

LIVRE BLANC



VERS LE SPASAD 3.0

SERVICE POLYVALENT D'AIDE ET DE SOINS À DOMICILE

État de l'art d'un système d'information urbanisé



FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

Notice de propriété

Toutes les informations contenues dans ce document produit par la FEHAP sont utilisables par un tiers, et notamment les modèles urbanisés déposés à l'INPI, dès lors que la FEHAP est citée dans les documents reprenant ces informations.

1	INTRODUCTION	4
1.1	Définition d'un livre blanc	4
1.2	Origine et thème du livre blanc	4
1.3	Contenu et objectifs du livre blanc	4
1.4	La définition du SPASAD	5
2	LES ACTEURS DU SPASAD	5
2.1	Typologie au sein du medico-social	5
2.2	La composition de l'équipe du SPASAD	6
3	LE MODELE MACROSCOPIQUE DE COMMUNICATION	6
3.1	Le modèle	6
3.2	Les acteurs externes concernés	7
4	LE PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT DE L'USAGER	16
4.1	Le processus	16
4.2	Les activités et les tâches	20
5	URBANISATION DU SIS D'UN SPASAD	30
5.1	Le constat	30
5.2	Qu'est-ce que l'urbanisation ?	30
5.3	Les objectifs de l'urbanisation	31
5.4	Comment urbaniser ?	32
5.5	L'interopérabilité	34
5.6	Les zones, les quartiers, les blocs et les composants	34
5.7	Le modèle urbanisé cible du SIS d'un SPASAD	38
5.8	Exigences d'interopérabilité (source ASIP Santé & ANAP)	59
5.9	Déclinaisons possibles du SIS	68
6	UTILISATION DU MODELE URBANISE FOURNI	69

6.1	Principe d'utilisation	69
6.2	Construire sa cible à partir du modèle générique fourni en l'adaptant	69
6.3	Identifier les composants déjà disponibles dans le système d'information existant	70
6.4	Construction de la trajectoire.	71
6.5	Construction du tableau de bord	71
6.6	Suivi de la trajectoire	72
7	CONCLUSION : LA VISION DE LA FEHAP	74
8	ANNEXES	75
8.1	Contributeurs à la rédaction de ce document	75
8.2	Les références juridiques	75
8.3	Modes ASP et Saas	76
1	GLOSSAIRE	83

1 Introduction

1.1 Définition d'un livre blanc

Un livre blanc est un document, un guide pratique qui permet de faire l'état de l'art d'un sujet particulier en recensant de manière exhaustive l'ensemble des connaissances sur ce sujet et en y intégrant les aspects réglementaires.

1.2 Origine et thème du livre blanc

Né du constat de l'inexistence d'un **outil unique** permettant de gérer un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD), tel qu'un logiciel unique, ce livre blanc de la FEHAP traite du thème du **système d'information en santé**¹ « urbanisé » d'un SPASAD.

La notion d'urbanisation sera largement abordée dans la partie 5 « Urbanisation du SIS d'un SPASAD ».

1.3 Contenu et objectifs du livre blanc

➤ Contenu

Ce livre blanc :

- Décrit les systèmes d'information existant actuellement dans les SPASAD et les pratiques associées à la transmission d'informations ;
- Identifie les besoins en Système d'Information en Santé (SIS) ;
- Intègre les aspects réglementaires.

➤ Objectifs

Ce document vise à définir un système d'information en santé (SIS) « **cible** » de sorte que chaque structure puisse définir une trajectoire vers cette cible, via un portefeuille de projets, dans le cadre de son schéma directeur.

Ce livre blanc devrait notamment permettre :

- D'aider les établissements à se doter d'un SIS cible qui leur servira pour leurs schémas directeurs ;
- De montrer ce vers quoi devraient tendre les SIS des SPASAD à l'avenir ;
- De mettre en avant les particularités de certains logiciels qui, bien que de petite taille, méritent d'être connus et de perdurer ;
- De disposer d'un premier ouvrage de référence sur ce sujet.

Ce livre blanc va donc permettre de faire le lien entre la stratégie d'une structure et son système d'information.

Cette version décrit macroscopiquement le SIS. A ce titre, la FEHAP fournit à ses adhérents un **kit d'utilisation du modèle urbanisé** décrit dans ce document. Ce kit contient le modèle, et un tableau de bord pluriannuel permettant de visualiser la trajectoire à atteindre dans le cadre de son schéma directeur.

Pour l'obtenir, veuillez prendre contact avec les conseillers SIS de la FEHAP, dont Jean-François GOGLIN
 Conseiller national Systèmes d'Information de Santé FEHAP
 179, rue de Lourmel - 75015 Paris
 Tél. : 01 53 98 95 26

¹ Santé : selon l'OMS est "un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

1.4 La définition du SPASAD

➤ Définition et régime juridique d'un SPASAD

Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) à destination de publics fragiles, notamment personnes âgées, malades ou handicapées, sont une formule alliant service de soins infirmiers à domicile et service d'aide et d'accompagnement à domicile. Nés en 2004, ils sont encore peu répandus, moins de 100 à l'échelle de la France. Ils permettent notamment d'apporter une prise en charge globale et coordonnée en aide et en soins à domicile.

Les SPASAD sont des services médico-sociaux relevant du 6° et du 7° du I. de l'article L. 312-1 et de l'article D.312-7 du Code de l'action sociale et des familles.

Les SPASAD sont donc constitués d'au moins un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et d'au moins un service d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Ils assurent les missions dévolues à chacune de ces structures.

Les SPASAD ont pour objectif de favoriser la coordination des interventions auprès de la personne et de mutualiser les interventions visant à élaborer le projet individuel d'aide, d'accompagnement et de soins permettant, ainsi une prise en charge plus adaptée à la globalité des besoins de la personne.

▪ *Les missions du SSIAD*

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels.

Les prestations du SSIAD sont assurées a minima par un infirmier coordinateur, des aides-soignants, voire des aides médico-psychologiques. Elles peuvent selon les besoins être délivrées par des infirmiers, des ergothérapeutes, des pédicures podologues et des psychologues. Le service peut faire appel à des infirmiers et des pédicures podologues libéraux dès lors qu'ils sont dûment conventionnés avec le service.

Les services de soins infirmiers à domicile peuvent également disposer d'une équipe spécialisée Alzheimer (ESA), suite à un appel à projet. Les équipes spécialisées Alzheimer, issues du plan Alzheimer 2008-2012, sont des équipes pluridisciplinaires – ergothérapeutes et/ou psychomotriciens, assistants de soins en gérontologie et infirmiers coordonnateurs – qui interviennent à domicile sur prescription médicale. Elles accompagnent des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou maladies apparentées) récemment diagnostiquées ainsi que leurs aidants familiaux, à raison de 12 à 15 séances sur 3 mois, renouvelables une fois par an.

▪ *Les missions du SAAD*

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent notamment des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les SSIAD.

Les SAAD concourent de manière générale au soutien à domicile, à la préservation ou à la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne, au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage et assurent une mission importante en matière de repérage et de prévention de la perte d'autonomie.

Les interventions sont réalisées par des aides à domicile, notamment des auxiliaires de vie sociale.

2 Les acteurs du SPASAD

2.1 Typologie au sein du medico-social

Concernant le SPASAD, on peut distinguer deux types de publics auprès desquels le service intervient : les personnes âgées (de plus de 60 ans) et les personnes en situation de handicap.

2.2 La composition de l'équipe du SPASAD

➤ Personnels administratifs

- Directeur
- Chargé d'accueil

➤ Intervenants à domicile

▪ *Intervenants « classiques »*

Les interventions du SPASAD sont assurées par différents personnels (prise en compte des professionnels de l'équipe spécialisée Alzheimer) :

- Un infirmier coordinateur
- Des infirmiers
- Des aides-soignants;
- Des aides médico-psychologiques ;
- Des pédicures-podologues,
- Des ergothérapeutes
- Des psychologues
- Des kinésithérapeutes
- Des podologues
- Des assistants de soins
- Des psychomotriciens
- Un responsable de secteur
- Des aides à domicile
- Des auxiliaires de vie sociale

▪ *Pour la partie coordination*

Parmi les nouveaux métiers de coordination au sein du SPASAD on peut notamment citer :

- coordinateur SPASAD
- assistant SPASAD

▪ *Pour la partie prévention*

Les personnels qui interviennent pour des missions de prévention dans le cadre du SPASAD sont :

- Référent Bientraitance
- Référent Qualité
- Référent Plaies et cicatrisation
- Référent Douleur
- Référent chutes
- Référent « refus de soin »

3 Le modèle macroscopique de communication

3.1 Le modèle

Le modèle macroscopique est le suivant :

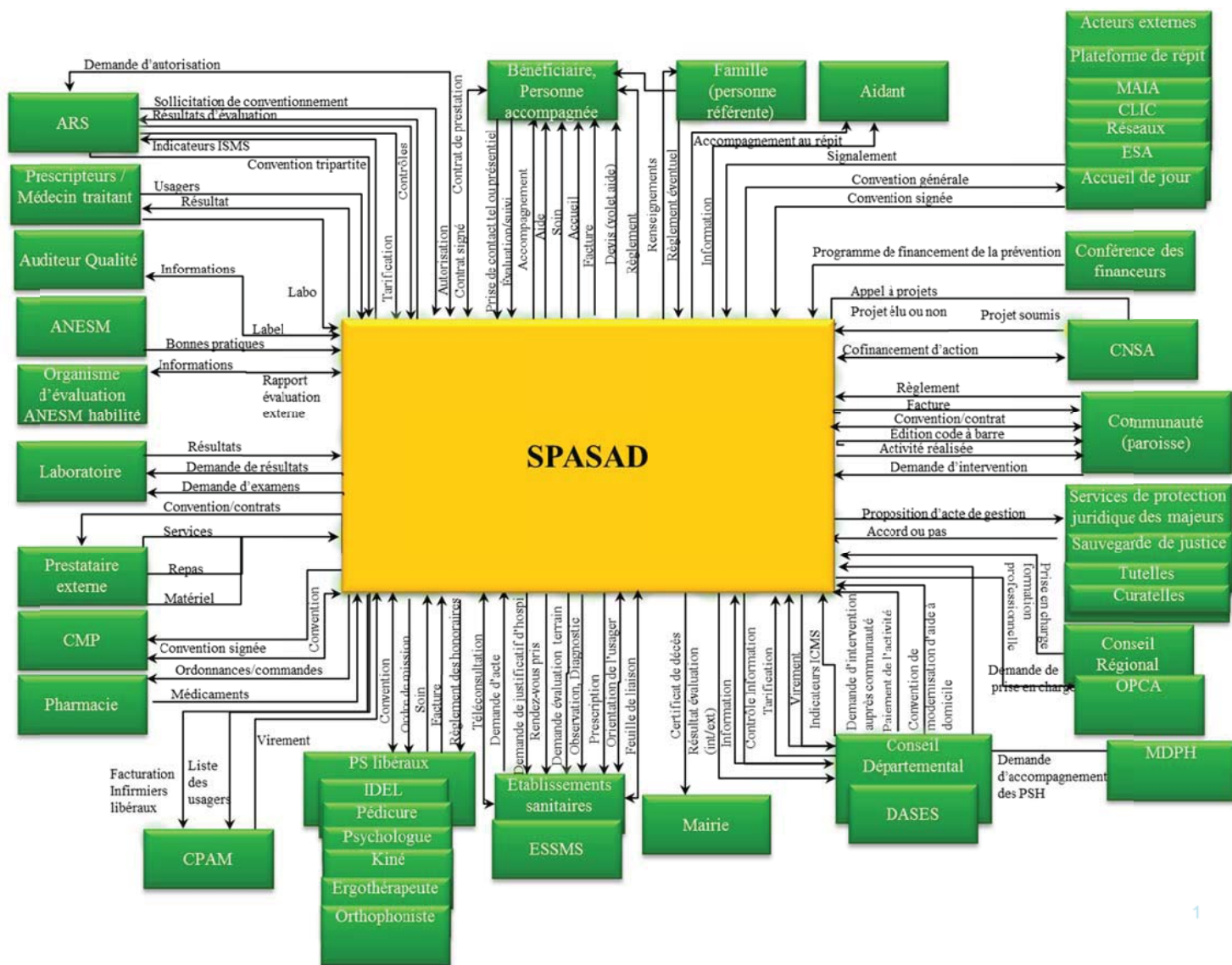


Figure 1 : Modèle de communication du secteur SPASAD (source FEHAP).

3.2 Les acteurs externes concernés

Autour du SPASAD, les acteurs intervenant auprès de la personne accompagnée sont:

➤ Accueil de jour

Comme les services d'hébergement temporaire, les centres d'accueil de jour peuvent être autonomes ou rattachés à une structure (Ehpad, SSIAD...) et rentrent dans la catégorie des établissements sociaux et médico-sociaux définis par le code de l'action sociale et des familles. Les centres d'accueil de jour proposent des accueils à la journée à des personnes âgées, dans une perspective de prévention : prévention de l'épuisement et de l'isolement des aidants qui sont des faits constatés et admis par le milieu gérontologique, et prévention de l'aggravation de l'état des malades.

➤ Accueil familial

L'accueil familial social consiste en l'accueil par des particuliers, à leur domicile et contre rémunération, de personnes âgées ou adultes handicapées, au-delà du 4ème degré de parenté. Dans ce cadre, l'accueillant familial est employé de la personne accueillie.

L'accueil peut être permanent ou temporaire, en chambre individuelle ou quelquefois en logement indépendant. Il est une alternative adaptée et complémentaire entre le maintien à domicile et l'hébergement en institution.

L'accueilli bénéficie d'un cadre de vie familial et d'un accompagnement personnalisé d'une équipe médico-sociale. Ce mode d'accueil lui permet de développer de nouveaux liens sociaux.

La loi porte à 3 le nombre maximal de personnes pouvant être accueillies dans le même foyer, même si, au sein du foyer, l'agrément est accordé à un couple.

➤ ANAP

Instituée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, « l'agence nationale de l'appui à la performance a pour objet d'aider les établissements de santé et médico-sociaux à améliorer le service rendu aux patients et aux usagers, en élaborant et en diffusant des recommandations et des outils dont elle assure le suivi de la mise en œuvre, leur permettant de moderniser leur gestion, d'optimiser leur patrimoine immobilier et de suivre et d'accroître leur performance, afin de maîtriser leurs dépenses. » (Extrait de la LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 18)

➤ ANESM

L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, née en 2007, a pris la succession du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Sa mission consiste à promouvoir les pratiques de bientraitance au sein des établissements accueillant des personnes vulnérables (enfants, handicapés, personnes âgées, personnes en rupture sociale...), et à accorder l'habilitation à des organismes extérieurs chargés de procéder au contrôle des bonnes pratiques préconisées par l'Anesm au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSM).

➤ ARS

Les Agences Régionales de Santé ont pour mission d'assurer, à l'échelon régional, le pilotage d'ensemble de notre système de santé. Elles sont responsables de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre de soins en fonction des besoins de la population, y compris dans les structures d'accueil des personnes âgées ou handicapées. Elles garantissent une approche plus cohérente et plus efficace des politiques de santé menées sur un territoire et permettent une plus grande fluidité du parcours de soin, pour répondre aux besoins des patients.

➤ CEAP

Les centres pour enfants et adolescents polyhandicapés accueillent et accompagnent des enfants qui souffrent d'un polyhandicap (association d'une déficience mentale grave à une déficience motrice importante) entraînant une réduction notable de leur autonomie.

L'accueil se fait le plus souvent en internat ou en semi-internat. Le financement de ces établissements se fait par le biais du prix de journée et est pris en charge par l'Assurance Maladie.

➤ Centres de santé

Les centres de santé assurent des activités de soins médicales, paramédicales ou dentaires en ambulatoire (c'est-à-dire sans hébergement) et mènent des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales.

Ils sont gérés par :

- Des organismes à but non lucratif (associations " loi 1901 ", fondations, congrégations, CPAM, mutuelles...)
- Des établissements de santé (publics ou privés)
- Des collectivités territoriales (municipalités, départements...) et des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)

Ils sont ouverts à toutes les personnes qui souhaitent être reçues. Ils pratiquent le tiers payant et respectent les tarifs opposables. Pour la part des actes dentaires qui ne relèvent pas d'un tarif opposable, un devis écrit et signé est obligatoire. A la différence des maisons de santé, qui sont des structures d'exercice libérales, les centres de santé salarient les professionnels de santé, y compris médecins, qui y exercent. Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé. Ils élaborent un projet de santé et un règlement intérieur incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale, la coordination des soins et le développement d'actions de santé publique. Ils sont soumis pour leur activité à des conditions

techniques de fonctionnement prévues par le décret n° 2010-895 du 30 juillet 2010 relatif aux centres de santé.

➤ Centres médico-psychologiques

Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.

➤ CHRS

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Il s'agit notamment de victimes de violence, de personnes confrontées à l'alcoolisme et aux toxicomanies ou de personnes sortant de prison.

C'est la loi 74-955 du 19 novembre 1974, (loi étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et modifiant diverses dispositions du Code de la famille et de l'aide sociale du Code du travail) qui créa les CHRS (dont l'intitulé de départ était « Centres d'hébergement et de réadaptation sociale »). Il existe aujourd'hui différents types de CHRS : en effet, certains sont des établissements spécialisés pour un type de public (femmes enceintes, personnes sortant de prison,...), d'autres sont des établissements de droit commun dit « tout public » (jeunes errants, grands exclus,...). Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale sont pour la plupart gérés par des associations et organisations humanitaires, membres de la Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (Croix-rouge française, Samu social, Armée du salut, Mouvement Emmaüs, Secours Catholique...). Les autres CHRS sont gérés par des collectivités publiques locales (le Centre Communal d'Action Social ou le Département).

Le financement du fonctionnement des CHRS est assuré par une dotation globale de l'Etat. Les personnes acquittent une participation financière à leur frais d'hébergement et d'entretien sur la base d'un barème réglementaire tenant compte notamment de leurs revenus.

➤ CLIC

Les Clic sont les centres locaux d'information et de coordination ouverts aux personnes âgées et à leur entourage, ainsi qu'aux professionnels de la gérontologie et du maintien à domicile. Ils sont mis en œuvre par les départements. Ils constituent le lieu d'information privilégié des personnes âgées et de leur entourage. Ils permettent en effet d'obtenir toutes les informations utiles pour la vie quotidienne des personnes âgées : aides financières, maintien à domicile, amélioration de l'habitat, structures d'hébergement, mesures de protection, loisirs, vie sociale et relationnelle... Ce sont aussi des lieux d'information, de formation et de coordination pour les professionnels de la gérontologie, les services et les établissements accueillant des personnes âgées. Enfin, les Clic sont des observatoires des enjeux et des questions gérontologiques sur un territoire déterminé.

➤ CNIL

La commission nationale de l'informatique et des libertés est l'autorité française de contrôle en matière de protection des données personnelles. La CNIL « *accompagne les professionnels dans leur mise en conformité et aide les particuliers à maîtriser leurs données personnelles et exercer leurs droits. Elle analyse l'impact des innovations technologiques et des usages émergents sur la vie privée et les libertés. Enfin, elle travaille en étroite collaboration avec ses homologues européens et internationaux pour élaborer une régulation harmonisée.* »

Elle exerce ses missions conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

➤ CNSA

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie CNSA, dont la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) assure la tutelle à titre principal, est un établissement public créé par La loi n° 2004-626 du 30 juin 2004.

Mise en place en mai 2005, la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) est, depuis le 1er janvier 2006, chargée :

- de contribuer au financement de l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées ;
- **d'assurer la répartition équitable sur le territoire national** de l'objectif général de dépenses (OGD), qui regroupe les dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) dédiées aux établissements et services médico-sociaux et le produit de la contribution solidarité autonomie (CSA) ;
- **d'assurer un rôle d'expertise technique** (référentiels nationaux d'évaluation des déficiences et de la perte d'autonomie ; élaboration des documents de planification des besoins que constituent les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie - PRIAC -), de diffuser information et conseil sur les aides techniques, et d'animer avec les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

La CNSA est donc à la fois une « caisse » chargée de répartir les moyens financiers et une « agence » d'appui technique.

➤ Conseil départemental

Avec la loi n° 2013-403 du 17 mai 2013 relative à l'élection des conseillers départementaux, des conseillers municipaux et des conseillers communautaires, l'assemblée qui dirige le département prend le nom de conseil départemental (en remplacement de la précédente appellation de conseil général). Au sens strict, le conseil départemental est l'assemblée délibérante du département en tant que collectivité territoriale, formée par la réunion des conseillers départementaux (ex-conseillers généraux). Dans un sens plus général, ce terme a fini par désigner la collectivité elle-même.

➤ Conférence des Financeurs

La conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est l'un des dispositifs phares de la loi n° 2015-1775 du 28 décembre 2015 relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. Il a pour objectif de coordonner dans chaque département les financements de la prévention de la perte d'autonomie autour d'une stratégie commune.

➤ CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou CPAM est un organisme de droit privé qui exerce une mission de service public. Par ailleurs une CPAM se positionne comme un intermédiaire entre les assurés et l'Assurance Maladie. En d'autres termes, une CPAM assure les relations de proximité avec les assurés de l'Assurance Maladie. Son rôle est de :

Affilier les assurés sociaux à l'Assurance Maladie.

- Gérer leur droit à cette assurance maladie.
- les feuilles de soins des assurés sociaux mais également la télétransmission des décomptes remboursements aux mutuelles et assurances complémentaires santé.
- Assurer le service de prestations dont : le remboursement des frais médicaux selon le pourcentage de remboursements accordés, le paiement des indemnités journalières, l'avance des frais médicaux pour ceux qui bénéficient de la CMUC.
- Mettre en place chaque année un plan d'action en terme de gestion du risque avec les professionnels de santé.
- Améliorer les politiques de prévention et de promotion de la santé (dépistage des cancers etc...) afin de réduire les dépenses de santé et ainsi de sauvegarder le budget de l'Assurance maladie.
- Proposer des aides individuelles aux assurés et des aides collectives à des associations dans le cadre d'une politique sanitaire et sociale.

➤ EHPA

L'EHPA, Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées se distingue de l'EHPAD, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. L'EHPA peut être une résidence autonomie, une maison d'accueil, ou plus globalement une structure hébergeant les personnes âgées valides et autonomes. L'EHPA est une maison de retraite non médicalisée, un établissement social, soumis à l'autorisation du président du Conseil général, et qui relève de l'article L.312-1 et suivants du Code de l'action sociale et de la famille.

La plupart du temps l'EHPA est constitué de logements vides, dont les résidents sont locataires.

Les personnes âgées habitant en EHPA se voient proposer des services hôteliers en complément de leur logement : restauration, blanchisserie, lingerie, ou même des animations, etc.

➤ **EHPAD**

(Articles L.312-1 (6° du I), L.313-12 et L.342-1 et suivants du code de l'action sociale et des familles) :

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes, anciennement désignées sous la terminologie de maisons de retraite médicalisées, accueillent des personnes seules ou en couple, de plus de 60 ans (sauf dérogation), dépendantes à des degrés divers, tant sur le plan physique que psychologique. L'admission est prononcée par le directeur de l'établissement, sur avis du médecin coordonnateur. Les EHPAD se sont engagés à respecter un cahier des charges et une démarche qualité en vertu desquels les personnes âgées accueillies sont assurées de garanties en termes de qualité de vie au sein de l'établissement (accessibilité, sécurité, hygiène), de personnalisation de la prise en charge (projet de vie individualisé, respect des rythmes de vie, proposition d'activités adaptées) et de relations avec le résident et ses proches (bonne information, participation de la famille).

➤ **Equipe Spécialisée Alzheimer**

(Mesure 6 du Plan Alzheimer 2008-2012) :

Les Equipes Spécialisées Alzheimer sont des équipes mobiles intervenant à domicile et formées aux soins d'accompagnement et de réhabilitation des personnes atteintes d'Alzheimer. Elles sont intégrées au sein de SSIAD, de SPASAD, ou de formules de coopération formalisées prévues à l'article L.312-7 du code de l'action sociale et des familles associant des SSIAD ou des SPASAD. Les ESA sont portées par des structures ayant une capacité minimum de 60 places de SSIAD. Ce seuil peut être abaissé jusqu'à 33/34 places, et s'accompagner de critères de qualité du projet et de solidité du promoteur, définis par les ARS dans le cahier des charge des appels à candidatures ou appels à projet, selon la procédure choisie par chaque ARS pour la sélection des ESA. Les équipes spécialisées ont vocation à permettre le maintien à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer au travers d'activités de stimulation cognitive et de réhabilitation de la personne malade, de la formation de ses aidants et de l'intégration d'environnement de vie du malade.

➤ **Etablissements sanitaires**

Structures définie par un statut légal, et dont les missions sont fixées par le Code de la santé publique. Ces missions (soins, prévention, recherche médicale, enseignement) sont exécutées dans le cadre d'un système de valeurs et d'obligations de service public (égalité d'accès aux soins, continuité du service...).

➤ **FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé**

Ils ont vocation à accueillir des personnes lourdement handicapées. Leur dépendance totale ou partielle les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel, et leur fait obligation de recourir à l'aide d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels de l'existence et nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ils accueillent en internat, semi-internat, externat, accueil de jour, accueil temporaire (interne ou externe), en accueil séquentiel ou encore en urgence.

➤ **FAO**

Foyer d'accueil occupationnel. Ce type d'établissement connaît des dénominations multiples : foyer de vie, foyer occupationnel, mais également centre d'accueil de jour, service d'accueil de jour ou même service d'hébergement. Quoi qu'il en soit du nom de l'établissement, il s'agit toujours de proposer aux personnes accueillies des animations quotidiennes, une série d'activités à même de les occuper de façon utile, intéressante et agréable, en fonction bien sûr de leur handicap. Ce type de foyer est destiné, à titre principal, aux personnes handicapées adultes ne relevant ni d'un Etablissement et service d'aide par le travail, ni d'une Maison d'accueil spécialisée. Trois types d'accueils sont possibles : internat, semi internat ou accueil de jour.

➤ **Filière gériatrique**

Les personnes âgées ont besoin d'un parcours de proximité sans rupture ainsi que d'une prise en charge globale. La filière gériatrique répond à cet enjeu dans la mesure où elle associe sur son territoire d'action, l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux concourant à la prise en charge globale du patient âgé : hôpitaux, Établissements d'hébergements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), équipes mobiles de gériatrie, services d'aide à domicile, professionnels de santé libéraux.

➤ **Foyer de vie**

Ils accueillent des adultes handicapés qui ne peuvent pas travailler en milieu protégé (de façon permanente ou momentanée) mais qui disposent d'une certaine autonomie physique et intellectuelle et ne relèvent donc pas des maisons d'accueil spécialisées. Ouvertes toute l'année, ces structures fonctionnent en internat, semi-internat, externat, accueil de jour, accueil temporaire (interne ou externe), en accueil séquentiel ou encore en urgence, avec des équipes composées en majorité de travailleurs sociaux et éventuellement de personnel médical et paramédical.

