs aux conditions techniques de fonctionnement des SSR

MISSIONS (3)

DISPENSER des soins médicaux, curatifs ou palliatifs, d'ajustement des thérapeutiques, de «renutrition», de diagnostic et de traitement des pathologies déséquilibrées.

ASSURER la rééducation et la réadaptation pour limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux. Les actions de réadaptation comprennent notamment la restauration somatique et psychologique, en particulier après un épisode aigu, la rééducation orthopédique et neurologique, la stimulation cognitive.

GARANTIR une prise charge globale du patient : prévenir l'apparition d'une dépendance ; maintenir ou redonner de l'autonomie ; assurer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage dans des domaines tels que le diabète, la nutrition, la maladie d'Alzheimer ; assurer l'information et le soutien des aidants ; assurer le maintien de la socialisation de la personne âgée ; assurer la préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale.

Disposant d'au minimum 20 lits (2), les unités autorisées doivent être capables de prendre en charge : les troubles cognitifs et démences ; les chutes et troubles de la marche et de l'équilibre ; les complications des maladies chroniques ; les complications de la fragilité liée à l'âge, réversibles ou non ; le diabète et les pathologies endocriniennes du sujet âgé.

LES ESSENTIELS (2)

La prise en charge des patients est effectuée soit à l'issue d'une hospitalisation en court séjour, soit directement du domicile ou d'une structure médico-sociale dans une approche programmée. L'équipe pluridisciplinaire, formée spécifiquement est composée de façon obligatoire d'un gériatre, assurant la coordination des soins de suite et de réadaptation, d'infirmiers, d'aides-soignants et comprend au moins des compétences en soins de rééducation*, de psychologue et d'assistant social (4) permettant de construire un projet thérapeutique global personnalisé.

Une présence paramédicale est assurée 24 h sur 24. Une permanence médicale est également organisée (5).

* Métiers de la rééducation : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien



Information

La circulaire du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 règlemente l'activité et les différentes prises en charge spécialisées en SSR.

- (1) Code de santé publique R6123-118 issu du décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- (2) Circulaire DHOS/02 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques – Annexe 5 Soins de suite et de réadaptation pour les personnes âgées polypathologiques dépendantes ou à risque de dépendance (SSR Gériatriques)
- (3) Code de santé publique R6123-118 issu du décret n°2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation
- (4) Code de la santé publique D6124-177-49 et D6124-177-50 issu du décret n°2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation)). L'équipe doit être capable de réaliser une évaluation gériatrique globale (médicale, psychologique, sociale et fonctionnelle
- (5) Circulaire DHOS/01/2008/305 du 3 octobre 2008 relative aux décrets du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite et de réadaptation (Fiche 1)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

9

L'ACCUEIL TEMPORAIRE

Niveau
Local

Ce mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent s'adresse à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées de tous âges. L'accueil temporaire se décline en deux types de prise en charge : l'accueil de jour et l'hébergement temporaire.



Texte juridique

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a donné une base légale à l'accueil temporaire.. Selon l'article D.312-8 du Code de l'action sociale et des familles, issu du décret du 17 mars 2004 «l'accueil temporaire (...) s'entend comme un accueil organisé pour une durée limitée, le cas échéant sur un mode séquentiel, à temps complet ou partiel, avec ou sans hébergement, y compris en accueil de jour.»



A consulter

Circulaire DGAS/SD 3 C n° 2005-224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées

MISSIONS (1)

DÉVELOPPER OU MAINTENIR les acquis et l'autonomie de la personne accueillie et faciliter ou préserver son intégration sociale.

ORGANISER des périodes de répit ou de transition entre deux prises en charge. Cela permet de répondre à une interruption momentanée de prise en charge, à une modification ponctuelle des besoins de la personne ou encore à une situation d'urgence (isolement, travaux dans le logement etc.)

RELAYER, en cas de besoin, les interventions des professionnels des établissements et services ou des aidants familiaux, bénévoles ou professionnels, assurant habituellement l'accompagnement ou la prise en charge.

PERMETTRE une période de répit pour les aidants ainsi qu'aux intéressés. Il s'agit également d'aider les familles à faire face aux difficultés que représente l'accompagnement d'une personne âgée ou en situation de handicap.

CONSTITUER un projet individualisé d'accompagnement qui s'intègre dans un système coordonné de soins et d'aides afin d'assurer le suivi de la personne avec le médecin traitant et en concertation avec les autres professionnels de santé et du social (2).

LES ESSENTIELS

Pour les personnes handicapées comme pour les personnes âgées, l'accueil temporaire répond à trois objectifs :

- prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;
- répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Une équipe pluridisciplinaire est constituée d'infirmiers, d'aides soignants / aides médico-psychologique, d'auxiliaires de vie sociale, de psychomotricien etc. (2).

L'accueil temporaire est mis en œuvre par plusieurs établissements dont les établissements et services qui accueillent des personnes âgées (ou qui leur apportent à domicile une assistance : actes quotidiens, prestations de soins etc.) ou encore par les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées (3).

Au sein de ces établissements, l'accueil temporaire peut être pratiqué de manière exclusive ou non et il est organisé selon le fonctionnement des établissements et services précédemment cités (4).



Information

Le GRATH (Groupe de Réflexion et Réseau pour l'Accueil Temporaire des Personnes en situation de Handicap), association loi 1901 créée en 1997, soutient le développement de l'accueil temporaire pour les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie quelle qu'en soit la cause. L'association est donc un interlocuteur important en la matière (5).

(1) Code de l'action sociale et des familles D312-8
(2) Circulaire n°DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire et Circulaire DGAS/SD 3 C n° 2005-224 du 12 mai 2005 relative à l'accueil temporaire des personnes handicapées
(3) Code de l'action sociale et des familles D312-8 et 2°, 6°, 7° et 12° du I L. 312-1
(4) Code de l'action sociale et des familles D312-9

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

10

LA COMMISSION DES USAGERS (CDU)

Niveau
Local

La CDU, remplaçant la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), a été créée par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1). Elle poursuit la logique de la CRUQPC tout en la renforçant grâce à l'attribution de nouvelles missions (2).



Texte juridique

Instaurée dans chaque établissement de santé (publics privés) et dans les Groupements de Coopération Sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé (3), la CDU veille à faire respecter les droits des usagers et à faciliter leurs démarches, le cas échéant, en permettant aux usagers d'exprimer leurs griefs ou besoins auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. La réclamation doit mettre en cause la politique d'accueil et de prise en charge des usagers ou de leurs proches.



A consulter

Décret n° 2016-726 du 1er juin 2016 relatif à la commission des usagers des établissements de santé

MISSIONS (4)

PARTICIPER à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement concernant l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers.

ÊTRE ASSOCIÉE à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement (CME).

SE SAISIR de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informée des suites données.

ÊTRE INFORMÉE des événements indésirables graves et des actions menées par l'établissement pour y remédier.

RECUEILLIR les observations des associations de bénévoles dans l'établissement.

PROPOSER un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions, après consultation des représentants des usagers de l'établissement et des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

LES ESSENTIELS

On dénombre 378 CDU et plus de 950 RU en Île-de-France, ce qui représente un volume d'heures de bénévolat considérable. Composée de membres titulaires et suppléants, elle réunit 4 fois par an (5) a minima : un représentant légal de l'établissement, un médiateur médecin et un non médecin et deux représentants des usagers (pouvant être président ou vice-président). Le responsable de la politique qualité participe aux réunions mais ne dispose pas d'une voix délibérative. De même que les autres membres facultatifs (tel que le président de la commission médicale d'établissement) (6).

La **loi de Modernisation du Système de Santé**, a renforcé le rôle du RU au travers d'un droit de formation opposable des RU, à réaliser dans les 6 mois de sa prise de mandat auprès d'organismes disposant des agréments nécessaires.



