

SOINS PALLIATIFS



ÉQUIPE MOBILE DE SOINS PALLIATIFS EMSP

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

Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Circulaire n° DHOS/O2//O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Instruction n° DGOS/R4/DGCS/2010/275 du 15 juillet 2010 relative aux modalités d'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

Public

- Patients en situation palliative (fin de vie, MND,...).
- Proches aidants.
- Soignants.

Objectifs

L'EMSP est une équipe multidisciplinaire et pluri professionnelle qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. L'EMSP exerce un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services et participe à la démarche palliative au sein de l'établissement.

Missions

Les différentes missions de l'EMSP sont de :

- faciliter la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement dans les services d'hospitalisation, qu'ils disposent ou non de LISP. Elle participe à la continuité des soins palliatifs au sein de l'établissement, ainsi qu'à la permanence téléphonique ;
- contribuer à la formation pratique et théorique des équipes mettant en œuvre des soins palliatifs et à la diffusion d'informations et de documents méthodologiques relatifs aux bonnes pratiques des soins palliatifs ;
- contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs ;
- participer à la dynamique des réseaux de santé.

Territoire couvert

L'EMSP couvre plusieurs établissements de santé et intervient également dans les établissements médico-sociaux d'un territoire. Les aires d'interventions de chaque EMSP sont définies par l'ARS.

Composition de l'équipe

Pour réaliser ces missions, l'EMSP est composée à minima d'un temps de :

- médecin ;
- cadre infirmier ;
- infirmier ;
- secrétariat ;
- psychologue.

Lieux d'intervention

L'EMSP intervient en établissement de santé et/ou en établissement médico-sociaux.

Modalités de recours

La demande faite à une EMSP émane d'un professionnel de santé et peut être initiée par le patient ou ses proches. Elle est transmise après concertation avec le cadre de santé ou le médecin en charge de la personne malade. L'accord pour l'intervention de l'EMSP est donné par le médecin responsable de l'EMSP.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée de prise en charge.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'EMSP est financée par la MIG « Équipes mobiles de soins palliatifs » intégrée dans le FIR.

Équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)



Source : ARS/DOS/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

ÉQUIPE DE SOINS PALLIATIFS PÉDIATRIQUES ESPP

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

Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Circulaire n° DHOS/O2//O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Note de la DGOS du 10 décembre 2010 sur l'organisation de la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques.

Le Programme national de développement des soins palliatifs 2008-2012.

Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

Public

- Nouveau-nés, enfants, adolescents et parfois jeunes adultes, en situation palliative (fin de vie, MND,...).
- Parents, fratrie et proches.
- Soignants.

Objectifs

L'ESPP est une équipe multidisciplinaire et pluri professionnelle qui vise le soulagement des souffrances de l'enfant et de ses proches et s'attache à proposer des services de répit et de soins adaptés jusqu'au moment du décès.

Missions

Les différentes missions de l'ESPP sont de :

- acculturer les équipes pédiatriques à la démarche palliative ;
- sensibiliser les équipes de soins palliatifs (EMSP, USP, LISP, HAD) aux spécificités des prises en charge pédiatriques ;
- apporter conseils et expertises aux équipes soignantes ;
- coordonner la prise en charge de l'enfant au plus près du lieu de vie ;
- permettre le retour ou le maintien au domicile des patients ;
- s'assurer de la prise en charge de l'entourage des patients ;
- mettre en œuvre des actions de formation ;

- contribuer à la recherche clinique dans le domaine des soins palliatifs pédiatriques ;
- recenser et informer sur les ressources existantes sur les territoires.

Territoire couvert

Trois équipes sont identifiées en Hauts-de-France :

- l'ERRSPP de Picardie, portée par le CHU d'Amiens ayant une activité intra-muros mais également un rayonnement sur les territoires de la Somme, l'Aisne et l'Oise ;
- l'ERRSPP EIRENE, portée par le CHU de Lille, ayant une activité intra-muros mais également un rayonnement sur les territoires du Nord et du Pas-de-Calais ;
- l'équipe pédiatrique portée par le CH de Valenciennes ayant une activité intra-muros mais également sur le territoire du Hainaut (en étroite collaboration avec l'équipe du CHU de Lille).

Composition de l'équipe

Pour réaliser ces missions, l'équipe est composée à minima d'un temps de :

- pédiatre ;
- infirmier ;
- secrétaire ;
- psychologue.

Lieux d'intervention

L'ESPP intervient en établissement de santé, en établissement médico-social et/ou à domicile.

Modalités de recours

L'ESPP intervient à la demande des familles et/ou des soignants.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée de prise en charge.

