

PARCOURS DE SOINS • PARCOURS DE SANTÉ • PARCOURS DE VIE •

Pour une prise en charge adaptée
des patients et usagers

Lexique des parcours de A à Z

Janvier 2016






Ont contribué à l'élaboration de ce document :

Les Agences régionales de santé (ARS)

Au niveau national : L'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) ; la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; la Délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé (DSSIS) ; la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) ; la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ; la Direction générale de la santé (DGS) ; la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la Direction de la sécurité sociale (DSS).



Le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS) a assuré la coordination des travaux.

Pour nous faire part de vos remarques et observations, écrivez-nous à l'adresse suivante en mentionnant en objet « Lexique parcours » : secretariat.ars-pilotage-national@sg.social.gouv.fr



Introduction

Les parcours répondent à la nécessaire évolution de notre système de santé liée à la progression des maladies chroniques et des situations de perte d'autonomie.




Ils se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Les parcours ont une dimension temporelle qui est d'organiser une prise en charge du patient et de l'utilisateur coordonnée dans le temps, et spatiale dans un territoire et la proximité de leur domicile.

Leur réussite repose sur la participation et l'implication des patients et des usagers, sur l'intervention efficace et coordonnée des acteurs du système de soins, des services et établissements médico-sociaux et sociaux, des collectivités locales, des autres services de l'Etat et des organismes de protection sociale.

Le lexique de A à Z vous propose la définition des concepts les plus fréquemment évoqués dans les parcours. Cette mise à jour du document de 2012 est contemporaine de la loi de modernisation de notre système de santé dont un des axes majeurs est de faciliter au quotidien le parcours de santé des Français.

Dans ce lexique, vous retrouverez 3 niveaux de définition des concepts :

-  **Normatif** Les sources sont des normes internationales (OMS), des textes législatifs (Code de la santé publique, Code de la sécurité sociale, Code de l'action sociale et des familles, etc..) ou des règlements (décrets, arrêtés, instructions, circulaires).
-  **Référence publique** Les sources sont des textes émanant d'autorités publiques : ministères, opérateurs (Haute autorité de santé, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, Caisses nationales, etc..).
-  **Usité** Les sources sont la littérature nationale et internationale et l'usage par les professionnels de santé.

Nota bene: Pour la rédaction de ce lexique, et compte tenu du calendrier législatif, les références juridiques les plus récentes sont celles du texte de loi de modernisation de notre système de santé adopté en dernière lecture à l'Assemblée nationale le 17 décembre 2015 ([TA n°650](#)). Une mise à jour sera réalisée si nécessaire à la suite de la saisine du Conseil constitutionnel, et des futurs décrets d'application de la Loi.

Lexique des parcours

▪ Sommaire

A **14**

▪ Accès	14
Accès aux données de santé.....	14
Accès ou accessibilité aux soins	14
Accès aux soins des personnes handicapées	15
▪ Accueil de jour	15
▪ Accompagnement.....	16
Accompagnement global	16
Voir plan d'accompagnement global.....	16
Accompagnement médico-social	16
Accompagnement sanitaire	16
Accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées	16
Accompagnement social.....	17
▪ Acteur	17
Acteurs de deuxième recours.....	17
Acteurs de premier recours	17
▪ Aide-Allocation	17
Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)	17
Allocation adulte handicapé (AAH)	17
Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH)	18
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	18
Prestation de compensation du handicap (PCH)	18
▪ Action de santé libérale en équipe (Asalée)	18

B **19**

▪ Bassin	19
Bassin de santé.....	19
Bassin de vie.....	19

C **20**

▪ Centre	20
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP).....	20

Centre de ressources	20
Centre de ressources en soins primaires	20
Centre de santé (CDS)	20
Centre de santé pluriprofessionnel universitaire.	21
Centre expert.....	21
Centre local d'information et de coordination (CLIC)	21
▪ Check-list implémentation.....	21
▪ Chemin clinique.....	21
▪ Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS)	22
Voir Unité locale pour l'inclusion scolaire (ULIS)	22
Voir Unité pédagogique d'intégration (UPI).....	22
▪ CNIL- Données de santé.....	22
▪ Commission	22
Commissions de coordination des politiques publiques de santé.....	22
Commission de coordination des politiques publiques de prévention	22
Commission de coordination des politiques publiques médico-sociales	23
Commission des usagers des établissements de santé	23
▪ Communauté	23
Communauté hospitalière de territoire (CHT)	23
Communauté professionnelle territoriale de santé	24
▪ Complexité.....	24
Voir parcours de santé complexe	24
▪ Conférence de territoire.....	24
▪ Conseil	25
Conseil local de santé mentale (CLSM)	25
Conseil territorial de santé (CTS)	25
▪ Continuité.....	25
Continuité des soins.....	25
Continuité des soins en médecine ambulatoire.....	26
Continuité du parcours de soins.....	26
▪ Continuum	26
▪ Contrat.....	26
Contrat local de santé.....	26
Contrat territorial de santé	27
Contrat territorial de santé mentale	27
▪ Convention	27
Convention de groupement hospitalier de territoire	27
Convention entre les établissements de santé disposant d'une EMSP et les EHPAD	28
▪ Coopération	28

Coopérations entre professionnels de santé	28
Acte de soins.....	28
Compétence	28
Dérogation	28
Délégrant	28
Délégué	28
Transfert.....	28
Voir protocole pluriprofessionnel	29
Voir protocole de coopération (champ sanitaire)	29
Coopérations territoriales	29
Coopération conventionnelle	29
Voir communauté hospitalière de territoire (CHT)	29
Voir convention	29
Voir fédération médicale inter-hospitalière.....	29
Voir groupement hospitalier de territoire (GHT)	29
Coopération organique	29
Voir groupement d'intérêt économique (GIE).....	29
Voir groupement d'intérêt public (GIP).....	29
Voir groupement de coopération sanitaire (GCS).....	29
Voir groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)	29
Voir modalités d'accompagnement des coopérations territoriales.....	29
Voir protocole de coopération (champ sanitaire)	29
▪ Coordination	29
Pour les niveaux « macro », voir commissions de coordination des politiques publiques de santé .	30
Voir commission de coordination des politiques publiques médico-sociales	30
Voir commission de coordination des politiques publiques de prévention	30
Coordination clinique de proximité	30
Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé	31
Coordination des soins.....	31
Coordination des soins de premier recours visant à soulager la douleur	31
Coordination territoriale d'appui (CTA).....	32
Voir plateforme territoriale d'appui à la coordination (PTAC)	32
Coordination territoriale de second niveau en santé mentale	32
Coordonnateur de parcours patient	32
Voir gestionnaire de cas	33
Voir infirmier(e) diplômé(e) d'état coordonnateur(rice) de soins- IDEc.....	33
Voir médecin coordonnateur en EHPAD.....	33
Voir médecin traitant	33

D

33

▪ Démocratie sanitaire	33
Voir conférence de territoire	33
Voir conseil et conseil territorial de santé (CTS).....	33
Voir contrat local de santé.....	33
Voir contrat territorial de santé	33
▪ Déterminants sociaux de santé	34
▪ Développement professionnel continu.....	34

▪ Diagnostic territorial partagé.....	34
Diagnostic territorial partagé en santé mentale	35
▪ Dispositif intégré d'accompagnement des personnes handicapées	35
▪ Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures.....	35
▪ Dossier	36
Dossier de liaison d'urgence (DLU).....	36
Dossier médical partagé.....	36-37
Dossier pharmaceutique.....	37
▪ Droit du malade au libre choix	38

E **38**

▪ Education	38
Education pour la santé	38
Education thérapeutique (des patients)	38
Voir empowerment	39
▪ Efficience	39
▪ Empowerment.....	39
▪ Enseignant référent	40
▪ Equipe.....	40
Equipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 et du partage de données	40
Equipe de soins primaires	40
Equipe de suivi de la scolarisation	40
Equipe mobile	41
Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMGEH)	41
Equipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP).....	41
Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)	41
Voir convention entre établissements de santé disposant d'une EMSP et	
EHPAD.....	41
Equipe pluridisciplinaire.....	41
Equipe pluriprofessionnelle en maison de santé pluriprofessionnelle	41
▪ Etablissement.....	42
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	42
Etablissement scolaire de référence	42
Etablissement support	42
▪ Exercice coordonné.....	42
Voir acteurs de premier recours et acteurs de deuxième recours.....	43
Voir coordination clinique de proximité	43
Voir coordination des soins.....	43
Voir coordination territoriale d'appui (CTA)	43
Voir coordination territoriale de second niveau	43
Voir coordonnateur de parcours patient.....	43

Voir matrice de maturité en soins primaires	43
▪ Expérimentation de « l'article 70 »	43
▪ Evaluation.....	43
Evaluation médico-économique.....	43
Evaluation multidimensionnelle	44

F **44**

▪ Facilitateurs	44
▪ Fédération médicale inter-hospitalière.....	44
▪ Filière de soins	45
▪ Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes... 45	
Voir coordination territoriale d'appui (CTA)	46
Voir gestion de cas (Case Management)	46
Voir groupe opérationnel de synthèse (GOS).....	46
Voir modalités d'accompagnement des coopérations territoriales	46
Voir patient traceur.....	46
Voir plateforme territoriale d'appui à la coordination (PTAC).....	46
▪ Fragilité	46
Fragilité en soins ambulatoires.....	46
Fragilité de la personne âgée.....	46

G **47**

▪ Gestion de cas (Case Management).....	47
▪ Gestionnaire de cas	47
▪ Groupe opérationnel de synthèse (GOS)	47
▪ Groupement.....	48
Groupement de coopération sanitaire (GCS)	48
Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS).....	48
Groupement d'intérêt économique (GIE)	48
Groupement d'intérêt public (GIP).....	49
Groupement hospitalier de territoire (GHT)	49

H **49**

▪ Hébergement agréé	49
▪ Hospitalisation.....	50
Hospitalisation - évitable, non pertinente, inadéquate, médicalement non justifiée	50
Voir ré-hospitalisation évitable	50
Hospitalisation à domicile	50

I **51**

▪ Infirmier(e)	51
Infirmier(e) coordinateur(rice) en cancérologie	51
Infirmier(e) coordonnateur(rice) en EHPAD.....	51
Infirmier(e) diplômé(e) d'état coordonnateur(rice) de soins- IDEc.....	51
▪ Inégalités de santé	51
▪ Institut national des données de santé.....	52
▪ Intégration.....	52
▪ Interprétariat linguistique	53

L **53**

▪ Lettre de liaison.....	53
--------------------------	----

M **53**

▪ Maison.....	53
Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)	53
Maison de santé pluriprofessionnelle (MSPP).....	54
Voir équipe pluriprofessionnelle en maison de santé pluriprofessionnelle	54
Voir projet de santé	54
Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire	54
▪ Matrice de maturité en soins primaires.....	54
▪ Médecin.....	54
Médecin coordonnateur en EHPAD	54
Médecin généraliste de premier recours – Les missions.....	55
Médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours - Les missions.	56
Médecin traitant	56
▪ Médecine personnalisée	56
▪ Médiation sanitaire.....	57
▪ Messagerie sécurisée de santé (MSS)	57
▪ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)	57
▪ Mission	58
Missions des établissements de santé.....	58
Mission locale.....	58
▪ Modalités d'accompagnement des coopérations territoriales.....	58

N **59**

▪ Non-recours aux soins.....	59
------------------------------	----

O **59**

▪ Observance du traitement	59
----------------------------------	----

▪ Organisation	59
Organisation relais.....	59
P	59
▪ Pacte territoire santé.....	59
▪ Parcours	60
Parcours de santé.....	61
Parcours de santé complexe	61
Parcours de Santé des Aînés (PSA) - Personnes Agées en Risque de Perte	
d'Autonomie (PAERPA)	61
Voir coordination territoriale d'appui (CTA)	62
Voir coordination clinique de proximité	62
Voir plan personnalisé de santé (PPS) dans le cadre de Paerpa	62
Parcours de soins	62
Parcours de soins coordonné	62
Parcours de soins coordonné pour les enfants de moins de 16 ans....	63
Parcours de soins personnalisé.....	63
Parcours de vie	63
Parcours de formation personnalisé des élèves handicapés.....	64
Parcours éducatif de santé de l'enfant	64
Parcours fluidifié pour les personnes handicapées.....	65
▪ Partage d'informations sur le patient	65
Voir transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	66
▪ Patient.....	66
Patient expert (formé en ETP et ayant suivi une formation soignant en ETP)	66
Patient traceur	66
▪ Permanence des soins.....	66
Permanence des soins en médecine ambulatoire	66
Voir régulation téléphonique	67
▪ Pertinence des soins hospitaliers et ambulatoires.....	67
Voir hospitalisation : évitable, non pertinente, inadéquate, médicalement non justifiée	67
Voir ré-hospitalisation évitable	67
Voir revue de pertinence des soins.....	67
▪ Plan personnalisé.....	67
Plan d'accompagnement global.....	67
Plan d'actions personnalisé (PAP).....	68
Plan d'aide pour les personnes âgées en perte d'autonomie	68
Plan de services individualisé.....	68
Plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH)	68
Plan personnalisé de santé (PPS) dans le cadre de Paerpa	69
Plan régional santé environnement	69
▪ Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination (PTAC).....	69

▪ Pôle de Santé de Territoire (PST)	70
▪ Politique explicite de déploiement des parcours	70
▪ Polypathologie.....	70
▪ Pratiques avancées	71
▪ Prescription d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection longue durée (ALD).....	71
▪ Prestataire de santé à domicile (PSAD)	71
▪ Prévention	71
▪ Professionnels ressources.....	72
▪ Programme.....	72
Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO).....	72
Programme personnalisé.....	72
Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC).....	72
Programme personnalisé de soins (PPS)	72
Programme personnalisé de soins en oncologie (PPS Cancérologie)	73
.....	73
Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).....	73
▪ Projet.....	73
Projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif	73
Projet de santé (pour CPTS, Maison de santé ou équipes de soins primaires...)	73
Projet de soins informatisés (PSI)	74
Projet personnalisé de scolarisation (PPS).....	74
Projet pilote ou prototype.....	74
Projet régional de santé	74
Projet territorial de santé mentale.....	75
▪ Promotion de la santé	75
▪ Protocole	76
Protocole pluriprofessionnel.....	76
Protocole de coopération (champ sanitaire)	76

R

76

▪ Référent parcours de santé (RPS).....	76
▪ Référentiel d'analyse et de progression (RAP).....	76
▪ Régulation téléphonique.....	76
▪ Ré-hospitalisation évitable	77
▪ Répertoire opérationnel des ressources (ROR).....	77
▪ Responsables des organisations relais.....	77
▪ Réseau de santé.....	77
▪ Revue de pertinence des soins.....	77

S**78**

▪ Service de santé au travail (SST).....	78
▪ Schéma	78
Schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS).....	78
Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)	79
Schéma régional de prévention (SRP).....	79
Schéma régional de santé (SRS)	79
▪ Service d'accompagnement	80
Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)	80
Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH).....	80
Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP).....	80
▪ Service d'aide.....	80
Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire pour déficients visuels(SAAAIS).....	80
Service d'aide aux personnes âgées	80
▪ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD).....	81
▪ Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	81
▪ Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire pour déficients (SSEFIS)..	81
▪ Service public.....	81
Service public d'information en santé	81
Service public hospitalier	81
▪ Simplification du parcours administratif hospitalier et numérisation des informations échangées (SIMPHONIE).....	82
▪ Soins.....	82
Soins de deuxième recours.....	82
Soins de premier recours	82
Soins de proximité en santé mentale.....	83
Soins de suite et de réadaptation.....	83
Soins de support	84
Soins primaires	84
▪ Stage des étudiants paramédicaux	84
▪ Système national des données de santé.....	84-85

T**86**

▪ Télémédecine.....	86
▪ Télésanté.....	86
▪ Territoire	86
Territoire d'action	87
Territoire d'observation.....	87

Territoires de proximité.....	87
Territoire de santé.....	87
▪ Transition Ville-Hôpital-EHPAD	88
Voir document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures.....	88
▪ Transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie	88
▪ Transversalité.....	88
U	88
▪ Unité	88
Unité de soins de longue durée (USLD)	88
Unité locale pour l'inclusion scolaire (ULIS)	89
Unité pédagogique d'intégration (UPI).....	89
▪ Union régionale des professionnels de santé (URPS)	89
V	89
▪ Volet de synthèse médicale (VSM)	89
Z	90
▪ Zone	90
Zone sous-dense	90
Zone sur-dense	90
Zone fragile conventionnelle (SROS – Premier recours).....	90

A

▪ Accès

◦ Accès aux données de santé



Article 193 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1460-1 du code de la santé publique.

Les données de santé à caractère personnel recueillies à titre obligatoire et destinées aux services ou aux établissements publics de l'État ou des collectivités territoriales ou aux organismes de sécurité sociale peuvent faire l'objet de traitements à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation présentant un caractère d'intérêt public, dans le respect de la [loi n° 78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les traitements réalisés à cette fin ne peuvent avoir ni pour objet ni pour effet de porter atteinte à la vie privée des personnes concernées. Sauf disposition législative contraire, ils ne doivent en aucun cas avoir pour fin l'identification directe ou indirecte de ces personnes. Les citoyens, les usagers du système de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé et leurs organisations représentatives ainsi que les organismes participant au financement de la couverture contre le risque maladie ou réalisant des recherches, des études ou des évaluations à des fins de santé publique, les services de l'État, les institutions publiques compétentes en matière de santé et les organismes de presse ont accès aux données mentionnées au premier alinéa dans les conditions définies par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée et, le cas échéant, par les dispositions propres à ces traitements.

Article 193 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1435-6 du code de la santé publique.

L'agence régionale de santé a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux ainsi que, dans les conditions prévues à l'article L. 1461-2, aux données des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Elle a également accès, dans les conditions définies au III de l'article L. 1461-3, aux données du [système national des données de santé](#). L'agence régionale de santé est tenue informée par les organismes situés dans son ressort de tout projet concernant l'organisation et le fonctionnement de leurs systèmes d'information. Le directeur général de l'agence détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, service et organisme, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général de l'agence décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements de soins et des établissements et services médico-sociaux.

Les agents de l'agence régionale de santé n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Ils sont tenus au secret professionnel. Lorsque ces données sont utilisées à des fins d'étude, elles ne comportent ni le nom, ni le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et des précautions sont prises pour assurer la traçabilité des accès, dans le respect de la [loi n° 78-17](#) du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

◦ [Voir transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie](#)

◦ Accès ou accessibilité aux soins



Inspirée de la définition de H. Picheral dans le « dictionnaire raisonné de géographie de la santé ». Atelier Géographie de la santé, Université Montpellier 3, 2001, et de la définition issue des « Problématiques de l'accès aux soins des personnes handicapées : audition publique de la Haute autorité de santé », 2008. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 2012.

C'est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé, elle présente au moins deux dimensions.

Matérielle : L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). Elle est surtout fonction du couple distance / temps, donc de la proximité ou de l'éloignement du cabinet médical, de l'établissement de soins et de la longueur du trajet à effectuer.

Sociale : Indicateur social (inégalités) et indicateur de santé fréquemment utilisé, l'accessibilité est une condition de l'accès aux soins mais ne détermine pas à elle seule le recours aux soins effectif, c'est à dire l'utilisation effective du système.

L'accessibilité se dit aussi de la possibilité financière de recourir à des services de santé (couverture, assurance sociale) ou à une innovation médicale (pratique, technique, équipement, diffusion). La plus grande accessibilité est ainsi un des objectifs premiers de tout système de santé dans sa dimension sociale (équité). Dans les deux cas, l'accessibilité est maintenant considérée comme un [déterminant de santé](#) et un éventuel facteur de risque. Si l'accessibilité au soin peut se résumer au "potentiel d'accès aux soins" la notion d'accès aux soins ou de recours aux soins invite aussi à évoquer la question du [non-recours aux soins](#) qui signe des problèmes d'accès aux soins mais pas toujours d'accessibilité a priori et représente plutôt "la fréquentation, l'usage du système de soins". Nota

bene : pour certains, la notion d'accès aux soins est proche de celle de recours aux soins, pour d'autres elle est plus proche de celle d'accessibilité de recours aux soins, il convient de bien préciser l'acceptation à laquelle on se réfère.

 Inspirée d'une définition dans « le concept d'accessibilité et d'accès aux soins », dossier de DEA GEOS, université Paul Valéry-Lyon 3, Pascal Bonnet, 2002. ARS Bourgogne et ARS Languedoc-Roussillon, 2015.

La notion d'accès est associée au fait d'avoir recours à un service et à la fréquence d'utilisation. L'accès est une réalité mesurable par la fréquentation, par exemple l'usage du système de soins.

L'accessibilité définira plutôt le potentiel d'accès au service. Un niveau d'accessibilité aux services de santé se concrétise par l'utilisation des services et l'amélioration de l'état de santé des populations. L'accessibilité aux soins est la capacité matérielle d'accéder aux ressources sanitaires et aux services de santé. L'accessibilité peut être de dimension sociale, financière et géographique.

• Accès aux soins des personnes handicapées

 Article 172 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1417-1 du code de la santé publique.

Un établissement public de l'Etat dénommé Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a pour missions : [...]

6° De s'assurer de l'accessibilité aux personnes handicapées des programmes de [prévention](#), de [promotion](#) et [éducation](#) à la santé.

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Comité interministériel du handicap

<http://www.social-sante.gouv.fr/evenements-colloques,2396/comite-interministeriel-du,2820/accompagnement,2825/acces-aux-soins-et-a-la-sante,2845/>

L'accès aux soins et à la santé des personnes handicapées est un droit consacré par la [loi du 11 février 2005](#) et une dimension importante de l'accès à la vie de la cité. Les personnes handicapées, qu'elles résident en établissement ou à domicile, rencontrent encore des obstacles pour l'accès aux soins courants (médecine générale, soins bucco-dentaires, gynécologiques, ophtalmologiques ...). Une bonne part de ces soins se reporte à l'hôpital où, là aussi, les prises en charge sont difficiles, notamment aux urgences. Enfin, les personnes handicapées bénéficient peu des actions de [prévention](#) et de santé publique, faute de prise en compte de leurs besoins spécifiques.

Haute Autorité de Santé.

[http://www.has-](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/audition_publicque_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf)

[sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/audition_publicque_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/200901/audition_publicque_acces_soins_personnes_handicap_22_23102008.pdf)

Par delà les soins ou prises en charge rendus nécessaires par leur handicap, toutes ces personnes sont sujettes, comme quiconque, à différentes sortes de pathologies. Ces dernières peuvent être sans rapport direct avec le ou les handicaps repérés, même si les handicaps sont fréquemment la source d'une vulnérabilité singulière. Ces personnes ont besoin de soins. Elles éprouvent des difficultés plus ou moins considérables, parfois insurmontables, pour accéder à ces soins.

Charte Romain Jacob, 2014. Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap, 2015.

<http://www.handidactique.org/charte-romain-jacob/>

Organiser l'accès aux soins et à la [prévention](#) : [...] Les professionnels de santé, sociaux et médicosociaux, contribuent à l'accès à la santé des personnes handicapées. Ils veillent à l'adaptation de leurs équipements, à la qualité de l'accompagnement, à la communication dans les soins, et à la [coordination](#) de leurs interventions. Afin de permettre aux personnes en situation de handicap d'être actrices de leur santé, une vigilance particulière est portée à l'adaptation des protocoles de prévention spécifiques aux différents handicaps, à la [promotion de la santé](#), et à l'[éducation thérapeutique](#). Les signataires veillent à mobiliser des supports d'information accessibles à tous.

■ Accueil de jour

 Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Direction général de la cohésion sociale (DGCS), 2011.

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/12/cir_34292.pdf

La [loi 2002-2](#) rénovant l'action sociale et médico-sociale a donné une base légale à l'accueil temporaire (accueil de jour ou hébergement temporaire). Ce mode de prise en charge alternatif à l'hébergement permanent s'adresse à la fois aux personnes âgées et aux personnes handicapées et fait partie des solutions visant à diversifier les options offertes aux publics en perte d'autonomie. Le décret du 17 mars 2004, ([articles D. 312-8 à D. 312-10](#) du code de l'action sociale et des familles) constitue ensuite la première définition des contours de l'accueil temporaire et de ses modalités de fonctionnement.

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

- 1° Prendre en charge ponctuellement les personnes en perte d'autonomie qui souhaitent rester à domicile ;
- 2° Permettre une période de répit et de suppléance de l'aidant ;

3° Répondre à des situations d'urgence en matière d'hébergement.

Ministère des Affaires sociales, de la santé et des Droits des femmes, Direction générale de l'offre de soins (DGOS).

Local médicalisé destiné à recevoir pendant la journée et une à deux fois par semaine les personnes " désorientées " ou souffrant de la maladie d'Alzheimer, les accueils de jour ont pour fonction de soulager les familles, lorsqu'elles assurent la charge directe d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer.

▪ Accompagnement

• Accompagnement global

L'accompagnement global s'envisage comme un accompagnement comprenant les accompagnements sanitaires, sociaux et administratifs.

• [Voir plan d'accompagnement global](#)

• Accompagnement médico-social



Plan psychiatrie santé mentale 2011-2015.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

L'accompagnement s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont : La personne avec ses capacités et ses limites, son environnement social, ses moyens, ses ressources et l'exercice de la citoyenneté. L'accompagnement est une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation du projet de vie. Pour le champ médico-social, l'accompagnement est une fonction majeure qui peut s'accomplir à travers de multiples prestations (à domicile, en établissement...) et qui doit être réalisée en complémentarité avec d'autres grandes fonctions telles que [l'évaluation multidimensionnelle](#) des besoins, l'accueil, l'hébergement ou le soin.

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 2012.

Le vocable accompagnement est particulièrement présent dans le secteur social et médico-social, à cet égard, on peut rappeler que lors de l'examen de la [loi du 11 février 2005](#), le terme "accompagner" a été substitué à l'expression « prendre en charge ». Ce changement sémantique s'inscrit dans la logique de l'évolution des concepts et de la définition du handicap ainsi que du regard porté sur les personnes handicapées (projet de vie, participation à la vie sociale). Prendre quelqu'un en charge signifie souvent faire pour lui, à sa place. Accompagner une personne handicapée c'est notamment permettre l'émergence de stratégies visant à atténuer les désavantages ou incapacités, notamment en mobilisant les ressources de la personne et de la société.



L'Etablissement Public Social et Médico-social Intercommunal.

<http://www.epsoms80.fr/1-epsoms-80/21-accompagnement-medico-social.html>

Cet accompagnement est organisé par la réalisation d'un projet personnalisé. Ce projet permet de déterminer les besoins et désirs de chaque personne, dans le respect de celle-ci, des lois et des règles institutionnelles. L'accession à l'autonomie reste une priorité pour les équipes permettant aux personnes de se réaliser et d'être actrices de leur vie. L'accompagnement se décline alors en un large éventail d'interventions :

Accompagnement dans les actes de la vie quotidienne, accompagnements médicaux, accompagnement à la vie citoyenne, accompagnement dans la vie socioculturelle.

• Accompagnement sanitaire



Article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, 2006.

Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

• Accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées



Article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des [projets d'accompagnement sanitaire, social et administratif](#) des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées. Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage. Cet accompagnement

a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du [parcours de santé](#) les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie.

• Accompagnement social


 Kivits Joëlle. *Accompagnement social et intervention en santé publique : la place du malade et de l'entourage dans les plans de santé publique.* », Santé Publique 1/2009 (Vol. 21), P. 3-5.

Tenant compte des difficultés rencontrées par le malade et son entourage au quotidien, l'accompagnement social ne peut cependant être considéré que pour les seules maladies chroniques ou de longue durée. Si l'accompagnement est important, le « social » l'est aussi. La maladie, quelle qu'elle soit, se vit aussi socialement, c'est-à-dire économiquement, culturellement, en termes d'éducation ou de genre... Ces aspects sociaux ont forcément un impact sur le vécu de la maladie. Au vu du précédent que constitue le plan cancer, il est important que le temps médical cesse d'être dissocié du temps social, quelle que soit la pathologie. Pour les malades, il n'existe jamais qu'un seul temps, qu'une seule expérience.

▪ Acteur

• Acteurs de deuxième recours

ARS Guadeloupe, 2015.

 Médecins spécialistes, autres professions de santé et établissements de santé publics ou privés intervenant à la demande du [médecin traitant](#).

• Acteurs de premier recours

 Inspiré des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS), 2008.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'accès à des [soins de premiers recours](#). Ces soins comprennent la [prévention](#), le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ; la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ; en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ; l'[éducation pour la santé](#).

Les professionnels de santé habilités à raison de leurs compétences à exercer tout ou partie de ces activités concourent, par l'exercice de ces compétences dans le cadre de [coopérations](#) organisées, et en collaboration avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et réseaux de santé, à l'offre et à la permanence des soins de premier recours. [...] cette définition de l'offre de soins de premier recours n'exclut aucun des professionnels de santé, la définition du rôle particulier du [médecin généraliste de premier recours](#) en tant qu'acteur pivot, le plus souvent, choisi comme [médecin traitant](#) doit être précisée.

▪ Aide-Allocation

• Aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

 Carsat AlsaceMoselle.
<http://www.carsat-alsacemoselle.fr/laide-au-retour-domicile-apres-hospitalisation-ardh>

La personne âgée peut bénéficier d'une participation financière de la Carsat dès sa sortie d'hospitalisation, à un plan d'aide personnalisé (ménage, courses, linge, portage de repas, téléalarme, petites aides techniques), établi quelques jours avant sa sortie par l'assistante sociale de l'un des établissements conventionnés avec la Carsat pour cette prestation.

• Allocation adulte handicapé (AAH)

 Article L. 821-1 du code de la sécurité sociale.

Toute personne résidant sur le territoire métropolitain ou dans les collectivités mentionnées à l'[article L. 751-1](#) ou à Saint-Pierre-et-Miquelon ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'[article L. 541-1](#) et dont l'incapacité permanente est au moins égale à un pourcentage fixé par décret perçoit, dans les conditions prévues au présent titre, une allocation aux adultes handicapés.

 Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2015.

<http://www.securite-sociale.fr/L-activite-des-MDPH-relative-a-l-AAH-entre-2007-et-2013-Reperes-et-statistiques-CNSA-mars-2015?type=part>

L'AAH est un minimum social financé par l'État et versé par les caisses d'allocations familiales (CAF) ou par la Mutualité sociale agricole (MSA). Elle peut s'accompagner d'un complément de ressources (CPR) ou d'une majoration pour la vie autonome (MVA).

• Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé (AEEH)



Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Direction générale de l'enseignement scolaire.

L'Allocation d'éducation pour l'enfant handicapé constitue une prestation familiale destinée à aider les parents à faire face aux dépenses liées à l'éducation de leur enfant handicapé. Elle est versée mensuellement et peut être assortie de différents compléments (voir [art L 541-1](#) du CSS et [art R.213-13](#) du Code de l'éducation pour les frais de déplacement en application des [articles L. 442-5](#) et [L. 442-12](#) du même code, et [L. 242-11](#) du CASF pour les transports vers un établissement scolaire supportés par l'État).

• Allocation personnalisée d'autonomie (APA)



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

<http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html>

L'Allocation personnalisée d'autonomie attribuée dans le cadre du maintien à domicile repose sur l'élaboration d'un plan d'aide prenant en compte tous les aspects de la situation de la personne âgée. Le montant maximum du plan d'aide varie selon le degré de perte d'autonomie (groupe GIR 1 à 4). Le montant de l'APA est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué d'une participation éventuelle (ticket modérateur) laissée à sa charge et calculée en fonction de ses ressources.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, CNSA.