Information

Le décret du 1er juin 2016 a instauré la possibilité pour un usager de se faire accompagner d'un représentant des usagers de la commission pour la rencontre avec le médiateur (7).

Commission des usagers Île-de-France

En savoir plus sur la formation opposable des R.U.

(1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé article 183

(2) Code de la santé publique L1112-3

(3) Code de la santé publique R1112-79

(4) Code de la santé publique L1112-3 et R1112-80

(5) Code de la santé publique R1112-88

(6) Code de la santé publique R1112-81 et suivants

(7) Code de la santé publique R1112-92

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

11

LE COMITÉ LOCAL D'ÉTHIQUE OU COMITÉ ÉTHIQUE

Niveau
Local

La création d'un comité d'éthique au sein d'une structure hospitalière ou médico-sociale n'est pas une obligation réglementaire. Toutefois, la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a imposé l'organisation d'une réflexion éthique au sein de chaque établissement de santé.

En effet, l'article L6111-1 du Code de la santé publique dispose que les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés «mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale» (1).



Texte juridique

L'éthique est une réflexion qui vise à déterminer le bien agir en tenant compte des contraintes relatives à des situations déterminées. Le comité local d'éthique ou comité éthique, dont la création est recommandée, est une instance consultative dont le rôle est de permettre une réflexion pluridisciplinaire sur les problèmes d'ordre éthique qui se posent au sein d'un établissement à propos des pratiques et des soins (2).



A consulter

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, «Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux», 2010.

MISSIONS (3)

INFORMER ET FORMER le personnel, ce qui a pour but de sensibiliser l'ensemble des membres de l'organisation autour de sujets transversaux ou précis (tels que le refus de soin, la fin de vie etc.) qui touchent l'ensemble de la pratique soignante.

AIDER à la décision sur des cas cliniques de patients en soin. Le comité est sollicité pour donner son avis, qui reste consultatif. L'objectif est d'apporter aide et conseil aux équipes médicales qui restent seules décisionnaires.

RÉFLÉCHIR ET ÉTUDIER des cas de patients a posteriori. Il s'agit d'une réflexion commune autour de l'accompagnement du patient au regard du sens de son projet thérapeutique. Si les cas étudiés restent spécifiques, ils ont tout de même le rôle d'instiguer une réflexion de fond sur les pratiques de soins. Ils génèrent une réflexion a posteriori en conjuguant temps pour la décision technique et temps pour la décision éthique.

VALIDER certains projets de recherche. Même si les comités de protection des personnes se dédient à l'évaluation des protocoles d'essais sur des personnes, les comités éthiques locaux peuvent être mobilisés pour se prononcer sur certains projets ou pour donner leurs avis sur certaines publications internationales requérant un avis préalable d'un comité éthique.

LES ESSENTIELS (3)

Il est à noter qu'il n'y a aucune réglementation relative au fonctionnement des comités éthiques. Cependant, on constate que, majoritairement, les comités éthiques sont constitués par la commission médicale d'établissement (pour les établissements de santé publics) ou conférence médicale d'établissement (pour les établissements de santé privés) et reconnus par la direction.

Ses membres, ni élus ni désignés, sont sollicités sur la base du volontariat. La composition du comité est pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

En effet, **il regroupe un grand nombre de professionnels, internes et externes à l'hôpital et de spécialités diverses** : soignants, personnel administratif, personnel médical et paramédical, représentants du culte, représentants des usagers ou d'associations, juristes, philosophes etc.



Information

L'espace de réflexion éthique de la région Île-de-France a proposé, en 2016, un aide-mémoire à destination des animateurs et porteurs de projet d'une structure de réflexion éthique dont l'objet est d'apporter une assistance aux instances d'éthiques existantes ou naissantes.

(1) Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé article 5

(2) Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, «Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux», 2010)

(3) Observatoire des pratiques éthiques, Espace de réflexion éthique de la région Île-de-France. «Etude des démarches en éthique du soin et de l'accompagnement dans les établissements de santé en Île-de-France», 2014-2015

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

12

LE CONSEIL DE SURVEILLANCE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ

Niveau
Local

Depuis la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (dite «HPST») du 21 juillet 2009, le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration dans les établissements de santé publics.

La création du conseil de surveillance a pour objet de faire évoluer l'ancienne gouvernance partagée entre le directeur et le conseil d'administration, vers une gouvernance reposant sur une direction renforcée, assurée par le directoire sous le contrôle du conseil de surveillance.



Texte juridique

Le conseil de surveillance est un organe pivot de l'organisation des établissements publics de santé. En effet, il est doté de nombreuses compétences dont les principales concernent les orientations stratégiques de l'établissement et le contrôle permanent de la gestion de ce dernier.



A consulter

Décret n° 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au conseil de surveillance des établissements publics de santé

MISSIONS (1)

SE PRONONCER sur les orientations stratégiques de l'établissement.

EXERCER le contrôle permanent de la gestion et la santé financière de l'établissement.

DÉLIBÉRER sur le projet d'établissement, la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires (CHU) et les conventions passées, le compte financier et l'affectation des résultats, toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire dès lors qu'un CHU est partie prenante, ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé, le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur, toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ainsi que sur les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

DONNER son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers et sur le règlement intérieur de l'établissement. La loi du 24 juillet 2019 a renforcé l'information du conseil de surveillance. Désormais, le président se voit fournir par le directeur d'établissement les documents stratégiques et financiers, et le conseil de surveillance est informé du CPOM* conclu entre l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'établissement.

* Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

LES ESSENTIELS

Composé de 9 à 15 membres (2), il s'organise en trois collèges où siègent des représentants des collectivités territoriales (Collège 1), des personnels de l'établissement (Collège 2) et des personnalités qualifiées*, dont des représentants d'usagers (Collège 3) (3).

D'autres participants tels que le vice-président du directoire et le directeur général de l'ARS interviennent dans le conseil de surveillance avec voix consultative (4).

Son président est élu parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées pour une durée de 5 ans (5).

Le conseil se réunit au moins 4 fois par an sur convocation de son président ou à la demande du tiers de ses membres (2). Il ne peut délibérer valablement que lorsque la moitié plus un au moins des membres assistent à la séance (6).

Le conseil dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur de l'établissement (7).

* Personnalités qualifiées: ces représentants sont choisis pour leurs compétences spécifiques et sont conjointement nommés par le Préfet de Région et le Directeur Général de l'ARS



Information

Dans le cadre de la nomination des membres du conseil de surveillance, il existe plusieurs incompatibilités telle que l'impossibilité pour un membre du directoire d'être membre du conseil de surveillance dans la mesure où le directoire exerce ses fonctions sous le contrôle du conseil de surveillance (8).

(1) Code de la santé publique Article L6143-1 modifié par l'article 40 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

(2) Code de la santé publique R6143-11 et R6143-8

(3) Code de la santé publique L6143-5 et R6143-1 et suivants

(4) Code de la santé publique L6143-5

(5) Code de la santé publique R6143-5

(6) Code de la santé publique R6143-10

(7) Code de la santé publique R6143-16

(8) Code de la santé publique L6143-6

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

13

ORGANISATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ (EX CLIN)

Niveau
Local

L'infection nosocomiale est une infection associée aux soins contractée dans un établissement de santé (1).

Le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) a été créé en 1988 pour les établissements de santé publics et en 1998 pour les cliniques privées (2).

Cependant, la loi Hôpital, patients, santé et territoires (dite «HPST») du 21 juillet 2009 a supprimé l'obligation d'instituer un CLIN et confie «l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins» à la commission médicale d'établissements (CME) pour les établissements de santé publics et à la conférence médicale d'établissements (CME) pour les établissements de santé privés (3).



