

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

17

LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ (CLS)

Niveau
Territorial

Le **CLS** est un outil porté conjointement par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé. Il est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en oeuvre des actions, au plus près des populations.



Texte juridique

Selon l'article L.1434-17 du Code de santé publique. «La mise en oeuvre du projet régional de santé peut faire l'objet de contrats locaux de santé conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social» (1).



A consulter

[Le référentiel Contrat Locaux de Santé – ARS Ile de France, 2016](#)

MISSIONS

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS sociales et territoriales de santé et de **METTRE EN OEUVRE** des solutions pour une offre de santé de proximité en proposant des parcours de santé plus cohérents et adaptés à l'échelon local sont les objectifs prioritaires.

CRÉER une dynamique collective : les signataires du contrat sont, a minima, la collectivité territoriale, l'ARS et la préfecture départementale. En outre, ils emportent la mobilisation fréquente d'autres partenaires : établissements de santé, CPAM, associations locales, conseils départementaux dans certains cas.

ÉLABORER un projet participatif avec une stratégie et des objectifs définis en commun, un programme d'actions pluriannuel co-construit sur la base d'un diagnostic de santé local partagé, un suivi de la mise en oeuvre et une évaluation des résultats conjoints.

RÉPONDRE de manière adaptée au plus près des besoins de la population, en facilitant les parcours de soins et de santé par la prévention, l'accès aux soins et l'accompagnement médico-social. Mais aussi en prenant en compte les déterminants de la santé identifiés localement comme ayant une incidence forte sur les populations locales (le logement, l'environnement, l'éducation, les relations sociales et le travail), notamment par le développement de démarches intersectorielles.

S'IMPLANTER dans deux milieux privilégiés : les zones rurales isolées et les quartiers urbains en difficulté, notamment ceux définis par la géographie prioritaire de la politique de la ville.

LES ESSENTIELS

Les ARS assurent le pilotage et la mise en oeuvre de la politique de santé en région. Pour ce faire, le [Projet Régional de Santé \(PRS\)](#) doit être porté à travers une démarche partenariale avec les signataires du contrat, et d'autres acteurs pouvant être associés au dispositif : services de l'Etat, acteurs de santé et associations qui peuvent être associés au dispositif.

Pour les ARS, le dispositif permet de prendre en compte plusieurs enjeux :

- mettre en cohérence les priorités du PRS avec les politiques de santé menées par les collectivités en tenant compte des spécificités et des dynamiques du territoire local,
- mutualiser les moyens pour répondre à un besoin local de santé et agir en faveur de la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- consolider par contrat les partenariats locaux et intersectoriels, et inscrire la démarche dans la durée.



Information

(1) Art. L. 1434-17 du Code de santé publique

En 2024, la région francilienne compte 88 démarches de [CLS](#) et leur territoire d'application couvre 58,3% de la population francilienne. L'ARS Ile-de-France mobilise plus de 2 millions d'euros au soutien à l'ingénierie des CLS en 2024.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

30

LES MAISONS D'ACCUEIL SPÉCIALISÉ (MAS)
ET FOYERS D'ACCUEIL MÉDICALISÉ (FAM)

Niveau
Territorial

Dans les années 70-80, le besoin de structures d'accueil et d'hébergement devient croissant pour accompagner quotidiennement les personnes gravement handicapées et dans l'impossibilité, de ce fait, d'exercer une activité professionnelle. Une solution d'hébergement avec un suivi social et médical ou paramédical est donc nécessaire (1).



Texte juridique

Les MAS et les FAM sont des structures d'hébergement et de soins accueillant des adultes dont le handicap, ou les handicaps, les rendent inaptes à réaliser seuls les actes de la vie quotidienne et qui nécessitent une surveillance médicale et des soins constants (Code de l'action Sociale et des Familles).



A consulter

Synthèse de l'enquête nationale 2012 «Bientraitance des personnes accueillies en Maisons d'accueil spécialisé et en Foyers d'accueil médicalisé»

L'annuaire de l'action sociale

MISSIONS (2)

ACCOMPAGNER les personnes dont l'état de santé nécessite une aide pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et une aide éducative pour favoriser le maintien ou l'acquisition d'une plus grande autonomie.

FAVORISER la relation avec autrui et l'expression de choix et du consentement en développant toutes les possibilités de communication verbale, motrice ou sensorielle, avec le recours à une aide humaine et si besoin à une aide technique.

ENCOURAGER la participation à une vie sociale, culturelle et sportive par des activités adaptées.

ASSURER un accompagnement médical coordonné garantissant la qualité des soins. Si le besoin en soins ne peut être satisfait au sein de la MAS ou du FAM, les résidents peuvent accéder à des lieux de soins extérieurs.

PORTER une attention permanente à toute expression d'une souffrance physique ou psychique des personnes accueillies ou accompagnées. En principe, les personnes accueillies en FAM sont un peu moins dépendantes que les personnes accueillies en MAS. Dans les faits, le public est le même, et il y a le plus souvent une diversité dans les handicaps entre chacune des structures.

VEILLER au développement de la vie affective des personnes accueillies ou accompagnées et au maintien du lien avec leur famille ou leurs proches.

LES ESSENTIELS

L'admission en MAS ou FAM se fait sur demande et après décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la MDPH.

Cette décision intervient dans les 4 mois. En l'absence de réponse dans ce délai, la demande vaut rejet. Le principal mode d'accueil en MAS ou FAM est l'internat. L'accueil de jour est toutefois possible.

Les structures ont une organisation propre de soins et disposent d'une équipe pluridisciplinaire comprenant au moins un professionnel représentant le corps médical, paramédical, éducatif et psycho-social (3).

Lorsqu'un séjour est d'une durée prévisionnelle supérieure à deux mois, un contrat de séjour* doit être signé entre la personne ou son représentant légal et le représentant de la structure. En cas de refus de la personne de signer, un document individuel de prise en charge est établi.

Les MAS sont financées par l'Assurance Maladie tandis que les FAM reçoivent un double financement Assurance Maladie/Conseil Départemental.

* Le contrat de Séjour définit les objectifs de la prise en charge ; mentionne des prestations d'actions sociales ou médico-sociales, éducatives, pédagogiques, de soins, de soutien et d'accompagnement et décrit les conditions de séjour et d'accueil et les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation.



Information

En 2024, on compte 106 MAS et 72 FAM en Île-de-France. Pour favoriser la participation et l'expression des personnes accompagnées/résidents, il y a dans les établissements un [conseil de la vie sociale](#).

(1) Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées (article 46) Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 ; Circulaire AS du 28 décembre 1978 Circulaire 86-6 du 14 février 1986 relative à la mise en place d'un programme expérimental d'établissements d'hébergement pour adultes gravement handicapés Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

(2) Code de l'action sociale et des familles, article D.344-5-3

(3) Code de l'action sociale et des familles, articles D344-5-12 et D.344-5-13

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

31.1

LA COMMISSION MÉDICALE D'ÉTABLISSEMENT (CME)

Niveau
Territorial

La CME est l'instance représentative de la communauté médicale, odontologique, maïeutique et pharmaceutique dans les établissements publics de santé qui contribue à l'élaboration de la politique de la qualité des soins et de la sécurité des patients.



Texte juridique

S'agissant des établissements de santé privés, la représentation des praticiens est assurée dans le cadre de commissions médicales dans les établissements de santé privés à but non lucratif et de conférences médicales dans les établissements de santé privés à but lucratif (1).



A consulter

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

MISSIONS (2)

CONTRIBUE à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins : gestion des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins, dispositifs de vigilance garantissant la sécurité sanitaire, politique du médicament, prise en charge de la douleur, plan de développement professionnel continu...

CONTRIBUE à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers : réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale, évaluation de la prise en charge des patients, évaluation de la mise en oeuvre de la politique de soins palliatifs, fonctionnement de la permanence des soins, organisation des parcours de soins.

PROPOSE au président du directoire un programme d'actions relatif à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (en lien avec la CDU), à la mise en oeuvre du projet managérial, du projet social et de la politique de coopération hospitalière et avec la ville ainsi que toute opération liée à la mise en oeuvre du projet médical.

EST CONSULTÉE sur plusieurs matières, notamment l'orientation stratégique, l'organisation interne de l'établissement, le projet médical d'établissement, etc.

La CME élabore un rapport annuel comportant l'évolution des indicateurs, rapport à disposition du directeur général de l'agence régionale de santé.

Les missions de la conférence et de la commission médicale des établissements de santé privés, dans l'ensemble similaires à celles de la CME, sont régies par les articles L6161-2-2 et R6164-1 et suivants du Code de la santé publique (3).

LES ESSENTIELS

La CME est composée de l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médico-techniques et des représentants élus suivants : responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles, des praticiens titulaires, des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ; sages-femmes, si activité de gynécologie-obstétrique, des internes et un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique. D'autres personnes comme le président du directoire peuvent participer avec voix consultative.

La répartition et le nombre des sièges au sein de la commission sont déterminés par le règlement intérieur de l'établissement qui assure une représentation de l'ensemble des disciplines de l'établissement (4).

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME établit son règlement intérieur et y définit librement son organisation interne. Elle se réunit au moins quatre fois par an. L'établissement concourt au bon fonctionnement de la CME et met à sa disposition des ressources humaines et matérielles (5).

Les textes ne prévoient pas la présence des représentants des usagers au sein de cette instance. Cependant, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé a permis que la CDU soit associée à l'élaboration des principaux projets et programmes de l'établissement. Elle peut également proposer un projet des usagers, auquel la CME contribue, qui exprime les attentes et propositions des usagers en vue de l'élaboration du projet d'établissement des établissements publics de santé (6).

La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé institue une commission médicale de groupement dans chaque GHT (7). Dans l'attente de la publication des décrets, la question de l'avenir des compétences des CME des établissements parties au GHT reste en suspens.

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

(2) Code de la santé publique L6144-1 et R. 6144-1 à R. 6144-2-2

(3) Code de la santé publique L6161-2-2 et R6164-1 et suivants

(4) Code de la santé publique L6144-2, R6144-3, R6144-3-1, R6144-3-2

(5) Code de la santé publique R6144-6

(6) Code de la santé publique R1112-80, L6144-1 et R6144-2-2

(7) Code de la santé publique L6144-2-1]

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

32

LES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT PAR LE TRAVAIL (ESAT)

Niveau Territorial

Les ESAT anciennement nommés Centres d'aide par le travail (CAT), sont un des piliers du volet «travail» de la politique handicap engagée en France depuis 1975 (1).



Texte juridique

Ces structures médico-sociales permettent aux personnes handicapées dont les capacités de travail sont insuffisantes pour travailler en milieu ordinaire, d'exercer une activité à caractère professionnel et socialisante tout en leur assurant un suivi médico-éducatif dans un milieu protégé. Ils participent ainsi à l'inclusion effective dans la société des personnes handicapées en leur garantissant l'accès à l'emploi (2).

MISSIONS (3,4)

PROPOSER une activité à caractère professionnel sur un poste aménagé, pour les personnes âgées de 20 ans minimum (sauf dérogation) dont le handicap a été reconnu par la [MDPH](#) et dont la capacité de travail est inférieure à 1/3 de la capacité de travail d'une personne valide. La capacité de travail insuffisante les empêche, momentanément ou durablement, à temps plein ou à temps partiel, de travailler dans une entreprise ordinaire ou dans une entreprise adaptée ou pour le compte d'un centre de distribution de travail à domicile, ou d'exercer une activité professionnelle indépendante.

OFFRIR un soutien médico-social et éducatif notamment pour l'acquisition de nouveaux savoirs permettant à chaque personne de progresser tant sur le plan personnel que professionnel.

FAVORISER l'insertion sociale et économique des personnes handicapées : les personnes y travaillant ne sont pas des salariés mais des usagers. Ils ne signent donc pas de contrat de travail mais un contrat d'aide et de soutien par le travail. Ce contrat est conclu pour 1 an renouvelable par tacite reconduction (5). La rémunération garantie au travailleur handicapé est comprise entre 55,7% et 110,7% du Smic. Elle est cumulable avec l'Allocation Adulte Handicapé (AAH).

ACCOMPAGNER la transition vers le travail en milieu ordinaire soit par des contrats aidés, soit par une mise à disposition dans une entreprise privée, une collectivité territoriale, un établissement public, une association ainsi qu'auprès d'une personne physique.

LES ESSENTIELS (3,6)

L'orientation vers un ESAT est décidée pour une durée comprise entre un 1 et 5 ans par la CDAPH* de la [MDPH \(Maison Départementale des Personnes Handicapées\)](#).

Publics ou privés, leur création est autorisée par arrêté du préfet. Les ESAT disposent de personnels d'encadrement des activités de production/services et de travailleurs sociaux assurant les soutiens éducatifs.

Les dispositions du Code du travail s'appliquent aux ESAT en ce qui concerne l'hygiène, la sécurité et la médecine du travail. Au 30 avril de chaque année, les ESAT présentent à l'ARS, un rapport sur leur politique en

faveur des travailleurs handicapés, en particulier en matière de rémunération garantie versée et de mise en oeuvre d'actions de formation. La tarification des places et des prestations proposées en ESAT est contrôlée par l'ARS.

Depuis le 1er janvier 2017, le financement des ESAT est assuré par l'Ondam* et fait partie du budget de la CNSA*. La dotation globale de fonctionnement est versée par l'ARS, le plan d'aide à l'investissement est accordé par la CNSA et l'aide au poste du travailleur handicapé reste assuré par l'État. Ils se complètent d'un budget constitué par les revenus de l'activité économique des ateliers de production de biens et de services.

En juillet 2021, le gouvernement présente un [plan de transformation des ESAT](#) au bénéfice de tous. Parmi les mesures proposées, on retient l'obtention de nouveaux droits pour les salariés d'ESAT comme les droits aux congés exceptionnels ou l'accès à la formation professionnelle, l'acronyme ESAT évolue «d'aide par le travail» à «accompagnement» et permettra des évolutions plus faciles entre milieu ordinaire et protégé. Au titre du plan France Relance, 15 millions seront mobilisés pour lutter contre la vétusté des équipements.

Pour en savoir plus : [un plan de transformation des ESAT au bénéfice de tous](#)

* CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées / Ondam : Objectif national de dépenses de l'assurance maladie / CNSA : Caisse nationale de Solidarité et de l'Autonomie



Information

La contrainte économique vécue par les ESAT couplée à la volonté politique de rendre effective l'inclusion des personnes handicapées en milieu de travail ordinaire, notamment par le déploiement du dispositif d'emploi accompagné et la réforme de l'OETH*, ont conduit au gel de création de places d'ESAT (7).

* Obligation d'emploi des travailleurs handicapés, réformée par la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel et favoriser l'emploi direct en milieu ordinaire.

(1) Les ESAT face à la contrainte budgétaire, 15 avril 2015, rapport d'Éric Bocquet avec la commission des finances du Sénat
(2) Code de l'action sociale et des familles L114, L114-1 et L312-1 1,5°a Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté

(3) Code de l'action sociale et des familles L344-2, L344-2-1 et D311

(4) Code de l'action sociale et des familles L243-4, L311-4, R243-5 à R243-10, D311-0-1

(5) Annexe 3-9 du Code de l'action sociale et des familles, modèle de contrat d'aide et de soutien par le travail

(6) CASF, articles R.344-16 à R.344-21

(7) Rapport IGAS-IGF – octobre 2019 – « Les Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) »

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

33

LES SERVICES D'ACCOMPAGNEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR LES ADULTES HANDICAPÉS (SAMSAH)

Niveau
Territorial

Le SAMSAH est une structure innovante créée par un décret du 11 mars 2005 pris pour l'application de la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (1).