<http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-la-compensation/quelles-reponses/les-prestations-pch-et-apa>

Allocation ouverte aux personnes hébergées à domicile ou dans un établissement. L'APA est servie à domicile et en établissement. L'APA à domicile est attribuée aux personnes âgées d'au moins 60 ans, qui ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne ou dont l'état nécessite une surveillance régulière. L'APA peut en principe financer toute aide technique, qu'elle soit ou non déjà partiellement prise en charge par l'assurance maladie. Toutefois, en raison du plafonnement des montants actuels attribués, la grande majorité des plans d'aide ne comprend que de l'aide humaine.

• Prestation de compensation du handicap (PCH)



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

<http://www.cnsa.fr/compensation-de-la-perte-dautonomie-du-projet-de-vie-la-compensation/quelles-reponses/les-prestations-pch-et-apa>

La PCH est l'une des réponses au droit à compensation reconnu par la [loi du 11 février 2005](#). Elle remplace l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice peuvent continuer à en bénéficier ou opter pour la PCH. Il ne peut plus y avoir en revanche de première demande d'allocation compensatrice. La PCH contribue à la prise en charge financière de certaines dépenses liées au handicap. En tant que dispositif de compensation, elle est complémentaire des aides de droit commun (comme les aides de la sécurité sociale, par exemple, la majoration pour tierce personne et la prise en charge des aides techniques) ou d'aides spécifiques mobilisables par ailleurs (accompagnement par un service médico-social, aide humaine à la scolarisation des élèves en situation de handicap...). C'est une aide personnalisée, modulable en fonction des besoins de chaque bénéficiaire. La PCH est une prestation d'aide sociale versée par le conseil départemental.

▪ Action de santé libérale en équipe (Asalée)



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

<http://www.ars.sante.fr/Le-protocole-de-cooperation-A.154441.0.html>

Asalée est un [protocole de coopération](#) ([Délégation d'actes](#) ou d'activités de médecins vers des paramédicaux), en application des dispositions de [l'article 51 de la loi HPST](#). Il concerne deux dépistages : Les troubles cognitifs et de BPCO du patient tabagique, et deux suivis de pathologies chroniques : Dépistage et suivi du diabète et suivi du risque cardio-vasculaire. Outre les aspects dérogatoires du protocole ASALEE, les infirmiers réalisent une activité de repérage des patients dans le système d'information du cabinet et de tenue de leurs dossiers médicaux (génération d'alertes etc.) ainsi que des consultations individuelles d'[éducation thérapeutique](#).

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Instruction n° DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des Financeurs ».

Créée en 2004 pour améliorer la prise en charge des malades chroniques par coordination entre médecins généralistes et infirmiers, l'association ASALEE met en œuvre un protocole de coopération en application des dispositions de l'article 51 de la loi HPST. Ce protocole est autorisé par l'Agence régionale de santé (ARS) Poitou-Charentes par arrêté du 18 juin 2012, après avis conforme de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 22 mars 2012.

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé, 2008.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

ASALEE, Action de Santé Libérale En Equipe, associe, dans le département des Deux-Sèvres, 41 médecins généralistes et 8 infirmières afin d'améliorer la qualité des soins, notamment des patients atteints de maladies chroniques. Lancée en 2004, elle représente la seule expérimentation de [coopération entre professionnels de santé](#) portant sur les [soins de premiers recours](#). Les infirmières se voient confier par les médecins la gestion informatique de certaines données du patient et des consultations d'éducation thérapeutique, selon un protocole bien défini. Une [évaluation médico-économique](#) du dispositif ASALEE a été menée par l'IRDES.

 Actusoins, octobre 2010.

Dans le cadre d'expérimentations sur la coopération entre les professionnels de santé, l'association Asalée (Action de santé libérale en équipe) développe une collaboration entre des médecins généralistes libéraux et des Infirmières déléguées à la santé publique (IDSP) titulaires de nouvelles missions. Cette initiative consiste en l'élaboration d'un parcours de prévention pour le patient, piloté par un [médecin généraliste libéral](#) en collaboration avec une IDSP salariée de l'association Asalée qui intervient dans plusieurs cabinets médicaux.

B

▪ Bassin

• Bassin de santé

 Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Rapport du groupe de travail « territoire et accès aux soins », 2003.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

L'appellation de « bassin de santé » a été consacrée par l'article 44 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (article L. 6121-2 du code de la santé publique), son contenu et sa méthode de détermination n'ont jamais fait l'objet d'une définition officielle. Néanmoins, dans l'acception la plus généralement répandue, cette notion renvoie à une zone d'attraction hospitalière, dessinée par les flux domicile-hôpital (l'appellation de « bassins d'attraction hospitalière » ou de « bassins d'hospitalisation », utilisée par certains, serait d'ailleurs plus judicieuse). Le principe de base est qu'une unité géographique de base (commune, canton) est rattachée à un bassin dès lors que sa population s'oriente préférentiellement vers le(s) établissement(s) hospitaliers de ce bassin. La construction de ces nouveaux zonages s'est affinée avec l'exploitation de la base PMSI, qui permet d'avoir une connaissance des lieux de résidence des patients au niveau des codes postaux.

• Bassin de vie

 Inspiré de l'Insee. ARS Languedoc-Roussillon, 2015.

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements les plus courants. Ils se classent en trois groupes :

1° Le bassin de vie urbain : la population classée dans les mailles urbaines représente plus de 80 % de la population totale du bassin de vie ;

2° Le bassin de vie intermédiaire : la population classée dans les mailles urbaines représente entre 50 % et 80 % de la population totale du bassin de vie ;

3° Le bassin de vie rural : la population classée dans les mailles urbaines représente moins de 50 % de la population totale du bassin de vie.

C

▪ Centre

◦ Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)



Article L. 2132-4 du code de la santé publique.

Les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou celles à qui un enfant a été confié sont informées, dans le respect des règles déontologiques, lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé chez ce dernier, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'[article L. 2132-2](#), de la nature du handicap et de la possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans des centres spécialisés, notamment, dans des centres d'action médico-sociale précoce, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. Dans les centres d'action médico-sociale précoce, la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une [équipe pluridisciplinaire](#). Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et services mentionnés à l'[article L. 2324-1](#).



Maisons départementales des personnes handicapées.

http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_glossary&id=53&Itemid=55

Le Centre d'action médico-sociale précoce est un lieu de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative. Ses missions permettent : Un suivi en consultation médicale de dépistage (pour les enfants prématurés, les inquiétudes neurologiques ...), la rééducation d'enfants présentant des handicaps moteurs, sensoriels, mentaux, psychiques. [...] Aucune orientation par la CDAPH n'est nécessaire pour accéder aux consultations.

◦ Centre de ressources



ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

Le centre de ressource se situe à un niveau départemental ou régional. Il est un dispositif de coordination spécialisé sur une pathologie ou une population (exemple : Diabète, [MAIA](#), périnatalité...).

◦ Centre de ressources en soins primaires



Haute Autorité de Santé.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1774877/fr/centre-de-ressources-en-soins-primaires-de-la-has-questionnaire-2

Le Centre de Ressources en Soins Primaires (CdR SP) est un nouveau service mis à disposition des professionnels de soins primaires par la HAS. Sa finalité est de faciliter la préparation de « [protocoles](#) » adaptés aux conditions locales et que les équipes ont souvent du mal à élaborer (ne serait-ce que pour des questions de temps). Le Centre de ressources propose de réaliser une recherche méthodique de la littérature, afin de répondre rapidement et de façon pratique à vos demandes d'ordre clinique et/ou organisationnel.

◦ Centre de santé (CDS)



Article 118 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité dispensant principalement des [soins de premiers recours](#). Ils assurent des activités de soins sans hébergement, au centre ou au domicile du patient, aux tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, et mènent des actions de santé publique, de [prévention](#), d'[éducation pour la santé](#) et des actions sociales et pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionnée à l'article L. 322-1 du même code. Ils peuvent mener des actions d'[éducation thérapeutique](#) des patients. [...] Les centres de santé constituent des [lieux de stages](#) pour la formation des différentes professions de santé. Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.[...] Ils élaborent un [projet de santé](#) incluant des dispositions tendant à favoriser l'[accessibilité](#) sociale, la [coordination des soins](#) et le développement d'actions de santé publique.



Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Lieu où des services de [soins primaires](#) sont fournis à un niveau local ou communautaire. En plus des médecins généralistes et des [équipes de soins primaires](#), on peut trouver des dentistes, des pharmaciens, des chiropraticiens, des psychologues, des physiothérapeutes, des conseillers en santé, des travailleurs sociaux et des centres de conseil. L'endroit peut également être utilisé par des groupes de patients, des groupes de soutien ou " d'auto aide " (self-help). Quelques centres de santé peuvent également comprendre des éléments spécialisés ou de [soins secondaires](#).

♦ Centre de santé pluriprofessionnel universitaire.



Article 118 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6323-1 du code de la santé publique.

Un centre de santé pluriprofessionnel universitaire est un centre de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont il dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et de la recherche en soins primaires. Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces centres de santé pluriprofessionnels universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

♦ Centre expert



Fondation fondamentale.

http://www.fondation-fondamental.org/page_dyn.php?page_id=MDAwMDAwMDAwOQ==

Les Centres Experts incarnent un dispositif innovant et précurseur d'une politique de soins et de **prévention**. Leur mise en place a pour objectifs de favoriser le dépistage et le diagnostic précoce, offrir un bilan diagnostic complet (psychiatrique, somatique et cognitif) réalisée par une **équipe pluridisciplinaire**, spécialisée par pathologie. Mais aussi d'améliorer les liens et partager les informations entre les spécialistes du soin en psychiatrie, les généralistes, les associations de patients, ainsi que les pratiques et la formation grâce à une constante interaction avec la recherche. Il existe aujourd'hui 34 Centres Experts en France et à Monaco organisés en quatre réseaux spécialisés dédiés : aux troubles bipolaires, à la schizophrénie, au syndrome d'Asperger et à la dépression résistante.

♦ Centre local d'information et de coordination (CLIC)



<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/CLIC-Centres-Locaux-Information-Coordination,i7130.html>

Le CLIC est un guichet d'accueil, d'information et d'orientation. Animé par un chargé d'accueil, un coordinateur, des professionnels sociaux, médico-sociaux et de santé, il est une structure de proximité pour les personnes âgées, leur entourage, les professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Sa mission est d'informer, orienter, faciliter les démarches, fédérer les acteurs locaux, évaluer les besoins, élaborer un plan d'aide, accompagner, assurer le suivi du plan d'aide, en lien avec les intervenants extérieurs et **coordonner**. Il est également un observatoire de la vieillesse et des problématiques liées à la dépendance, un animateur du territoire (actions de prévention, conférences, groupes de parole, forums...). Il travaille en réseau avec le Conseil général, les communes, les centres communaux d'action sociale, les services de l'Etat, la Caisse régionale d'assurance maladie, la Mutualité sociale agricole, les services de maintien à domicile, les comités d'entraide, les associations, les hôpitaux, les **réseaux de santé**, les structures d'hébergement, les services sociaux, les professionnels de santé et les acteurs de l'habitat. [...]

▪ Check-list implémentation



Haute autorité de santé.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Ensemble de caractéristiques de la politique d'adoption des **parcours** qui peuvent être passées en revue et analysées, dans le cadre d'une démarche d'auto-évaluation, au cours de la préparation de la feuille de route stratégique ou de sa mise en œuvre, notamment si des résultats insuffisants sont constatés.

▪ Chemin clinique



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. [Instruction n° DGOS/R3/2015/222](#) du 1er juillet 2015.

Le chemin clinique contient la description détaillée et l'analyse de la totalité du processus de prise en charge du patient, issu à la fois des données de la littérature que de l'observation de la pratique de terrain. Les différentes phases, étapes, actions, ressources nécessaires et personnels affectés ainsi que les interfaces (ex : organisation des consultations d'amont, coordination des soins avec les différents acteurs, etc.) sont identifiés. Le chemin clinique est partagé par l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient.

Haute autorité de santé, chemin clinique une méthode d'amélioration de la qualité, 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_436520/chemin-clinique

Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le **parcours** du patient au sein de l'institution. C'est une méthode faisant

appel à l'analyse des processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et protocoles thérapeutiques. Elle permet d'améliorer la [coordination](#) des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients. [...] Elle peut être utilisée dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral coordonné.

▪ Classe pour l'inclusion scolaire (CLIS)



Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_glossary&Itemid=0&task=list&glossid=1&letter=C&page=3

Les Classes pour l'inclusion scolaire accueillent de façon différenciée, dans certaines écoles élémentaires ou exceptionnellement maternelles, des élèves handicapés physiques, sensoriels ou mentaux qui peuvent tirer profit, en milieu scolaire ordinaire, d'une scolarité adaptée à leur âge et à leurs capacités. Leur objectif est de permettre à ces élèves de suivre totalement ou partiellement un cursus scolaire ordinaire.

<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Glossaire-des-sigles/CLIS-Classe-d-integration-scolaire,i826.html>

Classe spécialisée accueillant, à l'école primaire, des enfants handicapés, sur décision de la Commission départementale de l'éducation spéciale (CDES). Son effectif est limité à 12 élèves.

• Voir [Unité locale pour l'inclusion scolaire \(ULIS\)](#)

• Voir [Unité pédagogique d'intégration \(UPI\)](#)

▪ CNIL- Données de santé



Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

La Commission nationale informatique et libertés énonce qu'il est :

1° interdit de collecter ou de traiter des données à caractère personnel [...] des personnes, ou qui sont relatives à la santé [...] de celles-ci.

Dans la mesure où la finalité du traitement l'exige pour certaines catégories de données, ne sont pas soumis à l'interdiction prévue au 1°[...] : Les traitements nécessaires aux fins de la médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements, ou de la gestion de services de santé et mis en œuvre par un membre d'une profession de santé, ou par une autre personne à laquelle s'impose en raison de ses fonctions l'obligation de secret professionnel prévue par l'[article 226-13](#) du code pénal.

▪ Commission

• [Commissions de coordination des politiques publiques de santé](#)



[Article L. 1432-1](#) du code de la santé publique.

Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé, associant les services de l'Etat, les collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale. Ces commissions, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont fixées par décret, sont compétentes pour assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres.

• [Commission de coordination des politiques publiques de prévention](#)



[Article D. 1432-4](#) du code de la santé publique.

Dans les domaines de la [prévention](#), de la santé scolaire, de la [santé au travail](#) et de la protection maternelle et infantile, les membres de la commission de coordination peuvent décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du [projet régional de santé](#), notamment du [schéma régional de prévention](#). La commission favorise, sur la base du plan stratégique régional de santé et du schéma régional de prévention, la complémentarité des actions dans les domaines de la prévention, de la santé scolaire, de la santé au travail et de la protection maternelle et infantile qui sont financées par chacun de ses membres et détermine les modalités de leur éventuel cofinancement. Elle définit les conditions dans lesquelles les contributeurs financiers membres de cette commission pourront s'associer à l'agence régionale de santé pour organiser une procédure d'appel à projets destinée à sélectionner et à financer les actions de prévention et de [promotion de la santé](#) dans la région. Enfin elles permettent

le rapprochement entre les acteurs régionaux de l'observation sanitaire et sociale pour améliorer la qualité et la disponibilité des informations nécessaires aux politiques régionales de santé.

• Commission de coordination des politiques publiques médico-sociales



Article D. 1432-9 du code de la santé publique.

Pour assurer les missions qui lui sont dévolues par le 2° de l'article L. 1432-1, la commission :

- 1° Peut décider d'un commun accord entre ses membres de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du [projet régional de santé](#), notamment du [schéma régional d'organisation médico-sociale](#) du programme mentionné à l'[article L. 312-5-1](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- 2° Favorise l'adoption d'outils partagés d'analyse des besoins et de l'offre médico-sociale ;
- 3° Examine les projets de schéma régional d'organisation médico-sociale et de ou des programmes qui en découlent ;
- 4° Examine les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie mentionnés à l'[article L. 312-5](#) du code de l'action sociale et des familles ;
- 5° Favorise la complémentarité des actions arrêtées et financées par chacun de ses membres, sur la base du plan stratégique régional, du schéma régional d'organisation médico-sociale et du programme mentionné à l'[article L. 312-5-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

• Commission des usagers des établissements de santé



Article 183 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1112-3 du code de la santé publique.

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge. Cette commission facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes. Elle peut être présidée par un représentant des usagers. Lorsqu'elle est saisie par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des [articles L. 3212-1](#) ou [L. 3213-1](#), la commission peut confier l'instruction de la demande à la commission prévue à l'[article L. 3222-5](#). La commission des usagers participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle est associée à l'organisation des [parcours de soins](#) ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données. Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission ou la conférence médicale d'établissement. Elle fait des propositions et est informée des suites qui leur sont données. Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier. Elle peut avoir [accès aux données médicales](#) relatives à ces plaintes ou à ces réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée. [...]

▪ Communauté

• Communauté hospitalière de territoire (CHT)



Article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

IV. – A. – Jusqu'au 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire régulièrement approuvées avant la publication de la présente loi restent régies par le chapitre II du titre III du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi.

B. – À compter du 1er juillet 2016, les communautés hospitalières de territoire dont aucune des parties n'a exprimé la volonté de rompre la coopération sont transformées en [groupements hospitaliers de territoire](#) après approbation du ou des directeurs généraux des agences régionales de santé concernées.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Fiches pédagogiques loi HPST, 2009

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_HPST_-_La_communaute_hospitaliere_de_territoire.pdf

La communauté hospitalière de territoire (CHT) est une innovation de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST). Sa finalité est la recherche de la meilleure allocation des ressources, la complémentarité entre les acteurs et une meilleure performance des établissements. Elle permet aux établissements publics de santé de conclure une convention afin de mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions.

• Communauté professionnelle territoriale de santé



Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant les articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique.

Afin d'assurer une meilleure coordination de leur action et ainsi concourir à la structuration des [parcours de santé](#) mentionnés à l'article L. 1411-1 et à la réalisation des objectifs du [projet régional de santé](#) mentionné à l'article L. 1434-1, des professionnels de santé peuvent décider de se constituer en communauté professionnelle territoriale de santé. La communauté professionnelle territoriale de santé est composée de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou de plusieurs [équipes de soins primaires](#), d'acteurs assurant des [soins de premier](#) ou de [deuxième recours](#), définis, respectivement, aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12 et d'acteurs médico-sociaux et sociaux concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Les membres de la communauté professionnelle territoriale de santé formalisent, à cet effet, un [projet de santé](#), qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé. [...] Les équipes de soins primaires et les acteurs des communautés professionnelles territoriales de santé peuvent bénéficier des fonctions des [plates-formes territoriales d'appui à la coordination](#) des [parcours de santé complexe](#) prévues à l'article L. 6327-2. [...]

II- Les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la présente loi, répondaient à la définition des [pôles de santé](#) au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique deviennent, sauf opposition de leur part, des communautés professionnelles territoriales de santé au sens de l'article L. 1434-12 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.

▪ Complexité



Ministère chargé de la santé, 2012. DGOS. Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante.pdf

Les cas de patient en situation complexe sont ceux qui appellent un recours à une diversité d'intervenants dans les différents champs (sanitaire, social et médico-social). Le [médecin généraliste de premier recours](#) peut avoir besoin d'un appui lui permettant de gagner du temps, de mieux évaluer la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources nécessaires afin de garantir un [parcours](#) efficient (maintien au domicile, anticipation des hospitalisations, sortie d'hospitalisation dans les meilleures conditions).

Haute autorité de santé, 2014.

http://www.unrsante.fr/web_documents/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

Le terme de complexité est utilisé pour qualifier la situation d'un patient pour lequel la prise de décision clinique et les processus liés aux soins ne peuvent être, ni de routine, ni standards. Une situation complexe peut être définie comme une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'[hospitalisation](#) non-programmée et de ruptures dans son parcours.

• Voir [parcours de santé complexe](#)

▪ Conférence de territoire



Inspiré de l'ARS Ile de France et du Décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 relatif à la composition et au mode de fonctionnement des conférences de territoire.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Conferences-de-territoire.125075.0.html>

Dans chacun des territoires de santé, le Directeur Général a constitué une conférence de territoire composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé dont les usagers. Chaque conférence de territoire a pour mission de faire remonter et formuler les besoins locaux de santé, émettre les propositions au Directeur Général de l'ARS et participer à l'élaboration du [projet régional de santé](#). La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle a également la possibilité d'établir des [contrats locaux de santé](#) avec l'ARS, les collectivités territoriales et leurs groupements.

Ndlr : Elle est supprimée par la Loi de modernisation de notre système de santé et remplacée par le [Conseil territorial de santé](#).

▪ Conseil

• Conseil local de santé mentale (CLSM)



Haut conseil de la santé publique, octobre 2011.

Le conseil local de santé mentale (CLSM) est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, la psychiatrie publique, les usagers et les aidants. Il a pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.



ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

Un conseil local de santé mentale est un lieu de concertation et de coordination entre les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Il requiert donc une volonté politique locale de promouvoir la santé mentale. En effet, les CLSM ont pour objectif de définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

• Conseil territorial de santé (CTS)



Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-10 du code de la santé publique.

I. – Le directeur général de l'agence régionale de santé constitue un conseil territorial de santé sur chacun des territoires définis au 1° de l'article L. 1434-9. Le conseil territorial de santé est notamment composé de représentants des élus des collectivités territoriales, des services départementaux de protection maternelle et infantile mentionnés à l'article L. 2112-1 et des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné. Il veille à conserver la spécificité des dispositifs et des démarches locales de santé fondées sur la participation des habitants. Il organise au sein d'une formation spécifique l'expression des usagers, en intégrant celle des personnes en situation de pauvreté ou de précarité. Il comprend également une commission spécialisée en santé mentale.

II. – Sans préjudice de l'article L. 3221-2, le conseil territorial de santé participe à la réalisation du [diagnostic territorial partagé](#) mentionné au III du présent article en s'appuyant notamment sur les projets des [équipes de soins primaires](#) définies à l'article L. 1411-11-1 et des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) définies à l'article L. 1434-12. Il contribue à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du [projet régional de santé](#), en particulier sur les dispositions concernant l'organisation des [parcours de santé](#). Il est informé des créations de [plates-formes territoriales d'appui à la coordination](#) des [parcours de santé complexes](#) mentionnées à l'article L. 6327-2 ainsi que de la signature des [contrats territoriaux](#) et [locaux](#). Il contribue à leur suivi, en lien avec l'union régionale des professionnels de santé.

Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

IX. – À titre expérimental et pour une durée de cinq ans, l'État peut autoriser tout ou partie des conseils territoriaux de santé à être saisis par les usagers du système de santé de demandes de médiation en santé, de plaintes et de réclamations. Ces conseils territoriaux de santé facilitent les démarches des usagers, les informent de leurs droits et les orientent. Les conseils veillent à ce que les usagers puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des professionnels ou des établissements concernés, notamment en les assistant dans la constitution d'un dossier, entendre les explications de ceux-ci et être informés des suites de leurs demandes. Lorsque la plainte ou la réclamation concerne une prise en charge par un établissement de santé, ces conseils territoriaux agissent en lien avec la commission des usagers mentionnée à l'article L. 1112-3 du code de la santé publique. Les membres des conseils territoriaux sont astreints au secret professionnel, dans les conditions définies aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

▪ Continuité

• Continuité des soins



Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux.

http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html

La continuité des soins se définit comme un jugement porté sur la fluidité et la cohérence des soins rendus selon une séquence temporelle au cours de laquelle plusieurs ressources ou services sont impliqués. Ces services sont continus s'ils s'enchaînent l'un à l'autre de façon harmonieuse en l'absence de bris (Reid et al, 2002). La continuité englobe trois dimensions : l'aspect informationnel (le transfert et l'accumulation de l'information relative au traitement de la personne), l'aspect clinique (la cohérence des soins prodigués selon la séquence temporelle) et l'aspect relationnel (la stabilité de la relation entre le patient et les professionnels de santé) (Reid et al, 2002).

ARS Pays de Loire, 2015.

La continuité des soins réfère également à deux autres concepts : La continuité intra-épisode qui concerne le suivi d'une personne tout au long de son épisode maladie (par exemple : un épisode infectieux) ou un épisode de risque

(grossesse), et la continuité inter-épisode qui concerne le suivi d'une personne tout au long de la vie entre les épisodes de risque.

• Continuité des soins en médecine ambulatoire



Article L. 6315-1 du code de la santé publique.

La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence. Le conseil départemental de l'ordre veille au respect de l'obligation de continuité des soins et en informe le directeur général de l'agence régionale de santé.

• Continuité du parcours de soins



Direction générale de la santé (DGS), 2012.

La continuité du parcours de soins se conçoit selon six dimensions : temporelle, géographique, interdisciplinaire (recours au juste niveau d'expertise), relationnelle (attentes partagées), informationnelle (communication adéquate), économique. L'évaluation de la qualité et de la pertinence d'un parcours de soins nécessite une analyse des dysfonctionnements sur des points précis identifiés comme critiques (définis par une perte de chance importante pour le patient).

▪ Continuum



Cadre de référence sur les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Québec, 2004.

<http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/cssspierreboucher/projet%20clinique/Rapport%20final%20Maladies%20chroniques.pdf>

Un continuum est un système intégré, centré sur la personne qui inclut à la fois des services et des mécanismes d'intégration et qui suit dans le temps les personnes à travers des services de santé, de santé mentale et des services sociaux globaux à tous les niveaux d'intensité requis. La notion de continuum fait référence à la fois à la continuité et à la complémentarité des services requis par une clientèle de chacun des programmes services. Le point de départ du continuum de services est la reconnaissance d'une clientèle commune à deux ou plusieurs organisations d'un même réseau de services ou de deux réseaux. Le continuum de services reconnaît explicitement que les clientèles ont des besoins auxquels un ensemble d'établissements doit répondre. Le continuum de services s'appuie sur un processus normal de réponse, dont le plan de services est le fil conducteur, qui consiste d'abord à évaluer les capacités et besoins, ensuite à élaborer et à mettre en place des stratégies d'intervention visant le suivi et le soutien, et enfin à évaluer les résultats. L'objectif est de mobiliser les intervenants autour d'interventions basées sur un plan d'action ou de service convenu.

Le continuum de services englobe divers types de services : [promotion de la santé](#), [prévention](#) des maladies, traitement, suivi, réadaptation, adaptation, soutien à l'intégration sociale et soutien en fin de vie.

▪ Contrat

• Contrat local de santé



Article L. 1434-17 du code de la santé publique.

La mise en œuvre 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](#).



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/pacte_territoire_sante_-_plaquette_-_contrats_locaux_sante.pdf

Les contrats locaux de santé (CLS) participent à la construction des dynamiques territoriales de santé. Ils permettent la rencontre du projet porté par l'ARS et des aspirations des collectivités territoriales pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.



ARS Ile de France.

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Contrats-Locaux-de-Sante-CLS.116434.0.html>

Le contrat local de santé est construit à partir d'un [diagnostic](#) participatif partagé élaboré par l'ARS, la collectivité territoriale concernée et ses partenaires, qui décrivent la situation sanitaire, économique et sociale ainsi que l'offre en santé du territoire donné. Par le dialogue et la dimension partenariale qu'il apporte, le contrat local de santé est

un lieu d'expression et de [démocratie sanitaire](#), dans la mise en œuvre concrète d'une démarche santé ciblée géographiquement et adaptée aux besoins de santé des populations les plus vulnérables.

• Contrat territorial de santé



Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1434-13 du code de la santé publique.
Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des [diagnostics territoriaux](#) mentionnés au III de l'article L. 1434-9 et sur la base des [projets de santé](#) des [équipes de soins primaires](#) et des [communautés professionnelles territoriales de santé](#), l'agence régionale de santé peut conclure des contrats territoriaux de santé.

Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1434-13 du code de la santé publique.
Le contrat territorial de santé définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et leurs engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. À cet effet, le directeur général de l'agence régionale de santé peut attribuer des crédits du fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8. Le contrat territorial de santé est publié sur le site internet de l'agence régionale de santé afin de permettre aux établissements de santé publics et privés, aux structures médico-sociales, aux professions libérales de la santé et aux représentants d'associations d'usagers agréées de prendre connaissance des actions et des moyens financiers du projet.

• Contrat territorial de santé mentale



Article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.
Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation. [...]
VI. – Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

▪ Convention



Article L. 6134-1 du code de la santé publique.
La convention reste le principal outil de [coopération](#) entre acteurs. Reposant sur le principe de liberté contractuelle et d'utilisation très souple, elle repose sur le libre accord des parties. En revanche, ne disposant pas de personnalité morale, elle atteint rapidement ses limites dans les possibilités de coopération offerte aux acteurs : absence de budget spécifique, de patrimoine, de personnels, de transfert d'autorisations. [...]

• Convention de groupement hospitalier de territoire



Article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6132-2 du code de la santé publique.
I. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire est élaborée puis transmise à l'agence ou, le cas échéant, aux agences régionales de santé compétentes. Le ou les directeurs généraux des agences régionales de santé compétentes apprécient la conformité de la convention avec les projets régionaux de santé et peuvent demander que lui soient apportées les modifications nécessaires pour assurer cette conformité. Ils approuvent la convention ainsi que son renouvellement et sa modification. Le cas échéant, cette approbation vaut confirmation et autorisation de changement de lieu d'implantation des autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1.
II. – La convention constitutive du groupement hospitalier de territoire définit :
1° Un projet médical partagé de l'ensemble des établissements parties à la convention de groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical est transmis à l'agence ou aux agences régionales de santé territorialement compétentes avant la conclusion de la convention constitutive ;
2° Les délégations éventuelles d'activités, mentionnées au II de l'article L. 6132-3 ;
3° Les transferts éventuels d'activités de soins ou d'équipements de matériels lourds entre établissements parties au groupement ;
4° L'organisation des activités et la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques, résultant du projet médical partagé et pouvant être prévues par voie d'avenant, ainsi que les modalités de constitution des équipes médicales communes et, le cas échéant, des pôles interétablissements ;
5° Les modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement, notamment : [...]
d) Le rôle du comité territorial des élus locaux, chargé d'évaluer les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir [l'égalité d'accès](#) à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. À ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.
La convention constitutive du groupement hospitalier du territoire nouvellement constitué est publiée par l'agence régionale de santé sur son site internet, au moment de l'entrée en vigueur du groupement.

◦ Convention entre les établissements de santé disposant d'une EMSP et les EHPAD

Ministère de la santé et des sports. DGOS. [Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275](#) du 15 juillet 2010.



L'intervention des [EMSP](#) dans les [EHPAD](#) s'inscrit donc dans une démarche de diffusion de compétences, de soutien des équipes et d'aide à l'inscription effective de la démarche palliative dans les projets d'établissement. Elle n'a pas pour mission d'effectuer des soins directs mais d'intervenir, dans des [situations complexes](#), auprès des professionnels de l'EHPAD qui prennent en charge le résident.

▪ Coopération

◦ Coopérations entre professionnels de santé



Article L. 4011-1 du code de la santé publique.

Par dérogation [...], les professionnels de santé (inscrits à l'art. L. 4011-1 du code de la santé publique) peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des [transferts](#) d'activités ou [acte de soins](#) ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient. Ils interviennent dans les limites de leurs connaissances et de leur expérience ainsi que dans le cadre des [protocoles](#) [...]. Le patient est informé, par les professionnels de santé, de cet engagement dans un protocole impliquant d'autres professionnels de santé dans une démarche de coopération interdisciplinaire impliquant des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganisation de leurs modes d'intervention auprès de lui.



Ministère en charge de la santé, 2008.

