

Association Appui et Perspectives

PROJET ASSOCIATIF

2026-2031



Table des matières

I.	RAISON D'ÊTRE.....	3
1.	Par quoi commencer ?.....	3
2.	Cadre légal.....	4
a)	Cadre législatif.....	4
b)	Pourquoi Appui et Perspectives ?.....	6
3.	Les modalités de financement.....	8
4.	Comment est structurée l'association ?.....	8
a)	Territoire d'intervention	8
b)	Gouvernance	10
c)	Organigramme.....	13
II.	IDENTITÉ ET FONCTIONNEMENT	13
1.	Les fonctions transversales.....	13
a)	La direction.....	14
b)	Responsable projets et communication	15
c)	Responsable de site.....	15
d)	Assistant(e) de direction	16
e)	Assistant(e) de coordination	16
f)	Comité social et économique.....	17
g)	Référent(e) cybersécurité	17
III.	Présentations des dispositifs d'appui à la coordination de l'association	18
1.	Définitions : parcours et complexité	18
a)	La coordination, c'est quoi ?.....	18
b)	L'accompagnement, c'est quoi ?.....	18
c)	L'appui aux professionnels, c'est quoi ?.....	19
2.	DAC Seine et Mer	20
a)	Définitions	20
b)	Organisation et métiers du DAC Seine et Mer.....	21
c)	Les missions	23

d)	Focus : Refus d'accompagnement et refus de soins.....	27
a)	Témoignages.....	28
3.	ETMSP Seine et Mer.....	29
a)	Définition et cadre légal.....	29
b)	Organisation et métiers de l'ETMSP Seine et Mer.....	30
c)	Missions.....	32
d)	Témoignages.....	36
4.	Les outils.....	37
a)	Logiciel métier : GLOBULE.....	37
b)	IDOMED.....	37
c)	Supports.....	38
IV.	Projets et feuilles de route.....	38
1.	Appui à la coordination efficace et renfort des partenariats.....	39
2.	Parcours et cultures palliatives.....	39
3.	Améliorations des parcours.....	40
4.	Qualité, sécurité et services numériques.....	41
V.	Focus sur les actions phares.....	42
1.	HELEBOR.....	42
2.	Diffusion de la démarche palliative.....	43
3.	Parcours et Perspectives.....	45
4.	Cellule d'animation territoriale en santé (CATS).....	47
	Conclusion.....	49
	Glossaire.....	50
	Liens utiles.....	51

I. RAISON D'ÊTRE

1. Par quoi commencer ?

Au départ, il y avait...



La Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins pour l'Autonomie (MAIA) était un modèle d'intégration qui visait à mettre fin à la fragmentation des réponses pour les personnes âgées en perte d'autonomie.



L'association RESPECT — Réseau Territorial de Soins Palliatifs et d'Accompagnement de l'Estuaire — était un réseau de coordination de soins palliatifs et gériatriques sur le territoire de l'estuaire de la Seine : il mettait en œuvre des missions de soutien, d'interface ville-hôpital, d'appui aux professionnels et de maintien à domicile.



La plateforme territoriale d'appui Océane (PTA) était une plateforme qui offrait un appui aux professionnels de santé pour la coordination des parcours complexes.

⇒ **Ces 3 dispositifs assuraient la coordination et l'accompagnement auprès de publics fragiles et l'appui aux professionnels.**

2. Cadre légal

a) Cadre législatif

La loi de modernisation du système de santé de 2016, dans son article 74 définit les fonctions d'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

La loi Organisation et Transformation du Système de Santé (OTSS) de 2019 rend obligatoire la convergence des dispositifs d'appui à la coordination afin de mieux coordonner les parcours de santé et de renforcer la lisibilité de l'offre sur les territoires.

L'article 23 de la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 précise que la convergence des dispositifs s'organise sous une seule identité : le Dispositif d'Appui à la Coordination.

Le cadre national d'orientation a été renforcé en juillet 2023 avec 2 missions complémentaires : service rendu et qualité des DAC et observatoire des ruptures de parcours.

Les Dispositifs d'Appui à la Coordination (DAC) ont été explicitement créés et encadrés par cette loi. Voici en quoi cette loi a permis leur création :

- **Objectif de coordination renforcée**



Les DAC répondent à l'ambition de la loi de simplifier et rendre lisible le système de santé. Ils apportent un appui aux professionnels confrontés à des situations complexes, en particulier les médecins traitants, mais aussi les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

- **Mise en place d'équipes pluridisciplinaires**



La loi encourage la création de structures locales qui rassemblent des professionnels de santé autour d'objectifs communs. Les DAC regroupent ainsi des équipes pluridisciplinaires pour faciliter le suivi et la gestion des personnes accompagnées.

- **Rôle de soutien et d'accompagnement**



En pratique, les DAC apportent un appui organisationnel, administratif et parfois clinique aux équipes de soins de premier recours. Ils facilitent l'orientation dans le système et la gestion des parcours de santé complexes.



- **Approche décloisonnée et territoriale**

Les dispositifs d'appui à la coordination sont construits pour décloisonner les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et favoriser une meilleure coordination sur un territoire donné, quel que soit l'âge ou la pathologie de la personne accompagnée.

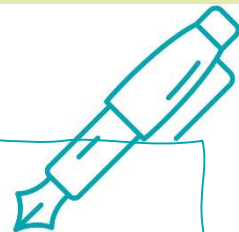
- **Reconnaissance institutionnelle**



Le déploiement et les missions des DAC sont pilotés par les Agences Régionales de Santé.

Les DAC constituent donc désormais un outil officiel de la politique territoriale de santé, en articulation avec les Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), les équipes de soins et les collectivités locales.

Charte du Président Association Appui et Perspectives



Introduction

Le président de l'association a pour mission de conduire et d'incarner le projet associatif avec intégrité, transparence et responsabilité, dans le respect des valeurs de l'organisation et de la législation en vigueur. Cette charte définit les engagements fondamentaux liés à cette fonction, dans une logique de gouvernance responsable et durable.

1. Piloter la gouvernance

Veiller à l'application rigoureuse des statuts, des décisions du conseil d'administration et du projet associatif.

Faciliter la prise de décisions éclairées en favorisant le dialogue, la transparence et l'écoute active.

Assurer une gestion saine, rigoureuse et éthique de toutes les ressources de l'association, qu'elles soient financières, humaines ou matérielles.

2. Garantir la conformité légale

Être responsable du respect des lois, règlements et obligations légales liés à la gestion associative et au droit du travail.

3. Animer la dynamique collective

Favoriser la cohésion, la motivation et l'implication de l'ensemble des membres, bénévoles et salariés.

Encourager l'innovation, le dialogue et la reconnaissance afin de renforcer l'engagement commun.

Veiller à ce que toutes les voix soient entendues, dans une gouvernance inclusive et participative.