Texte juridique

Chaque établissement de santé dispose d'une instance consultative et de suivi chargée de coordonner la lutte contre les infections nosocomiales, assistée d'une équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH). L'instance CME définit et prépare avec l'EOHH un programme annuel d'actions portant sur le bon usage des antibiotiques, la surveillance, le signalement et l'évolution de la lutte contre les infections nosocomiales (4).



A consulter

Circulaire DGOS/PF2 n°2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé

MISSIONS (5)

L'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales mise en œuvre par l'EOHH sur supervision des CME, a plusieurs objectifs :

DÉFINIR un programme d'actions ayant pour objet l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Il vise à lutter contre les événements indésirables associés aux soins et s'inscrit dans une démarche générale de prévention des infections nosocomiales.

ORGANISER et coordonner la surveillance continue des infections nosocomiales.

FORMER le personnel et mettre en œuvre des actions de communication en direction des personnels et des usagers permettant de développer la culture de sécurité dans l'établissement.

ÉLABORER un bilan annuel des actions mises en œuvre en matière de lutte contre les infections nosocomiales, grâce à des expertises, des données de surveillance et des évaluations périodiques des actions menées.

LES ESSENTIELS

Dans les établissements dotés d'un CLIN, ce dernier est composé d'une équipe pluriprofessionnelle : des représentants des professions médicales, des représentants des professions paramédicales, des représentants des professions administratives, logistiques et techniques, de l'EOHH et des représentants des usagers (à titre consultatif) (6). Le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales se réunit au moins trois fois par an.

Dans tous les établissements de santé, la commission médicale ou la conférence médicale d'établissement est assistée par l'EOHH qui assure la mise en œuvre du programme d'actions de lutte contre les infections nosocomiales. Cette équipe est composée notamment de personnel médical, pharmaceutique et de personnel infirmier (7).



Information

Les CLIN sont en voie de disparition, plus aucune existence légale ne leur a été maintenue ces dernières années. Il n'empêche que les usagers et leurs représentants au travers des CDU, pourront toujours exercer leur rôle d'incitateurs à une lutte constante contre les Infections Associées aux Soins dans les Établissements de Santé et l'amélioration de la qualité.

(2) Décret n°88-657 du 6 mai 1988 relatif à l'organisation de la surveillance et de la prévention des infections nosocomiales dans les établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier et Loi du 1er juillet 1998 relative « au renforcement de la veille sanitaire, et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme »

(3) Code de la santé publique R6144-2 et R6164-3

(4) Code de la santé publique R6111-1

(5) Code de la santé publique R6111-2

(6) Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé

(7) Code de la santé publique R6111-7

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

14

LE COMITÉ DE LIAISON EN ALIMENTATION ET NUTRITION (CLAN)

Niveau
Local

Recommandée par la circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé, le CLAN, par l'expertise de ses membres en alimentation et nutrition, est une structure consultative d'appui auprès de la Commission médicale d'établissement (CME) et du directeur d'établissement.



Texte juridique

Le CLAN a pour vocation de participer par ses avis ou propositions à l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des malades, et à la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition, y compris en ce qui concerne les projets d'aménagement des locaux, des circuits et d'équipement, dans le cas où ces projets peuvent avoir des incidences dans ce domaine. Il s'agit d'une démarche incitative qui doit s'inscrire dans le projet d'établissement.



A consulter

CLAN – Guide pour les établissements de santé

MISSIONS (1)

PARTICIPE PAR SES AVIS ou ses propositions au/à :

- bilan de l'existant en matière de structures et de moyens matériels et humains,
- l'évaluation des pratiques professionnelles dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition,
- la définition des actions prioritaires à mener dans le domaine de la nutrition mais également dans celui de la fonction de restauration,
- la préparation du programme annuel d'actions en matière d'alimentation et de nutrition en s'assurant de la coordination et de la cohérence des actions menées au sein de l'établissement,
- l'élaboration de la formation continue spécifique à ces actions,
- l'évaluation des actions entreprises.

FOURNIT un appui méthodologique aux différents professionnels concernés.

LES ESSENTIELS (1)

Sa composition, son fonctionnement les modalités de nomination de ses membres et la durée de leurs mandats sont fixés par l'établissement. La composition est pluriprofessionnelle puisque l'ensemble des personnels concernés par la fonction de restauration est représenté.

Dans les établissements de santé de grande taille, la composition recommandée par la circulaire de 2002 (2) est la suivante : le directeur d'établissement (ou son représentant) ; 10 représentants désignés par la CME dont : 9 médecins et 1 pharmacien ; 1 représentant de la direction des soins infirmiers ; 1 représentation de l'activité nutrition clinique (lorsqu'elle existe) ; 1 représentant de l'activité diététique ; 1 représentant de la qualité ; 1 représentant de la formation ; 1 représentant de la restauration et de l'hôtellerie ; le président du CLAN ou son représentant ; un représentant des usagers ; un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s en son sein par la commission du service de soins infirmiers.

Chaque année, le président du CLAN prépare le rapport d'activité soumis à l'approbation des membres du CLAN et l'adresse au directeur et à la CME.



Information

L'arrêté du 29 mars 2002 a créé le Comité National de l'Alimentation et de la Nutrition des Etablissements de Santé (CNANES), auprès du ministre chargé de la santé, qui exerce un rôle de conseil auprès des établissements de santé en lien étroit avec les CLAN.

(1) Circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

(2) Circulaire du 29 mars 2002 relative à l'alimentation et à la nutrition dans les établissements de santé

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

18

LES ÉTABLISSEMENTS D'HÉBERGEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Niveau
Local

Un EHPAD (ou maison de retraite médicalisée) est une structure médicalisée, qui accueille des personnes de plus de 60 ans, seules ou en couple, dépendantes, et ayant besoin de soins et d'aide pour les actes de la vie quotidienne. Il peut être spécialisé dans les maladies comme Alzheimer, Parkinson ou dans des maladies dégénératives (1).



Texte juridique

Les EHPAD hébergent les personnes âgées à temps complet ou partiel, à titre permanent ou temporaire, et fournissent à chaque résident, a minima, le socle de prestations d'hébergement prévu aux articles D. 312-159-2 et D. 342-3. Un projet d'accompagnement personnalisé adaptés aux besoins comprenant un projet de soins et un projet de vie visant à favoriser l'exercice des droits des personnes accueillies est mis en place avec la personne âgée (ou sa personne de confiance) (1).



A consulter

Décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

MISSIONS (1,2)

METTRE EN PLACE un accompagnement global pour les personnes fragiles, en situation de vulnérabilité permettant aux résidents et à leur entourage d'être «déchargés» de toutes les activités du quotidien.

DÉLIVRER aux résidents des prestations dites «minimales» : administratives, hôtellerie et restauration, blanchissage et animation de vie sociale (activités diverses). D'autres prestations peuvent être aussi proposées au sein de la structure (esthétique, etc ...).

RÉALISER des soins, sous le contrôle du médecin coordonnateur qui assure l'encadrement de l'équipe soignante (3). Les soins médicaux et infirmiers (pansements, suivi de la glycémie, prise de traitements...) sont réalisés par l'équipe soignante. La coordination du parcours de soins du résident est aussi assurée par l'équipe (visite du médecin traitant* et prise de rendez-vous avec les spécialistes).

PRÉSERVER l'autonomie de la personne et garantir d'être un lieu de vie pour les résidents et ainsi accueillir leurs proches et entourage.

* Il est important de noter que le médecin traitant choisi par le résident, selon le principe du libre choix, doit avoir signé une convention avec l'EHPAD pour y intervenir

LES ESSENTIELS (4)

Une convention tripartite est conclue pour une durée de 5 ans entre l'EHPAD, le Conseil Départemental et l'ARS.

