Agence Régionale de Santé

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

Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers

Lexique de A à Z

Septembre 2012











Introduction

La notion de parcours répond à la nécessaire évolution de notre système de santé afin de répondre notamment à la progression des maladies chroniques qui sont responsables de la majorité des dépenses et de leur progression. Leur prise en charge transversale implique de multiples intervenants et réduit la place historiquement majeure des soins aigus curatifs au profit des autres prises en charge. La spécialisation croissante des professionnels de santé amplifie le phénomène. L'optimisation des parcours des patients et des usagers s'impose ainsi progressivement comme un axe transversal structurant des systèmes de santé.

Le périmètre des parcours s'articule autour de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social. Les parcours reposent sur l'intervention d'acteurs du système de soins, de services et d'établissements médico-sociaux et sociaux, de collectivités locales, d'autres services de l'Etat et d'organismes de protection sociale. Les parcours ont une notion temporelle (organiser une prise en charge coordonnée et organisée tout au long de la maladie du patient) et spatiale (organiser cette prise en charge sur un territoire, dans la proximité de son domicile).

Les concepts usités dans les parcours sont définis de façon hétérogène selon les acteurs ; le périmètre des parcours (personnalisé, soins, santé, vie) ne fait notamment pas l'objet d'un consensus entre et au sein des ARS, des directions et des opérateurs nationaux. Cette pluralité de concepts est pour le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales à l'origine de l'élaboration d'un lexique « Parcours de A à Z » auquel ont activement participé les Agences régionales de santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les Directions de l'administration centrale du ministère des affaires sociales et de la santé. Il regroupe les concepts les plus fréquemment évoqués dans les parcours.

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



Normatif Les sources sont des normes internationales, 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).



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, etc.), etc.



Usité Les sources sont la littérature, l'utilisation dans des Agences régionales de santé, des structures du système de santé, etc.

A

■ Accès ou accessibilité aux soins

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.

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 (usage du système de soins), tandis que 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, elle présente au moins deux dimensions : matérielle et sociale. Elle touche aussi à l'accessibilité sociale, financière aux ressources sanitaires tout autant que géographique.

Inspirée de la définition de H.Picheral dans le « dictionnaire raisonné de géographie de la santé ». Atelier Géographie de la santé, Université Montpellier 3, 200 ; et de la définition issue des Problématiques de l'accès aux soins des personnes handicapées : audition publique de la Haute autorité de santé, 2008
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_674890/audition-publique-acces-aux-soins-des-personnes-en-situation-de-handicap-du-22-au-23-octobre-2008
Direction générale de la cohésion sociale, 2012.

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

- matérielle : L'accessibilité traduit la possibilité de recourir aux prestataires de soins et n'a donc qu'une valeur potentielle (desserte). 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 utilisés, 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'acception à laquelle on se réfère.

■ Accompagnement

▪ Accompagnement dans le champ sanitaire



Article L.162-1-11 du code de la sécurité sociale, 2006
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006741320&dateTexte=20091007

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.



Article R. 4311-2 et Article R. 4312-19 du décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, 2004
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=49977782ABC7639A9BE5A6CA3B188B66.tpdjo08v_3?cidTexte=LEGITEXT000005632253&dateTexte=20040807

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade.
Ils ont [notamment] pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle : de participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. [...]
L'infirmier ou l'infirmière ne doit pas proposer au patient ou à son entourage, comme salutaire ou sans danger, un remède ou un procédé illusoire ou insuffisamment éprouvé. Il ne doit pas diffuser dans les milieux professionnels ou médicaux une technique ou un procédé nouveau de soins infirmiers insuffisamment éprouvés sans accompagner cette diffusion des réserves qui s'imposent.

▪ Accompagnement dans le champ médico-social ou 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, 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.

C

■ Continuité des soins

▪ Continuité des soins en médecine ambulatoire



Article L6315-1 du code de la santé publique, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000024462592&dateTexte=20120322

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.