4. Engagements et responsabilités

Agir dans l'intérêt supérieur de l'association, en toute transparence, loyauté et éthique.

Garantir la conduite éthique de la fonction de président et l'image de l'association.

Initier et accompagner tous les changements nécessaires pour faire évoluer l'association dans un esprit de progrès, de responsabilité et de respect.

Conclusion

En s'engageant à respecter cette charte, le président de l'association affirme sa détermination à porter haut ses valeurs, à renforcer la gouvernance et à assurer la pérennité et l'efficacité de l'action collective.

3. Les modalités de financement



La loi a donné un cadre légal aux DAC et a prévu leur financement, assuré par l'Agence Régionale de Santé (ARS) au moyen du Fonds d'Intervention Régional (FIR), intégrant pleinement ces dispositifs dans l'organisation territoriale du système de santé.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), conclu entre l'ARS et l'association Appui et Perspectives, formalise la mise en œuvre du dispositif d'appui à la coordination.

Les objectifs stratégiques fixés par l'ARS inscrivent le DAC comme acteur de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé.

Le CPOM confie au dispositif la mission d'appuyer les professionnels face aux situations complexes, en apportant une aide organisationnelle, administrative ou clinique.

Il prévoit aussi l'orientation des personnes, la prévention des ruptures de parcours et le développement d'outils partagés (observatoire, systèmes d'information) pour valoriser les données d'activité.

Les moyens alloués par l'ARS garantissent la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire adaptée aux besoins du territoire. Les indicateurs d'activité et de qualité permettent de mesurer l'impact du DAC.

La gouvernance du CPOM s'appuie sur un comité de pilotage et un suivi annuel avec l'ARS lors de dialogue de gestion.

Le CPOM engage également le DAC sur des principes transversaux : qualité, équité, gestion des ressources humaines, conformité réglementaire et communication des résultats.

4. Comment est structurée l'association ?

a) Territoire d'intervention

Ancrée sur le territoire de démocratie sanitaire du Havre, l'association Appui et Perspectives est un acteur engagé qui exerce sa mission en complémentarité avec l'ensemble des partenaires, au service des habitants et des professionnels de santé.

Issue de la fusion de dispositifs préexistants, elle ne remplace personne : elle s'inscrit dans la continuité des expertises déjà présentes, avec la volonté de les faire perdurer, de les enrichir et de les partager au bénéfice du territoire.

Pour répondre aux besoins d'un bassin de vie à la fois urbain et rural, Appui et Perspectives s'appuie sur deux sites complémentaires : Le Havre, au cœur du territoire urbain, Bretteville-du-Grand-Caux, permettant une présence renforcée en milieu rural.

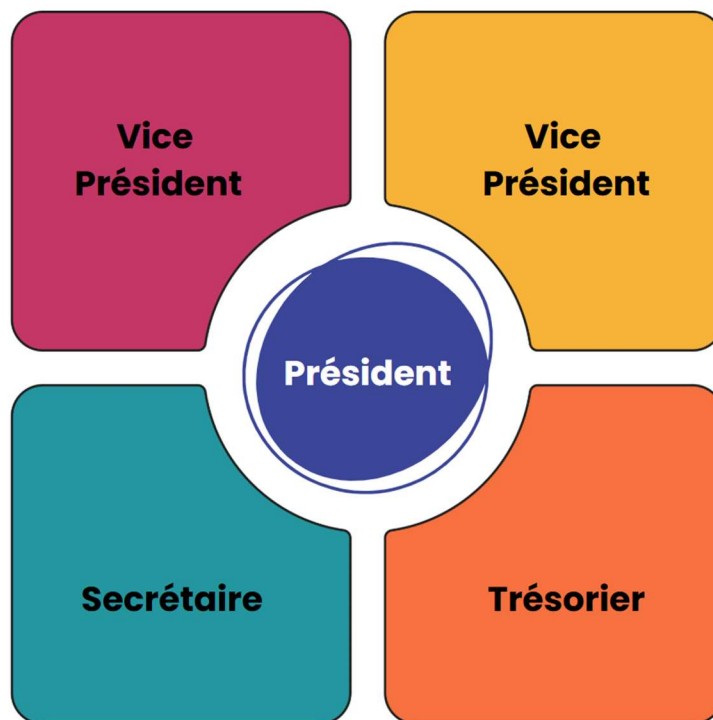


b) Gouvernance

Le Bureau

Le bureau de l'association joue un rôle essentiel :

- Il s'assure du bon fonctionnement et de l'administration de l'association.
- Il exécute les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration.
- Il est chargé de la gestion quotidienne et de la mise en œuvre des décisions.



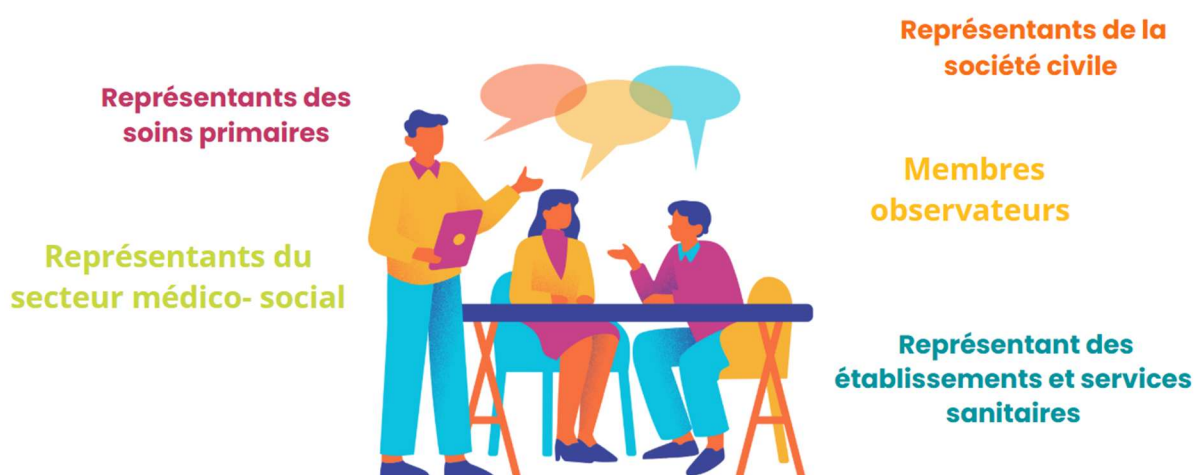
Le conseil d'administration

Le conseil d'administration est un groupe de membres élus parmi les adhérents de l'association, dont les rôles principaux sont :

- **Gérer l'association** : superviser les activités, adopter le budget, contrôler la gestion financière et matérielle.
- **Définir la stratégie** : fixer les orientations et objectifs à moyen et long terme.
- **Représenter légalement l'association** : signer des contrats, agir au nom de l'association vis-à-vis des tiers.
- **Veiller au respect des statuts** : s'assurer que toutes les actions respectent les règles internes et la loi applicable aux associations.