➤ **Foyer d'hébergement**

Ces établissements sociaux assurent l'hébergement et l'entretien des travailleurs handicapés qui exercent une activité pendant la journée en E.S.A.T., en ateliers protégés, ou en milieu ordinaire. Une équipe composée de travailleurs sociaux assure l'encadrement des travailleurs hébergés au foyer le soir et le week-end. Les prestations médicales sont assurées par des médecins libéraux rémunérés à l'acte.

➤ **HAD**

L'hospitalisation à domicile concerne des patients malades de tous âges, atteints de pathologies graves aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge par une structure d'HAD, seraient hospitalisés en établissement de santé avec hébergement. Ces patients polypathologiques exigent des soins complexes, techniques souvent longs et pluriquotidiens, délivrés par des professionnels de santé de diverses disciplines...

➤ **Hébergement temporaire**

(Article L.312-1 (6° du I) du code de l'action sociale et des familles) :

L'hébergement temporaire est une formule d'accueil limitée dans le temps. Il s'adresse aux personnes âgées qui ont un besoin particulier de soutien temporaire et dont le maintien à domicile est momentanément compromis. Ce mode d'accueil assure plusieurs rôles pour répondre à diverses situations, telles que l'isolement, l'absence des aidants, le départ en vacances, les travaux dans les logements, etc. Ainsi, l'hébergement temporaire est une composante du dispositif de répit pour les aidants familiaux. Il peut également s'utiliser comme premier essai de vie en collectivité avant l'entrée définitive en établissement ou encore tenir lieu de service de transition avant le retour à domicile après une hospitalisation. Il ne doit toutefois pas se substituer à une prise en charge en soins de suite. Ce mode d'accueil peut être proposé, soit sous forme de quelques places implantées dans des établissements préexistants, soit au sein d'une structure spécialisée de petite taille (moins de 25 places).

➤ **Laboratoire**

Un laboratoire d'analyse médicale (ou laboratoire de biologie médicale) est une structure où des professionnels de la santé prélèvent et analysent différents fluides de l'organisme. Il peut s'agir de prélèvement de sang, de peaux, d'urines, de selles ou de muqueuses. Un laboratoire de biologie médicale peut être hospitalier ou privé. Il regroupe de nombreux professionnels de la santé tels que des infirmiers, des techniciens de laboratoire, des biologistes et plus rarement des médecins.

➤ **MAIA**

Cela signifie méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie.

MAIA est une méthode qui associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins. L'intégration fait l'objet d'une préoccupation internationale

depuis les années 1990 et fait partie des politiques publiques en France depuis 2008. L'intégration va plus loin que la coopération, qui repose seulement sur un principe de coordination. L'intégration conduit tous les acteurs à coconstruire leurs moyens d'action, leurs outils collaboratifs, et in fine à partager les actions elles-mêmes et la responsabilité de leur conduite. Cette approche permet d'apporter une réponse décloisonnée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

➤ Mairie

La mairie est une collectivité territoriale dont la mission est de satisfaire aux besoins de la population locale. Les attributions sont multiples : état-civil, urbanisme et logement, écoles et équipements, activités culturelles, santé et aide sociale, police administrative...

Certaines compétences ont été transférées à la Métropole comme l'assainissement, le traitement des déchets ménagers, le renforcement de l'économie locale, l'organisation des déplacements ou la politique de la ville.

➤ Maison départementale des personnes handicapées

Créées par la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées du 11 février 2005, les Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) sont chargées de l'accueil et de l'accompagnement des personnes handicapées et de leurs proches. Il existe une MDPH dans chaque département, fonctionnant comme un guichet unique pour toutes les démarches liées aux diverses situations de handicap.

Au sein de la MDPH, une équipe pluridisciplinaire évalue les besoins des personnes qui en font la demande et leurs droits à la compensation de leur handicap (attribution d'aides humaines ou techniques) dans le cadre de la commission des droits et de l'autonomie (CDAPH).

➤ Maison de santé

La définition d'une maison de santé est donnée par l'article L. 6323-3 du code de Santé Publique :

« Art. L. 6323-3. - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens.

« Ils assurent des activités de soins sans hébergement de premier recours au sens de l'article L. 1411-11 et, le cas échéant, de second recours au sens de l'article L. 1411-12 et peuvent participer à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et à des actions sociales dans le cadre du projet de santé qu'ils élaborent et dans le respect d'un cahier des charges déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé.

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

Acteurs spécifiques PH :

➤ MAS

Maison d'accueil spécialisée. Les M.A.S. reçoivent des personnes lourdement handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ces soins constants ne sont pas des thérapeutiques actives, ni des soins intensifs qui ne pourraient être dispensés que dans un établissement de soins. Il s'agit essentiellement d'une surveillance médicale régulière avec recours au médecin, en cas d'urgence, et de la poursuite des traitements et des rééducations d'entretien, des soins de maternage et de nursing requis par l'état des personnes accueillies. Les MAS constituent des unités de vie apportant aux pensionnaires l'aide constante due à leur absence d'autonomie. Leur sont également proposées des activités occupationnelles et d'éveil, ainsi qu'une ouverture sur la vie sociale et culturelle, destinées notamment à préserver et améliorer leurs acquis et prévenir leur régression.

➤ **MECS**

Les Maisons d'Enfants à Caractère Social (MECS) sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert (les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur).

Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale (physique, sexuelle ou psychologique), de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, de toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, de problèmes comportementaux de l'enfant, de l'isolement en France d'un enfant étranger... Les MECS relèvent de la compétence du Conseil général, qui donne l'habilitation pour recevoir des enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

Les MECS sont également financés par le Conseil Départemental, par le biais du prix de journée.

Acteurs institutionnels :

➤ **Médecin traitant**

Les médecins traitants sont des médecins généralistes référents. Ils ont vocation à suivre leurs patients et sont donc censés bien les connaître. Chaque assuré social doit aujourd'hui désigner le médecin traitant de son choix (en accord avec le médecin lui-même) pour pouvoir bénéficier des remboursements de la Sécurité sociale.

➤ **Métropoles**

Les métropoles sont les agglomérations urbaines importantes qui regroupent :

- une grande population,
- des emplois stratégiques,
- des responsabilités politiques
- des activités économiques, industrielles, financières ou culturelles prépondérantes sur les territoires qu'elles dominent et où elles exercent une forte influence.

➤ **Pharmacie**

La pharmacie est également un commerce où il est possible d'avoir, par le biais d'une ordonnance ou non, des médicaments ainsi que des produits paramédicaux, des appareillages et des produits d'hygiène.

➤ **Plateforme de répit**

C'est un dispositif qui offre une palette diversifiée de solutions de répit pour les aidants de malades Alzheimer. Cette plateforme est portée par un accueil de jour d'au moins 10 places, autonome ou adossé à un établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

➤ **Plateforme territoriale d'appui**

Instaurées par la loi HPST du 21 juillet 2009, les Plates-formes d'Appui aux Professionnels de Santé (PAPS) ont pour objectif d'informer et de faciliter l'orientation des professionnels de santé, en exercice ou en formation, sur les services proposés par les différents acteurs en région et de les accompagner aux différents moments clés de leur carrière.

Ce dispositif se présente sous la forme d'une plateforme numérique en ligne offrant une information exhaustive. Ce support doit présenter une documentation régulièrement actualisée. Sa vocation est d'apporter une réponse à toute personne qui désire obtenir soit une information technique ponctuelle, soit au contraire des informations générales.

➤ **Pôle de santé**

La notion de pôle de santé est aujourd'hui défini par la loi : il est constitué « entre des professionnels de santé, le cas échéant de maisons de santé, de centres de santé, de réseaux de santé, d'établissements de santé, d'établissements et de services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire, et des groupements de coopération sociale et médicosociale ». Il assure des activités de soins de premier recours, le cas échéant de second recours, et peut participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire. Il se dessine dans cette définition, des regroupements d'organisation des soins

territoriaux de plusieurs formes. L'ancienne définition qui convenait d'appeler pôle de santé, des équipes de soins de premier recours hors les murs est donc passé d'usage.

➤ Prestataire de matériel

Les prestataires de santé à domicile (PSAD) ou prestataire de matériel fournissent aux patients en situation de dépendance, de handicap ou de maladie, des technologies et matériel qui facilitent la mise en œuvre de traitements ambulatoires et le maintien à domicile de ces patients. Ils fournissent également des services ou prestations qui accompagnent la mise à disposition de ces technologies.

➤ Professionnels libéraux (Kinésithérapeute, Orthophoniste...)

Désigne toute profession exercée sur la base de qualifications appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public (*source, considérant no 43 de la directive à la reconnaissance des qualifications professionnelles n°2005/36/CE*).

➤ Réseaux

Les réseaux de santé ont été créés par la loi du 4 mars 2002. Ils sont constitués le plus souvent sous forme d'association. Ils sont autorisés à fonctionner par les agences régionales de santé. Le réseau de santé organise la prise en charge globale d'un patient, en lien avec le médecin traitant et l'entourage. L'objectif principal d'un réseau de santé est d'apporter une réponse coordonnée adaptée aux besoins d'une personne malade, désirant rester à son domicile, et de ses aidants.

➤ Résidence autonomie

La loi d'Adaptation de la société au vieillissement donne un nouveau souffle aux logements-foyers afin de transformer cette forme d'établissement médico-social en véritable atout autonomie. Ils doivent désormais constituer une réponse efficace dès l'apparition des premières fragilités et surtout une alternative souhaitée aux maisons de retraite médicalisées quand l'agé est plus autonome que dépendant. Elles ont une mission de prévention de la perte d'autonomie. Cette mission est reconnue et réaffirmée par la loi ASV.

➤ SAAD

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) désignent les organismes privés ou publics qui interviennent en qualité de prestataires, pour des actions liées aux actes essentiels de la vie, au soutien à domicile, à la préservation ou la restauration de l'autonomie dans l'exercice des activités de la vie quotidienne et au maintien et au développement des activités sociales et des liens avec l'entourage. Ils accompagnent notamment les personnes âgées, en situation de handicap ou dépendantes ainsi que les familles fragilisées. Le régime juridique des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) est modifié par la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Désormais tous les services intervenant auprès des publics fragiles au sens du code de l'action sociale et des familles (CASF) : personnes âgées, personnes handicapées, familles en difficultés relèvent du régime de l'autorisation délivrée par le président du conseil départemental.

Au 1er janvier 2016, tous les services agréés, basculent automatiquement dans le régime de l'autorisation pour une durée de 15 ans à compter de la date de leur dernier agrément.

Tous les services d'aide à domicile seront désormais soumis aux mêmes règles de fonctionnement prévues dans un cahier des charges national qui devrait être publié à la fin du mois de janvier 2016.

➤ SAMSAH

Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés. Ils assurent des missions semblables à celles des S.A.V.S. dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté, auxquelles s'ajoutent des prestations de soins. Ils favorisent le maintien à domicile de personnes dépendantes du fait de leur handicap, en leur apportant une aide ponctuelle mais répétée dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante. Ils permettent d'aider les personnes à vivre soit au domicile parental, soit de façon indépendante en milieu ordinaire ou en appartement dans le cadre de structure éclatée d'hébergement, soit d'aider à la sortie des résidents de foyer vers un habitat indépendant. Ils peuvent être spécialisés selon la prise en charge d'un handicap et, de ce fait, proposer des prestations différentes, dans des lieux variés.

➤ **SAP**

Les services à la personne désignent les activités destinées à répondre aux besoins des particuliers dans leur vie quotidienne. Pour recourir aux activités de services à la personne, le particulier peut devenir employeur ou faire appel à un prestataire. En qualité d'employeur, il est soumis à un ensemble d'obligations liées à son statut (immatriculation, déclaration du salarié, paiement des cotisations sociales, contrat de travail, rémunération, etc.).

➤ **SAVS**

Service d'accompagnement à la vie sociale : Ils contribuent à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels, et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Ils prennent en charge des travailleurs handicapés dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager (assistance ou accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence, accompagnement social en milieu ouvert et apprentissage à l'autonomie).

➤ **SSIAD**

Les services de soins infirmiers à domicile sont des structures sociales et médicales gérées par des associations, des fondations ou des mutuelles. Ils ont pour mission d'apporter les soins infirmiers nécessaires (hygiène, soins divers...) au maintien d'un patient âgé dépendant ou d'un patient handicapé ou atteint d'une maladie chronique à son domicile. Ils agissent sur prescription médicale. Ils préviennent ou retardent l'entrée à l'hôpital des patients. Les SSIAD interviennent au domicile ou dans des centres non médicalisés.

➤ **USLD**

(Article L.6111-2 du code de la santé publique) :

Les Unités de Soins de Longue Durée sont des structures sanitaires destinées à l'accueil des personnes les plus dépendantes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état requiert une surveillance et des soins médicaux constants. Ces unités comportent un hébergement et dispensent des soins de longue durée, ainsi que des traitements d'entretien. Les définitions des USLD et de l'EHPAD sont très proches : de fait, ils accueillent souvent une patientèle identique. Seuls le niveau de perte d'autonomie et le nombre de pathologies affectant l'état de santé des résidents permettent de les distinguer.

4 Le processus d'accompagnement de l'utilisateur

4.1 Le processus

Le processus se décompose en activités, qui se découpent elles-mêmes en tâches.

Exemple : l'activité n°1 est « assurer le premier contact » et la tâche n° 1 au sein de cette activité est « réceptionner la demande ».

1/ Assurer le premier contact

- Réceptionner la demande
- Réceptionner la demande
- Gérer l'appel entrant
- Gérer l'accueil physique
- Gérer le contact par mail
- Gérer le contact par courrier
- Qualifier la demande
- Recueillir les informations
- Renseigner la fiche
- Réceptionner la demande dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation

2/ Analyser la demande

- Gérer la liste d'attente
- Réaliser l'analyse
- Prendre une décision
- Identifier la personne ou les personnes qui se rendront au domicile pour la première évaluation
- Identifier les conditions d'accessibilité au domicile
- Planifier le 1er rendez-vous au domicile

3/ Réorienter si besoin

- Recueillir le consentement de la personne pour la réorientation
- Prendre contact avec la/les structure(s) en direct qui reviendront ensuite vers la personne

4/ Evaluer au domicile

- Ajuster si besoin les informations
- Identifier les nouveaux besoins
- Déclencher la visite de l'ergothérapeute si besoin
- Déclencher la visite d'un professionnel complémentaire
- Scanner ou recueillir les documents de la personne
- Expliquer le fonctionnement du service
- Etablir le projet personnalisé/individualisé (plan de soin)
- Définir le type de prestation
- Définir le type de professionnels à mobiliser

5/ Contractualiser

- Réaliser le devis pour l'aide
- Elaborer le contrat comprenant l'offre globale des prestations d'aide et de soins
- Remettre le devis et le contrat à l'intéressé

6/ Coordonner les interventions

- Présenter en équipe en interne
- Coordonner avec les partenaires externes
- Planifier l'intervention

7/ Réaliser la première intervention

- Désigner les intervenants
- Gérer l'accès au domicile
- Préparer le matériel et les fournitures nécessaires
- Prendre connaissance du dossier
- Se rendre au domicile
- Déposer le classeur de liaison
- Présenter l'intervenant
- Re-présenter le déroulement de la journée type
- Faire l'intervention
- Faire les transmissions

8/ Réaliser l'intervention

- Désigner les intervenants
- Gérer l'accès au domicile
- Préparer le matériel et fournitures nécessaires

9/ Gérer les imprévus

- Gérer les incidents ou situations inhabituelles
- Gérer les accidents

10/ Réévaluer le projet personnalisé et les actions menées

- Programmer une visite de réévaluation des besoins
- Identifier les besoins
- Réajuster les interventions correspondantes si besoin
- Adapter le projet
- Définir le projet
- Enregistrer le nouveau projet
- Transmettre aux intervenants

11/ Mesurer la satisfaction

- Fournir le questionnaire / autre dispositif pour recueillir la satisfaction
- Recueillir les informations nécessaires
- Analyser les informations
- Etablir le plan d'action pour ajuster si besoin
- Présenter aux équipes les résultats et le plan d'action

12/ Produire les indicateurs réglementaires et d'activité

- Recueillir et enregistrer les données
- Valoriser les données
- Diffuser la valeur des indicateurs

13/ Cloturer la prestation

- Formaliser la fin de la prestation
- Récupérer le classeur, les clefs, le matériel, ...
- Organiser les relais

Figure 2 : Le processus d'accompagnement de l'utilisateur.

4.2 Les activités et les tâches

Les activités et les tâches qui sont définies dans ce document détaillent le processus d'accompagnement type qui devrait être proposé à la personne accompagnée.

N.B : Par convention et dans un souci de clarté, tous les métiers et professionnels mentionnés dans ce document le seront au masculin.

Activité #1 : Assurer le premier contact	
Réceptionner la demande	<p>Toute nouvelle demande entrante, de la personne elle-même, de son aidant, de son entourage ou d'un partenaire fait l'objet d'un premier contact via l'un ou les moyens suivants: téléphone, courriel, demande en personne lors d'une visite dans les locaux du service, fax, message sur le site internet de la structure ou courrier.</p> <p>Dans tous les cas, le service (IDEC, coordinateur...) recontactera par téléphone l'intéressé dans les meilleurs délais.</p>
Gérer l'appel entrant ++	<p>Le SPASAD possède un <u>numéro de téléphone</u> qui figure sur sa brochure et/ou sur son site internet et/ou sur les réseaux sociaux, permettant ainsi à la personne ou son aidant/ entourage de contacter le SPASAD par téléphone.</p> <p>L'appel entrant est réceptionné par un professionnel présent aux horaires d'ouverture du standard.</p> <p>En dehors des heures d'ouverture, l'appelant est redirigé vers la <u>messagerie vocale</u> qui donne les numéros d'urgence à contacter si nécessaire. Dans ce cas, l'appelant peut laisser un message et indiquer ses coordonnées s'il désire être rappelé.</p> <p>Pendant les heures d'ouverture, dans le cas où le standardiste ne serait pas à son poste, l'appel est transféré sur un autre poste de façon à ce qu'il y ait toujours un interlocuteur.</p>
Gérer l'accueil physique	<p>Le SPASAD est pourvu d'un espace d'accueil.</p> <p>Les personnes/aidants/entourage qui se présentent dans cet espace d'accueil sont accueillies par le chargé d'accueil.</p> <p>Le chargé d'accueil oriente la personne/aidant/entourage vers un professionnel approprié, dans le respect de la confidentialité de la personne.</p>
Gérer le contact par mail	<p>Le SPASAD possède une <u>adresse mail de contact</u> qui figure sur sa brochure et/ou sur son site internet et/ou sur les réseaux sociaux, permettant ainsi à la personne ou son aidant/ entourage de contacter le SPASAD par mail.</p> <p>Le chargé d'accueil consulte les mails chaque jour et oriente vers les professionnels concernés. Dans ce cas, la personne sera recontactée par le coordinateur.</p>
Gérer le contact par courrier	<p>Le SPASAD possède une adresse postale qui figure sur sa brochure et/ou sur son site internet et/ou sur les réseaux sociaux, permettant ainsi à la personne ou son aidant/ entourage de contacter le SPASAD par courrier.</p> <p>Le chargé d'accueil ou un autre membre administratif de du SPASAD ouvre le courrier, l'enregistre et l'oriente vers le professionnel adéquat qui recontactera la personne elle-même, son aidant ou son entourage suivant le moyen indiqué dans le courrier.</p>

Qualifier la demande	<p>Le professionnel va évaluer la demande et repérer le type de service (aide, soins ou les deux) pour lequel le SPASAD est sollicité.</p> <p>Dans le cas où la demande n'est pas éligible au SPASAD, celle-ci est redirigée vers un professionnel adéquat extérieur au SPASAD.</p> <p>Si la demande est bien comprise dans le périmètre du SPASAD, alors celle-ci est transmise au professionnel du SPASAD concerné.</p>
Recueillir les informations	<p>Afin de recueillir les premières informations (sous la forme d'une <u>fiche contact/fiche d'information</u> ou autre document), le professionnel doit au préalable poser un certain nombre de questions à son interlocuteur (la personne, l'aidant ou la famille):</p> <ul style="list-style-type: none"> -Identité : nom, prénom, date de naissance -Adresse -Ordonnance Si oui : de quoi s'agit-il ? - Antécédents, parcours dans des structures précédentes - Conditions de vie, éléments de contexte liés à la situation de vie - Dépendance <p>Les pièces papier apportées seront scannées et versées au <u>dossier du bénéficiaire</u>.</p> <p>-Pour une demande en aide : questions relatives à une prise en charge financière, au besoin/demande (plan d'aide). L'interlocuteur se verra également demander s'il dispose déjà d'une aide à domicile.</p> <p>-Pour une demande en soins : questions sur son état de santé afin d'avoir une première idée sur la dépendance. Questions relatives au confort et à l'aménagement du domicile (salle de bain déjà aménagée, présence ou non de matériel : lit médicalisé...).</p> <p>-Demande des coordonnées d'une personne référente à prévenir en cas de besoin.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identification éventuelle de la personne de confiance dans un <u>formulaire</u> dédié.
Renseigner la fiche	<p>La <u>fiche d'information</u> complétée comprend des informations d'ordre général sur la personne (nom, adresse, motifs exprimés pour la demande, personne faisant la demande...). Elle pourra être complétée au fur et à mesure.</p> <p>Cette fiche est soit en format numérique soit en format papier. Dans ce dernier cas, les données seront renseignées dans le <u>logiciel de gestion des dossiers</u> ultérieurement.</p> <p>Dans le cas où le SPASAD utilise un <u>logiciel « métier »</u> : la traçabilité et la collecte d'information se fera sur ce logiciel dans les rubriques 'contacts' ou 'information prospects'.</p>
Réceptionner la demande dans le cadre d'une sortie d'hospitalisation	<p>Dans le cas d'une sortie d'hospitalisation avec hébergement, le SPASAD (IDEC...) est contacté, le plus souvent par téléphone, par l'aide-soignante ou l'assistante sociale de l'hôpital 3 à 4 jours avant la sortie d'hospitalisation du bénéficiaire.</p> <p>Le professionnel du SPASAD évalue (en temps réel ou en décalé) la demande en fonction du nombre de places disponibles, de la nature de l'accompagnement, de la prise en charge, de la fréquence d'intervention et de la charge en soins nécessaire. Le but est de pouvoir qualifier la demande.</p> <p>L'aide-soignante (l'assistante sociale) devra envoyer au SPASAD les <u>ordonnances</u> ainsi que le <u>compte rendu de l'hospitalisation</u>.</p> <p>L'IDEC peut éventuellement se rendre à l'hôpital, cependant la visite à domicile sera tout de même nécessaire.</p>

	<p>Si le SPASAD est en mesure de prendre en charge l'intéressé sortant de l'hôpital, l'aide-soignante fournit au SPASAD les coordonnées de la personne afin que le rendez-vous pour la première visite à domicile soit fixé.</p>
--	--

Activité #2 : Analyser la demande

Gérer la liste d'attente	<p>Un professionnel vérifie qu'il y a suffisamment de places disponibles afin d'assurer la prise en charge du nouvel entrant au regard de la liste d'attente.</p> <p>Dans le cas où il n'y a pas de places disponibles, le bénéficiaire est inscrit sur la <u>liste d'attente informatisée</u> (il est précisé pour chaque entrant s'il est « admis » ou en « attente d'admission ».)</p>
Réaliser l'analyse	<p>La <u>fiche d'information</u> est examinée par l'IDEC ou le responsable de secteur.</p> <p>Il s'agit d'identifier les besoins exacts de la personne au regard de son plan d'aide qui a pu être adressé au SPASAD en amont de la première visite à domicile.</p>
Prendre une décision	<p>Au regard du nombre de places et de l'analyse de la situation suite à la première prise de contact, l'IDEC et/ou le responsable de secteur prennent la décision d'accompagner ou non la personne au sein du SPASAD.</p> <p>La décision est notifiée dans le <u>logiciel métier</u> le cas échéant.</p>
Identifier la ou les personnes qui se rendront au domicile pour la première évaluation	<p>La première visite correspond à la première évaluation au domicile qui peut se faire en binôme avec l'IDEC et le responsable de secteur, en fonction des besoins pressentis du bénéficiaire</p> <p>Si la personne a des besoins bien spécifiques, l'IDEC ou le responsable de secteur peuvent faire appel à d'autres professionnels (ergothérapeute, etc).</p>
Identifier les conditions d'accessibilité au domicile	<p>L'IDEC ou le responsable de secteur s'assurent que le domicile est bien accessible (distance, localisation, code d'entrée, boîtier à clés...) afin d'envisager le rendez-vous fixant l'évaluation à domicile.</p> <p>Ils se renseignent également concernant l'accessibilité du domicile au sens « d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap ».</p>
Planifier le 1^{er} rendez-vous au domicile	<p>Le professionnel fixe un rendez-vous afin de réaliser une évaluation à domicile (= première visite à domicile) avec la personne et/ou son aidant.</p> <p>Le rendez-vous est enregistré au sein du <u>logiciel de planification</u> de la structure.</p> <p>Le délai est variable en fonction des disponibilités d'admission au sein du SPASAD. Si le SPASAD est en capacité de prendre en charge le bénéficiaire en SSIAD et/ou SAAD la visite peut avoir lieu dans un délai de 24h à 48h après avoir fixé le RDV.</p> <p>Dans le cas où le bénéficiaire est sur la liste d'attente, il sera rappelé toutes les semaines afin de le tenir informé.</p>

Activité #3: Réorienter si besoin

	<p>Lorsque le SPASAD est dans l'incapacité d'admettre une personne, parce que les demandes ne répondent pas aux critères d'admission du service (âge, situation géographique, pathologie et/ou niveau de dépendance...), tout doit être mis en œuvre pour orienter la personne vers un interlocuteur adapté à sa situation : infirmier libéral, hospitalisation à domicile, établissements d'hébergement (EHAP, EHPAD, etc.), centre local d'information et de coordination gérontologique, pôle santé, etc.</p>
Recueillir le consentement de la personne pour la réorientation	<p>Dans ce cas, un professionnel prend contact avec la personne, les aidants ou l'entourage et explique que le SPASAD n'est pas en mesure de prendre en charge la personne mais qu'il le réoriente vers une autre structure qui pourra l'accompagner.</p> <p>Pour cela, il est nécessaire que la personne ou son tuteur (dans le cas d'une situation de curatelle ou de mise sous tutelle) consente à ce que le SPASAD diffuse les informations recueillies, auprès de la structure identifiée dans le cadre de la réorientation. Il s'agit d'un consentement verbal. → voir transmission d'infos nouveau décret</p> <p>Il peut également arriver que le professionnel du SPASAD transmette directement à la personne, son entourage ou l'aide-soignante (en cas de sortie d'hospitalisation) les coordonnées d'une autre structure adaptée aux besoins de la personne si la personne elle-même, l'aidant ou l'entourage formule son accord.</p>
Prendre contact avec la/les structure(s) en direct qui reviendront ensuite vers la personne	<p>Si le professionnel dispose du consentement de la personne ou de son représentant légal, il peut prendre contact avec la structure préalablement identifiée et qualifiée comme étant adaptées aux besoins de l'intéressé.</p> <p>Il existe une liste de structures partenaires ou connues du SPASAD au sein du logiciel utilisé.</p> <p>Le contact se fait soit par mail, soit par téléphone. Le professionnel du SPASAD communique alors les coordonnées de la personne/l'aidant afin que celui-ci puisse être recontacté.</p>