■ Coopération

▪ Les coopérations entre professionnels de santé



Article L4011-1, code de la santé publique, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020887842&dateTexte=29990101&categorieLien=cid

Par dérogation […], les professionnels de santé peuvent s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes 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 définis […].
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
http://www.sante.gouv.fr/cooperation-et-delegation-de-taches-entre-professions-de-sante.html
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'efficience. 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 santé, vocabulaire de base coopération entre professionnels de santé, 2007
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/vocabulaire_coop_01092010_2010-09-03_14-05-56_834.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.
- Délégant : 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 délégant.
- Transfert : Action de déplacer l'acte de soin, 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.

▪ Les 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.

▪ Les formes de coopération conventionnelles

➢ *Communauté hospitalière de territoire (CHT)*



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.

➢ *Convention*



Article L6134-1 du code de la santé publique, 2010
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=5CBEC4736E403F040C0BA91CBECB01B2.tpdjo14v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006690902&dateTexte=20110525&categorieLien=cid#LEGIARTI000006690902
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…

➢ *Fédération médicale inter-hospitalière*



Ordonnance n° 2005-1112 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, 2005
http://www.legifrance.gouv.fr/affichOrdonnance.do;jsessionid=0CFA5509585FBD8B3F03C1540EBFD06F.tpdjo07v_1?idDocument=JORFDOLE000017760808&type=contenu&id=1
La possibilité pour des centres hospitaliers de participer à des fédérations médicales inter-hospitalières est […] ouverte aux seuls centres hospitaliers, excluant les établissements de santé privés. Sur le support d'une convention, il permet aux établissements de rapprocher leurs activités médicales, de regrouper certains de leurs pôles d'activité clinique ou médico-technique ou certaines de leurs structures internes.

▪ Les formes de coopération organique

➢ *Groupement de coopération sanitaire*



Ministère en charge de la santé, 2012
http://www.sante.gouv.fr/le-groupement-de-cooperation-sanitaire.html
Le groupement de coopération sanitaire (dit GCS), outil privilégié des coopérations public/privé, 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.

➢ *Groupement d'intérêt économique*



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.

Article L312-7 du code de l'action sociale et des familles, 2010
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892763&dateTexte
Mode de coordination ouvert dans le secteur social et médico-social.

➢ *Groupement d'intérêt public*



Loi n° 2011-525 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024021430&categorieLien=id
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
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000025561635&dateTexte=&categorieLien=id
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 de coopération sociale ou médico-sociale*



Article L312-7 du code de l'action sociale et des familles, 2010
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892763&dateTexte
Les dispositions du groupement de coopération sociale ou médico-sociale (GCS-MS) sont calquées sur celles du groupement de coopération sanitaire. 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.
La tutelle des GCS-MS au niveau national relève de la Direction Générale de la Cohésion sociale (DGCS).

➢ *Modalités d'accompagnement des coopérations territoriales*



Ministère en charge de la santé, 2012
http://www.sante.gouv.fr/les-cooperations-territoriales.html
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.

- **Les protocoles 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.

■ Coordination

Article L312-7 du code de l'action sociale et des familles, 2010
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000020892763&dateTexte=
La coordination dans le domaine sociale 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.

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
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.

Inspiré de définitions dans le 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 […] pour les échanges avec les partenaires extérieurs à l'établissement de santé,

- etc.

▪ Commissions de coordination



Article D1432-1 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7E165CA7AFDEAE2786B99C7A492CE1C3.tpdjo07v_1?idSectionTA=LEGISCTA000022044928&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120905
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 :

1° Peut décider de travaux à conduire pour contribuer à l'élaboration du projet régional de santé, notamment du schéma régional de prévention,

2° 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,

3° 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,

4° Permet 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.