Les nouvelles formes de coopération constituent une opportunité d'évolution du système de santé en termes d'attractivité des professions de santé, de qualité de la prise en charge des patients et d'efficacité. Cependant, elles se heurtent à des freins importants liés aux modalités de formation et au cadre d'exercice des professions de santé. Des évolutions structurelles apparaissent souhaitables pour favoriser le développement de nouvelles formes de coopération visant à améliorer la qualité du système de santé grâce à : La rénovation de l'offre de formation initiale et continue ; la refondation du cadre juridique de définition des professions, sur la base d'un référentiel de missions et non plus uniquement d'actes prédéterminés ; la valorisation des coopérations à travers la rémunération ou les perspectives de carrière ; la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement visant à garantir l'intérêt et la qualité des nouvelles formes de coopération.

Haute autorité de la santé, 2007.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/guide_methodo_tome2_21072010_2010-09-03_13-59-2_321.pdf

◦ Acte de soins

Un acte de soins est un ensemble cohérent d'actions et de pratiques mises en œuvre pour participer au rétablissement ou à l'entretien de la santé d'une personne. Un acte de soins peut se décomposer en tâches définies et limitées, qui peuvent être indépendantes dans leur réalisation. Dans un même acte de soin, certaines tâches peuvent être réalisées par des professionnels différents.

◦ Compétence

Dans tous les cas le professionnel qui se voit déléguer ou [transférer](#) un [acte de soin](#) ou une tâche doit posséder les compétences nécessaires, c'est-à-dire la maîtrise d'une combinaison de savoirs (connaissance, savoir-faire, comportement et expérience en situation). La compétence renvoie à une personne et donc ne se délègue pas.

◦ Dérogation

La dérogation consiste à autoriser des professionnels de santé à effectuer des activités ou des actes de soins qui ne sont pas autorisés par les textes régissant leur exercice professionnel.

◦ Délégrant

Est le professionnel de santé qui transfère un acte de soins ou une activité à un autre professionnel de santé.

◦ Délégué

Est le professionnel de santé qui accepte de réaliser l'acte de soins ou l'activité à la place du délégrant.

◦ Transfert

Action de déplacer l'[acte de soins](#), d'un corps professionnel à un autre : les activités sont confiées dans leur totalité y compris en terme de responsabilité, à une profession autre. Le transfert signifie que les professionnels qui réalisent l'activité sont responsables, autonomes (dans la décision et la réalisation), compétents et qualifiés.

- ♦ [Voir protocole pluriprofessionnel](#)
- ♦ [Voir protocole de coopération \(champ sanitaire\)](#)

♦ Coopérations territoriales



Ministère en charge de la santé, 2012.

<http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales.html>

Elle s'inscrit dans la continuité des réformes précédentes [...] qui plaçaient déjà les actions de coopération au cœur des politiques d'organisation des soins. L'objectif affiché est de dépasser les logiques de concurrence entre secteurs (public/privé, ville/hôpital, sanitaire/médico-social) et de favoriser les complémentarités entre professionnels, établissements ou structures. Pour cela, la loi HPST a simplifié et gradué les outils de coopération à disposition des acteurs et favorisé leur mise en place, notamment par la création de mesures incitatives. La loi HPST a supprimé un certain nombre de formules juridiques de coopération telles que les syndicats inter-hospitaliers, les cliniques ouvertes ou la communauté d'établissement et renforcé la palette des outils par deux nouveaux dispositifs : La [communauté hospitalière de territoire \(CHT\)](#), le [groupement de coopération sanitaire \(GCS\)](#).

Par des niveaux d'encadrement juridique différents, notamment en matière d'[intégration](#) et de prise de décision des établissements parties prenantes des coopérations, ces 2 nouveaux outils permettent, avec les autres supports existants de coopération, de diversifier et de graduer les outils juridiques proposés aux acteurs de la santé. La distinction classique entre « coopération conventionnelle », c'est-à-dire reposant sur le support juridique d'une convention - donc non dotée de la personnalité morale - et « coopération organique » c'est-à-dire créant une structure de coopération elle-même dotée de la personnalité morale, est maintenue.

♦ Coopération conventionnelle

Voir [communauté hospitalière de territoire \(CHT\)](#)

Voir [convention](#)

Voir [fédération médicale inter-hospitalière](#)

Voir [groupement hospitalier de territoire \(GHT\)](#)

♦ Coopération organique

Voir [groupement d'intérêt économique \(GIE\)](#)

Voir [groupement d'intérêt public \(GIP\)](#)

Voir [groupement de coopération sanitaire \(GCS\)](#)

Voir [groupement de coopération sociale ou médico-sociale \(GCSMS\)](#)

♦ [Voir modalités d'accompagnement des coopérations territoriales](#)

♦ [Voir protocole de coopération \(champ sanitaire\)](#)

▪ Coordination



Article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

La coordination dans le domaine social et médico-social a pour finalité d'organiser la complémentarité et la continuité des prises en charge et des accompagnements.



Inspirée d'une définition de Donabedian, « la coordination dans le champ sanitaire et médico-social », enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, étude réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, 2011. Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

La coordination est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale. Dans le système de santé (comprenant le médico-social), on distingue trois niveaux d'intervention :

1- Celui du patient ou de la personne en situation de handicap, avec l'entourage et tous les professionnels en charge des soins et de son accompagnement (niveau micro ou individuel). C'est le niveau opérationnel ou clinique où sont accomplis tous les actes de soin et d'accompagnement des personnes.

2- Celui de la structure ou du dispositif de prise en charge (tous les établissements et services sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les entités en charge de l'accueil, de l'information, de la coordination, de l'évaluation des besoins des personnes (niveau méso). C'est à ce niveau que sont mobilisés les moyens humains et matériels pour assurer les missions de la structure et que sont gérées toutes les questions d'organisation du travail.

3- Le niveau institutionnel (niveau macro), qu'il soit local ou national. C'est le niveau des décideurs et/ou financeurs du système de santé.

On parlera de coordination horizontale quand celle-ci se situe à un même niveau (que ce soit au niveau individuel, au niveau local et au niveau national) et de coordination verticale quand elle fait intervenir plusieurs niveaux.

Inspiré du rapport de l'IGAS, « l'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge », 2011.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000408/0000.pdf>

Organisation mise en place autour d'un projet partagé entre acteurs pour articuler l'ensemble des actions, des moyens humains et matériels dans un espace donné (temporel, géographique). Elle nécessite un décloisonnement des frontières administratives et des cultures entre les professionnels (rencontres, interconnaissances, etc.), que ce soit au sein ou entre les services, structures et secteurs du champ sanitaire, médico-social et social. Elle dépend de l'[accessibilité](#) et de la répartition territoriale de l'offre. Elle repose le plus souvent sur des outils, notamment des fiches liaison papier pour l'échange d'informations sur l'identification de la personne [...], les services intervenants, et la nature de l'intervention des protocoles de prise en charge pour proposer des repères techniques et des recommandations pratiques pour la prise en charge de la personne un dossier médical et social partagé [...], ainsi que pour les échanges avec les partenaires extérieurs à l'établissement de santé. [...]



Inspirée d'une définition dans "coordination dans le champ sanitaire et médico-social, enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles », étude réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, 2011. ARS Bourgogne, 2015.

La coordination se situe dans la recherche d'une cohérence d'acteurs et de dispositifs lorsqu'il faut atteindre de hauts niveaux de performance. Elle consiste à synchroniser de façon cohérente et efficiente les contributions de plusieurs acteurs, connaître et comprendre les contraintes de chacun et agir en conséquence.

• Pour les niveaux « macro », voir [commissions de coordination des politiques publiques de santé](#)

• Voir [commission de coordination des politiques publiques médico-sociales](#)

• Voir [commission de coordination des politiques publiques de prévention](#)


• [Coordination clinique de proximité](#)



[Décret n° 2013-1090](#) du 2 décembre 2013 relatif à la transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

Les professionnels de santé composant la coordination clinique de proximité sont :

Le médecin traitant de la personne ; un ou plusieurs infirmiers ou tout auxiliaire médical mentionné dans le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique et un pharmacien ; tout autre professionnel médical impliqué dans la prise en charge du patient ; les professionnels et organismes relevant du code de l'action sociale et des familles ou du code de la santé publique chargés de la coordination territoriale d'appui désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé en vue de mettre en cohérence les approches sanitaires, médico-sociales et sociales sur le territoire pilote défini par arrêté du ministre en charge de la santé ; les équipes de soins des établissements de santé et les professionnels de santé des établissements sociaux et médico-sociaux ; les professionnels et organismes des services de soins, d'aide et d'accompagnement à domicile mentionnés au 6° du I de l'[article L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles ; les assistants de service social mentionnés à l'[article L. 411-1](#) du code de l'action sociale et des familles.

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.
http://www.sante.gouv.fr/les-outils_15462.html

La coordination clinique de proximité (CCP) est composée d'un médecin traitant, d'un infirmier diplômé d'Etat voire d'un troisième professionnel (pharmacien ou masseur kinésithérapeute). Dans la coordination autour de la personne âgée, elle est amenée à élaborer le [plan personnalisé de santé](#).

 ARS Bourgogne Franche Comté, 2015.

C'est la collaboration de professionnels de santé de premier recours en vue de se concerter sur le [parcours de santé](#) d'un patient. Elle peut aboutir à l'élaboration sous la responsabilité du médecin traitant, du volet soins du [plan personnalisé de santé](#).

◦ Coordination de l'évolution du système de santé par l'agence régionale de santé

 Articles L. 6131-1 à L. 6131-6 du code de la santé publique.

Le directeur général de l'ARS coordonne l'évolution du système hospitalier, notamment en vue de :

- 1° L'adapter aux besoins de la population et assurer l'accessibilité aux tarifs opposables ;
- 2° Garantir la qualité et la sécurité des soins ;
- 3° Améliorer l'organisation et l'efficacité de l'offre de soins et maîtriser son coût, notamment lorsque la procédure décrite à l'article L. 6143-3-1 n'a pas permis d'améliorer la situation financière d'un établissement ;
- 4° Améliorer les synergies interrégionales en matière de recherche.

◦ Coordination des soins

 Article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

La ou les conventions déterminent notamment :

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers [...]

12° Le cas échéant : a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un [médecin généraliste choisi par le patient](#), et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ; b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux [...]

22° Le cas échéant, la rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage, de prévention, la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la [continuité](#) et la coordination des soins, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de formation et d'information des professionnels. La contrepartie financière est fonction de l'atteinte des objectifs par le professionnel de santé.

[Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.](#)

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du [médecin traitant](#) qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.

[Article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.](#)

Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé [...] d'adhérer à un contrat. [...] Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

◦ Coordination des soins de premier recours visant à soulager la douleur

 Article 68 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L4130-1 du code de la santé publique.

Les missions du [médecin généraliste de premier recours](#) sont notamment les suivantes : [...]

- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la [coordination des soins](#) nécessaire à ses patients ;
- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ; [...]

◦ Coordination territoriale d'appui (CTA)

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.
http://www.sante.gouv.fr/les-outils_15462.html

La coordination territoriale d'appui est une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des personnes âgées et de leurs aidants. Elle offre un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. La CTA est le cas échéant adossée aux structures préexistantes sur le territoire : [centres locaux d'information et de coordination \(CLIC\)](#), [méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie \(MAIA\)](#), [réseaux](#) [...]

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Faciliter le parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie : les projets PAERPA.

http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/dp_paerpa_fev2014.pdf

Il s'agit d'une plate-forme d'appui aux professionnels et aux familles au niveau territorial visant à favoriser l'information, l'orientation, les échanges entre professionnels. Les acteurs de proximité doivent pouvoir bénéficier d'une structure d'appui, qui leur facilite la tâche et les libère d'un certain nombre de recherches ou travail social (par exemple) afin d'être recentré sur leur véritable valeur ajoutée vis-à-vis de la personne. Cette coordination n'est pas une structure supplémentaire : ses fonctions peuvent être prises en charge par une des formes de coordination préexistante, en lien avec les autres acteurs.

 Réseaux, Santé & Territoires No 59 - Décembre 2014, p 16.

Les CTA ont un rôle de soutien aux professionnels de proximité et d'interface entre les différents secteurs sanitaires, médico-social et social. Elles doivent assurer 7 missions :


- 1) Information et orientation vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire.
- 2) Information sur les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.
- 3) Activation des aides sociales en s'appuyant sur des coordinateurs d'appui sociaux (par exemple des CLIC ou des réseaux).
- 4) Aiguillage, à la demande des acteurs de la [CCP](#), vers : Une offre d'[éducation thérapeutique](#) personnalisée, sur les facteurs de risque de perte d'autonomie (dépression, chute et polyopathie selon les référentiels de la HAS) ; des prestations médicales et paramédicales complémentaires.
- 5) Activation de l'expertise gériatrique.
- 6) Activation de l'expertise psychiatrique et en soins palliatifs.
- 7) Dans le respect des textes applicables : Appui à l'établissement de santé pour la mise en contact avec les professionnels de santé en charge de la personne (en particulier lors de l'accueil aux urgences) et avec les coordinateurs sociaux, notamment pour préparer la sortie d'hôpital.

ARS Bourgogne Franche Comté, 2015.

La coordination territoriale d'appui est une plateforme d'information et d'accompagnement des professionnels, des patients et de leurs aidants. Elle offre, sur un territoire donné : Un service de guichet unique pour les orienter vers les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire. Une fonction à la coordination polyvalente dans la prise en charge des situations complexes à domicile. Un appui à l'éducation thérapeutique. En Bourgogne, elle prend également la forme de [pôle de santé de territoire \(PST\)](#) issu de réseaux ou groupement de santé. Une équipe de coordination assure la circulation des informations et coordonne les évaluations des patients inclus. Les professionnels qui la composent sont des [coordonnateurs de parcours](#).

◦ Voir [plateforme territoriale d'appui à la coordination \(PTAC\)](#)

◦ Coordination territoriale de second niveau en santé mentale

 Article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.
[...] La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services. [...]

◦ Coordonnateur de parcours patient

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.
<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=183>

Le coordonnateur de parcours patient a pour missions de : Etablir, organiser et gérer des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale d'une personne dans un [parcours de soins](#). Coordonner la réalisation d'une démarche pluridisciplinaire selon le projet de soins établi.



Inspiré de l'ANFH, fiche métier. ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

Le coordonnateur de parcours patient établit des liens permettant l'optimisation de la prise en charge sanitaire, sociale et médicosociale du patient/usager, en accord avec l'établissement de santé référent et du patient. Il précise les différents types d'intervenants nécessaires selon le projet de soins établi. Il organise avec le médecin traitant, en collaboration avec l'équipe hospitalière, le retour au domicile du patient, dans les conditions les plus adéquates possibles.

- Voir [gestionnaire de cas](#)
- Voir [infirmier\(e\) diplômé\(e\) d'état coordonnateur\(rice\) de soins- IDEc](#)
- Voir [médecin coordonnateur en EHPAD](#)
- Voir [médecin traitant](#)

D

▪ Démocratie sanitaire



Article 1^{er} de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 1411-1 du code de la santé publique.

[...] La politique de santé comprend : [...] 11° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé. [...] Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations d'utilisateurs du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1. [...]

Inspiré de la LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La démocratie sanitaire a été affirmée par la Loi du 4 mars 2002, dans 6 champs : Les droits de la personne ; les droits et responsabilités des usagers ; la participation des usagers au fonctionnement du système de santé ; les responsabilités des professionnels de santé ; les orientations de la politique de santé ; l'organisation régionale de la santé.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Democratie-sanitaire.81526.0.html>

Consacrée par la loi du 4 mars 2002, 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 œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Faire vivre la démocratie sanitaire nécessite d'intervenir à tous les niveaux pour développer la concertation et le débat public, améliorer la participation des acteurs de santé et promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

- Voir [conférence de territoire](#)
- Voir [conseil et conseil territorial de santé \(CTS\)](#)
- Voir [contrat local de santé](#)
- Voir [contrat territorial de santé](#)

▪ Déterminants sociaux de santé



Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
http://www.who.int/social_determinants/fr/

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays ou entre les différents pays du monde.

▪ Développement professionnel continu



Article 114 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant les articles L. 4021-1 à L. 4021-4 code de la santé publique.

Art. L. 4021-1. - Le développement professionnel continu a pour objectifs le maintien et l'actualisation des connaissances et des compétences ainsi que l'amélioration des pratiques. Il constitue une obligation pour les professionnels de santé. Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement dans une démarche de développement professionnel continu comportant des actions de formation continue, d'analyse, d'évaluation et d'amélioration de ses pratiques et de gestion des risques. L'engagement dans une démarche d'accréditation vaut engagement dans une démarche de développement professionnel continu.[...]
Art. L. 4021-3. - L'ensemble des actions réalisées par les professionnels au titre de leur obligation de développement professionnel continu sont retracées dans un document dont le contenu et les modalités d'utilisation sont définis par le conseil national professionnel compétent au titre de leur métier ou de leur spécialité.

Article L. 4133-1 du code de la santé publique.

Le développement professionnel continu a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il constitue une obligation pour les médecins.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.

<http://www.sante.gouv.fr/le-developpement-professionnel-continu-dpc-une-demarche-innovante-au-service-des-patients.html>

Le développement professionnel continu (DPC) des professionnels de santé : réunir dans un concept commun les notions de formation professionnelle continue et d'évaluation des pratiques.

Haute Autorité de Santé.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc

Le développement professionnel continu (DPC) est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins associant la formation continue et l'analyse des pratiques professionnelles. Il s'adresse à l'ensemble des professionnels de santé. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente d'amélioration de la qualité des soins.

▪ Diagnostic territorial partagé



Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-10 du code de la santé publique.

III. – Le diagnostic territorial partagé a pour objet d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population concernée en s'appuyant sur des données d'observation. Il tient compte des caractéristiques géographiques et saisonnières du territoire concerné et des besoins des personnes exerçant une activité saisonnière. Il identifie les insuffisances en termes d'offre, accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, notamment en matière de soins palliatifs, en portant une attention particulière aux modes de prise en charge sans hébergement. Il s'appuie, lorsqu'ils existent, sur les travaux et propositions des conseils locaux de santé ou de toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des questions de santé. Il porte une attention particulière aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale.



Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

<http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/diagnostic-et-partage/>

Le diagnostic territorial est mené à l'échelle d'un territoire de proximité [...]. Il met en perspective les besoins populationnels par rapport à l'offre présente et permet d'identifier des pistes d'actions destinées à améliorer l'état de santé de la population. La conduite du diagnostic territorial est détaillée dans les publications ANAP dédiées.

• Diagnostic territorial partagé en santé mentale



Article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 3221-1 du code de la santé publique.

Les diagnostics et les [projets territoriaux](#) tiennent compte des projets des équipes de [soins primaires](#) mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) mentionnées à l'article L. 1434-12. Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de [prévention](#) et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'[accessibilité](#), la [coordination](#) et la [continuité](#) de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier.

▪ Dispositif intégré d'accompagnement des personnes handicapées



Article 91 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

[...] Le fonctionnement en dispositif [intégré](#) consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un [parcours fluide](#) et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1. B. Un cahier des charges fixé par décret définit les conditions de fonctionnement en dispositif intégré. Le fonctionnement en dispositif intégré est subordonné à la conclusion d'une [convention](#) entre la [maison départementale des personnes handicapées](#), après délibération de sa commission exécutive, l'agence régionale de santé, les organismes de protection sociale, le rectorat et les établissements et services intéressés. Les établissements et les services signataires de la convention adressent, au plus tard le 30 juin de chaque année, à la maison départementale des personnes handicapées, à l'agence régionale de santé et au rectorat un bilan établi selon des modalités prévues par décret. Pour l'application de l'article L. 241-6, la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du présent code peut désigner, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux, des dispositifs intégrés en lieu et place des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article. Dans ce cas, elle autorise l'équipe mentionnée à l'article L. 112-2-1 du code de l'éducation à modifier le [projet personnalisé de scolarisation](#) d'un élève mentionné à l'article L. 112-2 du même code, dans des conditions prévues par décret, après accord de l'intéressé ou de ses représentants légaux. Pour la mise en œuvre de la convention prévue au quatrième alinéa du présent article, les établissements et services intéressés peuvent conclure avec la ou les autorités chargées de leur autorisation un contrat mentionné à l'article L. 313-11 du présent code.

▪ Document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures.



Haute autorité de santé.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/document_de_sortie_fiche_utilisation_23102014.pdf

Le document de sortie d'hospitalisation comprend les principaux éléments résumés relatifs au séjour du patient ainsi que les éléments utiles à la [continuité des soins](#) hôpital ville (ou structure d'aval). Il s'intègre dans le Programme national de sécurité du patient (PNSP). C'est un élément essentiel de la sécurisation de la prise en charge. Il sera renforcé *via* les indicateurs de qualité et de sécurité des soins avec une contrainte sur le délai de remise au patient le jour de la sortie et de mise à disposition aux professionnels d'aval. Il est destiné au patient (remis en main propre) et aux professionnels de santé amenés à prendre en charge le patient en aval du séjour (que ce soit en ville ou dans un autre établissement de santé). Il devra être déposé dans le [DMP](#) (dossier médical partagé) quand il existe, et adressé par [messagerie sécurisée](#) aux professionnels de santé identifiés impliqués dans la prise en charge du patient. Il constitue tout ou partie du compte rendu d'hospitalisation (CRH) (ou courrier de fin d'hospitalisation) soit dans sa version remise le jour de la sortie soit dans sa version complétée dans les 8 jours suivant la sortie.

▪ Dossier

• Dossier de liaison d'urgence (DLU)



Ministère en charge de la santé, 2013.

http://www.dmp.gouv.fr/newsletter/dmp-actu-13/newsletter/documents/DepliantDMPenEHPAD_web.pdf

Les Dossiers de Liaison d'Urgence tenus sous un format papier doivent être numérisés. Pour les DLU renseignés dans un outil informatique, le paramétrage du DLU doit être vérifié (s'assurer qu'il contient bien les éléments que l'on souhaite ensuite transmettre au [DMP](#)). Si le logiciel est « DMP-compatible » : c'est automatique, suivre les indications fournies par l'éditeur.

Si l'[EHPAD](#) utilise le web DMP : il faut générer le DLU, le transformer en pdf, puis l'ajouter au DMP du résident en l'enregistrant dans la rubrique « Synthèse », avec le titre « Dossier de liaison d'urgence ». Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veille à la mise à jour régulière du DLU par le médecin traitant. Il s'assure que le DLU est à jour dans le DMP. Si le résident dispose déjà d'un DMP (créé par une autre entité), l'EHPAD propose au résident d'alimenter son DMP avec les nouveaux documents produits et utiles à son [parcours de soins](#).

Haute autorité de santé (HAS), 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049090/fr/dossier-de-liaison-d-urgence-dlu

Le dossier de liaison d'urgence (DLU) sert à améliorer les transferts d'informations utiles et nécessaires au médecin intervenant en urgence pour une prise en soins optimale du résident dans l'Ehpad ou dans un service des urgences (SU).

Il permet de renforcer la sécurité, la [continuité](#) et la qualité des soins lors des situations d'urgence et d'éviter des [hospitalisations inappropriées](#). Un dossier de liaison d'urgence (DLU) doit être constitué pour tous les résidents de l'Ehpad, que leur dossier médical soit accessible ou non 24h/24h dans l'Ehpad. Le [médecin coordonnateur](#) s'assure de la création et la mise à jour régulière du document de liaison d'urgence et de ses annexes et de l'utilisation systématique du document de transfert de l'Ehpad. Le DLU est accessible 24 h/24 h pour tous les soignants de l'Ehpad pouvant être amenés à gérer une urgence.



Fédération Hospitalière de France(FHF).

<http://www.fhf.fr/Autonomie/Cooperation-filieres-et-reseaux/dossier-de-liaison-urgences-en-ehpad-plan-canicule-2008>

Le dossier de liaison d'urgence synthétise les informations indispensables à un diagnostic précis et à une prise en charge adaptée. Il est renseigné pour tous les résidents hébergés et fait l'objet d'une actualisation si nécessaire. Il ne constitue pas une fiche de liaison qui est un document rempli en urgence par le personnel soignant au moment d'une hospitalisation. Le médecin coordonnateur de l'EHPAD veillera à la mise à jour régulière de ce dossier de liaison d'urgence par le [médecin traitant](#).

• Dossier médical partagé



Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

I. – Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou un des services de santé définis au livre III de la sixième partie du présent code, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations le concernant. Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II. – Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la [coordination](#) ou à la [continuité des soins](#), à la [prévention](#) ou à son suivi médico-social et social. III. – Lorsque ces professionnels appartiennent à la même [équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12](#), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. IV. – La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au [partage d'informations](#) la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. [...] VI. – Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique.

Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les [hébergeurs de données de santé](#) à caractère personnel et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique.

Afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, les bénéficiaires de l'assurance maladie peuvent disposer, dans les conditions et sous les garanties prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1110-4-1 et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical partagé. À cette fin, il est créé un identifiant du dossier médical partagé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie. Le dossier médical partagé est créé sous réserve du consentement exprès de la personne ou de son représentant légal. La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la conception, la mise en œuvre et l'administration du dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale verse périodiquement, et au moins une fois par an, une [synthèse](#) dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. [...] Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé. Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du présent code et à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. [...]

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables ainsi que des articles L. 1110-4, L. 1110-4-1 et L. 1111-2, chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. À l'occasion du séjour d'une personne prise en charge, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent dans le dossier médical partagé, dans le respect des obligations définies par la Haute Autorité de santé, un résumé des principaux éléments relatifs à ce séjour. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale verse périodiquement, et au moins une fois par an, une [synthèse](#) dont le contenu est défini par la Haute Autorité de santé. [...] Les données nécessaires à la coordination des soins issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie sont versées dans le dossier médical partagé. Le dossier médical partagé comporte également des volets relatifs au don d'organes ou de tissus, aux directives anticipées mentionnées à l'article L. 1111-11 du présent code et à la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. [...]

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1111-16 du code de la santé publique.

Certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical partagé. Le médecin traitant mentionné à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale dispose d'un droit d'accès au dossier médical partagé lui permettant d'accéder, par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 1111-15 du présent code, à l'ensemble des informations contenues dans ce dossier. [...]

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1111-19 du code de la santé publique.

Le titulaire accède directement, par voie électronique, au contenu de son dossier. Il peut également accéder à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé. Il peut, à tout moment, la modifier. Il peut, à tout moment, prendre connaissance des traces d'accès à son dossier.

• Dossier pharmaceutique



Article 97 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 1111-23 du code de la santé publique.

Afin de favoriser la [coordination](#), la qualité, la [continuité des soins](#) et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article [L. 4211-1](#), il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique. Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation. Dans les mêmes conditions, les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur peuvent consulter et alimenter ce dossier. Les informations de ce dossier utiles à la [coordination des soins](#) sont reportées dans le dossier médical personnel dans les conditions prévues à l'[article L. 1111-15](#). Sauf opposition du patient dûment informé, le médecin qui le prend en charge au sein d'un établissement de santé peut consulter son dossier pharmaceutique dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa.



Ordre national des pharmaciens, 2015.

<http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP>

Le Dossier Pharmaceutique (DP) recense, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie qui le souhaite, tous les médicaments délivrés au cours des quatre derniers mois, qu'ils soient prescrits par votre médecin ou conseillés par votre pharmacien (21 ans pour les vaccins, 3 ans pour les médicaments biologiques). Le DP a été créé par la loi du 30 janvier 2007 relative à l'organisation de certaines professions de santé. Sa mise en œuvre a été confiée au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens. Depuis sa création, des services complémentaires sont développés, sous le nom de "Portail DP".

▪ Droit du malade au libre choix



Article 175 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1110-8 du code de la santé publique.

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge, sous forme ambulatoire ou à domicile, en particulier lorsqu'il relève de soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10, est un principe fondamental de la législation sanitaire. Les limitations apportées à ce principe par les différents régimes de protection sociale ne peuvent être introduites qu'en considération des capacités techniques des établissements, de leur mode de tarification et des critères de l'autorisation à dispenser des soins remboursables aux assurés sociaux.

E

▪ Education

• Education pour la santé



Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 36e assemblée mondiale de la santé, 1983.

L'éducation pour la santé a été définie par l'OMS comme "tout ensemble d'activités d'information et d'éducation qui incitent les gens à vouloir être en bonne santé, à savoir comment y parvenir, à faire ce qu'ils peuvent individuellement et collectivement pour conserver la santé, à recourir à une aide en cas de besoin". De façon plus précise, l'OMS indique que "l'éducation pour la santé est la composante des soins de santé qui vise à encourager l'adoption de comportements favorables à la santé. [...] Par l'éducation pour la santé, on aide les gens à élucider leur propre comportement et à voir comment ce comportement influence leur état de santé. On les encourage à faire leurs propres choix pour une vie plus saine. On ne les force pas à changer. [...] L'éducation pour la santé ne remplit pleinement sa fonction que si elle encourage les gens à participer et à choisir eux-mêmes. Ainsi, ce n'est pas faire de l'éducation pour la santé que dire simplement d'adopter un comportement favorable à la santé".



Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

L'éducation pour la santé comprend des situations consciemment construites pour apprendre, impliquant une certaine forme de communication conçue pour améliorer l'instruction en santé, y compris les connaissances, et pour développer les aptitudes à la vie, qui favorisent la santé de l'individu et de la communauté. L'éducation pour la santé cherche également à stimuler la motivation, les qualifications et la confiance (auto-efficacité) nécessaires pour agir afin d'améliorer la santé. L'éducation pour la santé informe sur les conditions sociales, économiques et environnementales sous-jacentes affectant la santé, aussi bien que sur les différents facteurs de risque et comportements à risque, et sur l'utilisation du système de santé. Ainsi, l'éducation pour la santé peut impliquer à la fois la communication d'informations et le développement des aptitudes qui démontrent la faisabilité politique et les possibilités organisationnelles de diverses formes d'actions pour agir sur les [déterminants sociaux](#), économiques et environnementaux de la santé.

• Education thérapeutique (des patients)



Article L. 1161-1 du code de la santé publique.

L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le [parcours de soins](#) du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Elle n'est pas opposable au malade et ne peut conditionner le taux de remboursement de ses actes et des médicaments afférents à sa maladie.



Haute autorité de santé.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle est un processus continu, qui fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.



Ch. Eymard. Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation.

<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1302.pdf>

Définie comme l'aide apportée aux patients, à leurs familles et/ou leur entourage pour comprendre la maladie et les traitements, collaborer aux soins, prendre en charge leur état de santé et conserver et/ou améliorer la qualité de vie, nul doute que l'éducation thérapeutique ne peut se réduire à l'instruction, au développement du sujet psychique ou à son formatage culturel et social. Cependant, les pratiques se réduisent encore trop souvent à de l'information, de la transmission de savoirs et de savoir-faire ne prenant que partiellement en compte les facteurs sociaux, environnementaux et personnels qui interagissent dans les problèmes de santé. Le processus d'autonomisation et d'autorisation du patient est alors secondaire à l'adoption de bonnes pratiques en santé. De nombreuses disciplines ont tenté de sortir l'éducation thérapeutique de la seule logique de l'information.

• Voir [empowerment](#)

▪ Efficience



Ecoles de hautes études en santé publique (EHESP).

<http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>

Dimension économique de l'efficacité pratique où les conséquences ou les résultats d'une intervention sont reliés à l'utilisation qui est faite des ressources. La réalisation de produits particuliers est techniquement efficace si elle emploie la quantité et l'assortiment d'éléments les moins coûteux possibles pour obtenir les résultats désirés. L'efficacité d'une allocation de ressources se rapporte à l'assortiment des biens et des services produits : une économie est considérée comme efficace en termes d'allocation si on ne peut pas redistribuer des ressources d'un type de production vers un autre type de production pour améliorer les conditions ou l'état de santé de quelqu'un sans détériorer celle d'une autre personne.

