

GUIDE DES USAGERS DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DU SECTEUR MÉDICOSOCIAL

Démocratie en Santé & Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie

ÉDITO

MOT DU PRÉSIDENT

La CRSA Grand Est fait de la défense des droits des usagers, une de ses priorités.

Au-delà des forums qu'elle organise sur ces sujets, elle a décidé de mettre l'accent sur la connaissance des droits de chacun.

Sous la mandature 2016-2021, la CRSA Grand Est a souhaité actualiser le présent guide qui avait été réalisé il y a quelques années sous l'égide de la CRSA de Lorraine.

Cependant, la crise sanitaire a retardé la finalisation et la diffusion de ce guide. Aussi, la nouvelle CRSA (mandature 2021-2026) a décidé de continuer et de terminer le travail entrepris. L'ouvrage a été repris et complété en fonction de l'évolution de la législation et enrichi de nouvelles rubriques.

Nous avons voulu le rendre accessible à tous. Pour ce faire, il sera également décliné dans une version en lecture facile à lire et à comprendre.

Je souhaite que vous trouviez à travers sa lecture, les réponses que vous recherchez afin que vous puissiez bénéficier de l'intégralité de vos droits.

Hubert Attenont

*Président de la Conférence
Régionale de la Santé et
de l'Autonomie (CRSA) Grand Est*



REMERCIEMENTS

Lors de la mandature de la CRSA Grand Est 2016-2021, la Commission Spécialisée Droits des Usagers (CSDU) a été fortement mobilisée par la réalisation de ce guide. Mme Danièle Quantinet, présidente de la précédente CSDU, s'est beaucoup investie pour la réactualisation de ce document en lien avec M. Michel Bonnefoy, ancien directeur de l'Observatoire Régional de la Santé.

Monsieur Hubert Attenont, président de la CRSA Grand Est (mandature 2021-2026) s'associe à Mme Angèle Ratzmann, présidente de la CSDU actuelle pour les remercier vivement pour le travail réalisé.

Ils remercient également les services de l'Agence Régionale de Santé pour la relecture des travaux et l'agence de communication Pluri-L pour sa participation à la refonte globale de ce guide.

I – LES DROITS UNIVERSELS - p. 06

LES FRAIS DE SANTÉ - p. 07

LE REGIME DE BASE - p. 07

La carte vitale

La Carte Européenne d'Assurance Maladie (CEAM)

Le remboursement des soins à l'étranger

Le Régime Local d'Alsace-Moselle (RLAM)

L'Aide Médicale de L'Etat (AME)

Le Dispositif de Soins Urgents et Vitaux (DSUV)

COMPLEMENTAIRE SANTÉ - p. 09

La complémentaire santé

La Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S)

LE TIERS PAYANT - p. 09

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS - p. 10

Le médecin traitant

Le médecin correspondant

MON ESPACE SANTE - p. 11

LES MESURES DE PROTECTION - p. 11

LES MESURES PREVENTIVES - p. 11

La procuration

Le mandat de protection future

LES MESURES CONTRAIGNANTES DE PROTECTION - p. 11

L'ABUS DE FAIBLESSE - p. 11

II- LA PREVENTION ET LA SANTE PUBLIQUE - p. 13

ORGANISATION DE LA PREVENTION - p. 14

Les programmes nationaux de prévention

Le Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS)

La démarche de prévention des risques professionnels

ACTIONS DE PREVENTION - p. 17

LA VACCINATION

LES DEPISTAGES ORGANISES DU CANCER

- Dépistage du cancer du col de l'utérus
- Dépistage du cancer colorectal
- Dépistage du cancer du sein

LE DEPISTAGE NEONATAL

LA PREVENTION DES COMPLICATIONS DU PIED DIABETIQUE

PRESCRI'MOUV

III- LE SECTEUR SANITAIRE - p. 19

LE SYSTEME SANITAIRE - p. 20

LE SYSTEME HOSPITALIER

- Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)
- Les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA)
- Les Centres Hospitaliers (CH)
- Les établissements privés de santé (ou clinique)
- Les hôpitaux de proximité

LES SOINS AMBULATOIRES

L'ORGANISATION SANITAIRE REGIONALE ET TERRITORIALE - p. 21

L'ECHELON REGIONAL

- Les Agences Régionales de Santé (ARS)
- La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)

L'ECHELON TERRITORIAL

- Le Conseil Territorial de Santé (CTS)
- Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

L'ECHELON LOCAL

- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)
- Les Contrats Locaux de Santé (CLS)
- Une organisation spécifique pour la santé mentale

LES DIFFERENTS TYPES D'HOSPITALISATION - p. 22

- L'hospitalisation complète (ou hospitalisation à temps complet)
- L'hospitalisation à temps partiel (ou séances de soins)
- L'Hospitalisation De Jour (HDJ)
- L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

LES PRISES EN CHARGE SPECIALISEES - p. 23

LES SOINS DE SUITES ET DE READAPTATION (SRR)

LES SOINS PALLIATIFS

LES SOINS PSYCHIATRIQUES

- Les soins psychiatriques libres
- Les soins psychiatriques sous contrainte
- Les contrôles du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

LES SOINS DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

CONNAITRE ET FAIRE VIVRE SES DROITS - p. 25

- La charte de l'enfant hospitalisé
- La charte de la personne hospitalisée

- Information et consentement éclairé du patient
- Le refus de soins
- Le droit d'accès à son dossier médical
- Les droits et la télésanté
- La personne à prévenir
- La personne de confiance
- Les directives anticipées
- Loi sur la fin de vie dite Loi Claeys- Léonet

LA PLACE DES USAGERS - p. 29

Les missions des représentants des usagers (RU)
Les Commissions des Usagers (CDU)

LES DIFFERENTS RECOURS - p. 30

LES RECOURS AUPRES DU DEFENSEUR DES DROITS
LES RECOURS EN CAS DE LITIGE AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE

- Les recours auprès des CPAM
- Les instances ordinaires
- Le refus de soins discriminatoire
- Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

IV - LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL : PERSONNES AGEES OU EN SITUATION DE HANDICAP - p. 32

LE « DROIT D'ACCES » DES USAGERS AUX ETABLISSEMENTS ET AUX SERVICES MEDICO-SOCIAUX - p. 33

SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS - p. 33

LES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS DES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX - p. 34

LES OUTILS POUR L'EXERCICE DU DROIT DES USAGERS

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le règlement de fonctionnement
- Le contrat de séjour

LE RECOURS A UNE PERSONNE QUALIFIEE

LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ET LES AUTRES FORMES DE PARTICIPATION

- Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)
- Les autres formes de participation

LE PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE

V - LES RESSOURCES ET AIDES AUX PERSONNES AGEES OU EN SITUATION DE HANDICAP - p. 38

LES AIDES AU LOGEMENT - p. 39

- L'Aide Personnalisée au Logement (APL)
- L'Allocation de Logement Familial (ALF)
- L'Allocation de Logement Social (ALS)
- L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)

LES AIDES FISCALES - p. 39

LES RESSOURCES ET AIDES SPECIFIQUES AUX PERSONNES AGEES - p. 40

- L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)
- L'Aide financière pour rémunérer une aide à domicile
- L'Aide financière pour payer le portage des repas
- L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

LES RESSOURCES ET AIDES SPECIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP - p. 41

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

LES AIDES A L'AUTONOMIE

- La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)
- La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)
- L'aide à la parentalité
- La carte mobilité inclusion (CMI)

L'INVALIDITE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE

- La pension d'invalidité
- Invalidité et handicap
- Retraite pour inaptitude au travail
- Aptitude/Inaptitude

TABLEAU DES ORGANISMES AUXQUELS S'ADRESSER PAR CATEGORIE DE PRESTATION - p. 44

VI – DES DISPOSITIFS SPECIFIQUES - p. 45

LA CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) - p. 46

LE DROIT A L'OUBLI

LA GRILLE DE REFERENCE

LE DON D'ORGANES OU DE TISSUS - *p. 46*

L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE) - *p. 46*

LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE - *p. 47*

LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES - *p. 47*

LE PORTAIL DE SIGNALEMENT DES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES - *p. 47*

RECAPITULATIF DES NUMEROS ESSENTIELS - *p. 47*

ABREVIATIONS ET DEFINITIONS - *p. 48*

I - Les droits universels

► LES FRAIS DE SANTÉ

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la Protection Universelle Maladie (la PUMa) remplace la Couverture Maladie Universelle (CMU) et permet à toute personne majeure qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière de bénéficier à titre personnel de la prise en charge de ses frais de santé par l'assurance maladie.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34308>

L'assurance maladie rembourse la quasi-totalité des frais médicaux aux assurés sociaux et leurs ayants droit. Cependant, une petite partie peut

rester à la charge du patient dont le ticket modérateur. Si le patient a une complémentaire santé, elle peut prendre en charge le ticket modérateur selon le contrat souscrit.

Sont exonérées de ce reste à charge notamment les femmes enceintes et les personnes atteintes d'une affection de longue durée. Le ticket modérateur peut au contraire être majoré si le patient consulte un professionnel de santé hors parcours de soins coordonnés.

Le ticket modérateur est déduit automatiquement des remboursements et figure en déduction sur les relevés de remboursement.

► LE RÉGIME DE BASE

■ LA CARTE VITALE

Elle atteste de l'affiliation et des droits à l'assurance maladie de l'assuré social et de ses ayants droit. Fiable, pratique et sûre, la carte vitale est à présenter à tous les professionnels de santé pour faciliter son identification et le remboursement de ses frais de santé. Elle est délivrée gratuitement par l'assurance maladie.

Mettre à jour sa carte vitale à chaque événement de la vie (changement de situation) et au minimum une fois par an est un réflexe indispensable. Des bornes sont disponibles à cet effet dans les organismes d'assurance maladie ou les pharmacies.

En savoir plus : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/carte-vitale>

■ LA CARTE EUROPÉENNE D'ASSURANCE MALADIE (CEAM)

La CEAM facilite la prise en charge des frais médicaux imprévus et nécessaires exposés par un assuré social au cours d'un séjour temporaire sur le territoire d'un autre Etat membre de l'Union Européenne, en Norvège, au Liechtenstein, en Islande ou en Suisse quelle que soit la nature du séjour (vacances, séjour professionnel, séjour linguistique...) ou la qualité du titulaire de la carte (travailleur, pensionné, chômeur, étudiant...).

Délivrée gratuitement, la CEAM est individuelle et nominative : chaque personne doit avoir sa propre carte, y compris les mineurs. Elle garantit à ses bénéficiaires un accès direct au système de santé public du pays de séjour dans les mêmes conditions et tarifs que ses assurés sociaux.

La CEAM n'est pas valable en cas de soins programmés. Elle ne se substitue pas à une assurance voyage privée (sauvetage, rapatriement).

> Il est possible de commander la CEAM depuis le site : www.ameli.fr

■ REMBOURSEMENT DES SOINS À L'ÉTRANGER

Lorsque le patient n'a pas la CEAM ou que le pays où il a séjourné ne la reconnaît, le remboursement des frais médicaux peut être demandé à l'assurance maladie par le biais du formulaire CERFA N°12267*04 (voir lien ci-dessous). Les justificatifs des dépenses engagées à l'étranger, notamment les factures originales acquittées doivent être jointes à cet envoi.

> Il est possible de télécharger ce formulaire sur le lien suivant : <https://www.ameli.fr/sites/default/files/formulaires/221/s3125.pdf>

■ LE RÉGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE (RLAM)

Le RLAM est un régime de sécurité sociale complémentaire obligatoire. Son Conseil d'Administration se compose de 31 membres titulaires et 23 suppléants nommés pour 4 ans renouvelables. 25 ont voix délibérative et 6 ont voix consultative. Il a des compétences de

gestion et de décision sur les prestations prises en charge et détermine chaque année son taux de cotisation pour garantir son équilibre financier. 23 des représentants titulaires et autant de suppléants sont désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives sur les trois départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Le RLAM verse à ses bénéficiaires un complément de remboursement sur les sommes prises en charge par l'assurance maladie pour atteindre 90% du tarif de remboursement des soins de ville et 100% en cas d'hospitalisation. Il prend également en charge le forfait journalier hospitalier.

Le RLAM a vocation à couvrir les salariés du secteur privé et les salariés contractuels de la fonction publique relevant du régime général exerçant une activité professionnelle sur les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle ainsi que les retraités et demandeurs d'emploi.

> Il est possible de se renseigner sur www.ameli.fr ou de se rendre à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) du lieu de résidence pour déterminer ses droits à bénéficier du RLAM.

Pour en savoir plus : <https://regime-local.fr/>

■ L'AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT (AME)

L'AME est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources.

La délivrance suppose le dépôt d'un dossier à l'assurance maladie de son lieu de résidence. Une fois accordés, les droits à l'AME prennent effet à la date du dépôt du dossier pour une année. Son renouvellement doit être demandé chaque année.

L'assuré bénéficiaire de l'AME reçoit une carte d'admission à l'AME à présenter aux professionnels de santé le prenant en charge pour faire valoir ses droits et bénéficier de l'avance de frais.

Pour en savoir plus : <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>

■ LE DISPOSITIF DE SOINS URGENTS ET VITAUX (DSUV)

Le DSUV permet aux étrangers en situation irrégulière qui sont sur le territoire français depuis moins de trois mois ou qui ne sont pas admis à l'AME de recevoir des soins urgents à l'hôpital.

Les soins urgents pris en charge sont :

- les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à l'altération grave et durable de l'état de santé du patient ou de celui d'un enfant à naître,
- les soins destinés à éviter la propagation d'une maladie à l'entourage ou à la collectivité (exemple : la tuberculose),

▪ tous les soins d'une femme enceinte et d'un nouveau-né : les examens de prévention réalisés pendant et après la grossesse, l'accouchement,

▪ les interruptions de grossesse (volontaires ou pour motif médical).

Dans ce cadre, l'assurance maladie prend en charge l'intégralité des soins urgents pratiqués dans un établissement de santé, y compris les médicaments prescrits par le médecin de l'établissement, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale. Une dispense totale d'avance des frais pour ces soins est accordée.

En savoir plus : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/cmu-aides-financieres/aide-medicale-etat-soins-urgents>

COMPLEMENTAIRE SANTÉ

■ LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

L'assurance maladie rembourse partiellement les dépenses de santé. Une complémentaire santé (mutuelle) individuelle ou d'entreprise permet de couvrir les frais restant à charge.

■ LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE (CSS OU C2S)

Elle remplace la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). C'est une aide pour payer ses dépenses de santé. Elle est attribuée sous condition de revenus aux assurés sociaux avec ou sans participation financière de leur part selon leurs ressources.

Avec la CSS, les frais médicaux sont payés par les organismes d'assurance maladie obligatoires des assurés sociaux et l'organisme qu'ils ont choisi pour gérer leur complémentaire santé solidaire.

LE TIERS PAYANT

Le système de tiers payant permet aux assurés sociaux d'être dispensés de faire l'avance de la part des frais médicaux remboursés par l'assurance maladie sur présentation de la carte vitale. Il est un droit pour les personnes prises en charge au titre de la maternité ou atteintes d'une affection de longue durée.

Au-delà, par le biais de conventions spécifiques, les organismes complémentaires peuvent également faire bénéficier leurs adhérents du

accordée pour une durée d'un an renouvelable, la CSS permet d'être pris en charge chez les médecins et la plupart des autres professionnels de santé sans avance de frais, ni dépassement d'honoraires à la condition pour l'assuré de respecter le parcours de soins coordonnés, de s'adresser à des professionnels de santé conventionnés et de présenter lors des soins une carte vitale à jour.

À savoir : *les personnes sans domicile stable peuvent élire résidence auprès d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'une association agréée.*

Pour en savoir plus : <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/difficultes-acces-droits-soins/complementaire-sante/complementaire-sante-solidaire>

Le système de tiers payant pour les frais restant à leur charge après prise en charge de l'assurance maladie. C'est le tiers payant « mutuelle ». A compter du 1^{er} janvier 2022, ce système s'impose aux complémentaires santé sur les équipements et soins du panier 100% santé qui concernent l'optique, l'audiologie et le dentaire.

LE PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

Le parcours de soins coordonnés est le circuit que le patient doit suivre pour disposer d'un suivi médical coordonné, d'une gestion rigoureuse de son dossier médical et d'une prévention personnalisée. Son respect permet aux assurés sociaux d'être mieux remboursés par l'assurance maladie.

Pour en savoir plus sur les tarifs de consultation des médecins et les règles de remboursement :

<https://www.ameli.fr> à la rubrique « soins et remboursements ».

L'acteur principal de ce parcours de soins coordonnés est le médecin traitant lequel oriente, au besoin, le patient vers des médecins correspondants.

■ LE MÉDECIN TRAITANT

Tous les bénéficiaires d'une couverture maladie sont invités, à partir de 16 ans, à déclarer leur médecin traitant afin de s'inscrire dans un parcours de soins coordonnés.

Médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital, le médecin traitant est celui qui :

- soigne régulièrement le patient,
- l'oriente dans le parcours de soins coordonnés,
- connaît et gère son dossier médical,
- assure une prévention personnalisée de son patient (suivi de la vaccination, organisation des examens de dépistages organisés, aide à l'arrêt du tabac, conseils santé en

fonction du style de vie en fonction de l'âge et des antécédents familiaux, conseils en nutrition...),

- établit le protocole de soins à suivre en cas d'affection de longue durée.