Notre CA est composé de différents acteurs du territoire :

- **Représentants des soins primaires,**
- **Représentants du secteur médico- social,**
- **Représentant des établissements et services sanitaires,**
- **Représentants de la société civile,**
- **Membres observateurs,**



Les instances

Assemblée générale :

Une assemblée générale a lieu une fois par an. Elle se compose du CA et de l'ensemble des adhérents de l'association.

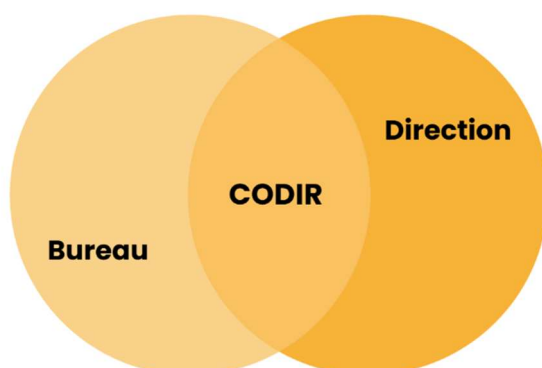
Les salariés sont membres de droit de l'association.

Comité de direction (CODIR) :

Le CODIR rassemble la direction et les membres du bureau associatif.

C'est une instance stratégique, elle applique les orientations générales définies par le conseil d'administration, suit les projets, veille à la conformité réglementaire et à la cohérence des moyens humains et financiers avec les objectifs associatifs.

Il soutient la direction dans le pilotage global de l'association et dans la mise en œuvre du projet porté par la gouvernance.



Comité de pilotage (COFIL) :

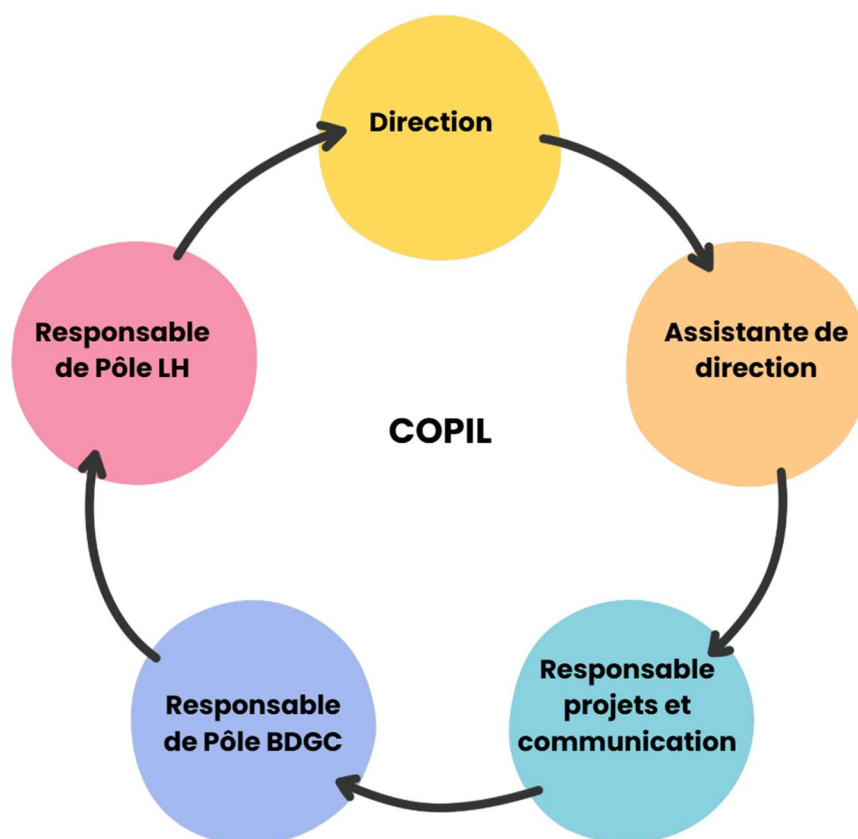
Il regroupe la direction, les responsables de pôles, le ou la responsable projets/communication et l'assistant(e) de direction.

Il constitue un espace de mise en œuvre opérationnelle des stratégies définies par le CODIR.

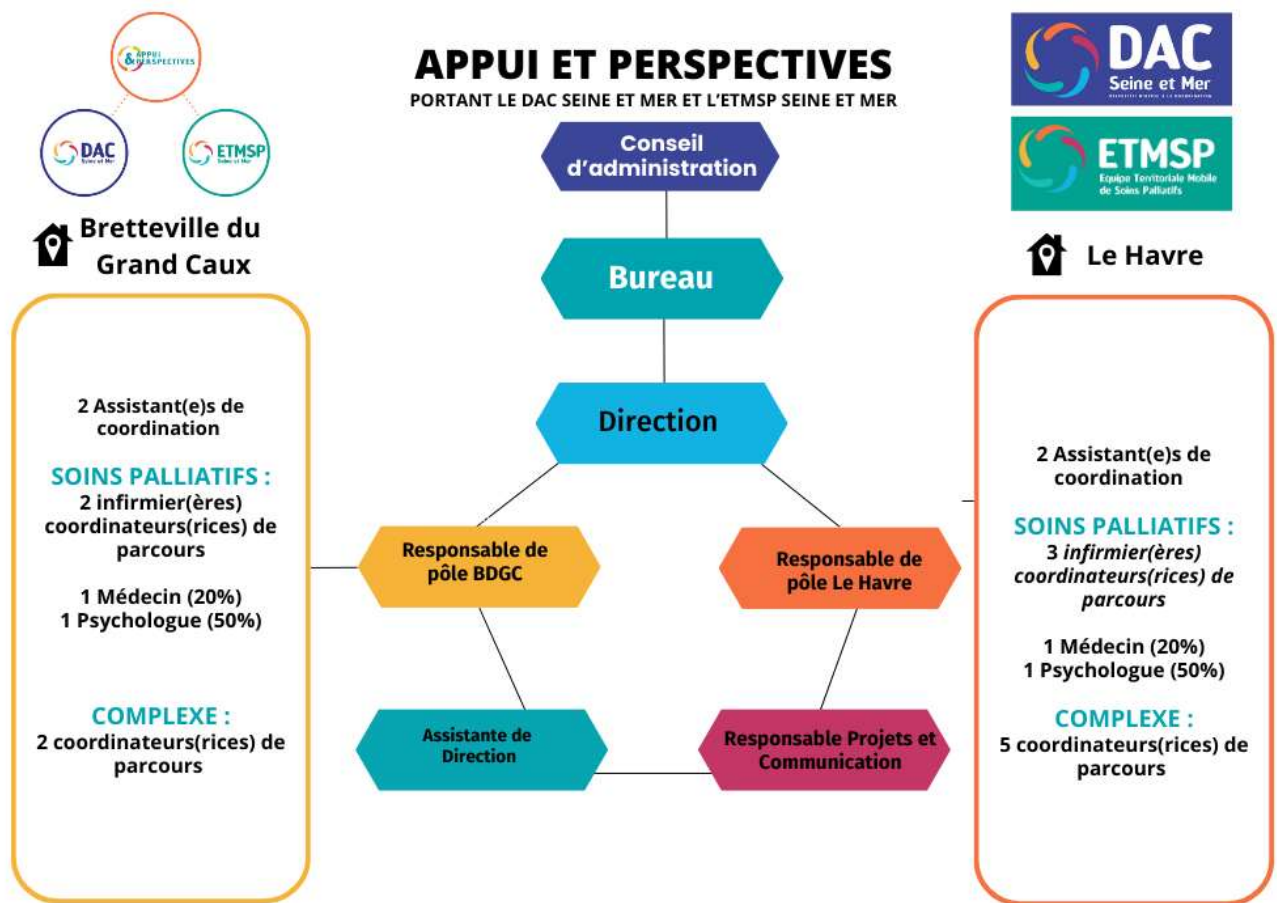
Le COFIL se réunit régulièrement pour :