Texte juridique

L'esprit des SAMSAH repose sur la promotion de l'autonomie des personnes en situation de handicap et leur maintien en milieu ordinaire, constituant ainsi une nouvelle possibilité d'accompagnement autre que le placement en institution et partant, une solution concrète vers une société plus inclusive (2).



A consulter

Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médicosocial pour adultes handicapés.

MISSIONS (2)

ÉVALUER les besoins et capacités d'autonomie de la personne, adulte, en situation de handicap reconnu à 80% qui exigent des soins spécifiques et ayant besoin d'une assistance pour **tout ou partie** des actes de la vie courante et/ou un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie. Les adultes concernés sont âgés de 20 à 60 ans au moment de la demande ou par exception, de plus de 60 ans si le handicap est reconnu avant cet âge limite.

STRUCTURER un projet de vie individualisé d'accompagnement avec la personne en identifiant les formes d'aides utiles à la réalisation du projet.

COORDONNER les interventions des professionnels nécessaires pour une assistance adaptée au bon moment et au bon endroit dans le cadre de vie quotidien de la personne.

ACCOMPAGNER la personne dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale.

GARANTIR un accompagnement médical et paramédical en milieu ordinaire de vie.

PRÉVENIR l'isolement de la personne en restaurant ou en préservant les relations familiales ou sociales.

CONTRIBUER à l'insertion sociale et professionnelle de la personne ou au maintien de ses activités professionnelles et sociales.

METTRE EN PLACE des relais avec les partenaires du secteur afin d'assurer la continuité du projet.

LES ESSENTIELS (3,4)

Les SAMSAH constituent également un mode d'intervention ambulatoire et interviennent sur décision de la CDAPH*. Leurs interventions peuvent s'exercer de manière permanente, temporaire ou séquentielle.

Les SAMSAH disposent d'une équipe pluridisciplinaire adaptée en fonction des besoins des personnes (éducateurs spécialisés, assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes).

Privé (association loi 1901) ou public, un SAMSAH peut être autonome ou adossé à un autre établissement médico-social. Sa création est soumise à une autorisation conjointe délivrée par le président du Conseil Départemental et le directeur général de l'ARS dans le cadre d'un appel à projet (5).

* Commission des Droits pour l'Autonomie des Personnes Handicapées

(1) Décret n°2005-223 du 11 mars 2005 pris pour l'application de la loi du 2 janvier 2002 n°2002-2 rénovant l'action sociale et médico-sociale

(2) Code de l'action sociale et des familles D.312-162 à D.312-172

(3) Code de l'action sociale et des familles D.312-155-13, D.344-5-1 à D.344-5-4

(4) Code de l'action sociale et des familles, D312-168, D344-5-11 à D344-5-16

(5) Code de l'action sociale et des familles, L.313-1-1 et R.313-1



Information

Compte tenu de leur mission socio-éducative et médicale, les SAMSAH sont financés pour la partie soins par l'Assurance Maladie, et pour la partie fonctionnement par le Conseil Départemental au titre de l'aide sociale.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

34

LES INSTITUTS MÉDICO-ÉDUCATIFS (IME)

Niveau
Territorial

A l'origine, les IME relèvent d'une initiative des familles touchées par le handicap mental de leur enfant. Consacrés par l'annexe XXIV du décret du 27 octobre 1989 et la circulaire du 30 octobre 1989, ils regroupent les anciens Institut médico-pédagogique et Institut médico-professionnel (1).



Texte juridique

Cette structure médico-sociale met en oeuvre un accompagnement global tendant à favoriser l'intégration d'enfants et adolescents présentant une déficience intellectuelle, dans les différents domaines de la vie, de la formation générale et professionnelle (2).

MISSIONS (3)

INTERVENIR auprès d'un public d'enfants et adolescents de 3 à 20 ans présentant une déficience intellectuelle liée à des troubles de la personnalité, des troubles comitiaux, des troubles moteurs et sensoriels et des troubles graves de la communication de toutes origines, ainsi que des maladies chroniques compatibles avec une vie collective.

FAVORISER l'épanouissement, la réalisation de toutes les potentialités intellectuelles, affectives et corporelles, l'autonomie maximale quotidienne et sociale des enfants ou adolescents accueillis.

ASSURER leur insertion dans les différents domaines de la vie, la formation générale et professionnelle, proposant notamment des formations préprofessionnelles et professionnelles pour préparer l'insertion du jeune à la sortie.

ASSURER la surveillance médicale régulière, générale, ainsi que celle de la déficience et des situations de handicap et dispenser les soins et les actes de rééducation nécessaires.

ÉLABORER un Projet Individualisé d'Accompagnement (PIA) en partenariat avec l'équipe pluridisciplinaire de l'IME et avec la famille et l'enfant.

FAVORISER l'autonomie, l'apprentissage et la socialisation et participer à l'éducation du jeune en accord avec le Plan Personnalisé de Scolarisation (PPS).

Un projet d'établissement à visée pédagogique, éducative et thérapeutique précise les objectifs et les moyens mis en oeuvre pour assurer cet accompagnement.

LES ESSENTIELS (4)

Pour intégrer cet institut, une décision d'orientation de la commission des droits et de l'autonomie de la MDPH est nécessaire. Ensuite, le dossier est présenté dans les IME désignés dans la décision.

Les IME sont spécialisés selon le degré et le type de handicap du public accueilli. Ils peuvent se distinguer selon l'âge des enfants*.

Pour assurer ses missions, un IME a une équipe éducative pluridisciplinaire et comprend toujours un médecin spécialiste du handicap concerné, auquel s'adjoignent selon les besoins d'autres professionnels.

Le principe étant celui d'une scolarisation inclusive (5), la scolarisation en milieu ordinaire des jeunes accompagnés par un IME doit être privilégiée. Cela étant dans certains cas impossible, la scolarisation peut se faire en unité d'enseignement interne au sein de l'IME (convention entre l'établissement et l'Éducation Nationale) de manière complète ou partagée.

Depuis la rentrée scolaire 2019, le fonctionnement en dispositif intégré est étendu aux IME. Ainsi, le temps à l'école ou à l'institut pourra être partagé et le **SESSAD** aura la possibilité d'intervenir en complément (6).

S'ils accompagnent en majorité des enfants de plus de 11 ans, les IME ont l'obligation de mettre en place un **CVS** où les usagers sont représentés et, s'il y a lieu, la famille. Le plus souvent gérés par des associations à but non lucratif, l'autorité de contrôle est l'Agence Régionale de Santé (ARS) et l'Assurance Maladie finance en tenant compte du prix de journée et à la suite d'un agrément de l'ARS.

*Les 6 à 20 ans sont accueillis en IME (terme générique), les 3 à 14 ans, en internat médico-pédagogique (IMP), ou externat médicopédagogique (EMP) et les 14 à 20 ans en section d'initiation et de première formation professionnelle (SIFPP), également appelée institut médico-professionnel (IMPro) ou centre médico-professionnel (CMPro).



Information

Un coordinateur de parcours, fonction émergente, est un tiers participant à l'élaboration du parcours. Il peut être externe à l'établissement, au sein d'une plateforme de coordination associative auprès de plusieurs établissements et services (7).

(1) Annexe XXIV au décret n°89-798 du 27 octobre 1989 et circulaire n°89-17 du 30 octobre 1989
(2) Code de l'action sociale et des familles D.312-12, al.2
(3) Code de l'action sociale et des familles D312-11 à D312-14
(4) Code de l'action sociale et des familles D312-15 à D312-40
(5) Code de l'éducation L111-1 et L401-2, al2 et Loi n°2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'École de la République
(6) Loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, Code de l'action sociale et des familles L312-7-1 et D312-0-1
(7) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 «Hôpital, Patients, Santé, Territoires», Rapport Piveteau, Loi n° 2016-41 du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et décret 2016-919 du 4 juillet 2016 sur la création des plateformes d'appui à la gestion des parcours complexes

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

35

LES ACCUEILS DE JOUR

Niveau
Territorial

L'accueil de jour est une formule de répit pour les aidants et également un outil de la politique de maintien à domicile des personnes (1).



Texte juridique

Consacré légalement par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (2), il s'agit d'une modalité d'accueil temporaire pour les personnes handicapées de tous âges ou les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées vivant à domicile, pour une période allant d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine.



A consulter

Circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

MISSIONS (2)

OFFRIR un moment de répit indispensable à la poursuite de son accompagnement et/ou un moment de répit et d'échanges avec l'équipe pluridisciplinaire pour l'aidant. Les personnes handicapées y sont accueillies suite à une décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

Pour les personnes âgées, un certificat médical du médecin traitant suffit. En cas d'urgence, une procédure est prévue par les textes, notamment pour les personnes avec une reconnaissance de handicap supérieur à 80%.

FAVORISER le maintien à domicile.

ROMPRE avec l'isolement et restaurer le lien social des aidants et des personnes malades.

PROPOSER un programme d'activités individualisées ayant pour but de maintenir voire de réadapter l'autonomie de la personne dans la réalisation des actes de la vie quotidienne, comme de la gymnastique douce, atelier créatif, chant, etc.

CONSTITUER une transition utile pour une future entrée en EHPAD lorsque l'accueil de jour concerne des personnes âgées.

LES ESSENTIELS

L'accueil de jour peut être simple ou spécialisé par exemple « Alzheimer ou maladies apparentées ». Il peut être autonome ou adossé à un service à domicile ou une maison de retraite/ EPHAD.

Outre le personnel administratif, une équipe de professionnels pluridisciplinaire du secteur médico-social anime et encadre l'accueil de jour. A titre permanent, il y a au minimum un infirmier, un psychologue et une aide médico-psychologique (temps partiel ou temps plein).

Financé par l'Assurance Maladie et le Conseil Départemental, le prix à la journée est fixé annuellement par le département (accueil à visée sociale) ou l'ARS (accueil à visée thérapeutique Alzheimer).

La Prestation Compensation du Handicap (PCH) ou l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) peut être utilisée pour aider au financement de l'accueil de jour. Pour ouvrir, un accueil de jour médicalisé doit obtenir une autorisation conjointe du DG de l'ARS et du président du conseil départemental, après sélection du projet dans le cadre d'un appel à projet.



Information

L'accueil de jour peut aussi être itinérant avec une prise en charge par une seule équipe pluridisciplinaire qui se déplace sur plusieurs sites géographiques.

(1) Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale – Code de l'action sociale et des familles, articles L.312-1 et L.314-8

(2) Code de l'action sociale et des familles D312-8 à D312-10 et Circulaire DGASISD3CI2005/ 224 du 12 mai 2005 (accueil temporaire des personnes handicapées), Circulaire DGCS/SD3A/2011/444 du 29 novembre 2011 relative aux modalités d'organisation de l'accueil de jour et de l'hébergement temporaire.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

36

LES INSTITUTS THÉRAPEUTIQUES ÉDUCATIFS ET PÉDAGOGIQUES (ITEP)

Niveau Territorial

Anciennement dénommés instituts de rééducation, les ITEP sont régis par plusieurs textes réglementaires (1).



Texte juridique

Les ITEP sont des établissements médico-sociaux qui accueillent des enfants, adolescents ou jeunes adultes ayant des troubles d'ordre psychologique qui perturbent gravement leur socialisation et leur accès à la scolarité et à l'apprentissage (2). Ils sont préconisés en deuxième intention lorsque les interventions de professionnels et services au contact de l'enfant n'ont pas permis de résoudre ces difficultés psychologiques.



A consulter

[Circulaire DGAS/DGS/SD3C n°2007-194 du 14 mai 2007](#)
[Télécharger le rapport sur les parcours en ITEP \(2017\)](#)

MISSIONS (1,3)

DISTINGUER les besoins liés aux difficultés psychologiques des besoins liés aux troubles réactionnels en relation avec une situation sociale ou familiale problématique qui relèvent d'autres champs de compétence.

ACCOMPAGNER l'accès aux soins, la participation sociale, les apprentissages chez les enfants, adolescents ou jeunes adultes avec des difficultés psychologiques et dont les potentialités intellectuelles et cognitives sont malgré tout préservées.

ÉLABORER ET METTRE EN OEUVRE un projet personnalisé d'accompagnement dans ses dimensions thérapeutique, éducative et pédagogique.

PRÉSERVER le lien avec le milieu ordinaire de vie tout en organisant des activités éducatives adaptées.

ASSOCIER ET SOUTENIR les parents et les proches.

PERSONNALISER l'accès aux apprentissages scolaires et pré-professionnels, en proposant notamment plusieurs modalités de scolarisation en lien avec les établissements d'enseignement de proximité et **en recherchant** les dispositifs de formation générale et professionnelle appropriés.

FAVORISER la formation et le soutien des professionnels.

LES ESSENTIELS (1)

L'orientation vers l'ITEP relève d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) de la **MDPH**. Le directeur de l'ITEP désigné a 15 jours pour se prononcer sur la suite réservée à la désignation de son établissement.

En ITEP, les modalités d'accompagnement sont multiples : internat complet, semi-internat, internat modulé, accueil de jour et avec un **SESSAD**.

En Île-de-France, les ITEP proposent ces 3 modes d'accompagnements, ceci toujours en lien avec le Projet Personnalisé de Scolarisation. Afin d'assurer la scolarisation et la continuité des parcours de formation des jeunes accompagnés par un ITEP, une unité d'enseignement peut être créée en son sein pour des enfants ou des adolescents qui ne peuvent effectuer leur scolarité dans une école ou un établissement scolaire (4).

Composés d'une équipe pluridisciplinaire : médicale, paramédicale, enseignante et psychologique, ils travaillent avec des partenaires extérieurs. Placés dans le champ de compétences de l'État (**ARS**), les ITEP sont financés par l'Assurance Maladie.



Information

En 2024, l'Île-de-France compte 29 ITEP. Depuis 2017, les ITEP qui disposent de l'ensemble des modalités d'accompagnement (SESSAD et internat) peuvent fonctionner en «dispositif intégré». Le fonctionnement en dispositif intégré vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD. Ceci permet d'éviter une nouvelle démarche auprès de la MDPH pour passer d'ITEP au SESSAD (5).

(1) Décret n°2005-11 du 6 janvier 2005, Circulaire DGAS/DGS/SD3C n°2007-194 du 14 mai 2007 et décret n°2009-378 du 2 avril 2009

(2) Code de l'action sociale et des familles D312-59-1

(3) Code de l'action sociale et des familles D312-59-2 et s.

(4) Code de l'action sociale et des familles D321-0-1 et D351-1 7

(5) Code de l'action sociale et des familles L312-7-1 ; D312-59-3-1 et Instruction n° DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

37

LES CENTRES D'ACTION MÉDICO-SOCIAL PRÉCOCE (CAMSP)

Niveau
Territorial

A l'origine, les CAMSP ont été créés dans les années 70 à la suite des actions et des engagements de Janine LEVY, Kinésithérapeute et du Dr Roger SALBREUX.

Leur existence propre a été consacrée par deux lois de 1975 (1) en faveur des personnes handicapées.



Texte juridique

Les CAMSP ont pour vocation la prise en charge précoce des jeunes enfants en situation de handicap ou présentant un risque de développer un handicap. Ce sont des structures pivots à l'interface du secteur sanitaire et du secteur médicosocial dont l'action tend vers l'inclusion de l'enfant vers le milieu ordinaire.