▪ Empowerment



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), 2007.

<http://ofep.inpes.fr/apports/index.php?id=3&action=definitions>

L'empowerment est une notion fondamentale en [promotion de la santé](#), mais méconnue. C'est l'accroissement du pouvoir d'agir, la capacité à piloter sa propre vie. Par l'empowerment, le patient va acquérir l'autonomie lui permettant de mieux maîtriser son destin. L'empowerment peut se concevoir en trois dimensions, plus ou moins observables [Université catholique de Louvain, Belgique] : La dimension la plus visible concerne les comportements de santé adoptés par les personnes malades (autodétermination dans les choix des comportements adoptés, capacité à lâcher prise, sentiment de maîtrise). Une deuxième dimension concerne les attitudes et comportements des patients comme des soignants dans le cadre de la relation de soins (participation, sentiment de sécurité). Enfin une troisième dimension concerne la relation à soi-même (conscience de soi, sentiment de sécurité, sentiment de cohérence, mobilisation de ressources intrapsychiques). L'empowerment du patient est un processus au cours duquel la personne malade prend conscience de progresser dans sa capacité à gérer ou à accepter une situation ou des situations qui auparavant lui conféraient un sentiment d'impuissance et de détresse [Université catholique de Louvain, Belgique]. L'empowerment s'inscrit dans un contexte d'inégalité de pouvoir et d'inégalité d'[accès](#) aux ressources et aux services. Il vise à mettre en évidence les racines de ces inégalités et à donner à ceux qui en souffrent les moyens d'agir sur ces différents facteurs.

Rapport « Zéro sans solution » de Denis Piveteau, 2014.

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Zero_sans_solution_.pdf

L'empowerment consiste à élever le niveau de choix, d'influence et de contrôle que peut avoir l'utilisateur fragile sur les événements de sa vie et ses rapports avec les autres. On emploie aussi [...] les termes d'« advocacy » (plaidoyer) ou de « coaching [...] ». L'appui (« empowerment ») : des réponses plus modulaires et proches du milieu ordinaire de vie constituent, pour la personne et ses proches, des appels à être vraiment pilotes de leurs [parcours](#). Position plus exigeante que l'illusion passive de sécurité qu'offre un simple « placement ». Il faut donc ouvrir à chacun la possibilité d'être accompagné dans cette démarche par des personnes de confiance, qui seront ses soutiens et ses avocats.

▪ Enseignant référent



Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, 2012.

http://cache.media.education.gouv.fr/file/Maternelle_baccalaureat/65/9/Guide_pour_la_scolarisation_des_enfants_et_adolescents_en_situation_de_handicap_469659.pdf

Un enseignant spécialisé du 1er ou du 2nd degré exerce les fonctions d'enseignant référent. Dans un secteur déterminé, il a pour mission d'être la cheville ouvrière des [projets personnalisés de scolarisation \(PPS\)](#) et l'interlocuteur premier de tous les partenaires de la scolarisation des élèves handicapés, en tout premier lieu des parents de ces élèves. Il réunit et anime les [équipes de suivi de la scolarisation](#) des élèves handicapés et établit les comptes rendus de ces réunions qu'il transmet à l'[équipe pluridisciplinaire](#) de la [MDPH](#). Il est la première personne qu'un enseignant ou la famille doit contacter à chaque fois qu'il le juge utile, soit pour signaler une situation qui lui semble devoir être examinée au-delà du strict cadre de l'équipe éducative, soit quand il estime dans la pratique quotidienne de sa classe qu'un projet personnalisé de scolarisation doit évoluer, soit enfin s'il considère que sa mission d'enseignement est entravée faute d'avoir prévu les mesures d'accompagnement adéquates.

▪ Equipe

• Equipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 et du partage de données



Article 25 de la Loi de modernisation de notre système de santé insérant l'article L. 1110-12 du code de la santé publique.

L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la [coordination](#) de plusieurs de ces actes, et qui :

1° Soit exercent dans le même établissement de santé, ou au sein du service de santé des armées, ou dans le même établissement ou service social ou médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou dans le cadre d'une structure de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale figurant sur une liste fixée par décret ;

2° Soit se sont vu reconnaître la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge ;

3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé.

• Equipe de soins primaires



Article 64 de la Loi de modernisation de notre système de santé insérant l'article L. 1411-11-1 du code de santé publique

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de [médecins généralistes de premier recours](#), choisissant d'assurer leurs activités de [soins de premiers recours](#) définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un [projet de santé](#) qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un [centre de santé](#) ou d'une [maison de santé](#). L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des [parcours de santé](#). Son 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](#).

Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-13 du code de la santé publique.

Les équipes de soins primaires et les acteurs des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) peuvent bénéficier des fonctions des [plateformes territoriales d'appui à la coordination](#) des parcours de santé complexes prévues à l'article L. 6327-2.

• Equipe de suivi de la scolarisation




Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, 2012.

http://cache.media.education.gouv.fr/file/Maternelle_baccalaureat/65/9/Guide_pour_la_scolarisation_des_enfants_et_adolescents_en_situation_de_handicap_469659.pdf

Le [projet personnalisé de scolarisation \(PPS\)](#) est régulièrement évalué par une équipe de suivi de la scolarisation composée de toutes les personnes qui concourent directement à la mise en œuvre du [projet personnalisé de scolarisation](#), au premier chef des parents de l'enfant et des enseignants qui l'ont en charge. Elle se réunit au moins une fois par an à l'initiative et en présence de l'[enseignant référent](#).

• Equipe mobile

• Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMGEH)

 B. Moheb, H. Creton, V. Roger. Equipe Mobile de Gériatrie Extra-Hospitalière intervenant en EHPAD. Expérience de 3 ans d'activité au Centre Hospitalier de la Région d'Annecy (CHRA).

<http://www.sfqg.fr/wp-content/uploads/2012/11/EMG-extra-hospitalière-EHPAD.pdf>

L'Équipe Mobile de Gériatrie Extra-hospitalière est créée dans le cadre d'une [convention](#) de coopération. [...] L'EMGEH intervient après signalement téléphonique auprès du secrétariat de l'Unité Mobile de Gériatrie (UMG). Elle répond à la demande du [médecin traitant](#) après accord du résident et de sa famille, ou à la demande de l'équipe soignante ou du [médecin coordonnateur](#), toujours en accord avec le médecin traitant. L'EMGEH n'est pas un dispositif urgentiste et n'a pas un rôle prescripteur. Des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur dans les 48 heures. Un suivi peut être proposé selon les motifs d'intervention mais n'est pas réalisé systématiquement. La prise en charge médicale du résident reste sous la responsabilité du médecin traitant. Les missions de l'EMGEH sont de proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD, de contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie, de contribuer à la [continuité des soins](#), d'anticiper et d'organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière, et la formation et l'information des équipes soignantes.

• Equipe mobile psychiatrie-précarité (EMPP)

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2014.

<http://www.sante.gouv.fr/acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-precarite.html#empp>

Les équipes mobiles psychiatrie-précarité, dont le cadre d'action est fixé par la circulaire du 23 novembre 2005, interviennent à l'extérieur des établissements, au plus près des lieux de vie des personnes défavorisées et des acteurs sociaux qui les suivent. Elles peuvent ainsi accompagner ces personnes dans leurs [parcours de soins](#) mais également former et conseiller les acteurs sociaux pour leur permettre de mieux appréhender les troubles psychiques ou les situations de détresse sociale.

• Equipe mobile de soins palliatifs (EMSP)

 Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

<http://www.sfap.org/rubrique/definition-et-organisation-des-soins-palliatifs-en-france>

Les équipes mobiles de Soins Palliatifs (EMSP) ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active, des conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en fin de vie dans d'autres services. La mission des EMSP concerne : la prise en charge globale du patient et de son entourage familial, la prise en charge de la douleur et des autres symptômes, l'accompagnement psychologique et psychosocial, le rapprochement, le retour et le maintien à domicile, la sensibilisation aux soins palliatifs et à la réflexion éthique.

Voir [convention entre établissements de santé disposant d'une EMSP et EHPAD](#)

• Equipe pluridisciplinaire

 Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

http://www.mdpsh.fr/index.php?option=com_glossary&task=list&glossid=1&letter=E

L'équipe pluridisciplinaire fait partie de la [MDPH](#) et elle est composée de professionnels spécialisés qui travaillent en réseau au service des jeunes et de leur famille. Elle se compose d'une équipe médicale et paramédicale mais aussi d'une équipe pédagogique. Elle évalue les besoins de compensation de la personne handicapée et son incapacité permanente sur la base de son projet de vie et propose un [plan personnalisé de compensation](#) du handicap (comprenant notamment le [PPS](#) pour les enfants handicapés).

• Equipe pluriprofessionnelle en maison de santé pluriprofessionnelle

 ARS Provence Alpes Côte d'Azur, 2015.

<http://www.ars.paca.sante.fr/Maisons-de-sante-pluriprofessi.110834.0.html>

Une équipe pluriprofessionnelle (médecin, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pharmacien, dentiste) se regroupe en un même lieu, dans une zone géographique où l'offre de soins risque à terme d'être fragilisée, pour prendre en charge les patients de façon globale, de la prévention à l'orientation dans le système de soins.

▪ Etablissement

• Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)



Service public.fr.

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F763>

Un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), anciennement dénommé "maison de retraite", est une structure médicalisée ayant vocation à accueillir des personnes âgées.

• Etablissement scolaire de référence



Ministère de l'Education nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, 2012.

http://cache.media.education.gouv.fr/file/Maternelle_baccalaureat/65/9/Guide_pour_la_scolarisation_des_enfants_et_adolescents_en_situation_de_handicap_469659.pdf

Il constitue l'établissement scolaire de référence ou tout élève est ordinairement inscrit. Cette scolarisation peut avoir lieu en [CLIS](#) ou en [ULIS](#), ou à domicile par l'intermédiaire d'un enseignement à distance pour une interruption provisoire de scolarité, ou dans l'unité d'enseignement d'un établissement sanitaire ou médico-social.

• Etablissement support



Article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6132-3 du code de la santé publique.

– I. – L'établissement support désigné par la [convention constitutive](#) assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :

1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement peuvent être [partagées](#), dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34 ;

2° La gestion d'un département de l'information médicale de territoire. Par dérogation à l'article L. 6113-7, les praticiens transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité au médecin responsable de l'information médicale du groupement ;

3° La fonction achats ;

4° La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement et des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement.

II. – L'établissement support du [groupement hospitalier de territoire](#) peut gérer pour le compte des établissements parties au groupement des équipes médicales communes, la mise en place de pôles interétablissements tels que définis dans la convention constitutive du groupement ainsi que des activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques.

III. – Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire organisent en commun les activités d'imagerie diagnostique et interventionnelle, le cas échéant au sein d'un pôle interétablissement. Ils organisent en commun, dans les mêmes conditions, les activités de biologie médicale. [...]

▪ Exercice coordonné



Ministère en charge de la santé, 2012.

<http://www.sante.gouv.fr/exercices-coordonnes,11964.html>

L'exercice coordonné des [soins de premiers recours](#) permet d'offrir un cadre attractif d'exercice pour les professionnels de santé, et notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité de professionnels. Il permet de garantir l'[accessibilité aux soins](#). Le ministère s'est attaché à favoriser le développement de ce mode d'exercice par diverses mesures : accompagnement par les agences régionales de santé (ARS) des initiatives des promoteurs de projets de services de santé ([centres](#), [maisons](#) et [pôles de santé](#)) et mise en place de la plate forme d'appui aux professionnels de santé (PAPS) en juillet 2011, création de la société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA), expérimentation des nouveaux modes de rémunération, sécurisation du partage des informations médicales entre les professionnels de santé. Ce mode d'exercice favorise en effet les échanges et la [coordination](#) entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge médicale des patients.

- Voir [acteurs de premier recours et acteurs de deuxième recours](#)
- Voir [coordination clinique de proximité](#)
- Voir [coordination des soins](#)
- Voir [coordination territoriale d'appui \(CTA\)](#)
- Voir [coordination territoriale de second niveau](#)
- Voir [coordonnateur de parcours patient](#)
- Voir [matrice de maturité en soins primaires](#)

▪ Expérimentation de « l'article 70 »



Article 70 de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les [parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie](#) (PAERPA), en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la [continuité](#) des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux. Les expérimentations sont mises en œuvre par [convention](#) entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.



Haute autorité de santé (HAS), 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747548/fr/experimentation-article-70

L'expérimentation de l'article 70 comporte un nouveau rapport d'évaluation 2014 portant sur les Nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les [parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie](#). L'article 70 de la LFSS 2012 propose des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les [recours évitables à l'hospitalisation](#) et de [coordonner les soins](#) en sortie d'hospitalisation.

▪ Evaluation

• Evaluation médico-économique



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/fc_1250026/fr/evaluation-medico-economique

Appliquée au domaine de la santé, l'évaluation économique met en regard les résultats attendus d'une intervention de santé avec les ressources consommées pour la produire. Cela suppose que les interventions de santé soumises à la décision publique soient comparées, sur la base de leurs résultats et de leurs coûts respectifs.

L'objectif de l'évaluation économique est de hiérarchiser les différentes options envisageables en fonction de leur capacité à engendrer les meilleurs résultats possibles à partir des ressources à mobiliser, au service des décideurs en vue d'une allocation optimale des ressources. On parle à ce propos de recherche de [l'efficience](#). L'évaluation économique menée par la HAS ne se limite pas à mettre en perspective le résultat des interventions de santé avec les ressources consommées sous la forme d'un ratio coût-résultat. Elle s'inscrit dans une approche plus large qui peut intégrer : Une évaluation des conséquences économiques de la modification de l'organisation des soins induite par le choix d'une intervention particulière ; une évaluation de l'impact de la décision de prise en charge collective de l'intervention sur les dimensions d'équité ; une réflexion sur la façon dont les incitations propres à une organisation peuvent influencer les comportements des professionnels de santé et des patients ; une analyse d'impact budgétaire (AIB) qui consiste à mesurer les incidences positives ou négatives de la décision de prise en charge collective d'une intervention sur le budget d'une institution.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/method_eval_polit_publiq.pdf

L'évaluation consiste à « rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus d'une politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés ». Au-delà de cette définition institutionnelle, l'évaluation s'est imposée comme un domaine à part entière des sciences sociales, recouvrant notamment la recherche évaluative, qui vise à identifier les effets propres d'une politique, en les distinguant des effets de contexte ou produits par d'autres politiques menées concomitamment. L'évaluation contribue aussi à améliorer la politique publique elle-même.[...]

• Evaluation multidimensionnelle



Extrait de l'article R. 146-28 du code de l'action sociale et des familles. Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 2012.

L'équipe pluridisciplinaire évalue les besoins de compensation de la personne handicapée en tenant compte de ses souhaits, formalisés dans un projet de vie. Les références [...] pour l'appréciation de ces besoins sont précisées dans un guide d'évaluation prenant en compte l'ensemble de la situation notamment matérielle, familiale, sanitaire, scolaire, professionnelle et psychologique de la personne handicapée. Le modèle de ce guide d'évaluation est déterminé par un arrêté du ministre chargé des personnes handicapées.



Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), 2012.

L'évaluation globale multidimensionnelle consiste à décrire, de façon systématique, les capacités fonctionnelles et cognitives, les conditions d'environnement et les besoins, en particulier ceux non couverts, d'une personne handicapée ou en perte d'autonomie.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2012.

http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/04-CNSA_Memo_Evaluation_WEB.pdf

L'évaluation de la situation et des besoins de la personne est au cœur du droit à compensation. Elle doit être pluridisciplinaire et multidimensionnelle, afin de pouvoir envisager tous les aspects de la situation de handicap telle que définie dans la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé (CIF – OMS 2001) et dans la définition légale du handicap : facteurs personnels et environnementaux, obstacles et facilitateurs aux activités et à la participation à la vie sociale. Conduite dans un dialogue avec la personne, elle tient compte de son projet de vie et de son environnement pour que puisse lui être proposé, dans le [plan personnalisé de compensation](#), un accompagnement adapté. Elle ne se limite pas aux besoins vitaux mais porte sur l'ensemble des dimensions de la situation de vie (entretien personnel, déplacements, vie quotidienne, vie sociale, formation et vie professionnelle, etc.), en envisageant non seulement les caractéristiques de la personne, mais également celles de son environnement, qui peut constituer un obstacle ou un facilitateur.

L'évaluation a pour objet de construire une stratégie globale d'intervention en réponse aux besoins de compensation identifiés, et pas seulement de vérifier l'éligibilité à l'une ou l'autre des prestations. L'évaluation doit être dynamique car les composantes de la situation de la personne peuvent évoluer dans le temps, en fonction de la variabilité des besoins individuels de la personne et de son entourage. Les éléments de réponse peuvent aussi évoluer, selon la culture des professionnels et les modifications législatives ainsi que selon les moyens humains et financiers mobilisables.

F

▪ Facilitateurs



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Professionnels formés, ayant une expérience du [parcours](#) et des compétences en termes de gestion de projet et de démarches qualité, qui interviennent auprès des [équipes](#) pour les aider à élaborer leurs projets, pour soutenir les changements de leurs pratiques et pour développer leur capacité à conduire des démarches qualité.

▪ Fédération médicale inter-hospitalière



Article L. 6135-1 du code de la santé publique.

En vue du rapprochement d'activités médicales, deux ou plusieurs centres hospitaliers peuvent, par décision conjointe de leurs directeurs prise après avis de la commission médicale et du comité technique de chacun des établissements concernés, décider de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines des structures internes de ces pôles, en fédérations médicales interhospitalières, avec l'accord des

responsables des structures susmentionnées. Cette décision définit l'organisation, le fonctionnement et l'intitulé de la fédération. Elle précise notamment la nature et l'étendue des activités de la fédération, les modalités d'association des personnels des établissements concernés à ces activités ainsi que les conditions de désignation et le rôle du praticien hospitalier coordonnateur sous la responsabilité duquel elles sont placées. Le coordonnateur est assisté par une sage-femme, un cadre paramédical ou un membre du personnel soignant et par un membre du personnel administratif.

▪ Filière de soins



Inspirée de la définition de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, Principes d'évaluation des réseaux de santé, 1999.

Une filière peut être de santé ou de soins. [...] Une filière définie a posteriori, résulte d'une observation des trajectoires des patients dans le système de soins. Une filière définie a priori, résulte soit d'une logique de travail en réseau, soit d'une logique conventionnelle, réglementaire ou tarifaire.



Définition du Pr. Charles Honnorat, « filières et réseaux », 2002.

http://www.cocof.irisnet.be/site/common/filesmanager/sante/resauxsante/filieres_reseaux/index.html

Une filière de soins [...] est caractérisée par les intervenants successifs, la nature des soins apportés par chacun d'entre eux, les règles de progression du patient entre ces divers intervenants. La filière de soins est la résultante de la nature et de l'importance de l'offre et des règles de fonctionnement qui sont mises en place. L'organisation en filières respecte l'indépendance des acteurs, chacun prenant la suite de l'autre par un mécanisme d'adressage. La continuité est assurée par le passage de relais sous forme de courrier ou de compte rendu.

ARS Bretagne, Haute Normandie et Languedoc-Roussillon, 2015.

Une filière est un ensemble coordonné d'acteurs ou structures, organisés et articulés autour d'une pathologie ou une population, sur un espace limité appelé territoire. La filière se fonde sur les professionnels de santé (par exemple, la filière des professionnels chargés des maladies rares) pris au sens large, tandis que le parcours est centré sur le patient, usager ou citoyen. A chaque phase du parcours, l'ensemble d'une filière peut être sollicité, de même que pour chaque acteur d'une filière, l'ensemble du parcours peut être concerné directement ou indirectement. On ne peut bien organiser une filière de professionnels qu'avec une vision des parcours.

▪ Fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes



Article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant les articles L. 6327-1 et L. 6327-2 du code de la santé publique.

Article L. 6327-1.- Des fonctions d'appui à la prise en charge des patients relevant de parcours de santé complexes sont organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux par les agences régionales de santé, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours. [...]Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient. Les fonctions d'appui peuvent être mises en œuvre par une équipe de soins primaires ou une communauté professionnelle territoriale de santé. Les fonctions d'appui font l'objet d'une évaluation annuelle en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers.

Article L. 6327-2. – Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes. La convention définit les missions, les engagements et les apports des différents signataires. [...] Pour assurer l'organisation des fonctions d'appui définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou de santé complexes. Les établissements autorisés à exercer sous la forme d'hospitalisation à domicile peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plate-formes territoriale d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

Article L. 1431-2 du code de la santé publique modifié par la Loi relative à la modernisation de notre système de santé, 2016.

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région : [...]

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. [...] j) Elles sont chargées d'organiser les fonctions d'appui aux

professionnels pour la [coordination](#) des parcours de santé complexes, dans les conditions prévues aux articles L. 6327-1 et L. 6327-2 ; [...]



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Activités nécessaires à l'organisation des parcours mais qui ne peuvent être réalisées directement par les professionnels de santé parce qu'ils ne disposent pas des compétences ou des moyens pour cela, en raison soit de leur organisation, soit de leur file active.

- Voir [coordination territoriale d'appui \(CTA\)](#)
- Voir [gestion de cas \(Case Management\)](#)
- Voir [groupe opérationnel de synthèse \(GOS\)](#)
- Voir [modalités d'accompagnement des coopérations territoriales](#)
- Voir [patient traceur](#)
- Voir [plateforme territoriale d'appui à la coordination \(PTAC\)](#)

▪ Fragilité

• Fragilité en soins ambulatoires



Inspiré de la définition de la Société française de gériatrie et de gérontologie (SFGG), 2011. Haute autorité de santé.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parcours_fragilite_vf.pdf

La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus potentiellement réversible (Roland 2011).

• Fragilité de la personne âgée



Repérer, évaluer et prendre en charge la fragilité pour prévenir la dépendance en pratique clinique par Bruno Vellas, dans le Livre blanc de la fragilité « repérage et maintien de l'autonomie des personnes âgées fragiles.

<http://asp.zone-secure.net/v2/4463/5806/53503/Livre%20blanc%2D%282015%29%2Epdf>

C'est le stade précoce de la cascade de dépendance caractérisé par un début du déclin fonctionnel qui 1) permet toujours à l'individu d'être indépendant dans les activités de base de la vie quotidienne (mais avec quelques difficultés), et 2) peut être réversible en cas de mise en place des interventions ciblées. D'un point de vue médical, le vieillissement touche de façon inhomogène les personnes de sorte qu'on distingue schématiquement 3 catégories de seniors, chacune avec les besoins et les particularités spécifiques à prendre en compte dans la pratique clinique : [...] c. Le troisième groupe est composé de personnes âgées fragiles (environ 30 à 40 % des personnes âgées de 65 ans et plus). L'état de fragilité est souvent décrit en utilisant les critères proposés et validés par Fried et al. le « phénotype de fragilité ».

Elle est évaluée en tenant compte de cinq signes ou symptômes : perte de poids involontaire, épuisement ressenti par le patient, vitesse de marche ralentie, baisse de la force musculaire et sédentarité. L'individu est considéré comme « fragile » s'il présente trois ou plus de ces critères, et « pré-fragile » en présence d'un ou deux. Des études montrent que les sujets pré-fragiles représentent environ 30 % de la population de plus de 65 ans vivant à domicile et les sujets fragiles environ 10 %. Il est à noter que les personnes âgées fragiles ont des besoins médicaux parfois importants et non satisfaits car elles ne sont pas fréquemment référencées aux services cliniques. Néanmoins, c'est une population cible optimale pour la mise en place de programmes efficaces visant à prévenir la dépendance. En fait, ces personnes ayant perdu leur capacité d'adaptation aux différents événements stressants de la vie (psychologiques, accidentels ou maladies) sont confrontées à un risque élevé de perte d'autonomie. C'est à ce

stade que les interventions peuvent être les plus efficaces ; le but de la prise en charge étant de rejoindre une trajectoire de vieillissement réussi.

G

▪ Gestion de cas (Case Management)

 [Arrêté du 16 novembre 2012](#) fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans la Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA).

L'acquisition des compétences nécessaires pour intervenir en qualité de gestionnaire de cas requiert une formation de type diplôme interuniversitaire de gestion de cas d'une durée minimale de cent heures d'enseignement théorique et vingt demi-journées de stage pratique.

 Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), 2015.
<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

Pour les personnes âgées en [situation complexe](#), un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation) est mis en œuvre par un gestionnaire de cas (c'est là une nouvelle compétence professionnelle). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes. Ce faisant, il contribue à améliorer l'organisation du système de prise en charge en identifiant les éventuels dysfonctionnements observés sur le territoire. Pour chaque dispositif [MAIA](#), 2 à 3 gestionnaires de cas sont recrutés.

 ARS Bourgogne Franche Comté, 2015.

Pour toutes les maladies chroniques « complexes », le gestionnaire de cas réalise à domicile une [évaluation multidimensionnelle](#) afin de mesurer l'ensemble des besoins sanitaires et sociaux de la personne et fait le lien avec les professionnels déjà en charge de la situation. Il planifie les services nécessaires à l'aide d'un [plan de services individualisé](#) et est le référent pour la personne en perte d'autonomie fonctionnelle.

▪ Gestionnaire de cas

 Bloch, Marie-Aline ; Hénault, Léonie. *Coordination et parcours*. Paris : Éditions Dunod, 2014. P. 204.

Depuis quelques années, pour offrir un accompagnement plus poussé aux personnes âgées se trouvant dans des situations considérées comme particulièrement [complexes](#), une nouvelle figure de tiers a été mise en place dans certains [réseaux de santé](#) et, plus récemment dans les [MAIA](#), en la personne du « gestionnaire de cas ». Cette dénomination qui fait directement écho au terme anglais *case manager*, est souvent considérée comme non satisfaisante et certains lui préfèrent celle de « [coordonnateur de parcours de soins](#) » ou de « coordonnateur de santé ». [...] Généralement issus du travail social ou du secteur paramédical, ces professionnels ont en effet pour mission d'assurer la [continuité](#) et la [cohérence du parcours de soins](#) d'une quarantaine de personnes au plus : ils évaluent leurs besoins au domicile, mettent en place un plan d'aide médico-social ou réorganisent le travail des intervenants déjà en place, s'assurent de la réalisation des services, et ajustent les interventions en fonction de l'évolution de la situation.

▪ Groupe opérationnel de synthèse (GOS)

 Article 89 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles.

En vue d'élaborer ou de modifier un [plan d'accompagnement global](#), l'[équipe pluridisciplinaire](#), sur convocation du directeur de la [maison départementale des personnes handicapées](#), peut réunir en groupe opérationnel de synthèse les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en œuvre du plan. La personne concernée, ou son représentant légal, fait partie du groupe opérationnel de synthèse et a la possibilité d'en demander la réunion. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix. Si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'État ou

aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence.

▪ Groupement

• Groupement de coopération sanitaire (GCS)



Article L. 6133-1 du code de la santé publique.

Un groupement de coopération sanitaire a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. A cet effet, il peut : Permettre les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux exerçant dans les établissements membres, des professionnels salariés du groupement, ainsi que des professionnels médicaux libéraux membres ou associés du groupement. Réaliser ou gérer, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires, des services d'imagerie médicale ou des pharmacies à usage intérieur, et détenir à ce titre des autorisations d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnés à l'article L. 6122-1. D'autres organismes ou professionnels de santé concourant aux soins peuvent faire partie d'un groupement de coopération sanitaire à condition d'y être autorisés par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Les professionnels médicaux libéraux peuvent conclure avec un groupement de coopération sanitaire des accords définis à l'article L. 6161-10 en vue de leur association aux activités du groupement. Le groupement de coopération sanitaire est doté de la personnalité morale. [...] Le groupement de coopération sanitaire n'est pas un établissement de santé. Toutefois il peut être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, à la demande des établissements de santé membres, à exercer les missions d'un établissement de santé définies par le chapitre Ier du titre Ier du présent livre. Par dérogation à l'article L. 6122-3, il peut également être autorisé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation à assurer l'exploitation d'une autorisation détenue par l'un de ses membres et dispenser à ce titre des soins remboursables aux assurés sociaux.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, 2013.

<http://www.sante.gouv.fr/le-groupement-de-cooperation-sanitaire.html>

Le groupement de coopération sanitaire, outil privilégié des coopérations public/privé mais également entre la ville et l'hôpital, a été refondu dans le cadre de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST), afin de clarifier le GCS de moyens et de faire émerger un nouvel acteur : le GCS-Etablissement de santé. Il permet d'associer des établissements de santé publics comme privés, des [centres de santé](#), des [maisons de santé](#) et des professionnels médicaux libéraux à titre individuel ou collectif, ou encore les acteurs du secteur médico-social. Il est doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé.

• Groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS)



Article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles.

Les dispositions du groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCS-MS) sont calquées sur celles du [groupement de coopération sanitaire \(GCS\)](#). Il s'agit d'un outil de coopération doté, selon le cas, de la personnalité morale de droit public ou de droit privé. Ses membres peuvent être des personnes morales ou physiques, de droit public ou de droit privé. Son champ est large puisqu'il a notamment pour objet de permettre des interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, d'exercer une mission ou une prestation exercée par l'un de ses membres et de détenir, à ce titre, les autorisations afférentes, de préparer les opérations de fusion ou de regroupements, etc.

• Groupement d'intérêt économique (GIE)



Article L. 251-1 du code du commerce.

Deux ou plusieurs personnes physiques ou morales peuvent constituer entre elles un groupement d'intérêt économique pour une durée déterminée. Le but du groupement est de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres, d'améliorer ou d'accroître les résultats de cette activité. Il n'est pas de réaliser des bénéfices pour lui-même. Son activité doit se rattacher à l'activité économique de ses membres et ne peut avoir qu'un caractère auxiliaire par rapport à celle-ci.



Ministère en charge de la santé, 2012.

<http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales.html>

Le groupement d'intérêt économique [GIE] est doté de la personnalité morale de droit privé. S'adressant à des personnes physiques (professionnels libéraux) ou à des personnes morales de droit public ou de droit privé, il a pour objectif de faciliter ou de développer l'activité économique de ses membres. Il s'agit d'un outil juridique et économique non dédié au secteur sanitaire, même si l'on trouve un certain nombre de GIE portant sur l'exploitation d'équipements matériels lourds comme des scanners.

• Groupement d'intérêt public (GIP)

 Article 98 de la Loi n° 2011-525 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

Le groupement d'intérêt public est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière. Il est constitué par [convention](#) approuvée par l'Etat soit entre plusieurs personnes morales de droit public, soit entre l'une ou plusieurs d'entre elles et une ou plusieurs personnes morales de droit privé. Ces personnes y exercent ensemble des activités d'intérêt général à but non lucratif, en mettant en commun les moyens nécessaires à leur exercice. Les collectivités territoriales et leurs groupements ne peuvent pas constituer entre eux des groupements d'intérêt public pour exercer ensemble des activités qui peuvent être confiées à l'un des organismes publics de coopération prévus à la cinquième partie du code général des collectivités territoriales.

[Arrêté du 23 mars 2012 pris en application de l'article 3 du décret n° 2012-91 du 26 janvier 2012 relatif aux groupements d'intérêt public, 2012.](#)

Le groupement d'intérêt public (GIP) est doté de la personnalité morale de droit public. Il s'adresse exclusivement à des personnes morales, de droit public ou de droit privé. Permettant notamment de gérer des équipements ou des activités d'intérêt commun, il peut détenir une autorisation d'équipements matériels lourds mais pas d'autorisation d'activités de soins. Il existe des GIP spécifiques au domaine de l'action sanitaire et sociale, par exemple pour la gestion en commun d'activités supports telles que la fonction linge ou la fonction restauration.