Il est possible de déclarer son médecin traitant sur le lien suivant : <https://www.ameli.fr/assure/adresses-et-contacts/un-changement-de-situation/declarer-un-nouveau-medecin-traitant>

Attention :

si aucun médecin traitant n'est déclaré, ou si un autre médecin est consulté sans orientation du médecin traitant, le patient est hors du parcours de soins coordonnés. Dans cette situation, les consultations sont moins bien remboursées. En cas d'application du tiers payant, les sommes correspondantes seront récupérées ultérieurement par l'assurance maladie.

Il est toutefois possible de consulter un autre médecin que le médecin traitant sans subir de pénalités financières, dans les situations suivantes :

- en cas d'urgence ou d'éloignement de sa résidence habituelle (vacances...),
- consultation du remplaçant de son médecin traitant ou d'un médecin exerçant dans le même centre ou cabinet que ce dernier,
- consultation hospitalière en tabacologie, alcoologie ou lutte contre les toxicomanies,

- consultation dans un centre de médecine humanitaire ou de planification et d'éducation familiale ;

Certains professionnels de santé peuvent être consultés sans passer par le médecin traitant. C'est le cas des ophtalmologues, des dentistes, des gynécologues, des psychiatres et des stomatologues sous certaines conditions.

■ LE MÉDECIN CORRESPONDANT

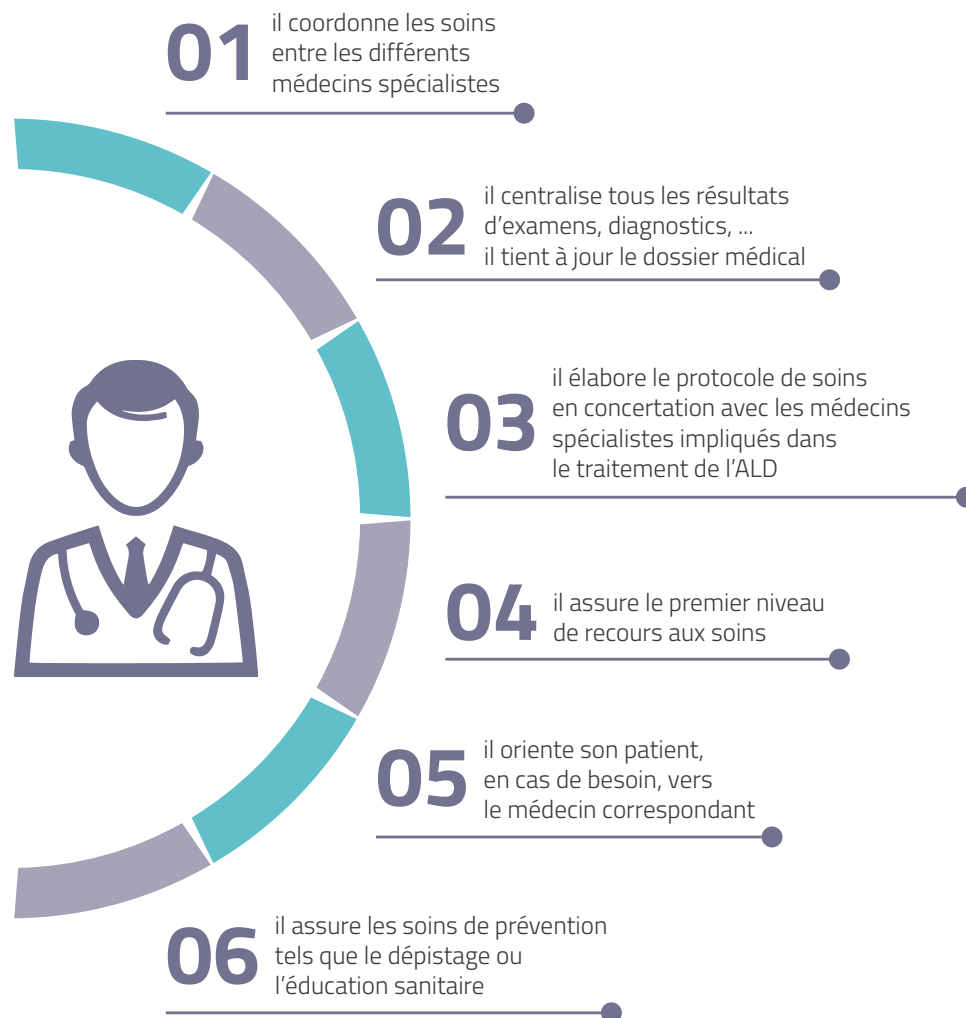
Dans le cadre du parcours de soins, le médecin traitant peut orienter s'il le juge nécessaire un patient vers un médecin spécialiste appelé médecin correspondant. Cette demande du médecin traitant conditionne le remboursement maximal des honoraires du médecin correspondant au patient par l'assurance maladie.

Le spécialiste peut être consulté pour :

- un avis ponctuel,
- des soins pratiqués selon un protocole notamment pour les patients atteints d'affection de longue durée,
- une séquence de soins définis.

Il doit diagnostiquer et mettre en place les plans de traitements, de soins et d'examens relevant de son champ de compétences et, avec l'accord du patient, informer le médecin traitant des observations et résultats utiles à la bonne coordination des soins.

RÔLE ET MISSIONS DU MÉDECIN TRAITANT



MON ESPACE SANTE

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé qui a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés sociaux.

Ce nouveau service permet de stocker en toute sécurité son dossier médical et de permettre le partage avec les professionnels de santé de son choix de tous documents et informations utiles à son suivi médical. Au-delà, il donne accès à une messagerie santé puis à terme, à un agenda médical

ainsi qu'à un catalogue de services et d'applications de santé référencés par les services publics.

Pour activer son espace santé personnel : <https://www.ameli.fr/assure/sante/mon-espace-sante>

A savoir :

les patients disposant d'un Dossier Médical Partagé (DMP) qui activent leur espace personnel sur Mon espace santé pourront y retrouver les données de leur DMP.

LES MESURES DE PROTECTION

L'état de santé physique ou psychique d'une personne peut nécessiter qu'un tiers intervienne dans la gestion de ses affaires. Les mécanismes permettant de fonder cette intervention peuvent

avoir été mis en place par la personne elle-même à titre préventif lorsque son état de santé lui permettait encore d'en décider ou au contraire lui être imposés pour la protéger.

LES MESURES PREVENTIVES

LA PROCURATION

La procuration désigne un écrit par lequel une personne donne le pouvoir à une autre d'agir à sa place dans un but déterminé. Les procurations sont des documents fréquents et utiles dans la vie courante, notamment pour les personnes dont l'état de santé ne leur permet pas d'accomplir une formalité nécessitant de se déplacer (démarches à la poste, à la banque...).

chargées de la représenter pour le cas où son état de santé physique ou mental l'empêcherait de pourvoir seule à ses intérêts ou de représenter son enfant malade ou handicapé en cas de décès.

En concluant ce contrat, le mandant conserve l'intégralité de ses droits et de sa capacité juridique. Il confie simplement à une personne en qui il a toute confiance le pouvoir de le représenter pour exercer ses droits en tout ou partie. En effet, ce contrat peut concerner l'exercice des droits patrimoniaux du mandant et/ ou s'étendre à la protection de sa personne.

LE MANDAT DE PROTECTION FUTURE

Le mandat de protection future est le contrat par lequel une personne désigne elle-même les personnes

Le mandat de protection future permet donc à une personne d'anticiper la protection de ses droits en évitant le recours à une mesure de protection juridique plus contraignante.

LES MESURES CONTRAIGNANTES DE PROTECTION

Les différentes mesures de protection juridique sont mises en place dans l'intérêt de la personne. Elles le sont en fonction de son degré d'incapacité apprécié par le juge sur la base d'un certificat médical circonstancié établi par un médecin agréé.

Les mesures de protection juridique sont confiées par le juge du

contentieux de la protection soit à un membre de la famille, soit à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, service, mandataire individuel ou préposé d'établissement.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/N155>

L'ABUS DE FAIBLESSE

*Articles 223-15-2 à 223-15-4 du Code Pénal
Article 414-1 du Code Civil*

Il y a abus de faiblesse quand une personne profite de la vulnérabilité d'une autre pour la conduire à se comporter de manière non conforme à ses intérêts. L'auteur de l'infraction a connaissance de la situation de faiblesse ou de l'état d'ignorance de sa victime. Sa vulnérabilité peut être due à son âge, sa maladie, son handicap physique ou mental ou encore résulter de pressions graves et répétées pour manipuler la victime de manière à altérer son jugement.

L'abus de faiblesse ne doit pas être assimilé à un abus de confiance.

Dans l'abus de confiance, l'auteur des faits détourne les biens ou les fonds de la victime qui lui a accordé sa confiance.

Dans l'abus de faiblesse, il profite de la vulnérabilité de la personne pour la conduire à faire un acte ou une abstention qui lui sont gravement préjudiciables.

Dans les deux cas, la victime dispose de recours sur le plan pénal. En outre, des actions civiles peuvent être envisagées. Notamment, des demandes d'annulation des contrats peuvent être faites pour vice du consentement.

GUIDE

PROCÉDURE D'OUVERTURE D'UNE MESURE DE PROTECTION JUDICIAIRE

Toutes les procédures concernant les mesures de protection des majeurs relèvent de la compétence du juge des contentieux de la protection, au tribunal judiciaire. Ce magistrat ouvre les sauvegardes de justice, les tutelles et curatelles, les suit, les renouvelle et y met fin.

SAISIE DU JUGE DU CONTENTIEUX DE LA PROTECTION

Qui peut saisir le juge ? Les proches (conjoint, partenaire de pacs ou concubin à la condition qu'ils vivent toujours avec le majeur, parents, alliés, amis ou toute personne entretenant avec elle des liens étroits et stables) ou le Procureur de la République.

Où s'adresser ? Requête déposée ou adressée par lettre recommandée avec avis de réception au greffe du tribunal judiciaire du lieu de résidence du majeur. La demande doit être accompagnée d'un certificat médical circonstancié rédigé par un médecin agréé.

JUGEMENT

Délai : le juge dispose d'au plus un an pour statuer à compter de sa saisie. A défaut de respecter ce délai, la requête est caduque.

Notification : le jugement est notifié au majeur et à la personne ayant demandé l'ouverture de la mesure par lettre recommandée avec accusé de réception.

FIN DE LA MESURE

La mesure de protection cesse si elle n'a pas été renouvelée par le juge avant le terme prévu ou en cas de décès de la personne protégée (à noter: le tuteur n'a plus le pouvoir d'organiser les obsèques à la place des héritiers)

Au-delà, si une mesure ne se justifie plus, le juge peut à tout moment y mettre fin, la modifier ou lui substituer une autre mesure après avoir recueilli l'avis de la personne chargée de la mesure de protection.

SAUVEGARDE DE JUSTICE

Mesure de protection temporaire pouvant être ouverte très rapidement en cas d'urgence ou pendant l'instruction d'une demande d'ouverture de tutelle ou de curatelle.

La personne placée sous sauvegarde de justice conserve l'exercice de ses droits, à l'exception de ceux pouvant avoir été confiés par le juge à un mandataire spécial (retrait sur une assurance-vie, vente d'un logement suite à un placement en maison de retraite...). Ce placement permet au majeur de bénéficier pendant la durée de la mesure d'une protection contre les actes et engagements lésionnaires qu'il pourrait être amené à contracter.

Durée maximale : la mesure est prise pour une durée d'un an renouvelable une fois.

L'appel n'est pas possible contre une décision de placement sous sauvegarde de justice.

CURATELLE

Mesure d'assistance qui permet au majeur de continuer à faire seul les actes courants mais qui lui impose d'être assisté pour les actes graves.

Durée maximale : la mesure est prise pour une durée de 5 ans renouvelable une fois, à moins que sur avis conforme du médecin agréé, les facultés personnelles du majeur n'apparaissent pas susceptibles de connaître une amélioration.

TUTELLE

Mesure de représentation prise lorsque les facultés du majeur ne lui permettent pas d'accomplir lui-même les actes de la vie civile.

Durée maximale : la mesure est prise pour une durée de 5 ans renouvelable une fois à moins que sur avis conforme du médecin agréé, les facultés personnelles du majeur n'apparaissent pas susceptibles de connaître une amélioration.

Recours (contre tutelle/ curatelle)

Dans les 15 jours de la notification du jugement pour le majeur et le requérant et dans les 15 jours du prononcé du jugement pour les autres personnes (notamment celles qui auraient également pu demander l'ouverture de la mesure mais ne sont pas intervenues). L'appel se forme au greffe du Tribunal judiciaire, sans ministère d'avocat obligatoire. Ce recours est examiné par la Cour d'Appel.

REFUS D'OUVRIR UNE MESURE DE PROTECTION

Au contraire des décisions d'ouverture, l'appel contre les décisions de refus d'ouverture est uniquement ouvert à la personne qui a déposé la requête, dans les 15 jours de la notification de la décision.

FIN DE LA MESURE

La mesure de protection cesse si elle n'a pas été renouvelée par le juge avant le terme prévu ou en cas de décès de la personne protégée (à noter: le tuteur n'a plus le pouvoir d'organiser les obsèques à la place des héritiers)

Au-delà, si une mesure ne se justifie plus, le juge peut à tout moment y mettre fin, la modifier ou lui substituer une autre mesure après avoir recueilli l'avis de la personne chargée de la mesure de protection.

AUDITION DU MAJEUR PAR LE JUGE

Obligatoire : Sauf si sur avis du médecin agréé cette audition est de nature à porter atteinte à la santé de la personne ou si elle est hors d'état d'exprimer sa volonté ou encore si la personne doit être placée en urgence sous sauvegarde de justice.

Pour l'audition, le majeur peut être accompagné par un avocat ou, sous réserve de l'accord du juge, par toute personne de son choix.

II - La prévention et la santé publique

La notion de prévention décrit l'ensemble des actions, des attitudes et comportements qui tendent à limiter les risques de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.

ORGANISATION DE LA PREVENTION

LES PROGRAMMES NATIONAUX DE PREVENTION

Le plan Priorité prévention est un projet interministériel d'envergure pour améliorer la santé de la population. Il s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

Le plan Priorité prévention aborde tous les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux, et parcourt les différents âges de la vie avec leurs spécificités de la préconception à la préservation de l'autonomie des plus âgés.

Ses principaux défis se trouvent dans l'accompagnement à l'arrêt du tabac, la formation aux gestes de premiers secours, le développement des consultations obligatoires chez les mineurs ou encore dans le 4ème Programme National Nutrition Santé.

L'amélioration de l'état nutritionnel de la population constitue en effet un enjeu majeur pour les politiques de santé publique menées en France, en Europe et dans le monde.

LE PROGRAMME RÉGIONAL POUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PLUS DÉMUNIS (PRAPS)

Le PRAPS est une composante incontournable du Projet Régional de Santé (PRS).

En région Grand Est, le PRAPS est maintenu comme programme spécifique du PRS et est intégré au schéma régional de santé 2018-2023. Il a pour principal enjeu de réduire les inégalités sociales de santé et d'agir

auprès des personnes les plus éloignées du système de santé à travers trois grands axes à savoir :

- promouvoir les comportements et les environnements favorables à la santé autour de problématiques de santé prioritaires dont notamment la prévention des conduites addictives, des cancers, des maladies cardiovasculaires, de la bronchite chronique obstructive, de l'obésité et du diabète de type 2, des maladies à couverture vaccinale, des infections sexuellement transmissibles, la prévention des violences et du suicide, la promotion de la santé bucco-dentaire et de la santé environnementale,
- promouvoir les conditions de vie et de travail favorables à la santé et à la maîtrise des risques environnementaux,
- mobiliser les outils de prévention du système de santé notamment par le renforcement de la protection vaccinale de la population et le développement de l'éducation thérapeutique du patient.

En savoir plus : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/prs>

LA DÉMARCHÉ DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Articles L 4121-1 à L 4121-5
du Code du Travail

Le risque professionnel est la probabilité pour un salarié exposé à une situation dangereuse lors de son

activité professionnelle de subir des effets nocifs pour sa santé physique et mentale. Ces risques peuvent être de type physique ou psychosocial.

Pour prévenir les risques professionnels, les employeurs sont tenus de mettre en place une démarche de prévention qui doit être organisée et suivie (avec une planification des actions à mener et une évaluation régulière de l'efficacité de ces actions), faire l'objet de formations et d'informations ainsi que de la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Cette démarche de prévention repose sur les 9 principes généraux de prévention suivants :

- éviter les risques,
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités,
- combattre les risques à la source,
- adapter le travail à l'Homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production,
- tenir compte de l'évolution de la technique,
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux,
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants notamment les risques

liés au harcèlement moral, au harcèlement sexuel et aux agissements sexistes,

- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle,
- donner les instructions appropriées aux salariés.

L'employeur doit associer les acteurs internes de l'entreprise à la démarche, dont les instances représentatives du personnel (notamment le Comité Social et Economique), le médecin du travail et toute compétence utile dans l'entreprise, y compris les travailleurs eux-mêmes.