A consulter

Synthèse nationale des rapports d'activité des CAMSP – 2017 et 2018 (2)

Association nationale des équipes contribuant à l'action médico-sociale précoce

MISSIONS (3-7)

PRÉVENIR le handicap chez les enfants nés dans un contexte à risques (grande prématurité, souffrance foetale, convulsions, situations psychosociales vulnérables...) ou réduire les conséquences invalidantes de ces déficits.

DÉPISTER des déficits ou handicaps chez les enfants de 0 à 6 ans révolus rencontrant des difficultés au cours de leur développement (langagier, psychomoteur, comportemental...) et prévenir leur aggravation.

PERMETTRE le maintien de l'enfant dans un milieu de vie ordinaire par les soins et la rééducation.

ACCOMPAGNER les familles au cours des consultations ou à domicile, dans les soins et l'éducation spécialisée que peut requérir l'état de l'enfant.

AIDER à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance (crèche, halte-garderie, école maternelle).

LES ESSENTIELS (5-7)

L'entrée au CAMSP est directe, sans passage par la MDPH, et se fait uniquement en accueil de jour. Composés d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative avec notamment des assistants sociaux, des psychologues, des pédiatres etc., ils peuvent fonctionner dans les locaux d'une consultation hospitalière, d'une consultation de protection maternelle et infantile (PMI), d'un dispensaire d'hygiène mentale, d'un centre médico-psychopédagogique* (CMPP) ou d'un établissement habilité à recevoir des enfants d'âge préscolaire atteints de handicaps sensoriels, moteurs ou mentaux.

Spécialisés ou polyvalents avec des sections spécialisées, ils doivent obligatoirement s'assurer la collaboration d'un médecin qualifié en pédiatrie et d'un médecin qualifié en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Toutes les interventions réalisées par les CAMSP sont prises en charge par l'Assurance Maladie. Pour son fonctionnement, un CAMSP est financé (8) à 80% par la CPAM et à 20% par le Conseil Départemental (CD) (via une dotation globale). Un rapport d'activité annuel est transmis à l'ARS et au Conseil Départemental avant le 30 avril.

* Les CMPP accueillent les enfants de 0 à 16 ans ou de 6 à 20 ans voire à l'âge adulte pour les CMP afin de prendre en soin l'inadaptation liée à des troubles neuropsychiques ou à des troubles du comportement



Information

On compte en Île-de-France, 34 CAMSP. Ils se différencient des CMP (centre médico-psychologique) et CMPP. Un CAMSP, désigné par l'ARS, peut porter une plateforme de coordination et d'orientation (PCO), dispositif destiné à réduire l'errance diagnostic en mettant en oeuvre un parcours de bilan et d'intervention précoce pour des enfants de moins de 7 ans présentant des signes d'alerte évoquant un TND* (9).

* TND : trouble du neuro-développement

- (1) Loi n°75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées et Loi n°75-535 relative aux institutions sociales et médico-sociales
 (2) Synthèse nationale des rapports d'activité des CAMSP – 2017 et 2018 – CNSA, publication août 2020
 (3) Annexe 32 Bis du décret 76-389 du 15 avril 1976 – Circulaire N°DHOS/E1/DGS/DGAS/2002/269 du 18 avril 2002
 (4) Code de la santé publique, L2132-4
 (5) Circulaire 669/PME du 9 juin 1976
 (6) Annexe 32 du décret n°56-284 du 9 mars 1956
 (7) Arrêté du 14 mars 1986 et Code de la santé publique R3221-3
 (8) Code de la santé publique L2112-8
 (9) Code de la santé publique L2135-1 et R1235-1 à R1235-4, circulaire n° SG/2018/256 du 22 novembre 2018 et instruction interministérielle n° DGCS/SD3B/DGOS/DSS/DIA/2019/179 du 19 juillet 2019. handicap.gouv.fr/Intervenir précocement auprès des enfants présentant des écarts inhabituels de développement

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

39

LES SERVICES D'ÉDUCATION SPÉCIALE ET DE SOINS À DOMICILE
(SESSAD)

Niveau
Territorial

Les SESSAD créés par un décret du 27 octobre 1989 modifiant le décret de 1956 et les annexes associées, s'inscrivent dans un mouvement de désinstitutionnalisation de la prise en charge du handicap chez l'enfant, initié notamment par les associations de parents et familles de personnes handicapées (1).



Texte juridique

Cette structure médico-sociale ambulatoire autonome ou regroupée en dispositif de service ou adossée à un établissement spécialisé tel qu'un ITEP ou un IME intervient pour répondre aux besoins et attentes d'enfants et adolescents en situation de handicap âgés de 0 à 20 ans, sur le lieu de leur scolarisation ou à leur domicile.



A consulter

Décret n°2017-620 du 24 avril 2017 relatif au fonctionnement des établissements et services médico-sociaux en dispositif intégré prévu à l'article 91 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé.

MISSIONS (2)

OBILISER les ressources d'un territoire pour mettre en relation les acteurs pertinents (médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs) pour un accompagnement global de l'enfant ou jeune adulte concerné.

PRÉPARER l'avenir par l'approfondissement du diagnostic et en anticipant les orientations ultérieures.

PRÉVENIR l'exclusion scolaire de l'enfant et du jeune adulte dont les manifestations du handicap ou les troubles du comportement ne requièrent pas l'accueil en établissement spécialisé.

PROMOUVOIR la capacité de l'enfant ou du jeune adulte à vivre en autonomie dans son milieu de vie en facilitant le recours à tous les dispositifs de droit commun présents.

ACCOMPAGNER la famille et l'entourage dans les démarches liées au handicap en offrant un lieu d'écoute et d'échanges.

LES ESSENTIELS (3)

Ils constituent un mode d'intervention ambulatoire : sur décision de la CDAPH* de la MDPH et selon les différents types de SESSAD, le public accueilli est :

- **SSAD*** : Enfants de 0 à 20 ans ayant une déficience motrice et une déficience mentale sévère ou profonde,
- **SSESD*** : Enfants de 0 à 20 ans présentant une déficience motrice avec ou sans troubles associés,
- **SAFEP*** : Enfants de 0 à 3 ans ayant une déficience visuelle ou auditive grave,
- **SSEFS*** : Enfants de plus de 3 ans ayant une déficience auditive grave,
- **SAAAS*** : Enfants de plus de 3 ans ayant une déficience visuelle grave.

Composés d'équipes pluridisciplinaires (médecins, psychologues, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, éducateurs spécialisés, orthophonistes etc.) et peuvent disposer de professionnels plus spécifiques en fonction de l'orientation du SESSAD (transcripteurs, éducateurs en locomotion etc.).

Privé (association loi 1901) ou public, il doit recevoir une autorisation délivrée par l'ARS, dans le cadre d'une procédure d'appel à projet. Ils sont financés par une dotation globale de l'Assurance Maladie.

* CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées / SSAD : Services de Soins à Domicile / SSESD : Service d'Éducation spéciale à domicile / SSEFS : Service de soutien à l'éducation familiale et à la scolarisation / SAAAS : Service d'Accompagnement à l'Acquisition de l'Autonomie et à l'intégration Scolaire.



Information

Depuis 2017, les SESSAD et ITEP peuvent fonctionner en « dispositif intégré » et depuis la rentrée scolaire 2019, ce fonctionnement en « dispositif intégré » est étendu aux IME. L'orientation de la MDPH en dispositif intégré vise à faciliter les passages des enfants et des jeunes entre les modalités d'accompagnement proposées par les ITEP et les SESSAD ou les IME et les SESSAD, sans nouvelle décision de la MDPH (3) .

(1) Annexes XXIV, XXIV bis et XXIV ter du décret n°89-798 du 27 octobre 1989

(2) Code de l'action sociale et des familles, D312-55 à D312-59-18

(3) Décret n°2017-620 du 24 avril 2017, instruction n°DGCS/3B/2017/241 du 2 juin 2017 relative au déploiement du fonctionnement en dispositif intégré des ITEP et des SESSAD, Loi n°2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, Code de l'action sociale et des familles L312-7-1 et Annexe 2-12

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

40

LES LITS HALTE SOINS SANTÉ (LHSS)

Niveau
Territorial

Précédés par les lits d'hébergement de soins infirmiers mis en place pour les personnes en situation de grande exclusion, les Lits Halte Soins Santé (LHSS), d'abord expérimentés ont été définitivement déployés sur le territoire en 2006 (1). Les LHSS allient soins médicaux et hébergement.



Texte juridique

Les LHSS sont des structures médico-sociales destinées à accueillir des personnes majeures sans domicile fixe (SDF) dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, sans nécessiter une hospitalisation ou une prise en charge médico-sociale spécialisée, est incompatible avec la vie à la rue. Les LHSS ne sont pas dédiées à une pathologie donnée (2).



A consulter

Décret n°2016-12 du 11 janvier 2016 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des structures dénommées «lits halte soins santé» (LHSS) et «lits d'accueil médicalisés» (LAM).

MISSIONS (3)

PROPOSER ET DISPENSER les soins médicaux et paramédicaux adaptés qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient. Les personnes SDF nécessitant des soins médicaux, paramédicaux et un accompagnement social adaptés sont orientées par un professionnel de santé ou le [service d'accueil intégré et d'orientation \(SIAO\)](#) (4) du service de veille sociale du département.

ÉVITER UNE RUPTURE dans la continuité des soins ou une dégradation de l'état de santé de la personne.

PARTICIPER à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies.

METTRE EN PLACE un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies.

ASSURER des prestations d'hébergement, de restauration et de blanchisserie.

LES ESSENTIELS

Les LHSS ne remplacent pas d'autres dispositifs de droits communs. Ils ont pour particularité d'offrir un accueil inconditionnel en proposant un accompagnement adapté et global aux personnes sans domicile, avec ou sans problématiques addictives, de santé mentale ou de situation irrégulière sur le territoire.

L'admission est prononcée, sur demande de la personne, par le directeur de la structure, après avis favorable du médecin responsable de l'équipe. La sortie est soumise à avis médical après concertation avec l'équipe. Créés suite à un appel à projet de l'ARS qui a identifié un besoin sur son territoire, ils sont gérés par une personne morale de droit public ou de droit privé, ayant une connaissance du public accueilli et une expérience de sa prise en charge.

La durée prévisionnelle est au maximum de 2 mois, renouvelable. Les LHSS disposent d'une équipe pluridisciplinaire. Le nombre de lits est limitée à 30 lits (sauf décision de l'ARS qui peut le porter à 50 max.). L'ensemble des outils relatifs aux droits des usagers et à l'évaluation interne et externe prévus par la loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 doivent être mis en oeuvre. Les séjours étant courts, les LHSS n'ont pas l'obligation de mettre en place un [CVS](#), cependant ils doivent mettre en place un recueil de la parole de l'usager.

Les LHSS reçoivent une dotation annuelle prélevée sur l'enveloppe inscrite à ce titre à l'Ondam*. Cette dotation ne couvre pas les consultations et soins prescrits par le médecin responsable ne pouvant être dispensés dans la structure sauf si la participation à ces consultations et soins reste à la charge de la personne accueillie.

* *Objectif national de dépenses d'assurance maladie*



Information

En 2009, l'évaluation des LHSS a montré qu'ils n'étaient pas adaptés à un public vulnérable avec des pathologies chroniques graves. Il existait alors un vide juridique car l'accueil en LHSS est par principe limité et ne répond pas au besoin de prise en charge au long cours. C'est ainsi que les «Lits d'accueils médicalisés» (LAM), après expérimentation à Paris, Lille et dans l'Aube, ont été définitivement créés (5). Au 31 décembre 2018, l'Île-de-France disposait de 451 LHSS installés (6). [Recommandation de bonne pratique «LHSS, LAM et ACT: l'accompagnement des personnes et la continuité des parcours»](#) du volet inclusion sociale du programme de travail de la HAS.

(1) Loi n°2005-1579 du décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 et décret n°2006-556 du 17 mai 2006 (2) Code de l'action sociale et des familles L.312-1, 9° et D.312-176-1, I- al.1er (3) Code de l'action sociale et des familles D312-176-1, I- al2 (4) Code de l'action sociale et des familles D312-176-1, II à VI et D.312-176-2, I. (5) Évaluation du dispositif Lits Halte Soins Santé (LHSS), 12 février 2013, Itinere Conseil, Ministère des affaires sociales, de la santé et droits des femmes (6) Instruction ministérielle DGCS/5C/DSS/1A/DGS/SP2/SP3/2019/126 du 24/05/2019 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2019 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, Annexe 4

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

41

LES CENTRES DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRÉVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)

Niveau
Territorial

Avec les **CAARUD**, ils s'inscrivent dans la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Cette politique de réduction des risques remonte aux années 1980 en réponse à la crise sanitaire occasionnée par la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectées par voie veineuse (1).



Texte juridique

Les CAARUD et CSAPA sont des structures médico-sociales proposant un accompagnement aux personnes en difficulté avec des problématiques addictives (2). Les CSAPA sont venus remplacer les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes (CSST) et les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CAA) (1).



A consulter

Rapport de l'IGAS «Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives» – février 2014

MISSIONS (3)

ACCUEILLIR ET INFORMER les personnes avec des problématiques addictives et leurs proches dans le respect de l'anonymat (4).

PROCÉDER à l'évaluation médicale, psychologique et sociale et à l'orientation de la personne ou de son entourage.

RÉDUIRE LES RISQUES associés à la consommation de substances psychoactives.

ASSURER LA PRISE EN CHARGE médicale, psychologique, sociale et éducative ainsi que le sevrage et son accompagnement, la prescription et le suivi des traitements médicamenteux, dont les traitements de substitution aux opiacés.

PARTICIPER à la recherche, à la prévention et à la formation en matière de pratiques addictives, et en adéquation avec les besoins du territoire, développer des programmes destinés à un public spécifique ou pour des consommations déterminées.

LES ESSENTIELS (3-5)

Les CAARUD prennent en charge les usagers de drogues tandis que les CSAPA assurent l'accompagnement des usagers de drogues initiant une démarche de sevrage, ainsi que les personnes présentant des addictions sans substances et leurs proches.

Les CSAPA fonctionnent soit en ambulatoire soit avec hébergement (individuel ou collectif) voire les deux. Outre, le personnel administratif et de direction, les CSAPA doivent compter du personnel médical et paramédical, social ainsi que des psychologues.

Dans les deux types de structures (CSAPA et CAARUD), l'accueil est gratuit et anonyme. Et chacun des centres, reçoit une autorisation délivrée par l'ARS, dans le cadre d'une procédure d'appel à projet. Ils perçoivent une dotation globale annuelle versée par l'Assurance maladie.



Information

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, des consultations avancées CSAPA ou CAARUD, assurées par des équipes mobiles sont mises en place pour les publics hébergés dans les structures d'hébergement social (CHRS/SU), ne recourant pas spontanément au CSAPA (6).