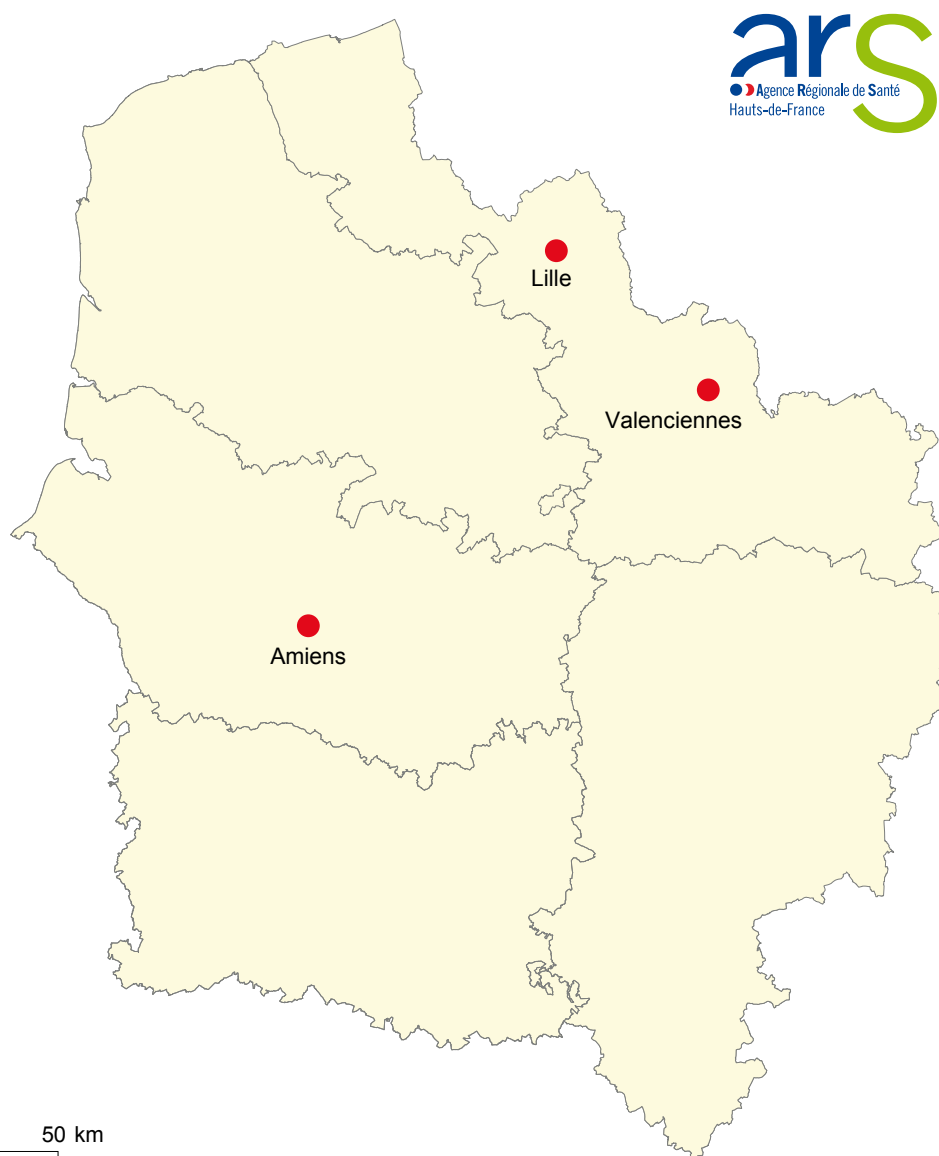
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

L'ESPP est financée par la MIG.

Équipes de soins palliatifs pédiatriques (ESPP)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

RÉSEAU DE SOINS PALLIATIFS

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

Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

Circulaire n° DHOS/O2//O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

Le Programme national de Développement des soins palliatifs 2008-2012.

Plan national triennal pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie 2015-2018.

Public

- Tout patient, adulte, résidant sur le territoire d'intervention du réseau atteint d'une maladie grave incurable dont le pronostic vital est engagé ou qui se trouve dans une situation médicale, sociale ou psychologique complexe.
- Les professionnels de premier recours.

Objectifs

C'est un dispositif composé d'une équipe d'appui, à la disposition des professionnels de premier recours, qui facilite la coordination et la prise en charge du patient à domicile.

Le réseau de soins palliatifs permet d'harmoniser les pratiques et d'optimiser le parcours du patient en assurant une cohérence et une continuité des soins en lien avec l'hôpital ou toute autre structure de soins.