• Groupement hospitalier de territoire (GHT)

 Article 107 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6132-1 du code de la santé publique.

Art. L. 6132-1. – I. – Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. II. – Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre 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.

III. – Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3.[...] IV. – Les hôpitaux des armées peuvent, après autorisation du ministre de la défense et accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support d'un groupement hospitalier de territoire, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de ce groupement. V. – Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas parties, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221-2. VI. – Les établissements assurant une activité d'[hospitalisation à domicile](#) sont associés à l'élaboration du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire situés sur leur aire géographique d'autorisation et dont ils ne sont ni parties ni partenaires. VII. – Les établissements ou services médico-sociaux publics peuvent être parties à une convention de groupement hospitalier de territoire. Un établissement public de santé ou un établissement ou service médico-social public ne peut être partie qu'à un seul groupement hospitalier de territoire. VIII. – Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. [...] Dans les territoires frontaliers, les établissements situés dans l'État limitrophe peuvent être associés par voie conventionnelle.

H

▪ Hébergement agréé

 Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agréée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. [...] Les traitements de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement prévu au premier alinéa, quel qu'en soit le support, papier ou informatique, doivent être réalisés dans le respect des dispositions de la [loi n° 78-17](#) du 6

janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. [...] Les conditions d'agrément des hébergeurs des données, quel qu'en soit le support, sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé. [...] L'agrément peut être retiré, dans les conditions prévues par l'[article 24 de la loi n° 2000-321](#) du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, en cas de violation des prescriptions législatives ou réglementaires relatives à cette activité ou des prescriptions fixées par l'agrément. Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes physiques ou morales à l'origine de la production de soins ou de leur recueil et qui sont désignées par les personnes concernées. L'accès aux données ayant fait l'objet d'un hébergement s'effectue selon les modalités fixées dans le contrat, dans le respect des articles L. 1110-4 et L. 1111-7. Les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel qui ont été déposées auprès d'eux à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que celles qui les leur ont confiées.[...]

▪ Hospitalisation

◦ Hospitalisation - évitable, non pertinente, inadéquate, médicalement non justifiée



LEEM, Hospitalisations évitables et Soins primaires 2009.

<http://www.leem.org/sites/default/files/1431.pdf>

Ce concept « d'hospitalisation évitable » diffère du concept, plus englobant, « d'hospitalisation non-pertinentes » ou « inadéquates » utilisé notamment par le HCAAM dans son avis du 23 avril 2009 sur la situation des établissements de santé. Les hospitalisations non pertinentes comprennent, outre des hospitalisations évitables au sens précisé ci-dessous, également des prises en charge erronées au sein de l'hôpital (hospitalisation justifiée mais mauvais aiguillage), des hospitalisations complètes quand une hospitalisation partielle est suffisante, et les hospitalisations médicalement non justifiées. Les deux concepts diffèrent également par la manière dont ils sont utilisés. L'objet du concept d'hospitalisations non-pertinentes est de mettre à jour des gains d'efficacité possibles au sein des établissements hospitaliers et dans le système de soins en général. Il s'agit de compter les hospitalisations non-pertinentes, de comprendre les raisons organisationnelles de ces hospitalisations pour ensuite pouvoir les corriger. Par contraste, comme indiqué ci-dessus, l'objet du concept d'hospitalisation évitable est de rendre compte de la qualité des [soins primaires](#). L'important alors n'est pas de compter toutes les hospitalisations évitables pour toutes les pathologies, mais d'identifier ces pathologies pour lesquelles les hospitalisations rendent bien compte, a priori, d'un déficit de prise en charge ambulatoire.

ARS Pays de Loire, 2015.

Les hospitalisations évitables représentent un indicateur récemment introduit par la HAS. Il s'agit plutôt d'un « faux ami » correspondant à la traduction française du concept "ambulatory care sensitive conditions hospitalization rate", un indicateur qui mesure dans les statistiques hospitalières des hospitalisations qui n'auraient pas eu lieu si les soins primaires étaient bien organisés dans le territoire d'origine du patient. Il permet d'identifier des territoires fragiles du point de vue des soins primaires. Les pathologies (conditions) mesurées sont en fait des traceurs. L'enjeu de l'indicateur est de travailler sur les soins primaires sur le territoire et non pas sur la pathologie traceur.

◦ Voir [ré-hospitalisation évitable](#)

◦ Hospitalisation à domicile



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015.

<http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had,12379.html>

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne. L'hospitalisation à domicile couvre maintenant l'ensemble du territoire national, et constitue désormais une des réponses à l'aspiration grandissante de la population à être soignée dans son environnement familial quand la situation le permet.



Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.

<http://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

L'Hospitalisation à domicile (HAD) permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement.

I

▪ Infirmier(e)

◦ Infirmier(e) coordinateur(rice) en cancérologie



Institut national du cancer (INCa).

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-pendant-et-apres-le-cancer/Experimentation-du-parcours#toc-les-infirmiers-coordonnateurs>

L'expérimentation des [parcours des soins](#) des patients a entamé une seconde phase depuis 2013, avec notamment le rôle d'infirmière coordinatrice en cancérologie. Le [parcours personnalisé](#) des patients dans la maladie du cancer repose sur l'intervention d'infirmiers coordonnateurs. Leur mission consiste à faciliter l'articulation entre les professionnels des soins de ville, les professionnels hospitaliers, les patients et leur entourage. Ces infirmiers coordonnateurs ont vocation à intervenir tout particulièrement lors de plusieurs moments critiques du parcours de soins : La sortie du patient, afin de préparer notamment le relais de la prise en charge à domicile par les [équipes de soins](#) du 1er recours ; La transmission adéquate d'informations entre les professionnels hospitaliers et les professionnels intervenant à domicile, permettant de faciliter leur contribution au suivi des patients ; L'organisation d'une ré-hospitalisation, si besoin, dans le service hospitalier référent sans passer par les urgences ; La bonne articulation des différentes séquences de la prise en charge pour fluidifier le parcours des patients et favoriser une meilleure maîtrise des délais de prise en charge.

◦ Infirmier(e) coordonnateur(rice) en EHPAD



Ordre National des infirmiers (ONI).

<http://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers/les-metiers-infirmiers/infirmier-coordonateur-en-ehpad.html>

L'infirmière coordinatrice ou référente en [EHPAD](#) se situe à l'interface du sanitaire et du social, du soin et de l'accompagnement. Cette fonction nécessite des compétences spécifiques tant ses missions sont multiples et complexes. Elle se situe dans l'accompagnement et la formation des équipes soignantes[...]. Les indications connues sur le rôle de l'infirmière référente en EHPAD, remontent à la Loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Si le cadre d'exercice du [médecin coordinateur](#) est aujourd'hui bien « bordé », celui de l'IDEC est assez évasif et discret. [...] L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD possède une connaissance approfondie des innovations méthodologiques et techniques pour mener à bien, en concertation avec le médecin Coordinateur, le projet de soins et de vie de chaque résident en respectant le recueil de données lors de l'entretien d'admission, en présence de la famille. [...] Elle est capable de gérer leur prise en charge globale, d'apprécier l'évolution de leur pathologie et la surveillance de leur état de santé en lien avec les médecins traitants et l'équipe soignante. L'IDEC organise le travail de chaque membre de l'équipe pour permettre d'élaborer et de réaliser une démarche de soins de qualité face à la perte d'autonomie des résidents les plus fragilisés par leur dépendance. L'infirmière coordinatrice ou référente en EHPAD accompagne les projets individuels de formation des professionnels[...].

◦ Infirmier(e) diplômé(e) d'état coordonnateur(rice) de soins- IDEc



Bloch, Marie-Aline ; Hénault, Léonie. *Coordination et parcours*. Paris : Éditions Dunod, 2014 . P 191.

[...] Les infirmières exerçant une fonction de coordination à l'hôpital ou dans les établissements et services médico-sociaux sont parvenues à faire reconnaître leur spécificité au sein de la profession infirmière à travers l'appellation d'infirmière coordinatrice et plus récemment celle d'infirmier diplômé d'Etat coordonnateur de soins (IDEc). Elles détiennent des prérogatives qui relèvent de celles traditionnellement dévolues aux médecins [...]. Par exemple, dans les SSIAD, les infirmières coordinatrices sont responsables des décisions d'admission des usagers et d'arrêt des prises en charge et de l'évaluation des besoins.

▪ Inégalités de santé



Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/

Les inégalités en santé sont d'*évitables* injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays. Elles sont le reflet des inégalités que l'on peut constater en général au sein d'une société et entre différentes sociétés. Les conditions socio-économiques dans lesquelles se trouvent les individus déterminent le risque de tomber malade et les mesures à prendre pour prévenir ou traiter la maladie lorsqu'elle survient.

 Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).


Terme utilisé généralement dans quelques pays pour indiquer des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé. Comme le terme est ambigu, puisqu'il peut être utilisé pour désigner une certaine injustice ou pour décrire des différences dans un sens descriptif purement mathématique et statistique, l'OMS a décidé d'employer le terme "inéquité" au lieu d'inégalité dans la version européenne de " La santé pour tous ".

▪ Institut national des données de santé

 Article 193 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1462-1 du code de la santé publique.

Un groupement d'intérêt public, dénommé : "Institut national des données de santé", est constitué entre l'État, des organismes assurant une représentation des malades et des usagers du système de santé, des producteurs de données de santé et des utilisateurs publics et privés de données de santé, y compris des organismes de recherche en santé. Il est notamment chargé : 1° De veiller à la qualité des données de santé et aux conditions générales de leur mise à disposition, garantissant leur sécurité et facilitant leur utilisation dans le respect de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ; 2° D'assurer le secrétariat unique mentionné à l'article 54 de la même loi ; 3° D'émettre un avis sur le caractère d'intérêt public que présente une recherche, une étude ou une évaluation, dans les conditions prévues au même article 54 ; 4° De faciliter la mise à disposition d'échantillons ou de jeux de données agrégées mentionnées au IV bis V dudit article 54, dans des conditions préalablement homologuées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; 5° De contribuer à l'expression des besoins en matière de données anonymes et de résultats statistiques, en vue de leur mise à la disposition du public. Il publie chaque année un rapport transmis au Parlement.

▪ Intégration

 Inspirée d'une définition de Donabedian, « la coordination dans le champ sanitaire et médico-social », enjeux organisationnels et dynamiques professionnelles, étude réalisée par le Centre de Gestion Scientifique de Mines-ParisTech, 2011 . Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

Leutz (1999) propose une typologie des modèles d'intégration qui [...] distingue trois niveaux d'intégration : la liaison (linkage), la [coordination](#) (coordination) et l'intégration complète (full integration).

- Dans le modèle de liaison, les organisations peuvent développer des procédures plus ou moins formalisées pour faciliter leur collaboration et la transmission d'informations sur les besoins des patients. Les professionnels de chaque structure comprennent bien comment les autres interviennent, en particulier quant au financement des prestations et à l'éligibilité, et s'adressent à eux ponctuellement lorsqu'ils le jugent nécessaire.

- A l'autre extrémité du continuum, dans le modèle dit d'intégration complète, une seule organisation intégrée est responsable pour tous les services, qu'ils soient réunis effectivement en une même structure ou liés par contrat. De nouvelles procédures sont mise en place pour évaluer les besoins des personnes, ce qui détermine leur entrée dans l'organisation intégrée. Par ailleurs, toutes les ressources sont combinées, les systèmes de financement et d'éligibilité unifiés, les informations partagées quotidiennement. Une même organisation contrôle ainsi tous les services, délivrés par des équipes multidisciplinaires. La [gestion de cas](#) est assurée par ces équipes ou par des « supers [gestionnaires de cas](#).

- Le niveau intermédiaire d'intégration, la coordination, implique enfin le développement et la mise en œuvre de structures et de mécanismes permettant de réduire la confusion, la fragmentation et la discontinuité entre les organisations, et de promouvoir le partage d'informations.

Ces modèles répondent à différents degrés de [complexité](#) des besoins des personnes. Ainsi le modèle de liaison suffirait à la prise en charge des patients relativement stable et autonome dans ses décisions, demandant l'intervention d'un petit nombre de services et pour une durée limitée ; celui de l'intégration complète serait au contraire approprié pour les personnes très dépendantes, ayant besoin d'une large gamme d'interventions s'opérant souvent dans l'urgence.

Définition de D. Somme dans « intégration et gestion de cas, évolution des dispositifs de réponse à la perte d'autonomie dans le cadre du plan national Alzheimer », 2010. Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

L'intégration cherche à répondre à la fragmentation du système qui se traduit par une discontinuité du service rendu, par l'existence de doublons ou de réponses redondantes. C'est un mode d'organisation de tous les partenaires assurant une part des interventions auprès des personnes en perte d'autonomie, favorisant la coordination, la [coopération](#) puis la co-responsabilisation.

 ARS Languedoc-Roussillon et Haute-Normandie, 2015.

L'intégration est un ensemble de techniques et de modèles d'organisation conçus pour la transmission d'information, la coordination et la collaboration à l'intérieur et entre les secteurs de traitement et de soin, les prestataires de services et de soins et les secteurs administratifs ou financeurs. (Kodner et Kyriacou, 2000). L'intégration peut

être structurelle (Fleury, 2007), fonctionnelle (Contandriopoulos et al., 2001), informationnelle (Demers, 2007) ou clinique (Hébert, 2001). Une intégration verticale veille au meilleur chaînage des soins et de la prévention.

▪ Interprétariat linguistique



Article 90 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 1110-13 du code de la santé publique.

La [médiation sanitaire](#) et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la [prévention](#) et aux [soins](#) des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le [parcours de soins](#) des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

L

▪ Lettre de liaison



Article 95 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1112-1 du code de la santé publique.

I.- Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à l'article [L. 1111-7](#). Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne. Les établissements de santé proposent un accompagnement médical aux personnes qui le souhaitent lorsqu'elles demandent l'accès aux informations les concernant. Le refus de cet accompagnement ne fait pas obstacle à la consultation de ces informations. Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

II. - Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le [médecin traitant](#) ont accès, sur leur demande, aux informations mentionnées au premier alinéa du I. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la [continuité des soins](#), rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison mentionnée au premier alinéa du présent II. La lettre de liaison est, dans le respect des exigences prévues aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 1111-2, remise, au moment de sa sortie, au patient ou, avec son accord et dans les conditions prévues à l'article L. 1111-6, à la personne de confiance. Les lettres de liaison peuvent être dématérialisées. Elles sont alors déposées dans le [dossier médical partagé](#) du patient et envoyées par [messagerie sécurisée](#) au praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et au médecin traitant.

M

▪ Maison

• Maison départementale des personnes handicapées (MDPH)




Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.


<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/handicap-exclusion,775/dossiers,806/maisons-departementales-des,1087/maison-departementale-des,7545.html>

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées. Lieu unique d'accueil, la Maison départementale des personnes handicapées « exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps ». Au besoin, la MDPH oriente les personnes handicapées et leurs proches vers d'autres interlocuteurs dédiés. La Maison départementale des personnes handicapées a 8 missions principales :

- 1° Elle informe et accompagne les personnes handicapées et leur famille dès l'annonce du handicap et tout au long de son évolution.
- 2° Elle met en place et organise l'équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne sur la base du projet de vie et propose un [plan personnalisé de compensation du handicap](#).
- 3° Elle assure l'organisation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et le suivi de la mise en œuvre de ses décisions.
- 4° Elle assure la gestion du fonds départemental de compensation du handicap.
- 5° Elle reçoit toutes les demandes de droits ou prestations qui relèvent de la compétence de la Commission des droits et de l'autonomie.
- 6° Elle organise une mission de conciliation par des personnes qualifiées.
- 7° Elle assure le suivi de la mise en œuvre des décisions prises.
- 8° Elle organise des actions de [coordination](#) avec les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et désigne en son sein un référent pour l'insertion professionnelle.

• Maison de santé pluriprofessionnelle (MSPP)


 Article 118 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.
La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du [projet de santé](#) qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

 ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.
En Maison de santé pluriprofessionnelle, le mode de travail s'effectue en équipe pluri professionnelle libérale de soins primaires en vue de réaliser une [coordination clinique](#) de leur patientèle.


• Voir [équipe pluriprofessionnelle en maison de santé pluriprofessionnelle](#)

• Voir [projet de santé](#)

Maison de santé pluriprofessionnelle universitaire


 Article 118 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6323-3 du code de la santé publique.
Une maison de santé pluriprofessionnelle universitaire est une maison de santé, ayant signé une convention tripartite avec l'agence régionale de santé dont elle dépend et un établissement public à caractère scientifique, culturel et professionnel comportant une unité de formation et de recherche de médecine, ayant pour objet le développement de la formation et la recherche en [soins primaires](#). Les modalités de fonctionnement, d'organisation et d'évaluation de ces maisons de santé pluriprofessionnelles universitaires sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.

▪ Matrice de maturité en soins primaires

 Haute autorité de la santé (HAS).
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1757237/fr/matrice-de-maturite-en-soins-primaires
Référentiel d'analyse et de progression (RAP) des regroupements pluri-professionnels de soins primaires, formalisant un [exercice coordonné](#) pluriprofessionnel. Cet outil pour une démarche qualité itérative qui vise à aider les [équipes pluri-professionnelles de soins primaires](#), à évaluer et à améliorer leur organisation de façon à avoir un impact bénéfique sur la prise en charge des patients.

▪ Médecin

• Médecin coordonnateur en EHPAD

 Article D. 312-157 du code de l'action sociale et familiale.
Le médecin coordonnateur doit être titulaire d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires de gériatrie ou de la capacité de gérontologie ou d'un diplôme d'université de médecin coordonnateur d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou, à défaut, d'une attestation de formation continue.

[Article D. 312-158 du code de l'action sociale et familiale.](#)

Sous la responsabilité et l'autorité administratives du responsable de l'établissement, le médecin coordonnateur qui assure l'encadrement médical de l'équipe soignante :

- 1° Elabore, avec le concours de l'équipe soignante, le projet général de soins, s'intégrant dans le projet d'établissement, et coordonne et évalue sa mise en œuvre ;
- 2° Donne un avis sur les admissions des personnes à accueillir en veillant notamment à la compatibilité de leur état de santé avec les capacités de soins de l'institution ;
- 3° Préside la commission de [coordination](#) gériatrique chargée d'organiser l'intervention de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux au sein de l'établissement. Cette commission, dont les missions et la composition sont fixées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées, se réunit au minimum deux fois par an. Le médecin coordonnateur informe le représentant légal de l'établissement des difficultés dont il a, le cas échéant, connaissance liées au dispositif de permanence des soins prévu aux [articles R. 6315-1 à R. 6315-7](#) du code de la santé publique;
- 4° Évalue et valide l'état de dépendance des résidents et leurs besoins en soins requis à l'aide du référentiel mentionné au deuxième alinéa du III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 ;
- 5° Veille à l'application des bonnes pratiques gériatriques, y compris en cas de risques sanitaires exceptionnels, formule toute recommandation utile dans ce domaine et contribue à l'évaluation de la qualité des soins ;
- 6° Contribue auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'[article L. 165-1](#) du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classes, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents, et, le cas échéant, avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien mentionné à l'[article L. 5126-6](#) du code de la santé publique ;
- 7° Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement ;
- 8° Elabore un dossier type de soins ;
- 9° Etablit, avec le concours de l'équipe soignante, un rapport annuel d'activité médicale qu'il signe conjointement avec le directeur de l'établissement. Ce rapport retrace notamment les modalités de la prise en charge des soins et l'évolution de l'état de dépendance et de santé des résidents. Il est soumis pour avis à la commission de coordination gériatrique mentionnée au 3° qui peut émettre à cette occasion des recommandations concernant l'amélioration de la prise en charge et de la [coordination des soins](#). Dans ce cas, les recommandations de la commission sont annexées au rapport ;
- 10° Donne un avis sur le contenu et participe à la mise en œuvre de la ou des conventions conclues entre l'établissement et les établissements de santé au titre de la [continuité des soins](#) ainsi que sur le contenu et la mise en place, dans l'établissement, d'une organisation adaptée en cas de risques exceptionnels ;
- 11° Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'[article L. 312-7](#) du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'[article L. 6321-1](#) du code de la santé publique ;
- 12° Identifie les risques éventuels pour la santé publique dans les établissements et veille à la mise en œuvre de toutes mesures utiles à la [prévention](#), la surveillance et la prise en charge de ces risques ;
- 13° Réalise des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel il exerce ses fonctions de coordonnateur en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins. Les [médecins traitants](#) des résidents concernés sont dans tous les cas informés des prescriptions réalisées. [...]



[Bloch, Marie-Aline ; Hénault, Léonie. *Coordination et parcours*. Paris : Éditions Dunod, 2014. P.198.](#)

Le poste de médecin coordonnateur en EHPAD représente [...] une autre voie possible de diversification de l'activité pour les médecins généralistes libéraux qui souhaitent travailler à temps partiel comme salariés, se spécialiser dans le soin aux personnes âgées et exercer des fonctions d'encadrement et de coordination. [...] Aujourd'hui, les médecins coordonnateurs sont deux mille environ à exercer dans les sept mille EHPAD [...].

• Médecin généraliste de premier recours – Les missions.




[Article L. 4130-1 du code de la santé publique.](#)

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :


- 1° Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la [prévention](#), le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'[éducation pour la santé](#). Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;
- 2° Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- 3° S'assurer de la [coordination des soins](#) nécessaire à ses patients ;

- 4° Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en [coopération avec les autres professionnels](#) qui participent à la prise en charge du patient ;
- 5° S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;
- 5° bis Administrer et coordonner les soins visant à soulager la douleur. En cas de nécessité, le médecin traitant assure le lien avec les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur ;
- 6° Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;
- 7° Participer à la mission de service public de [permanence des soins](#) dans les conditions fixées à l'[article L. 6314-1](#) [...].

• Médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours - Les missions.

-  Article 66 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L4130-2 du code de la santé publique.
- Les missions du médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours comprennent les actions suivantes :
- 1° Compléter la prise en charge du patient par la réalisation d'une analyse diagnostique et thérapeutique d'expertise, la mise en œuvre du traitement approprié ainsi que le suivi des patients, selon des modalités propres aux compétences de chaque discipline ;
 - 2° Contribuer à la [prévention](#) et à l'[éducation pour la santé](#) ;
 - 3° Participer à la mission de service public de permanence des soins ;
 - 4° Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales.
- Le médecin spécialiste de deuxième recours peut intervenir en tant que médecin correspondant, en lien avec le [médecin généraliste](#), pour le suivi conjoint du patient et l'élaboration du projet de soins. Le médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours intervient en [coopération](#) avec les établissements de santé et contribue à la prévention des [hospitalisations inutiles ou évitables](#).

• Médecin traitant

-  Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.
- Afin de favoriser la [coordination des soins](#), tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. [...] Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier. Pour les ayants droit âgés de moins de seize ans, l'un au moins des deux parents ou le titulaire de l'autorité parentale choisit le médecin traitant et l'indique à l'organisme gestionnaire. Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un [centre de santé](#) mentionné à l'[article L. 6323-1](#) du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'[article L. 312-1](#) du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'[article L. 6323-1](#) du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. [...] Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du [dossier médical personnel](#) (ndlr : dossier médical partagé) prévu à l'[article L. 161-36-1](#) du présent code. Dans le cas où l'assuré désigne un médecin traitant autre que son médecin référent, ce dernier, pour ce qui concerne cet assuré, perd les avantages relatifs à l'adhésion à cette option conventionnelle. L'assuré perd également ces avantages. [...]

-  ARS Guadeloupe, 2015.
- Médecin choisi par le patient assurant le [premier recours](#) (soins, [prévention](#), dépistage), orientant vers les [spécialistes](#) et établissements de [second recours](#) (ndlr : « deuxième recours ») et coordonnant l'ensemble des soins reçus par son patient.

Bloch, Marie-Aline ; Hénault, Léonie. *Coordination et parcours*. Paris : Éditions Dunod, 2014. P.190-191.

L'instauration du dispositif du « médecin traitant » en 2004 est révélatrice de la croissante demande, adressée aux [médecins généralistes](#), de s'impliquer davantage dans la « coordination des soins » de leurs patients. Tous les assurés de plus de 16 ans ont été invités à choisir un médecin comme médecin traitant, qui est alors chargé d'organiser son « [parcours de soins coordonné](#) », c'est à dire de centraliser toutes les informations concernant la santé du patient (maladies, traitements, suivis, analyses, radios, etc.) et, le cas échéant de l'orienter vers d'autres médecins appelés « correspondants ».

▪ Médecine personnalisée

-  Inspiré de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), 2012.

La médecine personnalisée, qui est notamment une des voies les plus prometteuses en cancérologie, consiste à traiter chaque patient de façon individualisée. Elle tient compte des spécificités génétiques et biologiques, mais également de l'environnement du patient, de son mode de vie, etc.

▪ Médiation sanitaire



Article 90 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1110-13 du code de la santé publique.

La médiation sanitaire et l'interprétariat linguistique visent à améliorer l'accès aux droits, à la [prévention](#) et aux [soins](#) des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, en prenant en compte leurs spécificités. Des référentiels de compétences, de formation et de bonnes pratiques définissent et encadrent les modalités d'intervention des acteurs qui mettent en œuvre ou participent à des dispositifs de médiation sanitaire ou d'interprétariat linguistique ainsi que la place de ces acteurs dans le [parcours de soins](#) des personnes concernées. Ces référentiels définissent également le cadre dans lequel les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins peuvent avoir accès à des dispositifs de médiation sanitaire et d'interprétariat linguistique. Ils sont élaborés par la Haute Autorité de santé.

▪ Messagerie sécurisée de santé (MSS)



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

http://www.sante.gouv.fr/les-outils_15462.html

Elle permet la transmission d'informations par voie électronique, avec une identification certaine de l'émetteur et du receveur.

Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP).

http://esante.gouv.fr/sites/default/files/faq_mssante_bd_2014.pdf

Ces messageries doivent permettre à tous les professionnels de santé [échanger](#) entre eux par mail, rapidement et en toute sécurité, des données personnelles de santé de leurs patients, dans le respect de la réglementation en vigueur. Les messageries MSSanté possèdent un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé. Toute messagerie professionnelle de santé peut devenir compatible MSSanté. Elles s'inscrivent dans le cadre d'un système mis en place par les pouvoirs publics avec l'ensemble des Ordres professionnels.

▪ Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)



Décret n° 2011-1210 relatif au cahier des charges de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

Initiées par le Plan national Alzheimer, les MAIA (Méthodes pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer) concernent depuis 2011 la population de plus de 60 ans en perte d'autonomie, au-delà, donc, des seules personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Portées par tous les acteurs déjà présents sur le territoire, les MAIA ne sont pas une organisation concurrentielle mais un mode de travail et d'organisation associant nécessairement le secteur sanitaire et médico-social, sur la base de l'existant, sans superposition de nouvelles structures et en évitant les redondances. Leurs objectifs : renforcer l'articulation des intervenants autour des personnes en perte d'autonomie fonctionnelle et de leurs aidants, simplifier les [parcours](#) et éviter les ruptures de continuité, réduire les doublons en matière d'évaluation, et améliorer la lisibilité des services et de leurs interventions par l'organisation partagée des orientations. Les modalités organisationnelles sont définies dans un Cahier des charges national.



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2014.

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/maia>

http://www.cnsa.fr/documentation/CNSA_CahierPe_daqogique_MAIA_HD.pdf

MAIA signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie. Cette méthode 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 : l'[intégration](#) des services d'aide et de soins. [...] L'intégration va plus loin que la [coopération](#), qui repose seulement sur un principe de [coordination](#). L'intégration conduit tous les acteurs à co-construire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

▪ Mission

• Missions des établissements de santé



Article 99 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 6111-1 du code de la santé publique.

Les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés assurent, dans les conditions prévues au présent code, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de [prévention](#) et d'[éducation à la santé](#). Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement avec hébergement relevant du code de l'action sociale et des familles. Ils participent à la [coordination des soins](#) en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux, dans le cadre défini par l'agence régionale de santé en concertation avec les conseils départementaux pour les compétences qui les concernent. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils mènent, en leur sein, une réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et la prise en charge médicale. Ils peuvent participer à la formation, à l'enseignement universitaire et post-universitaire, à la recherche et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Article 99 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant les articles L. 6111-1-1 à L. 6111-1-4 du code de la santé publique.

Art. L. 6111-1-1. - Dans le cadre de la mise en œuvre du [projet régional de santé](#), les établissements de santé mettent en place des permanences d'accès aux soins de santé, qui comprennent notamment des permanences d'orthogénie, adaptées aux personnes en situation de précarité, visant à faciliter leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la mise en œuvre de leurs droits. À cet effet, ils concluent avec l'État des conventions prévoyant, en cas de nécessité, la prise en charge des consultations externes, des actes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que des traitements qui sont délivrés gratuitement à ces personnes.

Art. L. 6111-1-2. – Les établissements de santé peuvent, dans des conditions définies par voie réglementaire, dispenser des soins : 1° Aux personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ; 2° Aux personnes détenues en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier ; 3° Aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté ; 4° Aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile.

Les établissements de santé qui dispensent ces soins assurent à toute personne concernée les garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code.

• Mission locale



Article 6 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 5314-2 du code du travail.

Les missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes, dans le cadre de leur mission de service public pour l'emploi, ont pour objet d'aider les jeunes de seize à vingt-cinq ans révolus à résoudre l'ensemble des problèmes que pose leur insertion professionnelle et sociale en assurant des fonctions d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement à l'accès à la formation professionnelle initiale ou continue, ou à un emploi.

Elles favorisent la concertation entre les différents partenaires en vue de renforcer ou compléter les actions conduites par ceux-ci, notamment pour les jeunes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle et sociale. Elles contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre, dans leur zone de compétence, d'une politique locale concertée d'insertion professionnelle et sociale des jeunes. À ce titre, les missions locales sont reconnues comme participant au repérage des situations qui nécessitent un accès aux droits sociaux, à la [prévention](#) et aux [soins](#), et comme mettant ainsi en œuvre les actions et orientant les jeunes vers des services compétents qui permettent la prise en charge du jeune concerné par le système de santé de droit commun et la prise en compte par le jeune lui-même de son capital santé.[...]



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).

<http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/399/01.htm>

Les missions locales, ont pour tâche d'épauler les jeunes dans leur insertion professionnelle. La prise en compte de leur état de santé tout comme leur accompagnement pour promouvoir leur santé sont essentiels.

▪ Modalités d'accompagnement des coopérations territoriales

Ministère en charge de la santé, 2012.

<http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales-modalites-d-accompagnement.html>

La Direction générale de l'offre de soins et le Secrétariat Général des ministères sociaux se sont engagés dans une démarche d'accompagnement des ARS et des établissements et professionnels de santé sur les processus de performance hospitalière. Cette démarche a pour objectif d'outiller les ARS, les établissements et les professionnels, notamment sur le sujet des [coopérations entre établissements de santé](#).

N

▪ Non-recours aux soins



Inspiré d'Odenore – observatoire des non-recours aux droits et services, juin 2010. DGOS.

Le non-recours renvoie à toute personne qui en tout état de cause ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre.

O

▪ Observance du traitement



Revue des Maladies Respiratoires Vol 22, N° 1 - février 2005 ; P. 31-34.

<http://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>

L'observance est la dimension comportementale et mesurable d'une pratique de soin qui consiste à suivre la thérapeutique prescrite, ce qui englobe le traitement, mais aussi l'ensemble des régimes associés et les styles de vie. L'observance renvoie à une réalité plus médicale que le terme de *compliance*, qui correspond à une conformité à la prescription sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient.