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



Articles L6131-1 à L6131-6 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=7E165CA7AFDEAE2786B99C7A492CE1C3.tpdjo07v_1?idSectionTA=LEGISCTA000020892299&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120905
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 […] 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, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000020897501&dateTexte=
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
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.162-9
Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions. Ces conventions déterminent :

5°) Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins
Article L.162-12-21
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
Art. L. 4130-1.
Les missions du médecin généraliste de premier recours sont notamment les suivantes :

3. S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients.

- **Exercices coordonnés**



Ministère en charge de la santé, 2012
http://www.sante.gouv.fr/exercices-coordonnes,11964.html
L'exercice coordonné des soins de premier 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.

E

■ Education thérapeutique (des patients)



Article L1161-1 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000020892069&cidTexte=LEGITEXT000006072665
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.
Les compétences nécessaires pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient sont déterminées par décret.

■ Empowerment



Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, 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 conférai(en)t 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.

E-santé

Accès aux données de santé

Article L1435-6 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=FB06F215F7D04622EE3A33A6936849E4.tpdjo16v_3?idArticle=LEGIARTI000020897613&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120818

L'ARS 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 des organismes d'assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie [...]. Cet accès est assuré dans des conditions garantissant l'anonymat des personnes bénéficiant de prestations de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.
L'ARS 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 détermine, en fonction de la situation sanitaire, pour chaque établissement, les données utiles que celui-ci doit transmettre de façon régulière, et notamment les disponibilités en lits et places. Le directeur général décide également de la fréquence de mise à jour et de transmission des données issues des établissements de soins et médico-sociaux.
Les agents de l'ARS ayant la qualité de médecin n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'accomplissement de leurs missions [...].

- **Dossier médical personnel**



Article L1111-14 du code de la santé publique, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890571&dateTexte=

Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, [sous conditions et garanties] et dans le respect du secret médical, d'un dossier médical personnel constitué [d'un] ensemble de données, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins et comportant la mention "a été informé de la loi sur le don d'organes". Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.

- **Dossier pharmaceutique**



Article L1111-14 du code de la santé publique, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020890571&dateTexte=

Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis [...], 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 [...].

La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens [...].

- **Télémédecine**



Article R6316-1 du code de la santé publique, 2011
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000022934375&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20120410&oldAction=rechCodeArticle

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.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière sont fixées par décret, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique.

- **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.



Direction générale de l'offre de soins, guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine, 2012
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_methodologique_elaboration_contrats_et_conventions_telemedecine-2.pdf
La structure constituée en vue du déploiement des systèmes d'information en région (Groupement de Coopération Sanitaire « télésanté ») peut être impliquée dans la négociation en tant que partenaire. Son objet étant toutefois principalement dédié au développement des infrastructures techniques, elle n'a pas a priori vocation à porter les projets dans leur ensemble.

■ Evaluation multi dimensionnelle



Article R146-8 du code de l'action sociale et des familles
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=147BA59F6C3E02F9E3730368745C8A43.tpdjo04v_2?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000018092410&dateTexte=20120914&categorieLien=cid#LEGIARTI000018092410
Direction générale de la cohésion sociale, 2012
[Sans mentionner le terme " évaluation multidimensionnelle" l'article précise les éléments de la situation d'une personne handicapée à prendre en compte lors de l'évaluation conduite par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH].
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.



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 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.



Direction générale de la cohésion sociale, 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.

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 est très souvent reprise dans la littérature, au moins comme point de départ. Il 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. cf rubrique ad hoc.
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 coresponsabilisation.
Intégrer consiste donc à relier le système de santé à l'ensemble des services sociaux et médicosociaux. La continuité, objectif recherché, ne peut être le fait des seuls acteurs locaux mais concerne également les décideurs afin qu'ils inscrivent collectivement leur action envers la population ciblée.
Ainsi, la coordination renvoie à des mécanismes d'animation du système de services et de soins sans le modifier en profondeur. Chacun conserve son « autonomie » et « ses missions ». L'intégration au contraire vise à modifier le système en créant un « nous » co-responsable de l'offre de soins et de services sur un territoire. Ainsi dans un système intégré, il importe moins de savoir si chaque effecteur assure sa mission que de savoir si l'ensemble des effecteurs couvrent les besoins de la population et, si non, pourquoi.
Pour simplifier à l'extrême on pourrait dire que la coordination (au niveau organisationnel) cherche à animer la complexité, là où l'intégration viserait à la réduire.