Vaccination : êtes-vous à jour ?

calendrier simplifié
des vaccinations

Âge approprié	Vaccinations obligatoires pour les nourrissons								6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +	
	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois								
BCG															
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite															Tous les 10 ans
Coqueluche															
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)															
Hépatite B															
Pneumocoque															
Méningocoque C															
Rougeole-Oreillons-Rubéole															
Papillomavirus humain (HPV)															
Grippe															Tous les ans
Zona															

Les vaccinations contre la diphtérie, la poliomyélite, le tétanos, l'*Haemophilus b*, l'hépatite B, la coqueluche, la rougeole, les oreillons, la rubéole, le pneumocoque et le méningocoque sont **obligatoires** chez les nourrissons avant l'âge de 18 mois.

Qu'est-ce que ça veut dire « être à jour » ?

« Être à jour » c'est avoir reçu les vaccins nécessaires en fonction de son âge et avec le bon nombre d'injections pour être protégé.

Si mes vaccins ne sont pas « à jour » ?

Il n'est pas nécessaire de tout recommencer, il suffit de reprendre la vaccination au stade où elle a été interrompue. On parle de « rattrapage ».

Pour en savoir plus



VACCINATION
INFO SERVICE.FR

Le site de référence qui répond à vos questions

BCG (Tuberculose)

La vaccination contre la tuberculose est recommandée à partir de 1 mois et jusqu'à l'âge de 15 ans chez certains enfants exposés à un risque élevé de tuberculose.

Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite

Les rappels de l'adulte sont recommandés à âges fixes soit 25, 45, 65 ans et ensuite tous les dix ans.

Coqueluche

Le rappel coqueluche se fait à 25 ans. Les futurs parents sont particulièrement concernés, car la vaccination protège les nourrissons de moins de 6 mois dont la vaccination n'est pas complète.

Hépatite B

Si la vaccination n'a pas été effectuée au cours de la première année de vie, elle peut être réalisée jusqu'à 15 ans inclus. À partir de 16 ans, elle est recommandée uniquement chez les personnes exposées au risque d'hépatite B.

Pneumocoque

Au-delà de 24 mois, cette vaccination est recommandée dans des situations particulières.



Méningocoque C

À partir de l'âge de 12 mois et jusqu'à l'âge de 24 ans inclus, une dose unique est recommandée pour ceux qui ne sont pas déjà vaccinés.

Rougeole-Oreillons-Rubéole

Pour les personnes nées à partir de 1980, être à jour signifie avoir eu deux doses de vaccin.

Papillomavirus humain (HPV)

La vaccination est recommandée chez les filles âgées de 11 à 14 ans avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. La vaccination des garçons aux mêmes âges est mise en place depuis le 1^{er} janvier 2021. De plus, la vaccination est recommandée aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) jusqu'à l'âge de 26 ans.

Grippe

La vaccination est recommandée, chaque année, notamment pour les personnes à risque de complications : les personnes âgées de 65 ans et plus, celles atteintes de certaines maladies chroniques dont les enfants à partir de 6 mois, les femmes enceintes et les personnes obèses (IMC > 40 kg/m²).

Zona

La vaccination est recommandée chez les personnes âgées de 65 à 74 ans inclus.

Une question ? Un conseil ? Parlez-en à votre médecin, votre pharmacien, votre sage-femme ou votre infirmier.

Outre les actions de prévention issues des programmes institutionnels de prévention, des associations, des professionnels de santé et des acteurs de terrain mettent en place des actions de prévention.

■ LA VACCINATION

La vaccination est un moyen de prévention efficace pour lutter contre de nombreuses maladies infectieuses. Se vacciner, c'est se protéger. En provoquant une réponse immunitaire spécifique, le vaccin évite une éventuelle contamination future. Se vacciner, c'est aussi protéger les autres et en particulier les plus fragiles. La vaccination permet de combattre et d'éliminer des maladies infectieuses potentiellement mortelles : on estime que plus de 2 à 3 millions de décès par an dans le monde sont évités grâce à elle.

Il existe des vaccins obligatoires et recommandés.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F724>

Depuis 2020, le monde connaît une pandémie comme il n'en avait plus connu depuis longtemps. La vaccination contre la Covid-19 est à ce jour, outre les gestes protecteurs dits « barrière » (lavage de main, port du masque, distanciation physique) un espoir de faire baisser la mortalité et les formes graves de cette maladie mais aussi de protéger les professionnels de santé et notre système de soins.

■ LES DEPISTAGES ORGANISES DU CANCER

Pour beaucoup de cancers, plus le diagnostic est fait tôt, moins les traitements sont lourds et meilleures sont les chances de guérison. L'intérêt du diagnostic précoce est ainsi de mieux soigner mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements.

Les deux moyens d'agir pour permettre un diagnostic précoce sont :

- le dépistage, lorsqu'il existe, qui consiste à réaliser des examens pour s'assurer qu'un cancer n'a pas débuté à bas bruit alors qu'on se sent en bonne santé,
- la détection précoce, c'est-à-dire l'identification des signes d'alerte dès leur apparition.

L'objectif du dépistage est de pouvoir diagnostiquer un cancer à un stade précoce, même s'il ne produit pas encore de symptômes pour favoriser les chances de guérison.

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Chaque année en France, près de 3000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus sont détectés et environ 1 100 femmes décèdent des suites de cette maladie.

Le frottis de dépistage tous les trois ans pour les femmes de 25 à 65 ans ainsi que la vaccination contre le HPV (Human Papilloma Virus) pour les jeunes filles à partir de 11 ans permettent de limiter le risque de cancer du col de l'utérus. Un dépistage régulier de toute la population ciblée permettrait de réduire l'incidence des cancers du col de l'utérus de 90 %. Dans le but de réduire la transmission du virus HPV, la possibilité de vaccination a été étendue aux garçons de 11 à 14 ans.

Dépistage du cancer colorectal

Après le cancer du poumon, le cancer colorectal reste le deuxième cancer le plus meurtrier en France avec environ 17 000 décès par an. C'est le 3^e cancer le plus fréquent chez l'homme, après celui de la prostate et du poumon et le 2^{ème} chez la femme après le cancer du sein. Le cancer colorectal touchera 1 personne sur 30 au cours de sa vie, 9 fois sur 10 après 50 ans.

Les personnes âgées de 50 à 74 ans sont invitées tous les 2 ans à se rendre chez leur médecin traitant qui décide, en fonction de leurs antécédents, de l'opportunité de faire un test de dépistage immunologique ou directement une surveillance par coloscopie.

En cas de test positif, une coloscopie est alors nécessaire pour détecter d'éventuelles lésions du côlon ou du rectum et les traiter le cas échéant.

Dépistage du cancer du sein

Une femme sur huit développe un cancer du sein au cours de sa vie. Détecté tôt, la survie à cinq ans est de 99 %.

Le dépistage systématique organisé et gratuit du cancer du sein concerne toutes les femmes entre 50 et 74 ans, sans symptômes et n'ayant pas de facteur de risque particulier de cancer du sein autre que leur âge.

Les femmes ayant un risque élevé ou très élevé de cancer du sein (antécédents familiaux, gène de prédisposition) peuvent quant à elles bénéficier d'un suivi spécifique adapté à leur situation individuelle. Depuis le 1^{er} septembre 2016, ce dépistage spécifique est pris en charge à 100 % pour les examens recommandés à leur situation.

A savoir :

Depuis le mois de juillet 2019, les 11 structures de gestion des dépistages des cancers de la région Grand Est ont fusionné afin de constituer le Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers (CRCDC) Grand Est composé dorénavant de 10 sites territoriaux. Cette fusion fait suite à la régionalisation des dépistages organisés des cancers du sein, du côlon et du col de l'utérus.

■ LE DEPISTAGE NEONATAL

Le dépistage néonatal est une démarche de santé publique visant à rechercher chez l'ensemble des nouveau-nés certaines maladies rares mais graves, d'origine génétique pour la plupart. L'enjeu est de mettre en œuvre, avant l'apparition des symptômes, des mesures appropriées afin d'éviter ou de limiter les conséquences négatives de ces maladies sur la santé des enfants.

■ LA PREVENTION DES COMPLICATIONS DU PIED DIABÉTIQUE

L'assurance maladie prend en charge, sur prescription médicale, un forfait annuel de séances de prévention des lésions des pieds chez les patients diabétiques à risque podologique de grades 2 et 3 par un pédicure-podologue, y compris à domicile.

■ PRESCRI'MOUV

Prescri'mouv est un dispositif régional visant à améliorer la santé et la condition physique des patients adultes atteints de maladies chroniques grâce à la pratique d'une activité physique ou sportive.

Le médecin traitant est au cœur de la prise en charge. Il oriente le patient vers le dispositif sur prescription médicale.

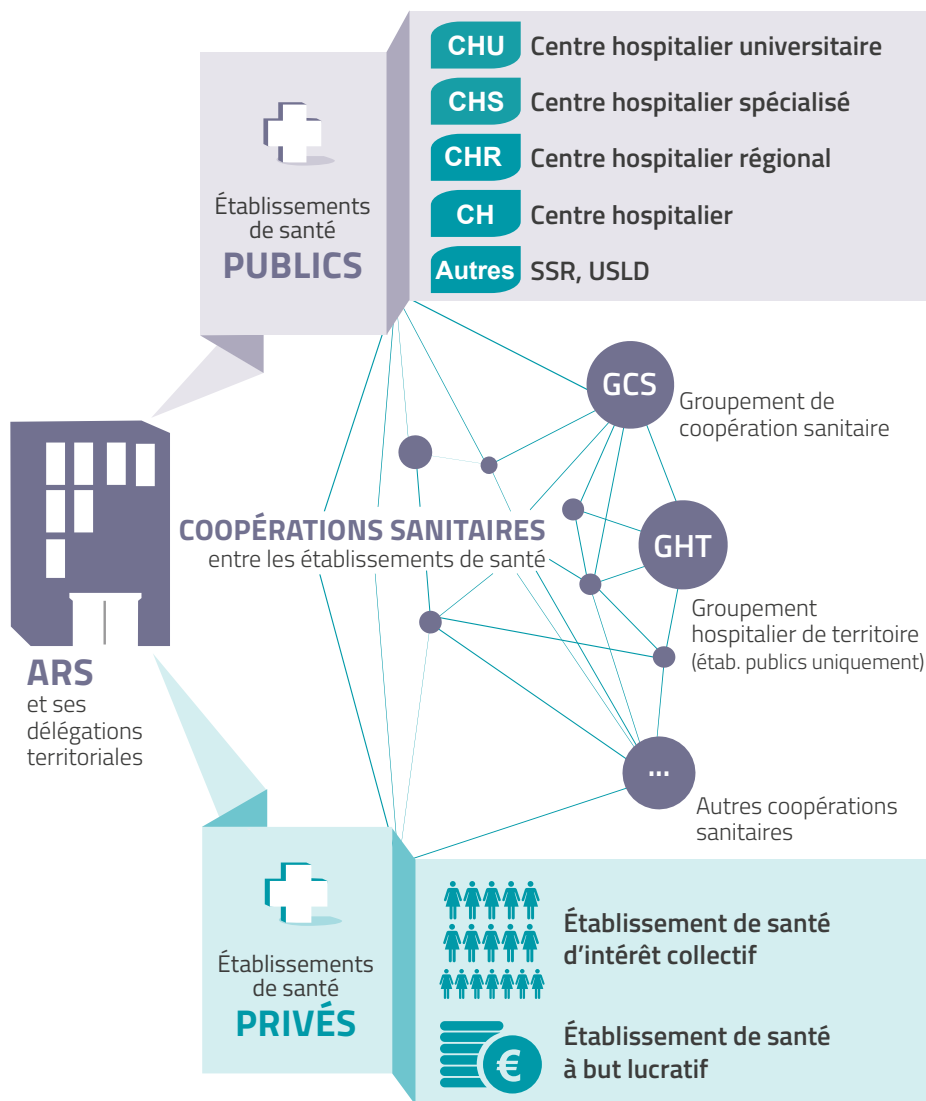
Prescri'mouv couvre tout le territoire du Grand Est, en s'appuyant sur des partenariats tissés avec des professionnels de santé et des associations compétentes et reconnues qui proposent une activité physique adaptée. Cette offre est coordonnée par 8 réseaux de professionnels de l'activité physique compétents et qualifiés pour assurer une pratique en toute sécurité.

Pour en savoir plus : 03 52 62 64 37
(numéro unique régional) ou
<https://www.prescriouv-grandest.fr/>

III - Le secteur sanitaire

L'ORGANISATION SANITAIRE RÉGIONALE ET TERRITORIALE

Les établissements de santé



LE SYSTÈME SANITAIRE

LE SYSTEME HOSPITALIER

Le système hospitalier français se caractérise par la coexistence d'établissements de santé à caractère public et à caractère privé. Il existe différents types d'hôpitaux :

Les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)

Les CHU sont des établissements publics de santé liés par convention à une université et chargés d'une triple mission de soins, de formation et de recherche.

Ils sont des établissements de recours présents dans les grandes métropoles régionales. Leur vocation régionale est liée à leur haute spécialisation.

Les Hôpitaux d'Instruction des Armées (HIA)

Les HIA sont placés sous l'autorité du chef d'état-major des armées. Ils sont considérés comme des CHU par le Ministère des Solidarités et de la Santé.

Les Centres Hospitaliers (CH)

Établissements publics de santé, les CH ont pour mission d'assurer toute la gamme des soins aigus en médecine, chirurgie et obstétrique ainsi que les soins de suite et de longue durée. D'autres sont spécialisés en psychiatrie et assurent la prise en charge des patients en matière de santé mentale.

Les établissements privés de santé (ou clinique)

Parmi ces établissements, on distingue les établissements hospitaliers privés (appelés cliniques privées) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif qui sont gérés par une personne morale de droit privé (généralement une association, une fondation ou une mutuelle) et qui partagent les valeurs et les principes du système public hospitalier.

Les hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent.

LES SOINS AMBULATOIRES

Les soins ambulatoires (ou soins de ville) comprennent notamment les soins effectués en cabinets de ville ou en structures d'exercice coordonné c'est-à-dire en centres de santé ou maisons de santé.

Ils sont dispensés par les médecins, dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...) dans le cadre de leur

activité libérale. Dans les centres de santé, ces professionnels interviennent en qualité de salariés.

Ces professionnels sont essentiellement chargés de soins de premier

recours et de la prévention. Encore appelés soins primaires ou de proximité, les soins de premier recours représentent le premier niveau de contact entre la population et le système de santé.

L'ORGANISATION SANITAIRE RÉGIONALE ET TERRITORIALE

L'ECHELON REGIONAL

Les Agences Régionales de Santé (ARS)

La création des ARS en 2010 inscrit la gouvernance du système de santé dans un cadre global impliquant l'ensemble des acteurs de santé.

Les ARS agissent sur le champ de la santé dans sa globalité. En effet, leurs missions portent :

- sur la prévention et la promotion de la santé,
- la veille et la sécurité sanitaire,
- l'organisation de l'offre de soins ambulatoire (médecine de ville) et en établissements de santé (hôpitaux...),
- l'organisation de la prise en charge médico-sociale.

Grâce à la transversalité et à la territorialisation des politiques régionales de santé, les ARS mettent en synergie tous les acteurs des territoires permettant de développer une vision globale de la santé et de décloisonner les parcours de santé, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé.

La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA)

La CRSA est une instance régionale de concertation de l'ARS. Elle est un lieu d'expression et de propositions ouvert aux acteurs de la santé, aux élus et aux représentants des usagers désignés à cet effet.

Elle se réunit plusieurs fois par an afin de faire le point sur la politique régionale de santé, de donner des avis et de faire des propositions d'amélioration du système de santé par rapport aux situations d'intérêt de la santé qu'elle définit.

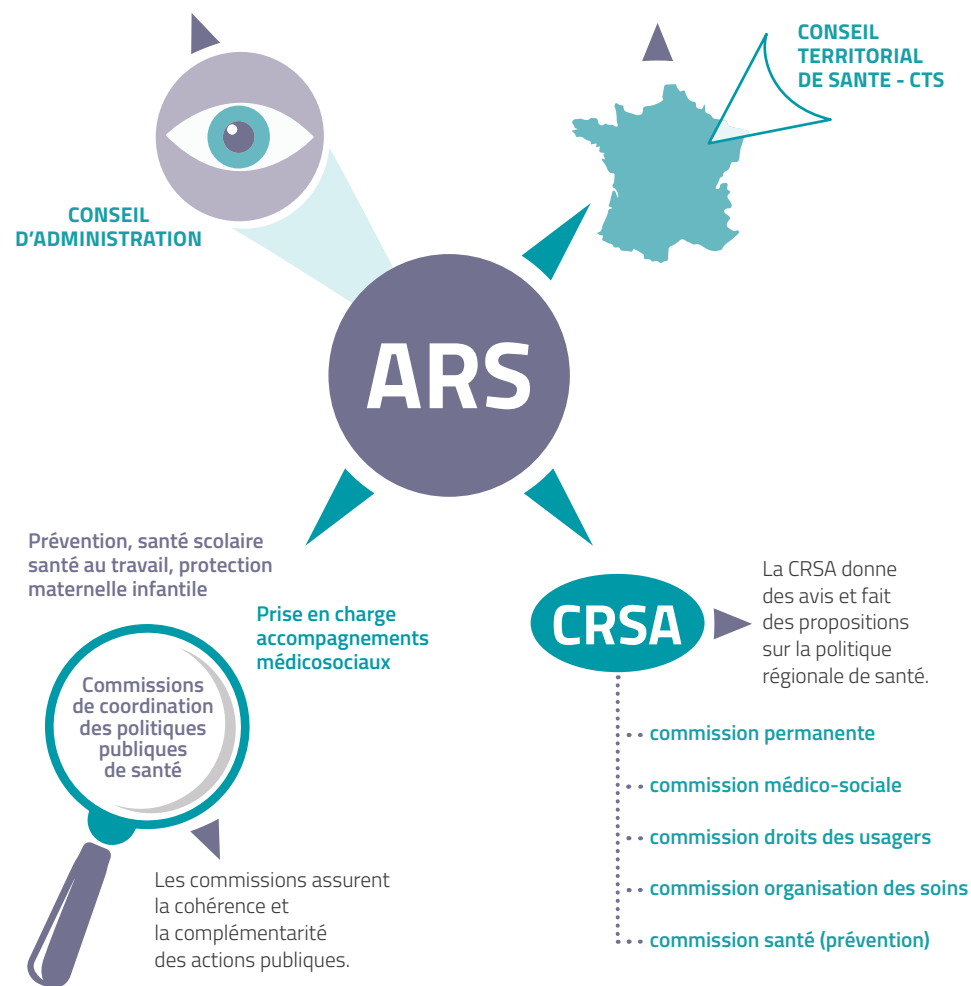
La CRSA est composée de cinq commissions :

- la commission permanente
- la commission spécialisée de la santé qui contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention. Elle formule toute proposition sur cette politique, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région,
- la commission spécialisée de l'organisation des soins qui contribue à la définition et à la mise

LES INSTANCES DE CONCERTATION RÉGIONALES ET TERRITORIALES

Le conseil d'administration donne son avis sur la politique régionale de santé et sur les résultats de l'ARS.