Missions

- Préparer le retour au domicile d'un patient hospitalisé en lien avec le service social et les soignants libéraux habituels, dans le respect de ses souhaits et de son intimité.
- Apporter une aide matérielle, sociale et humaine, un soutien et un accompagnement pour les patients qui sont au domicile.
- Assurer le lien Ville/Hôpital.
- Être à la disposition de l'équipe du domicile pour un soutien technique et humain, apporter une expertise en soins palliatifs.
- Proposer l'intervention de notre psychologue au patient, à ses proches, ou aux soignants.
- Proposer et organiser un séjour de répit lorsque le maintien à domicile devient trop difficile et que l'entourage s'épuise.
- Assurer un suivi du patient par des visites régulières au domicile (ou à la demande du patient, de sa famille, d'un soignant) en réévaluant les besoins aussi souvent que nécessaire.

Territoire couvert

Le périmètre d'intervention des réseaux de soins palliatifs est contractualisé dans le CPOM.

Composition de l'équipe

L'équipe du réseau de soins palliatifs est composée à minima d'un temps de :

- médecin ;
- infirmier ;
- psychologue ;
- coordinateur ;
- secrétaire.

Lieux d'intervention

Le réseau de soins palliatifs intervient à domicile.

Modalités de recours

Premier contact téléphonique par le patient lui-même, sa famille, l'entourage, les professionnels libéraux (médecins traitants, infirmiers, kinés, les pharmaciens, etc.), les assistantes sociales, les structures d'aides à domicile, les soignants des établissements de santé publics, privés et structures médico-sociales.

L'intervention du réseau requiert l'accord préalable du médecin traitant.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée de prise en charge.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le réseau de soins palliatifs est financé par l'ARS.

Réseaux de soins palliatifs



Source : ARS/DOS/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

PSYCHIATRIE & SANTÉ MENTALE

GROUPE D'ENTRAIDE MUTUELLE GEM

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Circulaire DGAS/ PHAN/3B/2005/418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques.

Instruction DGAS/3B no 2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques.

Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles.

Public

Le GEM est une association de personnes partageant la même problématique de santé ou des situations de handicap, dont l'objectif exclusif est de favoriser des temps d'échanges, d'activités et de rencontres susceptibles de créer du lien et de l'entraide mutuelle entre les adhérents.

À ce jour il existe différents GEM :

- pour les personnes atteintes de maladie psychiatrique ;
- pour les traumatisés crâniens et cérébrolésés ;
- pour les autistes.

Objectifs

Le GEM constitue un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en situation de grande fragilité psychique.

Le GEM s'apparente à un dispositif d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.

Missions

La mission principale du GEM est d'aider les personnes à rompre l'isolement par le maintien de liens sociaux. Les animations culturelles voire festives permettent aux personnes d'acquérir une meilleure autonomie favorisant l'accès à la citoyenneté.

Le GEM repose en effet sur le concept d'aide par les

pairs, avec l'appui de professionnels. Le GEM est un collectif de personnes animées d'un même projet d'entraide, il s'efforce d'être une passerelle permettant aux personnes qui le fréquentent de développer une vie sociale satisfaisante, en travaillant par exemple sur le retour ou le maintien dans l'emploi ou le cas échéant, le recours à des soins et à un accompagnement adapté, en visant prioritairement l'autonomisation des adhérents.

Territoire couvert

Le GEM est un lieu convivial d'accueil, d'échange, d'écoute et d'activités culturelles et de loisirs sans être un lieu de soins.

Composition de l'équipe

L'équipe du GEM est composée à minima d'un temps de :

- animateur salarié ;
- bénévole.

Lieux d'intervention

La liste des GEM est disponible sur le site internet du CREHPSY : <https://www.crehpsy-hdf.fr/groupe-entraide-mutuelle.html>

Modalités de recours

Ouverts à tous, concerné par un trouble ou pas.

L'adhésion à un GEM n'est pas conditionnée à une orientation par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

L'adhésion au GEM ne nécessite pas pour la personne concernée une reconnaissance du handicap

par une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ou de toute autre instance spécialisée. Il ne peut non plus leur être demandé un certificat médical « validant » l'entrée dans le GEM.