(1) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique Rapport «Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD», décembre 2015, Fédération Addiction

(2) Code de l'action sociale et des familles L312-1 Circulaire DGS du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des CSST et à la mise en place des CSAPA

(3) Code de la santé publique R3121-33-1 et s.(CAARUD) et D3411-1 à D3411-9. (CSAPA)

(4) Code de la santé publique L3414-1 al 2 et annexe 32-1

(5) Code de l'action sociale et des familles L313-1, L314-3-3, R314-105 (CAARUD) et L314-8 (CSAPA)

(6) CHRS/SU : Centre d'hébergement de réinsertion sociale/Structure d'urgence Instruction interministérielle n°DGCS/SD1A/SD5C/DGS/SP2/SP3/DSS/1A/2020/106 du 21 juillet 2020 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2020 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

41.1

LES CENTRES D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT À LA RÉDUCTION DES RISQUES POUR LES USAGERS DE DROGUES (CAARUD)

Niveau
Territorial

Avec les [CSAPA](#), ils s'inscrivent dans la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues. Cette politique de réduction des risques remonte aux années 1980 en réponse à la crise sanitaire occasionnée par la transmission du VIH parmi les usagers de drogues injectées par voie veineuse (1).



Texte juridique

Les CAARUD et CSAPA sont des structures médico-sociales proposant un accompagnement aux personnes en difficulté avec des problématiques addictives (2).



A consulter

[Rapport de l'IGAS «Évaluation du dispositif médico-social de prise en charge des conduites addictives» – février 2014](#)

[Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022](#)

MISSIONS (3)

ACCUEILLIR, INFORMER ET CONSEILLER les usagers de drogues de façon individuelle ou collective.

FAVORISER l'accès aux soins des usagers par une aide à l'hygiène et à l'accès aux soins de première nécessité (remis sur demande en entretien), par une orientation vers le système de soins spécialisés ou de droit commun et par l'incitation au dépistage des infections transmissibles.

SOUTENIR les usagers dans l'accès aux droits, l'accès au logement et à l'insertion ou réinsertion professionnelle.

INTERVENIR dans le secteur proche du centre pour établir un contact avec les usagers et mettre à disposition du matériel de prévention des infections.

DÉVELOPPER des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

PARTICIPER au dispositif de veille en matière de drogues et de toxicomanie, à la recherche, à la prévention et à la formation sur l'évolution des pratiques des usagers.

LES ESSENTIELS (3-5)

Les CAARUD prennent en charge les usagers de drogues tandis que les [CSAPA](#) assurent l'accompagnement des usagers de drogues initiant une démarche de sevrage, ainsi que les personnes présentant des addictions sans substances et leurs proches.

Au sein des CAARUD, la réduction des risques repose essentiellement sur des éducateurs spécialisés, formés aux problématiques sanitaires. Ils sont portés par des structures associatives ou par des établissements de santé dès lors que ceux-ci gèrent également un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Dans les deux types de structures (CSAPA et CAARUD), l'accueil est gratuit et anonyme. Et chacun des centres, reçoit une autorisation délivrée par l'[ARS](#), dans le cadre d'une procédure d'appel à projet. Ils perçoivent une dotation globale annuelle versée par l'Assurance maladie.



Information

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, des consultations avancées CSAPA ou CAARUD, assurées par des équipes mobiles sont mises en place pour les publics hébergés dans les structures d'hébergement social (CHRS/SU), ne recourant pas spontanément au CSAPA (6).

- (1) Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique Rapport «Agir en réduction des risques en CSAPA et CAARUD», décembre 2015, Fédération Addiction
- (2) Code de l'action sociale et des familles L312-1 Circulaire DGS du 10 mars 2006 relative au renouvellement des autorisations des CSST et à la mise en place des CSAPA
- (3) Code de la santé publique R3121-33-1 et s.(CAARUD) et D3411-1 à D3411-9. (CSAPA)
- (4) Code de la santé publique L3414-1 al 2 et annexe 32-1(5) Code de l'action sociale et des familles L313-1, L314-3-3, R314-105 (CAARUD) et L314-8 (CSAPA)
- (6) CHRS/SU : Centre d'hébergement de réinsertion sociale/Structure d'urgence Instruction interministérielle n°DGCS/SD1A/SD5C/DGS/SP2/SP3/DSS/1A/2020/106 du 21 juillet 2020 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2020 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

43

LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Niveau
Territorial

Depuis 2019, ce dispositif de coordination est désormais intégré au sein des **DAC (dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes)**.

Constitués en majorité sous forme d'Association de Loi 1901, les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge.

Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.



Texte juridique

Conformément à l'article L. 6321-1 du Code de la santé publique, créée par la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le réseau de santé a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou « l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne [...] »



A consulter

Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002

Circulaire DHOS/CNAM/03/2007/88 du 02 mars 2007

MISSIONS (1)

APPORTER un appui spécialisé dans la prise en charge du patient à son domicile en situation complexe, auprès des professionnels de santé de premier recours, médicosociaux, sociaux et des familles (des proches/aidants).

Cet appui recouvre un(e) :

- évaluation médico-psycho-sociale au domicile (sans redondance avec d'autres évaluations réalisées par d'autres dispositifs)*,
- suivi et visites conjointes, accompagnement social et/ou psychologique du patient et de son entourage,
- permanence téléphonique pour les patients,
- mise à disposition des protocoles de soins, proposition de formations etc.

ASSURER UNE COORDINATION (mode d'organisation, de planification et de suivi du parcours de santé des patients) en coopération « sous la responsabilité du médecin généraliste de premier recours » avec son accord et par sa délégation, en vue :

- d'anticiper les situations de crise,
- de renforcer l'articulation entre l'ambulatoire et les établissements de santé,
- de réaliser un plan personnalisé de santé (PPS), outil privilégié de la coordination.

FAVORISER LE LIEN entre d'une part, la ville et l'hôpital et d'autre part, les intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social

* HAD, SSIAD, MAIA, PTA, PAERPA, DAC

LES ESSENTIELS

Composés d'une équipe de coordination et d'expertise composée de médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologue et personnels administratifs, leur fonctionnement repose sur **trois documents essentiels** :

- un document d'information remis aux usagers,
- la « charte du réseau »,
- une convention constitutive (2).

La gouvernance repose sur un Conseil d'administration représentatif de la démocratie sanitaire et médico-sociale de la zone de proximité (3).

La ressource financière principale des réseaux de santé est le Fond d'Intervention Régional (FIR) piloté par l'ARS.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

43

LES RÉSEAUX DE SANTÉ

Niveau
Territorial



Information

Dans un objectif de simplification, de lisibilité et de fluidité des parcours de santé, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit, sous 3 ans, la convergence des dispositifs d'appui aux parcours complexes (réseaux de santé, [MAIA](#), [PTA](#), PAERPA) au sein d'un dispositif unique : le [dispositif d'appui à la coordination](#).

En Île-de-France, les réseaux de santé tri-thématiques (cancérologie, gérontologie, soins palliatifs) territoriaux sont donc amenés à intégrer les DAC à partir de juillet 2022 (4). Les expertises existantes dans ces réseaux, en particulier en soins palliatifs à domicile, sont maintenues dans les DAC lorsque le territoire ne dispose pas d'une équipe mobile extra-hospitalière spécialisée en soins palliatifs – dans ce cas, un lien fort existe avec le DAC. Les réseaux de santé régionaux sont amenés à se transformer pour devenir des dispositifs experts régionaux mais les modalités pour y accéder demeurent. Les textes réglementaires sur les réseaux de santé sont abolis à partir de juillet 2022.

Les dispositifs d'appui d'Île-de-France disposent maintenant d'une structure de représentation régionale, qui les regroupent tous : [la FACS Île-de-France](#).

- (1) Code de la santé publique L. 6321-1 et circulaire DHOS/CNAM/03/2007/88 du 2 mars 2007
- (2) Code de la santé publique D 6321-3, D 6321-4, D 6321-5 issu du décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 modifié par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005
- (3) Guide méthodologique «Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ?» Direction générale de l'offre de soins – Ministère chargé de la santé.
- (4) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Article 23

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

45

LA PLATEFORME TERRITORIALE D'APPUI (PTA)

Niveau
Territorial

Depuis 2019, ce dispositif de coordination est désormais intégré au sein des **DAC (dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes)**.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé définit les missions des fonctions d'appui aux parcours complexes et leur concrétisation en plateformes territoriales d'appui (1).

Les plateformes ne sont pas des nouvelles structures : il s'agit d'un mode d'organisation qui vise à simplifier les dispositifs d'appui actuels, encore trop souvent organisés par pathologie ou par population, et donc peu lisibles pour les professionnels.



Texte juridique

Selon l'article D6327-5 du Code de la santé publique, «la plateforme territoriale d'appui est constituée à partir des initiatives des acteurs du système de santé relevant des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Dans ce cadre, une priorité est donnée aux initiatives des professionnels de santé de ville visant un retour et un maintien à domicile et, lorsqu'elles existent, des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé. Ces acteurs élaborent le projet de plate-forme mentionné à l'article D. 6327-6 (...) et assurent le suivi des actions» (2).



A consulter

[Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016 relatif aux fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes](#)

MISSIONS (3)

APPORTER un appui aux professionnels de santé, en priorité aux médecins traitants, pour les aider à prendre en charge des patients dont le parcours est complexe, et cela quel que soit leur mode d'exercice dans un territoire (exercice isolé ou dans des structures pluri-professionnelles).

GARANTIR que cet appui réponde à un(e) :

- **logique de missions** visant à apporter une réponse polyvalente aux demandes d'appui des professionnels tout en prenant en compte l'appui aux transitions hôpital-domicile et en incluant une responsabilité territoriale,
- **ciblage sur les situations complexes** sans distinction d'âge, ni de pathologie,
- **application souple** sans obligation de PTA,
- **priorité donnée aux initiatives** des professionnels de ville visant au maintien à domicile, aux équipes de soins primaires et aux CPTS,
- **dynamique de regroupement progressif** fondée sur l'articulation des dispositifs existants,
- **système d'information unique** partagé par chacune des composantes avec un identifiant unique,
- **progressivité de mise en oeuvre** à tous les niveaux, associée à une démarche qualité.

LES ESSENTIELS (3)

Ces plateformes reposent donc sur le regroupement des dispositifs existants (réseaux, MAIA...) et les initiatives des professionnels.

Elles apportent trois grands types de services aux professionnels :

- **une information et orientation** vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire concerné,
- **un appui à l'organisation** des parcours complexes, dont l'évaluation de la situation, la mise en place d'un plan personnalisé de santé (PPS) qui prévoit l'intervention de plusieurs professionnels autour du patient,
- **un soutien** aux pratiques et initiatives professionnelles.



Information

Dans un objectif de simplification, de lisibilité et de fluidité des parcours de santé, la loi du 24 juillet 2019 (4) relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a encadré la convergence des dispositifs d'appui aux parcours complexes (PTA, réseaux de santé, MAIA, PAERPA) au sein d'un dispositif unique : le dispositif d'appui à la coordination. Les dispositifs d'appui d'Île-de-France disposent maintenant d'une structure de représentation régionale, qui les regroupe tous.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
(2) Code de la santé publique D 6327-5 créé par le décret n°2016-919 du 4 juillet 2016
(3) Code de la santé publique D6327-3 et suivants créés par le décret n°2016-919 du 4 juillet 2019
(4) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Article 23

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

46

LES TERRITOIRES DE SANTÉ NUMÉRIQUE (E-PARCOURS)

Niveau
Territorial

Inscrit dans la Stratégie Nationale de Santé et lancé en 2014, le programme «Territoire de Soins Numérique» (TSN) a visé à faire émerger, dans des territoires dits «pilotes» (5 territoires retenus dont l'Île-de-France), des organisations innovantes de prise en charge des patients pour favoriser leur orientation dans le système de santé et renforcer la coordination entre professionnels de santé, en tirant bénéfice des nouvelles technologies de l'information et de la communication (1,2). En 2017, le plan «Territoires de soins 2021» prolonge et amplifie le programme «TSN» via le nouveau programme nommée «e-parcours» (3).



Texte juridique

Doté de 150 M€ sur la période 2017-2022, «E-parcours» accompagne la mise en oeuvre de Services Numériques d'Appui à la Coordination (SNAC), au service des professionnels des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales coordonnées au travers des nouvelles organisations territoriales de santé ou de fonctions d'appui aux parcours complexes (4,5).



A consulter

Vidéo ARS Île-de-France «Terri Santé : le numérique au service de la santé»

MISSIONS (5-7)

CONTRIBUER à l'architecture cible des systèmes d'information de santé développée par la Délégation ministérielle du numérique en santé (DNS).

DÉVELOPPER ET SIMPLIFIER les liens entre les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social dans une logique de prise en charge décloisonnée, via le déploiement et l'usage de services et référentiels socles, l'usage de services d'échange et de partage sécurisés, articulés avec l'ouverture des systèmes d'informations hospitaliers (SIH) vers la ville et le médicosocial portée par le programme national Hop'en.

PROPOSER un volet de financement de projets organisationnels et numériques en appui à la coordination usuelle et complexe mise en oeuvre par les nouvelles organisations territoriales (CPTS, expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018 (8), DAC).

RÉUSSIR la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires entre les professionnels exerçant dans les secteurs sanitaire, médico-social et social : l'ambition est d'offrir un espace régional unique sécurisé à tout professionnel et tout usager nécessitant une prise en charge coordonnée lui permettant d'accéder aux informations et services utiles de coordination.

LES ESSENTIELS (5-7)

Territoire pilote dès le programme « TSN », l'ARS Île-de-France a contribué au programme E-parcours, porté au niveau national, grâce à l'expérimentations «Terr-eSanté» conduite dans l'ouest du Val-de-Marne et le projet PAERPA parisien, avec un socle de services.

Depuis, elle poursuit son engagement avec l'ensemble des partenaires de la région, à travers un vaste programme de construction et de déploiement de services numériques visant à favoriser la coopération et la coordination entre professionnels et entre professionnels et usagers. Par exemple, les DAC auront pour mission de développer l'usage de la plateforme numérique d'échange et de partage d'information entre professionnels Terr-eSanté pour la coordination des parcours, et d'animer le portail numérique d'information et d'animation territoriale MAILLAGE (créés par et pour les acteurs de la gérontologie et de l'autonomie, ils se transforment, comme les DAC, pour devenir des portails d'information tout âge toute pathologie).

Un outil régional d'OBSERVATOIRE DES PARCOURS sera co-construit avec les DAC pour recueillir les remontées des ruptures de parcours du territoire et observer des situations signalées aux DAC.



Information

E-Parcours inclut les services numériques nationaux (7) tels que le Dossier Médical Partagé, la messagerie sécurisée, ou encore le dossier pharmaceutique. Dans le cadre de l'axe «promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires», un des objectifs de l'ARS IDF est d'avoir entièrement couvert l'Île-de-France par le dispositif E-parcours.

- (1) Ministère de la Santé et des Solidarités
 (2) Brochure Territoires de Soins Numériques
 (3) Le programme Territoire de soins numériques, Agence Régionale de Santé
 (4) Instruction n°DGOS/PF5/2017/135 du 24 avril 2017 relative à l'accompagnement du déploiement des services numériques d'appui à la coordination (SNAC) dans les régions
 (5) Plaquette Terr-eSanté et plaquette MAILLAGE
 (6) Programme e-parcours et instruction DGOS/PF5/2019/129 du 24 mai 2019 relative à la mise en oeuvre du programme e-parcours
 (7) Feuille de route «accélérer le virage numérique en santé», 25 avril 2019
 (8) Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 51 sur le financement possible d'expérimentations innovantes de collectifs de soins

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

47.1

LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE (CPAM)

Niveau
Territorial

En 1945 est créée la Sécurité Sociale qui a pour objet de garantir la protection sociale des salariés et de leur famille. En 1967, la Sécurité Sociale répartit son activité en 5 branches : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, retraite et recouvrement.

L'Assurance Maladie gère les deux premières.