Le CTS participe à la réalisation des projets territoriaux de santé. 1 CTS par territoire de Démocratie Sanitaire.



en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins,

- la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux qui est chargée de formuler des avis et propositions sur la politique régionale de l'organisation médico-sociale,
- la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers qui se réunit pour débattre des sujets qui touchent au respect des droits des usagers.

■ L'ÉCHELON TERRITORIAL

Le Conseil Territorial de Santé (CTS)

Les CTS remplacent les conférences de territoire.

Ils sont une instance de démocratie sanitaire (ou démocratie en santé) rattachée à l'ARS. Leur périmètre d'exercice, appelé « territoire de démocratie sanitaire », est défini par l'ARS après avis de la CRSA.

Au sein de leur territoire, les CTS ont un rôle important dans l'élaboration de la politique territoriale de santé notamment car ils participent au diagnostic territorial partagé, sont informés de la création des plateformes territoriales d'appui et des contrats territoriaux et locaux de santé signés entre les ARS et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé et en assurent le suivi.

Ils comprennent deux commissions spécialisées à savoir une commission

spécialisée en santé mentale et une commission organisant l'expression des usagers.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT)

Les GHT réunissent les établissements de santé publics autour d'un projet médical partagé (PMP).

Ils ont pour mission essentielle de mutualiser les moyens de plusieurs établissements publics de santé sur un même territoire afin d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité à toutes les populations. Ils permettent ainsi de mettre en œuvre, pour chaque patient, une stratégie de prise en charge commune et graduée et la définition de parcours de soins.

Tous les établissements de santé publics sont en principe rattachés à un GHT, sauf dérogation pour certains établissements psychiatriques. Par ailleurs, des établissements médico-sociaux et des établissements de santé privés peuvent éventuellement être associés à ces groupements.

Le nombre d'établissements faisant partie de ces groupements et leur périmètre géographique sont très variables d'un GHT à l'autre. Ainsi, il existe à ce jour 135 GHT comptant de 2 à 20 établissements.

Les GHT sont dotés soit d'une commission des usagers soit d'un comité des usagers.

■ L'ÉCHELON LOCAL

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)

Une ou plusieurs équipes de soins primaires peuvent constituer une CPTS afin de se coordonner sur leur territoire autour d'un projet de santé pour répondre à une ou plusieurs problématiques en matière de santé qu'elles ont identifiée(s).

Ces CPTS peuvent bénéficier de l'appui des Plateformes Territoriales d'Appui à la coordination des parcours complexes (PTA).

Les Contrats Locaux de Santé (CLS)

Au sein des territoires, la politique de santé peut également se penser au travers de la conclusion de CLS.

Les CLS ont vocation à permettre une meilleure articulation entre le projet régional de santé et les projets locaux existants afin de créer une dynamique locale de santé. Ils ouvrent la possibilité de prendre davantage en compte la situation de certains territoires où

se concentrent des publics dont la situation sociale est précaire et ainsi de mettre en œuvre des solutions pour une offre de santé de proximité.

Le périmètre des CLS se situe généralement au niveau de la commune ou de la communauté de communes. Il est déterminé par les acteurs locaux qui les mettent en place.

Une organisation spécifique pour la santé mentale

Une organisation spécifique pour la santé mentale est prévue. Elle repose sur un diagnostic territorial de santé mentale et l'élaboration de Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) dont l'objectif est d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé mentale et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

Ces objectifs sont mis en œuvre par les établissements hospitaliers éventuellement regroupés en Communautés Psychiatriques de Territoire et /ou dans le cadre de Contrats Territoriaux et Locaux de Santé Mentale (CTSM et CLSM).

► LES DIFFÉRENTS TYPES D'HOSPITALISATION

En fonction des soins qui doivent être prodigués, le séjour hospitalier peut prendre différentes formes : hospitalisation complète, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation de jour ou encore hospitalisation à domicile.

L'hospitalisation complète (ou hospitalisation à temps complet)

Un patient est considéré comme hospitalisé à temps complet à partir du

moment où ses soins nécessitent un hébergement et qu'un lit lui est attribué.

Son admission en service de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) est

prononcée par le directeur de l'hôpital sur avis médical.

Toute personne doit être informée sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance de frais.

Cette information doit être délivrée par les établissements de santé concernés, qu'ils soient publics ou privés.

L'hospitalisation à temps partiel (ou séances de soins)

De jour ou de nuit, une hospitalisation à temps partiel permet de dispenser l'ensemble des soins hospitaliers sur une durée réduite ou de manière séquencée, comme par exemple sous la forme de séances de soins à réaliser sur un ou plusieurs jours dans la semaine.

Ce type de prise en charge peut être approprié pour réaliser des examens, une surveillance médicale, de la réadaptation, des séances de dialyse...

L'Hospitalisation De Jour (HDJ)

Ce mode de soins est caractérisé par une admission, une prise en charge et une sortie dans la même journée. Ainsi, suite au traitement, le patient regagne son domicile directement. Ce type d'hospitalisation n'entraîne donc aucun hébergement. Si un acte chirurgical est pratiqué durant cette journée, on parle alors de chirurgie ambulatoire.

L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables, compatibles avec le domicile qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés.

Ce mode d'hospitalisation permet d'assurer tous les soins médicaux et paramédicaux prescrits par le médecin. Les soins sont continus et prodigués par une équipe pluridisciplinaire 24 heures/24 et 7 jours/7.

L'HAD permet de réduire la durée de séjour en établissement hospitalier conventionnel en prodiguant des soins à domicile de même intensité et de même technicité. De plus, elle peut éviter ou retarder l'hospitalisation en favorisant le maintien à domicile par la dispensation de soins d'égale complexité.

Les droits du patient en HAD sont identiques à ceux auxquels il pourrait prétendre en étant hospitalisé en établissement.

LES PRISES EN CHARGE SPECIALISEES

LES SOINS DE SUITES ET DE READAPTATION (SRR)

Les SSR ont pour objet de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients. Ils visent à promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion.

Les services de SRR assurent au profit des patients pris en charge les missions suivantes, à savoir :

- des soins médicaux curatifs et palliatifs,
- de la rééducation et de la réadaptation,
- des actions de prévention et d'éducation thérapeutique,
- de la préparation et de l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle.

En service de SRR, le type d'hospitalisation applicable au patient dépend de la possibilité d'accomplir ou non certains actes diagnostiques et thérapeutiques dans des délais prédéterminés.

LES SOINS PALLIATIFS

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif

est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle.

La délivrance de soins palliatifs peut s'effectuer à l'hôpital ou en HAD.

A l'hôpital, les patients peuvent rester hospitalisés dans un service non spécialisé avec l'appui des équipes mobiles de soins palliatifs qui ont pour mission d'apporter une aide, un soutien, une écoute active et des conseils aux soignants et aux professionnels externes qui interviennent dans ces services.

Il existe également des lits dédiés de soins palliatifs dans certains services habituellement confrontés à des situations palliatives.

Enfin, les patients peuvent être hospitalisés en unités de soins palliatifs, notamment quand leur prise en charge est devenue trop lourde dans un autre cadre. En ce cas, il peut s'agir d'un accueil temporaire.

LES SOINS PSYCHIATRIQUES

Les patients peuvent être hospitalisés en milieu psychiatrique avec ou sans leur consentement.

Quand le malade hospitalisé n'est pas consentant, il s'agit de l'hospitalisation sous contrainte. Lorsqu'il consent aux soins, l'hospitalisation est dite libre.

Les soins psychiatriques libres

Article L. 3211-2 du Code de la Santé Publique

Une personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet.

Les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation psychiatrique libre disposent des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause.

Les soins psychiatriques sous contrainte

Le dispositif de soins psychiatriques sans consentement permet de dispenser les soins nécessaires aux patients qui n'ont pas conscience de leurs troubles mentaux, ni de leur besoin impératif de soins. Il existe dans ce cadre deux modes principaux d'admission à savoir l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et l'admission en soins psychiatriques sur décision du préfet.

Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) ou en cas de péril imminent

Articles L3212-1 à L3212-12 du Code de la Santé Publique

Ce mode d'hospitalisation n'est possible que lorsque les troubles mentaux dont est atteint le patient rendent impossible

le recueil de son consentement et que son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante ou régulière.

En ce cas, la demande d'admission en hospitalisation doit être présentée au directeur de l'établissement psychiatrique par un membre de la famille ou une personne justifiant de l'existence de relations, avec le patient, antérieures à la demande de soins et lui donnant intérêt à agir dans son intérêt.

Elle prend la forme d'une lettre manuscrite, datée et signée par la personne qui formule la demande et doit être accompagnée de 2 certificats médicaux répondant à des conditions légales précises datant de moins de 15 jours et attestant que les conditions de ce mode d'hospitalisation sont réunies. Par exception, l'admission en SPDT est toutefois possible en cas d'urgence sur la base d'un seul certificat médical lorsqu'il existe un risque grave pour l'intégrité du malade.

Enfin, en cas d'impossibilité d'identifier de la famille ou des proches ou en cas de refus de leur part d'effectuer cette démarche, l'admission du malade reste possible en cas de péril imminent pour sa santé sur la base d'un seul certificat médical, à la condition toutefois et notamment qu'il ne soit pas établi par un médecin de l'établissement accueillant le malade.

Les Soins Psychiatriques sur décision d'un Représentant de l'Etat (SPRE)

Articles L 3213-1 à L3213-11 du Code de la Santé Publique

Lorsqu'en raison des troubles psychiatriques dont il est atteint, un malade met en danger d'autres personnes ou porte gravement atteinte à l'ordre public, son hospitalisation peut être prononcée par arrêté du préfet pris au vu du certificat médical d'un psychiatre ne pouvant exercer dans l'établissement d'accueil.

Les contrôles du Juge des Libertés et de la Détention (JLD)

Article L3211-12-1 et L 3222-5-1 du Code de la Santé Publique

Lorsqu'une personne est admise en hospitalisation sous contrainte, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

L'hospitalisation complète du patient ne peut se poursuivre que si le JLD a pu statuer sur la conformité de la procédure et la nécessité de maintenir cette mesure avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission du patient puis tous les 6 mois.

Les mesures d'isolement et la contention ne peuvent être utilisées que dans ce cadre. Elles sont des pratiques de dernier recours.

Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte, somatique

et psychiatrique, confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin et tracée dans le dossier médical.

Ces mesures sont strictement limitées dans le temps.

La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures. Toutefois, si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans les mêmes conditions que la mesure initiale dans la limite d'une durée totale de 48 heures et doit faire l'objet de deux évaluations par 24 heures.

Dans le cadre d'une mesure d'isolement, la mesure de contention est prise, quant à elle, pour une durée maximale de 6 heures. Comme la mesure d'isolement et dans les mêmes conditions, elle peut toutefois être renouvelée, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures et doit faire l'objet de deux évaluations par 12 heures.

Au-delà de ces durées, ces mesures ne peuvent être renouvelées qu'à titre exceptionnel et sous le contrôle du JLD.

LES SOINS DES PERSONNES PLACÉES SOUS MAIN DE JUSTICE

Les personnes placées sous main de justice doivent avoir accès à une qualité de soins équivalente à celle de la population générale.

Leur prise en charge nécessite non seulement la prise en compte de leur situation sanitaire particulière mais

également celle du contexte du monde carcéral et de ses contraintes.

En effet, souvent, les personnes placées sous-main de justice sont éloignées du système de santé et l'étaient avant même leur incarcération. En outre, il n'est pas rare qu'elles adoptent des comportements moins favorables pour conserver ou rétablir une bonne santé.

A cette fin, l'organisation des soins en milieu carcéral a vocation à améliorer l'accès aux soins de cette population, à mieux connaître son état de santé et à déterminer ses besoins de santé, à poursuivre l'amélioration des repérages et des dépistages, à développer la promotion de la santé tout au long du parcours carcéral des personnes placées sous main de justice, à organiser la continuité de la prise en charge à leur sortie d'incarcération et enfin à favoriser la coopération des acteurs impliqués dans la mise en œuvre des stratégies de santé les concernant.

Dans ce cadre, l'organisation des soins est structurée en 3 niveaux :

- le 1^{er} niveau de soins est constitué des soins ambulatoires. Ils sont dispensés dans les Unités Sanitaires en Milieu Pénitentiaire (USMP) qui incluent un dispositif de soins somatiques (pour les consultations de médecine générale, les consultations dentaires...) et un dispositif de soins psychiatriques (consultations, entretiens, activités thérapeutiques de groupes...).
- Le 2^e niveau de soins regroupe les soins requérant une prise en

charge du patient à temps partiel. Les soins somatiques incluent les consultations externes, les activités dispensées à temps partiel de jour et de nuit (consultations de spécialistes, réalisations d'exams complémentaires, chirurgie ambulatoire...). Ils sont réalisés au sein de l'établissement de santé de rattachement. Les soins psychiatriques de niveau 2 sont, quant à eux, dispensés dans les UMJ disposant d'un service médico-psychologique régional.

- Le 3^e niveau de soins regroupe les soins nécessitant une hospitalisation à temps complet. Les personnes placées sous main de justice devant recevoir des soins somatiques sont hospitalisées dans l'établissement de santé de rattachement sous surveillance des forces de police directement au sein des services spécialisés ou en chambre sécurisée. Lorsque l'hospitalisation est programmée et de plus de 48 heures, elles sont admises à l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI). Les hospitalisations complètes pour des soins psychiatriques avec ou sans consentement relèvent, quant à elles, des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA).

► CONNAITRE ET FAIRE VIVRE SES DROITS

La charte de l'enfant hospitalisé

Adoptée par le Parlement Européen le 13 mai 1986, la charte de l'enfant hospitalisé a pour vocation d'informer les enfants et leurs familles de leurs droits essentiels lorsqu'ils sont accueillis dans un établissement de santé.



CHARTE DE L'ENFANT HOSPITALISÉ

1 L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.

2 Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles. On informera les parents sur les règles de vie et les modes de faire propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.

4 Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant.

5 On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable. On essaiera de réduire au maximum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.

6 Les enfants doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives, adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge..

7 L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.

8 L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins donnés à chaque enfant.

10 L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.

La charte de la personne hospitalisée

La charte de la personne hospitalisée a pour objet d'informer les patients admis en hospitalisation ou accueillis en consultation externe de leurs droits essentiels tels qu'ils résultent des lois et règlements en vigueur.



Principes généraux*

circulaire n° DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée



1 Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est **accessible à tous**, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.



2 Les établissements de santé garantissent la **qualité de l'accueil, des traitements et des soins**. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.



3 L'**information** donnée au patient doit être **accessible et loyale**. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.



4 Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le **consentement libre et éclairé du patient**. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.



5 Un **consentement spécifique** est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.



6 Une personne à qui il est proposé de participer à une **recherche biomédicale** est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. **Son accord est donné par écrit**. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.



7 La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, **quitter à tout moment l'établissement** après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.



8 La **personne hospitalisée est traitée avec égards**. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.



9 Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la **confidentialité des informations** personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.



10 La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un **accès direct aux informations de santé la concernant**. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.



11 La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du **droit d'être entendue** par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.

* Le document intégral de la charte de la personne hospitalisée est accessible sur le site Internet :

www.sante.gouv.fr

Information et consentement éclairé du patient

Articles L1111-2 à L1111-5-1 du Code de la Santé Publique

Article 372-2 et suivants du Code Civil

Sauf urgence, avant de donner son consentement aux soins, le patient doit bénéficier d'informations loyales, claires et adaptées à son degré de compréhension de la part des équipes médicales et soignantes.

Donner son consentement libre et éclairé implique notamment de connaître les alternatives thérapeutiques envisageables, c'est-à-dire les autres moyens de traiter le(s) problème(s) de santé rencontré(s) avec leurs avantages et leurs inconvénients. C'est sur la base de cet échange que le patient pourra accepter ou refuser ce que lui préconisent les professionnels de santé. Ces derniers devront obligatoirement respecter la volonté du patient.