Activité #4: Evaluer au domicile

Ajuster si besoin les informations	<p>Les informations recueillies préalablement lors du premier contact sont ajustées par l'IDEC ou le responsable de secteur si besoin dans le cas où elles diffèrent ou seraient incomplètes.</p> <p>Les modifications nécessaires sont effectuées sur la <u>fiche d'information</u>.</p> <p>Les corrections se font soit sur papier, soit au niveau du logiciel en temps réel si l'IDEC et le ou la responsable de secteur disposent de <u>tablettes</u>.</p>
Identifier les nouveaux besoins	<p>L'évaluation prend en compte tous les éléments utiles, notamment, les évaluations déjà réalisées dans le cadre d'attribution d'une prestation de compensation (APA ou PCH), avec l'accord de l'usager.</p> <p>Cette visite permettant de rassembler un certain nombre d'informations sur la situation de la personne, sur son domicile (état, accessibilité), sur ses besoins, ses souhaits, ses habitudes, son contexte familial (présence d'aidants...). Il est recommandé qu'un membre de la famille ou l'aidant puisse être présent.</p>
Déclencher la visite de l'ergothérapeute si besoin	<p>En fonction du plan d'aide, l'IDEC et/ou le responsable de secteur peuvent décider de faire appel à l'ergothérapeute, lors de la prochaine visite du domicile si nécessaire.</p>

<p>Déclencher la visite d'un professionnel complémentaire</p>	<p>En fonction du plan d'aide, le ou les professionnel(s) effectuant la première visite au domicile peuvent éventuellement déclencher la visite d'autres professionnels du SPASAD (aide-soignant, AMP, AVS, psychologue...)</p>
<p>Scanner ou recueillir les documents de la personne</p>	<p>L'IDEC et/ou le responsable de secteur procèdent au recueil des documents de la personne nécessaires pour formaliser l'accompagnement (carte d'identité, attestation de sécurité sociale, prescription médicale...).</p> <p>Ce recueil peut se faire soit à l'aide d'un <u>scanner portable</u> soit en demandant au préalable au bénéficiaire d'effectuer des photocopies ou de les adresser au SPASAD ultérieurement si certaines pièces sont manquantes (par courrier ou courriel).</p>
<p>Expliquer le fonctionnement du service</p>	<p>L'IDEC et/ou le responsable de secteur remettent un certain nombre de documents à l'intéressé, à l'aidant ou à l'entourage afin d'expliquer le fonctionnement du service.</p> <p>La loi du 2 janvier 2002 a décliné l'exercice des droits et libertés individuelles des usagers des services sociaux et médico-sociaux à travers différents outils. Ainsi, lors de son admission la personne se voit remettre plusieurs documents (L.311-4 du code de l'action sociale et des familles) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le <u>livret d'accueil</u> ; <p>Le livret d'accueil dresse un inventaire précis des prestations du service et de ses principales modalités d'organisation. La loi du 2 janvier 2002 n'impose pas de contenu spécifique à ce livret. En revanche, la circulaire de la Direction générale de l'action sociale (DGAS) n°2004-138 du 24 mars 2004 formule un certain nombre de recommandations : inclusion d'informations sur la prise en charge financière des prestations par l'assurance maladie, informations sur les garanties souscrites par le service en matière d'assurance, les principales formalités administratives d'admission et de prise en charge, et les conditions de son arrêt etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • la <u>charte des droits et libertés de la personne accompagnée</u> ; <p>La charte des droits et des libertés de la personne accompagnée, annexée au livret d'accueil, rappelle à la personne et ses proches, les droits fondamentaux de la personne, dont le service s'engage à garantir l'exercice.</p> <ul style="list-style-type: none"> • le <u>règlement de fonctionnement du service</u>. <p>Le règlement de fonctionnement du service doit être joint au livret d'accueil. Ce règlement, régit par l'article L.311-7 du code de l'action sociale et des familles, présente les droits des usagers et « les obligations et devoirs nécessaires au respect de la vie collective ». Il est remis à la personne, mais il fait également l'objet d'un affichage au sein des locaux du SPASAD (articles R.311-34 du code de l'action sociale et des familles).</p>
<p>Etablir le projet personnalisé/ projet individualisé (plan de soin)</p>	<p>L'évaluation se conclue par la rédaction du protocole de soin et/ou d'aide à accomplir par les infirmiers, les aides-soignants ou les AVS.</p> <p>Il s'agit d'inscrire la prise en charge de la personne dans un projet personnalisé, qui devra tenir compte des objectifs visés par l'accompagnement (contrôle de la douleur, soins palliatifs, récupération ou maintien de l'autonomie, etc.).</p> <p>Cette évaluation nécessite la mise en place d'outils d'évaluation et doit faire l'objet d'une analyse formelle qui peut se traduire par exemple par la tenue d'une ou de plusieurs <u>fiches</u> à actualiser chaque fois que nécessaire.</p> <p>Le projet personnalisé se décompose en deux documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le <u>projet de soins</u> (relatif aux actes relevant du SSIAD) • la <u>fiche mission</u> (relative aux actes relevant du SAAD). <p>Suggestion : sensibiliser l'IDEC et le RS a une évaluation globale</p>

Définir le type de prestation	Par le biais du projet personnalisé, l'IDEC et/ou le responsable de secteur définissent la prestation répondant au mieux aux besoins de la personne au regard de sa situation.
Définir le type de professionnels à mobiliser	<p>L'IDEC et/ou le ou la responsable de secteur déterminent le nombre de passages des intervenants à domicile.</p> <p>En fonction des besoins de la personne, ils identifient les professionnels qui interviendront à domicile. Dans le cas où la personne a besoin de soin, une aide-soignante sous l'autorité d'une infirmière sera mobilisée, dans le cas où une aide à domicile est envisagée, une auxiliaire de vie sociale sera mobilisée. Dans le cas où le bénéficiaire aurait besoin d'aide et de soin, on fera appel aux deux compétences.</p> <p>Le recueil de données s'effectue à travers le <u>logiciel du SPASAD</u> qui permet à l'IDEC d'enregistrer les éléments de la fiche d'évaluation des attentes et des besoins de la personne.</p>
Définir le matériel si besoin	Les besoins éventuels en matériel (verticalisateur, déambulateur, lit médicalisé... etc) sont déterminés par l'ergothérapeute, dont l'avis peut être requis si l'IDEC ou le responsable de secteur constatent une difficulté au niveau de la mobilité de la personne ou au regard de son habitat.

Activité #5 : Contractualiser

Réaliser le devis pour l'aide	Dans le cas où une prestation d'aide est nécessaire, un <u>devis</u> sera soumis à signature par le bénéficiaire ou son représentant légal.
Elaborer le contrat comprenant l'offre globale des prestations d'aide et de soins	Le <u>contrat</u> comprend 2 feuillets détachables pour l'aide et pour le soin. Il se compose d'une offre globale ainsi qu'un plan d'aide et de soins. Une fois le contrat signé, on récupère les éventuelles <u>ordonnances</u> , le plan personnalisé (qui a été fait au fil de l'évaluation), un <u>bordereau de remise des clés</u> (si absence de boîtier) ainsi qu'une photocopie de la <u>carte vitale</u> du bénéficiaire.
Remettre le devis et le contrat à l'intéressé	Le <u>contrat</u> et le <u>devis</u> sont remis au bénéficiaire en mains propres lors de la prochaine visite par les intervenants à domicile. Un délai de 15 jours de rétractation figure dans le contrat + mentions légales.

Activité #6 : Coordonner les interventions

Présenter en équipe en interne	Lors d'une réunion d'équipe (réunion de coordination), l'IDEC qui a fait l'évaluation de la nouvelle prise en charge présente les particularités de cette prise en charge, les informations sur le dossier de soins (DSI) ou la fiche « usager » (pour le SAAD) et l'organisation de la première intervention commune (IDEC et AS).
Coordonner avec les partenaires externes	L'IDEC prend contact le cas échéant avec un infirmier libéral.
Planifier l'intervention	L'IDEC ou le responsable de secteur intègrent la nouvelle prise en charge dans le <u>planning</u> , confirment le jour et l'heure de la première prestation et notent les interventions sur le <u>classeur journalier des « tournées »</u> .

Activité #7 : Réaliser la première intervention	
Désigner les intervenants	En référence à ce qui a été inscrit sur le <u>classeur des tournées</u> ou au <u>planning</u> , l'IDEC et le responsable de secteur désignent les intervenants adéquats, à savoir un professionnel compétent et qualifié pour réaliser la prestation (en amont il faut avoir vérifié quel est le type de prestation concerné).
Gérer l'accès au domicile	L'IDEC ou le responsable de secteur préparent le <u>document « remise des clés »</u> à faire signer à l'usager. L'étiquette du porte clé est faite conformément à la procédure du service : la clef est numérotée et le numéro ainsi que les codes sont notés sur le <u>dossier du service infirmier</u> (DSI) pour le SSIAD et la <u>fiche usager</u> pour le SAAD. Les professionnels procèdent à l'échange de clés avec la personne, l'aidant ou l'entourage. Un <u>système sécuri-clé</u> peut être utilisé le cas échéant.
Préparer le matériel et les fournitures nécessaires	L'intervenant à domicile (AS ou AVS) prépare, en lien avec l'IDEC ou le responsable de secteur, le matériel nécessaire à son intervention : la blouse à usage unique, gants, solution hydro alcoolique, le tensiomètre, etc. Il prend avec lui la clé du domicile et la clé du véhicule (selon que la voiture est une voiture de service ou un véhicule personnel). Le professionnel emporte aussi les éventuels documents nécessaires à l'intervention, dont le <u>classeur de liaison</u> qui permet une liaison, une transmission d'informations essentielles entre les différents professionnels, l'usager, les aidants et la famille.
Prendre connaissance du dossier	Les intervenants à domicile (AS ou AVS) prennent connaissance des éléments du <u>dossier</u> , en début de tournée le matin lors de leur arrivée au service pour les intervenants du SSIAD ou directement depuis le domicile pour les intervenants du SAAD.
Se rendre au domicile	Les intervenants à domicile se rendent au domicile de la personne, accompagnés de l'IDEC ou du responsable de secteur, avec le véhicule de service (c'est souvent le cas pour les SSIAD) ou leur véhicule personnel (c'est souvent le cas pour les SAAD).
Déposer le classeur de liaison	L'IDEC ou le responsable de secteur expliquent le contenu du <u>classeur de liaison</u> à l'usager, l'aidant ou l'entourage en précisant qu'il doit être tenu à l'abri des regards indiscrets mais à disposition du personnel.
Présenter l'intervenant	L'IDEC ou le responsable de secteur présentent les intervenants et précise leurs fonctions et leurs rôles.
Re-présenter le déroulement de la journée type	L'IDEC et/ou le responsable de secteur distinguent les interventions d'aide et de soins : les tranches horaires (cf. DIPC), les professionnels qui vont intervenir, etc. Les professionnels laissent éventuellement un planning des interventions.
Faire l'intervention	Le professionnel (d'aide ou de soin) réalise les actions pressenties dans le projet personnalisé d'accompagnement et de soins.
Faire les transmissions	Le professionnel réalise successivement les transmissions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • A domicile sur le <u>classeur de liaison</u> (via l'outil mobile : smartphone ou tablette ou papier) ; • De retour dans la structure sur le <u>classeur de liaison</u> : ces informations s'adressent aux membres de l'équipe et sont plus riches que celles du support de liaison à domicile). Via un logiciel métier et/ou papier. Ces premières transmissions peuvent être l'occasion de dresser un bilan préliminaire.

Activité #8: Réaliser l'intervention

Désigner les intervenants	<p>En référence à ce qui a été inscrit sur le <u>classeur des tournées</u> ou au <u>planning</u>, l'IDEC et le responsable de secteur désignent les intervenants adéquats, à savoir un professionnel compétent et qualifié pour réaliser la prestation (en amont il faut avoir vérifié quel est le type de prestation concerné).</p>
Gérer l'accès au domicile	<p>Le professionnel prend les clés si besoin, le code, les consignes... selon le protocole de traçabilité du service. L'IDEC ou le responsable de secteur préparent le <u>document « remise des clés »</u> à faire signer à l'utilisateur. L'étiquette du porte clé est faite conformément à la procédure du service : la clef est numérotée et le numéro ainsi que les codes sont notés sur le <u>dossier du service infirmier</u> (DSI) pour le SSIAD et la <u>fiche usager</u> pour le SAAD. Les professionnels procéder à l'échange de clés avec la personne, l'aidant ou l'entourage. Un <u>système sécuri-clé</u> peut être utilisé le cas échéant.</p>
Préparer le matériel et fournitures nécessaires	<p>L'intervenant à domicile (AS ou AVS) prépare, en lien avec l'IDEC ou le responsable de secteur, le matériel nécessaire à son intervention : la blouse à usage unique, gants, solution hydro alcoolique, le tensiomètre, etc. Il prend avec lui la clé du domicile et la clé du véhicule (selon que la voiture est une voiture de service ou un véhicule personnel). Le professionnel emporte aussi les éventuels documents nécessaires à l'intervention, dont le <u>classeur de liaison</u> qui permet une liaison, une transmission d'informations essentielles entre les différents professionnels, l'utilisateur, les aidants et la famille.</p>

Activité #9: Gérer les imprévus

Gérer les incidents ou situations inhabituelles	<p>En cas d'incident ou de situation inhabituelle, le professionnel (d'aide ou de soin) contacte le standard de la structure pendant les horaires d'ouverture administrative et remonte l'incident au responsable de service concerné ou à défaut au personnel d'accueil qui devra tracer le message. En dehors de plages horaires d'ouverture du service, le professionnel contacte la personne d'astreinte.</p>
Gérer les accidents	<p>En cas d'accident, qui implique la notion d'atteinte corporelle ou psychique à la personne, le professionnel (d'aide ou de soin) doit suivre la procédure adaptée en fonction de la situation (dont le fait de contacter les tiers éventuellement nécessaires : SAMU, police, etc.). Dans le cas où l'intervenant serait lui-même victime d'un accident, il gère la situation en fonction de ses capacités et moyens.</p>

Activité #10 : Réévaluer le projet personnalisé et les actions menées

Programmer une visite de réévaluation des besoins	<p>Pour programmer une visite afin de réévaluer les besoins de la personne, l'IDEC ou le responsable de secteur prend rendez-vous avec l'utilisateur, l'aidant et/ou la famille ; Il faudra veiller à informer le SAAD intervenant auprès de la personne s'il est différent de celui du SPASAD ; L'équipe du SAAD et du SSIAD font un bilan de la prise en charge avec pour voir si les objectifs définis lors de la première évaluation sont atteints mais aussi étudier les attentes des salariés pour améliorer la prise en charge ;</p>
--	---

	Imprimer la <u>feuille de réévaluation</u> de l'utilisateur, le <u>recueil de données</u> et la <u>grille de dépendance</u> .
Identifier les besoins	L'équipe du SPASAD refait l'évaluation des besoins de la personne (dont un besoin en matériel, aides techniques...) avec l'utilisateur ainsi que la <u>grille AGGIR</u> ;
Réajuster les interventions correspondantes si besoin	L'équipe du SPASAD identifier les nouveaux besoins avec l'utilisateur et la personne référente, elle cherche à savoir s'il y a des difficultés dans la prise en charge. L'équipe définit ou non de nouveaux objectifs en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne
Adapter le projet Définir le projet	En fonction de la réévaluation, l'IDEC et le responsable de secteur proposent un nouveau <u>projet personnalisé</u> , qui devra tenir compte des nouveaux objectifs.
Enregistrer le nouveau projet	Au retour au service, l'IDEC et le responsable de secteur enregistrent les nouveaux éléments dans le <u>logiciel métier</u> . L'ensemble du personnel (soins et aide) doit être informés des modifications du projet personnalisé.
Transmettre aux intervenants	Lors des réunions d'équipes hebdomadaires, une revue de patients est faite, animée par l'IDEC et/ou le responsable de secteur, afin d'informer les salariés des réajustements envisagés.

Activités #11 : Mesurer la satisfaction

Fournir le questionnaire / autre dispositif pour recueillir la satisfaction	Un <u>questionnaire</u> est distribué aux personnes par les professionnels à domicile ou un échantillon de personnes à interviewer est sélectionné. Des réunions du comité de consultation des usagers peuvent aussi avoir lieu le cas échéant.
Recueillir les informations nécessaires	Un personnel du SPASAD recueille les réponses et pondère les tendances.
Analyser les informations	Un personnel du SPASAD synthétise les informations et fait émerger les tendances lourdes et les signaux faibles au travers des réponses.
Etablir le plan d'action pour ajuster si besoin	A partir des réponses et des contraintes du service, un personnel du SPASAD établit un <u>plan d'action</u> d'amélioration des prises en charge.
Présenter aux équipes les résultats et le plan d'action	L'IDEC et le responsable de secteur sollicitent les équipes, face aux résultats, afin d'identifier des améliorations possibles. Ils font une synthèse des résultats et actions envisagées et la diffuse aux bénéficiaires.

Activité #12 : Produire les indicateurs règlementaires et d'activité

Recueillir et enregistrer les données	<p>Mensuellement, les personnels du SPASAD enregistrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre d'évaluations et de réévaluations à faire et réalisées - le nombre d'événements indésirables - le nombre de réclamations enregistrées, traitées et clôturées - le nombre d'événements indésirables graves déclarés - le nombre de nouvelles conventions signées liées à l'activité du SPASAD <p>De manière hebdomadaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le nombre de projets personnalisé d'accompagnement et de soin réalisés (et le nombre de réévaluations du PPAS)
Valoriser les données	<p>Le responsable du SPASAD réalise annuellement un <u>rapport d'activité</u> du SPASAD.</p> <p>Il analyse les données notamment concernant le rôle du SPASAD en sortie d'hospitalisation, afin de montrer la plus-value de la coordination des équipes...</p>
Diffuser la valeur des indicateurs	<p>Le responsable du SPASAD diffuse ce rapport aux salariés du SPASAD et aux autorités compétentes (ARS, CD).</p> <p>Il présente ce rapport lors de l'AG annuelle des associations et il présente sa structure et son activité lors de réunions.</p>

Activité #13 : Clôturer la prestation

Formaliser la fin de la prestation	<p>Le responsable de service identifie le motif d'arrêt de la prestation : décès, refus ou arrêt d'intervention à l'initiative de la famille ou du service ou d'un commun accord, transfert vers une autre structure...</p> <p>La structure communique sur le motif de clôture de la prestation aux équipes.</p> <p>Le responsable de service saisit l'information dans le <u>logiciel métier</u>.</p> <p>La structure facture si besoin les éventuelles prestations à régler.</p> <p>La structure procède à l'archivage du dossier.</p> <p>Le responsable de service signifie la fin de la prestation à l'équipe de professionnels, à la personne et sa famille.</p> <p>Il intègre au <u>logiciel de la structure</u> les données pour les statistiques de sortie des patients.</p> <p>En cas de décès, le service adresse une carte de condoléances à la famille.</p>
Récupérer le classeur, les clés, le matériel,...	<p>Un professionnel va rechercher le <u>classeur de liaison</u> au domicile et restitue les clés selon le protocole défini.</p>
Organiser les relais	<p>La structure prend contact si besoin avec le futur relais (HAD etc...) et lui communique des informations utiles à la continuité de son accompagnement (habitudes de vie, antécédents...).</p>

5 Urbanisation du SIS d'un SPASAD

5.1 Le constat

Le constat actuel est commun à toutes les structures : Les stratégies gagnantes évoluent et sont axées sur la notion **d'usager** et de **service à l'usager**. Connaître et accompagner son usager est le cœur de valeur.

Ces stratégies ont comme motifs et conséquences l'accroissement de la valeur produite par unité de traitement, l'efficacité de l'organisation, l'ingénierie de la connaissance et de l'information, l'allègement des coûts fixes.

Le système d'information est un vecteur-clef qui doit être aligné sur la stratégie.

Or on observe sur le terrain des systèmes d'information généralement imparfaits, voire impropres à la réalisation des objectifs stratégiques.

Ils sont faiblement interopérables tant en interne qu'en externe, cloisonnés, instables aux évolutions internes (organisation) ou externes (règlements, gouvernance, modifications techniques), peu sûrs ou « sécurisés », et difficilement utilisables dans des processus de collaboration entre acteurs de profils différents, et enfin souvent supportés par des infrastructures disparates...

Comment obtenir un **système d'information de santé, aligné sur la stratégie, interopérable, cohérent, stable, sécurisé, trans-territorial et trans-organisationnel** ? Tel est l'enjeu de l'urbanisation.

5.2 Qu'est-ce que l'urbanisation ?

Tout système s'inscrit en fait dans un cadre plus vaste qui nécessite une vision transverse pour en comprendre l'assemblage. Dans ce contexte, l'urbanisme informatique définit les grands principes d'implantation, de démontage et de construction d'un système d'information, assure la cohérence d'ensemble tout en diminuant les coûts de construction et d'intégration.

Ces règles permettent au système d'information d'apporter une vraie valeur ajoutée à l'établissement ou à la structure de santé.

Urbaniser va donc consister à définir des principes de découpage macroscopique de nature à faciliter les apports et/ou les évolutions futures du système d'information ainsi que les points d'ancrage minimum permettant l'intégration d'une activité ou d'un produit supplémentaire à l'avenir.

Le découpage du système d'information doit être indépendant des technologies utilisées.

Il doit correspondre au découpage des métiers de l'entreprise avec des mécanismes de communication bien définis.

Ce découpage a une durée de vie aussi longue que celle des activités concernées (10, 20, 30 ans).

L'urbanisme informatique consiste donc à définir les différents composants d'un système d'information et leurs modalités d'assemblage. C'est une action permanente qui sera prise en compte dans chaque évolution du système d'information en santé.

L'urbanisme doit ainsi s'intégrer dans une stratégie de développement du système d'information à moyen terme et

être considéré, non comme un projet en soi, mais comme un principe d'accompagnement de chaque projet.

Composants	Description	Analogie avec le plan d'urbanisme
Stratégie	▪ Stratégie IT pour l'entreprise alignée sur la stratégie métier.	▪ Vision de la ville basée sur les besoins futurs des habitants.
Principes	▪ Critères de choix de solutions et de décision d'investissement.	▪ Codes de zones et de construction pour assurer la qualité et la cohérence.
Cartographies	▪ Cartographie des systèmes et des utilisateurs.	▪ Cartes et schémas d'infrastructures (eau, électricité, égouts, etc...).
Composants	▪ Composants clés fonctionnels et d'informations.	▪ Description de composants préfabriqués pour la construction d'ensemble.
Grille d'évaluation	▪ Critères d'évaluation des solutions et standards.	▪ Critères d'évaluation des composants (durée, coût, etc...).
Standards	▪ Les règles et standards à respecter par les systèmes.	▪ Normes des câblage électrique et des réseaux de plomberie.
Gouvernance	▪ Processus et règles de modifications de l'architecture.	▪ Règles de modification du plan de ville et de décisions.
Plan de transition	▪ Portefeuille de projets hiérarchisés et évalués.	▪ Plan d'amélioration de la ville (espaces verts, circulation, transport, etc...).

Figure 3 : l'analogie entre l'urbanisme d'une cité et l'urbanisme du SIS.

Pour faire une analogie, le système d'information de santé peut être comparé à une ville : si ce dernier est bien bâti et bien urbanisé, il est possible de raser un bâtiment au cœur d'un quartier ou de construire un bâtiment neuf sans remettre en cause la voirie, le réseau électrique, l'éclairage urbain, le réseau de distribution de l'eau, les lignes de chemin de fer ou le métro. L'urbanisation consiste donc à créer un système d'information en santé normalisé, agile et évolutif.

5.3 Les objectifs de l'urbanisation

L'urbanisation vise :

- A fournir une vision globale et partagée du SIS qui facilite les analyses d'impacts et d'écarts liés aux projets. Elle permet l'alignement du SIS sur la stratégie et permet d'établir une trajectoire vers la cible à atteindre.
- A rendre cohérent le SIS.
- A sécuriser le SIS.
- A favoriser l'évolutivité, la pérennité et l'indépendance du SIS.
- A renforcer la capacité du SIS à intégrer des solutions hétérogènes (progiciels, éléments de différentes plates-formes, etc...).
- A renforcer la capacité à construire et à intégrer des sous-systèmes d'origines diverses.
- A renforcer la capacité à faire interagir les sous-systèmes du SI et les faire interagir avec d'autres SI (interopérabilité),
- A renforcer la capacité à pouvoir remplacer certains de ces sous-systèmes (interchangeabilité).
- A réduire les coûts du SIS grâce à la mutualisation des composants.
- A maîtriser le SIS.

5.4 Comment urbaniser ?

Macroscopiquement, l'urbanisation va consister à identifier à partir des processus, des activités et des tâches vues précédemment, les composants informatiques nécessaires à l'informatisation des différents métiers.

Pour cela, le point de départ sont les processus identifiés comme étant stratégiques.

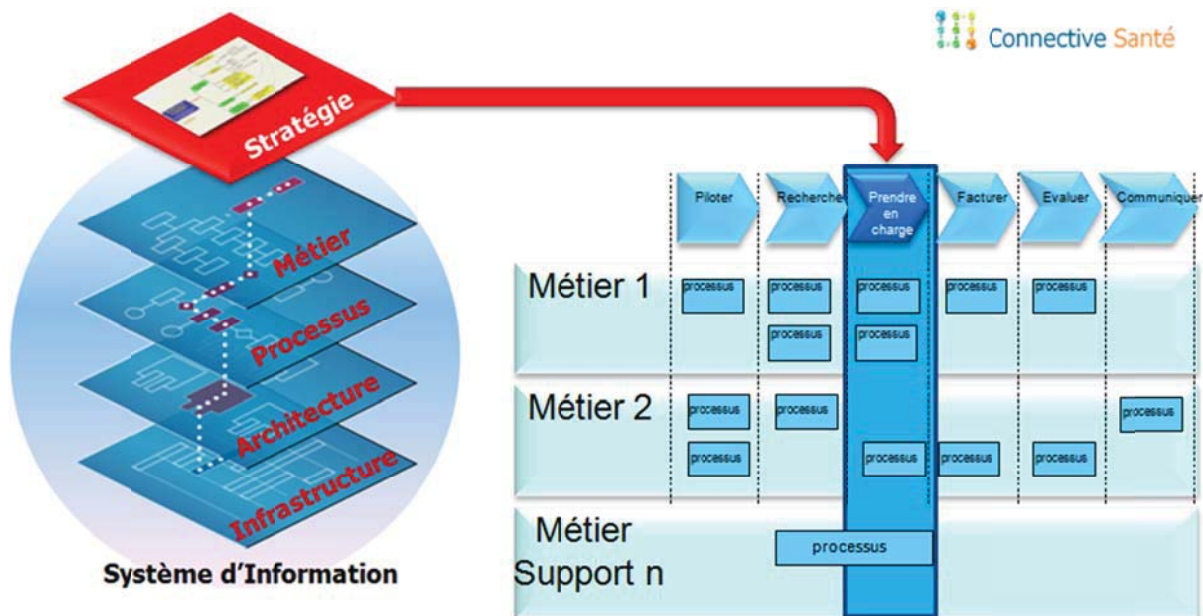


Figure 4 : Identification des processus stratégiques (source Connective Santé).