- **Filière intégrée**

Définition de l'Association de Médecine Physique et de Réadaptation d'Ile-de-France, 2012
http://ampr-idf.pagesperso-orange.fr/filieres.htm
La filière, terme issu de l'économie, associe dans un champ d'activité de soins :

- l'intégration verticale entre les structures successives ou passe le patient lors de son parcours, en veillant au meilleur chaînage des soins, par des conventions de partenariat. Chaque étape produit une fraction de la valeur finale qui ne peut être conçue uniquement sous l'angle de ce que les acheteurs de soins payent aux offreurs mais bien principalement en fonction d'un résultat clinique souhaité pour un patient.

Ici se pose donc bien la définition économique et politique de la valeur, articulée à celle de solidarité et qu'on résout en général par la notion de panier de soins,

- l'intégration horizontale, vise à optimiser dans un souci d'efficience la complémentarité territoriale des structures correspondant à un même niveau de la chaîne de valeur (que ce soit au stade de la prévention, des soins aigus, de la réadaptation, du retour et maintien au domicile..) en organisant une offre apte à répondre à la diversité des situations, veillant à éviter les doublons, les redondances inutiles nuisibles aux économies d'échelle, au besoin en favorisant des fusions d'activités similaires ou complémentaires ou en favorisant des implantations et des alternatives là où l'offre est insuffisante et ne permet pas un accès équitable aux soins,

- enfin une intégration transversale doit permettre de répondre aux contraintes liées à la convergence de prestations et d'interventions là où il faut faire coopérer les acteurs au-delà des murs et du temps de chaque structure, en équipe multidisciplinaire et en réseau.

- **MAIA**



Décret n° 2011-1210 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024612056&dateTexte=&categorieLien=id

Initiées par le Plan national Alzheimer, les MAIA (maison 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.

P

Parcours



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, aide à l'autonomie et parcours de vie, 2012
http://www.rencontres-scientifiques.cnsa.fr/

Raisonner en termes de parcours suppose de cerner les besoins des personnes et d'assurer leur accompagnement au quotidien, dans les grandes étapes de leur vie ou lors de périodes de crises.



Inspiré d'une définition de l'ARS Ile-de-France, 2012

Un parcours se définit comme la trajectoire globale des patients et usagers dans un territoire de santé donné, avec une attention particulière portée à l'individu et à ses choix.
Il nécessite l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social.
Il intègre les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.
Si le parcours d'une personne donnée est unique, à l'échelle d'une population on peut repérer et organiser des typologies de parcours *a priori* et calibrer et anticiper les ressources nécessaires.

- **Chemin clinique**



Haute autorité de santé, chemin clinique une méthode d'amélioration de la qualité, 2004
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_guide.pdf
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. Les résultats attendus sont :

- la simplification des prises en charge pour les professionnels,

- l'amélioration de l'efficacité des soins,

- la clarification et la simplification de l'information donnée aux patients,

- l'optimisation des ressources humaines et matérielles.

La logique de traçabilité de la prise en charge des patients en suivant leur parcours et les contributions des uns et des autres, et non par métiers, modifie sensiblement l'approche d'informatisation du dossier. Elle tend à provoquer la mise en place de moyens de gestion de production combinant la définition d'objectifs de prise en charge, le pilotage des ressources et le déclenchement d'alertes. De ce fait, elle engage dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.
Elle peut être utilisée dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral coordonné.