- Partager l'état d'avancement des projets,
- Identifier les besoins émergents du territoire,
- Ajuster les priorités opérationnelles,
- Harmoniser les pratiques et soutenir la dynamique d'équipe.

Il incarne la culture du **travail collaboratif** et de la **gouvernance partagée** au cœur du projet associatif.



c) Organigramme



II. IDENTITÉ ET FONCTIONNEMENT

1. Les fonctions transversales

L'association Appui & Perspectives repose sur une organisation structurée et collaborative favorisant la cohérence, la réactivité et la qualité de l'accompagnement.

Les fonctions transversales s'articulent autour du CODIR et du COPIL.

Elles garantissent l'articulation entre gouvernance, pilotage, gestion de projet et coordination des parcours, en veillant à la fluidité de l'information et à la continuité des actions.



La direction



**Les Responsables
de sites**



**Responsable projets
et communication**



**L'assistant(e)
de direction**



**Les assistant(e)s
de coordination**



**Le Comité Social
et Economique**



**Les référents
Cybersécurité**

a) La direction



La direction assure la mise en œuvre du projet associatif, en lien avec les orientations du bureau et du conseil d'administration.

Elle pilote la stratégie, veille à la qualité des services rendus, soutient les équipes et représente l'association auprès des partenaires institutionnels.

La direction impulse une culture de coopération et d'amélioration continue, tout en garantissant la cohérence entre les besoins du territoire et les priorités du projet.

b) Responsable projets et communication



Le ou la responsable projets et communication pilote les projets nationaux et régionaux en lien avec la direction.

Ses missions s'articulent autour de trois grands axes :

- Le développement et la coordination de projets innovants,
- La gestion de l'observatoire des ruptures de parcours et la valorisation des données d'activité,
- La conception et la diffusion d'une communication stratégique : site internet, newsletter, supports institutionnels et actions d'interconnaissance.

Il/elle contribue ainsi à la visibilité, à la cohérence et à la valorisation des actions menées par l'association.

c) Responsable de site



Il/elle assure le pilotage tactique et opérationnel des dispositifs et des équipes pluridisciplinaires.

Il/elle garantit la continuité de service, le management de proximité et la coordination territoriale.

Ses missions couvrent :

- La gestion des ressources humaines et l'accompagnement des équipes,
- La concertation sur les dossiers complexes,
- Le lien avec les partenaires et les instances locales,
- La participation à la stratégie d'ancrage territorial du DAC et de l'ETMSP.

d) Assistant(e) de direction



L'assistant(e) de direction constitue un appui central pour le COPIL.

Il/elle accompagne la direction dans la gestion administrative, financière et comptable, le suivi des décisions du COPIL et du CODIR, et la coordination des outils de planification.

Il/elle a également des missions de préparation des dossiers, compilation des données d'activité et la gestion de la logistique des actions de terrain.

Son rôle transversal favorise la continuité du service et le bon fonctionnement de l'association.

Son rôle d'interface avec les prestataires garantit la rigueur et la traçabilité des actions engagées.

e) Assistant(e) de coordination



Au sein de l'association, l'assistant(e) de coordination occupe un rôle central dans le fonctionnement quotidien du dispositif. Il/Elle assure un appui essentiel aux professionnels du territoire, participe à la fluidité des parcours et contribue activement à la qualité de l'accompagnement proposé aux patients.

Leurs missions couvrent :

- **La réception, gestion des appels et accueil physique** : première interlocutrice du dispositif, elle garantit une écoute attentive et une orientation adaptée.
- **L'appui aux professionnels du territoire** : transmission d'informations, orientation vers les bons interlocuteurs et soutien aux demandes des professionnels.
- **La coordination téléphonique et investigations** : évaluation de la complexité des situations, identification des besoins et mobilisation des professionnels du cercle de soins élargis.
- **La participation** aux rencontres partenariales et aux commissions extérieures.
- **Le soutien à la coordination des parcours** : collaboration étroite avec les coordinateurs, participation au suivi des situations et aux actions transversales.
- **L'animation des points patients** : analyse des demandes, priorisation et orientation vers les coordinateurs de parcours.
- **La saisie informatique et suivi statistique** : utilisation du logiciel métier, mise à jour des dossiers et contribution au suivi de l'activité.
- **La gestion administrative des dossiers** : organisation, mise à jour et suivi des documents administratifs.

- **La participation à la vie de l'équipe** : présence aux réunions pluridisciplinaires, implication dans les temps d'échanges et participation aux formations.

f) Comité social et économique



Le Comité Social et Économique (CSE) est composé d'un(e) titulaire et d'un(e) suppléant(e).

Il représente les salariés auprès de la direction et veille aux conditions de travail, à la santé, à la sécurité et au bien-être de l'ensemble de l'équipe.

Par ses échanges réguliers avec la direction, il contribue à un dialogue social constructif et à l'amélioration continue de la qualité de vie au travail.

Le CSE joue un rôle de relais et de prévention, favorisant une écoute active et un climat professionnel bienveillant au sein de l'association.

g) Référent(e) cybersécurité



La cybersécurité constitue un axe stratégique essentiel pour garantir la protection des données et la sécurité des systèmes d'information.

Deux référent(e)s sont désignés pour conduire cette démarche, en collaboration étroite avec la direction et l'assistante de direction.

Leurs missions :

- **Sensibiliser** les équipes,
- **Renforcer** la sécurité des outils numériques,
- **Assurer la conformité** et **la réactivité** face aux risques informatiques.

III. Présentations des dispositifs d'appui à la coordination de l'association

1. Définitions : parcours et complexité

a) La coordination, c'est quoi ?

Échanger entre les intervenants présents autour du patient afin d'améliorer sa situation globale en fluidifiant le parcours de santé.