Ainsi, le financement de ces structures repose en partie sur les objectifs de qualité de prise en charge des personnes. Il peut s'agir de structures de droits publics ou bien de structures privées avec un statut associatif (à but non lucratif) ou à but lucratif.

De plus, le résident règle chaque mois une facture relative aux frais d'hébergement et le «tarif dépendance»*. Le forfait journalier de soins et le matériel médical sont en partie pris en charge par l'Assurance maladie. Le reste à charge est finançable sur fonds privés (prévoyance, mutuelle...).

Le résident peut percevoir des aides sociales cumulables, pour couvrir une partie de ses frais : l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH) sous réserve que l'établissement soit habilité, l'Aide Pour le Logement (APL) pour les frais d'hébergement et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour le tarif dépendance (5).

* «Le tarif dépendance GIR 5-6 est le plus souvent appliqué (...). Il s'applique (...) aux personnes ayant un revenu mensuel inférieur à 2676,09 €. Pour les personnes ayant un revenu supérieur, le tarif appliqué est fonction du niveau de dépendance de la personne».



Information

L'exercice de la représentation se fait à travers le CVS où sont représentées les personnes accompagnées par l'établissement et la famille s'il y a lieu.

(1) Code de l'action sociale et des familles D312-155-0 créé par le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(2) Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

(3) Code de l'action sociale et des familles D312-157 et D312-158 modifiés par le décret n° 2019-714 du 5 juillet 2019 portant réforme du métier de médecin coordonnateur en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(4) Code de l'action sociale et des familles L314-2

(5) Instruction DGCS/SD5C/2017/123 du 7 avril 2017 relative à la mise en œuvre des dispositions du décret relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes relevant du I et du II de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

19

LES PÔLES D'ACTIVITÉS ET DE SOINS ADAPTÉS (PASA)

Niveau
Local

La mesure n°16 du Plan Alzheimer 2008-2012 est à l'origine de la généralisation de la création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) au sein des EHPAD (1).

La mesure n°26 du Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 a, quant à elle, décidé de poursuivre leur déploiement (2).
«C'est un espace aménagé dans l'EHPAD dédié à l'accueil des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives durant la journée. C'est un espace conçu pour créer un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents. Il doit aussi offrir des lieux de vie sociale pour le groupe, notamment pour l'accueil des familles et proposer une ouverture sur l'extérieur par un prolongement sur un jardin ou sur une terrasse sécurisée, librement accessible aux résidents. »



Texte juridique

Selon l'article D312-155-0-1 du Code de l'action sociale et des familles, «le PASA, autorisé au sein de l'établissement pour personnes âgées dépendantes ou le cas échéant en dehors de celui-ci, accueille en priorité les résidents de cet établissement ayant des troubles du comportement modérés consécutifs particulièrement d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent néanmoins la qualité de vie de la personne et des autres résidents» (3)



A consulter

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

MISSIONS (3,4)

ASSURER un accompagnement à effet thérapeutique par des activités individuelles ou collectives adaptées qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes, des fonctions cognitives restantes (stimulation mémoire, jardinage, ...), ainsi qu'à la mobilisation des fonctions sensorielles (stimulation, musicothérapie,...), et au maintien du lien social (repas, art-thérapie,...).
Les types d'activités sont organisés au moins une fois par semaine, y compris le week-end.

PROPOSER des activités sociales et thérapeutiques, dont les principales caractéristiques sont :

- la présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades,
- l'élaboration d'un projet de soins et de vie personnalisé,
- la participation des familles et des proches,
- la conception d'un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure.

CRÉER un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents, procurer aux personnels un environnement de travail ergonomique et agréable, et offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

LES ESSENTIELS (3,4)

Le PASA s'intègre dans un projet d'établissement qui peut comporter d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents souffrant de maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Les personnes accueillies au sein des PASA ont préalablement été diagnostiquées (présence de troubles modérés du comportement tels que décrits dans l'inventaire neuropsychiatrique). Le résident et le représentant légal doivent être informés de cette proposition. Leur consentement et l'adhésion de la famille ou de l'entourage doivent être activement recherchés.

Ce pôle accueille chaque jour et, selon les besoins des personnes, maximum 14 résidents de l'EHPAD. Chaque personne concernée peut bénéficier d'un à plusieurs jours par semaine d'activités et de soins adaptés.



Information

Les PASA : des espaces aménagés au sein des EHPAD

(1) Plan Alzheimer 2008-2012)

(2) Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

(3) Code de l'action sociale et des familles D312-155-0-1 créé par le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(4) Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

20

LES UNITÉS D'HÉBERGEMENTS RENFORCÉES (UHR)

Niveau
Local

La mesure n°16 du Plan Alzheimer 2008-2012 est à l'origine de la généralisation de la création d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR) au sein des EHPAD (1).

La mesure n°27 du Plan maladies neurodégénératives (PMND) 2014-2019 a, quant à elle, décidé de poursuivre et de renforcer leur déploiement (2).



Texte juridique

Selon l'article D312-155-0-2 du Code de l'action sociale et des familles, « l'UHR héberge des résidents souffrant de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une maladie neuro-dégénérative associée à un syndrome démentiel, qui altèrent la sécurité et la qualité de vie de la personne et des autres résidents » (3).



A consulter

Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

MISSIONS (3,4)

ASSURER un accompagnement à effet thérapeutique par des activités individuelles ou collectives adaptées qui concourent au maintien ou à la réhabilitation des capacités fonctionnelles restantes, des fonctions cognitives restantes, ainsi qu'à la mobilisation des fonctions sensorielles et au maintien du lien social.

ÉLABORER un projet d'accompagnement et de soins faisant l'objet d'un protocole suivi et évalué.

S'ASSURER du respect de la dimension personnalisée dans la construction du projet d'accompagnement, à travers un recueil de données auprès de la personne, de l'entourage ou du médecin traitant (ex : connaître l'histoire de vie de la personne, ses habitudes de vie quotidienne, ses goûts ...). Le projet est régulièrement réévalué et adapté en fonction des besoins de la personne sous la responsabilité du médecin coordonnateur ou du médecin de l'UHR en lien avec l'infirmier.

CRÉER un environnement confortable, rassurant et stimulant pour les résidents et offrir des lieux de vie sociale pour le groupe et permettant d'y accueillir les familles.

LES ESSENTIELS (3,4)

Cette unité est un lieu d'hébergement séquentiel qui accueille des personnes venant du domicile, de l'USLD ou de l'EHPAD ou d'un autre établissement.

Elle s'intègre dans un projet d'établissement qui comporte d'autres types de réponses adaptées à la prise en charge des résidents vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée.

La diminution ou la disparition des troubles du comportement pendant une période suffisamment longue pour être compatible avec le retour dans une «unité traditionnelle» constitue un des critères de sortie de l'UHR.



Information

Les UHR : des lieux d'hébergement aménagés dans les EHPAD

(1) Plan Alzheimer 2008-2012)

(2) Plan maladies neurodégénératives 2014-2019

(3) Code de l'action sociale et des familles D312-155-0-1 créé par le décret n° 2016-1164 du 26 août 2016 relatif aux conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

(4) Circulaire DGAS/DSS/DHOS n° 2009-195 du 6 juillet 2009 relative à la mise en œuvre du volet médico-social du plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

21

SERVICES DE SOINS INFIRMIERS À DOMICILE (SSIAD) ET ÉQUIPES SPÉCIALISÉES ALZHEIMER (ESA)

Niveau
Local

Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins : aux personnes âgées de plus de 60 ans et sur autorisation, aux personnes en affection longue durée (ALD) et aux personnes en situation de handicap.

Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile et à retarder ou prévenir l'hospitalisation ou l'entrée en institution, à faciliter le retour à domicile (1).

Les SSIAD peuvent disposer d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA).