▪ Organisation

• Organisation relais



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Organisation(s) correspondant, par exemple, à l'[exercice coordonné](#) en [soins primaires](#) ([maisons de santé pluri-professionnelles](#)...) ou aux dispositifs de coordination des acteurs au sein des territoires de santé ([réseaux de santé](#)...). Par leurs fonctions d'appui et d'organisation du travail des acteurs, ces organisations sont des leviers pour engager les changements visés par les parcours.

P

▪ Pacte territoire santé



Article 67 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1434-14 du code de la santé publique.

Le pacte territoire-santé a pour objet d'améliorer l'accès aux soins de proximité, en tout point du territoire. Ce pacte comporte des dispositions visant notamment à : 1° Promouvoir la formation et l'installation des professionnels de santé et des centres de santé en fonction des besoins des territoires ; 2° Accompagner l'évolution des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment dans le cadre des [équipes de soins primaires](#) mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des [communautés professionnelles](#) mentionnées à l'article L. 1434-12. Le pacte peut prévoir des actions spécifiquement destinées aux territoires particulièrement isolés et aux quartiers prioritaires de la politique de la ville ainsi que des dispositions particulières pour les collectivités d'outre-mer. Ce pacte est arrêté par le ministre chargé de la santé. Les agences régionales de santé le mettent en œuvre après concertation avec les acteurs concernés et associent les [conseils territoriaux de santé](#) mentionnés à l'article L. 1434-10. Un comité national est chargé d'élaborer et d'assurer le suivi de la mise en œuvre de ce pacte et d'établir un

bilan annuel des actions engagées. Il est composé, notamment, de représentants des professionnels de santé et d'élus, selon des modalités définies par décret.

réf. Gouvernement de la République française, 2015.
<http://www.gouvernement.fr/action/la-lutte-contre-les-deserts-medicaux>

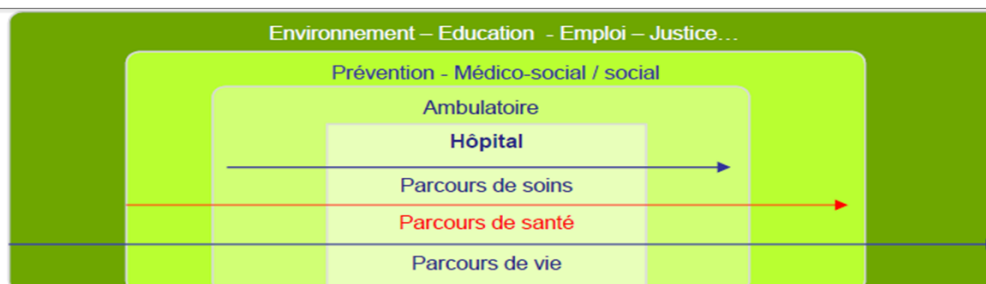
Pour une meilleure répartition des médecins dans l'Hexagone, le Pacte territoire-santé, lancé en décembre 2012 par Marisol Touraine, agit dès la formation des médecins en leur proposant des aides spécifiques. Il propose des mesures d'incitations pour l'installation des jeunes médecins dans les territoires déficitaires. Il agit aussi sur le développement des infrastructures de soin comme les maisons ou les pôles de santé.

Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2015.
<http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>

Le pacte territoire santé [...] pour lutter contre la désertification médicale et les inégalités entre les territoires, et ainsi permettre un accès de tous les français à des soins de qualité. Ce pacte s'articule autour de 3 axes forts : Changer la formation et faciliter l'installation de jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés. Ceux-ci se traduisent par 12 engagements avec un principe : l'égalité. Et une seule volonté : faire reculer les déserts médicaux dans notre pays.

■ Parcours

réf. Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMCAS).



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. SGMCAS.
http://www.google.fr/url?url=http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/PPT/Presentation_parours.ppt&ct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQQFjAAahUKEwialdbAhobJAhVFXRQKHwCABEw&usq=AFQjCNHEBhA5YL5_uDnoaPCjAR4LqEHMAA

Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Fery-Lemonnier, Elisabeth. *Actualité et dossier en santé publique* n° 88, septembre 2014. P. 12.

La notion de parcours répond à la nécessité de modifier notre système de santé face à l'augmentation des maladies chroniques et l'évolution des besoins de la population. Au sein des parcours sont organisés la prévention, le soin, les prises en charge médico-sociales et sociales. La notion de « parcours » est de plus en plus fréquemment utilisée par les acteurs du système de santé. Elle porte un des axes de la loi Santé actuellement en préparation et figure dans chacune des lois de financement de la Sécurité sociale depuis 2012. Elle est citée dans de nombreux plans de santé publique (par exemple ceux décrivant la prise en charge des cancers, des accidents vasculaires cérébraux, de l'obésité morbide).

usi. ARS Bourgogne Franche-Comté, Haute-Normandie, Ile de France, Languedoc-Roussillon et Pays de Loire, 2015.

Le parcours se définit comme le continuum de l'accompagnement global des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix. L'approche parcours, qui se caractérise à travers une approche par population ou par pathologie consiste, à partir de la perspective de la personne ou de l'utilisateur ou des obstacles qu'il rencontre au long de son parcours, en la recherche de réponses aux besoins qui émergent au long de la vie avec un handicap ou une maladie chronique. Cette démarche associe les acteurs de santé et les usagers et nécessite l'action coordonnée des acteurs de la promotion de la santé, de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. [...] Elle ne consiste pas à tracer

une trajectoire définie à des soins ou modalités d'accompagnement, mais à réorganiser le système de façon intégré pour réduire la probabilité d'occurrence d'un obstacle au recours à tel ou tel service approprié, et améliorer les parcours de santé et/ou de vie dans une logique de transformation de l'offre.

♦ Parcours de santé

nor. Article 1^{er} de la Loi modernisation de notre système de santé modifiant article L. 1411-1 du code de la santé publique.
[...] La politique de santé comprend : [...] 5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficience de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale [...].

réf. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. SGMCAS.
http://www.google.fr/url?url=http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/PPT/Presentation_parcours.ppt&ct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQOFjAAahUKEwialdbAhobJAhVFXROKHWcABEw&usq=AFQjCNHEBhA5YL5_uDnoaPCjAR4LqEHMAA

Parcours de soins articulé en amont avec la prévention primaire et sociale, et en aval avec l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Certification V2014 – Parcours du patient en V2014. Haute autorité de santé, 2014.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels. L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

usi. Inspirée de la définition du président du CISS, Ch. Saout. ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

Du point de vue de l'utilisateur, le parcours de santé comporte l'information sur la maladie et les options thérapeutiques, l'établissement d'un plan de soins et l'aide à son suivi, le droit au second avis, le soutien et l'accompagnement du patient comme de son entourage.

Inspiré de la définition des ARS Bourgogne, Bretagne, Guadeloupe et Languedoc-Roussillon, 2015.

Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système sanitaire et social organisé, dans un temps et un espace donnés. S'inscrivant au-delà du parcours de soins, il apporte une réponse aux besoins de prévention, sociaux et médico-sociaux. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé. Il englobe ainsi les acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont le choix et la coordination permettent d'assurer dans la durée la prise en charge la plus adaptée, la plus globale et la plus harmonieuse pour le patient.

♦ Parcours de santé complexe

nor. Article 14 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 6327-1 du code de la santé publique.
Le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. Le recours aux fonctions d'appui est déclenché par le médecin traitant ou un médecin en lien avec ce dernier, en veillant à leur intégration dans la prise en charge globale du patient.

♦ Parcours de Santé des Aînés (PSA) - Personnes Agées en Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA)

nor. Article 48 de la LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1er janvier 2013 et pour une durée n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Le contenu des projets pilotes est défini par un cahier des charges national arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le périmètre territorial de mise en œuvre de chaque projet pilote est défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les expérimentations sont mises en œuvre par le biais de conventions signées entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, les professionnels de santé, les établissements de santé, les établissements sociaux et médico-sociaux, les collectivités territoriales volontaires ainsi que, le cas échéant, des organismes complémentaires d'assurance maladie.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.

<http://www.sante.gouv.fr/le-parcours-sante-des-aines-paerpa.html>

Le dispositif PAERPA a pour objectif d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, en mettant fin aux difficultés ou ruptures dans leur prise en charge. En partant des besoins de la personne et de ses aidants, les différentes actions mises en œuvre visent ainsi à mieux [coordonner](#) les multiples intervenants en ville, à l'hôpital, ou dans le médico-social. En particulier, les professionnels de santé en ville s'organisent pour éviter un [recours excessif à l'hospitalisation](#) – souvent dommageable pour l'autonomie des personnes âgées. [...] Le dispositif PAERPA [...] préfigure toute démarche d'amélioration du parcours de santé des patients. Il est expérimenté par neuf ARS depuis septembre 2013, sur la base d'un cahier des charges national.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2014. [Instruction n° DGCS/SD3A/CNSA/2014/285 du 11 septembre 2014](#).

La démarche PAERPA met en œuvre de nouvelles pratiques professionnelles pour optimiser le parcours des personnes âgées de plus de 75 ans dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social. Son objectif est de faire en sorte que les personnes reçoivent les bons soins, par les bons professionnels, dans les bonnes structures, au bon moment, le tout au meilleur coût. Ceci en améliorant la coordination entre les différents professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Voir [coordination territoriale d'appui \(CTA\)](#)

Voir [coordination clinique de proximité](#)

Voir [plan personnalisé de santé \(PPS\) dans le cadre de Paerpa](#)

♦ Parcours de soins



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. SGMCAS.

http://www.google.fr/url?url=http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/PPT/Presentation_parcours.ppt&ct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQQFjAAahUKEwialdbAhobJAhVFXROKHwCABEw&usq=AFOjCNHEBhA5YL5_uDnoaPCjAR4LqEHMAA

Soins de premiers recours, hospitalisation évitable (urgences), hospitalisation à domicile, soins de suite et de réadaptation, Unité de soins de longue durée USLD et EHPAD.

Haute autorité de santé, questions / réponses, 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf

L'amélioration de la qualité de la prise en charge clinique et thérapeutique et de l'accompagnement des malades atteints de maladies chroniques passe d'abord par de bonnes pratiques professionnelles, mais doit également s'appuyer sur la promotion de parcours de soins qui comprennent, pour le patient, le juste enchaînement et au bon moment de ces différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins : consultations, actes techniques ou biologiques, traitements médicamenteux et non médicamenteux, prise en charge des épisodes aigus (décompensation, exacerbation), autres prises en charge (médico-sociales notamment, mais aussi sociales). [...] La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'[accompagnement global](#) sur le long terme. Cette notion de parcours de soins permet ainsi de s'appuyer sur les bonnes pratiques de chaque professionnel mais aussi de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués.



ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

Le parcours de soins comprend et décrit la prise en charge d'un patient/usager dans lequel interviennent les acteurs du système sanitaire hospitalier et ambulatoire.

♦ Parcours de soins coordonné



Ministère en charge de la santé, 2009.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-2.pdf

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la [loi du 13 août 2004](#) relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un [médecin traitant](#) les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins. Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

Parcours de soins coordonné pour les enfants de moins de 16 ans.



Article 76 de la loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

La ou les conventions nationales (Ndlr : entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les représentants des médecins) peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords. La ou les conventions déterminent notamment : [...] 23° Les missions particulières des [médecins traitants](#) des patients de moins de seize ans mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la [coordination des soins](#) spécifique à ces patients, le cas échéant, avec les médecins d'autres spécialités, notamment en ce qui concerne le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique et la transition vers le parcours de soins de l'adulte ; [...]

♦ Parcours de soins personnalisé



Haute autorité de santé (HAS), « promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques », 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1247611/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalisés-pour-les-malades-chroniques

Pour améliorer la prise en charge de chacun des malades chroniques, une meilleure [coordination](#) des professionnels entre eux devient un objectif majeur, sans renoncer aux exigences prioritaires de bonnes pratiques. [...] Une vision renouvelée de la prise en charge des maladies chroniques centrée sur leur organisation autour de parcours de soins permet le plus possible un accompagnement du malade à la fois personnalisé et coordonné. Cette approche constitue l'une des voies les plus sûres de la qualité soignante et de l'efficacité économique du système de santé, en ayant recours au bon moment à chaque compétence professionnelle médicale, soignante et sociale, et en réduisant ce faisant les dépenses mal orientées ou inadéquates. La Haute autorité de santé a ainsi élaboré des outils pour les professionnels et patients qui jouent sur trois leviers principaux : 1° Promouvoir une prise en charge prospective et coordonnée des patients, et l'organiser dans la durée. Pour éviter les ruptures de prise en charge, mieux faire face aux épisodes aigus et retarder autant que possible l'évolution de la maladie vers un stade plus grave. Il s'agit de prévoir les étapes de la prise en charge du patient, de coordonner l'action et le partage d'information entre tous les professionnels impliqués. 2° Favoriser l'implication du patient et l'expression de ses préférences pour lui permettre d'être acteur de sa prise en charge sur la durée. Pour cela, l'accès à l'[éducation thérapeutique](#) est notamment un vecteur à développer davantage. 3° Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

♦ Parcours de vie



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012. SGMCAS.

http://www.google.fr/url?url=http://www.ars.sante.fr/fileadmin/PORTAIL/image/organisation/PPT/Presentation_parcours.ppt&ct=i&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0CBQOFiAAahUKewialdbAhoBJahVFXRQKHwCABEw&usq=AFOjCNHEBhA5YL5_uDnoaPCiAR4LqEHMAA

Parcours de la personne dans son environnement : scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), 2012.

Il s'agit de la prise en compte des étapes successives de la vie de la personne, mais également les dimensions différentes de sa situation, à un moment donné de sa vie. En effet, dans ce cadre, il fait référence à la dimension de l'[accompagnement global](#) qui repose sur l'examen de la situation de la personne dans son ensemble, au cours d'une évaluation personnalisée : projet de vie personnel, autonomie dans la vie quotidienne, état de santé, environnement familial et social, ressources, etc. Ces différentes dimensions sont amenées à évoluer et nécessitent un ajustement régulier des modalités d'accompagnement mises en œuvre, impliquant des intervenants multiples et des actions coordonnées des acteurs. Les notions de parcours de vie et d'accompagnement global sont centrales dans la prise en charge globale de personnes en situation de handicap et de perte d'autonomie. [...] Penser une prise en charge de ces personnes en terme de parcours sur le long terme, est essentielle et en accord avec les deux lois principales de cette dernière décennie, dans le secteur social et médico-social : [loi 2002-2](#) relative à la promotion du droit de l'usager, comme acteur central du processus d'accompagnement social et médico-social qu'il nécessite ; [loi 2005-102](#) relative à l'élaboration d'un plan personnalisé de compensation pour les personnes handicapées.

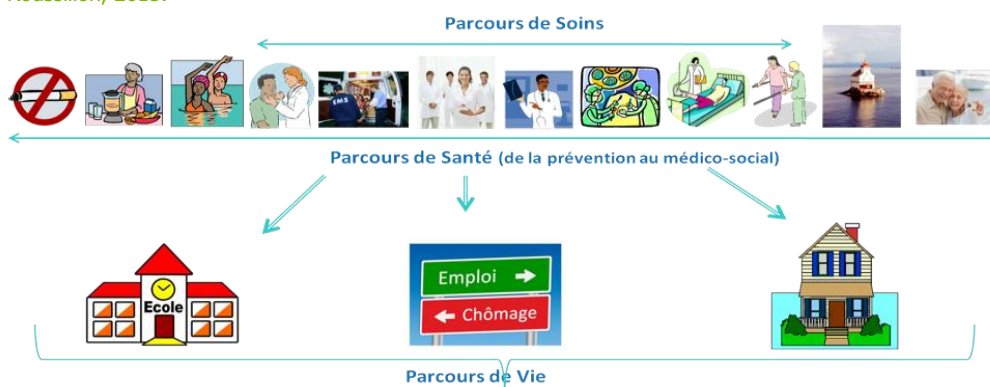
INSEE « les parcours de vie au cœur des comportements migratoires », INSEE nord pas de calais, dossiers de profils n°99, novembre 2010.

La notion de parcours de vie (lebenslauf, life course) est adoptée pour désigner le ou les modèles socioculturels qui organisent la trajectoire de la vie des individus dans une société et une période historique données. Ce ou ces modèles principaux qui organisent le déroulement des vies humaines sont appelés parcours de vie. Le parcours de vie est un « ensemble de règles qui organise les dimensions fondamentales de la vie sociale de l'individu ».

usi. Inspiré de la Charte d'Ottawa, 1986. ARS Bourgogne Franche-Comté et Haute-Normandie, 2015.
http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

Le parcours de vie intègre les **parcours de soins** et de **santé**. Il est une réponse aux besoins de la personne dans son environnement. Il intègre l'ensemble des acteurs de la sphère sociétale et notamment, les interactions avec l'éducation et l'emploi. C'est ainsi une prise en charge globale de l'utilisateur, prenant en compte ses choix, en **coordination** avec l'ensemble des acteurs. Ainsi, si l'on s'en réfère à la définition de la santé par la Charte d'Ottawa, 21 novembre 1986 : « Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La **promotion de la santé** ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu ».

réf. ARS Languedoc-Roussillon, 2015.



♦ Parcours de formation personnalisé des élèves handicapés

nor. Article D. 351-4 à 7 du code de l'éducation.

Le parcours de formation de l'élève s'effectue en priorité en milieu scolaire ordinaire, dans son établissement scolaire de référence ou, le cas échéant, dans une autre école ou un autre des établissements scolaires mentionnés au premier alinéa de l'article L. 351-1 du présent code où l'élève est inscrit si son **projet personnalisé de scolarisation (PPS)**, mentionné à l'article D. 351-5 du présent code, rend nécessaire le recours à un dispositif adapté. L'élève reste inscrit dans son **établissement scolaire de référence** s'il est contraint d'interrompre momentanément sa scolarité en raison de son état de santé et de recevoir un enseignement à domicile, en ayant recours, si besoin, à des modalités aménagées d'enseignement à distance. [...] Il reste également inscrit dans son établissement scolaire de référence lorsqu'il est accueilli dans l'un des établissements ou des services mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou dans l'un des établissements mentionnés aux titres IV et VI du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique. Sa scolarité peut alors s'effectuer, soit dans l'unité d'enseignement, définie à l'article D. 351-17 du présent code, de l'établissement dans lequel il est accueilli, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans son établissement scolaire de référence, soit à temps partagés dans cette unité d'enseignement et dans l'une des écoles ou l'un des établissements scolaires avec lesquels l'établissement d'accueil met en œuvre une coopération dans les conditions prévues par la convention mentionnée à l'article D. 351-18 du présent code. Dans ce dernier cas, l'élève peut être inscrit dans cette école ou cet établissement scolaire. Dans tous les cas, les modalités de déroulement de sa scolarité sont précisées dans son projet personnalisé de scolarisation ou dans son projet d'accueil individualisé, définis respectivement aux **articles D. 351-5 et D. 351-9** du présent code.

♦ Parcours éducatif de santé de l'enfant

nor. Article 1^{er} de la Loi modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1411-1 du code de la santé publique.

[...] La politique de santé comprend : [...] 3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant [...].

Article 3 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 541-1 du code de l'éducation.

Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. Elles sont en priorité assurées par les médecins et infirmiers de l'éducation nationale. A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de [prévention](#) et d'information, de visites médicales et de dépistage obligatoires, qui constituent leur [parcours de santé](#) dans le système scolaire. Les élèves bénéficient également d'actions de [promotion de la santé](#) constituant un parcours éducatif de santé conduit dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du II de l'article L. 121-4-1. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des [inégalités](#) en matière de santé. Les visites médicales et de dépistage obligatoires ne donnent pas lieu à contribution pécuniaire de la part des familles. Les parents ou tuteurs sont tenus, sur convocation administrative, de présenter les enfants à ces visites, sauf s'ils sont en mesure de fournir un certificat médical attestant qu'un bilan de leur état de santé physique et psychologique a été assuré par un professionnel de santé de leur choix. Au cours de la sixième année, une visite comprenant un dépistage des troubles spécifiques du langage et de l'apprentissage est organisée. Les médecins de l'éducation nationale travaillent en lien avec l'équipe éducative, les professionnels de santé et les parents, afin que, pour chaque enfant, une prise en charge et un suivi adaptés soient réalisés suite à ces visites. [...] Des examens médicaux périodiques sont également effectués pendant tout le cours de la scolarité et le suivi sanitaire des élèves est exercé avec le concours de l'infirmier et, dans les établissements du second degré, d'un assistant de service social.

♦ Parcours fluidifié pour les personnes handicapées



Article 91 de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 312-7-1 du code de l'action sociale et des familles.

Les établissements et services médico-sociaux mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 peuvent fonctionner en [dispositif intégré](#) pour accompagner des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qui, bien que leurs potentialités intellectuelles et cognitives soient préservées, présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. Le fonctionnement en dispositif intégré consiste en une organisation des établissements et des services mentionnés au premier alinéa du présent article destinée à favoriser un parcours fluide et des modalités d'accompagnement diversifiées, modulables et évolutives en fonction des besoins des enfants, des adolescents et des jeunes adultes qu'ils accueillent. Dans le cadre du dispositif, ces établissements et ces services proposent, directement ou en partenariat, l'ensemble des modalités d'accompagnement prévues au dernier alinéa du I de l'article L. 312-1.

▪ Partage d'informations sur le patient



Article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

- IV. – Pour l'application du présent article, les informations strictement nécessaires au projet d'accompagnement et relatives à l'état de santé de la personne, à sa situation sociale et à son autonomie peuvent être échangées et partagées dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la [coordination](#) ou à la [continuité des soins](#) ou à la [prévention](#) ou à son suivi médico-social et social. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même [équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12](#), ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe. Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment. [...] Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. [...]

Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique.

Afin de garantir la qualité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel et leur protection, les professionnels de santé, les établissements et services de santé, les [hébergeurs de données de santé à caractère personnel](#) et tout autre organisme participant à la prévention, aux soins ou au suivi médico-social et social utilisent, pour leur traitement, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique, des systèmes d'information conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par le groupement

d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24. Ces référentiels sont approuvés par arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.


Article 96 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

Toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil desdites données ou pour le compte du patient lui-même, doit être agrée à cet effet. Cet hébergement, quel qu'en soit le support, papier ou électronique, est réalisé après que la personne prise en charge en a été dûment informée et sauf opposition pour un motif légitime. [...]

♦ [Voir transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie](#)

▪ Patient

♦ Patient expert (formé en ETP et ayant suivi une formation soignant en ETP)

 Boudier Fabienne, Bensebaa Faouzi, Jablanczy Adrienne, « L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante. », Innovations 3/2012 (n°39), p. 13-25.
www.cairn.info/revue-innovations-2012-3-page-13.htm.

Par l'observation de leur corps, de ses réactions face à la maladie, le patient-expert accumule un savoir expérientiel (issu de la connaissance de la maladie *in vivo*) qui peut venir compléter le savoir clinique du médecin et orienter les décisions de ce dernier (« recherche des preuves diagnostiques qui assurent les premiers filtres des probabilités », Vallée *et al.*, 2008). De plus, leur curiosité les conduit à l'acquisition de savoirs très pointus sur leur maladie. Le malade chronique expert est au courant de tout : colloques, articles, nouveaux médicaments, nouvelles thérapies, etc.

♦ Patient traceur

 Haute autorité de la santé. « Le patient traceur en établissement de santé, guide méthodo », 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante


La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.[...] C'est également une méthode d'amélioration de la qualité des soins (Joint Commission, 2008 et 2011), utilisable par les établissements de santé, reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC) (HAS, 2012), complémentaire des autres méthodes telles que la RMM, l'audit clinique, le chemin clinique qui font l'objet de guides HAS spécifiques.

▪ Permanence des soins

 Article L. 6314-1 du code de la santé publique.

La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins [...], dans le cadre de leur activité libérale [...]. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé. Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa.

♦ Permanence des soins en médecine ambulatoire

 Article R. 6315-1 du code de la santé publique.

La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins. La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département.



Inspirée du rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins – Dr Charles Descours. ARS Languedoc-Roussillon, 2015.

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la [continuité des soins](#), obligation déontologique imposée par l'[article 47](#) du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle. [...] La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau.

♦ [Voir régulation téléphonique](#)

▪ Pertinence des soins hospitaliers et ambulatoires



Inspirée de la définition des Pr D. Rougé et JP. Vinel Ranguel dans « Question Santé » n° 5, 2012. ARS Bourgogne, 2012.

L'acte de soins est pertinent si le professionnel de santé veille à son adaptation aux circonstances et à l'environnement du patient, mais aussi à son propre environnement professionnel (équipe et pratique professionnelle). L'acte pertinent est un acte de qualité (validé, éprouvé, justifié, proportionné aux connaissances et aux moyens) qui est adapté à l'environnement du patient et du professionnel de santé. C'est l'acte le meilleur pour l'objet de soin, le moins mauvais pour le risque, le plus adapté à une pratique et sûrement au meilleur coût. L'acte de soins est pertinent s'il améliore le bien-être du patient. La « pertinence » exige une vigilance constante à laquelle chacun doit être sensibilisé. Il s'agit d'une question centrale intéressant l'efficacité, la sécurité et la qualité d'une prise en charge.

♦ [Voir hospitalisation : évitable, non pertinente, inadéquate, médicalement non justifiée](#)

♦ [Voir ré-hospitalisation évitable](#)

♦ [Voir revue de pertinence des soins](#)

▪ Plan personnalisé

♦ [Plan d'accompagnement global](#)



Article 89 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant les articles L. 114-1-1 et L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles.


Article L. 114-1-1. - Un plan d'accompagnement global est élaboré sur proposition de l'[équipe pluridisciplinaire](#) avec l'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal :1° En cas d'indisponibilité ou d'inadaptation des réponses connues ; 2° En cas de [complexité](#) de la réponse à apporter, ou de risque ou de constat de rupture du parcours de la personne.

Un plan d'accompagnement global est également proposé par l'équipe pluridisciplinaire quand la personne concernée ou son représentant légal en fait la demande. Un plan d'accompagnement global peut également être proposé par l'équipe pluridisciplinaire dans la perspective d'améliorer la qualité de l'accompagnement selon les priorités définies par délibération de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 du présent code et revues annuellement. L'accord préalable de la personne concernée ou de son représentant légal est également requis. Le plan d'accompagnement global, établi avec l'accord de la personne handicapée ou de ses parents lorsqu'elle est mineure ou de son représentant légal, sans préjudice des voies de recours dont elle dispose, identifie nominativement les établissements, les services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les dispositifs prévus à l'article L. 312-7-1 correspondant aux besoins de l'enfant, de l'adolescent ou de l'adulte, et précise la nature et la fréquence de l'ensemble des interventions requises dans un objectif d'inclusion : éducatives et de scolarisation, thérapeutiques, d'insertion professionnelle ou sociale, d'aide aux aidants. Il comporte l'engagement des acteurs chargés de sa mise en œuvre opérationnelle. Il désigne parmi ces derniers un [coordonnateur de parcours](#). Le plan d'accompagnement global est élaboré dans les conditions prévues à l'article L. 146-8. Un décret fixe les informations nécessaires à l'élaboration des plans d'accompagnement globaux, que les agences régionales de santé, les services de l'État et les collectivités territoriales recueillent en vue de les transmettre à la maison départementale des personnes handicapées. Le plan d'accompagnement global est actualisé chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, dans les conditions et selon les modalités prévues au présent article et à l'article L. 146-9.[...]


Article L.146-8. - En vue d'élaborer ou de modifier un plan d'accompagnement global, l'équipe pluridisciplinaire, sur convocation du directeur de la [maison départementale des personnes handicapées](#), peut réunir en [groupe opérationnel de synthèse](#) les professionnels et les institutions ou services susceptibles d'intervenir dans la mise en

œuvre du plan. La personne concernée, ou son représentant légal, fait partie du groupe opérationnel de synthèse et a la possibilité d'en demander la réunion. Ils peuvent être assistés par une personne de leur choix. Si la mise en œuvre du plan d'accompagnement global le requiert, et notamment lorsque l'équipe pluridisciplinaire ne peut pas proposer une solution en mesure de répondre aux besoins de la personne, la maison départementale des personnes handicapées demande à l'agence régionale de santé, aux collectivités territoriales, aux autres autorités compétentes de l'État ou aux organismes de protection sociale membres de la commission exécutive mentionnée à l'article L. 146-4 d'y apporter leur concours sous toute forme relevant de leur compétence.


• Plan d'actions personnalisé (PAP)

 [Circulaire n° 2004-4 du 19 janvier 2004, Caisse nationale d'assurance vieillesse \(CNSA\), 2004.](#)
[...] L'évaluation globale prend en considération les dimensions physiques, psychiques, médico-sociales, socio-familiales, environnementales de la situation de la personne âgée et a vocation à déboucher sur l'élaboration d'un plan d'actions personnalisé. Ce dernier peut se concrétiser sous diverses formes : bilan de situation et conseils, actions relevant de la branche Retraite (aide ménagère, aide au logement, accompagnement social, hébergement temporaire, accueil de jour, etc.), orientation vers d'autres modes de prise en charge ([service de soins infirmiers](#), prestations relevant des collectivités territoriales) selon leurs règles d'attribution respectives. La durée de la prise en charge de l'aide à domicile par la caisse de retraite nationale est fixée pour une année. Trois mois avant la date d'échéance, une évaluation à domicile permet de reconduire ou non l'aide financière en prenant en considération l'évolution de l'état général de la personne aidée et de son environnement.


• Plan d'aide pour les personnes âgées en perte d'autonomie


 [Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes.](#)
<http://www.social-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/l-allocation-personnalisee-d,1900/l-allocation-personnalisee-d,12399.html>
Le plan d'aide constitue une composante essentielle de l'APA à domicile. Établi par une [équipe](#) médico-sociale, dont l'un des membres au moins se déplace chez le bénéficiaire, le plan recense précisément les besoins du demandeur et les aides nécessaires à son maintien à domicile. Son contenu est adapté à sa situation et tient compte de son environnement social et familial. Ainsi, le plan dresse la liste de l'ensemble des aides nécessaires au maintien à domicile du bénéficiaire. [...] Une fois la visite à domicile effectuée et à partir des échanges avec le demandeur, l'équipe médico-sociale élabore puis transmet une proposition de plan d'aide au demandeur.

• Plan de services individualisé

 [Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes. Comité interministériel du handicap](#)
http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/Gerontexpo2011_Atelier_MAIA_La_gestion_de_cas_19mai11.pdf
L'[évaluation multidimensionnelle](#) couvre les champs médical, social et médico-social. Elle est globale et après analyse, permet d'établir un Plan de Services Individualisé (PSI). Le PSI permet au [gestionnaire de cas](#) la mise en place et le suivi dans le domaine des soins, aides et services corrélés à l'ensemble des besoins de la personne suivie. Le PSI, partagé avec les intervenants, permet de s'assurer de la cohérence et [efficacité](#) des actions menées.


• Plan personnalisé de compensation du handicap (PPCH)

 [Article 89 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant les articles L. 114-1-1 et L. 146-8 du Code de l'action sociale et des familles.](#)
Article L. 114-1-1. - Les besoins de compensation sont inscrits dans un plan personnalisé de compensation du handicap élaboré en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie, formulé par la personne elle-même ou, à défaut, avec ou pour elle par son représentant légal lorsqu'elle ne peut exprimer son avis.
Le plan personnalisé de compensation du handicap comprend, d'une part, l'orientation définie selon les dispositions du troisième alinéa et, le cas échéant, d'autre part, un [plan d'accompagnement global](#). [...]
Article L. 146-8. - L'[équipe pluridisciplinaire](#) propose le plan personnalisé de compensation du handicap, comprenant le cas échéant un plan d'accompagnement global, à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, afin de lui permettre de prendre les décisions mentionnées à l'article L. 241-6.