- Rechercher les informations utiles à la compréhension de la situation,
- Réaliser une évaluation multidimensionnelle,
- Encourager les liens partenariaux,
- Favoriser le lien ville-hôpital,
- Faire des visites à domicile (de suivi, inter-équipe et/ou partenaires),
- Faire les retours au sollicitant et aux intervenants,
- Proposer des réunions de synthèse / RCP (pour un patient spécifique),
- Participation aux staffs des partenaires,
- Travailler en subsidiarité.

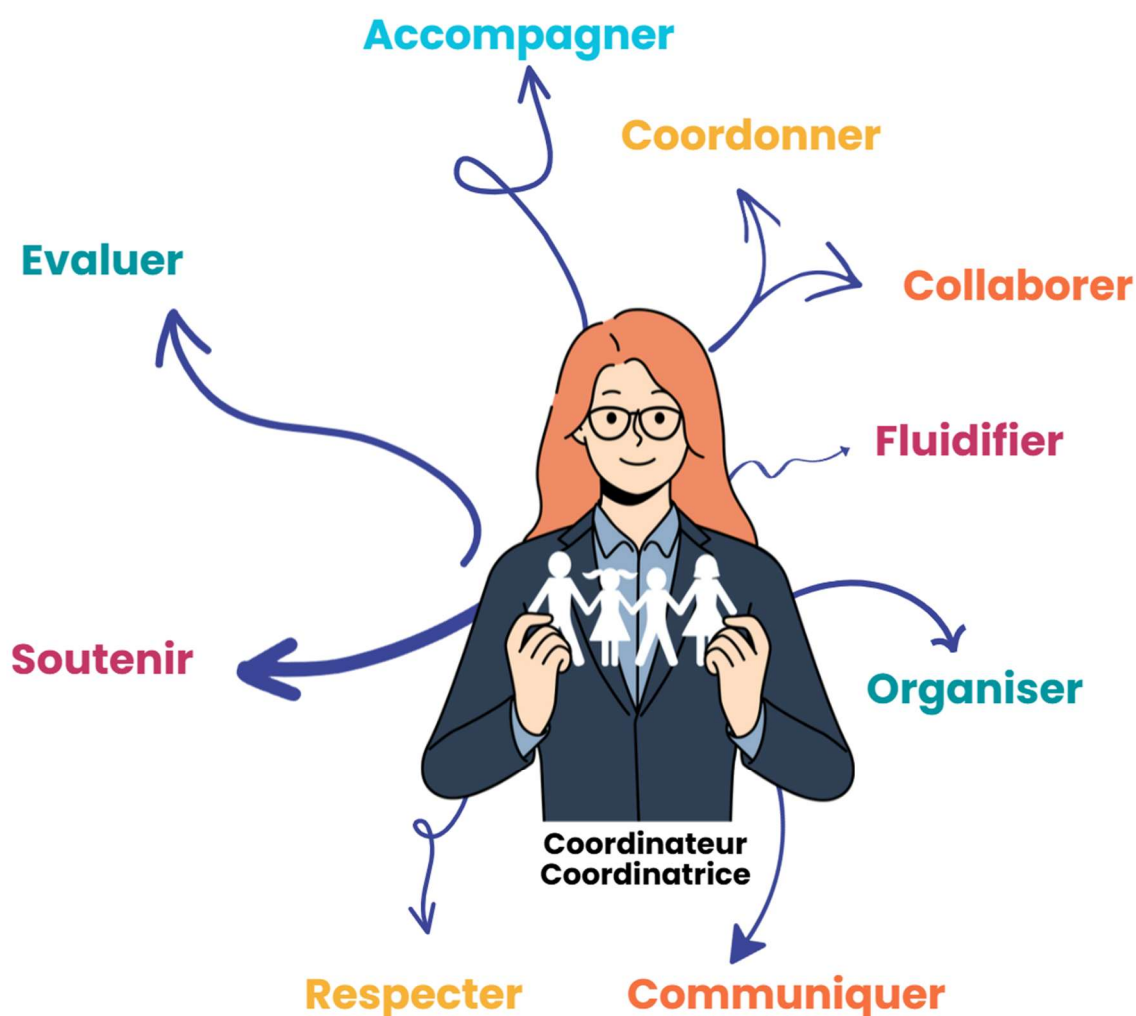
b) L'accompagnement, c'est quoi ?

L'accompagnement est une démarche relationnelle qui consiste à soutenir une personne dans son propre cheminement, sans chercher à résoudre les problèmes à sa place, mais en l'aidant à les traverser. Il s'agit d'être présent "à côté" d'elle, dans une posture équilibrée, ni en surplomb, ni en retrait, ni en substitution.

L'accompagnateur doit ainsi trouver une juste distance, à la fois proche et distincte, en maintenant une relation de confiance avec la personne accompagnée, tout en gardant une posture claire vis-à-vis des autres acteurs impliqués.

L'accompagnement nécessite le consentement éclairé de la personne.

« Accompagner quelqu'un, c'est ne se placer ni devant, ni derrière, ni à la place. C'est être à côté. » (TEMPLIER, 1958)



c) L'appui aux professionnels, c'est quoi ?

Le/La coordinateur(rice) occupe une place essentielle au sein de notre dispositif. Loin d'être seulement un « référent » chargé d'évaluations ou d'accompagnements individuels, il incarne une fonction à la fois globale et profondément humaine.

Son rôle est d'être facilitateur, régulateur et ressource pour les professionnels, les proches aidants et surtout pour la personne accompagnée.

Ancré dans les valeurs du projet associatif, le/la coordinateur(rice) veille à ce que chaque personne soit reconnue comme un être à part entière, capable de choix, dotée de compétences et avançant à son propre rythme. Il accompagne sans imposer, éclaire sans diriger, soutient sans se substituer.

Son intervention s'inscrit dans une éthique de la considération, du respect de l'autonomie, et de la co-construction des solutions avec la personne et son entourage.

Au cœur des parcours, le/la coordinateur(rice) contribue à leur cohérence, leur fluidité et leur sécurisation, notamment en mobilisant les ressources du territoire et en assurant la bonne circulation des informations.

Par son regard transversal, il/elle favorise le travail collectif, l'articulation entre les acteurs, et la création d'un environnement soutenant pour les situations complexes.

Ainsi, le/la coordinateur(rice) est un acteur clé des parcours singuliers, garant d'un accompagnement respectueux, adaptable et ancré dans les besoins réels des personnes.

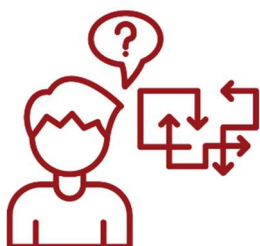
Les DAC Seine et Mer

2. DAC Seine et Mer

a) Définitions



La complexité, c'est quoi ?