L'accueil de la « grande exclusion », laquelle peut concerner certaines personnes ayant des troubles de santé, n'est pas la vocation du GEM. Toutefois, le fait d'avoir ou non un logement stable ne saurait intervenir de façon discriminante dans la fréquentation d'un GEM. Le GEM peut fonctionner comme une passerelle vers un accompagnement plus adapté.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

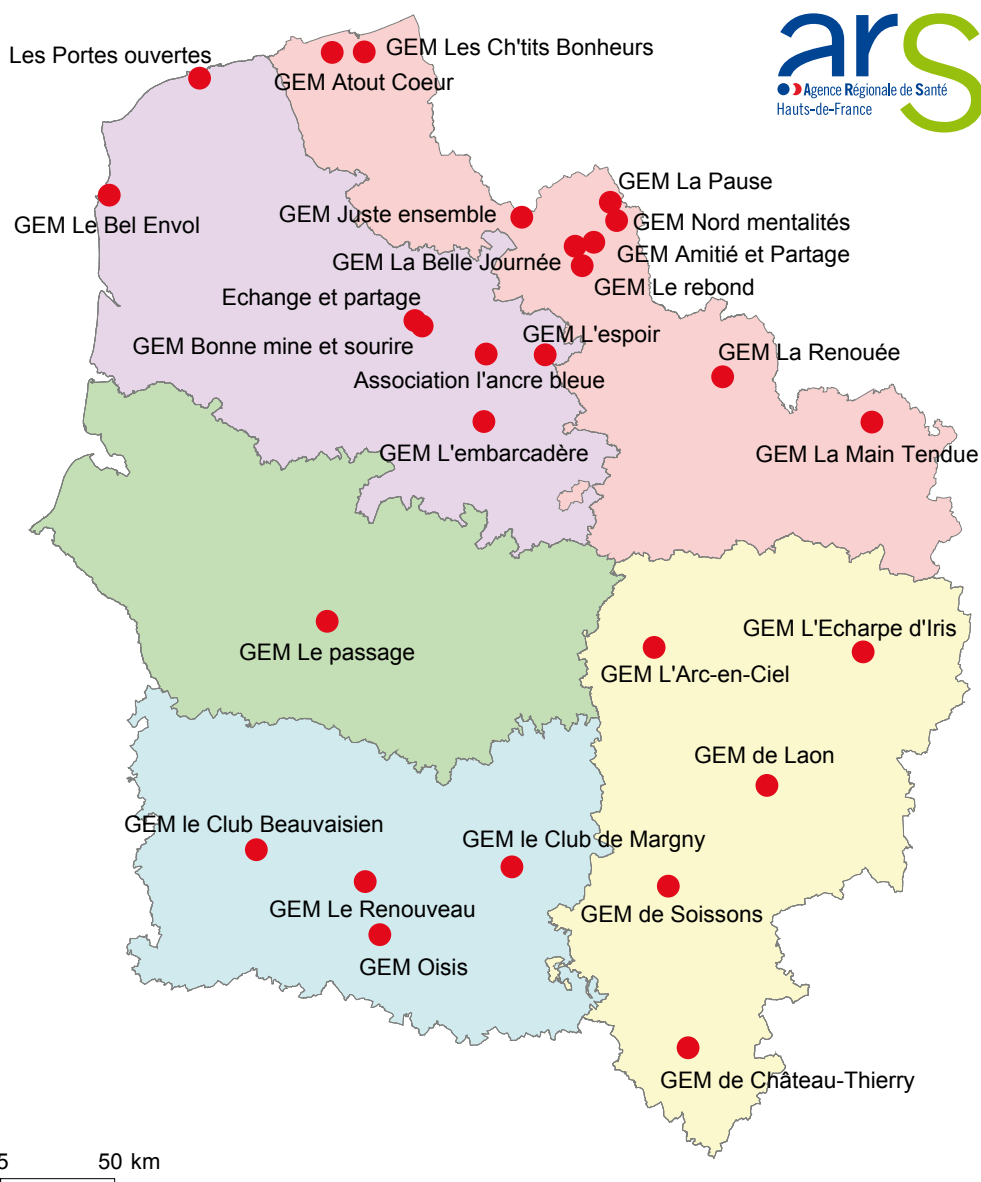
Coût financier pour l'utilisateur

Les personnes qui fréquentent régulièrement un GEM doivent adhérer à l'association selon les modalités précisées dans le règlement intérieur, lequel peut prévoir le versement d'une cotisation.

Financement

Le GEM est financé par l'ARS.

Groupes d'entraide mutuelle (GEM)



Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

CONSEIL LOCAL EN SANTÉ MENTALE CLSM

Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville.

Public

Le CLSM est une instance de concertation regroupant les acteurs concernés par la question de la santé mentale :

- les élus ;
- la psychiatrie ;
- les représentants des usagers, les aidants et
- l'ensemble des professionnels du territoire.

Objectifs

Le CLSM est une plateforme de concertation et de coordination d'un territoire défini par ses acteurs, présidée par un élu local, co-animée par la psychiatrie publique, intégrant les usagers et les aidants. Il est créé à l'initiative d'un établissement psychiatrique et d'une collectivité locale.

Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées (l'accès aux soins et aux droits des usagers et la lutte contre l'exclusion sociale et la stigmatisation).