Les droits des mineurs sont exercés par les personnes titulaires de l'autorité parentale qui reçoivent l'information et consentent aux soins. Les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information afin de participer à la prise des décisions qui les concernent, d'une manière adaptée à leur degré de maturité. Leur consentement doit être systématiquement recherché. Par exception, le médecin est autorisé à se dispenser du consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque la personne mineure lui a expressément demandé de garder le secret sur son état de santé et que l'action de prévention, de dépistage, le diagnostic, le traitement ou l'intervention s'impose

pour sauvegarder son état de santé. Dans ce cas, le mineur doit se faire accompagner par la personne majeure de son choix. Ce droit du mineur au secret s'étend aussi au dossier constitué à l'occasion des soins dispensés sans l'accord de ses représentants légaux.

Les personnes majeures protégées disposent également d'un droit à l'information. Cette information leur est aussi délivrée à la personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne. Les personnes chargées d'une mesure de protection juridique avec assistance à la personne ne peuvent en revanche être informées que si le majeur protégé y consent.

Le consentement aux soins est donné par la personne majeure protégée. Lorsqu'elle fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, il doit être obtenu si elle est apte à exprimer sa volonté, au besoin avec l'assistance de la personne chargée de sa protection. Lorsque ce n'est pas possible, il appartient à la personne chargée de la mesure de protection juridique de donner son autorisation en tenant compte de l'avis exprimé par la personne protégée. Sauf urgence, en cas de désaccord entre le majeur protégé et la personne chargée de sa protection, le juge autorise l'un ou l'autre à prendre la décision.

A savoir : pour les majeurs disposant d'une protection juridique relative à leurs seuls biens, le tuteur n'a pas à consentir à l'acte médical.

Le refus de soins

Article L1111-4 du Code de la Santé Publique

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Elle dispose du droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement.

En ce cas, son suivi reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif.

Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient.

Cependant, dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par la personne chargée de la mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne s'il s'agit d'un majeur protégé, risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur protégé, le médecin délivre les soins indispensables.

Le droit d'accès à son dossier médical

Article L1111-7 du Code de la Santé Publique

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues à quelque titre que ce soit

par des professionnels et établissements de santé et qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment les résultats d'examen, les comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, les protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, les feuilles de surveillance et les correspondances entre professionnels de santé.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne.

Le dossier médical doit être remis au patient ou au médecin désigné par lui dans un délai de huit jours suivant la demande et, au plus tôt, après un délai de réflexion de 48 heures. Ce délai de transmission est porté à deux mois si les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie.

A savoir : *Il n'y a pas un dossier médical unique par patient. Le patient dispose d'un dossier par professionnel de santé et établissement de santé avec qui il est en relation. Le dossier médical ne doit pas être confondu avec le Dossier Médical Partagé (DMP) géré par l'assurance maladie. Le DMP n'est pas obligatoire. Il ne remplace pas les dossiers gérés par les médecins et les hôpitaux.*

Les droits et la télésanté

Suite à la crise sanitaire de la Covid-19, la télésanté connaît un essor sans précédent.

La télésanté comprend :

- la téléconsultation : il s'agit d'une consultation réalisée à distance, entre un médecin et un patient (seul ou assisté d'un professionnel de santé). Tout médecin libéral ou salarié d'un établissement de santé peut effectuer une téléconsultation qu'il facture au tarif d'une consultation en présentiel. Toutes les situations médicales peuvent donner lieu à une téléconsultation mais le recours à la téléconsultation relève de la seule décision du médecin,
- la téléexpertise : elle consiste en un échange entre au moins deux médecins qui arrêtent ensemble, avec le consentement du patient, un diagnostic ou une stratégie thérapeutique sur la base de données biologiques, radiologiques ou cliniques. Elle peut notamment permettre d'obtenir rapidement l'avis d'un spécialiste, donc de réduire les délais de prise en charge et de suivi,
- la télésurveillance médicale : par ce procédé, un médecin interprète à distance les données cliniques ou biologiques recueillies par le patient ou un professionnel de santé,
- la téléassistance : elle permet à un médecin d'assister à distance l'un de ses confrères pendant un acte médical ou chirurgical,

▪ la régulation : c'est la réponse médicale apportée par les centres 15 (SAMU). Les médecins de ces centres établissent par téléphone un premier diagnostic afin de déterminer et de déclencher la réponse la mieux adaptée à la situation.

Lors des actes de télésanté, le patient conserve l'ensemble des droits dont il dispose dans les autres modalités de prise en charge notamment celui de consentir aux actes qui lui sont proposés après délivrance d'une information claire et loyale de la part du professionnel de santé.

Dans ce cadre, l'identification du patient est fondamentale et tous les échanges se font de manière sécurisée. Du fait de l'éloignement du patient et de l'usage d'outils informatiques, une attention particulière est portée à la qualité de la communication.

Pour en savoir plus : <https://www.vie-publique.fr/eclairage/18473-la-telemedecine-une-pratique-en-voie-de-generalisation>

La personne à prévenir

Tout patient peut désigner une ou des personnes à prévenir au cours de son hospitalisation.

Cette désignation se fait par oral ou par écrit lors de l'admission en service de santé ou au cours de l'hospitalisation. Elle peut être modifiée à tout moment.

La personne à prévenir est contactée par l'équipe médicale et soignante en cas

d'événement(s) particulier(s) au cours du séjour tels que d'ordre organisationnel ou administratif (transfert vers un autre établissement de santé, fin du séjour et sortie de l'établissement...), de l'aggravation de l'état de santé du patient voire de son décès.

Elle n'a pas accès aux informations médicales et ne participe pas aux décisions médicales concernant le patient.

A savoir : ne pas confondre la personne à prévenir avec la personne de confiance.

La personne de confiance

Article L1111-6 du Code de la Santé Publique

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin.

La désignation de la personne de confiance se fait par écrit, cosigné par la personne désignée. Elle est révisable et révocable à tout moment.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer.

Le rôle de la personne de confiance est :

- si le patient le souhaite, de l'accompagner dans ses démarches et de l'assister lors de ses rendez-vous médicaux afin de l'aider dans ses décisions,
- d'être informée et consultée par les médecins pour rendre compte de la volonté du patient s'il n'est pas en mesure d'être consulté lui-même.

La personne de confiance est consultée en priorité par l'équipe médicale lorsque l'état de santé du patient ne lui permet pas de donner son consentement ou de faire part de ses décisions. Son témoignage prévaut sur tout autre témoignage et aide le médecin à prendre ses décisions. La personne de confiance doit donc connaître les volontés du patient et les exprimer lorsqu'elle est appelée à le faire.

Le patient peut lui confier ses directives anticipées.

Les directives anticipées

Article L1111-11 du Code de la Santé Publique

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Ces directives anticipées expriment sa volonté relative à sa fin de vie en ce qui concerne les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'acte médicaux.

Une fois rédigées, les directives anticipées sont révisables et révocables par tout moyen et à tout moment.

Elles s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale de la personne. C'est pourquoi il est nécessaire qu'elles soient claires et précises.

La décision du médecin de refuser d'appliquer des directives anticipées jugées manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale du patient est prise à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire et est inscrite au dossier médical. Elle est portée à la connaissance de la personne de confiance désignée par le patient ou, à défaut, de sa famille ou de ses proches.

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut rédiger des directives anticipées avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. La personne chargée de la mesure de protection ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Si un Dossier Médical Partagé (DMP) a été créé, il est recommandé d'y faire enregistrer ses directives anticipées car elles y seront aisément consultables en cas de besoin.

A savoir : Le site de la Haute Autorité de Santé donne des informations et un modèle pour rédiger ses directives anticipées :

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2722363/fr/pour-tous-comment-rediger-vos-directives-anticipees

Loi sur la fin de vie dite Loi Claeys- Léonetti

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

La fin de vie désigne les derniers moments de vie d'une personne arrivant en phase avancée ou terminale d'une maladie grave et incurable. Pour le corps médical, à ce stade, l'objectif n'est pas de guérir mais plutôt de préserver jusqu'à la fin la qualité de vie des personnes face aux symptômes et aux conséquences d'une maladie évolutive, avancée et à l'issue irrémédiable.

A ce moment, et sous réserve du respect de la volonté du patient, les traitements sont suspendus ou ne sont pas entrepris lorsqu'ils n'ont pour seul effet que le maintien artificiel de la vie et apparaissent inutiles ou disproportionnés. La nutrition et l'hydratation artificielles constituent également dans ce cadre des traitements pouvant être arrêtés.

A la demande du patient, afin d'éviter la souffrance et de ne pas subir d'obstination déraisonnable, une sédation profonde et continue provoquant une altération de la conscience peut être administrée jusqu'au décès, associée à une analgésie et à l'arrêt des traitements. La mise en œuvre de la sédation profonde est limitée aux seuls patients atteints d'une affection grave et incurable et

dont le pronostic vital est engagé à court terme présentant une souffrance réfractaire aux traitements, ou dont la décision d'arrêt des traitements engage

le pronostic vital à court terme et est susceptible d'entraîner une souffrance insupportable.

▶ LA PLACE DES USAGERS

Les missions des représentants des usagers (RU)

La représentation des usagers dans les instances hospitalières et de santé publique permet aux usagers, par l'intermédiaire de leurs représentants, de participer à l'élaboration des politiques de santé ou à l'organisation du système de santé. Elle fonde la démocratie sanitaire.

Les représentants des usagers sont des acteurs essentiels pour veiller au respect des droits des usagers et à l'amélioration de la qualité du système de santé. Leur mission consiste notamment à faire connaître les attentes des patients et à proposer de nouvelles orientations pour l'amélioration du système de santé.

Membres d'associations agréées, les RU peuvent en particulier :

- s'impliquer, au nom des usagers, dans l'administration ou l'organisation d'un établissement de santé, d'un dispositif d'appui à la coordination, d'un réseau de soins ou d'une caisse primaire d'assurance maladie,
- contribuer à l'amélioration de la vie quotidienne du patient, faire le lien entre les patients et les professionnels de santé dans le respect de leurs droits,

- participer, au nom des usagers, à l'élaboration des politiques de santé au niveau local, régional ou national, et siéger dans différentes instances de santé publique,

- faire valoir les droits des personnes malades, des patients hospitalisés ou bénéficiaires de soins, des usagers et des victimes d'accidents médicaux,

- partager au sein de leur association la dimension collective de la représentation.

Pour exercer leur mandat de manière efficace au sein des instances et être des interlocuteurs écoutés des instances de santé publique, les RU ont droit à une formation facilitant l'exercice de leur mandat. Cette formation qui répond à un cahier des charges fixé par le Ministère des Solidarités et de la Santé doit être réalisée dans les six mois suivant le début de leur mandat.

Elle est délivrée par des associations agréées dont France Assos Santé.

Afin de participer bénévolement aux réunions des instances hospitalières ou de santé publique, les RU bénéficient du congé de représentation. Ce congé couvre le temps de l'absence au travail du RU pour participer aux réunions des instances au sein desquelles il siège.

Si du fait de l'octroi de ce congé, le RU subit une diminution de sa rémunération, une indemnité compensatrice lui est versée compensant cette diminution en totalité ou en partie.

Les Commissions des Usagers (CDU)

Articles L 1112-3 et R1112-79 et suivants du Code de la Santé Publique

Une CDU est installée dans chaque établissement de santé public ou privé pour représenter les patients et leurs familles en remplacement de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

Cette commission se compose au minimum du représentant légal de l'établissement, de deux RU titulaires et suppléants, ainsi que d'un médiateur médical et d'un médiateur paramédical et de leurs suppléants.

Les CDU ont pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elles facilitent les démarches de ces personnes et veillent 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.

Dans cette optique, notamment, les CDU :

- participent 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,

- sont associées 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,

- peuvent se saisir de tout sujet portant sur la politique de qualité et de sécurité, faire des propositions et être informées des suites données,

- sont informées de l'ensemble des plaintes et réclamations formées par les usagers de l'établissement et des suites qui leur sont données ainsi que de la survenue des événements indésirables graves et des actions menées par l'établissement pour y remédier,

- formulent des recommandations en vue d'apporter une solution à toute plainte et réclamation non contentieuse, au besoin, après avoir rencontré son auteur et veillent à ce qu'il soit informé des voies de recours et de conciliation dont il dispose,

- recueillent les observations des associations de bénévoles qui interviennent dans l'établissement,

- proposent un projet des usagers exprimant leurs attentes et leurs propositions au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers,

- analysent les pratiques de leur établissement en matière de respect des droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge

et formulent des recommandations dans le cadre d'un rapport annuel qui est transmis à la CRSA et à l'ARS.

A savoir : La liste nominative des membres de la CDU est affichée dans l'établissement et est remise à chaque patient avec le livret d'accueil. Ce livret

d'accueil précise les moyens permettant à la personne hospitalisée d'être mise en relation avec les RU. Les RU ont la possibilité d'accompagner les auteurs d'une plainte ou d'une réclamation à la rencontre avec le médiateur de l'établissement.

▶ LES DIFFERENTS RECOURS

■ LES RECOURS AUPRÈS DU DÉFENSEUR DES DROITS

Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits

Le Défenseur des droits est une autorité administrative indépendante chargée de veiller à la protection des droits et des libertés et de promouvoir l'égalité.

Il est notamment chargé :

- de défendre les droits et libertés dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public,
- de défendre et promouvoir l'intérêt supérieur et les droits de l'enfant consacrés par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France,
- de lutter contre les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ainsi que de promouvoir l'égalité.

Le Défenseur de droit peut être saisi par toute personne qui s'estime lésée dans ses droits et libertés par le fonctionnement d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public ou d'un organisme investi d'une mission de service public lorsque ses démarches préalables n'ont pas abouti. Il peut l'être directement dans les autres cas d'intervention.

Pour en savoir plus : <https://www.defenseurdesdroits.fr/>

■ LES RECOURS EN CAS DE LITIGE AVEC UN PROFESSIONNEL DE SANTE

Les recours auprès des CPAM

Les CPAM assurent une mission de régulation des tarifs des professionnels de santé et garantissent le respect des conventions que les médecins signent avec elles. Chaque usager peut donc saisir sa caisse pour signaler des dépassements d'honoraires, des refus de soins, le défaut d'application du tiers payant ...

Les instances ordinales

Certaines professions médicales et paramédicales sont organisées autour d'ordres professionnels. C'est le cas pour les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les pharmaciens, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues.

Ces ordres professionnels ont notamment pour mission de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de leur profession par ses membres ainsi qu'à l'observation des devoirs professionnels et des règles édictées par leur code de déontologie.

A ce titre, ils peuvent être saisis de plaintes émanant notamment d'usagers du système de santé.

Après une phase de conciliation, ces plaintes sont transmises à une juridiction disciplinaire spécialisée qui est chargée de sanctionner les éventuels manquements relevés par des sanctions allant de l'avertissement à la radiation. Les réparations matérielles ne relèvent pas de la compétence de ces juridictions disciplinaires spécialisées.

Le refus de soins discriminatoire

Articles L. 1110-3 et R 1110-11 et suivants du Code de la Santé Publique

Constitue un refus de soins discriminatoire toute pratique tendant à :

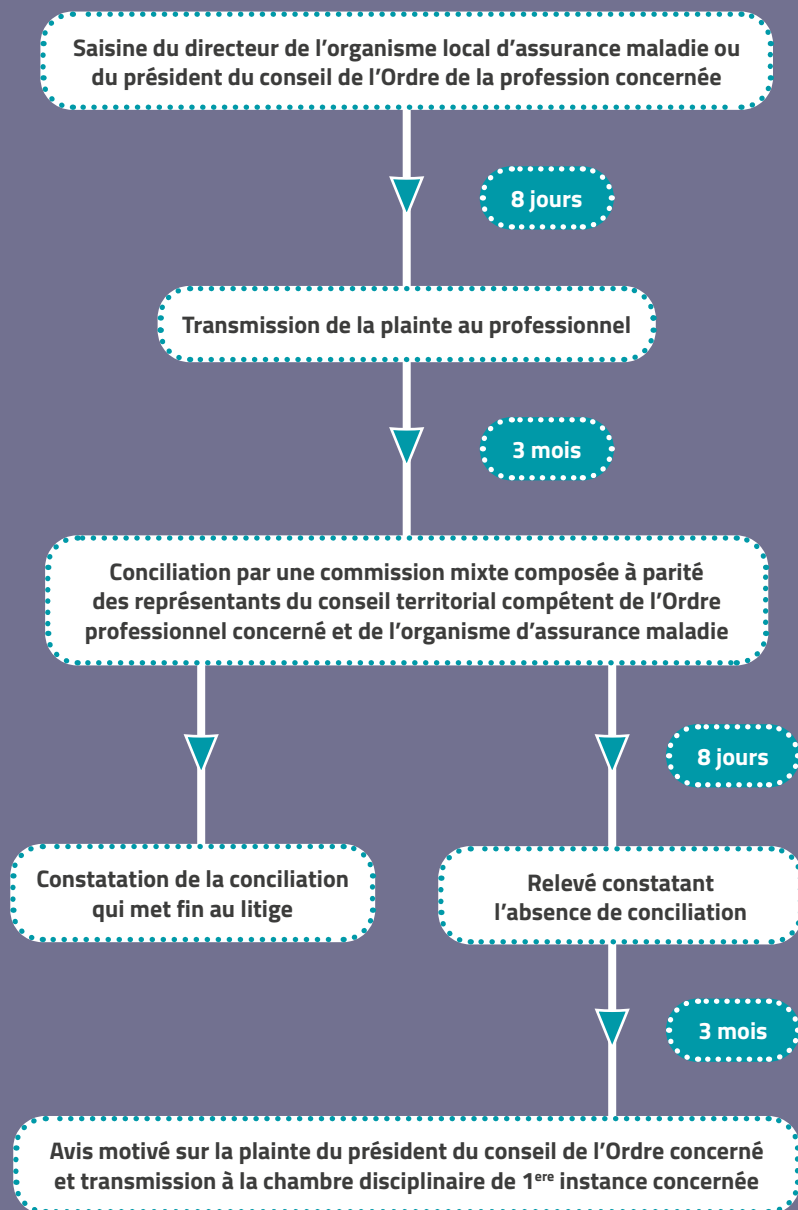
- empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins,

▪ par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéficiaire des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé,

▪ pour l'un des motifs de discrimination mentionnés dans Code Pénal (origine, sexe, opinions politiques, religion...) ou au motif que cette personne est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat.