Pour la Haute Autorité de santé (HAS), une situation est dite complexe quand « la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé »

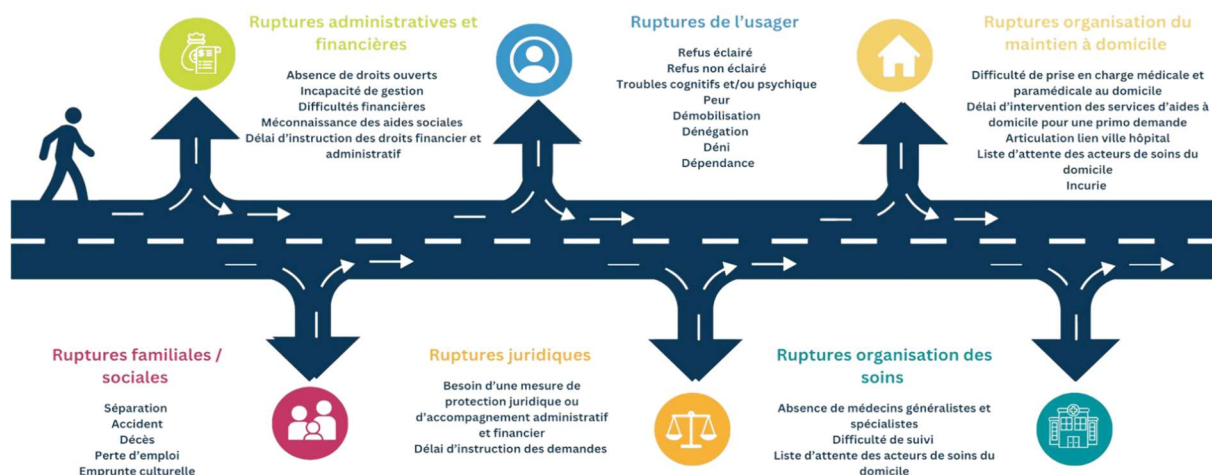
Un parcours, c'est quoi ?

La Haute Autorité de Santé définit le parcours de santé comme "[résultant] de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes". La notion de parcours recouvre le cheminement individuel de la vie personnelle, relationnelle, professionnelle, sociale, familiale et citoyenne.



Cette notion repose sur le vécu de la personne dans son environnement.

La rupture de parcours, c'est quoi ?



b) Organisation et métiers du DAC Seine et Mer

Composition de l'équipe



L'équipe du DAC Seine et Mer se compose de :

- 2,8 ETP assistant(e)s de coordination,
- 8 ETP coordinateur(rice)s de parcours,
- 1,2 ETP responsable de pôle.

Présentation des métiers

Coordinateur(rice) de parcours



Une coordinatrice de parcours dans un Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC) est un(e) professionnel(le) dont la mission principale est d'accompagner les personnes en situation complexe – qu'il s'agisse de raisons médicales, sociales, psychologiques ou administratives – en favorisant la continuité et la fluidité de leur parcours de santé et de vie.

Le/La coordinateur(rice) de parcours au sein d'un DAC est l'interlocuteur(rice) de proximité qui :

- Évalue avec la personne, son entourage et les professionnels la situation globale (médicale, sociale, psychologique, environnementale),
- Identifie les besoins et les ressources mobilisables sur le territoire,
- Élabore avec l'ensemble des acteurs un plan de coordination personnalisé,
- Facilite la communication et la coopération entre les différents intervenants (médecins, hôpital, services sociaux, aidants, associations...),
- Veille à ce que la personne reste au centre du dispositif et conserve un rôle actif dans ses choix,
- Assure un suivi dans la durée, en ajustant la coordination en fonction de l'évolution de la situation.

Objectifs :

- Réduire les ruptures de parcours (hospitalisations évitables, perte de suivi, isolement),
- Fluidifier la circulation de l'information entre les acteurs,
- Soutenir les professionnels de santé et du médico-social dans les situations complexes,
- Garantir une approche globale et personnalisée, centrée sur les besoins de la personne.

Le/La coordinateur(rice) de parcours est un pivot entre la personne, son entourage et les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, afin que l'accompagnement soit cohérent, continu et adapté aux besoins.

Assitant(e) de coordination du DAC Seine et Mer



Les assistant(e)s de coordination du DAC assurent l'appui aux professionnels dans le cadre de la mission 1 :

- Investiguer auprès des professionnels et de l'entourage de la personne
- Animer les points patients en présentant les situations étayées,
- Orienter les partenaires vers le professionnel adapté,
- Participer aux rencontres partenariales, aux commissions et aux formations,
- Saisir les données dans le logiciel métier Globule et mettre à jour les données statistiques,
- Mettre à jour les dossiers patients (création et clôture)

c) Les missions

Mission 1 : Appui aux professionnels

Identifier et mettre en lien avec l'interlocuteur adapté et disponible en fonction des ressources du territoire.

Ce premier niveau de réponse est assuré par les assistant(e)s de coordination.



Mission 2 : Coordonner

- Apporter des réponses davantage adaptées et coordonnées entre les professionnels.
- Faire une évaluation multidimensionnelle sur le lieu de vie
- Proposer un plan d'accompagnement en lien avec les acteurs du territoire
- Travailler "l'aller-vers"
- Fluidifier le lien avec et entre les professionnels et le lien ville-hôpital
- Organiser des temps de concertation pluridisciplinaire

Cette équipe ne se substitue pas aux professionnels existants

Une évaluation globale, c'est quoi ?

Une évaluation globale est une démarche structurée qui consiste à analyser une situation ou un ensemble de besoins de manière complète et multidimensionnelle. Elle vise à comprendre toutes les facettes d'une situation pour proposer une réponse adaptée.

D'un point de vue du DAC : L'évaluation peut se faire en binôme, par deux membres de l'équipe ou avec un professionnel du territoire.



- ⇒ **Identitovigilance** : identité, droits ouverts...
- ⇒ **Famille / Social** : entourage familial, amical, voisinage, isolement, présence physique, vulnérabilité...
- ⇒ **Environnement / Habitat / Sécurité** : habitat adapté, téléalarme, obstacles, adaptation technique et médicalisée, dangerosité, insalubrité, encombrement, procédures expulsion, déménagement...
- ⇒ **Autonomie** : réalisation des courses, repas, hygiène, mobilité, gestion quotidienne....
- ⇒ **Santé** : présence de troubles cognitifs et / ou psychiques, parcours de soins, orientation spatio-temporelle, addictions...
- ⇒ **Economie / Administratif**

La subsidiarité, c'est quoi ?

Le principe de subsidiarité, dans le fonctionnement des DAC, signifie que le dispositif intervient en appui aux professionnels de proximité uniquement lorsque ces derniers ne peuvent plus, seuls, répondre de manière satisfaisante à la complexité de la situation d'un patient.

L'action du DAC ne se substitue pas à celle des acteurs de terrain, mais vient en soutien, en complément, et seulement à la demande ou lorsque la coordination devient nécessaire pour assurer la continuité, la cohérence et la pertinence du parcours de santé.

Une connaissance des partenaires du territoire est en développement constant au sein de l'association.



Mission 3 : Animer



Participer à la dynamique territoriale visant à améliorer l'interconnaissance et les parcours de santé.

- **Parcours et perspectives**

Temps d'interconnaissance entre professionnels organisé par Appui et Perspectives, basé sur les besoins identifiés ou exprimés sur le territoire.

Objectif : renforcer la coopération et le lien avec les partenaires ressources autour des problématiques récurrentes. (cf: **V. Focus sur les actions phares 3. Parcours et Perspectives**)

- **Newsletter**

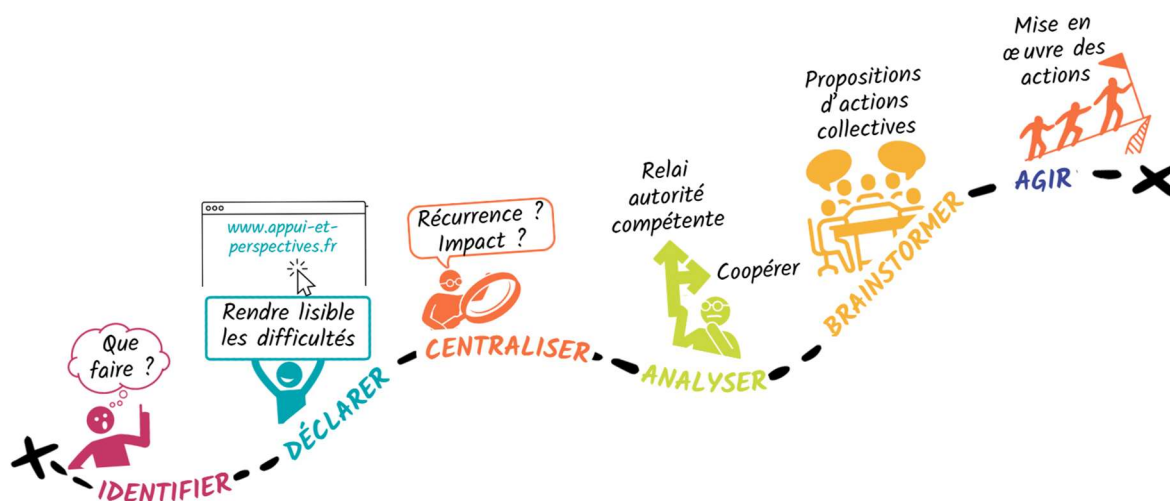
A destination des partenaires inscrits, elle présente l'actualité de l'association et du partenariat.

- **Site internet**

<https://www.appui-et-perspectives.fr/>

- **Observatoire des ruptures de parcours**

Il pour objectif d'analyser les difficultés repérées dans les accompagnements afin d'apporter des pistes d'amélioration et des réponses aux professionnels qui soient concertées, adaptées et durables.



d) Focus : Refus d'accompagnement et refus de soins

Le refus c'est quoi ?



Parler de refus, c'est accepter d'être constamment dans un paradoxe entre la nécessité d'accompagner, de prendre soin et le respect de la liberté individuelle.

Face à une situation de refus d'aide, créer la rencontre avec le patient peut prendre du temps et nécessite une adaptabilité et une créativité constante des professionnels.

Accompagner le refus, c'est d'abord en comprendre les causes. Il est nécessaire d'évaluer si le refus est éclairé ou non ?

Si le refus n'est pas éclairé, il peut être lié aux :

- Pathologies neurodégénératives, troubles cognitifs : questionner le discernement, les capacités d'autonomie décisionnelle, l'anosognosie...
- Dénier : difficulté à accepter la perte de ses capacités
- Pathologies psychiatriques : altération du jugement, perte de notion de réalité...

Si le refus est éclairé, en chercher les causes, c'est se demander :

- S'il est lié à la peur du diagnostic, de la maladie
- S'il est lié à la peur du jugement, du regard de l'autre notamment dans les situations de diogenes, d'incurie, d'insalubrité, d'addictions ...
- S'il est culturel ou générationnel : pas d'assistanat
- S'il est un moyen d'exister, de revendiquer ses choix
- S'il sous-entend un désir de mourir
- S'il reflète une inadéquation entre les besoins et les attentes de la personne et ceux des professionnels et des familles

Pour la personne âgée, il peut s'agir :

- D'un désir de maintenir son autonomie : Certaines personnes âgées souhaitent garder un certain contrôle sur leur vie et peuvent percevoir la dépendance comme une faiblesse.
- De la peur de devenir un fardeau ou de déranger.
- De la négation du vieillissement, de la maladie et de la perte d'autonomie.

Une fois la ou les causes trouvées, il est nécessaire d'identifier les difficultés et d'accompagner le patient dans son cheminement à la levée de ces freins. Le Dac Seine et Mer s'octroie un délai de trois mois pour accompagner les situations de refus, temps nécessaire pour écouter, analyser et tisser un lien de confiance.

Nous essayons de co-construire avec le patient son projet, en respectant sa temporalité. Cet accompagnement nécessite un questionnement éthique et concerté régulier. C'est un investissement qui engage valeurs et postures professionnelles, il se doit d'être étayé et questionné en équipe et avec les partenaires.

a) Témoignages

"J'ai eu un contact pour une situation complexe. J'ai eu un échange chaleureux, bienveillant avec une personne qui fait le maximum pour trouver des solutions. Bravo à la DAC Seine et Mer, c'est une organisation qui va pouvoir aider grâce à la collaboration mise en place avec les acteurs de terrain. Merci"

Madame B, aidante



L'expertise partagée de nos 2 équipes a permis une prise en compte adaptée des besoins pour chaque situation. Une collaboration, des échanges riches qui ont permis de débloquer des situations critiques et de s'enrichir mutuellement des connaissances des 2 dispositifs avec comme objectif unique la personne accompagnée et le respect de ses souhaits.

Une collaboration étroite, une dynamique positive de la part des salariés des 2 dispositifs ont permis de faire émerger des pistes, en respectant la personne mais aussi en respectant la spécificité des 2 dispositifs au combien complémentaires

D-S Responsable PTS ELISEA

3. ETMSP Seine et Mer

a) Définition et cadre légal

Les Soins Palliatifs sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

Les Soins Palliatifs considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables.

Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil.

C'est dans les contours de cette définition que les missions de l'ETMSP Seine et Mer s'inscrivent :

- Permettre à tout patient majeur en situation palliative de demeurer à son domicile, autant qu'il le souhaite, et autant que possible,
- Assurer au patient et à ses proches une continuité et une qualité des soins.
- Proposer un soutien psychologique au patient et à ses proches, ainsi qu'aux professionnels impliqués dans le suivi,
- Favoriser le lien entre les professionnels de santé de ville et ceux de l'hôpital.
- Diffuser auprès des professionnels la culture palliative qui place le « prendre soin » au cœur des situations singulières.
- Les Soins Palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale.
- On les conseille de plus en plus précocement dans la maladie et en complément de soins curatifs car ils préservent la qualité de vie du malade et de ses proches.
- Leur objectif premier est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle.