Missions

Les missions sont guidées par 4 axes :

- favoriser l'accès et la continuité des soins ;
- soutenir l'inclusion sociale et l'autonomie des personnes en souffrance psychique ;
- participer aux actions de lutte contre la stigmatisation ;
- promouvoir la santé mentale.

La mise en place des modalités d'action sont propres à chaque CLSM à travers par exemple :

- la cellule des cas psycho-sociaux complexes ;
- la commission maintien au logement ;
- la participation aux semaines d'information en santé mentale (SISM) pour lutter contre la stigmatisation. Site internet : <https://www.semaines-sante-mentale.fr/>.

Territoire couvert

Le CLSM couvre un territoire de proximité regroupant entre 1 à 5 secteurs de psychiatrie adulte.

Composition de l'équipe

L'équipe du CLSM est constituée à minima d'un temps de coordinateur.

Lieux d'intervention

Ce dispositif ne réalise pas d'intervention, ni de prise en charge.

Modalités de recours

Les professionnels peuvent interpellier le coordinateur par téléphone ou mail.

Durée de la prise en charge

Pas de prise en charge.

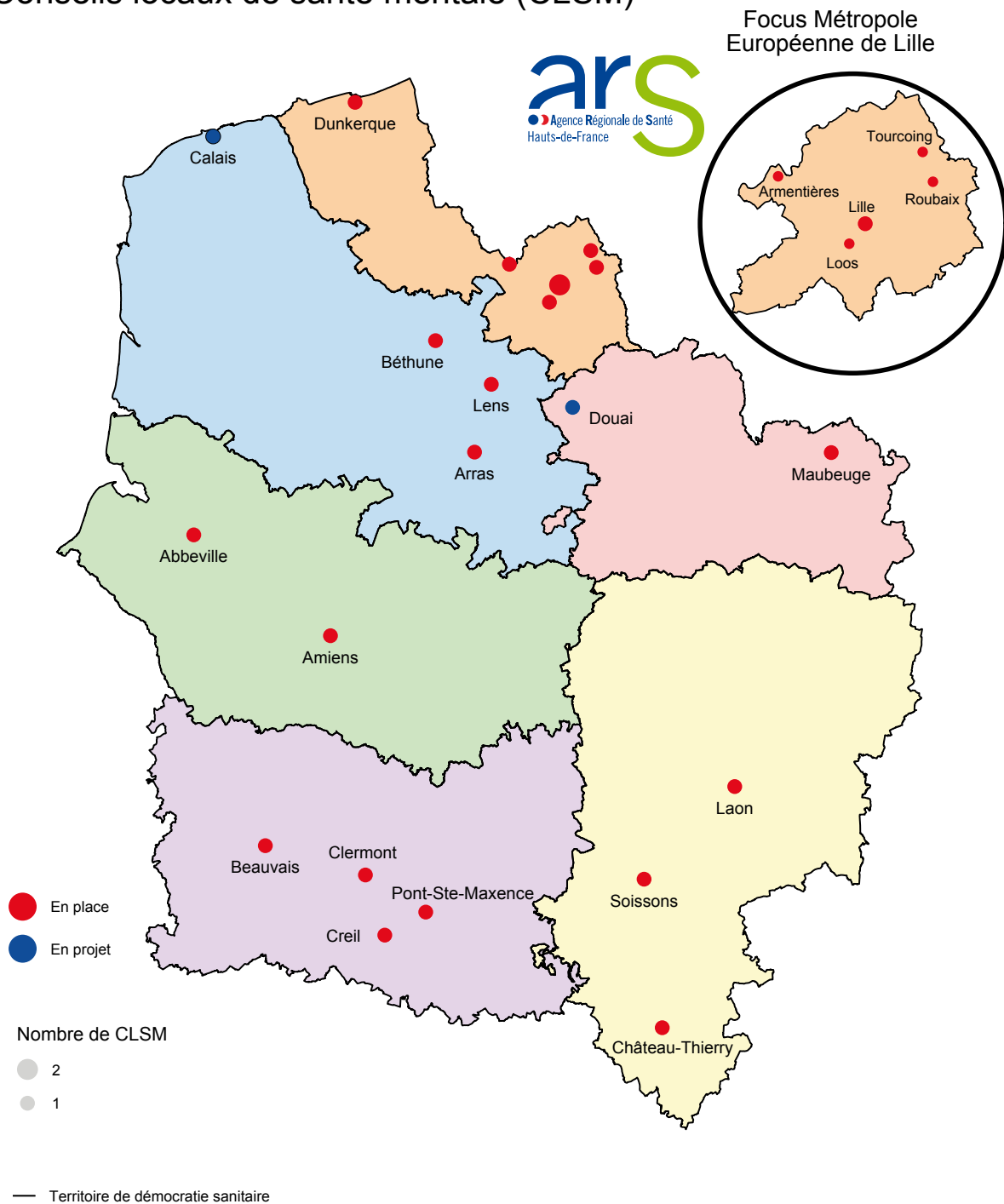
Coût financier pour l'utilisateur

Pas de frais pour les usagers bénéficiaires de ce dispositif.