Pour chaque **processus**, il nous faut recueillir les composants et les référentiels nécessaires à son informatisation.

Nous allons alors utiliser un **cadre d'urbanisation** comprenant des **zones** (zone d'interopérabilité, zone des référentiels, zone d'administration, zone de pilotage, zone de production, zone de support, zone de données), les zones étant elles-mêmes découpées en **quartiers**.

Les composants seront alors triés, mutualisés, puis rangés au sein du cadre d'urbanisation dans leurs quartiers d'affectation, selon des règles précises.

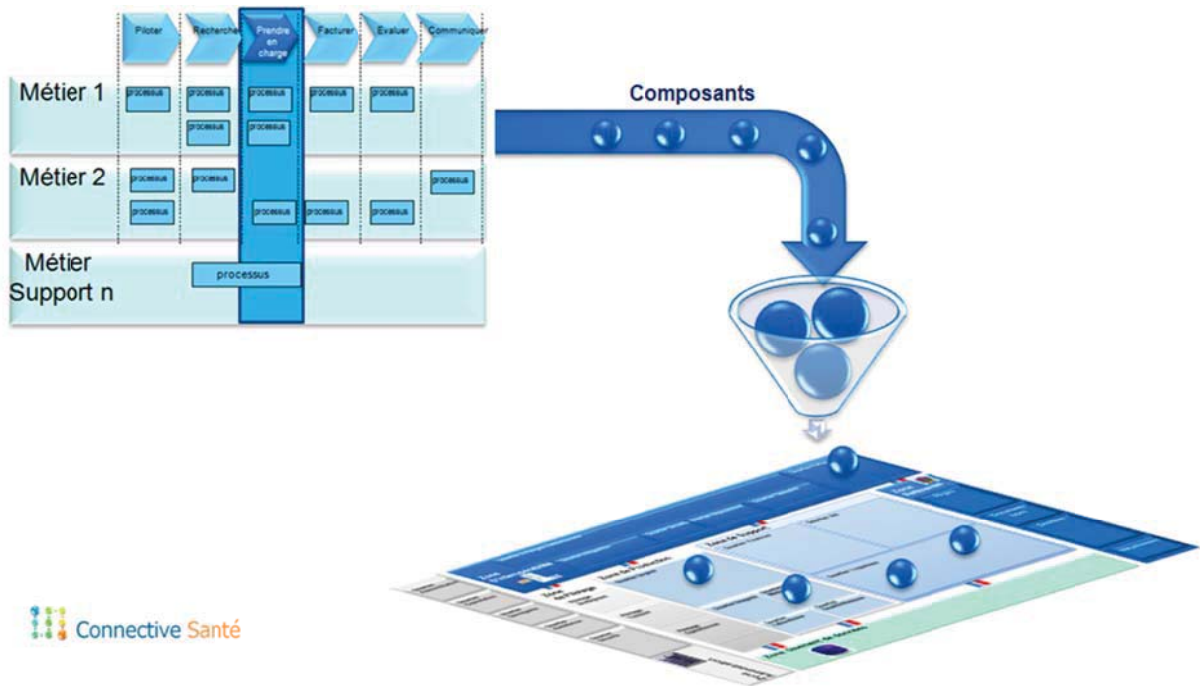


Figure 5 : Construction simplifiée du modèle urbanisé (source Connective Santé).

Nous obtenons alors un modèle urbanisé de premier niveau. Ce modèle servira de cible pour la construction du système d'information en santé selon le plan défini par le schéma directeur.

Un modèle urbanisé se décompose de la façon suivante :

- en zones
- en quartiers
- en îlots
- en blocs
- en composants

Entre chaque module (zone, quartier, îlot, bloc) se dessinent des zones d'échange d'informations et d'interopérabilité qui permettent de découpler les différents modules pour qu'ils puissent évoluer séparément tout en conservant leur capacité à interagir avec le reste du système.

L'urbanisation répond à deux règles de bases :

- Un composant applicatif doit appartenir (en cible) à un et un seul bloc ou quartier.
- Les dépendances doivent respecter les notions de Cohérence Forte / Couplage Faible entre les différents composants.

Pour passer de la situation existante à la cible, il faut construire une trajectoire.

La notion de Cohérence Forte / Couplage Faible indique que deux composants applicatifs doivent communiquer entre eux de façon simple et efficace, mais que la dépendance entre ces deux composants est minimale (idéalement inexistante). Cela permet donc de retirer un composant, voire un bloc de composants pour le remplacer sans perturber le reste du SIS.

L'un des fondements de l'urbanisation est l'interopérabilité.

5.5 L'interopérabilité

L'interopérabilité est une nécessité dont le cadre a été défini et publié par l'ASIP Santé en tant que référentiel dans son document intitulé « Le Cadre d'Interopérabilité des SIS ».

L'interopérabilité désigne la capacité de systèmes hétérogènes à échanger leurs données, de sorte que celles émises par l'un puissent être reconnues et interprétées par les autres, utilisées et traitées. Deux systèmes, interconnectés directement ou indirectement, sont dits interopérables lorsqu'ils sont en capacité d'échanger de l'information.

Cette interopérabilité revêt différentes dimensions :

- **Une interopérabilité de contenu** qui définit le contenu échangé, **en termes syntaxiques** (structure et format de fichier, encodage) **et sémantiques** (vocabulaire utilisé, nomenclatures, terminologies) de manière à permettre la compréhension et l'utilisation des informations par le système destinataire ;
- **Une interopérabilité de service** qui établit le contexte et les règles de l'échange.
- **Une interopérabilité de transport et communication** qui permet l'interconnexion technique des systèmes et l'acheminement de l'information de l'un à l'autre.

Le Cadre d'Interopérabilité des SIS répond aux objectifs suivants :

- Favoriser le développement des services de partage et d'échange des données personnelles de santé.
- Créer ou favoriser les conditions de l'interopérabilité entre SIS dans le respect des exigences de sécurité et de confidentialité.

Il spécifie les standards à utiliser dans les échanges et lors du partage de données de santé entre les SIS, et encadre la mise en œuvre de ces standards par des spécifications d'implémentation, pour faciliter le déploiement de l'interopérabilité entre SIS dans les conditions de sécurité requises.

Rappelons que la mise en œuvre du cadre d'interopérabilité des SIS est obligatoire pour les éditeurs de logiciels et qu'il convient aux établissements et structures de santé de l'exiger dans leurs cahiers des charges pour tout choix de logiciels.

5.6 Les zones, les quartiers, les blocs et les composants

➤ Les zones

On distinguera huit zones :

- La zone d'interopérabilité & d'échange.
- La zone gisement de données.
- La zone du référentiel.
- La zone d'administration.
- La zone mobilité.
- La zone de pilotage.
- La zone de production.
- La zone support.



Figure 6 : articulation des zones du SIS d'un SPASAD (source FEHAP).

➤ Les quartiers

Chaque zone comprend un certain nombre de quartiers.
 Le synoptique global est le suivant :



Figure 7 : Le cadre d'urbanisation composé de zones et de quartiers SIS du SPASAD (source FEHAP – modèle déposé).

La zone d'interopérabilité & d'échange

Elle gère toutes les acquisitions/restitutions du SIS vers l'environnement extérieur.

Elle comprend :

- Le quartier Interopérabilité
- Le quartier Sécurité
- Le quartier Echanges institutionnels
- Le quartier e-santé
- Le quartier Partage

La zone gisement de données

Elle comprend l'ensemble des données et informations dynamiques et pérennes ainsi que leurs services d'accès aux données, en assurant leur conservation et leur cohérence.

La zone référentiel

Elle regroupe l'ensemble des structures, nomenclatures et informations, quelle que soit leur forme, dont le cycle de vie est lent, servant la cohérence de l'ensemble du SIS.

Elle comprend :

- Le quartier Règles
- Le quartier Documents types
- Le quartier Normes et standards
- Le quartier Données
- Le quartier Méta--données

La zone d'administration

Elle regroupe l'ensemble des services permettant l'administration du SIS.

Elle comprend :

- Le quartier Virtualisation
- Le quartier Administration
- Le quartier Exploitation
- Le quartier Sauvegarde
- Le quartier Sécurité

La zone mobilité

Elle regroupe les services nécessaires à la mobilité.

Elle comprend :

- Le quartier mobilité
- Le quartier Accessibilité
- Le quartier Navigation
- RFID
- Géolocalisation

La zone de pilotage

Elle regroupe les composants nécessaires au pilotage stratégique, tactique et opérationnel.

Elle comprend :

- Le quartier Pilotage stratégique
- Le quartier Pilotage tactique
- Le quartier Pilotage opérationnel

La zone de production

Elle regroupe les composants du cœur de métier de la structure.

Elle comprend :

- Le quartier Gérer le projet
- Le quartier Préparer la visite
- Le quartier Prendre Soins
- Le quartier Bureautique
- Le quartier Gérer la pharmacie
- Le quartier Prévention
- Le quartier Qualité/Gestion des risques

La zone support

Elle regroupe l'ensemble des composants nécessaires au support.

Elle comprend :

- Le quartier Finances
- Le quartier RH
- Le quartier Communication
- Le quartier Logistique
- Le quartier Gérer SIS

5.7 Le modèle urbanisé cible du SIS d'un SPASAD Le modèle cible urbanisé est le suivant :

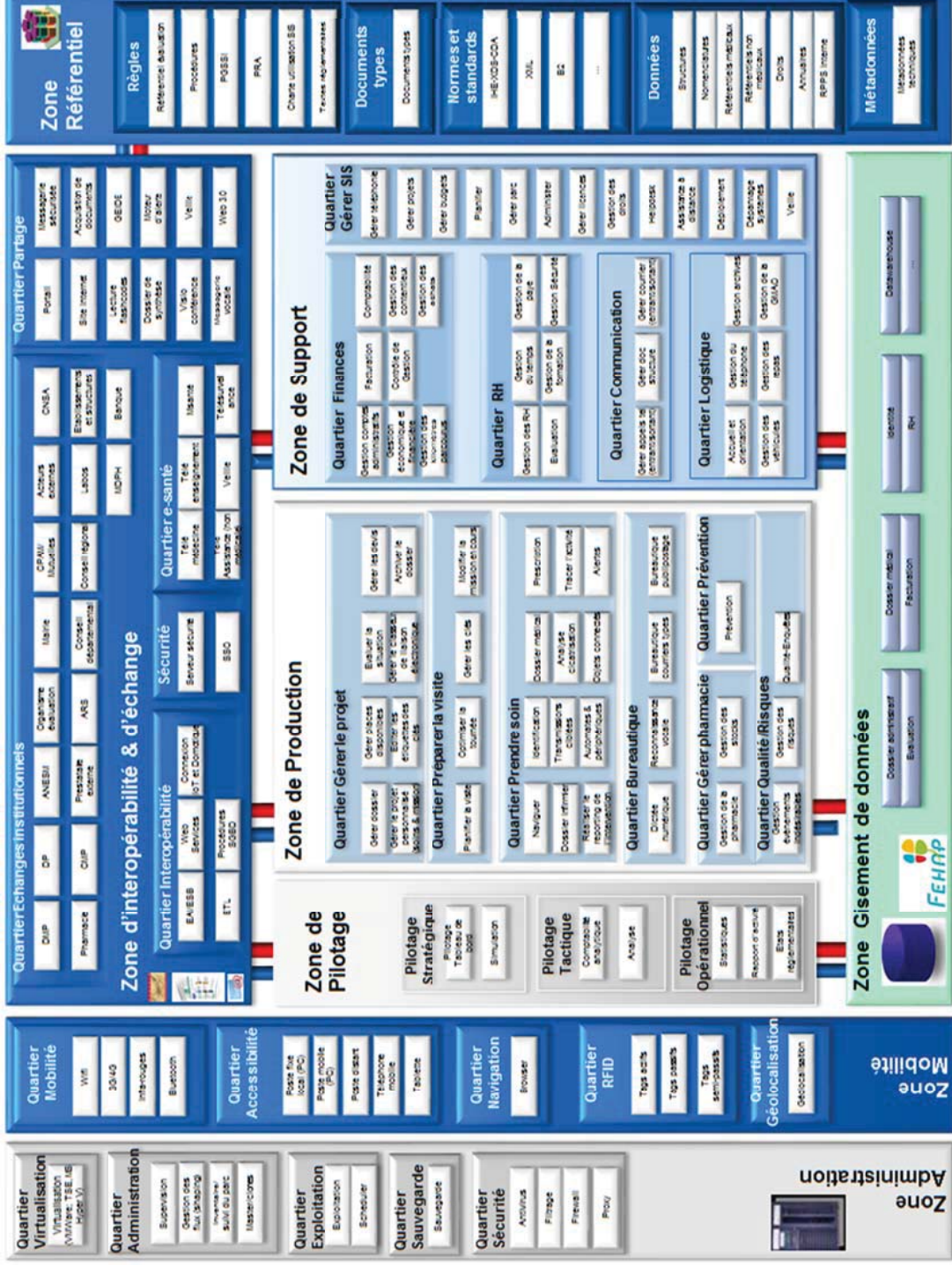


Figure 8 : modèle urbanisé cible du SIS d'un SPASAD (source FEHAP – modèle déposé FEHAP).

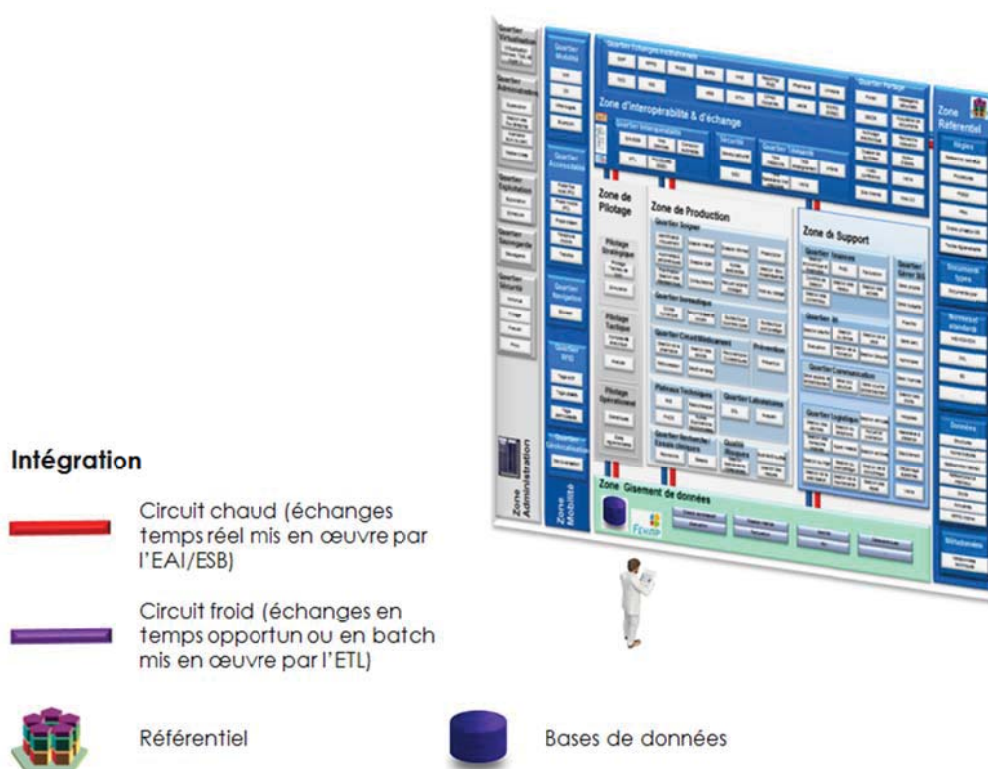


Figure 9 : Intégration via l'EAI/ESB versus l'ETL des composants du SIS (source Connective Santé).

➤ Zone mobilité

- **Quartier mobilité**

Wi-fi

Wi-Fi est un ensemble de protocoles de communication sans fil régis par les normes du groupe IEEE 802.11 (ISO/CEI 8802-11). Un réseau Wi-Fi permet de relier sans fil plusieurs appareils informatiques (ordinateur, routeur, décodeur Internet, etc.) au sein d'un réseau informatique.

Les normes IEEE 802.11 (ISO/CEI 8802-11), qui sont utilisées internationalement, décrivent les caractéristiques d'un réseau local sans fil (WLAN). La marque déposée « Wi-Fi » correspond initialement au nom donné à la certification délivrée par la Wi-Fi Alliance (« Wireless Ethernet Compatibility Alliance », WECA), organisme ayant pour mission de spécifier l'interopérabilité entre les matériels répondant à la norme 802.11 et de vendre le label « Wi-Fi » aux matériels répondant à leurs spécifications. Par abus de langage (et pour des raisons de marketing) le nom de la norme se confond aujourd'hui avec le nom de la certification (c'est du moins le cas en France, en Espagne, au Canada, en Tunisie...). Ainsi, un réseau Wi-Fi est en réalité un réseau répondant à la norme 802.11. Dans d'autres pays (en Allemagne, aux États-Unis par exemple) de tels réseaux sont correctement nommés WLAN (Wireless LAN).

Grâce aux normes Wi-Fi, il est possible de créer des réseaux locaux sans fil à haut débit. Dans la pratique, le Wi-Fi permet de relier des ordinateurs portables, des machines de bureau, des assistants personnels (PDA), des objets communicants ou même des périphériques à une liaison haut débit (de 11 Mbit/s théoriques ou 6 Mbit/s réels en 802.11b à 54 Mbit/s théoriques ou environ 25 Mbit/s réels en 802.11a ou 802.11g et 600 Mbit/s théoriques pour le 802.11n2) sur un rayon de plusieurs dizaines de mètres en intérieur (généralement entre une vingtaine et une cinquantaine de mètres).

3 G / 4G

La troisième génération (3G) désigne une norme de technologie de téléphonie mobile. Accessible au grand public dans certains pays d'Europe depuis 2002 (en Norvège, Autriche, Roumanie, puis en France et autres), elle s'appuie sur la norme Universal Mobile Telecommunications System (UMTS), permettant des débits bien plus rapides (2Mbps prévus à maturité du réseau) qu'avec la génération précédente, le GSM.

Les premières applications grand public de la 3G sont la visiophonie et le visionnage de signal audiovisuel.

La quatrième génération (4G) permet le « très haut débit mobile », c'est-à-dire des transmissions de données à des débits théoriques supérieurs à 100 Mb/s, voire supérieurs à 1 Gb/s. La 4G dispose d'un « cœur de réseau » basé sur IP ce qui implique que les communications téléphoniques utiliseront la voix sur IP.

Infra-rouges

Le rayonnement infrarouge (IR) est un rayonnement électromagnétique d'une longueur d'onde supérieure à celle de la lumière visible mais plus courte que celle des micro-ondes.

Les infrarouges sont utilisés pour la communication à courte distance entre les ordinateurs et leurs périphériques.

Bluetooth

Créée en 1994 par le fabricant suédois Ericsson, puis adoptée en 1998 par plusieurs grandes sociétés (IBM, Intel, Nokia et Toshiba), Bluetooth est une spécification de l'industrie des télécommunications qui utilise une technique radio courte distance destinée à remplacer le câble entre les ordinateurs et les périphériques et simplifier les connexions entre les appareils électroniques.

Bluetooth supporte des connexions point à point ou multipoint. Typiquement, Bluetooth permet de transmettre un débit de 720 kbit/s sur une distance de 10 m. Celle-ci peut être portée à 100 m avec l'équipement adéquat.

- **Quartier accessibilité**

Poste fixe local

Il s'agit d'un micro-ordinateur fixe mono ou multi-utilisateurs.

Poste mobile

Le poste mobile concerne aussi bien un micro-ordinateur portable, qu'une tablette.

Poste distant

Il s'agit d'un poste situé en dehors de l'enceinte du centre.

Téléphone mobile

Il s'agit d'un téléphone de type smartphone.

Tablette

Il s'agit d'une tablette numérique.

- **Quartier Navigation**

Browser

Synonyme de navigateur, il s'agit d'un logiciel client de navigation sur le World Wide Web permettant la lecture de pages Internet contenus sur un serveur.

- **Quartier RFID**

Tags actifs

Il s'agit de tags actifs.

Tags passifs

Il s'agit de tags passifs.

Tags semi-passifs

Il s'agit de tags semi-passifs.

- **Quartier Géolocalisation**

Géolocalisation

Composant de géolocalisation.

➤ Zone administration

- **Quartier virtualisation**

Virtualisation

« C'est l'ensemble des techniques matérielles et/ou logicielles qui permettent de faire fonctionner sur une seule machine plusieurs systèmes d'exploitation et/ou plusieurs applications séparément les uns des autres, comme s'ils fonctionnaient sur des machines physiques distinctes. » (source Wikipedia)

Les intérêts sont :

- Utilisation optimale des ressources d'un parc de machines (répartition des machines virtuelles sur les machines physiques en fonction des charges respectives).
- Installation, déploiement et migration facile des machines virtuelles d'une machine physique à une autre, notamment dans le contexte d'une mise en production à partir d'un environnement de qualification ou de pré-production, livraison facilitée.
- Economie sur le matériel par mutualisation (consommation électrique, entretien physique, surveillance, support, compatibilité matérielle, etc...).
- Installation, tests, développements, cassage et possibilité de recommencer sans casser le système d'exploitation hôte.
- Sécurisation et/ou isolation d'un réseau (cassage des systèmes d'exploitation virtuels, mais pas des systèmes d'exploitation hôtes qui sont invisibles pour l'attaquant, tests d'architectures applicatives et réseau).
- Isolation des différents utilisateurs simultanés d'une même machine (utilisation de type site central)
- Allocation dynamique de la puissance de calcul en fonction des besoins de chaque application à un instant donné.
- Diminution des risques liés au dimensionnement des serveurs lors de la définition de l'architecture d'une application, l'ajout de puissance (nouveau serveur etc...) étant alors transparent.

- **Quartier administration**

Supervision

La supervision est la "surveillance du bon fonctionnement d'un système ou d'une activité".

Elle permet de surveiller, rapporter et alerter les fonctionnements normaux et anormaux des systèmes informatiques.

Elle répond aux préoccupations suivantes :

- Technique : surveillance du réseau, de l'infrastructure et des machines.
- Applicative : surveillance des applications et des processus métiers.
- Contrat de service : surveillance respect des indicateurs.
- Métier : surveillance des processus métiers.

On ajoutera les actions réflexes à cette surveillance du système. Ce sont les réactions automatisées en fonctions d'alertes définies.

En cas de dysfonctionnement, le système de supervision permet d'envoyer des messages sur la console de supervision, ou bien d'envoyer un courriel à l'opérateur. Mais si le dysfonctionnement se produit en dehors des heures de bureau, et en l'absence de système approprié, l'alerte n'est pas reçue par l'opérateur, et les utilisateurs des applications ne sont pas prévenus du dysfonctionnement. C'est pourquoi il peut être utile de compléter le superviseur par un logiciel de gestion des alertes, qui envoie automatiquement un courriel, un SMS, ou un appel téléphonique à un opérateur sous astreinte.

La supervision système porte principalement sur les trois types principaux de ressources système :

- Le processeur.

- La mémoire.
- Le stockage.

La supervision réseau porte sur la surveillance de manière continue de la disponibilité des services en ligne - du fonctionnement, des débits, de la sécurité mais également du contrôle des flux.

La supervision des applications (ou supervision applicative) permet de connaître la disponibilité des machines en termes de services rendus en testant les applications hébergées par les serveurs.

Gestion des flux / shaping

Composant permettant d'optimiser et de contrôler la bande passante en fonction des besoins applicatifs dans le cadre de la fourniture d'une Qualité de Service aux utilisateurs.

Inventaire /suivi du parc

Il s'agit de logiciels permettant de réaliser un inventaire automatique du parc et de suivre celui-ci.

Master/clones

Outil permettant de cloner une machine, c'est-à-dire de reproduire à l'identique des informations contenues sur cette machine dans une autre. Cette reproduction peut s'effectuer fichier par fichier, ou secteur par secteur.

• **Quartier exploitation**

Exploitation

En informatique, l'exploitation est l'activité qui consiste à maintenir opérationnel de manière stable, sûre et sécurisée un outil informatique dans un environnement de développement, de qualification, de formation, ou de production, dans ses parties matérielles et logicielles

Scheduler

Dans les systèmes d'exploitation, l'ordonnanceur désigne le composant du noyau du système d'exploitation qui choisit les processus qui vont être exécutés par les processeurs d'un ordinateur. En anglais, l'ordonnanceur est appelé scheduler.

Un processus peut avoir besoin de la ressource processeur pour, par exemple, effectuer des calculs, déclencher une interruption, etc. La plupart des composants matériel, et en particulier le processeur d'un ordinateur, n'est pas capable d'effectuer plusieurs traitements simultanément. Pour la très grande majorité des ordinateurs, avoir un seul processeur implique de ne pouvoir effectuer qu'un traitement à la fois.

Or, à un instant donné, il est possible qu'il y ait plus de processus à exécuter qu'il n'y a de processeurs. Il est courant que de nombreux programmes soient exécutés en parallèle sur une machine.

Un des rôles du système d'exploitation, et plus précisément de l'ordonnanceur du noyau, est de permettre à tous ces processus de s'exécuter et d'utiliser le processeur de manière optimale du point de vue de l'utilisateur. Pour arriver à donner l'illusion que plusieurs tâches sont traitées simultanément, l'ordonnanceur du noyau du système s'appuie sur les notions de commutation de contexte et d'ordonnancement.

• **Quartier sauvegarde**

Sauvegarde

En informatique, la sauvegarde (backup en anglais) est l'opération qui consiste à dupliquer et à mettre en sécurité les données contenues dans un système informatique.

Ce terme est proche de deux notions :

- L'enregistrement des données, qui est l'opération d'écriture des données sur un item d'enregistrement durable, tel qu'un disque dur, une clé USB, des bandes magnétiques, etc...
- L'archivage, qui consiste à enregistrer des données sur un support à des fins légales ou historiques.