En 2020, une nouvelle branche dénommée «Autonomie» est créée pour couvrir le risque lié à la perte d'autonomie (1).



Texte juridique

L'assurance Maladie s'est construite autour de trois principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité. Afin d'appliquer ces fondements, la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés est créée (CNAMTS ou **CNAM**). Elle définit les politiques de gestion du risque et pilote le réseau d'organismes chargés de les mettre en oeuvre, notamment les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).



A consulter

[Site de l'Assurance Maladie](#)

MISSIONS (1)

AFFILIER les assurés sociaux et gérer leurs droits à l'assurance maladie.

TRAITER les feuilles de soins et assurer le service des prestations d'assurance maladie, d'accidents du travail ou des maladies professionnelles.

APPLIQUER chaque année, en relation avec les professionnels de santé, un plan d'actions en matière de gestion du risque.

DÉVELOPPER une politique de prévention et de promotion de la santé.

ASSURER une politique d'action sanitaire et sociale par des aides aux assurés et aux associations.

Depuis le 1er septembre 2019, les étudiants sont rattachés au régime général de la sécurité sociale et depuis 2020, après une période transitoire de 2 ans, il en est de même pour les travailleurs indépendants.

Les CPAM gèrent donc désormais les risques maladie et maternité de ces populations. À noter que pour les indépendants, n'étant pas assuré obligatoirement contre le risque des accidents du travail/maladies professionnelles, ils ne bénéficient pas de la couverture améliorée des salariés (2).

Plus d'info sur la [sécurité sociale des indépendants](#).

LES ESSENTIELS

Les CPAM sont des organismes de droit privé, exerçant des missions de service public.

Elles sont pilotées par la CNAM, dont elles mettent en oeuvre les orientations politiques. Elles assurent ainsi les relations de proximité avec les publics de l'Assurance Maladie. Elles sont un intermédiaire entre les assurés et l'Assurance Maladie.



Information

En France, on dénombre 102 CPAM en France métropolitaine, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) (Guadeloupe, Guyane, Martinique et Réunion) et la caisse de sécurité sociale (CSS) à Mayotte.

(1) Loi organique n°2020-991 et loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

(2) <https://www.secu-independants.fr>

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

47.2

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DES CAISSES PRIMAIRES
D'ASSURANCE MALADIE

Niveau
Territorial

La Sécurité Sociale répartit son activité en 5 branches : maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, famille, retraite, recouvrement (1).

En 2020, une nouvelle branche dénommée «Autonomie» est créée pour couvrir le risque lié à la perte d'autonomie (2).



Texte juridique

La CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) définit les politiques de gestion du risque et pilote le réseau d'organismes chargés de les mettre en oeuvre, notamment les Caisse Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

L'article L.211-1 du Code de la sécurité sociale précise que «chaque caisse primaire d'assurance maladie est dotée d'un conseil et d'un directeur.»

MISSIONS (3)

LE CONSEIL DE LA CPAM DÉTERMINE :

- les orientations du contrat pluriannuel de gestion conclu avec la CNAM,
- les objectifs visant à améliorer la qualité des services rendus à l'usager,
- les axes de la politique de communication à l'égard des usagers,
- les axes de la politique de gestion du risque.

Le Conseil délibère également sur la politique d'action sanitaire et sociale de la CPAM, les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la CPAM, l'acceptation et le refus de dons et legs, la représentation de la CPAM dans les instances ou organismes où elle siège.

LES ESSENTIELS (4)

Chaque CPAM est composé d'un conseil et d'un directeur.

Le Conseil de la CPAM, sur proposition du directeur, décline les orientations définies par la CNAM. Le Conseil est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en oeuvre des orientations qu'il définit. Le Conseil approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention.

Le Conseil de la CPAM est composé de 8 représentants d'assurés sociaux, 8 représentants des employeurs, 2 représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, 4 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance Maladie, 1 personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'assurance maladie. Siègent également 1 représentant du Conseil de protection sociale des travailleurs indépendant et 3 représentants du personnel élus mais qui n'ont que voix consultative (5).

Parmi les 4 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance Maladie, 3 sont des représentants des Usagers (France Assos Santé, FNATH* et UDAF*) (6). Les membres du Conseil sont élus pour une durée de 4 ans (7).

* FNATH : Association des Accidentés de la Vie / UDAF : Union Départementale des Associations Familiales

(1) Site de l'Assurance Maladie, ameli.fr

(2) Loi organique n°2020-991 et loi n°2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie

(3) Code de la sécurité sociale, article L.211-2-1

(4) Code de la sécurité sociale, article L.211-2-2 et R211-1 et s.

(5) Code de la sécurité sociale, article R.211-1

(6) Code de la sécurité sociale, article R.211-1 et ces RU sont nommés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale (D231-4)

(7) Code de la sécurité sociale, article D231-1

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

48

LE GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT)

Niveau
Territorial

Le GHT est créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont l'article 107 dispose que «chaque établissement public de santé (...) est partie à une convention de GHT».

Il remplace la Communauté Hospitalière de Territoire mise en place par la loi HPST de 2009 qui était un dispositif de coopération fondé sur le volontariat. Alors que les GHT s'imposent désormais à tout établissement public de santé.



Texte juridique

En vertu de l'article L6132-1 du Code de la santé publique, «le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en oeuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours (1). »



A consulter

Décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire

MISSIONS (2)

AMÉLIORER l'accès aux soins par la coordination des professionnels.

Et pour ce faire, il assure différentes fonctions :

- **stratégie collective médico-soignante** mise en oeuvre au sein d'un territoire et au service de la prise en charge des patients. Cette stratégie collective est formalisée dans un projet médico-soignant partagé conçu par les professionnels pour les patients et garantit une offre de proximité, de référence et de recours,
- **politique qualité partagée** pour améliorer le service rendu au patient. Il s'agit d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire,
- **développer** des modes de prise en charge innovants : médecine ambulatoire, chirurgie ambulatoire, télémédecine...
- **mutualiser** des fonctions supports – système d'information (SI), départements de l'information médicale (DIM), achats, formation professionnelle et institut de formation – pour affecter les moyens indispensables au déploiement du projet médico-soignant partagé et répondre aux besoins des patients du territoire.

Ce dispositif de coopération entre établissements hospitaliers donne lieu à la signature d'une convention constitutive conclue pour dix ans, qui doit être conforme au projet régional de santé et approuvée par l'Agence régionale de santé locale (ARS) (3).

LES ESSENTIELS

La convention constitutive prévoit deux volets :

- le volet relatif au **projet médical partagé** qui définit la stratégie médicale. Pierre angulaire du dispositif, ce projet permet d'organiser sur le territoire une prise en charge graduée des patients sur des filières identifiées, avec une offre de proximité, de référence et de recours (4). Un projet de soins partagé est également élaboré (5).
- le volet relatif aux **modalités d'organisation** et de fonctionnement. Le pilotage du GHT est assuré par trois dispositifs : la désignation d'un établissement de support, la création d'instances de gouvernance et la mise en place d'une conférence territoriale de dialogue social. La loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a renforcé la stratégie et la gouvernance médicale des GHT en rendant obligatoire les commissions médicales de groupement (renforcement de leurs compétences et mutualisation des ressources) (3).

Un comité des usagers ou commission des usagers du GHT doit être mis en place. Le choix se fait après avis des CDU du groupement.



Information

Pour aller plus loin dans l'intégration des GHT, la loi du 24 juillet 2019 a rendu possible la mutualisation de fonctions supplémentaires pour les groupements volontaires : la mutualisation de la trésorerie, un programme d'investissement et un plan global de financement pluriannuels communs ou un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens unique avec l'Agence Régionale de Santé (ARS).⁶

En savoir plus sur les groupements hospitaliers de territoires

En savoir plus sur les GHT par région

(1) Code de la santé publique L6132-1 (2) Code de la santé publique L6132-3 (3) Code de la santé publique L6132-2 (4) Code de la santé publique R6132-3 (5) Code de la santé publique R6132-5 (6) Code de la santé publique L6132-5-1 créé par la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Article 37

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

49

LES COMMUNAUTÉS PROFESSIONNELLES TERRITORIALES DE SANTÉ
(CPTS)

Niveau
Territorial

La Loi de modernisation de notre système de santé introduit en 2016 le terme de Communauté Professionnelle Territoriale de Santé qui fait suite au pôle de santé. Fin décembre 2016, une instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) décrit les modalités de mise en oeuvre d'une CPTS (1).



Texte juridique

La CPTS est un dispositif d'exercice coordonné qui regroupe, autour d'un projet de santé, plusieurs acteurs de santé d'un territoire (professionnels de santé libéraux, centres de santé, établissements de santé, médico-sociaux, etc.)* pour mieux répondre aux besoins de santé de la population (2).

*En référence aux fiches n° 1 (le virage ambulatoire) et n°2 (Soins primaires)



A consulter

Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé

MISSIONS (2-4)

CRÉER UN PROJET DE SANTÉ

Il précise en particulier le territoire d'action pertinent de la CPTS, définit les besoins grâce à un diagnostic de territoire et les objectifs de la CPTS. Si ce projet est validé par l'ARS (le silence gardé pendant deux mois à compter de la restitution du projet de santé valant acceptation), l'accord conventionnel interprofessionnel pourra être signé avec l'ARS et l'Assurance Maladie**.

**En référence aux fiches n° 60 (ARS), n°69 (Union nationale des associations agréées du système de santé), n°78 (Caisse nationale d'Assurance maladie)

Le projet de santé d'une CPTS s'organise autour de missions :

- **socles (obligatoires)**
 - **AMÉLIORER** l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville.
 - **ORGANISER** les parcours pluriprofessionnels autour du patient.
 - **DÉVELOPPER** la prévention à l'échelle d'une population.
 - **ORGANISER** la réponse aux crises sanitaires graves.
- **complémentaires (optionnelles)**
 - **RENFORCER** la qualité et la pertinence des soins dans une dimension pluriprofessionnelle.
 - **ACCOMPAGNER** les professionnels de santé sur le territoire.

LES ESSENTIELS (3, 4)

Une CPTS émane de l'initiative des professionnels de santé de premier recours par une approche populationnelle et suivant une logique de projet. Sa finalité est de structurer une offre de soins ambulatoire coordonnée sur le territoire.

Les compétences des professionnels du territoire sont mises en commun pour organiser au mieux les parcours de santé des patients renforcement des liens entre professionnels, accès à des outils de coordination).

Pour bénéficier du cadre d'accompagnement et de financement pérenne prévu par l'accord conventionnel interprofessionnel (ACI), en plus du projet de santé validé par l'ARS, la CPTS signe un contrat tripartite avec l'ARS et l'Assurance Maladie. Outil de transformation de notre système de soins, «Ma Santé 2022» fixe un objectif de couverture de 100% de la population par une CPTS (4).



Information

La loi n'est pas prescriptive sur le sujet de l'exercice de la représentation des usagers au sein des CPTS. On peut cependant évoquer que l'ARS peut s'assurer de la représentation des usagers dans la composition des CPTS et de leur prise en compte dans les projets qu'elle met en oeuvre dans les territoires.

Depuis 2019 (3), sont instaurées une commission mixte paritaire nationale, une commission paritaire régionale dans chaque région et une commission paritaire locale par département. Dans chacune, siège un RU de France Assos Santé **.

En savoir plus sur les CPTS

(1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et instruction n°DGOS/RS/2016/392 du 2 décembre 2016 relative aux Équipes de Soins Primaires (ESP) et aux Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

(2) Code de la santé publique L1434-12 à L1434-13

(3) Accord conventionnel interprofessionnel en faveur du déploiement des CPTS du 20 juin 2019 approuvé par arrêté du 21 août 2019, augmenté de l'avenant conclu le 20 décembre 2021. Instruction n° DGOS/DIR/CNAM/2019/218 du 9 octobre 2019 portant dispositions et modalités d'accompagnement à proposer aux porteurs de projets des communautés professionnelles territoriales de santé

(4) «Ma Santé 2022, un engagement collectif» – plan 2023

(5) Ameli.fr – constitution d'une CPTS

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

50

LES GROUPEMENTS DE COOPÉRATION SANITAIRE (GCS)

Niveau
Territorial

Outil privilégié des coopérations public/privé, le GCS a été créé par les ordonnances Juppé de 1996, et refondu dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi HPST (1), afin de clarifier le GCS de moyens et créer le GCS-Établissement de santé. Ils se distinguent selon leurs finalités.



Texte juridique

L'ordonnance n°2017-28, précisé par un décret, clarifie le GCS et l'adapte aux pratiques pour en faciliter la constitution. Cette structure de coopération a pour objet de «faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres».

Dotés d'une personnalité morale, ils peuvent disposer d'un budget, obtenir des autorisations, créer un patrimoine, des personnels propres, etc. (2)



A consulter

Ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 relative à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire
Décret n°2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements

MISSIONS

Le «GCS de moyens» est la forme de droit commun des **GCS** (3) :

MUTUALISER les moyens humains en vue de constituer des équipes communes de professionnels médicaux ou non médicaux intervenant dans les centres de santé ou établissements membres du groupement (prestations médicales croisées (4),

METTRE EN COMMUN des équipements d'intérêt commun dont les équipements matériels lourds (ex : imagerie, etc.) ainsi que des activités tels que les fonctions administrative, logistique, technique ou médico-technique, et l'ensemble des moyens nécessaires aux soins (bloc opératoire par exemple), ou encore les activités d'enseignement et de recherche.

RATIONALISER des moyens immobiliers, fonciers ou encore systèmes d'information, etc.

EXPLOITER sur un site unique des autorisations détenues par les membres (sans avoir à devenir un GCS-Établissement de santé).

Certains GCS, extrêmement aboutis et intégrés, peuvent aller plus loin dans leur coopération autour du soin : si le GCS détient une ou plusieurs autorisation d'activité de soins, on parle de «GCS -Établissement de santé» (5).

Les GCS titulaires d'autorisations d'activités de soins de droit privé sont érigés en établissements de santé privés à but lucratif et établissements de santé privés à but non lucratif, les GCS de droit public sont érigés en établissements publics de santé.

Ils appliquent à ce titre les mêmes droits et obligations que tout établissement de santé.

LES ESSENTIELS (6)

Le **GCS** est un mode de coopération privilégié entre établissements de santé publics et privés mais également entre la ville et l'hôpital.

Les membres du GCS de moyens sont a minima un établissement de santé public ou privé, des établissements médico-sociaux, des professionnels médicaux libéraux, des centres de santé, maisons/pôles de santé.



Information

Lorsqu'un GCS est érigé en établissement public de santé, son conseil de surveillance est composé de 5 représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, de 5 représentants du personnel médical ou non médical dudit GCS et de **5 personnalités qualifiées dont 2 représentants des usagers** (7).

Les créations et modifications de convention doivent faire l'objet d'une approbation par le DG de l'ARS.

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

(2) Ordonnance n° 2017-28 du 12 janvier 2017 ; décret 2017-631 du 25 avril 2017 relatifs à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire et arrêté du 5 avril 2019]

(3) Code de la santé publique, L.6133-1 à L.6133-5 et R6133-1 à R6133-17

(4) Code de la santé publique, L6133-6 et R6133-10 et R6133-11

(5) Code de la santé publique, L.6133-7, L.6133-8 et R.61313-1 et R.6133-18 à R.6133-21

(6) Code de la santé publique, L.6133-1 à L.6133-5 et R6133-1 à R6133-17

(7) Code de la santé publique, L6133-7

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

51

CENTRE LOCAL D'INFORMATION ET DE COORDINATION
GÉRONTOLOGIQUE (CLIC)

Niveau
Territorial

Les CLIC sont des guichets d'accueil, d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile.