Financement

Le CLSM est cofinancé par les collectivités territoriales et par l'ARS, via le FIR.

Conseils locaux de santé mentale (CLSM)



Source : ARS_HDF/DST/Observation&Etudes/CL/LP/janvier 2020

FÉDÉRATION RÉGIONALE DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE

F2RSM

Public

Créée en 2007, la Fédération regroupe les établissements ayant une activité de psychiatrie dans la région.

La F2RSM propose quelques données sur les ressources humaines de la psychiatrie, les établissements, ainsi que sur les recours aux soins et traitements, et la mortalité par suicide, à disposition de :

- ses adhérents ;
- et de toute personne intéressée par la psychiatrie et la santé mentale.

Cet espace est destiné à tous ceux qui cherchent à comprendre ce qu'est la recherche en santé mentale et psychiatrie. Qu'elle prenne la forme de recherche clinique ou de recherche épidémiologique, elle est diverse et peut être portée par des personnes ou des groupes, par des étudiants, des salariés ou des industriels.

Objectifs

La F2RSM est un observatoire et un centre ressources sur la santé mentale pour le réseau des acteurs professionnels et institutionnels du territoire adhérents.

Elle a une vocation informative pour le grand public.

Via son site internet (<https://www.f2rsmpsy.fr/>), la F2RSM a pour objectif de :

- contribuer à la documentation générale, diffuser les publications scientifiques, les recommandations de bonnes pratiques, recommandations nationales... ;
- proposer un agenda des événements à venir (journées thématiques, séminaires, ateliers thématiques...);
- diffuser l'annuaire des CMP.

Missions

La F2RSM a pour mission de :

- valoriser et rendre disponible l'information sur l'état de santé, les besoins de la population régionale et les dispositifs de soin ;
- contribuer à l'action de santé publique par la recherche ;
- favoriser le partage de pratiques et l'enrichissement des connaissances.

Territoire couvert

La F2RSM couvre la région Hauts-de France.

45 établissements en charge de la santé mentale de la population des Hauts-de-France adhèrent à la F2RSM Psy.

Composition de l'équipe

La fédération est représentée par les instances suivantes : un conseil d'administration, un conseil scientifique et une direction.

L'équipe est constituée à minima d'un temps de :

- responsable de l'observatoire régional de la santé mentale ;
- chargé d'étude ;
- stagiaire ;
- un interne.

Lieux d'intervention

Pas d'intervention directe pour un usager en particulier.

La fédération a vocation à accompagner les professionnels de la santé mentale dans leurs démarches de recherches cliniques.

Modalités de recours

La F2RSM propose sur son site internet <https://www.f2rsmpsy.fr/federation.html> des ressources accessibles.

Durée de la prise en charge

Pas d'intervention directe à l'attention des usagers.

Coût financier pour l'utilisateur

Pas d'intervention directe à l'attention des usagers. Pas de frais pour les professionnels utilisant les ressources.

Financement

La F2RSM est financée par l'ARS.

LES AIDANTS

PLATEFORME D'ACCOMPAGNEMENT ET DE RÉPIT DES AIDANTS DE PERSONNES ÂGÉES OU SOUFFRANT DE MALADIES NEURO DÉGÉNÉRATIVES PFR

Instruction n° DGCS/3A/2018/44 du 16 février 2018 relative à la mise à jour du cahier des charges des plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) et à la poursuite de leur déploiement dans le cadre du plan maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019.

Public

- Aidants de toute personne souffrant de maladie d'Alzheimer et maladie apparentée (MAMA) ou de maladie de Parkinson ou de sclérose en plaques, de tout âge.
- Aidants de toute personne âgée en perte d'autonomie de 60 ans et plus.

Objectifs

La plateforme d'accompagnement et de répit apporte un soutien aux proches aidants de personnes âgées, en perte d'autonomie, quelle que soit leur maladie.