Texte juridique

Les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile sont régies par le Code de l'action sociale et des familles, art. D. 312-1 et R. 314-137 (2,3).



A consulter

Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, SAAD et SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile).

MISSIONS (1,2)

POUR LES SSIAD

INTERVENIR sur prescription médicale ou renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée, auprès des personnes âgées ou en perte d'autonomie et des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap ou atteintes d'une maladie chronique (2). Ces interventions peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon l'état de santé et les besoins du patient.

RÉALISER des soins de nursing comme la toilette et des actes infirmiers : pansements, distribution des médicaments, injections...

ASSURER également une coordination avec les autres intervenants médicaux et paramédicaux : services d'aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins.

POUR LES ESA

INTERVENIR sur prescription médicale, auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées diagnostiquées, à un stade léger ou modéré de la maladie sans critère d'âge (1).

La prise en charge se déroule en 12 à 15 séances réparties sur 3 mois, et a pour objectifs :

- d'améliorer et de préserver l'autonomie de la personne dans les actes de la vie quotidienne,
- de mobiliser les capacités préservées et mettre en place des stratégies de compensation,
- de sensibiliser, de conseiller et d'accompagner la famille et l'entourage du patient.

LES ESSENTIELS (4)

Les SSIAD sont autorisés à intervenir auprès d'un nombre limité de personnes. Ainsi, malgré la prescription, il est possible que la personne soit inscrite sur une liste d'attente (1).

La demande doit obligatoirement comporter des soins d'hygiène corporelle. Si le SSIAD est en capacité d'intervenir, une évaluation des besoins est réalisée au domicile par l'infirmier coordonnateur du SSIAD. Il sera alors proposé un rythme d'interventions.

Les ESA sont basées au sein d'un SSIAD et travaillent en partenariat avec d'autres structures, médecins traitants, neurologues, CLIC/DAC, hôpitaux, cliniques etc...

Les ESA sont composées de professionnels formés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, comme des psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants de soins en gérontologie. Cette prise en charge est non médicamenteuse, individualisée et s'inscrit dans un projet de soins et d'accompagnement (5).



Information

Pour les SSIAD et les ESA, la prise en charge des soins est intégrale (3) par l'Assurance Maladie.
Voir l'annuaire des SSIAD.

(1) <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-a-domicile/beneficier-de-soins-a-domicile/les-ssiad-services-de-soins-infirmiers-domicile>

(2) Code de l'action sociale et des familles D312-1 modifié par le décret n°2019-835 du 12 août 2019

(3) Code de l'action sociale et des familles R314-137

(4) Décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, SAAD et SPASAD

(5) Circulaire DGCS/SD3A n°2011-110 du 23 mars 2011 relative à la mise en œuvre des mesures médico-sociales du plan Alzheimer

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

25

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE (SPASAD)

Niveau
Local

Les SPASAD assurent les missions d'un **SSIAD** et d'un **SAAD** (1).

À ce titre, les SPASAD s'inscrivent dans une dynamique de refondation de l'aide à domicile, qui passe en particulier par un **rapprochement entre l'aide et le soin, grâce à une meilleure coordination de l'intervention des professionnels.**

Cette organisation rend plus lisible l'offre en proposant aux personnes un interlocuteur unique, notamment par l'instauration d'un numéro unique, et garantit la coordination et le suivi régulier des interventions à domicile grâce à une planification unifiée et globale.



Texte juridique

Afin de remédier au faible développement des SPASAD créés en 2004, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (ASV) du 28 décembre 2015 prévoit, dans son article 49, le lancement d'expérimentations, sur 2 ans, de nouvelles modalités d'organisation, de fonctionnement et de financement des SPASAD : les SPASAD «intégrés». Un arrêté du 30 décembre 2015 en fixe le cahier des charges (2,3).



A consulter

Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile

MISSIONS (1-3)

La notion d'«organisation intégrée», est la nouvelle clé de voûte de l'organisation des SPASAD dont les missions sont désormais :

- l'évaluation des besoins globaux des personnes accompagnées «au moyen d'un outil unique d'évaluation des besoins d'aide et de soins»,
- l'élaboration, par l'infirmier coordonnateur, du **projet individualisé d'aide**, d'accompagnement et de soins «avec l'objectif d'une meilleure organisation des interventions pour la personne accompagnée». Les professionnels des SPASAD sont tenus de rechercher l'expression, la participation et l'adhésion de la personne à son projet d'aide et de soins,
- la coordination des interventions auprès de la personne accompagnée et de son entourage,
- la coordination des interventions du service avec les professionnels de santé du territoire.

Les SPASAD doivent également proposer des activités de prévention, dont la définition des actions doit s'inscrire notamment dans le cadre du schéma départemental relatif aux personnes en perte d'autonomie et du projet régional de santé. Ces actions de prévention seront financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

LES ESSENTIELS (1)

Pour bénéficier de l'intervention d'un SPASAD, les modalités d'admission sont les mêmes que pour les services qui le composent, à savoir sur **prescription médicale pour les soins infirmiers et un coût pris en charge par l'Assurance Maladie, et sans prescription médicale pour les aides à domicile et un coût à la charge du bénéficiaire.**

Toutefois ce coût peut être pris en charge en partie par différentes aides (notamment l'Allocation Personnalisée pour l'Autonomie, l'action sociale extralégale des caisses de retraite et des complémentaires santé), sous réserve d'être éligible à ces dernières.

La mise en œuvre de ce modèle est subordonnée à la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec les conseils départementaux et les ARS.

En tant que service medico-social, le SPASAD doit mettre en œuvre les outils de la loi 2002.



Information

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 prolonge l'expérimentation, qui a déjà permis la création de 338 SPASAD intégrés, jusqu'au 31 décembre 2021 pour répondre aux besoins d'articuler et de mettre en cohérence cette expérimentation avec les orientations issues de la concertation nationale «grand âge et autonomie » (4).

(1) Code de l'action sociale et des familles D312-7

(2) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

(3) Arrêté du 30 décembre 2015 fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile. Instruction N°DGCS/SD3A/CNSA/2016/33 du 8 février 2016 relative à la mise en œuvre de l'expérimentation SPASAD prévue par l'article 49 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

(4) NOTE D'INFORMATION N° DGCS/3A/CNSA/2019/192 du 30 août 2019 relative aux modalités de prolongation de l'expérimentation « SPASAD intégrés », prévue par l'article 61 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

26

LES SERVICES A LA PERSONNE (SAP)

Niveau
Local

Les SAP désignent les activités destinées à répondre aux besoins des particuliers dans leur vie quotidienne. On distingue trois domaines de SAP : les services à la famille, les services aux personnes dépendantes et les services de la vie quotidienne. Les activités de SAP s'exercent soit exclusivement au domicile, soit partiellement hors domicile, soit dans son environnement proche.



Texte juridique

Le décret n°2016-750 du 6 juin 2016 définit la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation. La liste des activités de services à la personne est définie par l'article D.7231-1 du code du travail. L'exercice de ces activités peut être soumis à l'obtention d'une déclaration ou d'un agrément auprès des services de l'Etat ou d'une autorisation auprès des conseils départementaux (1).



A consulter

Décret n° 2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration

MISSIONS (2)

ACCOMPAGNER et aider la personne dans les actes essentiels de la vie quotidienne : aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation.

ASSURER une vigilance auprès de la personne par des visites de convivialité.

AIDER la personne dans les activités de la vie sociale et relationnelle : accompagnement dans les activités domestiques et administratives, de loisirs, de la vie sociale, etc.

SOUTENIR les activités intellectuelles, sensorielles et motrices de la personne : il s'agit d'activités les aidant à adapter leurs gestes et modes de vie à leurs capacités d'autonomie dans leur environnement. **ASSURER** une présence auprès des personnes malades qui restent à domicile : il veille au confort physique du malade et à son bien-être, le jour comme la nuit, toujours à domicile.