 [Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie \(CNSA\), 2012.](#)
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Memo_03_Projet_de_vie.pdf
Le plan personnalisé de compensation constitue un élément essentiel du nouveau dispositif introduit par la loi du 11 février 2005. Il indique l'ensemble des aides de nature diverse qui doivent être mobilisées pour une réponse personnalisée. [...] Il peut se définir comme la « feuille de route » pour améliorer la participation sociale de la personne. Après l'évaluation de la situation et des besoins de la personne handicapée, l'[équipe pluridisciplinaire](#) de la [MDPH](#) construit le plan personnalisé de compensation (PPC), qui peut proposer des réponses à des besoins très

divers : aides individuelles, hébergement, logement adapté, aide à la communication, scolarisation, orientation professionnelle, etc. Le PPC est élaboré « en considération des besoins et des aspirations de la personne handicapée tels qu'ils sont exprimés dans son projet de vie ». Il s'inscrit dans une approche globale des besoins de la personne. Le PPC peut proposer des prestations, des orientations en établissements ou services, des préconisations ou des conseils. Il est ensuite transmis pour avis à la personne (ou à son représentant légal), qui a la possibilité de formuler ses observations. Puis, le plan, auquel sont jointes les observations éventuelles de la personne, est soumis pour décision à la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) à laquelle participent, entre autres, des représentants des usagers.

• Plan personnalisé de santé (PPS) dans le cadre de Paerpa

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.
<http://www.sante.gouv.fr/les-outils,15462.html>

Le plan personnalisé de santé (PPS) est élaboré par la [coordination clinique de proximité](#) (CCP), laquelle est composée d'un [médecin traitant](#), d'un infirmier diplômé d'Etat voire d'un troisième professionnel (pharmacien ou masseur kinésithérapeute). Ce plan d'action dont le modèle a été validé par le collège de la Haute autorité de santé (HAS), est déclenché dès le repérage de risques de perte d'autonomie et s'il s'avère nécessaire de [coordonner](#) différents intervenants autour de la personne âgée. Il détaille les actions sanitaires et sociales à mener. Le PPS est un plan d'action concernant les personnes âgées en situation de fragilité et/ou atteintes d'une ou plusieurs maladie(s) chronique(s), et nécessitant un travail formalisé entre acteurs de proximité. Il s'agit de favoriser la prise en charge en équipe pluri-professionnelle dans un cadre de [coopération](#) non hiérarchique. Ce plan d'action fait suite à une évaluation globale de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne afin d'identifier les situations à problèmes. Il débouche sur un suivi et une réévaluation. Le modèle de PPS élaboré par l'HAS est un support qui peut être adapté par les professionnels pour tenir compte des spécificités de leur démarche.

• Plan régional santé environnement

 Article 54 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 1311-7 du code de la santé publique.

Le [projet régional de santé](#) mentionné à l'article L. 1434-1 prévoit les dispositions nécessaires à la mise en œuvre du plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement qui relèvent de la compétence des agences régionales de santé. Le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est décliné au niveau régional sous forme de plans régionaux "santé environnement". Ces plans ont pour objectif la territorialisation des politiques définies dans les domaines de la santé et de l'environnement. Ces plans régionaux s'appuient sur les enjeux prioritaires définis dans le plan national tout en veillant à prendre en compte les facteurs de risques spécifiques aux régions. Ils sont mis en œuvre par les services déconcentrés de l'État, les agences régionales de santé et les conseils régionaux, en association avec les autres collectivités territoriales, notamment par le biais des [contrats locaux de santé](#).

▪ Plateforme Territoriale d'Appui à la Coordination (PTAC)

 Article 74 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 6327-2 du code de la santé publique.

Pour assurer l'organisation des [fonctions d'appui](#) définies à l'article L. 6327-1, l'agence régionale de santé peut constituer, par [convention](#) avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, une ou plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des [parcours de santé complexes](#). Les établissements autorisés à exercer sous la forme de [hospitalisation à domicile](#) peuvent participer au fonctionnement d'une ou de plusieurs plates-formes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes.

 Inspiré de la définition du COG CNAMTS 2010-2013 et de l'étude de faisabilité d'une plateforme de services solidaires en Ile de France, projet ADEL, 2007. ARS Bourgogne Franche-Comté, 2015.

La plateforme fédère l'ensemble des acteurs de santé du territoire œuvrant dans la [coordination d'appui](#), autour d'un projet de coordination, un système d'information, avec une direction et un conseil d'administration. Elle rassemble les [pôles de santé de territoire \(PST\)](#), les coordinations des établissements sanitaires ou médico-sociaux, les dispositifs [APA](#), [MAIA](#), [PRADO](#), GIE IMPA et les [centres de ressources](#) apportant une expertise et des compétences spécialisées aux professionnels de santé sur des thématiques (réseaux périnatalité, diabète, santé mentale) ou des populations (personnes âgées, personnes handicapées). Elle favorise la qualité et la coordination de la prise en charge (aides, services, etc.). Dans sa mission d'information, d'orientation et de conseil, elle oriente les demandeurs de service vers les prestataires et conseille sur l'utilisation des autres aides.

ARS Guadeloupe et Pays de Loire, 2015.

La plateforme est une structure physique unifiée (lieu et téléphone uniques), et aussi un dispositif qui comprend des structures très différentes : structures physiques, mode d'organisations, portails internet. Par exemple, une plateforme de service médicosociale peut correspondre au regroupement dans une même entité sur le territoire de places de SSIAD - d'accueil de jour et d'hébergement temporaire. Elle héberge préférentiellement les anciens coordonnateurs administratifs des réseaux de santé en les faisant évoluer vers une coordination généraliste et non plus thématique. Ils deviennent ainsi coordonnateurs d'appui au premier recours (Coordination d'appui de type ARESPA). La PTAC vise à faciliter l'exercice des professionnels de santé de [premier recours](#) dans la gestion du [parcours](#) des patients en difficulté, en mettant à leur disposition des fonctions d'appui selon trois niveaux : La réponse aux demandes d'informations pour organiser le parcours du patient, l'intervention concrète d'assistance à l'organisation des parcours (coordonnateurs d'appui), enfin la facilitation de la coopération entre professionnels. Elle peut aussi proposer des prestations dérogatoires pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, inscrire les patients dans des parcours éducatifs ou de soins.

▪ Pôle de Santé de Territoire (PST)



Article L. 6323-4 du code de la santé publique.

Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de [prévention](#), de [promotion de la santé](#) et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre les professionnels de santé, le cas échéant des [maisons de santé](#), de [centres de santé](#), de [réseaux de santé](#), d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des [groupements de coopération sanitaire](#), et des [groupements de coopération sociale ou médico-sociale](#).

Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

Les regroupements de professionnels qui, avant la publication de la présente loi, répondaient à la définition des pôles de santé au sens de l'article L. 6323-4 du code de la santé publique deviennent, sauf opposition de leur part, des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) au sens de l'article L. 1434-12 du même code, dans sa rédaction résultant de la présente loi.



ARS Bourgogne Franche Comté, 2015.

Le pôle de santé assure des activités de [soins de premier recours](#), le cas échéant de [second recours](#), et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Le pôle de santé est un espace fonctionnel de coordination dans le cadre d'une organisation territoriale des professionnels de santé pour assurer des services d'appui et des interfaces dans le [parcours](#) du patient.

▪ Politique explicite de déploiement des parcours



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Ensemble d'actions pour mobiliser les acteurs dans une démarche aboutissant à des modifications substantielles et pérennes des prises en charge pour organiser les parcours des personnes.

▪ Polypathologie



Société française de médecine générale.

http://www.sfmq.org/data/generateur/generateur_fiche/839/fichier_fiche37_gestion_polyopathologies9378a.pdf

Il n'existe pas vraiment de définition de la polypathologie. Le terme n'existe pas dans les dictionnaires, mais il est couramment utilisé pour parler du cumul de pathologies. Souvent on parle de polypathologie dès lors que les personnes souffrent d'au moins deux maladies. Les patients polypathologiques sont soit des patients présentant de multiples facteurs de risque (par exemple hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie), soit des patients présentant plusieurs pathologies chroniques (par exemple insuffisance coronarienne, arthrose, dépression), soit les deux.

■ Pratiques avancées



Article 119 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 4301-1 du code de la santé publique.

– I. – Les auxiliaires médicaux relevant des titres Ier à VII du présent livre peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une [équipe de soins primaires](#) coordonnée par le [médecin traitant](#) ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter : a) Des activités d'orientation, d'éducation, de [prévention](#) ou de dépistage ; b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et para-clinique ; c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'exams complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ; 2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

II. – Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III. Sont tenues de se faire enregistrer auprès du service ou de l'organisme désigné à cette fin par le ministre chargé de la santé, avant un exercice professionnel, les personnes ayant obtenu un titre de formation requis pour l'exercice en pratique avancée. La nature du diplôme, la durée d'exercice minimale de la profession et les modalités d'obtention du diplôme et de reconnaissance des qualifications professionnelles des ressortissants européens sont définies par décret.

III. – Toute université assurant une formation conduisant à la délivrance du diplôme de formation en pratique avancée doit avoir été habilitée à cet effet sur le fondement d'un référentiel de formation défini par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, dans le cadre de la procédure d'accréditation de son offre de formation.

IV. – Les règles professionnelles et éthiques de chaque profession, ainsi que celles communes à l'ensemble des professionnels de santé, notamment celles figurant aux articles L. 1110-4 et L. 1111-2, demeurent applicables sous réserve, le cas échéant, des dispositions particulières ou des mesures d'adaptation nécessaires prises par décret en Conseil d'État. Le professionnel agissant dans le cadre de la pratique avancée est responsable des actes qu'il réalise dans ce cadre.

■ Prescription d'activités physiques et sportives pour les patients souffrant d'une affection longue durée (ALD)



Article 144 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1172-1 du code de la santé publique.

Dans le cadre du [parcours de soins](#) des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Les activités physiques adaptées sont dispensées dans des conditions prévues par décret.

■ Prestataire de santé à domicile (PSAD)



Fédération des prestataires de santé à domicile (FEDEPSAD).

<http://www.fedepsad.fr/fr/le-secteur-1-74-222>

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) assurent la fourniture aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, des services nécessaires à leur prise en charge médicale ou paramédicale à domicile. Ces services ou prestations accompagnent la mise à disposition de technologies qui facilitent la mise en œuvre de traitements ambulatoires et des équipements destinés au maintien à domicile des patients [...] Ils proposent une large gamme de services et prestations médico-techniques qui s'articulent autour de 3 axes: La prise en charge à domicile des pathologies chroniques, la mise à disposition d'aides techniques aux personnes en situation de dépendance ou de handicap en vue de leur maintien à domicile.

■ Prévention



Inspiré de la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La prévention selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1948 : "la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps". Il s'agit d'en distinguer trois types :

- La prévention primaire : ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à donc réduire, autant que faire se peut les risques d'apparition de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en

compte à ce stade de la prévention les conduites individuelles à risque, comme les risques en terme environnementaux ou sociétaux.

- La prévention secondaire : vise à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore pour faire disparaître les facteurs de risque.

- La prévention tertiaire : qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

▪ Professionnels ressources



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement - P

Professionnels ayant une légitimité professionnelle, scientifique ou en tant qu'innovateurs, sur lesquels peut s'appuyer la rédaction du programme de conduite du changement et la communication.

▪ Programme

• Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation (PRADO)



Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/directeurs-d-etablissements-de-sante/votre-caisse-val-d-oise/en-ce-moment/le-service-d-accompagnement-prado-plebiscite_val-d-oise.php

L'Assurance Maladie développe depuis 2010 un accompagnement du retour à domicile des patients après une hospitalisation, PRADO. Cette offre consiste à anticiper les besoins du patient pendant la période d'hospitalisation et à le mettre en relation avec les professionnels de santé libéraux qui le prennent en charge en ville, dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe médicale. Ce service est déployé dans le respect du libre choix du professionnel par le patient. L'Assurance Maladie a ainsi développé des dispositifs sur les champs de la maternité, de l'orthopédie et de l'insuffisance cardiaque.

• Programme personnalisé

• Programme personnalisé de l'après cancer (PPAC)



Institut national du cancer (INCa).

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-avant-et-apres-le-cancer/Les-outils#toc-le-programme-personnalis-de-soins>

Conduit avec et par les médecins traitants, le PPAC prend le relais du [programme personnalisé de soins](#) (PPS en cancérologie) en fin de traitement pour acter l'entrée dans une nouvelle période de la prise en charge, celle de l'après cancer (ou de l'après traitement). Il est destiné à être remis au patient à la fin des traitements actifs, pour lui permettre d'intégrer dans sa vie quotidienne son suivi, adapté à ses besoins et révisable au fil du temps.

• Programme personnalisé de soins (PPS)



Haute autorité de santé (HAS), 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/pps_parkinson.pdf

Le PPS est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le [parcours de soins](#) des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques, par exemple la maladie de Parkinson. Il explicite les points de vue du patient et du [médecin traitant](#) sur la situation de la personne et identifie les objectifs partagés entre le médecin et la personne malade. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge prospective de cette personne. La nécessité de la coordination augmente avec le nombre de professionnels impliqués selon la [complexité](#) de la situation et la [polypathologie](#) : le PPS est un outil de [coordination](#) des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique. Le PPS est le support d'une démarche qui vise à assurer une planification coordonnée et prospective de la prise en charge[...], une implication du patient[...], une harmonisation des pratiques et une personnalisation du parcours du patient.

Programme personnalisé de soins en cancérologie (PPS Cancérologie)



Institut national du cancer (INCa).

<http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Parcours-de-soins-des-patients/Parcours-personnalise-du-patient-avant-et-apres-le-cancer/Les-outils#toc-le-programme-personnalis-de-soins>

En cancérologie, le programme personnalisé de soins est destiné à être remis à tous les malades dès le début de leur prise en charge. Il permet de formaliser la proposition de prise en charge thérapeutique et devient ainsi le support essentiel de la [personnalisation du parcours de soins](#). Intégrant un volet social, il doit permettre également de repérer précocement les difficultés et de mettre en œuvre l'accompagnement social du malade. Le PPS sera relayé, une fois la phase active des traitements terminée, par le [programme personnalisé de l'après cancer \(PPAC\)](#).

• Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)



Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE), 2009.

<https://www.cnle.gouv.fr/Les-Programmes-regionaux-pour-l.html>

La [loi 98-657](#) du 29 juillet 1998 de lutte contre les exclusions énonçait qu'« il est établi, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat [...] » (Art. 71 al. 1^{er}). Ce programme régional « s'attache à définir des actions pour lutter contre les pathologies aggravées par la précarité ou l'exclusion sous toutes leurs formes, notamment les maladies chroniques, les dépendances à l'alcool, à la drogue ou au tabac, les souffrances psychiques, les troubles du comportement et les déséquilibres nutritionnels » (Art. 71 al. 3). Ainsi, ils sont une interface entre les champs du sanitaire et du social pour favoriser l'[accès](#) aux droits et aux soins des plus démunis.

▪ Projet

• Projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif



Article 92 de la Loi de modernisation de notre système de santé.

I. – À titre expérimental et pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, peuvent être mis en œuvre des projets d' [accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie ainsi que des personnes handicapées](#). Avec l'accord de la personne concernée, ils peuvent bénéficier à son entourage. Cet accompagnement a pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du [parcours de santé](#) les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie. II. – Chaque projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif fait l'objet d'une convention, conforme au cahier des charges mentionné au dernier alinéa du présent II établi par le ministre chargé de la santé, entre une ou plusieurs agences régionales de santé et les acteurs de santé volontaires. [...] IV. – Pour l'application du présent article, les informations strictement nécessaires au projet d'accompagnement et relatives à l'état de santé de la personne, à sa situation sociale et à son autonomie peuvent être échangées et [partagées](#) dans les conditions fixées à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. V. – L'entrée dans un projet d'accompagnement est subordonnée au consentement de la personne intéressée, dûment informée des dispositions du IV du présent article. La personne intéressée peut bénéficier d'un plan personnalisé de soins et d'accompagnement élaboré par son équipe de prise en charge, au sens de l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. Ce plan est établi conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé. Il est régulièrement actualisé pour tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient et de ses conditions de vie.

• Projet de santé (pour CPTS, Maison de santé ou équipes de soins primaires...)



Article 65 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant les articles L. 1434-12 et L. 1434-13 du code de la santé publique.

Le projet de santé précise en particulier le territoire d'action de la communauté professionnelle territoriale de santé.[...] Pour répondre aux besoins identifiés dans le cadre des diagnostics territoriaux mentionnés au III de l'article L. 1434-10 et sur la base des projets de santé des équipes de [soins primaires](#) et des [communautés professionnelles territoriales de santé](#), l'agence régionale de santé peut conclure des [contrats territoriaux de santé](#).

[Article L. 6323-3 du code de la santé publique.](#)

Le projet de santé est compatible avec les orientations des [schémas régionaux](#) mentionnés à l'[article L. 1434-2](#). Il est transmis pour information à l'agence régionale de santé. Ce projet de santé est signé par chacun des professionnels de santé membres [...]. Il peut également être signé par toute personne dont la participation aux actions envisagées est explicitement prévue par le projet de santé.

• [Projet de soins informatisés \(PSI\)](#)



<http://www.solware.fr/life/logiciel/1/psi.html>

Logiciel de gestion du dossier de soins le plus utilisé en [EHPAD](#). Il aide les personnels et les professionnels de santé à améliorer l'accompagnement et le soutien à l'autonomie des personnes accueillies en établissement.

• [Projet personnalisé de scolarisation \(PPS\)](#)



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

<http://www.cnsa.fr/parcours-de-vie/les-maisons-departementales-des-personnes-handicapees/scolarisation>

C'est le document de référence du [parcours de l'enfant handicapé](#). Il définit et coordonne les modalités de déroulement de la scolarité et les actions pédagogiques, psychologiques, éducatives, sociales, médicales et paramédicales répondant aux besoins particuliers des élèves présentant un handicap. Il comprend quatre grandes rubriques : 1° La mention du ou des établissements où l'élève est effectivement scolarisé ; 2° Les objectifs pédagogiques. Ces objectifs tiennent compte de l'éventuelle nécessité d'adapter la scolarisation de l'élève en fonction de ses besoins particuliers résultant de son handicap ; 3° Les décisions prises par la CDAPH en matière de scolarisation ; 4° Les préconisations utiles à la mise en œuvre de ce projet, tels que l'accompagnement par un centre médico-psycho-pédagogique, par exemple.

Le PPS est adopté par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Il est ensuite transmis à toutes les personnes concernées, c'est-à-dire à l'élève majeur ou, s'il est mineur, à ses parents ou à son responsable légal, à l'enseignant référent, au directeur de l'établissement scolaire ou médico-social. Il est révisé au moins à chaque changement de cycle ou d'orientation scolaire.

• [Projet pilote ou prototype](#)



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Initiative réussie sur laquelle la dynamique de changement peut s'appuyer, en la donnant en exemple et en mobilisant ses responsables : une innovation étant d'autant plus facilement adoptée que les professionnels identifient concrètement en quoi elle va modifier leurs pratiques, pour quels bénéfices pour lui et ses patients, et avec quels supports. Et lorsqu'elle est portée par d'autres professionnels ou organisations.

• [Projet régional de santé](#)



[Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant les articles L. 1434-1 à L. 1434-2 du code de la santé publique.](#)

Art. L. 1434-1. - Le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre.

Art. L. 1434-2. - Le projet régional de santé est constitué : 1° D'un cadre d'orientation stratégique, qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ; 2° D'un [schéma régional de santé](#), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de [prévention](#), de [promotion de la santé](#) et d'[accompagnement médico-social](#), des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels. Ces objectifs portent notamment sur la réduction des [inégalités](#) sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'[accès](#) des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la [coordination](#), de la qualité, de la sécurité, de la [continuité](#) et de la [pertinence](#) des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des [parcours de santé](#), notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11. Ils peuvent être mis en œuvre par les [contrats territoriaux de santé](#) définis à l'article L. 1434-12, par les [contrats territoriaux de santé mentale](#) définis à l'article L. 3221-2 ou par les [contrats locaux de santé](#) définis à l'article L. 1434-10 ; 3° D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Dans les territoires frontaliers et les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, le projet régional de santé organise, lorsqu'un accord cadre international le permet, la coopération sanitaire et médico-sociale avec les autorités du pays voisin.

• Projet territorial de santé mentale



Article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

I. – Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'[accès](#) des personnes concernées à des [parcours de santé](#) et de [vie](#) de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. [...] II. – Le projet territorial est défini sur la base d'un [diagnostic territorial partagé en santé mentale](#) établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les [conseils locaux de santé mentale](#) ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. Les diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des [équipe de soins primaires](#) mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des [communautés professionnelles territoriales de santé](#) mentionnées à l'article L. 1434-12. [...]

III. – Le projet territorial de santé mentale organise la [coordination territoriale de second niveau](#). Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé. [...]

V. – Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un [contrat territorial de santé mentale](#) conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions. [...]

Article 69 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 1431-2 du code de la santé publique.

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région : [...]

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé. [...]

c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article L. 1434-7 et en évaluent l'efficacité; [...]

▪ Promotion de la santé



Article 1er de la Loi de modernisation de notre système de santé ajoutant l'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique.

Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la [coordination](#) de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de [prévention](#) et d'éducation à la santé.

Organisation mondiale de la santé (OMS), 1986.

http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu.

▪ Protocole

• Protocole pluriprofessionnel



Haute autorité de santé (HAS), 2015.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2033014/fr/comment-elaborer-et-mettre-en-oeuvre-des-protocoles-pluriprofessionnels

Un protocole pluriprofessionnel traduit la volonté partagée d'associer des compétences médicales, soignantes, médico-sociales pour mieux prendre en charge une situation concernant une ou des maladie(s) aiguë(s) ou chronique(s). Il répond à un problème pluriprofessionnel identifié par une équipe, au sein d'une structure de soins ou sur un territoire. Il tient compte de l'expérience des patients et peut porter une attention particulière aux aidants naturels.

• Protocole de coopération (champ sanitaire)



Haute autorité de santé, coopérations entre les professionnels de santé, 2012.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/protocole_de_cooperation_-_mode_d_emploi.pdf

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_978700/protocole-de-cooperation-entre-professionnels-de-sante-mode-d-emploi

Les professionnels de santé soumettent à l'ARS des protocoles de coopération [...], le directeur général de l'ARS autorise la mise en œuvre de ces protocoles par arrêté pris après avis conforme de la Haute autorité de santé [...]. La Haute autorité de santé peut étendre un protocole de coopération à tout le territoire national.

R

▪ Référent parcours de santé (RPS)



Ministère des Affaires familiales, de la Santé et des Droits des femmes.

<http://www.sante.gouv.fr/ucps-les-usagers-construisent-leur-parcours-de-sante.html>

Ni infirmiers coordonnateurs, ni assistantes sociales, ni même « [case managers](#) », il intervient aux côtés et toujours à la demande de personnes engagées dans un [parcours complexe](#). Il les aide à exercer leurs choix, à construire leur [parcours de santé](#) en lien avec les différents intervenants du système de santé. C'est un professionnel spécialement formé pour ce type d'intervention, aux côtés de l'utilisateur et de sa famille, qui facilite le dialogue avec les professionnels de santé.

▪ Référentiel d'analyse et de progression (RAP)



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement

Support pour que les équipes réalisent une auto-évaluation de leur structuration envisagée à travers l'objectif d'améliorer les parcours des personnes présentant les situations les plus [complexes](#).

▪ Régulation téléphonique



Article 75 de la Loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 6314-1 du code de la santé publique.

La régulation téléphonique de l'activité de [permanence des soins ambulatoires](#) est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente. En application de l'article L. 1435-5, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour la région, lequel des deux numéros est utilisé pour la permanence des soins ambulatoires. Lorsqu'il choisit le numéro d'aide médicale urgente (Ndlr : Le 15), l'accès à la régulation téléphonique de permanence des soins ambulatoires reste toutefois accessible par le numéro national de permanence des soins. Cette permanence est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence. La régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro d'accès à la régulation de l'aide médicale urgente, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

▪ Ré-hospitalisation évitable



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/fiche_parours_rehospitalisations_evitables_vf.pdf

Hospitalisation non programmée, en lien avec le séjour hospitalier précédent, survenant dans les 30 jours suivant la sortie et qui aurait pu être contrôlée en [soins primaires](#).

▪ Répertoire opérationnel des ressources (ROR)



ARS Guadeloupe, 2015.

Le répertoire opérationnel des ressources est le référentiel de description des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire, destiné à aider les professionnels à connaître l'offre disponible afin d'améliorer le [parcours](#) du patient.

▪ Responsables des organisations relais



Haute autorité de santé (HAS).

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1760249/fr/deployer-les-parcours-de-sante-lexique-du-changement#O

Promoteurs des organisations relais qui agissent comme les relais auprès des acteurs sur le terrain. Dans ce cadre, ils sont amenés à déterminer un plan d'actions qui déclinent, de manière opérationnelle, la feuille de route stratégique en fonction des besoins, des objectifs, des ressources et des contraintes locales. Ils sont également amenés à initier et soutenir les démarches des professionnels pour mettre en œuvre ce plan d'actions.

▪ Réseau de santé



Article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Les réseaux de santé ont 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 tant sur le plan de l'[éducation](#) à la santé, de la [prévention](#), du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des [groupements de coopération sanitaire](#), des [centres de santé](#), des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, 2012.

<http://www.sante.gouv.fr/les-reseaux-de-sante.html>

Les réseaux de santé sont des regroupements pluridisciplinaires de professionnels de santé (médecins, infirmières) et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.). Constitués en majorité sous forme d'association 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. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. 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. Un réseau de santé peut être monothématique ou pluri-thématique.

▪ Revue de pertinence des soins



Haute autorité de santé (HAS), 2004.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_434809/fr/revue-de-pertinence-des-soins-rps

La revue de [pertinence des soins](#) est une méthode permettant d'évaluer l'adéquation des soins aux besoins des patients. Elle s'applique à un soin ou un programme de soins et peut porter sur l'indication, l'initiation ou la poursuite des soins. Elle repose sur une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Si l'un d'entre eux est présent, les soins ou le programme de soins sont alors pertinents. Lorsqu'aucun critère de la grille n'est retrouvé, il faut rechercher les raisons expliquant la non pertinence des soins ou du programme de soins.

S

▪ Service de santé au travail (SST)



Article L. 4622-2 du code du travail.

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. A cette fin, ils :

- 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- 2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- 3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- 4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

▪ Schéma

• Schéma régional d'organisation des soins (SROS-PRS)



Article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Le schéma régional d'organisation des soins a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin de répondre aux besoins de santé de la population et aux exigences d'efficacité et d'accessibilité géographique. Il précise, dans le respect du principe de liberté d'installation des professionnels de santé, les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les [coopérations](#), notamment entre les établissements de santé, les [communautés hospitalières de territoire \(CHT\)](#), les établissements et services médico-sociaux, les [centres de santé](#), les structures et professionnels de santé libéraux. Il prend en compte également les difficultés de déplacement des populations, ainsi que les exigences en matière de transports sanitaires, liées en particulier aux situations d'urgence. Il signale à cet effet les évolutions nécessaires dans le respect des compétences dévolues aux collectivités territoriales. Il tient compte de l'offre de soins des régions limitrophes et de la vocation sanitaire et sociale de certains territoires. Il indique, par [territoire de santé](#), les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des [pôles de santé](#), des centres de santé, des [maisons de santé](#), des laboratoires de biologie médicale et des [réseaux de santé](#). Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux. [...] Il organise la [coordination](#) entre les différents services de santé mentionnés à l'alinéa précédent et les établissements de santé assurant une activité au domicile des patients intervenant sur le même territoire de santé. Les conditions de cette coordination sont définies par le directeur général de l'agence régionale de santé.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2011.

<http://www.sante.gouv.fr/les-schemas-regionaux-d-organisation-des-soins-sros.html>

Afin de marquer la spécificité des SROS issus de la loi "hôpital, patients, santé et territoires" (HPST), ceux-ci ont été dénommés « SROS-PRS ». Les SROS constituent un outil opérationnel de mise en œuvre des plans stratégiques régionaux de santé (PSRS), qui comportent notamment l'évaluation des besoins de santé, de l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé. Ainsi tout comme le SROS III, le SROS-PRS a pour objectif de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins afin qu'elle réponde aux besoins de la population et garantisse l'amélioration de l'état de santé, et la réduction des [inégalités d'accès aux soins](#).

Ndlr : Il est supprimé par la loi de modernisation de notre système de santé et remplacé par le [schéma régional de santé](#).

• Schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)



Article R. 1434-6 du code de la santé publique.

Le schéma régional d'organisation médico-sociale prend en compte les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale et les besoins spécifiquement régionaux mentionnés par le plan stratégique régional de santé. Il :

1° Apprécie les besoins de prévention, d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux, au regard notamment des évolutions démographiques, épidémiologiques, socio-économiques et des choix de vie exprimés par les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables

2° Détermine l'évolution de l'offre médico-sociale souhaitable pour répondre à ces besoins au regard de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante, de sa répartition et des conditions d'accès aux services et aux établissements. Il prend en compte la démographie et les besoins de formation des professionnels

3° Précise les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de l'organisation médico-sociale.

La [commission de coordination des politiques publiques de santé](#) compétente dans le domaine des prises en charge et des accompagnements médico-sociaux est consultée sur le schéma régional d'organisation médico-sociale.

Ndlr : Il est supprimé par la loi de modernisation de notre système de santé et remplacé par le [schéma régional de santé](#).

• Schéma régional de prévention (SRP)



Article R. 1434-3 du code de la santé publique.

Le schéma régional de prévention met en œuvre le plan stratégique régional. Il comporte :

1° Des actions, médicales ou non, concourant à : la [promotion de la santé](#) de l'ensemble de la population ; la prévention sélective de certaines maladies ou de certains risques chez des personnes exposées, y compris les actions de vaccination et de dépistage ; la [prévention](#) au bénéfice des patients et de leur entourage, notamment [éducation thérapeutique](#) ;

2° Une organisation des activités de veille, d'alerte et de gestion des urgences sanitaires, en lien avec les autorités, les services ministériels et les agences nationales compétentes ;

3° Des orientations permettant d'améliorer, dans chaque territoire de santé, l'offre de services dans le domaine de la prévention individuelle et collective ;

4° Les modalités du développement des métiers et des formations nécessaires à l'amélioration de la qualité des actions de prévention ;

5° Les modalités de coopération des acteurs de l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale dans le domaine de la prévention.

Ndlr : Il est supprimé par la Loi de modernisation de notre système de santé et remplacé par le [schéma régional de santé](#).

• Schéma régional de santé (SRS)



Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-3 du code de la santé publique.

– I. – Le schéma régional de santé :

1° Indique, dans le respect de la liberté d'installation, les besoins en implantations pour l'exercice des [soins de premiers recours](#) mentionnés à l'article L. 1411-11 et des [soins de deuxième recours](#) mentionnés à l'article L. 1411-12. Les dispositions qu'il comporte à cet égard ne sont pas opposables aux professionnels de santé libéraux

2° Fixe, pour chaque zone définie au a du 2° de l'article L. 1434-9 : a) Les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins, précisés par activité de soins et par équipement matériel lourd, selon des modalités définies par décret ; b) Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ; c) Les transformations, les regroupements et les coopérations entre les établissements de santé ;

3° Fixe les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre des établissements et des services médico-sociaux mentionnés aux b, d et f de l'article L. 313-3 du code de l'action sociale et des familles, sur la base d'une évaluation des besoins sociaux et médico-sociaux, prévue au 2° de l'article L. 1434-2 du présent code ;

4° Définit l'offre d'examen de biologie médicale mentionnée à l'article L. 6222-2, en fonction des besoins de la population ;

5° Comporte, le cas échéant, un volet consacré à la mise en œuvre d'actions de sensibilisation de la population et de formation des professionnels de santé visant à limiter d'éventuelles contaminations par des maladies vectorielles.