- **Filière de soins**



Article L 162-31-1 du code la sécurité sociale, 2001
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006073189&idArticle=LEGIARTI000006740876&dateTexte=&categorieLien=cid

[Toute personne physique ou morale, ainsi que les institutions médicosociales peuvent mener] des actions expérimentales dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord des bénéficiaires de l'assurance maladie concernée, des formes nouvelles de prise en charge des patients,

et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.
[L'article consacré aux filières et réseaux de soins expérimentaux du Code la sécurité sociale, ne prévoit pas plus de définition que le Code de la santé publique.]



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

Une filière peut être de santé ou de soins. Elle est une description de trajectoires et peut être définie *a posteriori* ou *a priori*. 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. Les éléments de caractérisation d'une filière sont : les "lieux de passage", la quantité d'aide et de soins apportée à chaque niveau, le temps de passage à chaque niveau, les coûts associés."



Définition de l'ARS Bretagne, 2012

Une filière est un ensemble d'acteurs ou structures, organisés autour d'une pathologie ou une population, sur un espace limité appelé territoire.



Définition de M. Frossard, « coordination, intégration, réseaux de services », 2002
http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-1-page-35.htm

Une filière est une trajectoire d'une personne ou d'un patient dans un réseau ou un ensemble intégré ; cette trajectoire est légitimée, soit par l'état des connaissances scientifiques, soit par l'expérience professionnelle, soit par des logiques réglementaires ou tarifaires



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 la trajectoire des patients telle que l'on peut la décrire a posteriori ou telle que l'on peut essayer de l'infléchir par des mesures soit incitatrices, soit réglementaires ou législatives. Cette filière 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.

▪ Parcours de soins



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 du patient 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. Sachant que la nécessité d'une telle coordination de qualité augmente avec le nombre des professionnels concernés qui varie selon la complexité de la situation et la poly-pathologie. La démarche permet au final une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et « point de vue du patient ».



Direction générale de la santé, 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).



Direction de la sécurité sociale, 2012

Pour le HCAAM (avis du 22/03/2012), dans l'expression parcours de soins, le mot « soins » doit s'entendre dans un sens plus large que le seul soin clinique ou technique. Certains membres du HCAAM ont rappelé l'importance que peuvent avoir, à cet égard, les choix terminologiques, et ont exprimé pour cette raison le souhait que d'autres expressions lui soient préférées, telles que « parcours de santé » ou « trajet de soins ».

Définition de V. Caillavet-Bachellez, Mémoire EHESP, 2010

Le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation.

➢ *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 personnalisé*

Haute autorité de santé, « 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-personnalises-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 rénovée 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 :

- 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.

- 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.

- Cibler les points critiques du parcours de soins pour minimiser les risques et harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

- **Parcours de santé**



Inspirée de la définition du président du CISS, C. Aout
ARS Bourgogne, 2012

Du point de vue de l'usager, 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 de l'ARS Bretagne, 2012

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. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico social et le social

- **Parcours de vie**



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 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 Il s'agit de considérer l'individu dans sa centralité, sa singularité et dans le respect de son profil biographique pour lui proposer un parcours d'accompagnement et de soins cohérent, tout en dépassant les normes et calendriers institutionnels.
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. Le législateur insiste sur la prise en compte du projet de vie, sur la notion d'évaluation pluridisciplinaire des attentes et des besoins et sur la nécessité d'un partenariat coordonné. »



Définition de M. Bessin, « parcours de vie et temporalités biographiques : quelques éléments de problématique », 2009
http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2009-6-page-12.htm

Le parcours de vie constitue un domaine d'investigation des sciences sociales en expansion. […]
Le paradigme du parcours de vie est généralement défini par un ensemble d'approches multidisciplinaires, qui considèrent la vie humaine et son développement comme une totalité. Il s'agit d'interroger son organisation et son déroulement dans le temps, ses

fondements biologiques, psychologiques, ainsi que son insertion sociétale et historique. […] Il ne peut être appréhendé par une seule discipline, et […] ce sont les secteurs ou les approches par définition pluridisciplinaires, comme les sciences de l'éducation, la gérontologie ou la sociologie clinique qui ont davantage investi ce paradigme.