Lancé en 2000 dans 25 sites expérimentaux, le label CLIC a été généralisé à partir de 2001, même s'il ne couvre pas totalement l'ensemble du territoire.



Texte juridique

La première phase, dite d'expérimentation, a été instituée par la circulaire du DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 (1).
La circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 a permis le lancement de la deuxième phase, dite opérationnelle pour une durée de cinq ans (2). Depuis la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, les CLIC sont reconnus comme des structures sociales et médico-sociales dont le fonctionnement repose sur une autorisation du Conseil Départemental.



A consulter

Article Bussière, Caroline. «Les centres locaux d'information et de coordination (clic). Genèse et objectifs», *Gérontologie et société*, vol. 25 / 100, no. 1, 2002, pp. 75-81.

MISSIONS (1,2)

GARANTIR l'accès à toutes les informations utiles pour la vie quotidienne des personnes âgées : aides financières, maintien à domicile, amélioration de l'habitat, structures d'hébergement, mesures de protection, loisirs, vie sociale et relationnelle...

ÊTRE un animateur de l'action gérontologique sur son territoire en assurant une coordination des professionnels et en leur proposant des sessions d'informations, de formation et de coordination pour les professionnels de la gérontologie.

ANIMER un observatoire des besoins sur son territoire d'intervention

PROPOSER des actions de prévention santé aux personnes âgées et aux aidants.

Les CLIC sont organisés en 3 niveaux d'intervention complémentaire :

- **Niveau 1** : missions de base d'un CLIC (accueil, écoute, information sur les solutions locales disponibles et soutien aux familles). Les professionnels du CLIC facilitent les démarches à entreprendre (**demande d'allocation** personnalisée d'autonomie),
- **Niveau 2** : complètent les missions du CLIC Niveau 1 par une évaluation personnalisée de la situation et des besoins de la personne aboutissant à l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'aide individualisé,
- **Niveau 3** : complètent les missions du CLIC Niveau 2 par un suivi et une coordination du plan d'aide personnalisé en collaboration avec les intervenants extérieurs.

LES ESSENTIELS (3)

Dans chaque CLIC, une personne est chargée de l'accueil des personnes âgées et des familles. Un coordonnateur est chargé d'évaluer la situation, d'organiser et de mobiliser l'action des différents intervenants médico-sociaux dans la prise en charge des personnes âgées.

En fonction des besoins de la personne âgée, l'équipe des CLIC peut faire appel à des professionnels de santé, du paramédical, du maintien à domicile et du secteur social.



Information

Des opérateurs de nature différente peuvent devenir opérateurs d'un CLIC (mairie, hôpital ou association). Les CLIC dépendent de la politique gérontologique des Conseils Départementaux et sont validés par le Président du Conseil Départemental.

Le label CLIC est attribué par un comité composé du préfet, du président du Conseil Départemental, d'un représentant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, et des représentants des CCAS (Centres Communaux d'Action Sociale des grandes villes).

Le département leur alloue une subvention annuelle de fonctionnement. Les CLIC peuvent intégrer le dispositif d'appui à la coordination sur délibération du Conseil Départemental (3).

(1) Circulaire du DAS-RV 2 n°2000-310 du 6 juin 2000 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination

(2) Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux Centres Locaux d'Information et de Coordination

(3) Nouvel article du Code de la Santé publique, L.6327-5 créé par l'article.23 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

52

LA MÉTHODE D'ACTION POUR L'INTÉGRATION DES SERVICES D'AIDE ET DE SOINS DANS LE CHAMP DE L'AUTONOMIE (MAIA)

Niveau Territorial

Depuis 2019, ce dispositif de coordination est désormais intégré au sein des **DAC (dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes)**.

Il s'agit d'une méthode de travail partagée au service de la continuité des parcours des personnes ayant recours aux aides et/ou aux soins d'un territoire.

Elle associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus, en perte d'autonomie et de leurs aidants, grâce à une démarche novatrice : la convergence des parcours sanitaires, médico-sociaux et sociaux de la personne malade.



Texte juridique

L'article L113-3 du Code de l'action sociale et des familles prévoit que les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées en perte d'autonomie coordonnent leurs activités en suivant cette Méthode (MAIA) (1). Dans un objectif de simplification, de lisibilité et de fluidité des parcours de santé, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit que les textes réglementaires sur les MAIA sont abolis à partir de juillet 2022.

MISSIONS (2)

CRÉER un partenariat co-responsable de l'offre de soins et d'aides sur un territoire donné, reposant sur trois mécanismes inter-reliés :

- **une concertation** visant à décloisonner les différents secteurs (sanitaire, médico-social et social) et la construction d'un projet commun entre tous les acteurs, décideurs, financeurs et responsables de services d'aide et de soins,
- **des guichets intégrés**, fournissant à tout endroit du territoire une réponse harmonisée et adaptée aux besoins des usagers, en les orientant vers les ressources adéquates par l'intégration de l'ensemble des guichets d'accueil et d'orientation sur le territoire,
- **une gestion de cas** intervenant à la suite d'un processus de repérage des situations complexes par les guichets intégrés. Un suivi est alors mis en œuvre par un gestionnaire de cas*, qui devient le référent de la personne, du médecin traitant et des professionnels intervenant à domicile. Il identifie les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire pour améliorer l'organisation du système de prise en charge.

UTILISER les 3 outils de pilotage permettant d'analyser l'ensemble des orientations proposées et observer l'écart entre la demande de la personne et les ressources existantes :

- **Formulaire** d'analyse multidimensionnelle et d'orientation (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle standardisé (utilisé par les gestionnaires de cas),
- **Plan de Service Individualisé (PSI)**, utilisé par les gestionnaires de cas pour définir et planifier de manière cohérente l'ensemble des interventions auprès de la personne,
- **Système d'Information Partageable** : les informations en provenance des guichets intégrés, des pilotes et des gestionnaires de cas, sont traitées en tables de concertation tactique (au niveau du territoire) et stratégique (au niveau départemental) afin de permettre la planification, l'évaluation, la régulation et la mise en adéquation du système d'aides et de soins aux besoins de la population.

* *Gestionnaire de cas* : il s'agit d'une nouvelle compétence pour des professionnels issus du corps infirmier, travailleur social, ergothérapeute, psychomotricien, psychologue, neuropsychologue et les coordinateurs de santé en gériatrie, dont les activités, les compétences et les missions ont été respectivement définies par le cahier des charges national, approuvé par le décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 et par l'arrêt du 16 novembre 2012.

LES ESSENTIELS (2,3)

La MAIA permet de fédérer les institutions et les professionnels de santé du territoire autour de pratiques, d'outils partagés et de processus articulés.

Le travail d'intégration est impulsé et porté au niveau territorial par un acteur identifié comme légitime pour mobiliser ses partenaires.

Il ne s'agit donc pas d'une structure supplémentaire.

La légitimité de ce partenaire, appelée « porteur », s'appuie sur les fonctions d'accueil, d'orientation et de coordination qu'il exerce déjà.

Le « porteur » peut être un Conseil départemental, un [réseau de santé](#), un [CLIC](#), un établissement de santé, etc.

Dans un objectif de simplification, de lisibilité et de fluidité des parcours de santé, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé prévoit, sous 3 ans, la convergence des dispositifs d'appui aux parcours complexes (MAIA, [réseaux de santé](#), PTA, PAERPA) au sein d'un dispositif unique : le [dispositif d'appui à la coordination](#). Les textes réglementaires sur les MAIA sont abolis dès juillet 2022.

Les [dispositifs d'appui d'Île-de-France](#) disposent maintenant d'une structure de représentation régionale, qui les regroupe tous : la [FACS Île-de-France](#).

Pour trouver son [DAC en Île-de-France](#)

(1) Code de l'action sociale et des familles L113-3 (2) Arrêté du 16 novembre 2012 fixe le référentiel d'activités et de compétences des gestionnaires de cas

(3) Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges de MAIA BO Santé – Protection sociale – Solidarité n°2011/10 du 15 novembre 2011

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

53

LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX DE LA CITOYENNETÉ ET DE L'AUTONOMIE (CDCA)

Niveau Territorial

Dans une logique de rapprochement des acteurs et une approche transversale de l'autonomie, la loi d'Adaptation de la Société au Vieillessement (ASV) du 28 décembre 2015 (1) a créé les **CDCA**, à la place des anciens comités départementaux des retraités et des personnes âgées (CODERPA) et des conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées (CDCPH)



Texte juridique

Le CDCA est «chargé, dans le département, de participer à l'élaboration et la mise en oeuvre des politiques liées à l'autonomie et à la citoyenneté des personnes âgées et des personnes handicapées.»(2)



A consulter

Dossier CNSA «Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie Synthèse des rapports d'activité 2019-2020»

MISSIONS (2-4)

ASSURER la participation des personnes âgées (PA) et des personnes handicapées (PH) à l'élaboration et à la mise en oeuvre des politiques de l'autonomie dans le département.

- pour les PA : les usagers sont représentés par 8 représentants d'associations de personnes âgées, 5 représentants d'organisations syndicales représentatives au niveau national et 3 représentants d'autres organisations syndicales siégeant au [Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Age](#),
- pour les PH : les usagers sont représentés par 16 représentants d'associations de personnes handicapées.

ÊTRE COMPÉTENT EN MATIÈRE DE PRÉVENTION de la perte d'autonomie, d'accompagnement médico-social, d'accès aux soins et aux aides humaines ou techniques.

ÊTRE COMPÉTENT EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ, de logement, d'habitat collectif, d'urbanisme, de transport, de scolarisation, d'intégration sociale et professionnelle et d'accès à l'activité physique, aux loisirs, à la vie associative, à la culture et au tourisme.

ÊTRE INFORMÉ des activités de la maison départementale des personnes handicapées ([MDPH](#)), de la maison départementale de l'autonomie (MDA) et de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA).

RENDRE UN AVIS CONSULTATIF sur le schéma régional de santé mentionné et les schémas départementaux concernant les PA et les PH, ou encore sur la programmation des moyens alloués par l'ARS, le département et les régimes de base d'assurance vieillesse à la politique départementale de l'autonomie. Il est également consulté sur les rapports d'activité de la MDPH et de la conférence des financeurs.

DÉSIGNER des représentants dans des instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l'autonomie placées auprès de l'ARS et du département, y compris des instances internes de la MDPH.

LES ESSENTIELS (5)

À l'instar des instances de démocratie participative, il s'agit d'un lieu de dialogue, d'information et de réflexion. Il est consulté sur l'élaboration et l'application des mesures de toute nature concernant les PA et les PH.

Composé d'une formation plénière (94 membres) se réunissant au moins 2 fois/an sur convocation du Président ou à la demande d'un tiers (au moins de ses membres), cette assemblée regroupe les membres (48 max.) de deux formations spécialisées : l'une pour les questions relatives aux PA, l'autre pour les questions relatives aux PH. D'autres formations spécialisées peuvent être constituées sous forme de commissions spécialisées.

Le CDCA comporte également des collèges de représentants des institutions publiques et d'assurance sociale, des représentants des organismes et professionnels intervenant au profit du public concerné et des représentants des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'autonomie et de la citoyenneté.

Pour développer le lien entre les instances de démocratie, des représentants des CDCA siègent en [CRSA](#) et [CTS](#).



Information

Sont mis à sa disposition par le conseil départemental des moyens matériels et financiers nécessaires l'accomplissement de ses différentes tâches. Des CDCA prennent des mesures pour faciliter l'accessibilité des échanges et des documents transmis (LSF, réunion en rez-de-chaussée etc.).

(1) Loi n°2015- 1776 d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015

(2) Décret n°2016-1206 du 7 septembre 2016 relatif au conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie

(3) Code de l'action sociale et des familles L149-1

(4) Dossier CNSA, publié en 2020 «Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie-Synthèse des rapports d'activité 2017-2018»

(5) Code de l'action sociale et des familles D149-1 à D149-13

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

54

INTRODUCTION À L'ORGANISATION TERRITORIALE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Niveau Territorial

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé, dans l'élaboration et la mise en oeuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation.

Au niveau territorial, cette démarche permet la mise en cohérence des projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales et la prise en compte de l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers (1).



Texte juridique

La réforme législative de 2016 détaille l'organisation territoriale de la santé. L'ARS définit les territoires de démocratie sanitaire (anciens territoires de santé) à une échelle infra-régionale (2).

MISSIONS

On retrouve la notion de «territoire» accolée à différents dispositifs, outils ou instances aux périmètres divers et sans connexion systématique les uns avec les autres.

Peuvent ainsi être répertoriés :

- Le conseil territorial de santé (CTS) qui remplace la conférence de territoire. Il s'agit d'une instance de démocratie en santé rattachée aux délégations départementales de l'ARS.
- À l'hôpital, des groupements hospitaliers de territoire (GHT) réunissant, sans toutefois les fusionner, les établissements de santé publics
- En ville, il est mis en place des équipes de soins primaires (ESP) regroupant des professionnels de santé de premiers recours. Ces équipes contribuent à la structuration du parcours de santé.
- Une ou plusieurs de ces équipes de soins primaires peuvent constituer une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)
- Ces contrats s'ajoutent aux contrats locaux de santé préexistants et se concentrent sur la mise en oeuvre locale d'une politique de santé tournée vers la prévention et/ou les populations les plus vulnérables et/ou l'accompagnement médico-social.
- Ces CPTS peuvent bénéficier et contribuer aux nouveaux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes (DAC) qu'intégreront d'ici 2022 les plateformes d'appui (PTA) mises en place par les ARS en concertation avec les représentants.

LES ESSENTIELS

Dans chaque département, les délégations départementales de l'Agence Régionale de Santé (ARS) déclinent localement la stratégie de santé régionale.

Elles constituent l'interface entre le niveau régional et les acteurs de proximité et ont pour mission d'accompagner les acteurs locaux dans la mise en oeuvre de leurs projets.



Information

La réforme législative de 2019 (3) vient structurer l'organisation territoriale de la santé. Elle crée notamment le dispositif d'appui à la coordination (DAC), sorte de «guichet unique» universel dans la gestion des parcours complexes. En 2022, les nombreux dispositifs d'appui aux parcours complexes existants tels que la PTA ou encore la MAIA seront intégrés au DAC pour accompagner TOUTES les situations complexes et respecter l'objectif de facilitation des parcours des personnes en situations complexes (4).

(1) Code de la santé publique article R.1434-29

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

(3) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, article 23

(4) Stratégie Nationale de santé 2018-2022, p.50

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

54.1

LE PROJET DE SANTÉ

Niveau
Territorial

En 2009, les maisons de santé deviennent la pierre angulaire de la permanence et de l'accès aux soins (1). La loi de modernisation de notre système de santé (2) de 2016 renforce cette démarche avec les notions de CPTS et d'Équipes de Soins Primaires (ESP) et spécialisés (ESS). Ces ESP peuvent prendre la forme de maison ou centre de santé. L'ensemble des professionnels de santé constitués autour de médecins généralistes de 1er recours, impliqués doivent alors élaborer un projet de santé.



Texte juridique

Selon l'article L1411-11-1 du Code de la santé publique, relatif aux ESP, le «projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé».

MISSIONS (3-5)

FÉDÉRER les acteurs impliqués et témoigner de leur volonté de se coordonner afin de structurer les parcours de santé et d'améliorer les prises en charge.

RÉDIGER UN CONTENU pouvant être variable selon l'organisation que souhaitent mettre en place les professionnels de santé (ESP, maison de santé, centre de santé ou CPTS). Même si ces modes d'exercice peuvent faire l'objet de cahiers des charges nationaux, ceux-ci sont parfois variables d'une région à l'autre.

PRÉCISER a minima les professionnels de santé et tout autre acteur impliqués. Il détaille également les objectifs et les actions mises en place au regard des besoins de santé des populations et des pathologies prégnantes, permettant de structurer les parcours de soins. Les modalités d'évaluation de ces actions sont précisées.

DÉCRIRE les moyens de coordination utilisés au sein de l'équipe ainsi que la coordination avec des acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux extérieurs est indispensable. La CPTS est une forme de coordination plus large que l'ESP et le projet de santé est un prérequis à la contractualisation entre les professionnels et l'ARS. Les membres de la CPTS portent différents projets en réponse aux besoins identifiés dans le diagnostic.

Ces projets sont formalisés au sein d'un projet de santé partagé (PSP), qui témoigne d'une approche populationnelle. En effet, le PSP ne se destine pas seulement à la patientèle de chaque acteur mais vise bien à organiser la réponse à un besoin en santé sur un territoire. Il s'agit d'organiser au mieux les parcours de santé.

LES ESSENTIELS

Les professionnels de santé souhaitant constituer une ESP, qu'elle soit sous la forme d'une maison de santé, d'un centre de santé, ou d'une coordination plus souple mais organisée, ou encore ceux souhaitant constituer une CPTS, sont tenus d'élaborer un projet de santé qui sera transmis à l'Agence Régionale de Santé dont ils dépendent (6).



Information

En savoir plus sur l'exercice coordonné : [PAPS Île-de-France](#)

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

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

(3) 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 [\[P\]](#)

(4) Arrêté du 30 juillet 2010 relatif au projet de santé et au règlement intérieur des centres de santé mentionnés aux articles D6323-1 et D6323-9 du Code de la santé publique [\[P\]](#)

(5) Constituer une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) en Île-de-France, Guide Pratique, ARS Île de France, Octobre 2017

(6) Portail d'Accompagnement des Professionnels de Santé PAPS

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

55

LES CONSEILS TERRITORIAUX DE SANTÉ (CTS)

Niveau
Territorial

Succédant à la conférence de territoire, le CTS est une instance de démocratie sanitaire sur le territoire défini par le directeur général de l'ARS (1).

Le CTS garantit un exercice plein de la démocratie sanitaire en proximité et la mise en cohérence des initiatives et actions des partenaires dans le domaine de la santé et leur bonne articulation.



Texte juridique

Jusqu'en 2022, une expérimentation permettant à des CTS d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations a pour objet d'évaluer la faisabilité et les conditions de généralisation sur les territoires de démocratie sanitaire d'un tel guichet ayant la faculté de les accompagner dans leurs démarches et de défendre les droits des patients de façon transversale sur l'ensemble de leur parcours de santé (2)

MISSIONS (1)

VEILLER à conserver la spécificité des dispositifs et démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants.

PARTICIPER à la réalisation du diagnostic territorial partagé.

CONTRIBUER au projet régional de santé (élaboration, mise en oeuvre, suivi et évaluation).

DÉLIMITER des territoires de santé, en lien avec l'ARS, afin d'assurer un équilibre et une solidarité entre les territoires en matière d'accès aux soins.

ÊTRE INFORMÉ des créations des dispositifs d'appui à la coordination des parcours ainsi que de la signature des contrats territoriaux et locaux de santé et

CONTRIBUER à leur suivi, en lien avec les URPS.

FORMULER un avis sur le projet territorial de santé mentale (PTSM) ainsi qu'une proposition auprès du Directeur Général de l'ARS, pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé.

Dans chaque CTS, sont installées :

- **une commission spécialisée en santé mentale** : elle prépare notamment l'avis du CTS sur le diagnostic territorial et participe au PTSM,
- **une formation spécifique** : elle organise l'expression des usagers en intégrant les personnes en situation de pauvreté ou de précarité et participe notamment en lien avec la CRSA, à l'évaluation d'une part, des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé et, d'autre part de la qualité des prises en charge et des accompagnements.

LES ESSENTIELS (3-5)

Chaque CTS est constitué d'une assemblée plénière, d'un bureau, d'une commission spécialisée en santé mentale et d'une formation spécifique organisant l'expression des usagers. Le mandat des membres est de cinq ans, renouvelable une fois.

Chaque CTS est composé de près de 100 représentants (titulaires et suppléants) des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire : professionnels et offreurs de services en santé, usagers, élus (députés, sénateurs, représentants élus des collectivités territoriales), représentants de l'État, des organismes de sécurité sociale et si un hôpital des armées est sur le territoire, 1 représentant du ministre de la Défense.

Les avis et les propositions des CTS sont transmis à la CRSA et à sa commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers. Ils sont rendus publics.



Information

L'ARS Île-de-France a installé un CTS dans chacun des territoires d'Île-de-France, soit dans les huit départements de la région.

Les huit Conseils Territoriaux d'Île-de-France.

(1) Loi n°2016-41 du 26 juillet 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé

(2) Décret 2017-121 du 31 janvier 2017 et arrêté du 5 mai 2017 relatif à l'expérimentation permettant à des conseils territoriaux de santé d'être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations

(3) Code de la santé publique L1434-10

(4) Arrêté du 3 août 2016 relatif à la composition du conseil territorial de santé

(5) Code de la santé publique R1434-33 et R1434-40

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

56

LE DISPOSITIF D'APPUI À LA COORDINATION (DAC)
DES PARCOURS DE SANTÉ COMPLEXES

Niveau
Territorial

Depuis plusieurs années, des dispositifs d'appui ont vu le jour pour soutenir les professionnels de santé, du social et du médico-social confrontés à des situations complexes de personnes cumulant des problématiques médicales et/ou psycho-sociales, le plus souvent vivant à leur domicile, nécessitant l'intervention de plusieurs acteurs du parcours de santé, en difficulté pour répondre à leurs besoins. Face à ce « mille-feuille territorial » (1) et à l'hétérogénéité des critères d'inclusion des différents dispositifs, le besoin est né de évoluer vers un « dispositif qui dit oui » à l'accompagnement de toutes les situations complexes, quel que soit l'âge ou la pathologie. Le DAC répond en priorité aux demandes de professionnels.

Il peut aussi répondre aux patients en situation complexe ayant une problématique de santé et à leur entourage, mais avec toujours comme approche d'échanger avec le médecin traitant et les autres intervenants professionnels avant d'accompagner le parcours de santé.



Texte juridique

La loi du 24 juillet 2019 « OTSS » (1,2) prévoit l'organisation de « Dispositions d'Appui à la population et aux professionnels pour la Coordination des parcours de santé complexes (DAC) intégrant les réseaux de santé, les MAIA, PTA, PAERPA. Les CLIC peuvent intégrer le dispositif sur délibération en ce sens du Conseil Départemental.



A consulter

Référentiel de missions et d'organisation des DAC d'Île-de-France

MISSIONS (3)

INFORMER ET ORIENTER les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, et les personnes/ leur entourage, sur les ressources du territoire.

RÉPONDRE AUX DEMANDES d'appui du parcours de santé pour des personnes en situation complexe par :

- **évaluation multidimensionnelle** des besoins et attentes de la personne (difficultés d'accès aux soins et à la santé liées à des problématiques médicales, sociales, administratives, financières, de logement, d'isolement/d'absence d'entourage, psychiques, etc.),
- si nécessaire, **élaboration**, en concertation avec le médecin traitant et les autres professionnels de santé concernés, d'un plan d'action personnalisé (le plan personnalisé de coordination en santé, PPcS),
- **suivi et accompagnement renforcé avec planification des prises en charge.**

PARTICIPER à la coordination territoriale et à la structuration des parcours de santé. Il s'agit d'objectiver les typologies de ruptures de parcours identifiées chez les personnes en situation complexe accompagnées par les DAC, d'animer la coopération entre les acteurs du système de santé et de soutenir l'évolution des politiques publiques pour résoudre ces difficultés.

LES ESSENTIELS (4)

Le cadre de mise en place est souple pour permettre aux acteurs de déterminer eux-mêmes les modalités d'organisation du DAC en tenant compte des réalités locales, des besoins de la population et de leurs compétences. Entité juridique unique sur son territoire d'intervention constitué à partir des anciennes structures, un DAC intervient en respectant des principes d'universalité (réponse à toutes les demandes sans prise en compte de l'âge et de la pathologie), de subsidiarité (ne pas faire à la place des autres professionnels ce qui relève de leur mission mais les soutenir et intervenir conjointement) et de neutralité (accompagner toutes les demandes mais faire varier l'intensité de son appui selon les besoins de la personne). Sa gouvernance permet la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social (professionnels de santé de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux et sociaux et CPTS) du territoire de coordination et représentants des usagers et du Conseil départemental.



Information

Depuis juillet 2022, il n'y aura plus de MAIA, PTA, Réseaux de santé territoriaux et CTA PAERPA, l'interlocuteur local pour les situations de santé complexes est le DAC du territoire. Par ailleurs, la loi maintient "les dispositifs et les missions d'expertise à vocation régionale spécifique à une pathologie aujourd'hui assurée, par exemple par les réseaux régionaux en périnatalité" (4). En savoir plus sur les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) sur le site de l'ARS Île-de-France

(1) Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, Article 23]

(2) Décret n°2021-295 du 18 mars 2021 relatif aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et aux dispositifs spécifiques régionaux]

(3) Code de la santé publique L6327-1

(4) Exposé des motifs de l'Amendement 666, loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23)

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

94

LES CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE (3C)

Niveau
Territorial

Issus du premier Plan cancer, les centres de coordination en cancérologie (3C) sont des cellules de qualité opérationnelles. Tous les établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer doivent être rattachés à un 3C. Ils contribuent, en lien avec les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), au développement de la coordination des acteurs de santé et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles (1).



Texte juridique

Les 3C, interlocuteurs privilégiés des RRC, mettent en oeuvre et coordonnent les actions relatives à la qualité de la prise en charge des patients atteints de cancer avec des missions générales communes à tous les 3C et des missions propres à chaque établissement. Les missions des 3C sont menées en partenariat et en cohérence avec le RRC pour une mise en oeuvre optimale des Plans cancer (2).



A consulter

Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

MISSIONS (3)

METTRE À DISPOSITION des médecins et des soignants, les référentiels et protocoles validés et actualisés par le réseau régional et mettre en place l'audit interne de leur utilisation.

S'ASSURER de la mise en oeuvre effective de la pluridisciplinarité en organisant les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), la mise en place du dispositif d'annonce et la remise à chaque patient du programme personnalisé de soins.

INFORMER les patients, les orienter, aider à leur prise de rendez-vous, voire obtenir des informations sur leur dossier médical.

PRODUIRE des informations sur les activités cancérologiques, médico-chirurgicales et pharmaceutiques de l'établissement, qui s'appuieront notamment sur : les données d'activité, les délais d'attente, le suivi de l'utilisation des anticancéreux dans le cadre des bonnes pratiques, l'accès aux soins de support, l'accès aux essais cliniques et à l'innovation, l'évaluation de la satisfaction des patients et des équipes soignantes.

LES ESSENTIELS (3)

L'organisation des 3C dépend de chaque établissement : il peut être spécifique à un établissement, commun à plusieurs établissements ou partagé au sein d'un réseau territorial.

L'organisation retenue et la réalisation des missions doivent faire l'objet d'une validation par la commission ou la [conférence médicale d'établissement](#).

La composition des 3C est variable selon la taille et l'implication des établissements dans la lutte contre le cancer. Ils comprennent des représentants de diverses disciplines (oncologie médicale et radiothérapie, chirurgie, pharmacie, paramédicaux...) et sont également ouverts aux médecins généralistes qui le souhaitent. La représentation des usagers n'est, quant à elle, pas mentionnée par les textes.

Le 3C réalise un **rapport d'activité** annuel permettant l'analyse des principaux paramètres de la cancérologie dans l'établissement. Il est transmis au RRC et intègre le tableau de bord régional de suivi du Plan cancer qui permet de rendre compte de la mise en oeuvre du Plan cancer.



Information

Le RRC d'Ile-de-France ONCORIF a réalisé, en 2018, une charte exposant les règles d'organisation, de fonctionnement et les missions des 3C. Issu d'un travail collaboratif entre ONCORIF, l'Agence Régionale de Santé IDF (ARS) et les Fédérations hospitalières, ce document constitue un véritable référentiel.

[Liste des Centres de Coordination en Cancérologie \(3C\) en Île-de-France.](#)

[Boîte à outils ONCORIF](#)

(1) Plan cancer 2003-2007
(2) Instruction DGOS/R3/INCA/2019/248 du 2 décembre 2019 relative à l'évolution des missions des réseaux régionaux de cancérologie

(3) Circulaire DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

102

LE SERVICE INTÉGRÉ DE L'ACCUEIL ET DE L'ORIENTATION (SIAO)

Niveau
Territorial

Le SIAO, créé par la circulaire du 8 avril 2010, a été consolidé dans ses principes et ses missions par la loi du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) (1,2).

Le SIAO étant une structure médico-sociale, il ne dispose pas d'une représentation des usagers mais d'un Conseil de la Vie Sociale. Il s'adresse principalement aux professionnels de santé qui veulent résoudre un problème social de leurs patients, ainsi qu'aux structures de coordination des soins de type PTA ou DAC.



Texte juridique

Le SIAO est une plateforme unique départementale de coordination et de régulation du secteur de l'accueil, de l'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement des personnes.



A consulter

Fonctionnement du SIAO de Paris

MISSIONS (1,2)

RECENSER toutes les places d'hébergement, les logements en résidence sociale ainsi que les logements des organismes qui exercent les activités d'intermédiation locative.

RECENSER l'ensemble des demandes d'hébergement d'urgence, de stabilisation ou d'insertion ainsi que de logement adapté.

FAVORISER la fluidité de l'accès au logement des personnes.

GÉRER le service d'appel téléphonique dénommé «115».

ASSURER l'orientation des personnes après une évaluation sociale et en fonction de leur situation de détresse.

SUIVRE le parcours des personnes ou familles prises en charge, jusqu'à la stabilisation de leur situation.

COORDONNER le dispositif de veille sociale et **PARTICIPER** à l'observation sociale.

LES ESSENTIELS (1,2)

Un SIAO accueille des personnes sans domicile fixe ou risquant de l'être, ou mal logées.

Aucune forme juridique n'est imposée pour la personne morale chargée du SIAO : association, groupements de coopération (association «loi 1901», GCSMS, GIP...). Une convention est conclue entre le SIAO et le préfet de département qui comporte notamment les objectifs de la personne morale gérant le SIAO, ses engagements de coopération avec les autres SIAO, les modalités de suivi d'activité etc.

Les missions du SIAO s'exercent sur le territoire d'un département. Par dérogation, elles peuvent être exercées à l'échelon de plusieurs départements. Pour coordonner l'action en matière d'hébergement et de logement, le SIAO passe des conventions de partenariat avec les acteurs locaux concourant au fonctionnement du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'accompagnement vers l'insertion et le logement. Ces conventions incluent bien entendu les collectivités territoriales – «en particulier les conseils départementaux» -, mais aussi les gestionnaires de structures d'hébergement, les bailleurs sociaux...

Les personnes intervenant dans le cadre d'un SIAO sont soumises aux obligations de secret professionnel mais peuvent échanger entre elles les informations confidentielles nécessaires à une prise de décision.

(1) Loi n°2014- 366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR) et circulaire n°DGCS/SD1A/2015/325 du 17 décembre 2015

(2) Code de l'action sociale et des familles, L345-2, L345-2-4 à L345-2-10



Information

L'Île-de-France compte 8 SIAO uniques, un par département. Leur gestion est assurée par des associations, un GIP (75) et un Groupement de Coopération Sociale ou Médico-Sociale (GCSMS) (92). Le pilotage des SIAO est assuré au niveau régional.

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

103

LES MAISONS DÉPARTEMENTALES DES PERSONNES HANDICAPÉES
(MDPH)

Niveau
Territorial

Les MDPH, créées par la loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, remplacent les services de l'État : les COTOREP (COMmission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel), les CDES (Commission Départementale d'Éducation Spéciale) et les SVA (Site pour la Vie Autonome) pour le financement des aides techniques (1).

Le rôle des MDPH est de répondre aux sollicitations des usagers pour faire reconnaître leur niveau de handicap (RQTH) et leur accorder ou non une compensation partielle ou totale.



Texte juridique

Les MDPH accompagnent au quotidien les personnes handicapées dans tous les domaines de leur vie, quels que soient leur âge et leur situation. Il existe 104 MDPH, une par département.



A consulter

Une plateforme unique d'information, d'orientation et de services pour les personnes handicapées, leurs proches aidants et les acteurs de leur écosystème est en cours de déploiement : Monparcourshandicap.gouv.fr

[Ouvrir ses droits](#)

[Feuille de route MDPH 2022](#)

MISSIONS (1,2)

ACCUEILLIR, INFORMER, ACCOMPAGNER ET CONSEILLER les personnes handicapées et leur entourage.

ASSURER l'organisation et le fonctionnement de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et des équipes pluridisciplinaires.

AIDER à la formulation du projet de vie de la personne handicapée.

ÉVALUER les besoins de compensation et **ÉLABORER** un plan de compensation du handicap grâce à une équipe pluridisciplinaire.

ATTRIBUER des prestations, d'orientation scolaire, médico-sociale ou professionnelle.

ORGANISER des actions de coordination avec les autres dispositifs sanitaires et médico-sociaux.

RÉALISER ET DIFFUSER périodiquement un livret d'information sur les droits des personnes handicapées et sur la lutte contre la maltraitance.

RECUEILLIR ET TRANSMETTRE au niveau national les données relatives à l'action départementale.

LES ESSENTIELS (2-4)

Une MDPH intervient seulement lorsqu'elle reçoit une demande de la part d'une personne handicapée ou de son représentant légal.

Chaque MDPH installe une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée et une CDAPH* qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits et prestations ou orientations, **comme l'AAH**, l'allocation aux adultes handicapés. La CDAPH est composée de membres représentant les associations de personnes handicapées et leurs familles (un tiers des voix), du conseil départemental, de l'État, des organismes d'assurance maladie, des syndicats... Elle s'appuie sur le projet de vie de la personne ainsi que sur l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire.

Groupement d'intérêt public (GIP) dont le département assure la tutelle administrative et financière, elle est administrée par une commission exécutive présidée par le président du conseil départemental qui comprend des représentants de l'État, du département, des représentants des associations de personnes handicapées, le directeur général de l'ARS etc.

La [caisse nationale de solidarité pour l'autonomie](#) (CNSA) apporte son appui aux MDPH : structuration de leur organisation, amélioration de la qualité de service aux personnes handicapées, appui technique aux équipes et appui stratégique aux directeurs etc.

* CDAPH : *commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées*



Information

Afin de [simplifier les parcours et l'accès aux droits](#) pour les personnes handicapées, le gouvernement est engagé dans une politique d'optimisation du pilotage et du fonctionnement des MDPH et des MDA. Simplifier durablement le quotidien des personnes et réduire les disparités territoriales sont au centre de cette transformation des méthodes et des pratiques afin de permettre à chaque usager d'obtenir une réponse de qualité, simple, rapide et équitable.

* MDA : *maison de l'autonomie, organisation regroupant une MDPH et les personnels et les moyens matériels du département affectés à la politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées.*

(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 (2) Code de l'action sociale et des familles L146-3 à L146-9 (3) Code de l'action sociale et des familles L146-4 ; R146-16 à R146-24 et R146-27 (4) <https://handicap.gouv.fr/ouvrir-mes-droits-rendez-vous-avec-votre-mdph>

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

110

LE PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE (PTSM)

Niveau
Territorial

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé redéfinit la politique de la santé mentale au niveau du territoire avec pour objectif de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité.

Cette politique repose sur l'élaboration d'un PTSM fondé sur un diagnostic partagé, qui est un état des lieux des ressources pointant les insuffisances et des préconisations pour y remédier (1).



Texte juridique

Dispositif de coordination territoriale, le PTSM organise les conditions d'accès de la population à un ensemble de réponses (dispositifs et services) à partir des besoins en santé mentale de la population du territoire (2).



A consulter

Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux PTSM

Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie

Le projet régional de santé 2023-2028

MISSIONS (3-6)

DÉFINIR le territoire suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs de la santé mentale et l'accès à des modalités et techniques de prises en charge diversifiées. Ce peut être le département ou le territoire de démocratie sanitaire.

FAVORISER la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social.

PERMETTRE la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médicosocial en favorisant la coopération entre les acteurs.

DÉTERMINER le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

Le PTSM prend en compte 6 priorités (1):

- le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration d'un diagnostic, l'amélioration de l'accès aux soins et de l'accompagnement social ou médico-social
- l'organisation – sans rupture – du parcours des personnes, en particulier celles présentant des troubles graves, à risque ou en situation de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale
- l'accès aux soins somatiques des personnes présentant des troubles psychiques
- la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décision et d'action ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles
- l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

LES ESSENTIELS (6,7)

Élaboré à l'initiative des professionnels et des établissements et service des champs sanitaire, social et médico-social et en collaboration avec les associations des familles et des patients, le PTSM est une démarche partenariale animée par l'ARS.

Après un diagnostic partagé, validé par le Conseil Territorial de Santé, la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) et des Conseils Locaux de Santé Mentale, le Directeur Général de l'ARS arrête le PTSM. Les actions proposées par les acteurs font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale entre l'ARS et les professionnels participant à leur mise en oeuvre, d'une durée de 5 ans.

En cas de défaut de transmission du PTSM dans un délai fixé par décret, le DG de l'ARS en fait le constat et prend l'initiative d'élaborer et d'arrêter le PTSM.



Information

Retrouvez l'ensemble des PTSM d'Île-de-France

(1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69 et décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

(2) Code de la santé publique L3221-2

(3) Code de la santé publique L3221-2 & https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_35.pdf

(4) Code de la santé publique R3224-1

(5) Code de la santé publique, R3234-5 à R3224-10

(6) Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale

(7) Code de la santé publique, R3424-2

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

112

LES COMMUNAUTÉS PSYCHIATRIQUES DE TERRITOIRE (CPT)

Niveau
Territorial

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé (1) redéfinit la politique de la santé mentale au niveau du territoire avec pour objectif de réduire les inégalités territoriales et favoriser une coordination de proximité.

Elle crée ainsi un nouveau dispositif d'organisation des soins en santé mentale : les CPT.



Texte juridique

Une CPT est créée à l'initiative des établissements de santé de service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, selon des modalités définies par décret (2).

Cette intégration des établissements de santé de service public hospitalier autorisés en psychiatrie dans une CPT répond aux nouvelles normes de rationalisation et de coordination des parcours de soins des patients sur un territoire.



A consulter

Décret n°2016-1445 du 26 octobre 1996 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

MISSIONS (3)

FÉDÉRER les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture.

CONTRIBUER à la définition du projet territorial de santé mentale.

S'ASSURER de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le PTSM.

CONCOURIR à la mise en oeuvre opérationnelle des actions prévues par PTSM au suivi et à l'évaluation de sa mise en oeuvre.

PARTICIPER au volet psychiatrie du projet médical partagé d'un GHT (élaboration, mise en oeuvre et évaluation) lorsqu'un de ses membres est associé ou partie à un GHT.

LES ESSENTIELS (1,4)

Sont membres de la CPT : les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer, les autres signataires du contrat territorial de santé mentale (les représentants des patients et des familles, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médicosociaux) pour la déclinaison des actions du PTSM.

Une CPT peut coopérer avec des établissements et structures n'appartenant pas géographiquement au territoire de santé mentale mais identifiés par le PTSM pour leur rôle de recours, selon les modalités définies par la convention constitutive de la CPT.

La convention constitutive, document central d'une CPT, est préparée par les représentants légaux et les présidents des commissions médicales de ces établissements (CME), en concertation avec les instances paramédicales et les représentants des usagers présents au sein des commissions des usagers.
Peuvent être associés à la préparation de la convention de la CPT, les autres signataires du contrat territorial de santé mentale, les conseils locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale.

Conclue pour une durée de cinq ans, renouvelable, elle doit être approuvée par le directeur général de l'ARS. Un rapport annuel d'activité et d'orientation est transmis chaque année au directeur de l'ARS.

(1) Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69 et décret n°2016-1445 du 26 octobre 1996 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

(2) Code de la santé publique L3221-2, VI.

(3) Code de la santé publique D6136-1

(4) Code de la santé publique D6136-2 à D6136-8

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

120

LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE (PMI)

Niveau
Territorial

Créé par l'ordonnance du 2 novembre 1945 (1) pour lutter contre la mortalité maternelle et infantile et améliorer l'état de santé des nouveau-nés, le service de protection maternelle et infantile (PMI) a vu ses compétences s'élargir au gré des évolutions législatives.



Texte juridique

Placée sous l'autorité du président du conseil départemental (2), la PMI est un service public, gratuit et ouvert à tous, chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant en organisant les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile (3).



A consulter

Rapport « Pour sauver la PMI, agissons maintenant ! », Michèle Peyron, Mars 2019

La feuille de route gouvernementale 2024-2030 sur la santé de l'enfant.

MISSIONS (4)

En matière de protection maternelle

- Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales,
- Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes (actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors de l'entretien prénatal précoce obligatoire (5),
- Des activités de planification familiale et d'éducation familiale.

En matière de protection infantile

- Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans ainsi que l'établissement d'un bilan de santé pour les enfants âgés de trois à quatre ans, notamment en école maternelle,
- Des actions médico-sociales préventives et de suivi pour les parents en période post-natale, à la maternité, à domicile, notamment dans les jours qui suivent le retour à domicile ou lors de consultations,
- Des actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger ou qui risquent de l'être,
- Des actions d'information sur la profession d'assistant maternel, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance.

En matière de santé publique

- Le traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique relatives à la maternité et à la petite enfance⁶.

LES ESSENTIELS (1,2)

Les missions de la PMI sont organisées par le président du conseil départemental.

Elles peuvent être exercées en régie directe ou confiées à un établissement de santé, à une commune ou encore à une association (7).

La PMI est dirigée par un médecin et comprend des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique : médecins, sages-femmes, puéricultrices, infirmières, conseillères conjugales et familiales, psychologues (8).

La PMI fait l'objet d'un financement hybride, majoritairement assuré par le département avec un remboursement de certains actes par l'Assurance Maladie (actes des médecins et des sages-femmes).



Information

La PMI, acteur clé en matière de santé publique, est un «levier de prévention adapté pour réduire les inégalités sociales de santé». Cependant, elle est aujourd'hui en crise. En effet, elle rencontre de nombreuses difficultés au regard de la multiplicité de ses missions, des modalités de financement et des disparités territoriales existantes. La feuille de route 2024-2030 du gouvernement sur la santé des enfants a été détaillée le 24 mai 2024 lors des Assises de la pédiatrie. Les quatre axes qui composent ce plan gouvernemental portent sur la prévention, la prise en charge sanitaire des jeunes, la santé mentale et la recherche.

(1) Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile

(2) Code de la santé publique L2112-1 L1423-1

(3) Code de la santé publique R2112-1

(4) Code de la santé publique L2111-1, L2112-2, R2112-1 et suivants

(5) Code de la santé publique L2122-1

(6) Code de la santé publique R2112-8

(7) Code de la santé publique L2112-4

(8) Code de la santé publique L2112-1, R2112-9 à R2112-13

Programme d'Auto-Formation DÉMOCRATIE EN SANTÉ

121

LES CENTRES DE PLANIFICATION OU D'ÉDUCATION FAMILIALE (CPEF)

Niveau
Territorial

Créés par la loi Neuwirth du 28 décembre 1967, les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) ont vu leurs missions s'étendre au gré des évolutions législatives et réglementaires (1).



Texte juridique

Les CPEF sont des lieux d'accueil, d'écoute, d'échanges et de conseils, gratuits et confidentiels, ouverts à tous. Ils mènent des missions d'informations, de prévention et d'accompagnement en matière de sexualité, d'éducation familiale, de vie de couple ou encore s'agissant des problématiques gynécologiques et de contraception (2).



A consulter

[Centre de documentation du Planning Familial](#)

MISSIONS (3)

ASSURER des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité.

DIFFUSER des informations et actions individuelles et collectives de prévention portant sur la sexualité et l'éducation familiale, organisées dans les centres et à l'extérieur de ceux-ci en liaison avec les autres organismes et collectivités concernés.

PRÉPARER à la vie de couple ainsi qu'à la fonction parentale et organiser des entretiens de conseil conjugal et familial.

ORGANISER des entretiens préalables à l'interruption volontaire de grossesse (4) et des entretiens relatifs à la régulation des naissances faisant suite à une interruption volontaire de grossesse.

DÉLIVRER aux personnes mentionnées à l'article L2311-4 (mineurs désirant garder le secret et personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie) des médicaments, produits ou objets contraceptifs à titre gratuit et sous certaines conditions (4).

EFFECTUER le dépistage et le traitement de maladies transmises par voie sexuelle, soit à la demande des consultants, soit avec l'accord de ceux-ci, sur proposition du médecin qui donne les résultats des examens au cours d'une consultation médicale ultérieure (5).

PRATIQUER des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse sous certaines conditions (6).

LES ESSENTIELS

Les CPEF sont généralement rattachés aux services départementaux de la [protection maternelle et infantile \(PMI\)](#) et gérés par eux. Ils sont agréés par le président du conseil départemental, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique. Dans ce cas, la création de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil départemental (7).

L'agrément nécessite de respecter plusieurs conditions et notamment la présence d'une équipe pluridisciplinaire : médecin spécialisé en gynécologie médicale, en obstétrique ou en gynécologie-obstétrique, conseiller.e conjugal.e et familial.e, sage-femme, infirmier.e, psychologue, assistant.e social.e (8).



Information

Il existe de nombreux CPEF sur le territoire que vous pouvez retrouver sur le [site du gouvernement](#) ou sur le [site du planning familial](#).

(1) Loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances

(2) Code de la santé publique L2311-1et suivants

(3) Code de la santé publique R2311-7

(4) Code de la santé publique L2212-4

(5) Code de la santé publique R2311-13

(6) Code de la santé publique R2311-14

(7) Code de la santé publique R2311-19 et suivants

(8) Code de la santé publique par l'article L2311-2

(9) Code de la santé publique par l'article R2311-9 et suivants