Toute personne s'estimant victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel territorialement compétent. Cette saisine vaut dépôt de plainte.

LA PROCÉDURE EST LA SUIVANTE



Les Commissions Régionales de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI)

Articles L1142-4 et suivants du Code de la Santé Publique

Les CRCI ont vocation à faciliter le règlement amiable des litiges liés :

- aux accidents médicaux,
- aux affections iatrogènes c'est-à-dire à des effets secondaires liés à un traitement ou un acte médical,
- aux infections nosocomiales correspondant à des infections contractées au cours d'un séjour en établissement de santé.

Elles peuvent être saisies par toute personne s'estimant victime d'un dommage imputable à un acte de soin, de diagnostic ou de prévention pour tenter d'en obtenir amiablement réparation de la part du professionnel de santé concerné, de son assureur ou de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

Lorsque les dommages subis par les victimes présentent un certain niveau de gravité, les CRCI émettent dans les 6 mois un avis sur leurs circonstances, leurs causes, leur nature et leur étendue après avoir fait réaliser une expertise.

Sur la base de cet avis obtenu au terme d'une procédure facultative, rapide et gratuite, les victimes peuvent être indemnisées au terme d'une transaction conclue selon les cas avec l'assureur du professionnel de santé concerné ou avec l'ONIAM lorsque la solidarité nationale a lieu d'intervenir.

A défaut, il appartient à la victime de saisir les juridictions civiles ou administratives compétentes.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F13318>

IV - Le secteur médico-social : personnes âgées ou en situation de handicap

*Loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances,
la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.*

Le secteur médico-social a pour mission de promouvoir l'autonomie, la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté. Il doit par ailleurs prévenir les exclusions et en corriger les effets.

Ce secteur est étroitement lié aux dispositifs de l'aide sociale, en tant que droit lié à des besoins souvent vitaux, et à l'action sociale qu'elle soit légale (exemple : service social départemental) ou facultative (exemple : aide versée par un CCAS).

Il implique de nombreux acteurs au niveau de l'Etat, en particulier la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) ou les préfets, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), les Agences Régionales de Santé (ARS) et des collectivités locales dont notamment les Départements.

Le Département est le chef de file de l'action sociale depuis les lois relatives à la décentralisation. Ses actions s'exercent dans le champ des politiques des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'ARS régit quant à elle l'offre d'accompagnement médico-social.

► LE « DROIT D'ACCÈS » DES USAGERS AUX ÉTABLISSEMENTS ET AUX SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Articles L 114-1 et L 116-2 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Toute personne handicapée a droit à la solidarité de l'ensemble de la collectivité qui lui garantit, en vertu de cette obligation, l'accès aux droits fondamentaux reconnus à tous les citoyens ainsi que le plein exercice de sa citoyenneté. L'Etat est garant de

Le secteur médico-social est un champ particulièrement complexe du fait de la diversité des structures qui y interviennent et de leur nombre. Il intervient comme une réponse adaptée lorsque le droit commun n'est pas accessible compte tenu de la spécificité du handicap.

Le handicap se définit comme toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

A savoir : *Les informations spécifiques liées aux enfants en situation de handicap ne sont pas traitées dans ce guide car elles nécessiteraient à elles seules un document spécifique. Elles concernent une multitude d'organismes : services de l'Etat (Education Nationale, Agences Régionales de Santé...) caisses d'allocations familiales ...*

l'égalité de traitement des personnes handicapées sur l'ensemble du territoire et définit les objectifs pluriannuels d'actions. Il s'agit donc ici de droits, d'obligations et de garantie.

L'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de dignité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée

aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

A savoir : *le terme d'accompagnement est généralement privilégié dans le secteur médico-social. La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a substitué le terme «accompagner» à celui de«prendre en charge». Il ne*

s'agit pas « de faire » pour la personne mais d'atténuer les désavantages ou incapacités, notamment en mobilisant les ressources de la personne ou de la société. L'accompagnement médico-social peut ainsi se traduire par diverses prestations à domicile, en établissement, à l'école, sur le lieu du travail... Celles-ci sont réalisées en complémentarité avec d'autres fonctions telles que le soin, l'hébergement et contribuent à la réalisation du projet de vie de la personne.

► SOUTENIR LES PROCHES AIDANTS

Articles L113-1-3 et R 245-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Le proche aidant d'une personne âgée est défini comme une personne proche entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

L'aidant familial d'une personne handicapée est défini d'une façon analogue dans le Code de l'Action Sociale et des Familles.

Le soutien apporté par les aidants peut prendre différentes formes : les aides dans les activités de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, présence), les aides financières, matérielles et le soutien moral. Il faut cependant éviter toute confusion entre le rôle des professionnels et le rôle des proches aidants auprès des personnes.

Le proche aidant d'une personne en perte d'autonomie est parfois obligé de diminuer ou d'arrêter son activité professionnelle. Par conséquent, il

peut sous conditions bénéficier de l'Allocation Journalière du Proche Aidant (AJPA) ou encore se faire rémunérer s'il opte pour un statut de salarié.

Plusieurs possibilités sont envisageables, selon que le proche aidé bénéficie ou non de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) pour les personnes âgées ou de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

Par ailleurs, les proches aidants salariés, travailleurs indépendants et fonctionnaires peuvent désormais bénéficier de trois mois de congés indemnisés pour aider un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Enfin, les proches aidants qui assurent une aide indispensable à une personne vivant à domicile et ne peuvent être remplacés par un professionnel bénéficient sous certaines conditions du droit au répit. Le droit au répit est une aide qui permet de financer les prestations suivantes :

- l'accueil de la personne aidée dans un accueil de jour ou de nuit,

- un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial,
- un relais à domicile.

▶ LES DROITS FONDAMENTAUX DES USAGERS DES ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES MÉDICO-SOCIAUX

Article L311-3 du Code de l'Action Sociale et de la Famille

Toute personne prise en charge dans un établissement et service médico-social voit l'exercice de ses droits et libertés individuels garanti.

En particulier, lui sont assurés les droits :

- au respect de sa dignité, de son intégrité, de sa vie privée, de son intimité et de sa sécurité ,
- à la confidentialité des informations la concernant ainsi que le droit à la préservation de son image et au secret de sa correspondance,
- à la pratique religieuse, de même l'exercice de la sexualité pour les adultes doit être possible,
- à toute information ou document relatif à sa prise en charge, sauf dispositions législatives contraires, ainsi qu'au respect de son consentement éclairé qui doit être obtenu si possible,
- au libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes, soit dans le cadre d'un service à domicile, soit dans le cadre d'une admission au sein d'un établissement spécialisé,
- à sa participation directe ou avec l'aide de son représentant

à la conception et la mise en œuvre de son projet d'accueil et d'accompagnement,

- à une information sur ses droits fondamentaux, aux protections légales et contractuelles dont elle dispose ainsi que sur ses voies de recours.

■ LES OUTILS POUR L'EXERCICE DU DROIT DES USAGERS

Les outils suivants permettent d'informer les usagers du secteur médico-social de leurs droits.

Le livret d'accueil

Article L311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Un livret d'accueil doit être remis à la personne accueillie ou accompagnée ou à son représentant légal lors de l'accueil dans un service ou établissement médico-social.

Ce livret comporte notamment la charte des droits et libertés des personnes accueillies et le règlement de fonctionnement du service ou de l'établissement d'accueil ainsi que les informations relatives à la désignation d'une personne de confiance.

LA CHARTE DES DROITS ET LIBERTÉS DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

Arrêté du 8 septembre 2003 relatif à la charte des droits et libertés de la personne accueillie, mentionnée à l'article L.311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

La loi N° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale a notamment pour objectif de développer les droits des usagers fréquentant les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Cette loi régit près de 32 000 structures, ce qui représente plus d'un million de places et plus de 400 000 salariés.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie, parue dans l'annexe à l'arrêté du 8 septembre 2003 et mentionnée à l'article L 311-4 du code de l'action sociale et des familles, est un des sept nouveaux outils pour l'exercice de ces droits.

ARTICLE 1 - PRINCIPE DE NON DISCRIMINATION

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

ARTICLE 2 - DROIT À UNE PRISE EN CHARGE OU À UN ACCOMPAGNEMENT ADAPTÉ

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

ARTICLE 3 - DROIT À L'INFORMATION

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation

et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine.

La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

ARTICLE 4 - PRINCIPE DU LIBRE CHOIX, DU CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET DE LA PARTICIPATION DE LA PERSONNE

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1°) la personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2°) le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3°) le droit à la participation directe ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne, lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique.

La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

ARTICLE 5 - DROIT À LA RENONCIATION

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication, prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation, et des procédures de révision existantes en ces domaines.

ARTICLE 6 - DROIT AU RESPECT DES LIENS FAMILIAUX

La prise en charge ou l'accompagnement, doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse, prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

ARTICLE 7 - DROIT À LA PROTECTION

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes.

Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

ARTICLE 8 - DROIT À L'AUTONOMIE

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci sont favorisées.

Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

ARTICLE 9 - PRINCIPE DE PRÉVENTION ET DE SOUTIEN

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement.

Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice.

Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

ARTICLE 10 - DROIT À L'EXERCICE DES DROITS CIVIQUES ATTRIBUÉS À LA PERSONNE ACCUEILLIE

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

ARTICLE 11 - DROIT À LA PRATIQUE RELIGIEUSE

Les conditions de la pratique religieuse y compris la visite de représentants des différentes confessions doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

ARTICLE 12 - RESPECT DE LA DIGNITÉ DE LA PERSONNE ET DE SON INTIMITÉ

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne sont garantis. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

La charte des droits et libertés de la personne accueillie est une annexe du livret d'accueil devant être remis à chaque usager d'un établissement ou service médico-social (ESMS).

Cette charte évoque notamment :

- le principe de non-discrimination,
- le droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté,
- le droit à l'information,
- le principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne,
- le droit à la renonciation,
- le droit au respect des liens familiaux,
- le droit à la protection ;
- le droit à l'autonomie,
- le principe de prévention et de soutien,
- le droit à l'exercice des droits civiques
- le droit à la pratique religieuse,
- le respect de la dignité de la personne et de son intimité.

A savoir : Il existe également une charte nationale des droits et libertés des personnes âgées en situation de handicap et de dépendance dont la dernière version revisitée date de 2007.

Le règlement de fonctionnement

Article L311-7 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Le règlement de fonctionnement est le document par lequel un ESMS définit l'articulation entre les droits

individuels des personnes accueillies ou accompagnées et les obligations de la vie collective.

Outre de préciser les règles essentielles de vie en collectivité, les conditions d'exercice des droits des personnes accueillies et de la délivrance des prestations qui leur sont nécessaires, il doit en particulier mentionner les possibilités offertes aux usagers de protéger leurs biens (usage d'un coffre, dépôt à l'administration).

Dans tout ESMS, l'existence d'un règlement de fonctionnement conforme est obligatoire sous peine de sanction pénale. Il doit être annexé au livret d'accueil et affiché dans les locaux de l'établissement ou du service

Sa nature varie selon que l'ESMS concerné relève du droit public ou du droit privé. Dans le premier cas, il s'agit d'un acte administratif réglementaire, dans le second il s'agit d'un document contractuel.

Le contrat de séjour

Décret n° 2004-1274 du 26 novembre 2004 relatif au contrat de séjour ou document individuel de prise en charge prévu par l'article L 311-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Un contrat de séjour doit être établi en cas de séjour continu ou discontinu d'une durée supérieure à deux mois. Signé dans le mois qui suit l'admission de la personne accueillie, le contrat doit notamment :

- définir d'un commun accord les objectifs de la prise en charge (accompagnement),

- mentionner l'ensemble des prestations offertes de toute nature
- décrire les conditions de séjour, d'accueil et d'intervention à domicile,
- décrire les conditions de la participation financière du bénéficiaire
- fixer les temps de vacances ou d'absences,
- définir la durée du séjour, les outils de gestion des conflits,
- définir les modalités de sa révision ou de sa résiliation

Tout contrat d'hébergement et d'offre de services emporte une obligation d'information et de conseil pour le professionnel qui le propose. Comme tout contrat, sa conclusion suppose l'obtention du consentement libre et éclairé de la personne accueillie ou de son représentant légal.

A savoir : Lorsque l'établissement prévoit une période d'essai, l'admission n'est alors pas considérée comme définitive. Il faut être vigilant quant à ce type de clause.

■ LE RECOURS A UNE PERSONNE QUALIFIEE

Article L311-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles

Conscient qu'il est parfois difficile pour un usager d'un service médico-social de faire vivre ses droits, le législateur a imaginé un dispositif pour réduire l'écart entre les pouvoirs de l'usager et ceux de l'institution.

Ce système repose sur l'aménagement au profit de toute personne accueillie dans un ESMS ou de son représentant légal de la possibilité de faire appel une personne qualifiée en vue de l'aider à faire valoir ses droits.

Pour ce faire, une liste de personnes qualifiées est établie dans chaque département conjointement par l'ARS, la Préfecture, et le conseil départemental compétents. Cette liste doit être annexée au livret d'accueil des ESMS qui doit également préciser les modalités pratiques de leur saisine.

La personne qualifiée informe les usagers et les aide à faire valoir leurs droits. Elle sollicite et signale aux autorités les difficultés ou éventuelles situations de maltraitance et assure un véritable rôle de médiation entre l'usager et l'ESMS qui l'accueille. Elle informe l'usager ou son représentant légal des suites données à sa demande, des démarches éventuellement entreprises ainsi que, le cas échéant, des mesures qu'elle a pu être amenée à suggérer.

La personne qualifiée n'a pas de pouvoir d'injonction vis-à-vis de l'établissement ou du service d'accueil, ni vis-à-vis de l'administration. Cependant, elle dispose d'une capacité d'alerte en cas de manquement aux droits des usagers. En effet, elle rend compte à l'autorité chargée du contrôle de l'établissement ou du service d'accueil, et, en tant que de besoin, à l'autorité judiciaire. Elle peut également informer la personne ou l'organisme gestionnaire du service ou de l'établissement médico-social

dans lequel est accueillie la personne qu'elle a aidé à faire valoir ses droits.

Dans le cadre de ses missions, la personne qualifiée ne peut pas se substituer à un avocat ou à un représentant des usagers.

A savoir : une personne référent est également désignée au sein de chaque Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) pour recevoir et orienter les personnes handicapées et leurs représentants vers les services et autorités compétents.

■ LE CONSEIL DE LA VIE SOCIALE ET LES AUTRES FORMES DE PARTICIPATION

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS)

Articles L311-6 et D 311-4 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

Le CVS a pour vocation d'associer les usagers, les familles et le personnel d'un ESMS à tout ce qui concerne le fonctionnement de l'établissement. A cet effet, ses membres émettent des avis et font des propositions, en particulier sur :

- l'organisation interne et la vie quotidienne,
- l'animation et la vie culturelle,
- les services thérapeutiques,
- le fonctionnement, la tarification, les travaux d'entretien et d'équipement,
- l'affectation des locaux collectifs.

Le CVS doit établir son règlement intérieur dès sa première réunion.

Il est consulté sur l'élaboration et la modification du règlement de fonctionnement et du projet d'établissement ou de service.

Le CVS est composé d'au moins :

- deux représentants des personnes accueillies ou prises en charge,
- s'il y a lieu, d'un représentant des familles ou des représentants légaux,
- d'un représentant du personnel,
- d'un représentant de l'organisme gestionnaire.

Il doit être présidé par un membre représentant les personnes accueillies, ou à défaut, par un représentant des familles ou un représentant légal. Le directeur de l'ESMS ou son représentant y siège avec voix consultative.

Le CVS doit se réunir au moins trois fois par an sur convocation de son président qui fixe l'ordre du jour des séances.

Les séances font l'objet d'un relevé de conclusions consultable sur place par les résidents, les familles ou les représentants légaux non membres du CVS. Les relevés de conclusions sont par ailleurs transmis à l'organisme gestionnaire qui informe les membres du CVS des suites réservées aux avis et propositions qui ont été émis.

Les autres formes de participation

Article L311-6 et D 311-31 et suivants du Code de l'Action Sociale et des Familles

Lorsqu'un CVS n'est pas mis en place, un groupe d'expression ou toute autre forme de participation doit être institué.