[...]

III. – Pour les établissements et services mentionnés aux 6°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ce schéma régional de santé est établi et actualisé en cohérence avec les schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale relatifs aux personnes handicapées ou en perte

d'autonomie arrêtés par les présidents de conseil départemental de la région et mentionnés à l'article L. 312-5 du même code.

▪ Service d'accompagnement

• Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

 <http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/SAVS-Service-d-Accompagnement-a-la-Vie-Sociale.i5629.html>

Les services d'accompagnement à la vie sociale ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

• Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

 Maisons Départementales des Personnes Handicapées.

http://www.mdpf.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=53:quest-ce-quun-samsah-&catid=38:faq&Itemid=58

Structure innovante instituée par le décret n°2005-223 du 11 mars 2005, un « S.A.M.S.A.H. » [...] a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ce service en milieu ordinaire vise une plus grande autonomie des personnes. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert. Le SAMSAH, en permettant le maintien à domicile, constitue une réelle alternative à l'obligation d'admission en institution. Les prestations du SAMSAH sont assurées par une [équipe pluridisciplinaire](#) composée en particulier d'éducateurs spécialisés, d'assistantes sociales, psychologues, médecins, infirmiers et ergothérapeutes. Il s'agit pour cette équipe d'aider les personnes à la réalisation de leur projet de vie dans une dynamique d'insertion sociale. Cette insertion s'appuie sur des besoins identifiés, considérés comme "prioritaires" pour le bénéficiaire tels que le logement, la vie sociale et familiale, la citoyenneté, l'[accès aux soins](#), etc.

• Service d'accompagnement familial et d'éducation précoce (SAFEP)

 <http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/SAFEP-Service-d-Accompagnement-Familial-et-d-Education-Precoce.i6577.html>

Le SAFEP propose aux familles un accueil, une écoute, un accompagnement dans la compréhension et la prise en compte de la surdité de l'enfant. Il accueille des enfants âgés de 0 à 3 ans quel que soit le degré et la nature de leur surdité. Le projet, axé sur la relation "parent/enfant", est de développer et favoriser les ressources de communication de l'enfant avec sa famille et son environnement.

▪ Service d'aide

• Service d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire pour déficients visuels(SAAVIS)

 <http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/SAAVIS-Service-d-Aide-a-l-Acquisition-de-l-Autonomie-et-a-l-Integration-Scolaire-pour-deficients-visuels.i6676.html>

Le service a pour objectif d'impulser et de soutenir l'intégration et le maintien dans le milieu ordinaire de vie et de scolarité des enfants et adolescents déficients visuels et aveugles de plus de trois ans souffrant. Dans le but de soutenir la scolarisation la vie sociale ordinaire, il assure des services d'éducation spéciale, de soins précoces, de soutien aux parents, et de conseils d'orientation.

• Service d'aide aux personnes âgées

 <http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/Service-d-Aide-aux-Personnes-Agees.i7199.html>

En fonction des besoins de la personne âgée ou des demandes formulées par son entourage, différents types d'interventions sont possibles pour faciliter sa vie quotidienne ou lui permettre de conserver une vie sociale.

▪ Service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/SESSAD-Service-d-Education-Specialise-et-de-Soins-a-Domicile.i6575.html>



Un Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile (SESSAD) est un service de soins pouvant intervenir "à domicile", c'est-à-dire que les professionnels le composant se déplacent [...]. Ils interviennent suite à la décision de la [Maison départementale des personnes handicapées \(MDPH\)](#) auprès de certains élèves en situation de handicap scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective ([CLIS](#), [UPI](#)). Ces services dépendent la plupart du temps d'une structure associative, comme les IME (instituts médico-éducatifs), sont composés de plusieurs professionnels.

▪ Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)



Article D. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Conformément aux dispositions des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1, les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, auprès :

1° De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes

2° De personnes adultes de moins de soixante ans présentant un handicap

3° De personnes adultes de moins de soixante ans atteintes des pathologies chroniques mentionnées au 7° du I de l'article L. 312-1 ou présentant une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Ces services interviennent à domicile ou dans les établissements non médicalisés pour personnes âgées et pour personnes adultes handicapées mentionnés aux 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 et dans les établissements mentionnés aux I bis, II et III de l'article L. 313-12.

▪ Service de Soutien à l'Éducation Familiale et à l'Intégration Scolaire pour déficients (SSEFIS)



<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Lexique-medico-social/SSEFIS-Service-de-Soutien-a-l-Education-Familiale-et-a-l-Integration-Scolaire-pour-deficients-auditifs.i6675.html>

Le SSEFIS est un service ambulatoire dont la vocation est l'accompagnement spécialisé d'enfants, adolescents et jeunes adultes, sourds ou malentendants de plus de 3 ans, orientés par la [Maison départementale des personnes handicapées \(MDPH\)](#). Ils assurent une éducation spéciale, les soins précoces, le soutien aux parents, les conseils d'orientation, le soutien à la scolarisation et à la vie sociale ordinaire.

▪ Service public

• Service public d'information en santé



Article 88 de la Loi de modernisation de notre système de santé insérant l'article L. 1111-1-1 du code de la santé publique.

Un service public, placé sous la responsabilité du ministre chargé de la santé, a pour mission la diffusion gratuite et la plus large des informations relatives à la santé et aux produits de santé, notamment à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale auprès du public. Les informations diffusées sont adaptées et [accessibles](#) aux personnes handicapées. Il est constitué avec le concours des caisses nationales d'assurance maladie, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, des agences et des autorités compétentes dans le champ de la santé publique et des agences régionales de santé.

• Service public hospitalier



Article 99 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant les articles L. 6112-1 à L. 6112-3 du code de la santé publique.

Art. L. 6112-1. – Le service public hospitalier exerce l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé par le chapitre Ier du présent titre ainsi que l'aide médicale urgente, dans le respect des principes d'[égalité d'accès](#) et de prise en charge, de [continuité](#), d'adaptation et de neutralité et conformément aux obligations définies à l'article L. 6112-2.

Art. L. 6112-2. – I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services :

1° Un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale, et un délai de prise en charge en rapport avec son état de santé ; 2° La permanence de l'accueil et de la prise en charge, notamment dans le cadre de la [permanence des soins](#) organisée par l'agence régionale de santé compétente dans

les conditions prévues au présent code, ou, à défaut, la prise en charge par un autre établissement de santé ou par une autre structure en mesure de dispenser les soins nécessaires ; 3° L'égal accès à des activités de prévention et des soins de qualité ; 4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Le patient bénéficie de ces garanties y compris lorsqu'il est transféré temporairement dans un autre établissement de santé ou dans une autre structure pour des actes médicaux. [...]

Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

1° Les établissements publics de santé ; 2° Les hôpitaux des armées ; 3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5 ; 4° Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2. [...] Les établissements de santé qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif en application de l'article L. 6161-5, dans sa rédaction antérieure à la loi n° du de modernisation de notre système de santé, sont habilités, de plein droit, à assurer le service public hospitalier, sauf opposition de leur part. [...] Ces établissements relèvent du même régime que les établissements privés d'intérêt collectif mentionnés au 3° du présent article.

Art. L. 6112-5. - Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier. Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. L'établissement associé au service public hospitalier s'assure, par tout moyen, que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires. [...]

▪ Simplification du parcours administratif hospitalier et numérisation des informations échangées (SIMPHONIE)



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes.

<http://www.sante.gouv.fr/symphonie>

Le programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) vise à fortement simplifier le parcours administratif hospitalier du patient, depuis l'accueil du patient jusqu'à la facturation et le recouvrement, à dématérialiser tous les échanges (flux de données, documents...) liés à ce parcours entre les différents acteurs - l'utilisateur, l'établissement de santé, le comptable public hospitalier, l'AMO et AMC - et, du fait de la simplification et de la dématérialisation, à automatiser tous les processus qui peuvent l'être et de concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers (informations sur le reste à charge du patient tout au long du [parcours de soins](#) ...).

▪ Soins

◦ Soins de deuxième recours



Article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Les soins de deuxième recours, non couverts par l'offre de premier recours, sont organisés dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa de l'article L. 1411-11.

◦ Soins de premier recours



Article L. 1411-11 du code de santé publique.

L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge [continue](#) des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial défini à l'article L. 1434-16 et conformément au schéma régional d'organisation des soins prévu à l'article L. 1434-7. Ces soins comprennent :

1° La [prévention](#), le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ; 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ; 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ; 4° L'[éducation pour la santé](#) ; Les professionnels de santé, dont les [médecins traitants](#) cités à l'[article L. 162-5-3](#) du code de la sécurité sociale, ainsi que les [centres de santé](#) concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de [coopérations](#) organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.

Article 5 de la Loi de modernisation de notre système de santé complétant l'article L. 831-1 du code de l'éducation.

Des services de médecine préventive et de promotion de la santé sont mis à la disposition des usagers, selon des modalités fixées par décret. Ils assurent le suivi vaccinal des étudiants.[...] Lorsqu'ils sont autorisés à dispenser des soins en tant que centres de santé, au sens de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ils contribuent à l'[accès](#) aux soins de premiers recours, notamment des étudiants de l'établissement auquel ils sont rattachés.

 Inspiré des Etats généraux de l'organisation de la santé (EGOS), 2008.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_egos.pdf

Le système de santé garantit à tous les malades et usagers, à proximité de leur lieu de vie ou de travail, dans la continuité, l'[accès](#) à des soins de premiers recours. Ces soins comprennent la [prévention](#), le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies et des affections courantes ; la dispensation des médicaments, produits et dispositifs médicaux ; en tant que de besoin, l'orientation dans le système de soins ; l'[éducation pour la santé](#). Les professionnels de santé habilités à raison de leurs compétences à exercer tout ou partie de ces activités concourent, par l'exercice de ces compétences dans le cadre de coopérations organisées, et en collaboration avec les établissements de santé, sociaux, médico-sociaux et réseaux de santé, à l'offre et à la [permanence des soins de premier recours](#). Cette définition de l'offre de soins de premier recours n'exclut aucun des professionnels de santé, même si doit être précisée la définition du rôle particulier du [médecin généraliste de premier recours](#) en tant qu'acteur pivot, le plus souvent, choisi comme médecin traitant.

• Soins de proximité en santé mentale

 Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé modifiant l'article L. 3221-3 du code de la santé publique.

I. – L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population : 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les [équipes de soins primaires](#) mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les [communautés professionnelles territoriales de santé](#) mentionnées à l'article L. 1434-11 L. 1434-12 ; 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ; 3° La [continuité des soins](#), notamment pour les patients dont les [parcours de santé](#) sont particulièrement [complexes](#), y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'[accès](#) à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

• Soins de suite et de réadaptation

 Haute autorité de santé (HAS), 2013.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1651391/fr/outil-d-aide-a-la-decision-pour-l-admission-des-patients-en-soins-de-suite-et-de-readaptation

Les services de soins de suite et de réadaptation correspondent à l'une des activités des établissements de santé. L'orientation vers une structure de SSR est nécessaire pour le traitement de certaines pathologies, dont la sévérité et la complexité requièrent une hospitalisation.

 ARS Haute-Normandie, 2015.

http://ars.sante.fr/fileadmin/HAUTE-NORMANDIE/actualites/PRS/SROS/3.6_offre_hospitaliere_-_soins_de_readaptation.pdf

L'activité de soins de suite et de réadaptation a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Les services de soins de suite et de réadaptation doivent être en mesure d'assurer :

- Les soins médicaux, la rééducation et la réadaptation afin de limiter les handicaps physiques, sensoriels, cognitifs et comportementaux, de prévenir l'apparition d'une dépendance, de favoriser l'autonomie du patient.
- Les actions de [prévention](#) et d'[éducation thérapeutique](#) du patient et de son entourage.
- La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

• Soins de support



Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille, 2005. [Circulaire n° DHOS/SDO/2005/101](#) du 22 février 2005.

Les soins de support ne constituent pas une nouvelle discipline ; ils correspondent à une [coordination](#) qui doit mobiliser des compétences et organiser leur mise à disposition pour le patient et ses proches. C'est en particulier dans le cadre des réunions de concertation pluridisciplinaire que cette coordination est actée et peut ensuite être mise en place autour du patient. Les soins de support font partie de la démarche de cancérologie. Quand cela est nécessaire, il convient de veiller particulièrement à l'articulation avec la démarche palliative.

Institut national du cancer (INCa).

<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Qualite-de-vie/Soins-de-support/Definition>

Les « soins de support » sont définis comme l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie. Ils se font en association avec les traitements spécifiques contre le cancer éventuellement mis en place. Les soins de supports répondent à des besoins qui peuvent survenir pendant la maladie et lors de ses suites et qui concernent principalement la prise en compte de la douleur, de la fatigue, les problèmes nutritionnels, les troubles digestifs, respiratoires et génito-urinaires, les troubles moteurs, les handicaps et les problèmes odontologiques. Ils concernent aussi les difficultés sociales, la souffrance psychique, les perturbations de l'image corporelle et l'accompagnement de fin de vie.

• Soins primaires



Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires. Organisation mondiale de la santé (OMS), 1978.

http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.



Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. DREES, 2010.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/politiques-et-organisation-des-soins-primaires-en-europe-et-aux-etats-unis-quels-enseignements-pour-la-france,7276.html>

Le concept de soins primaires, défini par l'OMS en 1978, renvoie à l'organisation des [soins de premier recours](#) pour assurer à la fois l'[accès à des soins](#) de qualité, la [continuité](#) et la [permanence des soins](#). Mais les situations sont très diverses en raison, notamment, de l'histoire de la construction de la protection sociale de chaque pays et de l'environnement économique et juridique. L'objectif ultime des soins de santé primaires est une meilleure santé pour tous.

▪ Stage des étudiants paramédicaux



Article 118 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 4311-12 du code de la santé publique.

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 4311-2, l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier est permis soit en qualité d'auxiliaire polyvalent, soit pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé : [...] 2° Aux étudiants préparant le diplôme d'État dans le cadre de leur période de stage, dans les établissements et [centres de santé](#) ou les établissements et services médico-sociaux, les structures de soins ambulatoires et les cabinets libéraux agréés pour l'accomplissement des stages. Les étudiants peuvent réaliser personnellement des actes dans chaque lieu de stage, sous la responsabilité d'un infirmier diplômé.

▪ Système national des données de santé



Article 193 de la Loi de modernisation de notre système de santé, ajoutant l'article L. 1461-1 du code de la santé publique.

Art. L. 1461-1. I. – Le système national des données de santé rassemble et met à disposition :

1° Les données issues des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du présent code ; 2° Les données du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie mentionné à l'article L. 161-28-1 du code de la sécurité sociale ; 3° Les données sur les causes de décès mentionnées à l'article L. 2223-42 du code général

des collectivités territoriales ; 4° Les données médico-sociales du système d'information mentionné à l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles ; 5° Un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire et défini en concertation avec leurs représentants.

II. – Dans le cadre d'orientations générales définies par l'État, en concertation avec les organismes responsables des systèmes d'information et des données mentionnés au I, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés réunit et organise l'ensemble des données qui constituent le système national des données de santé mentionné au même I. Elle est responsable du traitement. La méthode d'appariement des données mentionnées au 5° dudit I avec les données correspondantes du système national des données de santé est élaborée en concertation avec les représentants des organismes qui transmettent les données concernées.

III. – Le système national des données de santé a pour finalité la mise à disposition des données, dans les conditions définies aux articles L. 1461-2 et L. 1461-3, pour contribuer : 1° À l'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ; 2° À la définition, à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ; 3° À la connaissance des dépenses de santé, des dépenses d'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ; 4° À l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ; 5° À la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaires ; 6° À la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

IV. – Pour le système national des données de santé et pour les traitements utilisant des données à caractère personnel issues de ce système : [...] 4° Les données individuelles du système national des données de santé sont conservées pour une durée maximale de vingt ans, sans préjudice de l'application du deuxième alinéa de l'article 36 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. [...]

Art. L. 1461-2. – Les données du système national des données de santé qui font l'objet d'une mise à la disposition du public sont traitées pour prendre la forme de statistiques agrégées ou de données individuelles constituées de telle sorte que l'identification, directe ou indirecte, des personnes concernées y est impossible. Ces données sont mises à disposition gratuitement. La réutilisation de ces données ne peut avoir ni pour objet ni pour effet d'identifier les personnes concernées. Par dérogation au premier alinéa du présent article, les données relatives à l'activité des professionnels de santé publiées par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base d'assurance maladie en application de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, sont réutilisées dans les conditions mentionnées à l'article 12 et au second alinéa de l'article 13 de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

Art. L. 1461-3. – I. – Un accès aux données à caractère personnel du système national des données de santé ne peut être autorisé que pour permettre des traitements : 1° Soit à des fins de recherche, d'étude ou d'évaluation contribuant à une finalité mentionnée au III de l'article L. 1461-1 et répondant à un motif d'intérêt public ; 2° Soit nécessaires à l'accomplissement des missions des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents, dans les conditions définies au III du présent article.

Le responsable de tels traitements n'est autorisé à accéder aux données du système national des données de santé et à procéder à des appariements avec ces données que dans la mesure où ces actions sont rendues strictement nécessaires par les finalités de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation ou par les missions de l'organisme concerné. Seules les personnes nommément désignées et habilitées à cet effet par le responsable du traitement, dans les conditions précisées par le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 1461-7, sont autorisées à accéder aux données du système national des données de santé. [...]

II [...] L'accès aux données est subordonné : a) Avant le début de la recherche, à la communication, par le demandeur, au groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1462-1 de l'étude ou de l'évaluation de l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, d'une déclaration des intérêts du demandeur en rapport avec l'objet du traitement et du protocole d'analyse, précisant notamment les moyens d'en évaluer la validité et les résultats ; b) À l'engagement du demandeur de communiquer au groupement d'intérêt public mentionné au même article L. 1462-1, dans un délai raisonnable après la fin de la recherche, de l'étude ou de l'évaluation, la méthode, les résultats de l'analyse et les moyens d'en évaluer la validité. Le groupement d'intérêt public mentionné audit article L. 1462-1 publie sans délai l'autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la déclaration des intérêts, puis les résultats et la méthode.

III. – Le décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 1461-7 fixe la liste des services de l'État, des établissements publics ou des organismes chargés d'une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du système national des données de santé pour les besoins de leurs missions. Ce décret précise, pour chacun de ces services, établissements ou organismes, l'étendue de cette autorisation, les conditions d'accès aux données et celles de la gestion des accès.

L. 1461-4. – I. – Le système national des données de santé ne contient ni les noms et prénoms des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques, ni leur adresse. Les numéros d'identification des professionnels de santé sont conservés et gérés séparément des autres données. [...]

T

▪ Télémédecine



[Article L. 6316-1 du code de la santé publique.](#)

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

[Article R. 6316-1 du code de la santé publique.](#)

Relèvent de la télémédecine définie à l'[article L. 6316-1](#) les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'[article 44 de la loi n° 85-772](#) du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;

2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;

5° La réponse médicale qui est apportée dans le cadre de la [régulation médicale](#) mentionnée à l'[article L. 6311-2](#) et au troisième alinéa de l'[article L. 6314-1](#).

▪ Télésanté



[Ministère en charge de la santé, 2012](#)

<http://www.sante.gouv.fr/deploiement-de-la-telemedecine-tout-se-joue-maintenant.html>

Les applications de la télésanté sont [...] plus larges que celles de la télémédecine. Il s'agit par exemple de l'ensemble des sites et portails, en tout ou partie liés à la santé, que l'on trouve sur Internet. Ces sites, bien connus des patients et des professionnels de santé, proposent des prestations nombreuses : conseils, recommandations, articles, forums, bulletins d'information voire, pour certains d'entre eux, des dossiers médicaux en ligne.

▪ Territoire



[Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées, « territoire et accès aux soins », rapport du groupe de travail, 2003.](#)

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

Ayant pour but d'assurer une répartition géographique des structures et des services permettant de répondre aux besoins des populations résidentes, toute démarche de planification de l'offre [est] nécessairement ancrée sur des territoires. La planification hospitalière a ses territoires officiels : depuis l'instauration de la carte sanitaire en 1970, le secteur sanitaire est l'unité de base du découpage géographique. Le découpage actuel date, pour la majorité des régions, du premier [schéma régional d'organisation sanitaire \(SROS\)](#) en 1994. La psychiatrie, quant à elle, fait l'objet d'un découpage spécifique, à une échelle plus fine. Un troisième territoire, le [bassin de santé](#), est apparu [...] sans que son contenu et son utilisation n'aient été définis. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services...). D'autres approches se fondent sur des " territoires de projet" ou " réseaux d'acteurs ". Des préoccupations de répartition de l'offre suscitent des approches territorialisées, comme la question de

l'installation des [médecins généralistes](#), et au-delà des questions d'offre, des politiques de santé publique intègrent de plus en plus cette dimension territoriale (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins).

• Territoire d'action



Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées, « territoire et accès aux soins », rapport du groupe de travail, 2003.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

Il est tout d'abord important de distinguer le niveau auquel s'élabore une politique (en l'occurrence, le niveau régional, dans le cadre des orientations nationales) du niveau de sa mise en œuvre, qui est évidemment infrarégional. C'est bien sur ces espaces opérationnels de mise en œuvre que porte la réflexion du groupe. On peut distinguer trois types de territoires d'action (au sens d'espaces de mise en œuvre des politiques) :

-des territoires administratifs, définis par les textes, et auxquels sont attachés des instruments de régulation, c'est-à-dire que sur ces territoires des institutions ont des compétences (légal, réglementaires) en termes d'aménagement, d'allocation de ressources, de décisions budgétaires, de définition de normes... Il s'agit notamment des secteurs sanitaires, psychiatriques, etc.

-des territoires dits « spécifiques » ou « ad hoc » : il s'agit de zonages particuliers infrarégionaux créés par les ARS, dans le cadre des [SROS](#), pour poursuivre certains objectifs. Ce peut être de définir des territoires pertinents pour l'observation de certaines activités (ex des bassins de naissance), de matérialiser des espaces de coopération entre établissements pour favoriser leur rapprochement (bassins autour de pôles sanitaires, pôles de coopération), ou de s'appuyer sur des zonages plus pertinents que les secteurs sanitaires pour organiser l'offre (regroupements de secteurs).

- Les territoires de la planification hospitalière sont les zonages infra et supra sectoriels, l'interrégional, les bassins de vie, les territoires de proximité, etc.

• Territoire d'observation



Ministère en charge de la santé, de la famille et des personnes handicapées, « territoire et accès aux soins », rapport du groupe de travail, 2003.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Territoire_et_acces_aux_soins.pdf

Beaucoup de travaux d'étude réalisés utilisent ou déterminent différents zonages à des fins d'observation et d'analyse. Ces territoires « d'étude » peuvent être définis par exemple pour analyser les déplacements des habitants dans leur recours aux soins, pour rechercher de zones spécifiques du pour prendre en compte les modes de vie des habitants, les zones en difficulté... Les méthodologies développées par les géographes et les statisticiens pour mieux appréhender les logiques spatiales alimentent ainsi la construction des territoires de décision. A l'inverse, une fois les territoires d'action définis, il est bien entendu nécessaire de mener en continu un travail d'observation sur ces découpages géographiques, afin de suivre et d'évaluer les politiques menées (qu'il s'agisse des secteurs sanitaires, des bassins de vie, des bassins de santé, etc.). Ceci suppose que ces territoires d'action soient construits par agrégation de territoires élémentaires sur lesquels l'information statistique est disponible et mobilisable. Ceci n'est pas toujours le cas aujourd'hui, par exemple pour les secteurs psychiatriques. Il n'y a donc pas étanchéité entre les deux catégories définies comme « [territoires d'action](#) » et « territoires d'observation ».

• Territoires de proximité

Une émergence de territoires avec les démarches menées dans les régions à l'initiative des URCAM identifient les zones sensibles en termes de démographie médicale et notamment d'implantation des [généralistes](#). Ces démarches conduisent à définir des territoires de proximité, [...] où se joue le premier niveau d'accès aux soins. Des territoires de projet, dont la logique est différente, car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut (démarche nécessaire dès lors qu'il faut assurer un service à toute la population), mais d'une démarche ascendante, appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux : les territoires des intercommunalités (pays, communautés d'agglomérations), les territoires de projet portés spécifiquement par des acteurs sanitaires et sociaux peuvent aussi émerger (dans le cadre de l'organisation de réseaux de soins et de santé, de programmes de santé publique ou d'accès à la prévention et aux soins).

• Territoire de santé



Article L. 1434-16 du code de la santé publique.

L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que


pour l'accès aux [soins de premier recours](#). Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'Etat dans la région, d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie, d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région. Les territoires interrégionaux sont définis conjointement par les agences régionales concernées, après avis du représentant de l'Etat dans chaque région et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux compétents sur ces territoires.

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes, 2013.
<http://www.sante.gouv.fr/territoires-de-sante.html>

Les territoires de santé constituent le premier niveau du découpage géographique, qui couvre le champ de compétence des ARS et où se décline leur politique régionale de santé. En son sein, les conférences de territoire, instrument de la démocratie sanitaire, constituent l'échelon local de concertation pour le [projet régional de santé](#).

Ndlr : La Loi de modernisation de notre système de santé le remplace par la [zone](#).

▪ Transition Ville-Hôpital-EHPAD

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.
http://www.sante.gouv.fr/les-outils_15462.html

Elle est améliorée grâce à la transmission systématique d'outils de liaison élaborés par les professionnels : le compte rendu d'hospitalisation, CRH (rédigé par le médecin de l'établissement de santé à l'issue d'une hospitalisation) ; le [dossier de liaison d'urgence](#), DLU (établi par le [médecin coordonnateur d'EHPAD](#)) ; le [volet de synthèse médicale](#), VSM, (photographie de l'état de santé de la personne formalisée par le médecin traitant) ; le [dossier pharmaceutique](#), DP (renseigné par le pharmacien d'officine) ; le [plan personnalisé de santé \(PPS\)](#) .

• [Voir document de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures](#)

▪ Transmission d'informations entre les professionnels participant à la prise en charge sanitaire, medico-sociale et sociale des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

 Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des Femmes.

Elle est simplifiée par le [décret en Conseil d'Etat du 2 décembre 2013](#), qui instaure un dispositif dérogatoire autorisant les professionnels à échanger des informations médicales, sociales et administratives relatives à la personne avec son consentement exprès, dès lors que ces informations sont nécessaires et pertinentes pour améliorer la prise en charge.

▪ Transversalité

 ARS Bretagne, 2012.

Création et identification de passerelles entre les services, les acteurs, où la mutualisation des compétences prend tout son sens, dans un objectif commun, et notamment celui de la prise en compte globale de l'individu en tant que citoyen, et ce du plus jeune âge au plus grand âge. Cette idée rejoint la notion de travail d'équipe, celle d'ouverture vers l'extérieur. La transversalité est le propre de toute institution en son sein et au sein de la société dans laquelle elle existe et prend place.

U

▪ Unité

• [Unité de soins de longue durée \(USLD\)](#)

 Article 1 de l'arrêté du 12 mai 2006 relatif au référentiel destiné à la réalisation de coupes transversales dans les unités de soins de longue durée.

Unité accueillant et prenant en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une [polypathologie](#), soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical

rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

• Unité locale pour l'inclusion scolaire (ULIS)



Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative. Guide pour la scolarisation des enfants et adolescents handicapés, 2012.

http://cache.media.education.gouv.fr/file/Maternelle_baccalaureat/65/9/Guide_pour_la_scolarisation_des_enfants_et_adolescents_en_situation_de_handicap_469659.pdf

Les unités locales pour l'inclusion scolaire permettent l'accueil dans un collège, un lycée général et technologique.

• Unité pédagogique d'intégration (UPI)



<http://www.qualite-esms.coop/Medico-social/Ressources/Glossaire-et-Lexique-du-medico-social/Glossaire-des-sigles/UPI-Unité-pédagogique-d-integration,i918.html>

Ce sont des classes de collèges accueillant des jeunes de 11 à 16 ans atteints d'un handicap. Elles font suite aux [CLIS](#) (Classe d'intégration scolaire) de l'école primaire.

▪ Union régionale des professionnels de santé (URPS)



Article L. 4031-1 du code de la santé publique.

Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une union régionale des professionnels de santé rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral. Ces unions régionales des professionnels de santé sont regroupées en une fédération régionale des professionnels de santé libéraux. Les unions régionales des professionnels de santé et leurs fédérations sont des associations régies par la [loi du 1er juillet 1901](#) relative au contrat d'association.

V

▪ Volet de synthèse médicale (VSM)



Inspiré de la Haute autorité de santé (HAS) et de l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP). <http://esante.gouv.fr/actus/services/volet-de-synthese-medicale-un-document-de-referance-pour-les-editeurs>

Elaborée pour faciliter le suivi des patients, notamment souffrant d'une pathologie chronique, la synthèse annuelle repose sur une synthèse médicale résumant la situation du patient. Le Volet de Synthèse Médicale se présente sous la forme d'une fiche de synthèse informatisée, conforme aux standards techniques et aux référentiels médicaux, contenant :

- Des renseignements administratifs : coordonnées du patient et du [médecin traitant](#), date de mise à jour ;
- Des renseignements cliniques : pathologies en cours, antécédents personnels (comprenant allergies et intolérances médicamenteuses), facteurs de risque (antécédents familiaux, facteurs de risque liés au mode de vie - alcool, tabac, activité physique, alimentation-, facteurs de risque professionnels) ;
- Les traitements au long cours ;
- Les points de vigilance ;
- En cas d'impression, la signature.

Il permet aux éditeurs de logiciels de professionnels de santé de faire évoluer leurs solutions de manière à ce que les médecins traitants soient capables, rapidement, de réaliser ce volet de synthèse qui serait alors rempli automatiquement à partir des données déjà contenues dans leurs propres logiciels, sans double saisie. Le Volet de synthèse médicale est formaté conformément aux spécifications techniques précisées par le cadre d'interopérabilité, afin de permettre l'échange et le partage de cette synthèse par voie électronique ([DMP](#) et/ou [messageries sécurisées](#)). Il a vocation à être pris en compte dans le [document de liaison](#) rédigé par le médecin traitant qui adresse un patient à un établissement de santé.

Z

▪ Zone

• Zone sous-dense



Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans [accès aux soins](#); [...]

Dans les zones mentionnées aux 1°[...] du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les [inégalités en matière de santé](#) et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des [maisons de santé](#), des [pôles de santé](#) et des [centres de santé](#) prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

• Zone sur-dense



Article 158 de la Loi de modernisation de notre système de santé, modifiant l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés : [...]

2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

Dans les zones mentionnées aux [...] 2° du présent article, sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les [inégalités en matière de santé](#) et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des [maisons de santé](#), des [pôles de santé](#) et des [centres de santé](#) prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.

• Zone fragile conventionnelle (SROS – Premier recours)



Article L. 1434-7 du code de la santé publique.

Les zones de mise en œuvre des mesures conventionnelles sont destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé libéraux et déterminées par les Agences régionales de santé. Ces zonages font l'objet d'un arrêté pris par le Directeur général de l'ARS. Chaque zonage a fait l'objet d'une concertation pendant une période de deux mois auprès des acteurs concernés.

Ndlr : La définition est supprimée par la loi de modernisation de notre système de santé.





Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES