



## COSMOS

### Définitions et citations



#### **Aidant**

*[Charte européenne de l'aidant familial. 2009. Coface Bruxelles]*

Les aidants dits naturels ou informels sont les personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologiques, la communication, les activités domestiques, etc.

#### **Coordination des soins**

*[Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS, 2012]*

Une action conjointe des professionnels de santé et des structures de soins en vue d'organiser la meilleure prise en charge des patients en situation complexe, en termes d'orientation dans le système, de programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et d'organisation du suivi. Elle s'intègre dans la coordination du parcours de santé et a pour objectif de faire bénéficier au patient de « la bonne réponse (médicale, médico-sociale, sociale), au bon endroit, au bon moment »

#### **Détresse psychologique**

*[Santé mentale et troubles psychiques. Grande cause nationale de 2014. Dossier de presse]*

Réaction aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ayant un impact psychique : 27 % de la population est touchée.

#### **Directives anticipées**

*[Loi du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie]*

Les directives anticipées sont des instructions écrites que donne par avance une personne majeure consciente, pour le cas où elle serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté, signées de la main de la personne ou réalisées devant témoins, si la personne n'est pas en état de le faire elle-même.

Ces directives anticipées sont prises en considération pour toute décision concernant un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, chez qui il est envisagé l'arrêt ou la limitation d'un traitement inutile ou disproportionné ou la prolongation artificielle de la vie.

#### **Handicap**

*[loi du 11 février 2005 – article 2]*

« Toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie par une personne dans son environnement en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques (...) ».

#### **Handicap psychique**

*[Santé mentale et troubles psychiques. Grande cause nationale de 2014. Dossier de presse]*

Le handicap psychique vient reconnaître les incapacités résultant d'une pathologie mentale avérée, c'est-à-dire diagnostiquée et confirmée. Ces maladies au long cours, avec leurs différentes phases (crise, stabilisation et parfois rémission) génèrent des insuffisances et un désavantage que l'on peut définir comme le handicap psychique. Toutes les personnes souffrant de troubles psychiques avec des répercussions dans les activités quotidiennes (scolarité, formation, activités professionnelles et/ou activités sociales et citoyennes compromises) et des conséquences sociales (isolement, stigmatisation, risque de marginalisation) accentuées par un diagnostic souvent tardif et une difficulté à comprendre les manifestations de cette souffrance (handicap non visible).

## **Handicap mental (ou intellectuel)**

[UNAPEI. [www.unapei.org](http://www.unapei.org). Dernière consultation : septembre 2015]

Le handicap mental est d'abord la conséquence sociale d'une déficience intellectuelle.

L'expression « handicap mental » qualifie à la fois une déficience intellectuelle (approche scientifique) et les conséquences qu'elle entraîne au quotidien (approche sociale et sociétale).

Le handicap mental se traduit par des difficultés plus ou moins importantes de réflexion, de conceptualisation, de communication, de décision, etc. Ces difficultés doivent être compensées par un accompagnement humain, permanent et évolutif, adapté à l'état et à la situation de la personne.

## **Parcours de la personne**

[Communication relative à la Stratégie Nationale de Santé, 16 janvier 2013]

« C'est dorénavant à partir du parcours de la personne, patient, personne âgée, personne handicapée, que doit s'organiser le système de santé, pour supprimer peu à peu les ruptures dans la prise en charge provoquées par les cloisonnements. »

## **Parcours de soins**

[ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique. 2012.*]

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

[HAS. *Certification et Actualités. N°11 – octobre – décembre 2013*]

Le parcours de soins en établissement de santé peut être défini comme la prise en charge globale, coordonnée des patients dans l'établissement, organisée en lien étroit avec les acteurs extérieurs à l'établissement : sanitaire, médico-social, social. Il s'inscrit dans le territoire de santé et répond à une logique de décroisement : facilité l'accès aux usagers, renforcer les alternatives à l'hospitalisation, maintenir à domicile, etc.

## **Parcours de santé**

[ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique. 2012.*]

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

## **Parcours de vie**

[ARS. *Parcours de soins, parcours de santé, parcours de vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique. 2012.*]

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

## **Personne de confiance**

[HAS. *Manuel de certification des établissements de santé V2010. Janvier 2014*]

La réglementation (article L. 1111-6 du CSP) attribue deux rôles à la personne de confiance :

- si le malade le souhaite, la personne de confiance peut l'accompagner dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions ;
- elle sera consultée au cas où le patient serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

La consultation de la personne de confiance est requise pour les personnes hors d'état d'exprimer leur volonté :

- dans les situations hors fin de vie : pour toute intervention ou investigation ;
- dans les situations de fin de vie : pour la limitation ou l'arrêt de traitement.

L'avis de la personne de confiance prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées, lorsqu'une personne est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

### **Plan Personnalisé de Santé (PPS)**

*[Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? DGOS, 2012]*

Le plan personnalisé de santé (PPS) est le principal outil de la coordination. Il traduit les besoins du patient et établit le programme des interventions des professionnels de santé et personnels médico-sociaux nécessaires. Le médecin traitant doit participer à l'élaboration et à la validation du PPS. Il comprend le plan de soins et le plan d'aide, le cas échéant. Le plan d'éducation thérapeutique ne constitue pas à lui seul un PPS. Il s'agit de décrire dans un document, après une évaluation multidimensionnelle des besoins du patient :

- les objectifs fixés médicaux, éducatifs, psychologiques, sociaux ;
- les différentes tâches à réaliser ;
- les acteurs en charge de leur réalisation ;
- le calendrier et la périodicité.

### **Programme Personnalisé de Soins (PPS)**

*[HAS. Programme personnalisé de soins PPS. Les parcours de soins. Février 2012]*

Le PPS est un outil opérationnel proposé aux professionnels de santé pour organiser et planifier le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il explicite les points de vue du patient et du médecin traitant sur la situation de la personne et identifie les objectifs partagés entre le médecin et la personne malade. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge prospective de cette personne. La nécessité de la coordination augmente avec le nombre de professionnels impliqués selon la complexité de la situation et la polyopathie : le PPS est un outil de coordination des différents professionnels participant à la prise en charge des personnes ayant une maladie chronique.

### **Programme Personnalisé de Soins en cancérologie (PPS)**

*[mesure 31 du plan cancer]*

Document simple et informatif permettant d'exposer au patient la chaîne de soins coordonnée qui se met en place autour de sa prise en charge. Établi à un moment précis de cette dernière, il est susceptible d'évolution : il peut être complété, modifié, voire remplacé. Il permet aussi une prise en charge optimale par un médecin ne connaissant pas la personne malade (quand le médecin traitant est indisponible, par exemple). Il prend la forme d'un document papier où sont indiqués au minimum :

- le plan théorique de traitement, c'est-à-dire la proposition thérapeutique acceptée par la personne malade et son organisation dans le temps ;
- les différents bilans prévus ;
- les noms et coordonnées du médecin responsable du traitement et de l'équipe soignante référente joignables par le médecin traitant, la personne malade ou encore ses proches ;
- les coordonnées des associations de patients avec lesquelles il peut prendre contact.

### **Projet d'avenir (ou projet de vie)**

*[Philippe Meire, Isabelle Neiryck. Le paradoxe de la vieillesse – l'autonomie dans la dépendance. Ed Savoirs & Santé, 1997]*

Projet à court ou moyen terme, tourné vers l'avenir, servant de référence à la réflexion et à l'action. Il peut être défini comme un projet commun permettant au professionnel et au patient d'y inscrire leurs attentes, leurs intérêts, leurs espoirs réciproques. Il repose sur une confiance réciproque dans la relation soignant-soigné. Le soignant a pour rôle de rendre acteur le patient et de l'accompagner dans la réalisation de son projet selon ses propres lois en tenant compte de son histoire, de son passé, de ses demandes, de ses désirs et de ses possibilités. Chaque accompagnement est différent,

chaque projet unique. Le projet doit être cohérent. Les composantes d'un projet de vie sont les suivantes :

- La personne soignée est le centre de gravité de son propre projet : le patient, le principal concerné, reste l'acteur principal des discussions et décisions qui concernent son projet,
- Le projet s'inscrit dans une histoire de vie et tient compte du passé récent : l'orientation du projet ne se fait pas toujours dans la continuité,
- Le projet implique la famille et les proches ainsi que le médecin traitant,
- Le projet va dans le sens d'une qualité de vie,
- Le projet intègre l'idée de mort,

Le projet doit comprendre nécessairement le choix de lieu de vie.

### **Projet Personnalisé (PP)**

*[Anesm. Les attentes de la personne et le projet personnalisé. Recommandations de Bonnes pratiques professionnelles. Synthèse 2012]*

Le projet personnalisé est avant tout une démarche de co-construction entre la personne accueillie/accompagnée (et son représentant légal) et les équipes professionnelles. Cela doit être un processus adapté à chaque personne accueillie, à sa situation et à son évolution permettant de définir des objectifs personnalisés négociés en continu avec toutes les parties prenantes.

### **Projet de Soins Personnalisé (PSP)**

*[HAS. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Janvier 2014]*

Projet définissant le traitement et les soins adaptés au patient. Ce projet tient compte de l'avis du patient et de son entourage et est établi de manière concertée. Il est réajusté tout au long de la prise en charge.

### **Projet de sortie**

*[Conférence de Consensus. Sortie du monde hospitalier et retour à domicile d'une personne adulte handicapée. Sept 2004]*

Assemblage de moyens et harmonisation de méthodes confrontés à la réalité, autour de la personne et de son projet de vie, tenant compte des 3 axes (la personne, le monde hospitalier, l'entourage sanitaire et social) ; le projet de sortie doit reposer sur une évaluation dynamique répétée dans le temps des données personnelles (état clinique, état de santé global, âge...), du contexte de vie (identification des aménagements, perspective du retour à domicile) et des besoins (évaluation pluridisciplinaire)

### **Santé**

*[OMS 22 juillet 1946]*

« la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». Cette définition implique que l'ensemble des besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels, en intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement

### **Santé mentale**

*[Santé mentale et troubles psychiques. Grande cause nationale de 2014. Dossier de presse]*

Ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel : la population entière est concernée. La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles.

## **Troubles psychiques (ou troubles mentaux ou troubles psychiatriques)**

*[Santé mentale et troubles psychiques. Grande cause nationale de 2014. Dossier de presse]*

Relèvent de classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants : 6 % de la population est touchée.



## COSMOS

### Glossaire



ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance  
ANESM : Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CCECQA : Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine  
CHU : Centre Hospitalier Universitaire  
CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination  
COSMOS : Coordination Sanitaire Médico-Social  
CREX : Comité de Retour d'Expérience  
DLU : Dossier de Liaison d'Urgence  
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (médico-social – secteur personne âgée)  
EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles  
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé (médico-social – secteur handicap adultes)  
HAD : établissement d'Hospitalisation à Domicile (sanitaire)  
HAS : Haute Autorité de Santé  
MAIA : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé (médico-social – secteur handicap adultes)  
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique (sanitaire)  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie  
PAP : Projet d'Accompagnement Personnalisé  
PP : Projet Personnalisé  
PPS : Plan Personnalisé de Santé  
PSP : Projet de Soins Personnalisé  
PPS : Programme personnalisé de soins