La sauvegarde passe forcément par un enregistrement des données, mais pas nécessairement dans un but d'archivage.

Les copies de sûreté sont utiles principalement à deux choses :

- La première et la plus évidente est de permettre de restaurer un système informatique dans un état de fonctionnement suite à un incident (perte d'un support de stockage tel que disque dur, bande magnétique, etc., ou de tout ou partie des données qu'il contient).
- La seconde, incluse dans la première mais certainement la plus courante, est de faciliter la restauration d'une partie d'un système informatique (un fichier, un groupe de fichiers, un système d'exploitation, une donnée dans un fichier, etc.) suite à une suppression accidentelle ou à une modification non désirée.

La technique la plus fréquente est la recopie des données sur un support indépendant du système initial (ordinateur local, serveur, etc.).

L'opération inverse qui consiste à réutiliser des données sauvegardées s'appelle une restauration. On parle de « stockage » pour les données sauvegardées en attente d'une éventuelle restauration.

- **Quartier sécurité**

Antivirus

Logiciel permettant de détecter et de supprimer les virus informatiques sur n'importe quel type de stockage (disque dur, disquette, CD-ROM, etc.). Pour être efficace ce type de logiciel demande des mises à jour très fréquentes au cours desquelles il mémorise les nouvelles formes de virus en circulation. Les mises à jour portent sur le logiciel lui-même et sur les signatures des virus à détecter.

Filtrage

Un logiciel de contrôle de contenu en anglais : content-control software¹, également connu sous le nom de logiciel de censure ou logiciel de filtrage Web, désigne un logiciel conçu et optimisé pour contrôler ce qui est autorisé à un lecteur, en particulier lorsqu'il est utilisé pour restreindre la documentation fournie sur le Web.

Le logiciel de filtrage détermine les contenus qui seront disponibles sur une machine ou un réseau, le but est essentiellement d'empêcher les personnes de voir le contenu que le(s) propriétaire(s) de l'ordinateur ou d'autres autorités considèrent comme étant ou pouvant être répréhensible; lorsqu'il est imposé sans le consentement de l'utilisateur, le contrôle du contenu peut constituer une censure. Les cas courants d'utilisation de ces logiciels impliquent les parents qui souhaitent limiter les sites auxquels leurs enfants puissent accéder à partir de leurs ordinateurs, des écoles assurant la même fonction en ce qui concerne les ordinateurs disponibles à l'école, et les employeurs qui veulent restreindre le contenu pouvant être consulté par leurs employés au travail. Certains logiciels de contrôle de contenu incluent le temps dans les fonctions de contrôle, ce qui permet aux parents de fixer la durée à laquelle les enfants auront droit pour l'accès à Internet, ou pour jouer à des jeux vidéo ou autres activités.

Firewall ou pare-feu

C'est un dispositif informatique qui permet le passage sélectif des flux d'information entre un réseau interne et un réseau public, ainsi que la neutralisation des tentatives de pénétration en provenance du réseau public. Le terme pare-feu peut désigner plusieurs types de dispositifs de sécurité. Il peut s'agir d'un routeur (routeur filtrant), d'une station équipée de deux interfaces réseaux (bastion Internet), ou encore d'une combinaison de ces deux systèmes.

Proxy - Serveur cache

En de multiples endroits du réseau, les proxies ou serveurs caches gardent en mémoire les informations qui ont déjà transité par leur biais. Ainsi, lorsque l'internaute veut se reconnecter à un site éloigné, situé par exemple sur un autre continent, le proxy peut lui resservir les pages afin de diminuer le temps de réponse à sa requête.

➤ **Zone d'interopérabilité et d'échange**

• **Quartier échanges institutionnels**

DMP

Créé par la loi du 13 août 2004, le Dossier Médical Partagé (DMP) est un service conçu pour contribuer à l'amélioration de la coordination, de la continuité et la qualité des soins. Sa construction et son déploiement reposent sur la résolution de questions aussi diverses que celles liées à l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information ou à l'organisation des maîtrises d'ouvrage régionales et, plus largement, à l'implication de tous les acteurs concernés.

Le Dossier Médical Personnel est un dossier médical, informatisé et sécurisé qui accompagne le patient tout au long de sa vie. Il est accessible sur internet et permet au patient et aux professionnels de santé autorisés, de partager, sous forme électronique, partout et à tout moment, les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut ainsi centraliser des informations telles que les antécédents et les allergies, les prescriptions médicamenteuses, les comptes-rendus d'hospitalisation et de consultations, ou encore les résultats d'examen complémentaires. Le DMP est un service public et gratuit.

Rappelons qu'au sein du DMP, le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) est un outil facilitant la coordination des soins entre les professionnels de santé et la continuité des prises en charge des patients atteints de cancer.

DP

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

ANESM

Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Établissements et services Sociaux et Médico-sociaux.

Organismes d'évaluation

Il s'agit des organismes d'évaluation.

Mairie

Il s'agit des Mairies avec lesquelles le SPASAD est en relation.

CPAM/Mutuelles

Caisse Primaire d'Assurance Maladie / Mutuelles.

Acteurs externes

Il s'agit des acteurs de type Plateforme de répit, MAIA, CLIC, Réseaux, ESA, Accueil de jour et acteurs spécifiques pour Personnes en situation de Handicap.

CNSA

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie.

Pharmacie

Pharmacie alimentant le SPASAD en médicaments.

CMP

CMP

Prestataire externe

Prestataire fournisseur de repas, ou d'autres services.

ARS

Agence Régionale de Santé dont dépend le SPASAD.

Conseil départemental

Conseil départemental.

Conseil régional

Conseil régional.

Etablissements et structures

Etablissements sanitaires et structures médico-sociales.

MDPH

La Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) est définie par l'article 64 de la Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Son fonctionnement est précisé dans le décret n° 2005-1587 du 19 décembre 2005. Elle fait l'objet d'une codification aux articles L. 146-3 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

La MDPH offre, dans chaque département, un accès unifié aux droits et prestations prévus pour les personnes handicapées.

C'est un groupement d'intérêt public, dont le département assure la tutelle administrative et financière.

Banque

Banque de l'établissement.

Labos

Laboratoires avec lesquels le SPASAD est en relation.

- **Quartier partage**

Portail

Site qui se veut une "porte d'entrée" sur le Web mais qui fournit un très large éventail de services et de contenus susceptibles de retenir l'internaute. L'offre de base consiste en un moteur de recherche et/ou un annuaire de sites, mais aussi des informations venant de sources multiples le plus souvent agrégées, généralistes ou thématiques. Le portail est souvent le site par lequel un internaute entame son "surf". Les grands portails sont l'oeuvre de moteurs ou d'annuaires (Yahoo,...) ou bien de fournisseurs d'accès Internet (Orange, Free, Bouygues Télécom...) Le "portail thématique" joue le même rôle sur un secteur limité : un portail médical, un portail high-tech... Le portail d'entreprise est, lui, un Intranet qui donne au personnel d'une entreprise et éventuellement à ses partenaires accès, d'une part, à l'ensemble des données et des informations qui appartiennent à l'entreprise en question, que ces données soient structurées (ex. : bases de données internes) ou non (ex. : documents de traitement de texte), et, d'autre part, à une série de sites Web ou de portails verticaux qui se rapportent à la sphère d'activité de l'établissement ou de la structure.

Site internet

Un site Web est un ensemble de pages Web hyperliées entre elles et mises en ligne à une adresse Web. On dit aussi site Internet par métonymie, le World Wide Web reposant sur Internet.

Messagerie sécurisée

Une messagerie sécurisée permet des échanges de données de santé en mode message et ceci dans un cadre conforme à la loi (et au décret hébergeur en particulier). Elle doit permettre de concilier à la fois un niveau de sécurité adéquat, une simplicité d'usage, une facilité de déploiement et une garantie d'interopérabilité. L'authentification de l'utilisateur de la messagerie est réalisée via les mécanismes de la CPS.

L'ASIP Santé réfléchit à la mise en œuvre d'un service de « Messagerie Sécurisée de Santé Unifiée » (MSSU) qui permette, à tous les professionnels de santé qui le souhaitent, d'échanger en mode asynchrone des données de santé à caractère personnel dans des conditions optimales d'usage et de sécurité.

Acquisition de documents

Il s'agit d'un composant permettant la dématérialisation de documents de tous types de formats.

Lecture de flashcodes

Il s'agit d'un composant permettant la lecture de flashcodes de type QRcodes, ...

GEIDE

La Gestion électronique d'informations et de documents de l'entreprise, ou GEIDE en abrégé, est un système informatisé de gestion des documents archivés.

Selon la définition de l'ISO un document est l'ensemble constitué d'un support d'information et des données enregistrées sur celui-ci sous une forme en général permanente et lisible par l'homme ou par une machine. Il est donc clair, d'après cette définition, que le document garde toutes ses propriétés intrinsèques, qu'il soit sur support électronique ou papier.

Dossier de synthèse

Le dossier de synthèse offre à son utilisateur une synthèse du dossier intégrant les éléments administratifs principaux, un chronogramme, ...

Visioconférence

On nomme visioconférence la combinaison de deux techniques :

- La visiophonie ou vidéo-téléphonie, permettant de voir et dialoguer avec son interlocuteur.
- La conférence multipoints ou conférence à plusieurs, permettant d'effectuer une réunion avec plus de deux terminaux.

Dans la pratique, le terme visioconférence reste toutefois utilisé même lorsque les interlocuteurs ne sont que deux.

Moteur d'alerte

Moteur informatique permettant de transmettre une alerte à une liste finie d'abonnés selon un ou plusieurs canaux (téléphone, fax, mail, pager, SMS,...).

Messagerie vocale

Messagerie permettant l'information de l'appelant et le recueil de messages téléphoniques.

Veille

Composant permettant de faire de la veille et ce plus particulièrement sur internet.

Web 3.0

Web intégrant les pages HTML statiques, le web dynamique et les réseaux sociaux et l'internet des objets.

- **Quartier interopérabilité**

EAI/ESB

L'EAI (Enterprise Application Intégration) désigne à la fois des progiciels et des processus permettant d'automatiser les échanges entre différentes applications d'une même entreprise, ou les systèmes d'information d'entreprises différentes.

Les applications peuvent ainsi s'échanger des données, des messages et collaborer à l'aide de processus partagés via, en général, un bus logiciel commun chargé du transport des données.

L'EAI est un schéma d'architecture qui définit 5 services :

- Connecteurs
- Transport

- Transformation
- Routage
- Business Process Management

Très proches des middlewares, ces outils d'EAI s'en différencient par une caractéristique importante : ils transportent les données, mais aussi interfacent les applications gestion, comptabilité, logistique, ressources humaines, ... en offrant un point central de contrôle des règles de communication, d'exploitation et d'administration.

L'Enterprise Service Bus (ESB) est une architecture qui exploite les services web, les systèmes orientés messages, le routage intelligent et la transformation. L'ESB agit comme une colonne vertébrale légère et omniprésente de l'intégration à travers laquelle les services logiciels et les composants applicatifs circulent.

L'ESB possède quatre fondements :

- Le Middleware Orienté Message (MOM) qui permet l'échange de messages de manière asynchrone. Ainsi chaque message est déposé sur une file d'attente avant d'être consommé par son destinataire.
- Les services Web qui permettent d'interfacer les applications avec le bus. Chaque service contient une logique d'intégration des messages (transformation, routage, ...).
- Les transformations qui concernent les messages circulant sur le bus
- Le routage intelligent qui découple l'expéditeur du message de son destinataire. C'est en fait l'ESB qui va déduire la destination du message. Pour cela il se base sur le contenu du message et les règles qui ont été définies.

Les ESB supportent des standards tels que XML, JMS, JCA, JMX et les nombreux standards relatifs aux Web Services. Ce qui implique une intégration des systèmes en place plus rapide, plus économique et plus souple.

ETL (Extract Transform Load)

Un outil d'extraction, transformation, alimentation doit être capable d'extraire des données au niveau d'une ou plusieurs bases sources, de les transformer eu égard à des règles très précises, puis de les injecter au sein du système décisionnel cible.

Les fonctionnalités de l'outil sont les suivantes :

- L'extraction des données quel que soit leur format technique.
- La transformation des données en informations concerne les tâches suivantes :
 - ✓ Le filtrage.
 - ✓ Le dédoublonnage.
 - ✓ Les contrôles (qualimétrie, valeurs,...).
 - ✓ Le formatage et la restructuration.
 - ✓ La synchronisation.
 - ✓ L'agrégation.
- Le chargement des données.

Web services

Un service web est un programme informatique permettant la communication et l'échange de données entre applications et systèmes hétérogènes dans des environnements distribués. Il s'agit donc d'un ensemble de fonctionnalités exposées sur internet ou sur un intranet, par et pour des applications ou machines, sans intervention humaine, et en temps réel.

Dans sa présentation la plus générale, un service web se concrétise par un agent, réalisé selon une technologie informatique précise, par un fournisseur du service. Un demandeur, à l'aide d'un agent de requête, utilise ce service. Fournisseur et demandeur partagent une même sémantique du service web, tandis qu'agent et agent de requête partagent une même description du service pour coordonner les messages qu'ils échangent.

Il existe plusieurs technologies derrière le terme services web :

- Les services web de type Representational state transfer (REST) exposent entièrement ces fonctionnalités comme un ensemble de ressources (URI) identifiables et accessibles par la

syntaxe et la sémantique du protocole HTTP. Les Services Web de type REST sont donc basés sur l'architecture du web et ses standards de base : HTTP et URI.

- Les Services Web WS-* exposent ces mêmes fonctionnalités sous la forme de services exécutables à distance. Leurs spécifications reposent sur les standards SOAP et WSDL pour transformer les problématiques d'intégration héritées du monde Middleware en objectif d'interopérabilité.

Procédures SGBD

Il s'agit de procédures informatiques prises en charge par le moteur du SGBD.

Connexion IoT et Domotique

Il s'agit de composants techniques permettant d'acquérir de façon automatique des informations provenant d'objets connectés ou de composants domotiques.

- **Quartier sécurité**

Serveur sécurité

Le serveur sécurité, en liaison avec l'annuaire de la structure assure les fonctions sécuritaires nécessaires en vue de l'accès par l'utilisateur au SIS.

SSO (Single Sign On)

Le but du système SSO est d'avoir un seul moyen de s'authentifier auprès d'un système informatique quelles que soient les applications à utiliser. Ce moyen peut être un compte d'utilisateur et un mot de passe ou bien une carte à puce.

Alors que l'utilisateur doit s'identifier successivement auprès de chaque application lors d'une session de travail, multipliant ainsi les identifiants et les mots de passe ainsi que les risques de fraude ou d'usurpation d'identité, le SSO lui permet de ne s'authentifier qu'une seule fois. L'identifiant de l'utilisateur et ses attributs sont ensuite propagés vers les applications.

Certains logiciels de SSO assurent également la fermeture de toutes les sessions applicatives de l'utilisateur lorsqu'il se déconnecte.

- **Quartier e-santé**

Le terme e-Health serait né fin 1999 à l'occasion de la présentation d'une étude australienne, lors du 7e congrès international de télémedecine. Son auteur, John Mitchell, l'a alors défini comme « l'usage combiné de l'internet et des technologies de l'information à des fins cliniques, éducationnelles et administratives, à la fois localement et à distance ». Sa traduction française, e-santé, s'est rapidement imposée dans l'Hexagone : dès l'an 2000, les premiers appels à projet de la direction des hôpitaux, au ministère de la Santé, pour déployer les TIC, s'intitulaient e-santé.

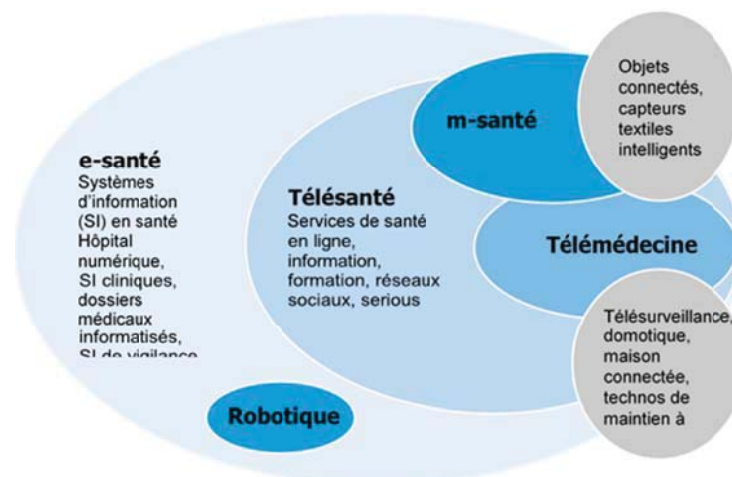


Figure 10 : la e-santé (source CNOM).

Télémédecine

Dans son article 78, la loi HPST a donné un statut juridique à la télémédecine (Article L6316-1 du Code de la Santé Publique). Le décret du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine définit les cinq types d'actes de télémédecine. Il précise leurs conditions de mise en œuvre, afin notamment de respecter les droits du malade tels que définis par la loi du 4 mars 2002. Il est précisé qu'une activité de télémédecine ne peut être mise en œuvre qu'à condition que la modalité de son exercice soit prévue, soit dans un programme national, soit dans un CPOM ou un contrat d'amélioration de la qualité et la coordination des soins tels que prévus dans le code de la santé publique et le code de l'action sociale et des familles, soit enfin dans un contrat particulier signé par le directeur général de l'ARS. Les organismes et les professionnels de santé qui organisent une activité de télémédecine, doivent conclure entre eux une convention respectant les dispositions inscrites dans les contrats ou programmes ; ils disposent, pour se mettre en conformité avec les dispositions du décret, de dix-huit mois à compter de la date de sa publication, soit au plus tard le 18 avril 2012.

Au plan financier, le décret indique que les actes de télémédecine sont pris en charge par l'assurance maladie dans les mêmes conditions que tout autre acte médical. A ce jour les tarifs des actes de télémédecine ne sont toutefois pas encore arrêtés.

Ainsi relèvent de la télémédecine les actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication. Constituent des actes de télémédecine :

- 1° La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues mentionnés à l'article 44 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social peuvent également être présents auprès du patient ;
- 2° La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- 3° La **télesurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- 4° La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte ;
- 5° La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la **régulation médicale** (SAMU) mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Télé assistance (non médicale)

En octobre 2009, la mission conduite par le député Pierre Lasbordes a remis au ministre en charge de la santé un rapport intitulé "La télésanté : un nouvel atout au service de notre bien-être" dans lequel il est précisé qu'il n'existe pas de segmentation publiée et consensuelle des services de télésanté, sauf pour la télémédecine. S'appuyant sur les demandes exprimées par les patients et sur les usages constatés, il propose une typologie dans le secteur médico-social :

- La téléinformation : capacité à accéder à un portail grand public sur lequel les usagers/patients et les acteurs du monde médico-social pourront accéder à des informations de prévention et de recommandations sanitaires, à des alertes (situations de crise, épidémie), à des conseils et bonnes pratiques, à des annuaires, des guides d'accompagnement leur permettant d'identifier le point d'entrée qui correspond à leur problématique ;

- La télévigilance : alerte, suivi et accueil téléphonique des personnes utilisant notamment des capteurs dynamiques de positionnement, de comportement, de fonctionnement d'organes vitaux ou d'appareils supplétifs et des outils de géolocalisation (par exemple pour les pathologies type Alzheimer) ;
- Le télémonitoring : enregistrement de divers paramètres physiologiques sur un patient et transmission aux professionnels concernés (médecins, sages-femmes, infirmières...) souvent dans le cas de pathologies chroniques : enregistrement de la tension artérielle, surveillance des insuffisants respiratoires chroniques, surveillance des grossesses à risque ;
- La télécollaboration : outils d'animation de communautés et de réseaux de santé, plateformes collaboratives dédiées ;
- Le télémajordome : outils et offres de services permettant à distance de commander ou mettre en oeuvre des services d'accompagnement (restauration, aides à domicile...) notamment pour les maladies chroniques, les hospitalisations à domicile, les personnes handicapées... ;
- La téléanimation : accès à une gamme d'outils interactifs (loisirs, messageries multimédia simplifiées, web conférences...) incitant les usagers/patients à conserver un lien social et un minimum d'activité physique et cérébrale (explosion très significative des « jeux électroniques » pour seniors ou expérimentations d'activités physiques assistées réalisées par des kinésithérapeutes dans le domaine de la réadaptation) ;
- La téléformation : services de télécommunications synchrones ou asynchrones ; téléphonie, visioconférence, messagerie, forums, serveurs d'images. Ces services de formation à distance, s'adressant à des étudiants ou à des professionnels de santé, permettent l'accès à un savoir-faire ou à des connaissances, quelle que soit leur localisation (base de données médicales sur le web, modules de e-learning, interventions chirurgicales visualisées à distance par des internes...);
- La téléprescription : elle permet la dématérialisation des prescriptions médicales et offre d'éviter les déplacements inutiles.

Télé enseignement

Le télé-enseignement est une forme particulière d'enseignement à distance, adaptée notamment à l'enseignement spécialisé, soit par les universités, soit pour la formation continue des professionnels, en utilisant des outils de télécommunication.

E – santé

En France, selon les auteurs on parle indifféremment de "télésanté", de "cyber-santé", de "télématique de santé", d'"informatique de santé" ou d'"e-santé".

Toutefois le terme e-santé est généralement réservé aux services accessibles via Internet. On utilise notamment le terme e-santé pour les sites Web grand public relatifs à la santé.

Veille

Les technologies de l'information et des télécommunications sont des outils qui permettent :

- la collecte d'informations en provenance de différents acteurs,
- leur traitement rapide par la mise en oeuvre d'algorithmes,
- le stockage dans des bases de données qui s'enrichissent au fil du temps,
- l'analyse de données et la comparaison par rapport à des informations statistiques ou à des standards,
- la diffusion en temps réel d'alertes vers de nombreux acteurs.

L'épidémiologie et la veille sanitaire sont donc des domaines où l'impact de ces outils est essentiel.

➤ Zone référentiel

- **Quartier règle**

Référentiel d'évaluation

Ce composant gère les différents documents relevant du référentiel d'évaluation.

Procédures

Ce composant gère le référentiel des procédures de la structure, y compris les procédures dégradées.

PGSSI

Politique Générale de Sécurité du Système d'Information.

PRA

Plan de Reprise d'Activité.

Charte d'utilisation du SIS

Charte d'utilisation du SIS.

Textes réglementaires

Ce composant gère les textes réglementaires s'appliquant à la structure.

- **Quartier documents types**

Document type

Ce composant gère les documents types utilisés par les autres composants du SIS.
On pourra y trouver un modèle type de fax, un modèle de compte-rendu,...

- **Quartier normes et standards**

Ce composant gère les documents descriptifs des normes et standards applicables.

Les normes d'échanges IHE XDS CDA.

Les normes internet (http, wml, soap).

Les normes de sécurité (XmIDSIG, XaDES).

La norme d'échange Noémie B2.

...

- **Quartier données**

Structures

Ce composant gère les structures utilisées par le SIS.

Une structure est composée de nomenclatures..

Exemple : les structures géographiques.

Nomenclatures

Ce composant gère les nomenclatures utilisées par le SIS.

Exemple : la nomenclature des codes postaux.

Référentiels médicaux

Ce composant gère les référentiels médicaux utilisés par le SIS.

Exemple : la CIM10.

Référentiels non médicaux

Ce composant gère les référentiels non médicaux utilisés par le SIS.

Droits

Ce composant gère le référentiel des droits de la structure.

Annuaire

Ce composant gère les annuaires de la structure et plus particulièrement l'annuaire sécurité.

Exemple : Annuaire LDAP ou Active Directory ou Open LDAP.

RPPS interne

Ce composant gère le Répertoire Partagé des Professionnels de Santé local à la structure.

Il s'agit d'une extraction du RPPS national.

- **Quartier métadonnées**

Métadonnées techniques

Ce composant gère des métadonnées techniques telles que les plages d'adresses IP par exemple.

➤ **Zone de pilotage**

Le pilotage s'appuie sur un système décisionnel basé sur un datawarehouse².

Il existe quatre niveaux de pilotage.

Le premier niveau concerne le pilotage politique. Ce pilotage est principalement l'apanage du Ministère et demain des ARS, mais également celui des Directions Générales des établissements. Le projet de pilotage mutualisé inter-ARH « Diamant » en est la parfaite illustration. Cet outil transverse destiné au Directeur de l'ARS, met en œuvre un datawarehouse qui consolide des informations concernant l'établissement issues de neuf sources différentes (dont CABESTAN, e-PMSI,...), les stocke puis les valorise au travers d'indicateurs stratégiques pour les restituer sous forme de tableaux de bord dynamiques accessibles via un portail sécurisé. Cet outil permettra de mesurer la performance de l'établissement.

Le pilotage stratégique articulé autour d'outils de balanced scorecard ou de tableaux de bords dynamiques et réalisé par le management de l'établissement de santé.

Le pilotage tactique mis en œuvre par les chefs de pôles ou les chefs de services.

Le pilotage opérationnel essentiellement basé sur des outils de reporting.

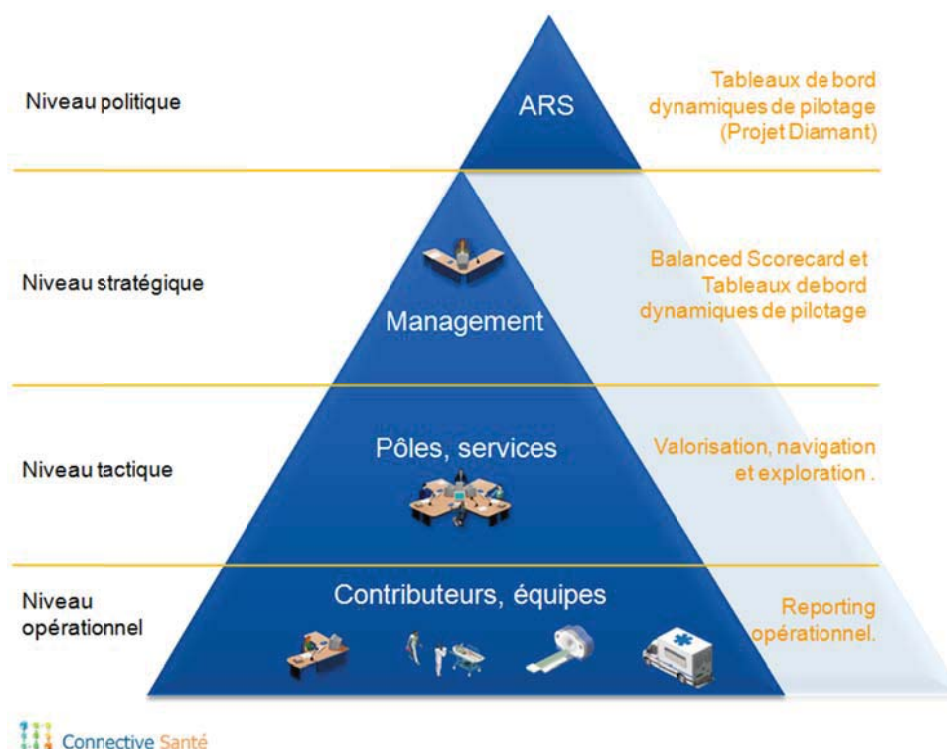


Figure 11 : Les quatre niveaux du pilotage dans un établissement de santé – source Connective Santé.