Le SAP n'inclut pas les actes de soins relevant d'actes médicaux.

LES ESSENTIELS (1)

Lorsqu'une personne ne peut plus accomplir seule les actes simples de la vie quotidienne (se lever, s'habiller, préparer ses repas...), elle peut recourir à une aide à domicile. La prise en charge peut être précédée par une évaluation de ses besoins avec elle et, le cas échéant, avec son entourage.

Dans le cadre des activités de SAP, l'agrément* est obligatoire pour certaines prestations pour les personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques et ouvre droit à des avantages fiscaux et sociaux.

Sont soumises à autorisation :

- assistance à domicile dans les actes quotidiens de la vie ou l'aide à l'insertion sociale ou l'aide personnel à domicile aux familles fragilisées,
- prestation de conduite du véhicule personnel du domicile au travail, sur le lieu de vacances, pour les démarches administratives,
- accompagnement dans les déplacements en dehors de leur domicile (promenades, aide à la mobilité et au transport, actes de la vie courante).

* L'obtention de cet agrément est soumise à des conditions strictes d'exercice de l'activité de SAP. Cet agrément est la source d'une différence entre SAP et SAAD, puisque les structures soumises à l'agrément dépendent du code du travail. Les SAP ne sont donc pas intégrés au secteur médico-social. L'entrepreneur individuel ou le représentant légal de la société doit adresser, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par voie électronique, une demande d'agrément à la DIRRECTE. L'agrément est accordé pour une durée de cinq ans. Si l'entreprise projette d'exercer son activité dans plusieurs départements, les avis des Présidents des conseils départementaux intéressés sont recueillis par l'intermédiaire des Préfets territorialement compétents.



Information

Les prestations d'animations culturelles et artistiques pour des personnes gravement malades ou en fin de vie, maintenues au domicile, font partie des services possibles. Les services à la personne autorisés et agréés (SAP et SAAD) ont l'obligation de recourir à une évaluation externe, gérée par un seul et même organisme : la Haute Autorité de Santé (anciennement l'ANESM).

(1) Décret n°2016-750 du 6 juin 2016 relatif à la liste des activités de services à la personne soumises à agrément ou à autorisation dans le cadre du régime commun de la déclaration

(2) Code de l'action sociale et des familles D312-6-2

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

27

LES SERVICES POLYVALENTS D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT DE SOINS À DOMICILE (SAAD)

Niveau
Local

Les SAAD emploient des aides ménagères et auxiliaires de vie qui interviennent notamment chez les personnes âgées et en situation de handicap. Leur action comprend les tâches ménagères courantes et l'aide pour les activités de la vie quotidienne concourant au soutien à domicile. Les SAAD ne réalisent pas de soins médicaux.



Texte juridique

Les services dits « autorisés » sont habilités à accompagner un public fragile et vulnérable comme les personnes âgées et personnes en situation de handicap, enfants en bas âge et vivant ou souhaitant retourner au domicile, en perte d'autonomie nouvelle ou croissante (1).



A consulter

Décret 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile

MISSIONS (1)

FAVORISER le maintien de l'autonomie des personnes âgées mais aussi des personnes handicapées et enfants en bas âge et permettre aux personnes de continuer à vivre chez elle le plus longtemps possible.

RÉALISER les activités d'aides à domicile telles que la prise du repas, l'aide au coucher, l'aide aux courses, l'aide au lever, la préparation des repas, l'aide à la toilette, l'entretien du logement. Les aides à domicile peuvent aussi accompagner les personnes hors du logement, intervenir la nuit, livrer le repas.

Il est possible de recourir au SAAD via trois modalités de prestation :

- **le mode prestataire** : l'intervenant à domicile est salarié du service d'aide à domicile,
- **le mode mandataire** : l'intervenant à domicile est salarié de la personne aidée mais le SAAD effectue certaines démarches de gestion pour la personne aidée,
- **le mode gré à gré** : l'intervenant est salarié de la personne aidée, qui assume toute la gestion liée à l'emploi d'un salarié.

LES ESSENTIELS (2)

L'APA* et la PCH** peuvent permettre de financer l'intervention des professionnels des SAAD.

Depuis le 1er janvier 2016, la loi d'adaptation de la société au vieillissement a mis fin à l'agrément qualité délivré par les services de l'État. Aujourd'hui, le Département accorde l'autorisation d'exercer aux services prestataires. De ce fait, ces derniers font partie intégrante du secteur médico-social.

Dès lors, une distinction s'opère entre :

- **les services autorisés et tarifés** : ils relèvent du Code de l'action sociale et des familles. Ces services garantissent à l'utilisateur que l'APA et la PCH couvrent les frais d'intervention. Ils signent également un contrat d'objectifs et de moyens avec le Conseil Départemental,
- **les services autorisés non tarifés** : si le tarif du service est supérieur au montant de l'aide, l'utilisateur devra assumer la différence.

* APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie – ** PCH : Prestation de Compensation du Handicap



Information

Les SAAD se font certifier ou labelliser par des organismes indépendants afin d'apporter un gage de compétences et de qualité de services (NF service, Qualicert, Qualisap, Cap'Handéo etc...)

(1) Code de l'action sociale et des familles D312-6 et suivants

(2) Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

29

LES CONSEILS DE LA VIE SOCIALE (CVS)

Niveau
Local

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) est une instance représentative et consultative destinée à garantir les droits des personnes en situation de handicap pour favoriser leur participation au fonctionnement et aux services des établissements qui les accueillent ou les accompagnent.



Texte juridique

Les CVS sont institués par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1). Le décret du 25 mars 2004 précise les modalités de fonctionnement et les attributions.



A consulter

Rapport de l'ANESM (2014) «La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux – Recueil des pratiques et témoignages des acteurs».

MISSIONS (2,3)

Le CVS se préoccupe des questions générales liées à la vie de l'établissement. Il doit recevoir les attentes et souhaits des usagers en sollicitant les familles qui ne sont pas membres du CVS.

Il fait des propositions dans le but d'améliorer le quotidien des résidents notamment sur les questions suivantes :

- le règlement de fonctionnement et le projet d'établissement,
- l'organisation interne, les dispositions du suivi médical et thérapeutique, la vie quotidienne de l'établissement, les activités, l'animation,
- les mesures tendant à associer au fonctionnement les usagers, familles et personnels,
- les projets de travaux et d'équipement et leur suivi,
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- la fermeture totale ou partielle de l'établissement et les dates de congés,
- l'affectation des locaux collectifs et leur entretien,
- l'affectation du fonds de solidarité récolté auprès des familles de l'établissement.

> Il doit être tenu informé des suites et des avis réservés aux propositions formulées lors du CVS.

> Il doit obligatoirement être consulté sur le règlement de fonctionnement et le projet de l'établissement aussi bien dans le cadre de leur élaboration que de leur révision (4).

LES ESSENTIELS (5)

Mis en place dans les établissements médico-sociaux accompagnant des personnes dépendantes ou en perte d'autonomie adultes handicapés ou prenant en charge des enfants de plus de 11 ans, il favorise l'expression et la participation des résidents et de leurs familles à la vie de la structure.

Cette instance représente l'ensemble des personnes vivant, travaillant ou participant à la vie de l'établissement. Les représentants sont élus pour une durée de 3 ans maximum dans le cadre d'élections organisées par l'établissement. Ils interviennent bénévolement.

Les CVS sont composés de quatre collèges :

- les représentants des résidents, personnes accueillies ou accompagnées par la structure,
- les représentants des familles ou des représentants légaux (titulaires de l'autorité parentale pour les mineurs et mandataire judiciaire pour les personnes âgées),
- les représentants du personnel,
- un représentant de l'organisme gestionnaire.