Missions

La PFR remplit les missions suivantes :

- information, d'écoute, de conseils et de relais des proches aidants pour les conforter dans leur rôle d'aidants dans une logique de proximité ;
- participer au repérage des besoins des personnes : aidants et aidés ;
- proposer diverses prestations de répit ou de soutien à la personne malade, à son aidant ou au couple aidant-aidé et l'orienter vers une ressource adaptée au besoin si nécessaire ;
- être un interlocuteur des dispositifs d'appui à la coordination territoriale des parcours (CLIC, MAIA, CTA-PAERPA, PTA) ;
- être l'interlocuteur privilégié des médecins traitants chargés de suivre la santé des proches aidants et des patients et de repérer les personnes « à risque » ;
- offrir du temps libéré ou accompagné ;
- informer et soutenir les aidants pour les aider à faire face à la prise en charge d'une personne souffrant d'une maladie neuro-dégénérative ;
- favoriser le maintien de la vie sociale et relationnelle de la personne malade et de son aidant et lutter contre le repli et la dépression du couple aidant-aidé.

Territoire couvert

Les PFR sont réparties sur les territoires de proximité (hormis Lille et Roubaix/Tourcoing).

Composition de l'équipe

L'équipe de la PFR est composée à minima de temps de :

- infirmier ;
- assistant de soins en gérontologie (ASG) ;
- psychologue.

Lieux d'intervention

Les aidants sont accueillis dans les locaux de la PFR.

Dans ce cadre, les interventions des professionnels de la PFR peuvent être soit individuelles, soit collectives.

L'intervention à domicile des professionnels de la PFR se limite aux actions nécessaires dans le cadre de la mise en place des prestations de répit ponctuelles.

Modalités de recours

Les aidants peuvent contacter directement la PFR pour obtenir des conseils et du soutien.

Durée de la prise en charge

Pas de notion de durée.