Ces quatre niveaux fédèrent des indicateurs qu'il s'agit d'articuler afin de bénéficier d'une vision globale, cohérente, transverse et exhaustive assurée par un datawarehouse.

Au sein du SIS du handicap, seuls les trois premiers niveaux sont présents.

² La définition d'un datawarehouse a été donnée par Bill Inmon : " **Un datawarehouse est une collection de données thématiques, intégrées, non volatiles et historisées organisées pour la prise de décisions** ".

- **Quartier pilotage stratégique**

Pilotage tableau de bord

Ce composant met en œuvre un tableau de bord et des fonctionnalités de pilotage via un moteur multidimensionnel.

Simulation

Ce composant gère les fonctions de simulation.

- **Quartier pilotage tactique**

Comptabilité analytique

Ce composant gère la comptabilité analytique.

Analyse

Le composant analyse comprend toutes les fonctions d'analyse de données.

- **Quartier pilotage opérationnel**

Statistiques

Ce composant produit des statistiques pour les contributeurs opérationnels.

Rapport d'activité

Ce composant permet la production des données nécessaires au rapport d'activité du SPASAD.

Etats réglementaires

Ce composant produit des états réglementaires pour les contributeurs opérationnels.

➤ **Zone de production**

- **Quartier Gérer le projet**

Gérer le dossier

Ce composant gère le dossier de la personne prise en charge.

Gérer les places disponibles

Ce composant gère les places disponibles.

Evaluer la situation

Ce composant permet l'évaluation de la situation.

Gérer les devis

Ce composant permet la constitution des devis.

Gérer le projet personnalisé

Ce composant gère le projet avec son volet soins et son volet mission pour l'aide à domicile.

Editer les étiquettes

Ce composant permet l'édition des étiquettes, notamment pour les clés.

Gérer le classeur de liaison électronique

Ce composant gère le classeur de liaison, en relation avec la famille et les aidants.

Archiver le dossier

Ce composant archive les dossiers, dès qu'ils sont clos.

- **Quartier Préparer la visite**

Planifier la visite

Ce composant gère le planning de la visite.

Optimiser la tournée

Ce composant gère l'optimisation des tournées dans le temps.

Gérer les clés

Ce composant gère les clés confiées au SPASAD.

Modifier la mission en cours

Ce composant permet la modification de la mission en cours, y compris en situation de mobilité.

- **Quartier Prendre soin**

Naviguer

Ce composant gère la navigation de l'intervenant lors de son parcours vers le domicile, via un GPS.

Identification

Ce composant gère l'identité du patient et fait le lien avec l'Identifiant National de Santé, devenu le NIR.

Dossier médical

Ce composant gère le dossier médical du patient. Ce dossier médical est soumis aux contraintes réglementaires informatiques induites par le DMP et par le décret hébergeur.

Prescription

Ce composant gère la prescription.

Dossier infirmier

Ce composant gère le dossier infirmier.

Transmissions ciblées

Ce composant gère les transmissions ciblées.

Analyse cicatrisation

Ce composant gère le suivi des plaies.

Tracer l'activité

Ce composant gère la traçabilité des activités réalisées.

Réaliser le reporting de l'intervention

Ce composant gère le reporting des actions réalisées lors de l'intervention au domicile.

Automates et périphériques

Il s'agit des automates et périphériques nécessaires à l'intervention au domicile.

Objets connectés

Il s'agit des objets connectés nécessaires à l'intervention au domicile.

Alertes

Ce composant gère les alertes.

- **Quartier bureautique**

Dictée numérique

Ce composant assure la dictée numérique.

Reconnaissance vocale

Ce composant assure la reconnaissance vocale.

Bureautique et courriers types

Ce composant assure la bureautique et gère les courriers types de la structure.

Bureautique publipostage

Ce composant gère le publipostage

- **Quartier Gérer la pharmacie**

Gestion de la pharmacie

Ce composant gère le circuit du médicament côté pharmacie.

Gestion des stocks

Ce composant gère les stocks de médicaments en liaison avec la Gestion Economique et Financière de l'établissement.

- **Quartier Prévention**

Prévention

Ce composant gère la prévention.

- **Quartier qualité-risques**

Gestion des événements indésirables

Ce composant gère les déclarations d'événements indésirables .

Gestion des risques (chutes, maltraitance, signalement)

Ce composant gère les risques et plus particulièrement les chutes, les maltraitances et les signalements.

Qualité – enquêtes

Ce composant gère les enquêtes de satisfaction.

➤ **Zone de support**

- **Quartier finance**

Gestion des comptes administratifs

Ce composant assure la gestion des comptes administratifs.

Facturation

Ce composant gère la facturation.

Comptabilité

Ce composant gère la comptabilité.

Gestion Economique et Financière

Ce composant gère la comptabilité de la structure.

Elaboration budgétaire (BP)

Ce composant gère l'élaboration budgétaire de la structure.

Gestion de contentieux

Ce composant gère les contentieux.

Contrôle de gestion

Ce composant gère le contrôle de gestion.

Gestion des achats

Ce composant gère les achats.

Gestion des kilomètres parcourus

Ce composant gère les kilomètres parcourus lors des tournées.

- **Quartier RH**

Gestion des RH

Ce composant gère le dossier RH du salarié.

Gérer le temps (horaires /présence du salarié)

Ce composant gère la présence du salarié.

Gestion de la paye

Ce composant gère la paye du salarié.

Evaluation

Ce composant gère l'évaluation du salarié.

Gestion de la sécurité

Ce composant offre une gestion de la sécurité pour les RH.

Gestion de la formation

Ce composant gère les formations du salarié.

- **Quartier communication**

Gérer appels téléphoniques (entrant – sortant)

Ce composant gère les appels téléphoniques entrants et sortants en s'appuyant sur une technologie de type voix sur IP.

Gérer courrier (entrant – sortant)

Ce composant gère le circuit du courrier entrant-sortant.

Gérer la documentation de la structure

Ce composant gère la documentation de l'établissement.

- **Quartier logistique**

Accueil et orientation

Ce composant assiste la personne en charge de l'accueil.

Gestion du téléphone

Ce composant assure la gestion du parc téléphonique au sein de l'établissement (Voix sur IP, téléphone, fax, DECT, PABX,...).

Gestion des archives

Ce composant gère les archives qu'elles soient papier, électroniques ou mixtes. Il permet également de les localiser.

Gestion des véhicules

Ce composant gère le parc des véhicules de la structure.

Gestion des repas

Ce composant gère les repas produits à la cuisine de la structure.

Gestion de la maintenance

Ce composant gère la GMAO.

- **Quartier Gérer SIS**

Gérer projets

Ce composant gère les projets informatiques.

Gérer les budgets

Ce composant gère le budget du service informatique et des projets associés.

Planifier

Outil de planification.

Gérer parc

Ce composant gère le parc des équipements informatiques incluant la téléphonie et les photocopieurs.

Administrer

Ce composant gère l'administration du SIS.

Gérer les licences

Ce composant gère les licences de l'établissement.

Gérer les droits

Ce composant gère les droits des utilisateurs.

Helpdesk

Le centre d'assistance (terme recommandé en France par la DGLFLF1 et au Canada par l'OQLF) correspond, selon le dictionnaire terminologique FranceTerme, au service chargé de répondre aux demandes d'assistance émanant des utilisateurs de produits ou de services. Note : Suivant le degré d'urgence et le niveau de difficulté, le centre d'assistance peut apporter une réponse, donner un conseil, transmettre le problème à un spécialiste.

L'équivalent en anglais est help desk. Le centre d'assistance constitue le point de contact principal entre la direction des systèmes d'information et les utilisateurs, pour un ou plusieurs secteurs d'activité des services des techniques de l'information et de la communication (TIC), et qui est généralement axé sur la gestion des incidents dans un domaine donné.

Le centre d'assistance (quelquefois appelé « hotline ») fournit des services d'assistance aux utilisateurs, par l'intermédiaire d'un téléassistant pour les aider à résoudre un problème logiciel ou matériel (hardware), ou simplement pour lui donner une information dont il a besoin. Dans le langage ITIL, on parle de centre de services.

Différents moyens sont à disposition des techniciens pour apporter ce support : sur site (déplacement sur place), par téléphone via un centre d'appel, par courrier électronique ou via une

télémaintenance. Il doit en plus de sa tâche de résolution s'assurer qu'aucune demande ne soit perdue ni laissée sans réponse.

Assistance à distance

L'assistance à distance est une méthode permettant, depuis un ordinateur éloigné, de prendre le contrôle d'un autre ordinateur en visualisant l'écran de celui-ci et en manipulant les fonctions correspondant au clavier et à la souris. Cette assistance peut être effectuée sur des ordinateurs et des serveurs avec certains logiciels.

Déploiement

Ce composant permet le déploiement automatique de packages informatiques.

Dépannage système

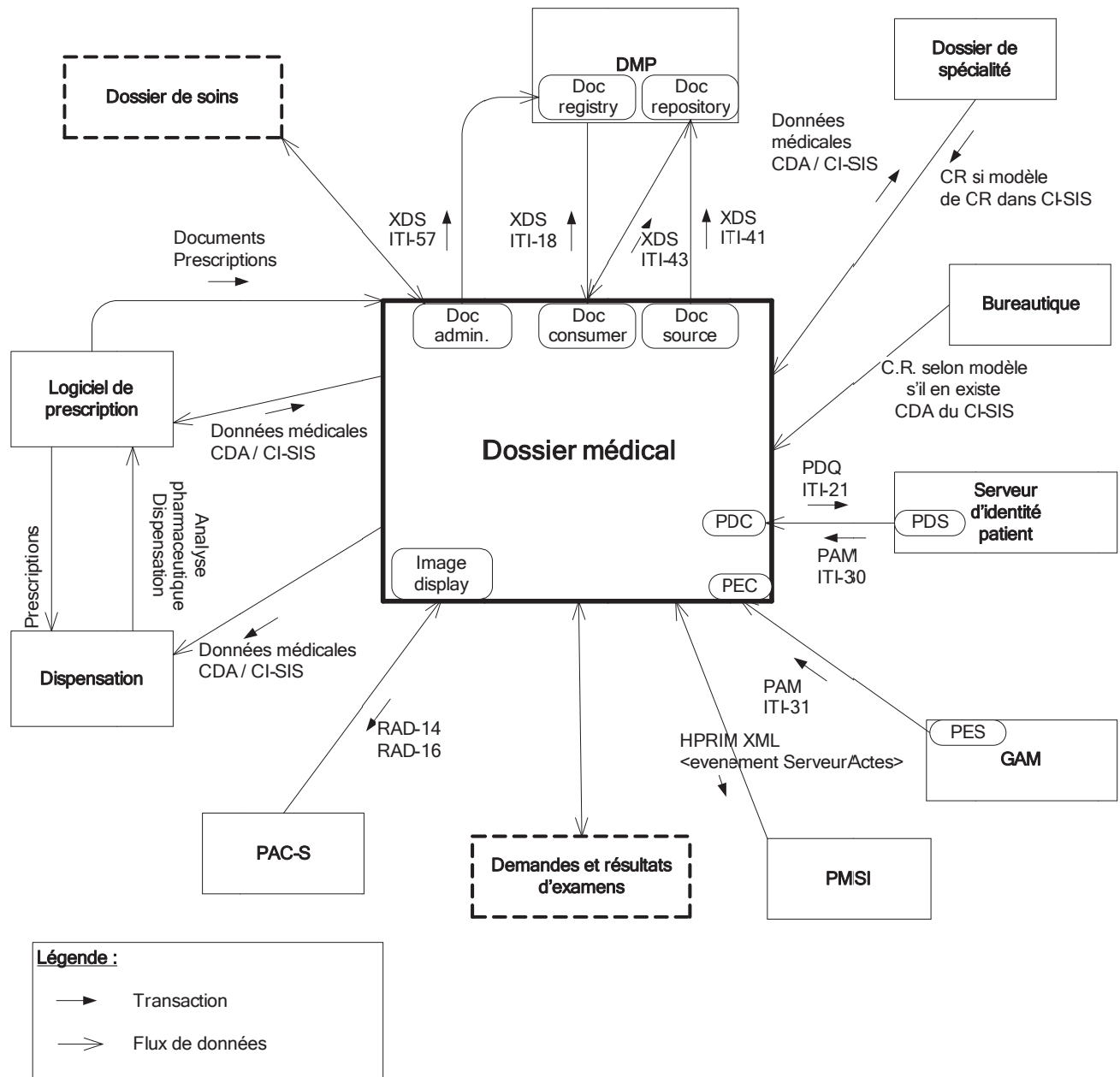
Ce composant permet d'assister le personnel informatique dans ses opérations de dépannage.

Veille

Ce composant réalise la veille du service informatique.

5.8 Exigences d'interopérabilité (source ASIP Santé & ANAP)

➤ Schéma synoptique d'interopérabilité pour le dossier médical (ASIP 2011)

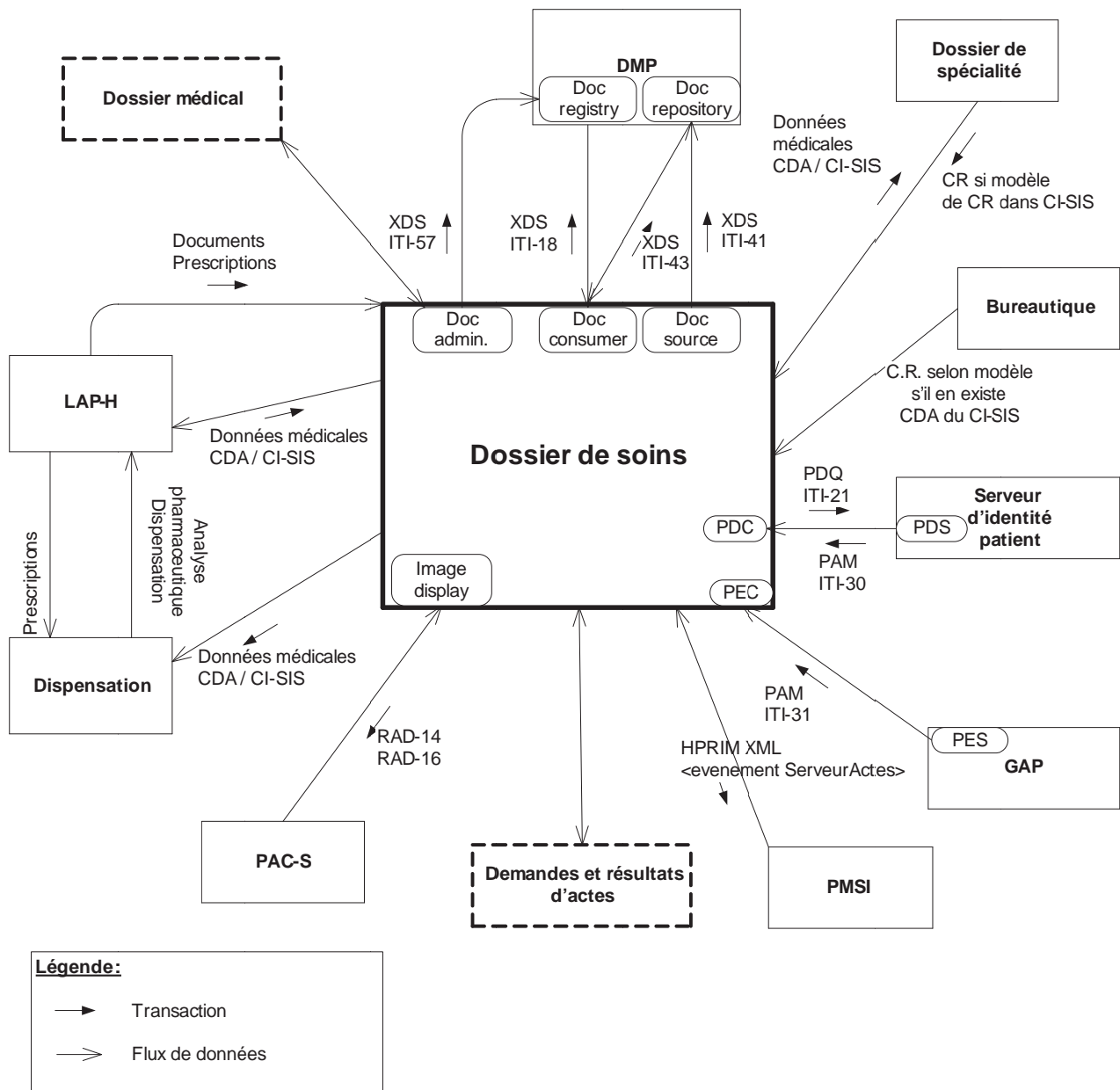


Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel sont décrits dans le tableau suivant :

Type de flux	Système	Acteur du système	Profil	Acteur du dossier médical
Mouvement	GAM	PES	PAM	PEC
Identités	GAM ou serveur d'identités	PDS	PAM	PDC
		PDS	PDQ	PDC
Document (CR)	Bureautique	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA</i>		

		<i>du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales Document (CR)	Dossier de spécialités	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales et documents (C.R.)	Dossier de soins paramédical	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Demandes d'examens, résultats d'examens	Demandes et résultats d'examens	<i>Les échanges entre les fonctions demandes et résultats d'examens et les autres systèmes sont largement détaillés dans le CDC type correspondant.</i>		
Alimentation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Source (DS)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Administrator (DA)
Consultation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Consumer (DC)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Consumer (DC)
Création du DMP	DMP	<i>La création du DMP ne s'appuie sur aucun profil IHE, cependant dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) est défini un flux normalisé pour la création du DMP.</i>		
Prescription Données médicales	Logiciels de prescription	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales	Dispensation	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.</i>		
Images (Visualisation des images + objets associés)	PACS (système d'archivage des images)	-	-	Image Display
Actes réalisés, diagnostics	PMSI	-	HPRIM-XML	-

➤ Schéma synoptique d'interopérabilité du dossier de soins (ASIP 2011)

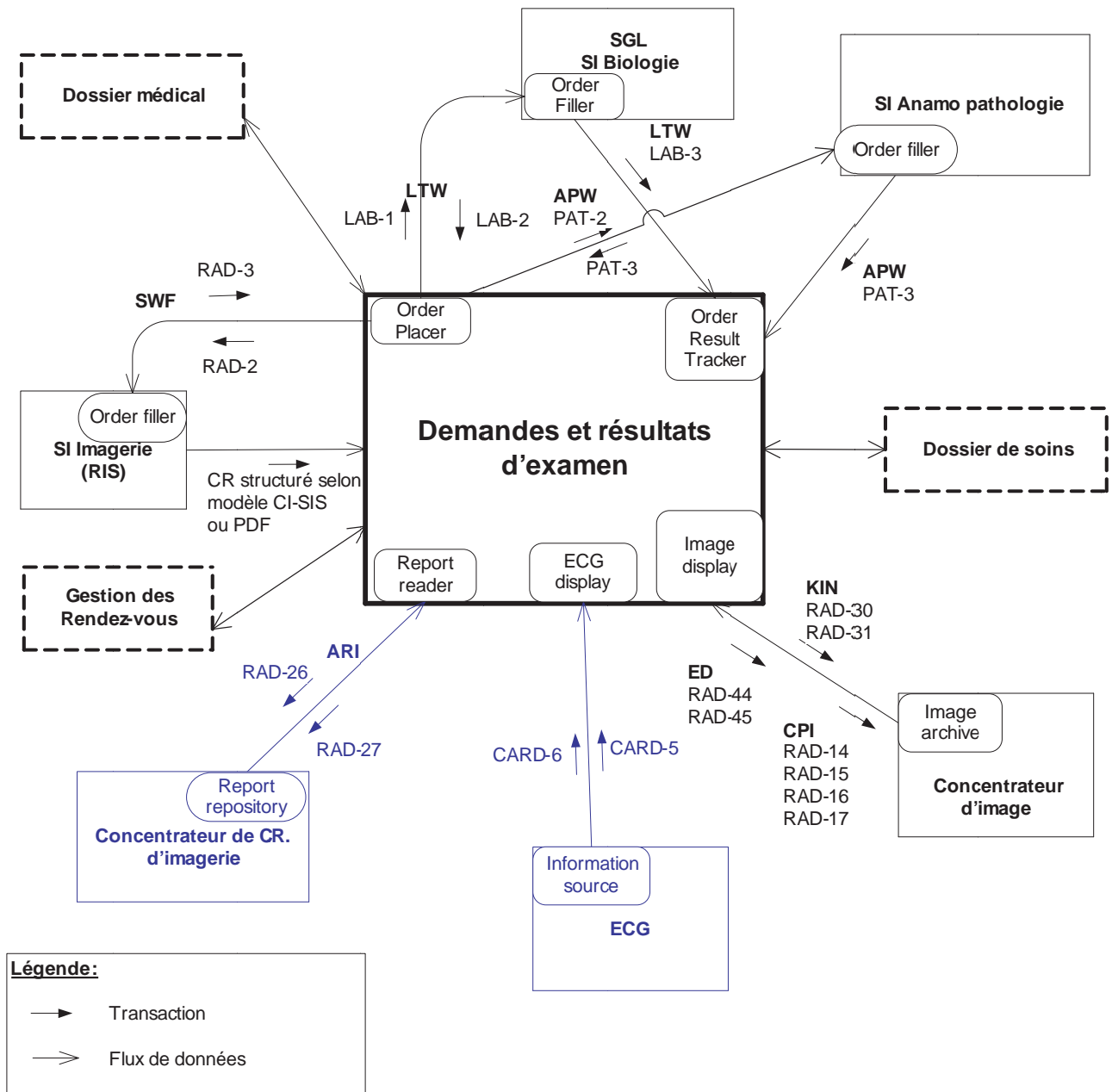


Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel sont décrits dans le tableau suivant

Type de flux	Système	Acteur du système	Profil	Acteur du dossier médical
Mouvement	GAP	PES	PAM	PEC
Identités	GAP ou serveur d'identités	PDS	PAM	PDC
		PDS	PDQ	PDC
Document (CR)	Bureautique	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.</i>		

		<i>Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales Document (CR)	Dossiers de spécialité	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données paramédicales et documents (C.R.)	Dossier médical	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Demandes d'actes, résultats d'actes	Demandes et résultats d'actes	<i>Les échanges entre les fonctions demandes et résultats d'actes et les autres systèmes sont largement détaillés dans le CDC type correspondant.</i>		
Alimentation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Source (DS)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Administrator (DA)
Consultation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Consumer (DC)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Consumer (DC)
Création du DMP	DMP	<i>La création du DMP ne s'appuie sur aucun profil IHE, cependant dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) est défini un flux normalisé pour la création du DMP.</i>		
Prescription Données médicales	Logiciels de prescription	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales	Dispensation	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.</i>		
Images (Visualisation des images + objets associés)	PACS (système d'archivage des images)	-	-	Image Display
Actes réalisés, diagnostics	PMSI	-	HPRIM-XML	-

➤ Schéma synoptique type d'interopérabilité des demandes et résultats d'examens (ASIP 2011)



Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel du [Centre Hospitalier X] sont décrits dans le tableau suivant :

Type de flux	Système	Acteur du système	Profil	Acteur des demandes et résultats d'examen(s)
Envoi des demandes d'examen d'imagerie	SI imagerie (RIS)	Order Filler	SWF	Order Placer

Envoi des Comptes rendus d'imagerie	SI imagerie (RIS)	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. S'il existe, selon modèle ASIP Santé (CI-SIS) ou PDF.</i>		
Envoi des demandes d'examen(s) biologique(s)	SI biologie (SGL)	Order Filler	LTW	Order Placer
Envoi des résultats d'examens biologiques	SI biologie (SGL)	Order Filler	LTW	Order Result Tracker
Envoi des demandes d'examen(s) d'anatomopathologie	SI Anatomopathologie	Order Filler	APW	Order Placer
Envoi des résultats d'examens d'anatomopathologie	SI Anatomopathologie	Order Filler	APW	Order Result Tracker
Envoi des résultats d'examens d'électrocardiogramme (ECG)	ECG	Information source	ECG	ECG Display
Envoi des comptes rendus d'imagerie	Concentrateur de comptes rendus d'imagerie	Report Repository	ARI	Report Reader
Envoi des images	SI de communication d'image (concentrateur d'images)	Image Archive	KIN	Image display
Envoi de texte accompagnant les images		Image Archive	CPI	Image display
Envoi des traces, preuves, mesure accompagnant les images		Image Archive	ED	Image display
DPI	Données Patient	<i>Cf modèles publiés par l'ANAP (voir modèles précédents).</i>		
Demandes de rendez-vous	Gestion des rendez-vous	<i>Cf modèles publiés par l'ANAP.</i>		

➤ **Schéma synoptique d'interopérabilité de la gestion des rendez-vous (ASIP 2011)**

Les profils et acteurs à utiliser avec chaque logiciel sont décrits dans le tableau suivant :

Logiciel	Profil	Acteurs	Remarque
Rendez-vous distinct de GAM Serveur d'identité	PAM	PDC PEC	
Idem	PDQ	PDC	
	SWF ITI-48	Order placer	Dans le cas où le logiciel du plateau technique dispos d'un module rendez-vous
	XDS.b	Document consumer	Si consultation du DMP ou consultation du DPI local offrant cette interface

➤ **Interface avec le système de gestion administrative du patient pour les données d'identité (ASIP 2011)**

Le système doit mettre en œuvre les acteurs « Patient Demographics Consumer » (PCD) et « Patient Encounter Consumer » (PEC) du profil IHE PAM.

Le soumissionnaire décrira comment il envisage la communication d'identité et quelles en sont les limitations.

5.8.A.1.1 Interface avec le logiciel de demande d'actes

Le système doit mettre en œuvre le profil IHE PAM dans son extension française.

5.8.A.1.2 Interface avec les plateaux techniques

Le système doit mettre en œuvre le profil IHE SWF d'interopérabilité avec [logiciel du plateau technique]

5.8.A.1.3 Interface avec le DMP

Le système doit mettre en œuvre le profil IHE XDS.