Les collèges 1 et 2 sont en nombre plus importants que les 3 et 4.

Les personnes élues désignent ensuite un président qui doit obligatoirement être un usager ou un représentant des familles. Le directeur de l'établissement participe aux réunions avec voix consultative. Le CVS se réunit au minimum 3 fois par an sur convocation du président.



Information

Le conseil de la vie sociale – ARS Île-de-France

(1) Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

(2) Code de l'action sociale et des familles D311-15 et L311-6 et suivants

(3) ANESM 2014: La participation des usagers au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Recueil des pratiques et témoignages des acteurs

(4) Code de l'action sociale et des familles D311-26

(5) Code de l'action sociale et des familles D311-3 et D311-4 et suivants

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

100

L'ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP)

Niveau
Local

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (EMPP), destinées aux personnes en situation de précarité et d'exclusion, visent à organiser des parcours leur permettant d'accéder aux soins et de bénéficier d'une prise en charge globale et continue. Les EMPP s'inscrivent dans le cadre des dispositifs de lutte contre l'exclusion.



Texte juridique

La circulaire du 23 novembre 2005 cadre les missions de ces équipes selon deux grands axes : l'aide aux personnes les plus exclues en vue d'un accès aux soins psychiatriques et le soutien aux acteurs de première ligne intervenant dans ce domaine. Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique.



A consulter

CIRCULAIRE DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

MISSIONS (1)

ALLER AU-DEVANT des personnes en situation de précarité et d'exclusion (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire.

Pour ce faire, plusieurs actions sont engagées :

- **permanences** dans des lieux sociaux repérés et fréquentés par les personnes en difficulté, voire la participation à des interventions mobiles ou dans la rue,
- **entretiens individuels** contribuant notamment à l'évaluation des besoins,
- **accueil, orientation et accompagnement** vers des prises en charge de droit commun,
- **prises en charge** dans le cadre de groupes d'échanges ou d'ateliers thérapeutiques.

ASSURER une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

MENER des actions de formation sur les problématiques liées à la précarité (notamment formations croisées de professionnels de santé et de travailleurs sociaux) et à la souffrance psychique ainsi qu'aux troubles psychiatriques de ce public très diversifié, favorisant ainsi le repérage précoce des troubles.

DÉVELOPPER un travail en réseau formalisé de partenaires.

SOUTENIR les acteurs de première ligne (information, conseil, supervision).

LES ESSENTIELS (1)

L'EMPP est composée d'une **équipe pluridisciplinaire coordonnée par un psychiatre** et comporte au minimum : un temps médical, un temps de cadre infirmier, des infirmiers, des psychologues, un secrétariat. Elle se dote d'un règlement intérieur établissant ses modalités d'intervention et le rôle des différents intervenants.

L'EMPP est **rattachée à un établissement de santé** et l'articulation avec les autres secteurs de l'établissement repose sur la coordination médicale assurée par le psychiatre référent de l'équipe mobile.

Ces relations doivent faire l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical de l'établissement, définissant les rôles respectifs de l'équipe mobile et des secteurs de psychiatrie générale ainsi que les modalités de relais entre ces intervenants. A minima, les modalités d'orientation vers les dispositifs de droit commun (ambulatoire, extra-hospitalier, hospitalisation complète) doivent être prévues par une convention ou un protocole d'intervention.



Information

Pour Paris, l'organisation des **EMPP du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences** fait l'objet d'une organisation particulière : elles se répartissent par territoires et sont rattachées au «Pôle Précarité».

(1) Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B/521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

101

LES PERMANENCES D'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ (PASS)

Niveau
Local

En 1998, le législateur crée les PASS pour répondre à une nouvelle mission des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier : la lutte contre l'exclusion sociale (1,2).

D'abord envisagées comme un dispositif transitoire, les PASS existent toujours notamment en raison des multiples formes de précarité et de la difficulté pour les établissements ou professionnels à adapter leurs pratiques pour aller vers les publics exclus et répondre concomitamment à des difficultés sociales et de soins (3). Les patients issus d'un public précaire sont adressés au PASS par les professionnels soit libéraux, soit hospitaliers. Le PASS peut être directement sollicité par le patient lui-même. Une représentation des usagers peut exister, mais elle n'est pas systématique du fait du multiculturalisme des populations représentées.



Texte juridique

Les PASS, cellules de prise en charge médico-sociale, visent à faciliter l'accès des personnes en situation de précarité au système hospitalier ainsi qu'aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social, avec comme perspective, un retour à l'offre de soins de droit commun (4).



A consulter

CIRCULAIRE N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

MISSIONS (1,3,4)

ACTIVER ET MOBILISER un réseau territorial d'acteurs : intervenants du secteur sanitaire, acteurs du champ social et tous professionnels agissant dans le réseau local de précarité, au sens large (CCAS, caisses d'assurance maladie, conseils départementaux etc.).

INFORMER, ORIENTER les personnes dont l'état de santé ne justifie pas une hospitalisation vers les structures d'accueil et d'accompagnement social et **ACCOMPAGNER** ces personnes pour faire valoir leurs droits et particulièrement leur permettre d'accéder à une couverture sociale.

EXERCER un rôle de prévention et notamment auprès des jeunes femmes démunies, en matière de contraception, d'IVG, ou d'accueil de leurs enfants.

ASSURER un suivi de la population reçue.

SENSIBILISER, INFORMER ET FORMER les professionnels de l'établissement dans lequel est implanté la PASS pour définir des protocoles, améliorer la réactivité et garantir la collaboration de tous face aux problématiques de précarité.

LES ESSENTIELS (3,4,5)

Les PASS accueillent des personnes qui ont besoins de soins externes et ne bénéficient pas d'une couverture sociale ou bénéficient d'une couverture sociale incomplète ou pour d'autres raisons d'ordre social.

Les PASS sont habituellement situées dans un établissement de santé mais peuvent être localisées sur un site en dehors de l'enceinte de l'établissement, de manière à faciliter l'accès de certains publics.

Il existe des PASS centralisées (local dédié), et des PASS transversales (activité peu localisée car portée par un ensemble des professionnels sociaux et sanitaires dans l'établissement).

Par principe, les PASS sont généralistes mais des PASS spécialisées se sont créées en raison de pathologies pour lesquelles l'accès aux soins est très difficile (psychiatrie, dentaire).

Certaines PASS sont dites «à vocation régionale» car elles exercent une activité de coordination, d'appui et d'expertise auprès des acteurs des PASS.

L'équipe, dédiée au dispositif, est composée a minima de personnel médical (médecin et infirmier), social et administratif avec un temps de coordination.

Les PASS sont financées par l'ARS via le FIR*.

* FIR : Fonds d'Intervention Régionale



Information

Depuis 2008, l'évaluation de la satisfaction des usagers des PASS est devenue une obligation suite aux recommandations données par la DHOS (6).

Annuaire PASS et outils d'accompagnement

(1) Loi d'orientation n°1998-41 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions et circulaire DH/AF1/FDGS/SP2/DAS/RV3 du 17 décembre 1998

(2) Code de la santé publique, L.6111-1-1 et L.6112-6

(3) Projet régional de Santé Île-de-France, Schéma régional de santé 2018-2022, p.330

(4) Circulaire n° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des PASS

(5) Code de la sécurité sociale L1435-8

(6) Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS). Enquête nationale 2008 sur la mise en œuvre du dispositif des permanences d'accès aux soins de santé. Paris octobre 2009

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

111

LES CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE (CLSM)

Niveau
Local

Les CLSM s'inscrivent dans la lignée du «conseil de santé mentale de secteur» préconisé déjà par la circulaire du 15 janvier 1974, réaffirmé par les circulaires, instructions interministérielles, rapports et Plan Santé Mentale ultérieurs.