Ces autres formes de participation peuvent prendre les modalités suivantes:

- institution de groupes d'expression au niveau de l'ensemble de l'établissement, du service ou du lieu de vie et d'accueil,
- organisation de consultations de l'ensemble des personnes accueillies ou prises en charge ou de leurs familles ou représentants légaux sur toute question concernant l'organisation ou le fonctionnement de l'ESMS,
- mise en œuvre d'enquêtes de satisfaction.

■ LE PROJET D'ETABLISSEMENT OU DE SERVICE

*Article L311-8 du Code de l'Action
Sociale et des Familles*

Le projet d'établissement ou de service est un élément obligatoire pour l'ensemble des ESMS. Il en fixe les modalités d'organisation et de fonctionnement et en explicite les valeurs.

Concernant la prise en charge des usagers, le projet d'établissement ou de service doit se décliner en projet pédagogique, éducatif, thérapeutique, d'insertion et professionnel.

Les usagers qui en sont les ultimes bénéficiaires doivent intervenir dans l'élaboration de ce projet par exemple par le biais de la consultation du CVS

ou après mise en œuvre d'une autre forme de participation. Ils participent également à l'évaluation de ses actions et de tous les objectifs qui y sont fixés.

V - Les ressources et aides aux personnes âgées ou en situation de handicap

LES AIDES AU LOGEMENT

L'Aide Personnalisée au Logement (APL)

Il est possible de faire une demande d'APL en étant résident en logement individuel ou en foyer (Ehpad, résidence autonomie, résidence pour étudiant...).

Les personnes étrangères doivent justifier d'un titre de séjour en cours de validité. Les ressortissants des Etats membres de l'Union Européenne, des autres États parties à l'accord sur l'Espace Economique Européen et de la Suisse ne sont pas tenus de justifier d'un titre de séjour.

L'APL est attribuée :

- pour la résidence principale située en France,
- et seulement si le logement répond à certains critères et est conventionné,
- sous condition de ressources et conformément à certains plafonds variant en fonction de la composition du foyer et du lieu du logement.

La demande d'APL se fait auprès de la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) pour les personnes qui relèvent de ce régime de protection sociale.

À savoir : *les personnes rattachées au foyer fiscal de leurs parents lorsque ces derniers sont redevables de l'impôt sur la fortune immobilière (IFI) ne sont pas bénéficiaires de l'APL.*

L'Allocation de Logement Familial (ALF)

A défaut de pouvoir bénéficier des APL, les résidents en logement individuel ou en foyer peuvent, sous conditions, bénéficier de l'ALF si le logement répond à certains critères de décence et à des conditions minimales d'occupation. Cette aide est versée en fonction de la situation de famille du bénéficiaire.

L'Allocation de Logement Social (ALS)

Le bénéfice de l'ALS était initialement réservé aux personnes défavorisées (notamment jeunes salariés, demandeurs d'emploi de longue durée...). Il a été progressivement étendu, sous seule condition de ressources, à toutes les personnes exclues des autres aides au logement (allocation de logement familial et aide personnalisée au logement).

Il est possible de faire une demande d'ALS pour les résidents en foyer (Ehpad, résidence autonomie) auprès de la CAF ou de la MSA pour ceux qui relèvent de ce régime de protection sociale.

L'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH)

Pour éviter un maintien à domicile contraint par des raisons financières, l'ASH peut être demandée auprès du conseil départemental par les personnes âgées hébergées :

- en résidence-autonomie (ex logement-foyer),

- en EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes),
- en USLD (Unité de Soins de Longue Durée).

Pour que l'ASH soit accordée, il faut que ces établissements disposent de places habilitées à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale.

En cas d'attribution, Le conseil départemental paie la différence entre le montant de la facture des frais d'hébergement et la contribution de la personne hébergée et de ses obligés alimentaires à ces frais d'hébergement. L'ASH peut aussi financer le tarif dépendance pour les résidents des EHPAD et des USLD.

Pour bénéficier de l'ASH, il faut :

- avoir plus de 65 ans (ou plus de 60 ans si l'on est reconnu inapte au travail),
- résider en France de façon stable et régulière ou disposer d'un titre de séjour en cours de validité,
- avoir des ressources inférieures au montant des frais d'hébergement.

Pour déposer une demande d'admission à l'ASH, il faut contacter le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) ou la mairie qui transmet ensuite le dossier au conseil départemental.

Les personnes en situation de handicap vivant en établissement médico-social peuvent bénéficier sous conditions du régime de l'ASH pour les personnes handicapées. Cette aide est versée directement par le conseil départemental aux foyers d'hébergements des ESAT (Etablissements ou Services d'Aide par le Travail), aux foyers de vie et aux Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM).

Pour bénéficier de l'aide sociale, la personne adulte handicapée doit s'être vue reconnaître par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) un taux d'incapacité au moins égal à 80% ou compris entre 50 et 79% si la personne présente une restriction substantielle et durable pour accéder à l'emploi compte tenu de son handicap et qu'elle a été orientée par cette commission vers un foyer de vie, un FAM ou foyer d'hébergement ESAT.

LES AIDES FISCALES

Les dépenses liées à la perte d'autonomie ouvrent droit à la réduction d'impôts au titre des dépenses afférentes à la dépendance et ce sans condition d'âge.

Par ailleurs, un dégrèvement total de la contribution à l'audiovisuel public peut

bénéficier aux personnes de plus de 65 ans sous réserve de satisfaire aux conditions requises.

Pour en savoir plus :

<https://www.impots.gouv.fr>

LES RESSOURCES ET AIDES SPECIFIQUES AUX PERSONNES AGEES

L'Allocation de Solidarité aux Personnes Agées (ASPA)

L'ASPA est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources et vivant en France. Elle est versée par la CARSAT ou la MSA si la personne dépend du régime agricole. Son montant dépend des ressources et de la situation familiale (personne vivant seul ou en couple).

En fonction de la situation personnelle, les démarches à réaliser peuvent varier.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F16871>

À savoir : Si une personne reçoit les anciennes allocations du minimum vieillesse, elle peut demander à basculer sur le dispositif de l'ASPA à tout moment. Le renoncement aux anciennes allocations du minimum vieillesse est irrévocable.

L'Aide financière pour rémunérer une aide à domicile

En cas de difficultés à faire certains gestes du quotidien, il est possible d'obtenir une aide financière dite aide-ménagère pour rémunérer une personne, appelée aide à domicile, qui viendra effectuer certaines tâches ménagères (aide pour les repas, ménage, lessive ...).

L'aide financière est accordée sous conditions d'âge et de ressources. Elle

peut être attribuée par le Département ou, à défaut, par la caisse de retraite. Cette aide n'est pas cumulable avec l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

À savoir : L'aide pour effectuer la toilette est généralement réservée aux personnes en grande perte d'autonomie pouvant de ce fait prétendre à l'APA.

L'Aide financière pour payer le portage des repas

Si l'état de santé d'une personne ne lui permet plus de faire ses repas (préparation des plats), elle peut bénéficier d'une aide financière pour payer le portage des repas, c'est-à-dire pour recevoir des plateaux-repas chauds à domicile et prêts à consommer. Pour obtenir cette aide financière, il faut remplir des conditions d'âge et de ressources.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F248>

L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'APA peut servir à payer, en totalité ou en partie, les dépenses nécessaires au maintien à domicile (APA à domicile) ou le tarif dépendance de l'établissement médico-social, notamment EHPAD (APA en établissement).

La perte d'autonomie se mesure à l'aide de la Grille Aggir (Autonomie Gérontologique et Groupes Iso-

Ressources) qui définit plusieurs degrés de perte d'autonomie, allant du GIR 1 (perte d'autonomie la plus forte) au GIR 6 (perte d'autonomie la plus faible).

Seules les personnes relevant des GIR 1, GIR 2, GIR 3 et GIR 4 peuvent percevoir l'APA.

Pour recevoir l'APA, il faut résider en France de manière stable et régulière :

- soit à domicile,
- soit au domicile d'un proche,
- soit chez un accueillant familial,
- soit dans une résidence autonomie (anciennement appelée foyer-logement).

L'APA ne peut pas être cumulée avec les prestations suivantes :

- allocation simple d'aide sociale pour les personnes âgées,
- aides des caisses de retraite,
- aide financière pour rémunérer une aide à domicile,
- Prestation de Compensation du Handicap (PCH),
- majoration pour aide constante d'une tierce personne,
- Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PC RTP).

GROUPE	NIVEAU
GIR 1	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales, physiques et sociales sont gravement altérées et nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants.
GIR 2	Personnes âgées confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions intellectuelles ne sont pas totalement altérées et dont l'état exige une aide pour la plupart des activités de la vie courante ainsi qu'une surveillance quasi permanente. Ce groupe s'adresse aussi aux personnes âgées dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités locomotrices. Elles nécessitent également une surveillance permanente, et une aide partielle pour les actes de la vie courante.
GIR 3	Personnes âgées ayant parfois conservé leur autonomie mentale, mais partiellement leur autonomie locomotrice , et qui ont besoin quotidiennement voire plusieurs fois par jour d'être aidées pour leur autonomie corporelle.

GIR 4

Personnes âgées n'assumant pas seules leur transfert (se lever, se coucher) mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur de leur logement. Elles doivent parfois être aidées pour la toilette et l'habillage. Ce groupe s'adresse également aux personnes âgées n'ayant pas de problèmes locomoteurs mais qui doivent être aidées pour les activités corporelles et les repas.

GIR 5

Personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette, et les activités domestiques.

GIR 6

Personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

À savoir : La personne percevant la Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne (PCRTP) peut déposer un dossier de demande d'APA pour pouvoir ensuite choisir entre ces deux allocations celle qui lui convient le mieux. Elle peut déposer sa demande d'APA 2 mois avant son 60^e anniversaire.

LES RESSOURCES ET AIDES SPECIFIQUES AUX PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPES (AAH)

L'AAH est une allocation subsidiaire et l'un des principaux minimas sociaux. Elle est financée par l'Etat et versée par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA), sur décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH). Elle assure un minimum de ressources aux personnes adultes reconnues handicapées.

L'allocation de l'AAH est soumise à des conditions techniques liées au handicap et à des conditions administratives. Elle est également soumise à un plafond de revenus. Les revenus pris en compte sont ceux du foyer et non ceux de la seule personne qui en fait la demande.

Elle peut se cumuler avec une activité salariée en milieu ordinaire. En début d'activité professionnelle, les revenus professionnels ne sont pas pris en compte. En effet, pendant les six premiers mois, l'AAH est perçue en intégralité à condition pour la personne en situation de handicap de l'avoir perçue avant de prendre ou reprendre une activité salariée. Après cette période de cumul intégral, le montant de l'AAH est réduit en fonction des revenus d'activités, mais avec l'application d'un abattement.

Au moment de la retraite, l'AAH est remplacée par le minimum retraite.

A savoir : La Majoration pour la Vie Autonome (MVA) est une aide financière qui peut s'ajouter à l'AAH. Elle permet de

faire face aux dépenses liées au handicap (par exemple, adaptation du logement). Pour la percevoir, il faut remplir des conditions liées notamment au logement et au taux d'incapacité (80 % au minimum). La MVA est attribuée automatiquement par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA).

LES AIDES A L'AUTONOMIE

Les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont des groupements d'intérêt public (GIP) sous tutelle administrative et financière du Département qui associent les représentants des personnes handicapées, l'État, l'ARS, les représentants des organismes locaux d'assurance maladie et de prestations familiales et des adhérents volontaires.

La MDPH est un lieu unique destiné à faciliter les démarches des personnes en situation de handicap. Elle offre un accès unifié aux droits et prestations prévus pour ces personnes.

Elle exerce une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil à destination des personnes handicapées et de leurs familles ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens aux handicaps.

La MDPH décide des allocations, prestations à accorder à ces personnes ainsi que de leur orientation après expertise.

Cette expertise réalisée par l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH porte tant sur les déficiences et les capacités des personnes que sur les besoins

de compensation. La personne en situation de handicap est associée à cette démarche.

Les référentiels principaux utilisés dans ce cadre sont le guide barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées et le Guide d'Evaluation des besoins de compensation des personnes handicapées.

La MDPH examine les demandes de prestation de compensation du handicap (PCH), de carte mobilité inclusion (CMI), de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et d'insertion professionnelle, d'orientation en établissement, d'allocations et de compléments.

À savoir : Deux décrets de décembre 2018 ont permis d'attribuer des droits à vie aux personnes dont le handicap n'est pas susceptible d'évoluer. Cette réforme, effective à compter du 1^{er} janvier 2019 concernait.

L'AAH pour les personnes ayant un taux d'incapacité d'au moins 80%, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, la carte mobilité inclusion (CMI). Depuis le 1^{er} janvier 2022, la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) est également concernée.

La Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

La PCH est une aide personnalisée destinée à financer les besoins liés à la perte d'autonomie des personnes handicapées. Elle couvre les aides humaines, les aides matérielles

(aménagement du logement et du véhicule) et animalières, les surcoûts liés aux transports, aux vacances ainsi que les aides spécifiques ou exceptionnelles. Elle peut permettre de rémunérer un service d'aide à domicile ou de dédommager un aidant familial (c'est-à-dire un membre de la famille qui n'est pas salarié pour cette aide).

Les bénéficiaires de la PCH peuvent l'utiliser à domicile ou en établissement. L'ouverture de ce droit n'est soumise à aucun plafond de revenus, mais il y a toujours un reste à charge pour le bénéficiaire et la participation varie selon les ressources.

La PCH peut se cumuler avec l'AAH.

La Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

La RQTH atteste officiellement du handicap de la personne à qui elle est délivrée ainsi que de son aptitude à obtenir ou conserver un emploi malgré ce handicap.

La RQTH ouvre différents droits et notamment l'accès prioritaire à certaines mesures d'aides à l'emploi et à la formation. Un travailleur disposant de la RQTH peut ainsi bénéficier du réseau d'accompagnement spécialisé Cap emploi, du SAMETH (Service d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés), des aides mises en place par l'AGEFIPH (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées) et du FIPHP (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique).

En parallèle, seuls les travailleurs bénéficiant de la RQTH sont comptabilisés dans le cadre de l'obligation faite à toute administration ou entreprise de 20 salariés et plus d'employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6% de son effectif total. En ce sens, la RQTH présente donc également un intérêt pour le futur employeur de la personne en situation de handicap, qui pourra éventuellement recevoir une aide financière à l'embauche et des subventions pour aménager le poste de travail.

L'aide à la parentalité

Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

Le bénéfice de la prestation de compensation du handicap (PCH) est désormais étendu aux besoins liés à l'exercice de la parentalité des personnes handicapées.

Dans ce cadre, et dans la limite de montants fixés par arrêté, la PCH peut couvrir les besoins d'aide humaine, d'aides techniques, ainsi que les besoins liés à la préparation des repas et de la vaisselle.

Enfin, l'allocation de cette prestation n'est plus conditionnée à une condition d'âge limite avant lequel une personne répondant aux critères d'éligibilité de cette prestation devait déposer sa première demande.

La carte mobilité inclusion (CMI)

Les cartes d'invalidité, de stationnement, de priorité ainsi que les mentions « besoin d'accompagnement » et « cécité » n'existent plus. Elles sont remplacées par la Carte Mobilité Inclusion (CMI). Toutefois, les anciennes cartes demeurent valables jusqu'à leur date d'expiration et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre 2026. Il est recommandé de demander une CMI sans attendre cette date.

La CMI a pour objet de faciliter la vie quotidienne et les déplacements des personnes en situation de handicap et des personnes âgées en perte d'autonomie. Elle peut être attribuée à titre définitif ou à durée déterminée. Dans ce cas, cette durée ne peut ni être inférieure à un an, ni excéder vingt ans.

Néanmoins, la CMI mention « invalidité » est attribuée sans limitation de durée à toute personne qui présente un taux d'incapacité permanente d'au moins 80% et dont les limitations d'activité ne sont pas susceptibles d'évolution favorable, compte tenu des données de la science.

En fonction de la situation et des besoins de la personne, la CMI peut porter les mentions « invalidité », « priorité pour personnes handicapées » et « stationnement pour personnes handicapées » :

- La mention « invalidité » est attribuée à toute personne dont le taux d'incapacité permanente est au moins de 80 % ou qui a été classée en invalidité dans la 3ème catégorie.

La mention « invalidité » peut être complétée par les sous-mentions « besoin d'accompagnement » ou « besoin d'accompagnement - cécité ». La sous-mention « cécité » est également apposée dès lors que la vision centrale de la personne handicapée est inférieure à 1/20^e de la normale après correction.

- La mention « priorité pour personnes handicapées » est attribuée à toute personne atteinte d'une incapacité inférieure à 80% rendant la station debout pénible.

- La mention « stationnement pour personnes handicapées » est attribuée à toute personne atteinte d'un handicap qui réduit de manière importante et durable sa capacité et son autonomie de déplacement à pied ou qui impose qu'elle soit accompagnée par une tierce personne dans ses déplacements. Elle permet à son titulaire, mais aussi à la personne qui l'accompagne, de se garer, gratuitement et sans limitation de durée, sur toutes les places de stationnement ouvertes au public (et pas seulement sur les places réservées aux personnes handicapées).