Type de flux	Système	Acteur du système	Profil	Acteur du dossier médical
Mouvement	GAM	PES	PAM	PEC
Identités	GAM ou serveur d'identités	PDS	PAM	PDC
		PDS	PDQ	PDC
Document (CR)	Bureautique	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales Document (CR)	Dossier de spécialités	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales et documents (C.R.)	Dossier de soins paramédical	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Demandes d'examens, résultats d'examens	Demandes et résultats d'examens	<i>Les échanges entre les fonctions demandes et résultats d'examens et les autres systèmes sont largement détaillés dans le CDC type correspondant.</i>		
Alimentation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Source (DS)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Administrator (DA)
Consultation du DMP	DMP	Doc repository	XDS	Doc Consumer (DC)
	DMP	Doc registry	XDS	Doc Consumer (DC)
Création du DMP	DMP	<i>La création du DMP ne s'appuie sur aucun profil IHE, cependant dans le cadre d'interopérabilité (CI-SIS) est défini un flux normalisé pour la création du DMP.</i>		
Prescription Données médicales	Logiciels de prescription	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour. Si documents, se conformer aux standards CDA du cadre d'interopérabilité de l'ASIP Santé.</i>		
Données médicales	Dispensation	<i>Aucun référentiel n'est disponible à ce jour.</i>		
Images (Visualisation des images + objets associés)	PACS (système d'archivage des images)	-	-	Image Display
Actes réalisés, diagnostics	PMSI	-	HPRIM-XML	-

5.9 Déclinaisons possibles du SIS

➤ Le mode standard

Dans le mode standard, la structure acquiert une licence d'utilisation de ses logiciels et les héberge ainsi que ses données sur un (ou des) serveur(s), dans ses propres murs, sous sa responsabilité.

➤ Le mode Hébergé

Dans le mode hébergé, la structure est propriétaire de ses applications (au travers des licences acquises) et de ses données, mais celles-ci sont hébergées à l'extérieur de la structure, chez un hébergeur qui doit faire l'objet d'un agrément tel que prévu par le Décret Hébergeur, s'il s'agit de données médicales.

➤ Le mode ASP

Dans le mode ASP, la structure loue (ou s'abonne à...) des services informatiques proposées par un fournisseur de services d'application (aussi appelé fournisseur d'applications hébergées ou FAH, ou application service provider en anglais ou ASP) qui exploite et maintient à niveau des logiciels. Ce fournisseur héberge les logiciels et les données de ses clients et les met à disposition de ses clients au travers d'un réseau (Internet en général).

6 Utilisation du modèle urbanisé fourni

6.1 Principe d'utilisation

Le modèle urbanisé fourni dans ce document constitue la boussole du correspondant SIS dans la structure puisqu'il lui permet à tout moment de construire une cible et la trajectoire y menant.

La trajectoire se cristallise autour d'un portefeuille de projets.

Le tableau de bord pluriannuel permet de visualiser l'avancement des projets et le bon déroulement de la trajectoire menant à la cible.

Ainsi la démarche est-elle la suivante :

- 1) Construire sa cible à partir du modèle générique fourni en l'adaptant.
- 2) Identifier les composants déjà disponibles dans le SIS existant.
- 3) Construction de la trajectoire.
- 4) Construction du tableau de bord.
- 5) Suivi de la trajectoire.

La mise en œuvre du modèle passe par le kit fourni aux adhérents de la FEHAP.

6.2 Construire sa cible à partir du modèle générique fourni en l'adaptant

La cible de la structure peut être construite à partir du modèle cible décrit dans ce document et fourni dans le kit FEHAP, en l'adaptant. Pour cela, les composants inutiles doivent tout simplement être supprimés. Des spécificités de la structure peuvent amener à rajouter des composants. On obtient alors le **modèle cible** de la structure.

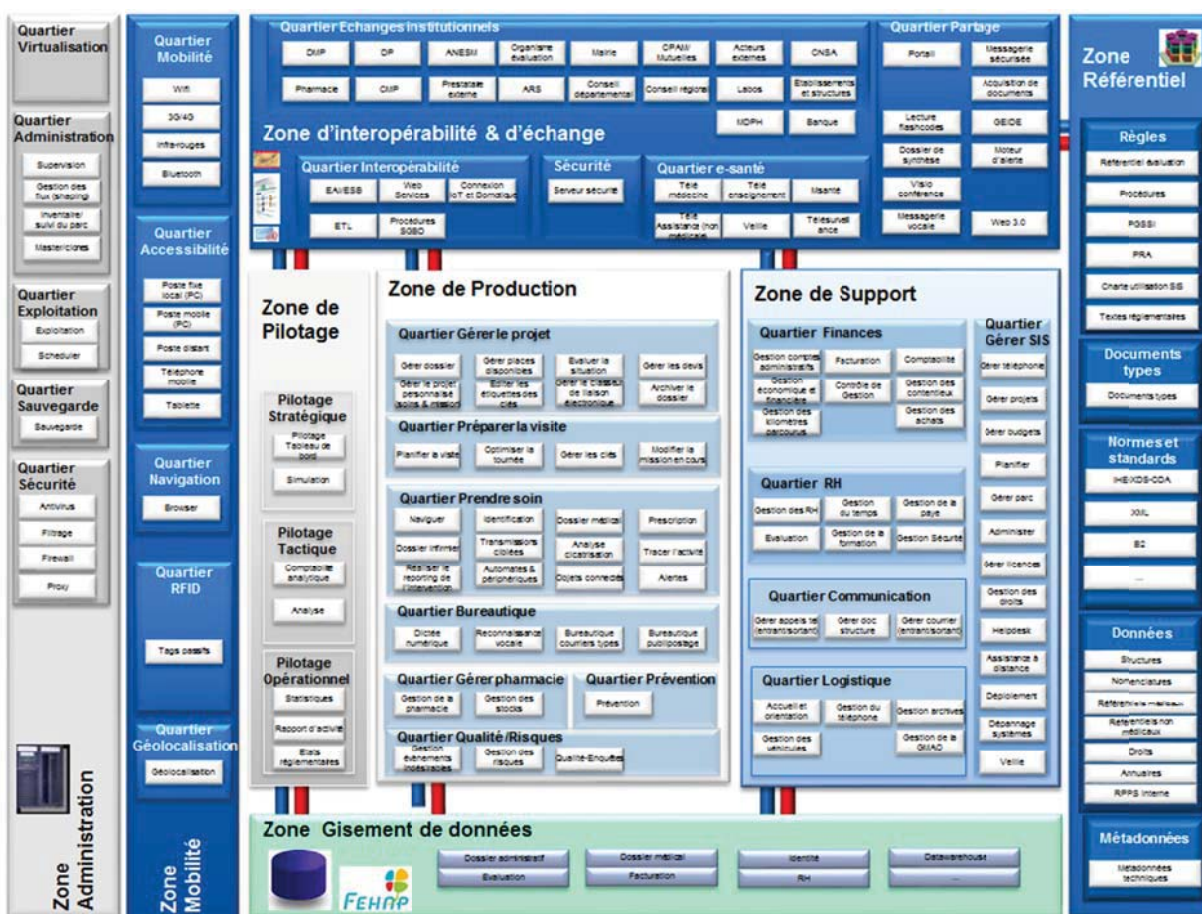





Figure 12: La cible de la structure (exemple).

6.3 Identifier les composants déjà disponibles dans le système d'information existant

On va alors identifier sur la cible les composants existants ou à changer en utilisant un code de couleurs.

-  Existant à conserver
-  Composant à changer ou paramétrage à revoir
-  Nouveau composant à prévoir

On obtient alors une photo de la situation permettant de mesurer l'écart entre l'existant et la cible.

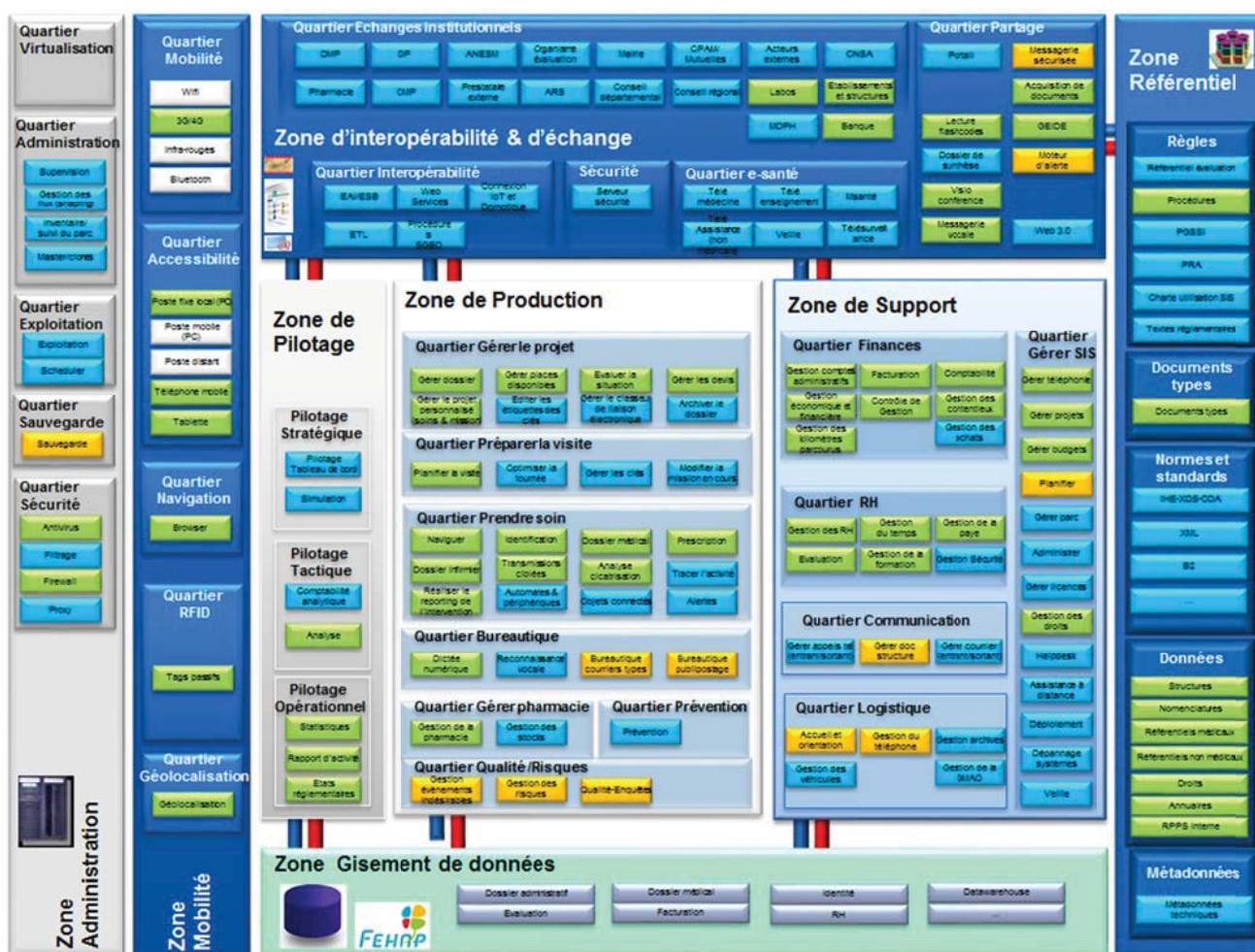


Figure 13 : visualisation de l'écart entre l'existant et la cible.

Si certains composants sont externalisés, alors on pourra le mentionner avec une pastille.

6.4 Construction de la trajectoire.

On identifie alors les projets nécessaires à la mise en place des composants.

Un projet appartient à l'un des quatre types suivants :

- Fonctionnel
- Technique
- Organisationnel
- Méthodologique

L'ensemble de ces projets constitue le portefeuille des projets à lancer pour atteindre la cible.

Chaque projet sera chiffré de sorte à déterminer sa charge, son budget et son délai de mise en œuvre.

6.5 Construction du tableau de bord

Chaque projet sera alors positionné au sein d'un tableau de bord pluriannuel.

La longueur de la bulle représentant le projet est fonction de sa durée.

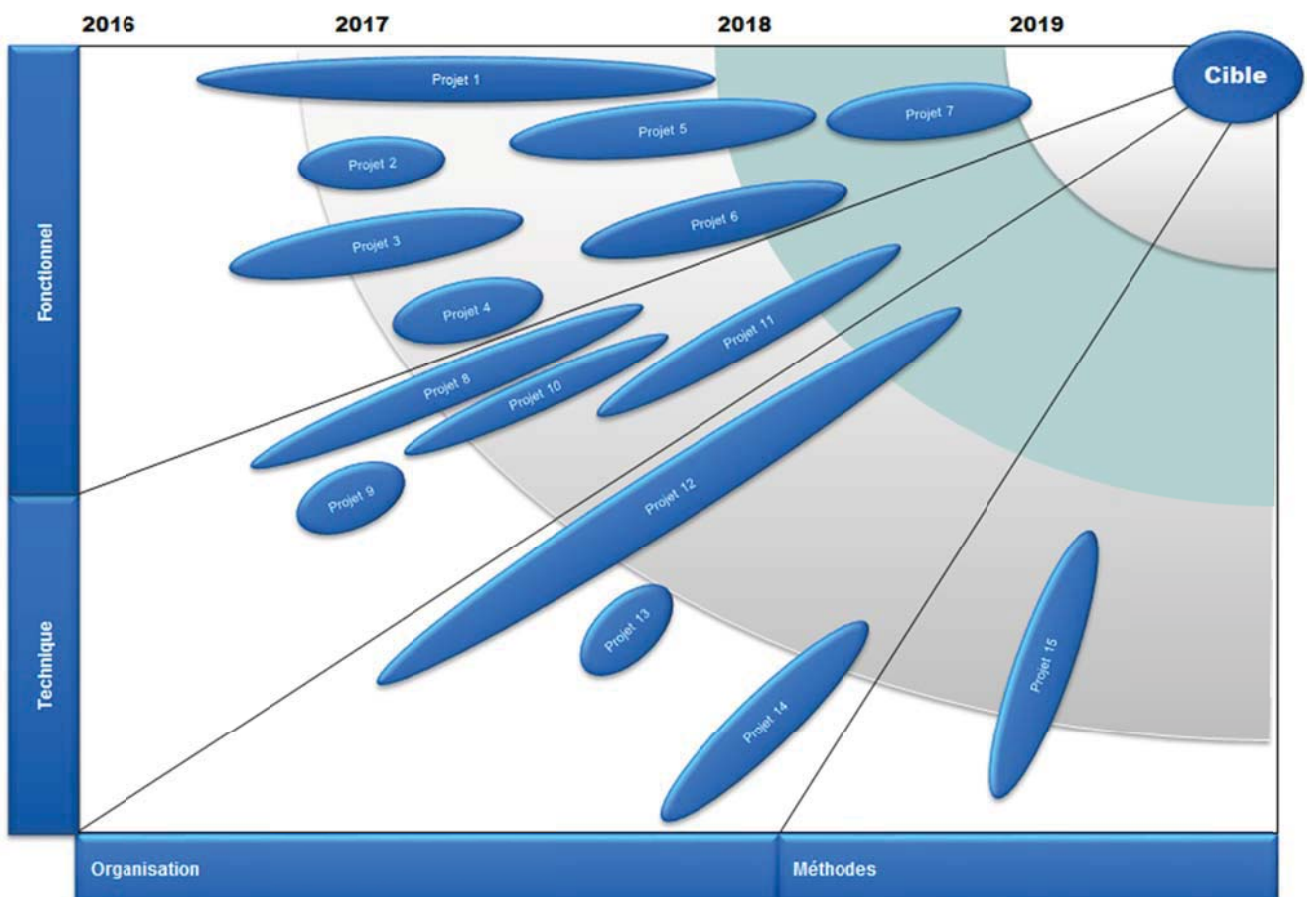


Figure 14 : le tableau de bord pluriannuel en version de base.

Des versions plus élaborées peuvent être construites par la structure précisant les projets stratégiques (ici épinglés en rouge) et intégrant un tachymètre global précisant l'avance ou le retard global du programme.

On peut également y intégrer un indicateur de suivi financier.

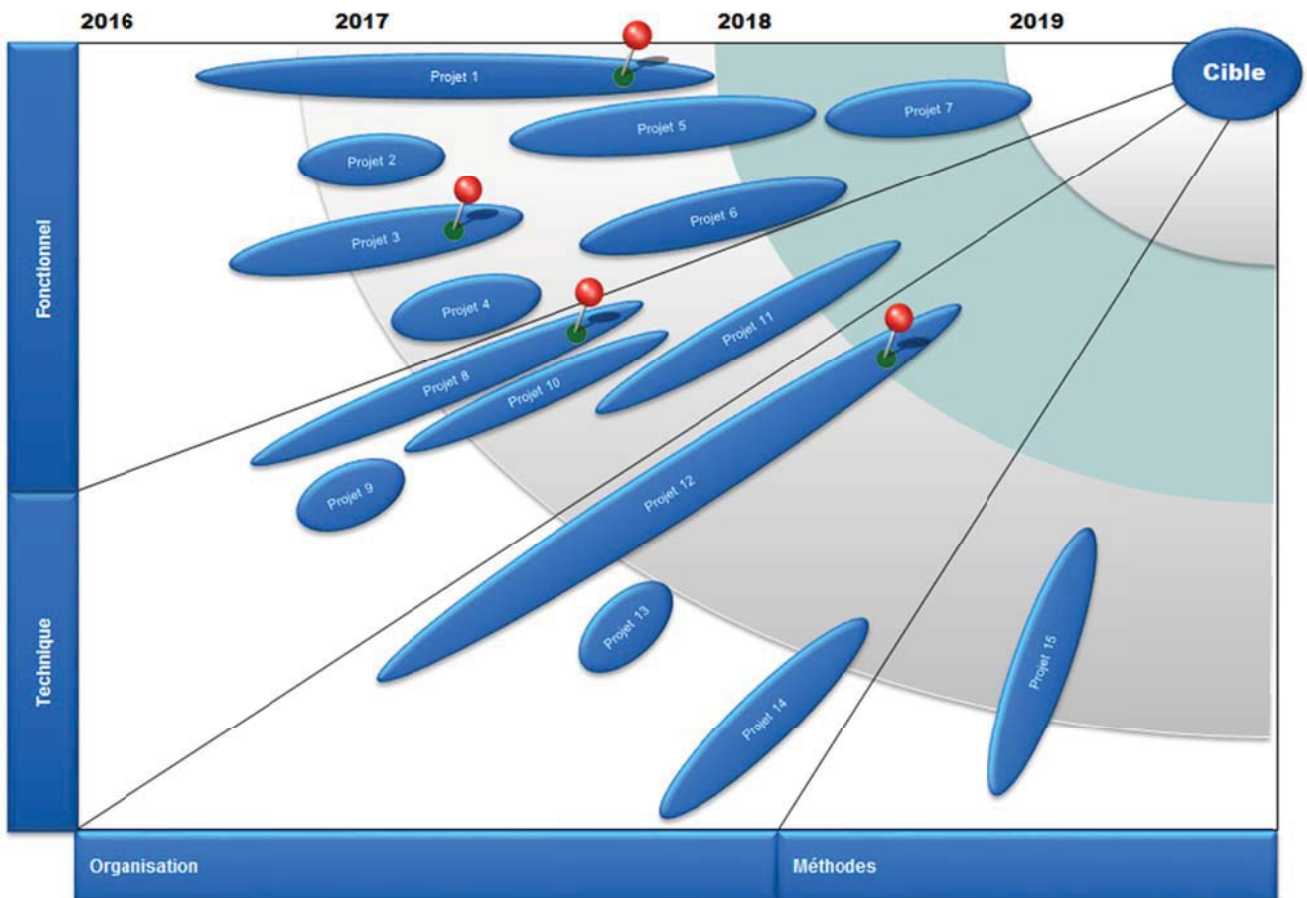



Figure 15 : le tableau de bord précisant les projets stratégiques ainsi que le décalage temporel cumulé.

6.6 Suivi de la trajectoire

Au fil du temps, les projets changeront d'état selon le code couleur suivant :

-  — Projet nouveau
-  — Projet en cours
-  — Projet en retard
-  — Projet achevé

Le tableau de bord pourra ainsi être mis à jour selon une fréquence décidée par la structure. De concert, la cible sera également mise à jour.

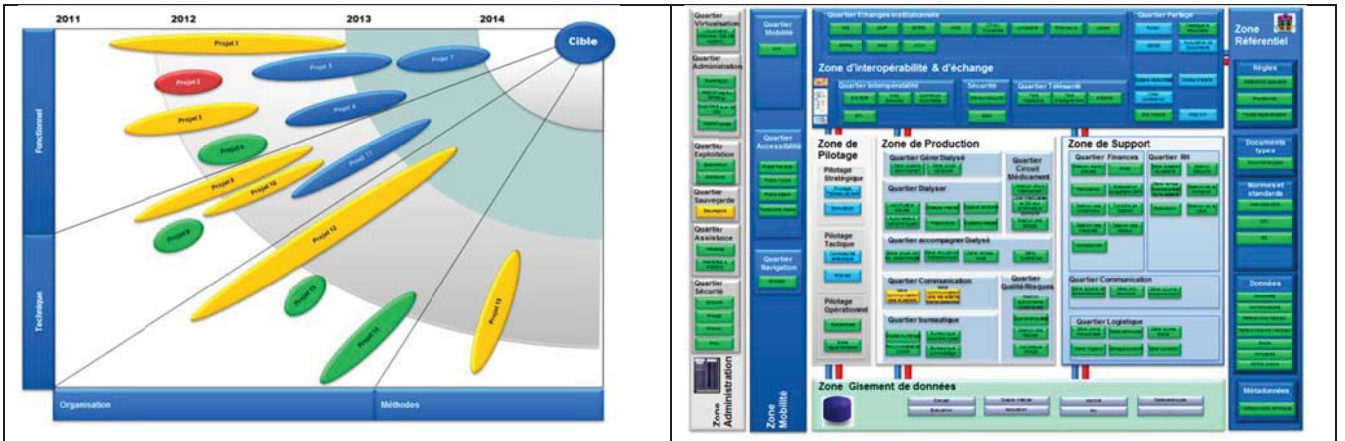


Figure 16 : Evolution du statut de la cible et du tableau de bord en fonction de l'avancement des travaux.

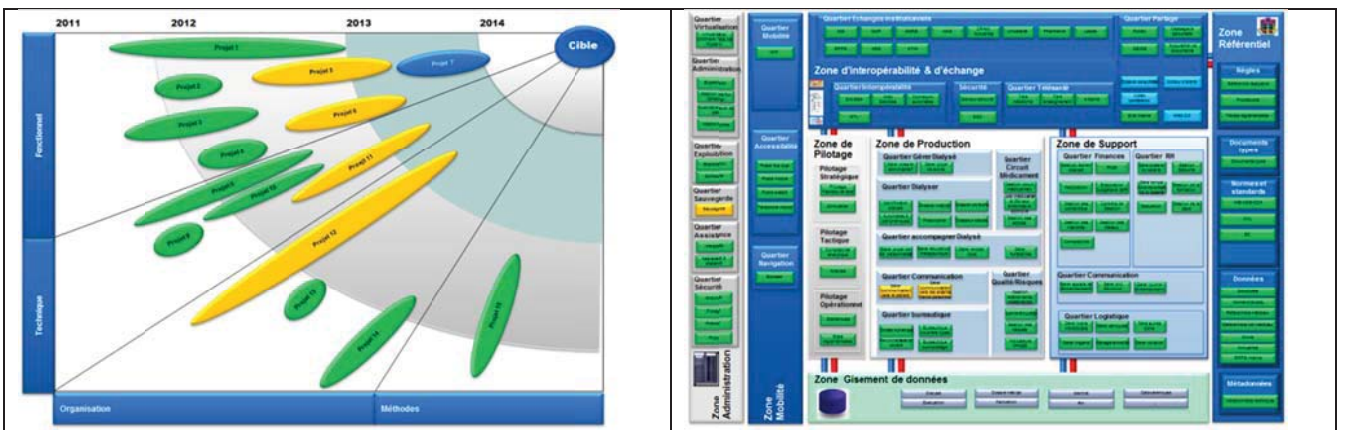


Figure 17 : Passage d'un état à un autre permettant de visualiser les projets terminés et le reste à faire.

7 Conclusion : la vision de la FEHAP

La FEHAP s'est mobilisée dès les premières heures en faveur de la création des SPASAD et a su très tôt voir la plus-value que ceux-ci représentent pour les personnes et leurs aidants, ainsi que pour les services.

Comme dans toute entité, le système d'information tient une place centrale dans l'administration de la structure et le bon déroulement du processus de prise en charge du patient, de l'entrée à la sortie.

Particulièrement parce que le SPASAD n'existe que par le regroupement de deux autres services (SSIAD et SAAD) et que sa mission est d'apporter une réponse globale et coordonnée aux personnes qu'il accompagne, le SPASAD ne peut se permettre de ne pas maîtriser son système d'information de santé.

Ce livre blanc, fruit d'un travail important des membres du groupe national « domicile » de la FEHAP, est une contribution de la fédération à la réflexion concernant l'urbanisation des SIS, sur son volet SPASAD, visant à fournir une boussole pour les adhérents en vue de parvenir à un système d'information cible à l'état de l'art.

Il servira de trame pour consulter et questionner les éditeurs sur la complétude de leurs solutions par rapport aux besoins exprimés sur le terrain.

De fait, il constitue un élément fondateur pour la construction du « baromètre des éditeurs » de la FEHAP et apporte une pierre supplémentaire au travail engagé par la fédération pour promouvoir les SPASAD, outiller ces adhérents gestionnaires et défendre leurs intérêts dans ce domaine.

8 Annexes

8.1 Contributeurs à la rédaction de ce document

BARON Fabienne, Coordinatrice du service polyvalent, AMSAD Léopold Bellan

BEYLIER Sophie, Chargée de missions filière domicile, Direction Santé Autonomie, Croix-Rouge française

BLONDEAU Céline, cheffe de projet filière domicile, Croix-Rouge Française

CARRERE Frédéric, Directeur, Association PI 66

COUDRE Jean-Pierre, Directeur, Atmosphère Aides et Soins à Domicile

DEFFONTAINES Anne-Cécile, Directrice, SPASAD Domasanté

DELMAS Martine, Directrice SPASAD *AMADPA*

DUSSARTRE BOUGNOTEAU Aurély, Déléguée Régionale FEHAP, Association Soins et Santé

GALLET Jeannine, ex-Directrice, AMSD Soins à Domicile aux Personnes (nouvellement missionnée chez Cap Santé)

GOGLIN Jean-François, conseiller système d'information en santé, FEHAP

JAMOT Murielle, ex-Déléguée Nationale personnes âgées et domicile, Direction Santé Autonomie Croix-Rouge française

JURY-KLEIN Florence, Directrice, DELTA LILLE

LECLAIRE Noémie, ex-conseillère personnes âgées - Domicile, FEHAP (nouvellement chargée de mission Auvergne Rhône-Alpes, FEHAP)

RIFFAUD Cécile, Association Soins et Santé

VALERO Célia, conseillère personnes âgées - Domicile, FEHAP

ZERRIATE Nacima, Directrice Pôle Adultes à Domicile 94 - SAAD 75

8.2 Les références juridiques

Les références juridiques du SPASAD sont les suivantes :

- Code de l'action sociale et des familles
 - **Article L. 312-5 du code de l'action sociale et des familles** relatif aux actions qui s'inscrivent dans le cadre du schéma départemental en lien avec les personnes en perte d'autonomie
- Code de la Santé Publique
- **Décret n°2004-613 du 25 juin 2004** relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile, services d'aide et d'autorisation à domicile et services polyvalents d'aide et de soins à domicile
- **Circulaire du 28 février 2005** relative aux conditions d'autorisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile
- **Décret n° 2015-1293 du 16 octobre 2015** précise des modalités dérogatoires d'organisation et de tarification applicables aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) dans le cadre de l'expérimentation des projets pilotes destinés à optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).
- **Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015** relative à l'adaptation de la société au vieillissement
 - Article 49
- **Arrêté du 30 décembre 2015** fixant le cahier des charges des expérimentations relatives aux services polyvalents d'aide et de soins à domicile prévues à l'article 49 de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

8.3 Modes ASP et Saas

➤ Le mode ASP qu'est-ce que c'est ?