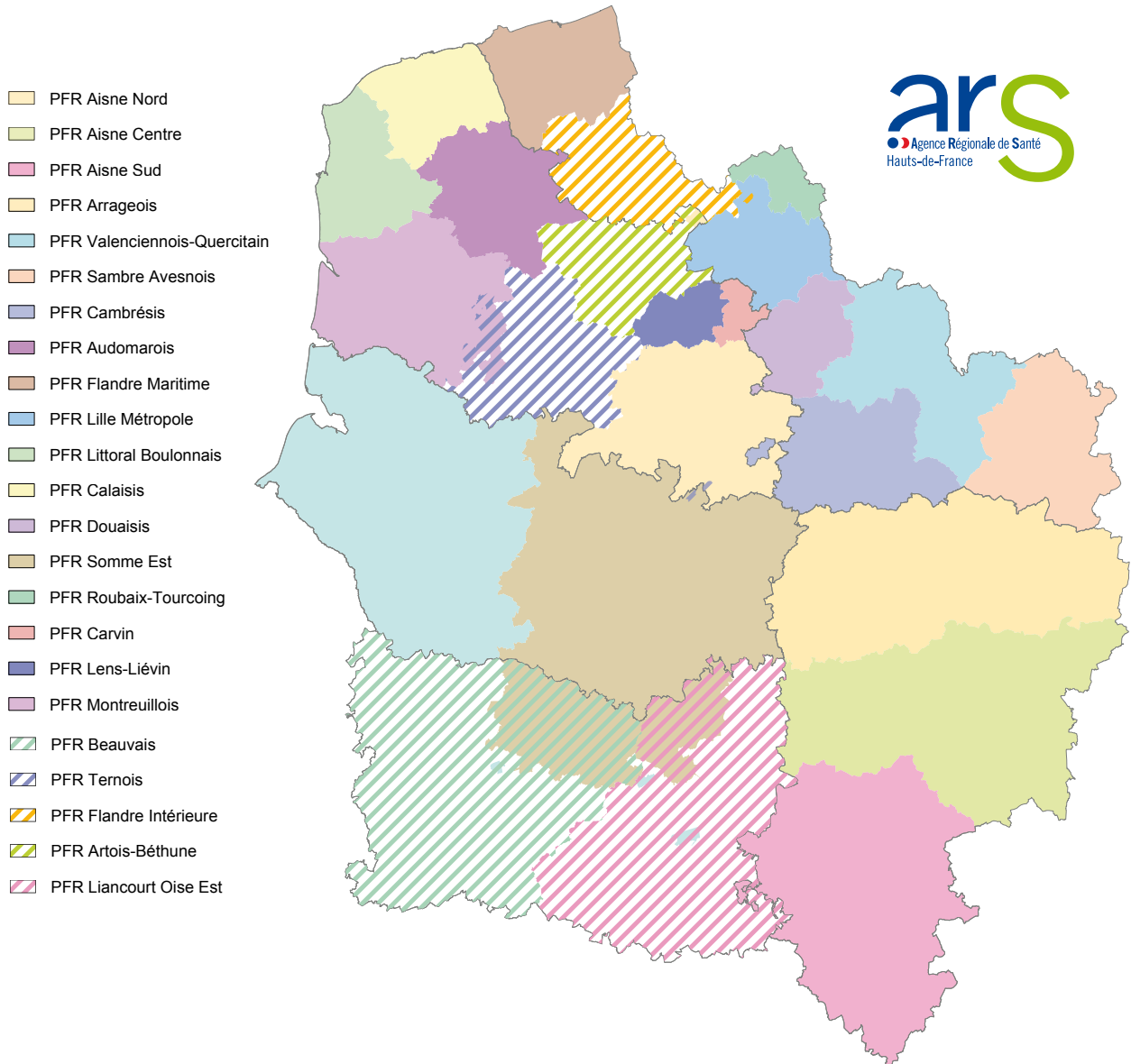
Coût financier pour l'utilisateur

La plupart des missions assurées par la PFR sont gratuites pour toutes les personnes accueillies. Quelques activités proposées aux aidants nécessitent une participation financière.

Financement

La PFR est financée par l'ARS, dans le cadre de l'enveloppe médico-sociale personnes âgées de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Plateforme d'accompagnement et de répit des aidants de personnes âgées ou souffrant de maladies neuro dégénératives

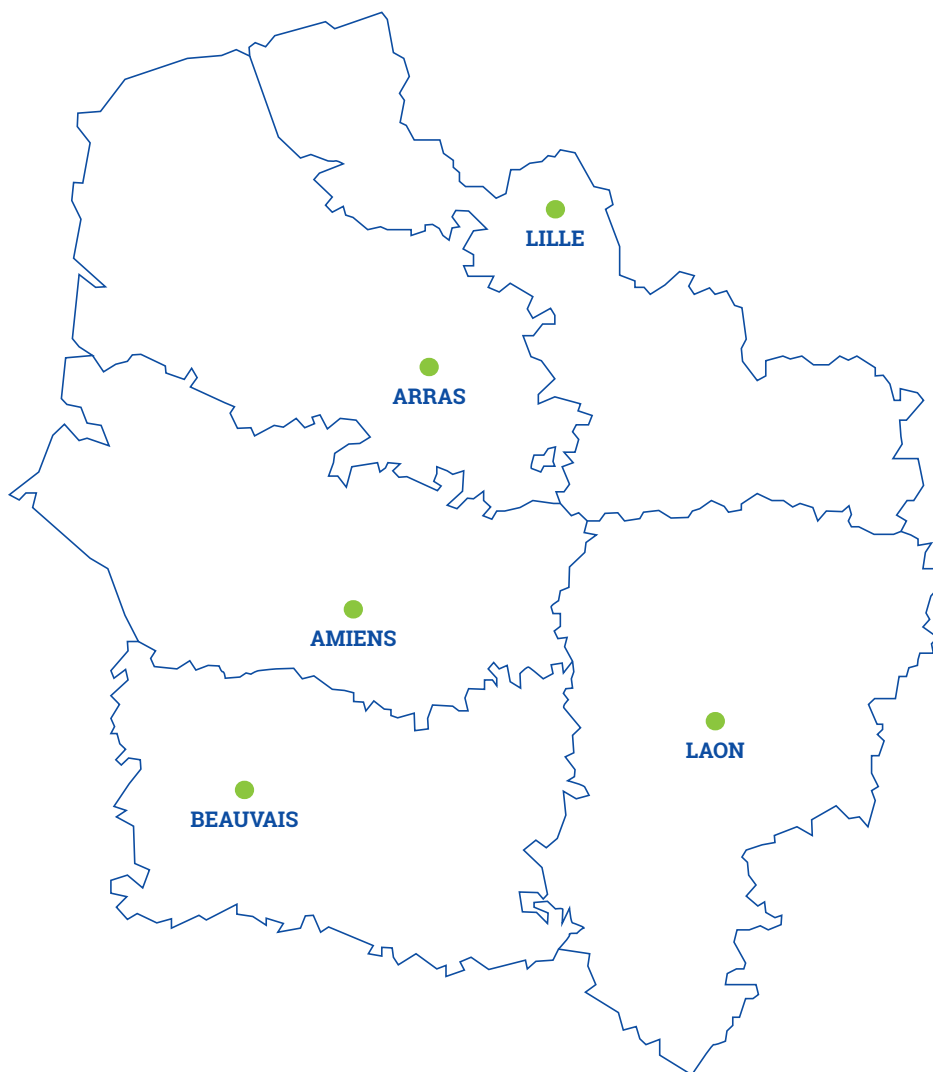


Sources : ARS_HDF/DST/Observations&Etudes/LP/janvier 2020

Agence Régionale de Santé
Hauts-de-France

556 avenue Willy Brandt - 59777 Euralille

0 809 402 032
(numéro non surtaxé).



www.hauts-de-france.ars.sante.fr