Définition de S.Cavalli, « modèle de parcours de vie et individualisation », 2007
http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2007-4-page-55.htm

L'expression de « parcours de vie » (life course) est utilisée tant pour définir un paradigme scientifique multidisciplinaire qui étudie le déroulement de la vie humaine dans son extension temporelle et dans son cadrage socio-historique […] Le parcours de vie individuel est composé d'un ensemble de trajectoires plus ou moins entrelacées et renvoyant aux différentes sphères dans lesquelles se déroule l'existence individuelle : scolaire, professionnelle, familiale, associative, etc. (Elder, 1998). Cette dernière distinction nous renvoie aux deux niveaux d'analyse du parcours de vie : c'est-à-dire, sous l'angle sociétal, à la manière dont la société – via l'État, le système économique, etc. – organise la vie humaine en termes de séquence ordonnée de positions; sur le plan individuel, aux trajectoires idiosyncrasiques et à la négociation qu'opère l'individu du modèle de déroulement de la vie que la société lui propose, voire lui impose.

- **Plateforme de services**



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

Une plateforme de services en santé favorise la qualité et la coordination de la prise en charge (aides, services, etc.). Elle oriente les demandeurs de service vers les prestataires et conseille sur l'utilisation des autres aides. La plateforme a une mission d'information, d'orientation et de conseil qui vise à produire une offre aux bénéficiaires.

- **Trajectoire**



Définition de M. Frossard, Coordination, intégration, réseaux de services, 2002
http://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe-2002-1-page-35.htm

Une trajectoire est un parcours effectué par une personne ou un patient dans un dispositif d'offre de services ou de soins; ce parcours se caractérise par des passages d'un service à un autre, par un temps de passage dans un service, par des ensembles d'aides et de soins.

■ Permanence des soins

Article L6314-1 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D4FF68A0EC426CBFC973947CF1671BFA.tpdjo02v_2?idArticle=JORFARTI000020879529&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

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.

▪ La régulation téléphonique

Article L6314-1 de la Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D4FF68A0EC426CBFC973947CF1671BFA.tpdjo02v_2?idArticle=JORFARTI000020879529&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national. Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.
Pour l'accomplissement de la mission de service public de permanence des soins, des modalités particulières de prescription sont fixées par voie réglementaire.

▪ La permanence des soins en médecine ambulatoire

Article R6315-1 de la Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=D4FF68A0EC426CBFC973947CF1671BFA.tpdjo02v_2?idArticle=JORFARTI000020879529&cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=29990101&categorieLien=id

[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.

■ Pertinence des soins

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

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'efficience, la sécurité et la qualité d'une prise en charge.

▪ Hospitalisation : évitable, non pertinente, inadéquate, médicalement non justifiée

Inspirée d'extraits de « hospitalisations évitables et soins primaires », étude réalisée pour le LEEM par F. Amric, E. Mansour, C. Nestrigue, juin 2009
ARS Bourgogne

Le concept d'hospitalisation évitable diffère de ceux plus englobant d'hospitalisation non-pertinente ou d'hospitalisation inadéquate utilisés. L'hospitalisation non pertinente comprend, outre l'hospitalisation évitable également des prises en charge erronées au sein de l'hôpital (hospitalisation justifiée mais mauvais aiguillage), l'hospitalisation complète quand une hospitalisation partielle est suffisante, et l'hospitalisation médicalement non justifiée.
L'objet du concept d'hospitalisation non-pertinente est de mettre à jour des gains d'efficience 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, l'objet du concept d'hospitalisation évitable est de rendre compte de la qualité des soins primaires. L'important 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.

■ Plan personnalisé

▪ Plan d'action personnalisé (PAP)

Circulaire n° 2004-4, caisse nationale d'assurance vieille, 2004
https://www.partenairesactionsociale.fr/portal/page/portal/GAAD_GRP_NAT/GAAD_PG_N_Documentation/GAAD_PG_N_Textes_nationaux/Circulaire_Cnav_2004-4_du_19-01-2004.pdf

La Cnav a tenu à prendre en considération les situations concrètes et les besoins de certaines personnes âgées. […]
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



Article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000006905621&idSectionTA=LEGISCTA000006190052&cidTexte=LEGITEXT000006074069&dateTexte=20120828

La loi du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), introduit la notion de droit, pour toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental, à une prestation permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.
L'évaluation des besoins de la personne âgée et la construction du plan d'aide personnalisé nécessitent une démarche pluridisciplinaire et multidimensionnelle. Le contenu du plan d'aide est déterminé par l'équipe médico-sociale du conseil général lors d'une visite à domicile, en concertation avec la personne dont elle recueille l'approbation. L'équipe médico-sociale mentionne, dans le plan d'aide, les dépenses susceptibles d'être prises en charge au titre de l'APA – dans la limite de ses plafonds – et non la totalité des aides potentiellement nécessaires. Elle recommande les modalités d'intervention les plus appropriées compte tenu des besoins et en fonction de la perte d'autonomie de la personne (recours à un prestataire de services ou à un salarié dont l'employeur est un particulier). L'APA est affectée à la couverture de dépenses de toute nature (aide humaine, aides techniques, accueil temporaire, transports, adaptation du logement ou autres aides concourant à l'autonomie).

▪ Plan personnalisé de compensation



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2012
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Memo_03_Projet_de_vie.pdf
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Mots-cles_Compensation_26-8.pdf

Le plan personnalisé de compensation est élaboré par l'équipe pluridisciplinaire au terme d'un dialogue avec la personne handicapée relatif à son projet de vie. Il comprend des propositions de mesures de toute nature, notamment concernant des droits ou prestations destinées à apporter, à la personne handicapée, au regard de son projet de vie, une compensation aux limitations d'activités ou restrictions de participation à la vie en société qu'elle rencontre du fait de son handicap.

Le plan personnalisé de compensation comporte, le cas échéant, un volet consacré à l'emploi et à la formation professionnelle ou le projet personnalisé de scolarisation.
Le plan de compensation est transmis à la personne handicapée ou, le cas échéant, à son représentant légal, qui dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître ses observations. La commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées est informée de ces observations.



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2012
http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/Memo_03_Projet_de_vie.pdf
La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances des personnes handicapées pose le principe d'un nouveau droit, le droit à compensation, pour permettre à la personne handicapée de faire face aux conséquences de son handicap dans sa vie quotidienne, quels que soient l'origine et la nature de sa déficience, son âge ou son mode de vie, en prenant en compte ses besoins, ses attentes et ses choix de vie.
La compensation englobe des aides de toute nature en réponse aux besoins des personnes handicapées.
Le plan personnalisé de compensation (PPC) 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. Loin de se contenter d'une juxtaposition de prestations, le PPC s'appuie sur une approche globale des attentes et des besoins de chaque individu, à partir d'un projet de vie défini par la personne elle-même. 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.

T

■ 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 projets " 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 de santé**



Article L1434-16 du code de la santé publique, 2009
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020891659&dateTexte=&categorieLien=cid

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.

- **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 infra-régional. 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 : 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 (légales, 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 infra-régionaux créés par les ARH, 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.

Les bassins de vie :

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.

Les 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 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 », mais cette première distinction permet de rappeler qu'il est nécessaire de bien définir l'objectif qui sous-tend le choix d'une échelle ou d'un contour géographique.

■ Transversalité



ARS Bretagne

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, elle prend place.

Ont contribué à l'élaboration de ce document :
Les Agences régionales de santé, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, la Direction générale de la cohésion sociale, la Direction générale de la santé, la Direction de la sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.