Traduit textuellement par « fourniture d'application hébergée », l'ASP est un concept flou puisque toute fourniture d'information en ligne proposant une interaction avec l'utilisateur peut être considérée comme une application en mode ASP.

Ainsi Google est-il un fournisseur d'applications hébergées au-travers de tous les composants applicatifs et services qu'il propose.

Aussi la définition doit-elle être précisée et pour cela complétée :

Un fournisseur de service d'application (aussi appelé fournisseur d'applications hébergées ou FAH, ou application service provider en anglais ou ASP) est une entreprise qui fournit des logiciels et/ou des services informatiques loués en ligne à ses clients au travers d'un réseau (Internet en général).

Deux précisions :

- Les logiciels conçus et développés en mode ASP s'adressent au plus grand nombre, supprimant ainsi les effets de bord des développements spécifiques empêchant la capitalisation pour la communauté. De fait ils n'offrent en général pas un paramétrage très personnalisé à chaque établissement client.
- En termes de propriété de l'application, l'ASP se différencie des solutions d'externalisation ou d'infogérance, où l'établissement a acheté une licence pour détenir ses logiciels informatiques. En effet, dans le cas de solutions ASP, les clients louent un droit d'accès à l'usage et ne sont de ce fait plus propriétaires de l'application mais seulement des données. Seuls les résultats sont gérés par l'établissement. Le propriétaire de l'application est alors soit le fournisseur ASP soit une société tierce.

L'ASP est le transfert d'une ou plusieurs fonctions de l'établissement à un tiers capable de s'engager sur des objectifs, avec obligation de résultat.

La prestation de l'infogérant/ASP peut avoir un impact large : analyse et conception, programmation, procédures, tests, exploitation, maintenance corrective, maintenance évolutive, la sauvegarde et l'archivage.

Les applications pratiques de ce schéma contractuel sont nombreuses et peuvent aller jusqu'à concerner la quasi-totalité des logiciels utilisés par l'établissement qui pourra y trouver l'avantage de se reposer, via ce mécanisme sur son fournisseur, sans investissement dans l'achat ou la location de matériel informatique ou de logiciels ainsi que dans la gestion y afférente.

C'est une évolution intéressante et importante puisqu'elle fait passer les dépenses informatiques de statut d'investissement à celui de prestation de services.

L'établissement de santé ou le groupement d'établissements (GIE, GIP, GCS) achète un service « clefs en main » et reporte sur l'industriel :

- L'investissement en matériel et logiciel (licences...).
- Le développement et l'intégration de la solution adaptée au contexte de l'établissement ou de la structure ou du groupement.
- La sécurité, la performance et la disponibilité des systèmes.
- Le coût de maintenance et de gestion des versions.
- Une partie des coûts relatifs aux ressources humaines.

L'établissement ou le groupement garde son rôle de maître d'ouvrage vis-à-vis de l'industriel.

▪ *Comment ça marche ?*

L'application logicielle installée sur le système informatique du vendeur est accessible par l'utilisateur à travers un navigateur Internet ou grâce à un logiciel client fourni par le vendeur.

Le logiciel du client peut également faire l'interface avec le serveur en utilisant des API et/ou un langage de communication généralement basé sur XML. Ces API peuvent également être utilisées

par un logiciel développé en interne pour pouvoir accéder à différents types de services ou de données.

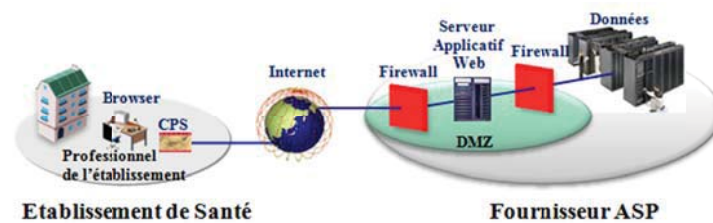


Figure 18 : synoptique du fonctionnement du mode ASP.

▪ Les rôles

Le rôle de la personne privée – l'industriel :

- Il porte l'investissement en investissant dans la conception, la réalisation, l'exploitation et la maintenance du SIH.
- Il est propriétaire des immobilisations matérielles et immatérielles.
- Il offre un service de stockage et de mise à jour des données propres de l'ES.
- Il accompagne l'ES dans l'expression des besoins sur les traitements appliqués à ses données, la formation de ses utilisateurs à l'usage du service, la mise en place des infrastructures nécessaires à l'accès sécurisés aux données de l'établissement.

Le rôle de la personne publique :

- L'établissement de santé ou la structure utilise le service.
- Il spécifie ses besoins en termes de service attendu.
- Il investit dans les matériels et la formation nécessaires à l'utilisation à distance du service externalisé en ASP.
- Il paye un loyer sur 7 ans, habituellement, rémunérant le service offert sur ses données, leur exploitation et la maintenance des matériels et logiciels permettant leur exploitation.

L'offre peut être partielle ou globale en fonction des besoins de l'établissement et de sa volonté d'externalisation.

L'industriel a une obligation de résultat recouvrant un engagement de qualité de service

▪ Les avantages

Les avantages pour l'établissement :

- Le délai de déploiement du projet peut être réduit.
Le mode ASP permet un déploiement plus rapide dans l'entreprise, en épargnant les coûts et délais associés à la mise en place d'une infrastructure technique (serveurs, réseau, logiciels de base...).
- Le budget est moindre en comparaison avec un projet « traditionnel ».
Les coûts logistiques et des investissements informatiques sont réduits.
Certains ETP informatiques internes peuvent être réduits.
- Une meilleure prévision des dépenses est possible.
Les dépenses peuvent être mieux prévues et de fait mieux contrôlées.
- L'établissement dispose d'une meilleure trésorerie.
L'impact sur la trésorerie est très faible puisqu'il n'y a quasiment pas d'investissement nécessaire au départ.
- L'établissement achète un service et peut presque « oublier » les contraintes de l'investissement.

C'est une garantie de souplesse et d'évolutivité car l'industriel doit répondre à des exigences de qualité de service (maintien du niveau de qualité, innovation...).

L'établissement n'est pas « enfermé » dans une solution déterminée (droit d'usage de licence logiciel...).

Les contraintes de l'investissement n'existent plus.

- Les moyens peuvent être partagés et mutualisés entre plusieurs structures.
Des moyens coûteux peuvent être partagés comme le « système d'information du domaine patient » qui requiert une maintenance renforcée, une disponibilité permanente et une sécurité sans faille.
Offre des économies d'échelle car les coûts « complets » d'investissement (au-delà de l'achat des licences, l'exploitation, la maintenance) ne sont plus supportés par un seul établissement.
- L'établissement peut mieux se concentrer sur son cœur de métier : la qualité des soins et le pilotage de l'établissement.
D'un côté, les établissements se recentrent sur leur métier principal, les soins.
De l'autre, l'industriel se charge de l'évolution réglementaire (PMSI, T2A, sécurité, lien avec le DMP...).
- Ce sont des offres de services et non les technologies qui sont mises en concurrence.
L'établissement se focalise sur le service rendu et non sur la technologie.
L'établissement acquiert une certaine indépendance vis-à-vis des solutions technologiques.
- Les petits et moyens établissements peuvent avoir accès aux meilleures solutions.
Les coûts peuvent varier en fonction de leur activité.
Des petits établissements (faibles moyens) peuvent accéder aux SIH et garder leur place dans les réseaux de santé.
Vrai service rendu aux patients dans des zones rurales, par exemple.
- L'établissement dispose d'une solution pour ses utilisateurs nomades.
Cela permet la nomadisation des utilisateurs et des données.
- L'établissement dispose d'une meilleure sécurité.
Certains risques sont transférés vers l'industriel qui les assume.
Les patchs correctifs ou les évolutions sont gérés par l'exploitation de l'industriel qui assure la continuité de service.
- L'utilisateur dispose d'un système plus simple.
L'utilisateur bénéficie d'une meilleure ergonomie puisqu'il accède à son application via un navigateur internet.
L'application est plus disponible pour l'utilisateur.
Le système est plus évolutif.
- Le système s'ouvre au nomadisme.
L'application n'est pas installée sur un PC client. Elle est donc accessible de n'importe quel point connecté au réseau internet dans le monde à partir d'un simple navigateur internet (Internet Explorer, Firefox, ou Safari par exemple). C'est une bonne solution pour les utilisateurs nomades.

En synthèse, les principaux critères de satisfaction des clients concernant le mode ASP sont les suivants :

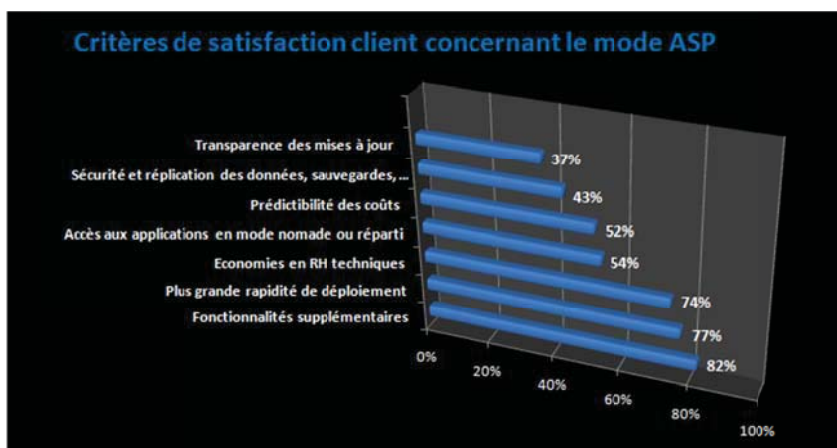


Figure 19 : Critères de satisfaction concernant le mode ASP.

Les avantages pour l'industriel :

- Il s'agit d'un nouveau mode de commercialisation attractif permettant d'appréhender des marchés dilués ou dont les clients potentiels sont de petites tailles :
Le dimensionnement des prestations est défini sur la base de la taille exacte des clients.
Il existe une meilleure collaboration dans la durée entre l'industriel et l'établissement.
L'industriel a un interlocuteur unique (direction du groupement) au lieu d'avoir une multitude d'acteurs.
- Il a obligation d'être performant économiquement et techniquement.
La recherche de solutions optimisées à faible coût (open source, par exemple) doit lui permettre une rentabilité maîtrisée.
La standardisation de l'offre lui permet de mutualiser sur de nombreux clients.

▪ **Inconvénients**

Mais on peut également noter un certain nombre d'inconvénients :

- Le client doit accepter de confier à son ASP des données critiques de l'entreprise, telle la base de ses collaborateurs (ne serait-ce que pour contrôle d'authentification), les bases de données Client, Produits, Fournisseurs...
- Il faut bien s'assurer de la pérennité du fournisseur.
- Les clients doivent accepter une solution généraliste fournie par l'ASP, qui est configurable pour correspondre au plus grand nombre de clients possible, mais qui ne s'adapte peut-être pas précisément à leur système (même problème qu'avec les PGI ou ERP). Seuls les plus gros clients peuvent influencer sur les décisions de développement.
- Le client doit avoir confiance en son fournisseur ASP pour lui fournir des informations critiques quant à son travail. L'industriel est également responsable de fonctionnalités critiques du métier de ses clients. Ceux-ci n'ont plus la main sur le système en cas de dysfonctionnement.
- L'intégration avec les autres systèmes des clients peut-être problématique (problème récurrent dans l'informatique).
- Les procédures d'imports et d'exports peuvent être parfois contraignantes.
- En termes de disponibilité, le fournisseur se doit d'avoir un taux de disponibilité proche de 100%. De plus cette disponibilité est liée à la disponibilité du lien réseau entre le client et l'industriel.
- Le fonctionnement distant de l'application apporte un temps de transit des données plus important qu'en fonctionnement local. Ce temps peut être contrebalancé par un temps de traitement moins important grâce à l'utilisation de serveurs plus puissants et mieux optimisés.

▪ **Points à surveiller**

Les principaux pièges sont les suivants :

- La Charge principale est reportée sur l'industriel
L'application développée et hébergée doit correspondre à ce type de fonctionnement (les principaux éditeurs de SIH s'orientent vers cette approche) – dans le fonctionnement dit « ASP », l'industriel a développé et héberge la solution
L'industriel doit avoir l'organisation et les autorisations en rapport avec le service (plateformes d'hébergement, agrément pour hébergement de données de santé).
- Les exigences sur la disponibilité du service doivent être précisément définies :
Règles quant aux obligations de résultat à élaborer de manière exhaustive.
Les aspects de disponibilité et de rapidité des échanges ES / Industriel doivent être particulièrement traités.
- Une clause de réversibilité doit permettre à l'établissement de réintégrer les fonctionnalités externalisées chez lui, et plus particulièrement ses données.

- Si la fourniture porte sur des données médicales, alors, le fournisseur est soumis au Décret Hébergeur et doit fournir son agrément.

▪ *Le contrat*

Le contrat d'ASP comporte généralement un double objet : la définition des logiciels concernés, les conditions d'accès et d'utilisation de ces logiciels par l'établissement client ainsi que les services complémentaires qui accompagneront lesdits logiciels mis à la disposition des utilisateurs.

Concernant les logiciels, le mécanisme contractuel le plus usité concernant la mise à disposition du ou des logiciels à l'établissement constituera le plus généralement en une licence du logiciel. Sans spécificité particulière, l'établissement et le fournisseur devront veiller à déterminer précisément, comme dans le cadre d'une licence classique, le périmètre de mise à disposition : l'exclusivité ou non, la durée, le territoire ou encore le nombre d'utilisateurs.

L'établissement devra également veiller obtenir les garanties expresses du fournisseur aux termes desquelles il est bien en droit de lui concéder en licence les logiciels concernés via un service d'ASP, et par conséquent, qu'il dispose bien du droit de sous-licencier les programmes informatiques en question.

En effet, il n'est pas rare que le fournisseur ne soit pas le titulaire des droits sur les logiciels mis à la disposition de l'établissement.

Concernant les services attendus par l'établissement, outre la mise à disposition des applications, le fournisseur aura comme principale obligation de respecter les performances détaillées dans le cahier des charges.

Les services les plus communément rencontrés consisteront dans la formation des utilisateurs de l'établissement, la maintenance, l'assistance, la sécurité de la connexion reliant l'établissement et le fournisseur ; la sauvegarde et l'archivage des données de l'établissement.

Les niveaux qualitatifs et quantitatifs de ces services feront l'objet d'un SLA (Service Level Agreement). Ces niveaux de services attendus seront exprimés le plus souvent en pourcentages associés à certaines périodes. Pour chaque niveau de service, on définira un indicateur mesurable permettant de savoir si le niveau de service prévu a été atteint. Le fournisseur s'engagera à assurer un certain taux de disponibilité, de flux de données, de rapidité d'accès aux données, à maintenir une certaine fréquence des sauvegardes ou une durée maximale des interruptions de service.

▪ *L'accompagnement au changement*

L'accompagnement au changement constitue une dimension essentielle du projet. Il doit être minutieusement préparé :

- La mise en place d'un plan de communication et réalisation d'une communication adaptée vers les utilisateurs,
- L'étude des procédures impactées par le projet,
- La définition d'un plan de formation associé à un parcours pédagogique,
- La mise en place d'ateliers,
- La formation de référents et formation à une maintenance de premier niveau, en particulier pour bien analyser les dysfonctionnements éventuels et participer à la localisation des anomalies en vue de leur traitement.
- La formation des utilisateurs.

▪ *Les limites*

Le marché de l'offre se structure actuellement : c'est encore un marché en devenir. Beaucoup d'éditeurs proposent des offres ASP, mais peu de projets sont actuellement en production.

De fait, au niveau prix, les éditeurs ont tendance à financer leurs projets ASP sur leurs premiers contrats au lieu d'adopter une démarche industrielle basée sur un nombre minimum de contrats qui servira de base au calcul du point mort et donc du prix.

Par conséquent, il n'y a pas encore d'offre complètement stabilisée et industrielle. Il faut donc prendre des précautions.

De plus, le prix du service est encore difficile à évaluer (par dossier, au nombre de lits, fonction de l'activité, selon le budget, ...).

Par ailleurs ne s'improvise pas fournisseur ASP qui veut.

Une vraie démarche industrielle démontrable s'impose basée sur des processus et des normes (ITIL notamment) éprouvés.

▪ **Les principaux pré-requis à un projet ASP**

- Un audit de l'infrastructure.
Il est nécessaire de réaliser un bon audit de son infrastructure afin de déterminer les éventuelles adaptations qui seront nécessaires à la mise en œuvre d'une solution ASP.
- Une urbanisation, même macroscopique.
Urbaniser son SI afin de prévoir les liens entre l'application (ou les applications) en mode ASP et le reste du système d'information est nécessaire. Le modèle obtenu doit figurer dans le cahier des charges.
- Un cahier des charges très précis.
La réalisation d'un cahier des charges très précis du point de vue des fonctionnalités incluant les niveaux de service (SLA ou Service Level Agreement) attendus ainsi que les pénalités financières infligées dans le cas constaté de carences ou de déficiences est nécessaire.
- Une étude juridique rigoureuse
Une étude juridique complémentaire au cahier des charges est souhaitable.
- Un accompagnement au changement
L'accompagnement au changement doit démarrer dès le début du projet car il risque d'inquiéter l'équipe informatique en place. Mal expliqué, ce type de projet peut susciter beaucoup de remous en interne.

▪ **Les freins fictifs, les faux problèmes ?**

- Le spectre de la perte de maîtrise des données.
Souvent, les établissements ont peur de perdre la maîtrise de leurs informations s'ils font appel à des offres externalisées. Ce n'est pas le cas si le contrat traite précisément des clauses de sécurité des données du système.
De plus du point de vue de la supervision et des sauvegardes des données, le prestataire à retenir lors de la consultation doit être doté des meilleurs outils du marché, qui seraient probablement inaccessibles en termes d'investissement pour un établissement isolé.
- Le risque du manque d'interopérabilité.
Si l'architecture, basée sur une première étude d'urbanisation, a bien été construite avec le fournisseur, alors ce risque est inexistant. Cette urbanisation doit avoir été préalablement étudiée de sorte à ce que l'interopérabilité figure au contrat.
- Utiliser l'ASP coûte plus cher.
Bien souvent, l'ASP semble plus cher au premier abord, mais une fois l'analyse des coûts réalisés, l'ASP coûte moins cher, sauf à disposer d'offres à des coûts exorbitants.

➤ **Le mode SaaS (Software as a Service)**

Le mode SaaS s'inscrit dans la perspective du « Cloud computing ».

Le principe du « cloud computing » ou informatique dans les nuages consiste à accéder de manière évolutive à des services en ligne sans avoir à gérer l'infrastructure sous-jacente souvent complexe (seul un navigateur web est nécessaire).

Les applications et les données se trouvent dans un nuage composé d'un certain nombre de serveurs distants interconnectés au moyen d'une excellente bande passante.

Le cloud computing se décline de la façon suivante :

- SaaS : Software as a Service.
- PaaS : Platform as a Service.
- IaaS : Infrastructure as a Service.

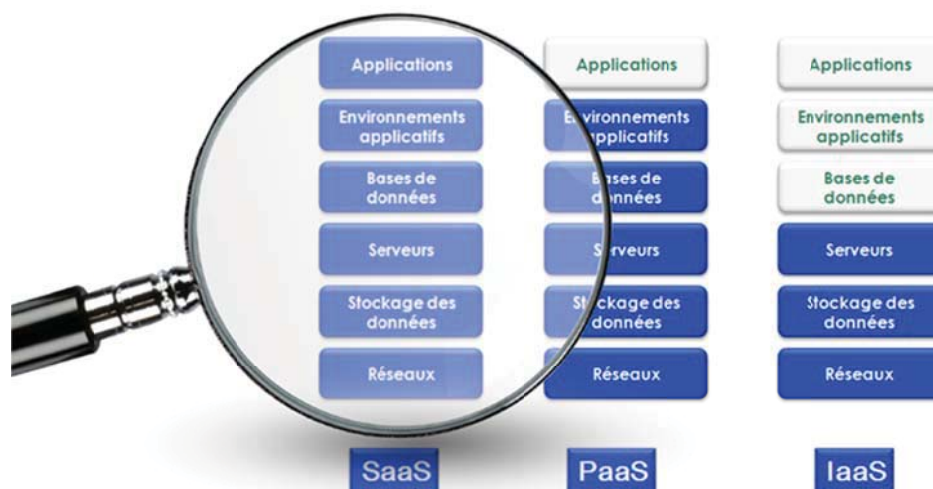


Figure 20 : Focus sur le mode SaaS.

Le mode SaaS renvoie à un modèle de logiciel commercialisé non pas sous la forme d'un produit (licence), que le client installerait, mais en tant qu'application accessible à distance comme un service, par le biais d'Internet et du Web.

Le SaaS s'inscrit dans la famille des logiciels managés ou hébergés.

La démarche n'est pas nouvelle. Elle a été énoncée pour la première fois en 1961 par John McCarthy, chercheur au MIT, qui avait évoqué la possibilité qu'un jour l'informatique puisse être consommée à la manière des énergies, telle que l'eau ou l'électricité.

Les avantages du SaaS sont multiples :

- Le délai de déploiement du projet peut être réduit.
- Le budget est moindre en comparaison avec un projet « traditionnel ».
- Une meilleure prévision des dépenses est possible.
- L'établissement dispose d'une meilleure trésorerie.
- L'établissement achète un service et peut presque « oublier » les contraintes de l'investissement.
- Les moyens peuvent être partagés et mutualisés entre plusieurs structures.
- L'établissement peut mieux se concentrer sur son cœur de métier, à savoir la qualité des soins, et le pilotage de l'établissement.
- Ce sont des offres de services et non les technologies qui sont mises en concurrence.
- Les petits et moyens établissements peuvent avoir accès aux meilleures solutions.
- L'établissement dispose d'une solution pour ses utilisateurs nomades.

En matière de coûts, le comparatif entre le mode SaaS et le mode traditionnel est le suivant :

Coûts	SaaS	Applications traditionnelles
Abonnement	+++	
Achat de licences		+++
Maintenance		+
Serveurs		++
Mises à jour des ordinateurs		+
Personnalisation	+	+
Intégration	++	++
Reprise des données	++	++
Formation	+	+
Personnel à engager		++
Coût d'implantation		+++
Salaire des administrateurs du système		+
Salaire des développeurs		+
Salaire des personnes en support		+

Concernant les inconvénients du SaaS, on trouvera notamment :

- La confidentialité des données doit être assurée, et pour cela le fournisseur doit respecter le décret hébergeur.
- La connexion doit être optimale.
- La structure cliente n'a plus la main sur les applications (en cas de panne, le prestataire doit agir vite).
- La réactivité du fournisseur peut s'avérer insuffisante.
- La prévisibilité des coûts n'est pas toujours effective.
- La réversibilité est souvent difficile à mettre en œuvre.
- Le rapport de force entre le client et le fournisseur.

A ce propos, les niveaux de service ou SLA (Service Level Agreement) attendus par la structure (temps de réponse, délai d'intervention,...) doivent être contractualisés dès le départ.

1 Glossaire

AGGIR (grille) : Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

APL : Aide personnalisée au logement

ARS : Agence Régionale de Santé.

AS : Aide-soignante

ASH : Aide sociale à l'hébergement

ASPA : Allocation de solidarité aux personnes âgées

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CEPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CESU : Chèque emploi service universel

CHRS : Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CLIC : Centre locaux d'information et de coordination

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins.

DG : Dotation Globale.

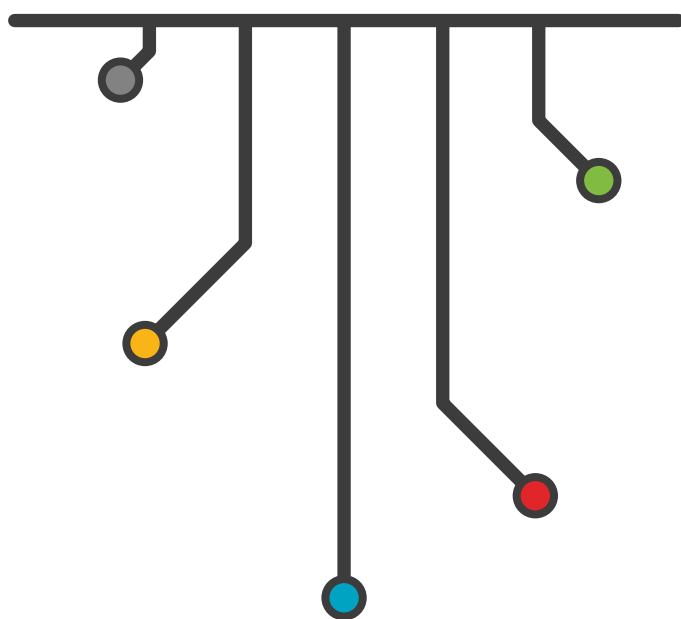
DMP : Dossier Médical Personnel

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESA : Equipes spécialisées Alzheimer

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

FAO : Foyer d'accueil occupationnel
FEHAP : Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne
GIR : Groupe iso-ressources
HAD : Hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDEC : Infirmière Diplômée d'Etat coordinatrice
MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins
MARPA : Maison d'accueil rural pour personnes âgées
MAS : Maison d'accueil spécialisée
MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
MECS : Les maisons d'Enfants à caractère social
PASA : pôle d'activités et de soins renforcés
PCH : Prestation de compensation du handicap
PNL : Privé à but Non Lucratif
SAAD : Service d'aide et d'accompagnement à domicile
SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés
SAP : Service à la personne
SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
SIS : Système d'Information de Santé.
SPASAD : Service polyvalent d'aide et de soin à domicile.
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
UHR : Unité d'hébergement renforcée
USLD : Unité de soins de longue durée



— Suivez nous sur le web et les réseaux sociaux —