La CMI la mention « invalidité » permet de bénéficier notamment :

- du droit de demander une place assise dans les transports en commun, dans les salles d'attente, ainsi que dans les manifestations accueillant du public,
- du droit de passer en priorité dans un magasin ou un lieu public,

- d'une reconnaissance fiscale du handicap pour le titulaire de la carte (lequel donne droit par exemple au bénéficiaire sous conditions d'une demi-part supplémentaire pour le calcul de l'impôt sur le revenu),
- d'un droit de priorité dans l'attribution des logements sociaux au même titre que d'autres catégories de personnes prioritaires,
- de la gratuité d'accès aux musées nationaux pour le titulaire de la carte et pour son accompagnant ainsi que du bénéfice de mesures particulières dans de nombreux autres lieux culturels,
- de différents avantages commerciaux accordés, sous certaines conditions, par exemple dans les transports.

■ L'INVALIDITE AU SENS DE LA SECURITE SOCIALE

Une personne est invalide au sens de la sécurité sociale, lorsque suite à une maladie ou un accident non professionnel, elle perd au moins 2/3 de sa capacité de travail ou de gain.

La reconnaissance de l'invalidité par la sécurité sociale permet :

- d'accorder à l'assuré une pension en compensation de la perte de salaire entraînée par son état de santé,
- de maintenir à l'assuré et à ses ayants droit, même en l'absence d'activité professionnelle, le bénéfice des prestations en nature maladie et maternité

(remboursement des soins, des médicaments).

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin conseil de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM). Les personnes invalides sont classées en 3 catégories :

- 1^{er} catégorie : invalide capable d'exercer une activité rémunérée,
- 2^e catégorie : invalide absolument incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque,
- 3^e catégorie : invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une profession quelconque, est en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne.

L'état d'invalidité est apprécié globalement en fonction de deux critères :

- la reconnaissance d'une déficience physique ou mentale,
- un handicap socioprofessionnel consécutif à cette déficience apprécié en fonction de la capacité de travail, de l'âge et du milieu professionnel.

La pension d'invalidité

La pension d'invalidité est, dans la majorité des cas, attribuée à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèce de l'assurance maladie.

Dans certains cas, la CPAM peut prendre l'initiative de procéder à la liquidation

de la pension. A défaut, il appartient à l'assuré lui-même d'adresser une demande de pension à sa caisse en remplissant le formulaire de demande dans un délai de 12 mois après la consolidation de sa blessure ou de la constatation médicale de l'invalidité ou de la stabilisation de son état de santé ou encore de la date à laquelle il a cessé de percevoir des indemnités journalières.

Plusieurs conditions sont nécessaires pour être bénéficiaire d'une pension d'invalidité :

- ne pas avoir atteint l'âge légal de la retraite ,
- présenter une invalidité réduisant la capacité de travail ou de gain d'au moins 2/3,
- justifier de 12 mois d'immatriculation à la sécurité sociale,
- justifier d'un certain nombre de cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès ou avoir effectué un certain nombre d'heures de travail salarié ou assimilé.

La pension d'invalidité est en principe attribuée à titre temporaire sauf pour les invalides de 3^e catégorie qui en bénéficient de manière permanente. En fonction des circonstances (modification de l'état d'invalidité, invalidité devenant supérieure à 50 %, reprise d'une activité professionnelle...), elle peut être révisée à la hausse ou à la baisse, suspendue ou supprimée.

Par l'allocation d'une pension d'invalidité,

la CPAM entend indiquer qu'au regard de la situation de l'intéressé, il lui sera difficile de trouver un emploi mais elle ne lui interdit nullement de travailler. Cette éventualité est d'ailleurs admise puisque le classement peut être révisé si l'assuré vient à exercer une activité salariée. Enfin, le cumul intégral des revenus d'activité et de la pension d'invalidité est possible jusqu'à ce que le revenu disponible de l'assuré redevienne similaire à celui qu'il percevait avant son passage en invalidité. Au-delà de ce seuil, le montant de la pension est suspendu en tout ou en partie.

A savoir : Pour la 3^{ème} catégorie, la pension d'invalidité est égale au montant de la pension de 2^e catégorie à laquelle est ajoutée une majoration pour tierce personne.

Invalidité et handicap

Le handicap n'implique pas automatiquement l'allocation d'une pension d'invalidité. En effet, les prestations financières en faveur des adultes handicapés ne relèvent pas d'un régime unique.

Ainsi, si l'incapacité permanente du salarié résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, ce n'est pas une pension d'invalidité qui sera versée mais une rente d'accident du travail.

Enfin, l'adulte handicapé qui n'a droit ni à une pension d'invalidité ni à une rente d'accident du travail pourra, le cas échéant, bénéficier de minimas sociaux tels que l'AAH et ses compléments.

Retraite pour inaptitude au travail

La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet d'obtenir une retraite au taux maximum de 50 % dès l'âge de 62 ans, quel que soit le nombre de trimestres cotisés par l'assuré.

L'inaptitude au travail doit être reconnue par le médecin conseil de la caisse qui attribue la retraite.

Toutefois, elle est attribuée automatiquement dans certains cas tels que pour les personnes reconnues invalides avant l'âge de 62 ans, pour les personnes titulaires de l'AAH et de la CMI.

Une majoration tierce personne peut compléter la retraite pour inaptitude au travail en cas de nécessité pour l'invalidé d'avoir recours à l'aide constante d'une personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Cette condition doit être remplie avant l'âge du taux maximum automatique de la retraite.

La majoration pour tierce personne est suspendue dans certaines circonstances notamment en cas d'hospitalisation au-delà du dernier jour du mois civil suivant celui au cours duquel la personne a été hospitalisée. Elle peut enfin être supprimée sur avis médical.

Aptitude/Inaptitude

L'aptitude et l'inaptitude sont, quant à elles, appréciées par le médecin du travail.

Ce médecin s'assure de l'aptitude physique d'un salarié à son emploi en

vérifiant l'adéquation entre son état de santé et la charge physique ou mentale dont est assorti son emploi.

L'inaptitude peut être temporaire ou définitive. Elle peut être liée à un poste précis ou à tous les postes de l'entreprise. La notion d'aptitude apparaît donc beaucoup plus précise que la notion d'invalidité.

Il apparaît clairement que les législations ont des logiques différentes.

Ainsi, par exemple, l'avis du médecin conseil de la CPAM qui classe un salarié en invalidité de 2ème catégorie ne s'impose pas au médecin du travail et réciproquement. En effet, pour émettre son avis, il revient au médecin du travail qui connaît tous les postes de l'entreprise et leurs possibilités d'aménagement d'examiner l'intéressé au regard d'une éventuelle reprise.

TABLEAU DES ORGANISMES AUXQUELS S'ADRESSER PAR CATÉGORIE DE PRESTATION

PRESTATION	ORGANISME
AAH Allocation aux Adultes Handicapés	MDPH du lieu de résidence Décision par CDAPH Si acceptation, versement par CAF ou la MSA
MVA Majoration pour Vie Autonome	Versement automatique par la CAF au vu de la demande d'AAH
ASH Aide Sociale à l'Hébergement pour les personnes handicapées	Mairie ou CCAS de lieu de résidence qui transmet au conseil départemental
PCH Prestation de Compensation du Handicap	MDPH
RQTH Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé	MDPH
CMI Carte Mobilité Inclusion	MDPH
Pension d'invalidité	CPAM
Retraite pour inaptitude au travail	Caisse de retraite
Droit de répit	Conseil Départemental
Congé de proche aidant	Employeur

VI - Des dispositifs spécifiques

▶ LA CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE)

L'état de santé ou le handicap constitue un obstacle important dans l'accès à l'assurance et à l'emprunt immobilier.

La Convention AERAS vise à faciliter l'accès à l'assurance et au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé. Si elle a lieu de s'appliquer, elle contraint l'assureur dans l'examen de la demande d'emprunt dont il est saisi à appliquer un droit à l'oubli ou la grille de référence, jusqu'à 3 niveaux d'analyse de la demande. Mais, elle ne le contraint pas à accepter cette demande.

Pour les personnes malades chroniques, le dispositif AERAS est un moyen d'augmenter ses chances d'obtenir un prêt et, a minima, de voir son dossier analysé.

Pour en savoir plus : <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20520>

■ LE DROIT A L'OUBLI

Institué par la Convention AERAS, le droit à l'oubli consiste en la possibilité pour un emprunteur de ne pas déclarer à son assureur une maladie dont il a été atteint antérieurement à la demande d'emprunt, sous certaines conditions.

▶ LE DON D'ORGANES OU DE TISSUS

Articles L1231-1 et suivants du Code de la Santé Publique

En France, il est possible de donner un organe ou des tissus de son vivant ou

En application de ce droit à l'oubli, aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses et à l'hépatite virale C ne peut, à ce jour et dans tous les cas, être recueillie par les organismes assureurs au-delà d'un délai de cinq ans à compter de la fin du protocole thérapeutique.

Des négociations sont en cours pour une extension de ce droit à d'autres pathologies.

■ LA GRILLE DE REFERENCE

Les personnes ne relevant pas du droit à l'oubli voient leur accès à l'emprunt facilité par la grille de référence de la convention AERAS qui détaille, cancer par cancer, stade par stade, après quel délai il est possible de s'assurer dans des conditions normales ou proches de la normale (de 1 à 8 ans en fonction des cancers).

A ce jour, les cancers du testicule, du rein, du sein, du col de l'utérus, de la thyroïde, du côlon et du rectum, le lymphome hodgkinien, le mélanome de la peau, certains types de leucémie, l'adénocarcinome de la prostate figurent notamment sur la grille de référence.

après sa mort. Le don d'organes et de tissus est encadré par la législation en matière de bioéthique et l'Agence de la biomédecine organise le système de transplantation.

En cas de décès, le don d'organes et de tissus repose sur trois règles :

- le consentement présumé : toute personne peut devenir donneur à moins qu'elle n'ait exprimé son refus de son vivant,
- la gratuité : toute rémunération ou avantage équivalent en contrepartie du don est interdit et sanctionné,
- l'anonymat : le nom du donneur ne peut être communiqué au receveur et réciproquement. La famille du donneur peut cependant être informée des organes et tissus prélevés ainsi que du résultat des greffes, si elle le souhaite.

Le don d'organes est possible à tout âge. Quand un enfant décède, ses parents peuvent autoriser le prélèvement de ses organes. De tels dons permettent de greffer un autre enfant. Si l'enfant avait fait part d'une volonté personnelle sur le don d'organes, elle est prise en compte.

Juste après l'annonce d'un décès par le médecin réanimateur, et avant d'envisager tout prélèvement, l'équipe médicale interrogera obligatoirement les proches du défunt afin de connaître

▶ L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE (ASE)

Les services départementaux de l'ASE mettent en œuvre diverses actions dans le cadre de la politique de protection de l'enfance à des fins de prévention, de repérage des situations de danger ou de risque de danger, et de protection.

sa volonté, à travers leurs témoignages, et notamment de vérifier qu'il n'était pas opposé au don dans le cas où cette opposition ne se trouverait pas exprimée dans le registre national des refus.

Pour que le choix de chacun soit entendu, bien compris et respecté de tous, mieux vaut le faire connaître en temps utile auprès de son entourage, soit par écrit, soit par oral, pour clarifier la situation, tant pour les proches que pour l'équipe médicale.

De son vivant, une personne peut faire un don d'organes dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur qui ne peut alors être qu'un proche. Dans ce cas, une information renforcée doit être dispensée au donneur ainsi qu'un recueil de son consentement par écrit.

A savoir : *Les dons d'organes doivent être distingués du « don du corps à la science ». Cette démarche volontaire et expresse auprès d'un établissement de santé permet à une personne de donner son corps entier, notamment à des fins d'enseignement.*

A noter : *Un enfant dès 13 ans a accès au registre national des refus.*

matérielle correspond essentiellement à des mesures de placement en dehors du milieu familial.

Spécificité de cette politique, les mesures d'ASE relèvent à la fois des pouvoirs administratifs et judiciaires.

▶ LES PERSONNES SANS DOMICILE FIXE

Une étude publiée le 17 novembre 2015 par l'Institut de veille sanitaire indique qu'en France, 10% des sans-abri ne bénéficient d'aucune protection sociale et que 25% n'ont pas de complémentaire santé.

De ce fait, les personnes sans domicile fixe recourent moins aux soins malgré un mauvais état de santé physique et psychique.

▶ LUTTE CONTRE LES VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

Les violences envers les femmes s'exercent dans la sphère familiale, au sein du couple, mais aussi dans l'espace public ou dans l'univers professionnel. Elles peuvent prendre différentes formes : agressions sexuelles, viols, violences psychologiques, mutilations sexuelles, violences physiques, mariages forcés. Elles touchent tous les milieux et tous les âges.

Le plan Angela a été mis en place pour garantir la sécurité des femmes dans l'espace public. Toute personne qui ne se sent pas en sécurité ou se sent harcelée peut trouver refuge dans un des lieux sûrs du réseau Angela, identifié grâce au sticker sur sa vitrine et « demander Angela ».

A savoir : *Le Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger (SNATED) est accessible sans interruption au 119, numéro national d'urgence.*

Outre les actions institutionnelles, de nombreux organismes caritatifs privés ou subventionnés pallient l'absence ou l'insuffisance d'accès aux soins.

A savoir : *En cas d'urgence ; composez le 115, numéro d'urgence sociale en matière d'hébergement, d'aide alimentaire, d'accès aux soins ou toute prestation de 1^{er} urgence.*

Par ailleurs, le 3919 Violence Femmes Info est le numéro national de référence pour les femmes victimes de violence. Il propose une écoute, informe et oriente vers des dispositifs d'accompagnement et de prise en charge. Il est destiné aux femmes victimes de violence, à leur entourage et aux professionnels concernés. Anonyme et gratuit, il est accessible 24 heures/24 et 7 jours/7 depuis un poste fixe et un mobile.

A savoir : *En cas de danger immédiat, composez le 17 (police ou gendarmerie) ou si vous êtes sourd, malentendant, aphasique ou dysphasique envoyez un SMS au 114.*

▶ LE PORTAIL DE SIGNALEMENT DES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES

Un portail de signalement gratuit, anonyme et disponible 24heures/24 et 7jours/7 est mis en place pour les victimes de violences sexuelles ou sexistes.

Sur ce portail, il est possible d'échanger par tchat avec des policiers ou des gendarmes spécialement formés aux violences sexistes et sexuelles et qui

peuvent déclencher des interventions. A tout moment, il est possible de quitter rapidement le tchat et l'historique de la discussion pourra être effacé de l'ordinateur, du téléphone portable ou de la tablette.

A savoir : *pour accéder au portail <https://www.service-public.fr/cmi>*

RECAPITULATIF DES NUMEROS ESSENTIELS

SNATED Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger	119
Sans domicile fixe	115
Violence Femmes Info	3919
SAMU	15
Pompiers	18
Police ou gendarmerie	17
Numéro d'appel d'urgence en Union européenne	112
Maltraitance envers les adultes vulnérables	3977
Urgence SMS	114

Abréviations & définitions

AAH : Allocation aux adultes handicapés

ACS : Aide à la Complémentaire Santé

AERAS : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé

AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées

AGGIR : Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources

AJPA : Allocation Journalière du Proche Aidant

ALS : Allocation de Logement Social

ALF : Allocation de Logement Familial

AME : Aide Médicale de l'Etat

APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie

APL : Aide Personnalisée au Logement

ARS : Agence Régionale de Santé

ASE : Aide Sociale à l'Enfance

ASH : Aide Sociale à l'Hébergement

ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Agées

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CDU : Commission Des Usagers

CEAM : Carte Européenne d'Assurance Maladie

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLS : Contrat local de Santé

CLSM : Contrat local de Santé Mentale

CMI : Carte Mobilité Inclusion

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUc : Couverture Maladie Universelle complémentaire

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CRCDC : Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers

CRCI : Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation

CRSA : Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

CRUCPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

CTS : Conseil Territorial de Santé

CTSM : Contrat Territorial de Santé Mentale

CVS : Conseil de la Vie Sociale

DGCS : Direction Générale de la Cohésion Sociale

DMP : Dossier Médical Partagé

DSUV : Dispositif de Soins Urgents et Vitaux

EHPAD : Etablissement pour Personnes Agées Dépendantes

ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail

ESMS : Etablissement Social et Médico-Social

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé

FIPHFP : Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

GIP : Groupement d'Intérêt Public

GIR : Groupe Iso-Ressources

HAD : Hospitalisation A Domicile

HDJ : Hospitalisation De Jour

HIA : Hôpital d'Instruction des Armées

HPV : Human Papilloma Virus

IFI : Impôt sur la Fortune Immobilière

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées

MSA : Mutuelle Sociale Agricole

MVA : Majoration pour la Vie Autonome

ONIAM : Office National d'indemnisation des Accidents Médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales

PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis

PCH : Prestation de Compensation du Handicap

PCRTTP : Prestation Complémentaire pour Recours à Tierce Personne

PMP : Projet Médical Partagé

PRS : Projet Régional de Santé

PTA : Plateforme Territoriale d'Appui à la coordination des parcours complexes

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

PUMa : Protection Universelle Maladie

RLAM : Régime Local d'Alsace-Moselle

RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

RU : Représentant des Usagers

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAMETH : Service d'Aide pour le Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés

SNATED : Service National d'Accueil Téléphonique pour l'Enfance en Danger

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPRE : Soins Psychiatriques sur décision d'un Représentant de l'Etat

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longue Durée

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UHSI : Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale

USMP : Unité de Soins en Milieu Pénitentiaire