En 2000, la mise en place des Ateliers Santé Ville (ASV), a permis de faire remonter la priorité que constitue la santé mentale pour les habitants des quartiers concernés. La création des CLSM a été impulsée par le centre collaborateur français de l'OMS (CCOMS*). Depuis la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé qui définit leur rôle dans la mise en place des PTSM et l'instruction du 30 septembre 2016, une attention particulière est portée pour inscrire les CLSM dans les contrats de ville et pour couvrir en priorité les territoires de la politique de la ville (1,2).

* Le CCOMS (centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé – OMS – pour la recherche et la formation en santé mentale) participe largement à la promotion et la mise en place des conseils locaux de santé mentale



Texte juridique

Les CLSM sont des lieux de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les associations, leurs représentants des usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population (3,4).



A consulter

Qu'est-ce qu'un CLSM ?

MISSIONS (1,2,5)

DÉFINIR, METTRE EN ŒUVRE, SUIVRE, en commun, des politiques locales et des actions pour améliorer la santé mentale de la population, en prenant en compte les priorités de la stratégie nationale de santé.

PARTICIPER, par leur avis, à l'élaboration du diagnostic territorial partagé et du PTSM.

RAPPROCHER l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale afin notamment de clarifier et mieux coordonner les actions de chacun.

INFORMER ET SENSIBILISER sur la santé mentale et contre la stigmatisation, en développant des actions de promotion de l'accès des usagers en santé mentale à la citoyenneté, d'aide à l'accès au logement et à l'hébergement, d'amélioration de l'accès et de la continuité des soins, d'accès aux loisirs et à la culture, de déstigmatisation et de sensibilisation de la population à la santé mentale.

LES ESSENTIELS (2,6,7)

Le CLSM correspond à un territoire de proximité qui doit être pertinent pour les acteurs locaux : infra-communal, communal ou intercommunal et pour les acteurs du secteur de psychiatrie.

Présidé par un élu local, les CLSM fonctionnent en 3 niveaux :

- un comité de pilotage qui définit les missions et orientations du CLSM et s'assure des règles éthiques et de confidentialité. Les représentants des usagers et des aidants y participent pleinement.
- des groupes de travail par thématique ou par public proposés par le comité de pilotage.
- une assemblée plénière qui réunit, au moins 1 fois par an, tous les partenaires du territoire (élus, ARS, équipe(s) de psychiatrie pluridisciplinaire, représentants des habitants, des aidants et des usagers, professionnels concernés par la santé mentale et la médecine de ville), à qui elle offre un lieu d'information, d'échange et de concertation.

Le CLSM peut disposer d'un coordonnateur, en charge de l'animation du réseau afin, notamment, de rassembler et sensibiliser un collectif d'acteurs et appuyer les instances de gouvernance du CLSM, ainsi que de mettre en œuvre un processus d'information et de communication au sein des réseaux d'acteurs intervenant sur le territoire du CLSM.

En pratique et du fait du cadre législatif à visée incitative, tous les CLSM ne sont pas aussi structurés.



Information

Dans son rapport d'évaluation paru en 2018, l'Agence Régionale de Santé d'Île-de-France recensait 76 CLSM sur le territoire francilien, dont 62 actifs (73 en 2020). La région représente près du tiers des CLSM existants au niveau national (7).

(1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, article 69

(2) Instruction n°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des CLSM en particulier dans le cadre des contrats de ville

(3) clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/

(4) www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-549.htm

(5) Code de la santé publique L3221-2, II

(6) État des lieux national 2018 des CLSM en France, CCOMS clsm-ccoms.org/

(7) Synthèse de l'évaluation des CLSM en Île-de-France, ARS Île-de-France, cabinet Itinere iledefrance.ars.sante.fr/

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

113

LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM)

Niveau
Local

Dès 1940, se sont développés des « clubs thérapeutiques » pour les usagers de la psychiatrie, à l'initiative des soignants. Puis dans les années 60, avec l'ouverture des hôpitaux psychiatriques sur la Cité, les usagers eux-mêmes et/ou leurs familles, ont développé des GEM sous forme associative, indépendamment des structures de soins, tout en établissant des partenariats avec elles.

Regroupant initialement les personnes vivant avec un trouble psychique, les GEM, sont développés autour d'autres publics*. Les Groupes d'Entraide Mutuelles (GEM) sont des associations portées **par et pour des usagers en santé mentale** ; ils reposent sur le principe de pair-aidance. Souvent implantés au cœur de la ville, ils permettent de se retrouver, de s'entraider, d'organiser des activités visant au développement personnel, de passer des moments conviviaux et de créer des liens.

* GEM regroupant des personnes présentant un « handicap résultant d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise ou regroupant des personnes présentant un handicap résultant d'un trouble du spectre de l'autisme ou autre trouble du neuro-développement. »



Texte juridique

En même temps qu'elle reconnaît le handicap psychique, la loi du 11 février 2005 consacre les GEM (1). Les GEM, structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société, regroupent des personnes adultes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité.



A consulter

Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des GEM

MISSIONS (2-4)

Le GEM n'est pas une structure médico-sociale, ni un lieu de soins. Animée par la philosophie de la « pair-aidance », il offre un espace de rencontre, d'entraide, de liberté et de contact, où la personne est un citoyen, non un patient.

LUTTER contre l'isolement par la restauration et le maintien des liens sociaux.

CONTRIBUER à l'amélioration du bien-être des personnes en leur offrant un espace de stabilisation, d'apaisement et de resocialisation.

VALORISER le soutien entre pairs par des temps d'échanges, d'activités et de rencontres.

ENCOURAGER l'auto-détermination des personnes en leur redonnant confiance et le pouvoir d'agir.

FAVORISER l'insertion sociale dans la Cité, par la participation citoyenne et par exemple l'insertion ou le maintien dans l'emploi. Pour remplir cet objectif d'ouverture sur la Cité, le GEM doit établir des relations de partenariat avec différents organismes (commune d'implantation, milieu associatif environnant, MDPH, acteurs de l'accompagnement et de l'offre de soins, acteurs de l'insertion sociale et professionnelle).

LES ESSENTIELS (2-4)

L'adhésion et donc la fréquentation d'un GEM ne nécessite pas une orientation de la CDAPH*, ni même un certificat médical.

Basé sur des principes d'auto-détermination et de pouvoir d'agir des personnes, les membres d'un GEM décident de son fonctionnement, de son organisation et ont la charge de sa gestion administrative et financière.

Un GEM peut faire appel à un ou des animateurs, salariés et/ou bénévoles qui viennent en appui à ses membres.

Un GEM a des moyens matériels et financiers propres, constitués par des subventions, par des mises à disposition de locaux ou de matériels de sources diverses et par les cotisations des membres.

Pour bénéficier du financement de l'ARS, un GEM doit respecter le cahier des charges défini par arrêté. Le GEM doit notamment se constituer en association « loi 1901 » et recevoir l'appui d'un parrain qui peut être une association d'usagers, une association de familles, une association ou tout organisme reconnu comme en capacité d'apporter un soutien aux adhérents.

* CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (Cf MDPH)



Information

Pour l'année 2021, 656 GEM ont été recensés en France, dont 59 en Île-de-France. Chaque année, un GEM transmet son bilan annuel d'activité à l'ARS.

* Depuis 2016, un comité national de suivi constitué de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la CNSA, des représentants des autres administrations centrales concernées, ainsi que des représentants des ARS, des représentants des associations d'usagers et des associations représentatives des personnes concernées par les GEM, se réunit une fois par an, examine le bilan annuel des GEM et contribue à leur évaluation

(1) Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et Code de l'action sociale et des familles L114-1-1 et L114-3

(2) Circulaire DGAS/3B no 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des GEM pour personnes souffrant de troubles psychiques

(3) Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des GEM (4) Les cahiers pédagogiques de la CNSA : Les GEM – Mai 2017