Loi du 09 juin 1999, toute personne dont l'état le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement"

Loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. "Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix [...] Toute personne peut désigner une personne de confiance [...] La douleur doit être soulagée en toute circonstance".

Loi Léonetti du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle interdit l'obstination déraisonnable. Elle propose à tout majeur de rédiger des Directives Anticipées.

Loi Leonetti-Cleys 2016 crée de nouveaux droits au malade en fin de vie.

Elle précise les conditions d'arrêt du traitement au titre du refus d'obstination déraisonnable et instaure le droit à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès pour les personnes dont le pronostic vital est engagé à court terme.

L'alimentation et l'hydratation artificielles sont reconnues comme des traitements pouvant être arrêtés.

Depuis Janvier 2021, proposition de Loi sur le droit à une « fin de vie libre et choisie » qui a relancé le débat sur l'euthanasie, le suicide assisté et l'aide active à mourir.

Le projet de loi est toujours en cours d'instruction.

b) Organisation et métiers de l'ETMSP Seine et Mer

Composition de l'équipe



L'équipe de l'ETMSP se compose de :

- 1,52 ETP assistant(e)s de coordination,
- 5 ETP infirmier(e)s coordinateurs(rices),
- 1 ETP psychologues,
- 0,4 ETP médecins coordonnateurs(rices),
- 0,8 ETP responsable de pôle.

Présentation des métiers

Infirmièr(e) coordinateur(trice)



L'infirmièr(e) coordinateur(rice) de l'ETMSP est formée aux soins palliatifs. Il/Elle coordonne les situations palliatives complexes à domicile en partenariat avec l'équipe de premier recours. Il/Elle s'inscrit dans une démarche globale, dans le respect des souhaits, de la temporalité de la personne et de son entourage.

Il/Elle a également pour mission de diffuser la culture palliative sur le territoire.

Psychologue

Le/la psychologue travaille en collaboration avec l'équipe d'infirmièr(e)s coordinateurs(rices) et le/la médecin coordonnateur(rice).

Il/elle accompagne les patients à domicile pour leur apporter un soutien psychologique, ainsi qu'aux aidants (famille, proches), pendant la maladie et/ou en accompagnement du deuil.

Un soutien peut également être proposé aux équipes et professionnels intervenant auprès des patients.



Médecin coordonnateur(rice)



Le/la médecin coordonnateur(rice) de l'ETMSP est formé aux soins palliatifs. Il va au domicile rencontrer les patients et leur entourage, il apporte son appui à l'équipe pour coordonner les soins à domicile.

Il/Elle conseille les médecins traitants sur les thérapeutiques de confort, participe à la réflexion éthique et au projet de soin. Il/Elle s'inscrit dans les projets de service et apporte son expertise.

c) Missions

Mission 1 : Diffusion de la culture palliative auprès du grand public



CLINIQUE DES ORMEAUX
HÔPITAL JACQUES MONOD
CENTRE HOSPITALIER CAUX VALLEE DE SEINE
CENTRE HOSPITALIER DES HAUTES FALAISES
HÔPITAL PRIVÉ DE L'ESTUAIRE
INITIATIVE PORTÉE PAR LE DAC SEINE ET MER

DIFFUSION DE LA
CULTURE PALLIATIVE

Pour diffuser la culture palliative auprès du grand public, l'ETMSP mène différentes actions :

- **Stand dans le hall des établissements de santé,**

- **Participation à la journée des aidants.**

Ces journées permettent de sensibiliser les citoyens aux soins palliatifs, la loi, leurs droits (notamment l'accès aux soins palliatifs, les directives anticipées, la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès...)

- **Les journées de sensibilisation *Derniers***

Secours,

Objectif : mieux préparer les aidants à l'accompagnement d'un proche en fin de vie.

Ces événements renforcent la collaboration entre les différents partenaires et fluidifient les parcours palliatifs.

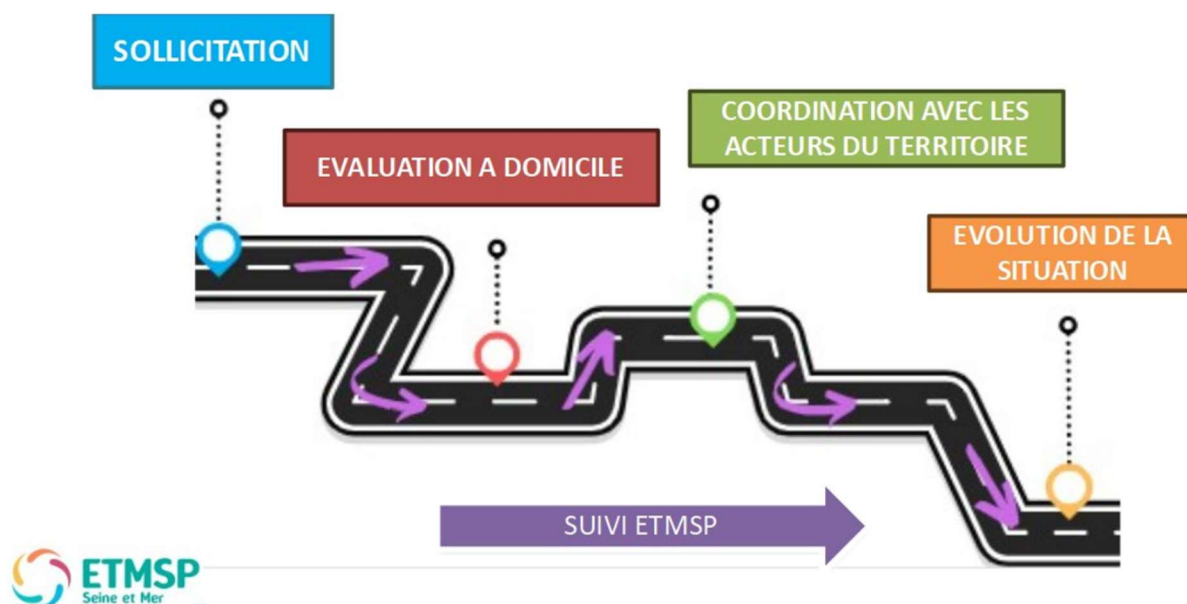
(Liste non exhaustive et amenée à évoluer chaque année.)

La démarche palliative place le patient au centre d'un dispositif coordonné, mobilisant une pluralité d'acteurs (médecins, infirmiers, aides-soignants, psychologues, kinésithérapeutes, bénévoles, etc.) dans une approche pluridisciplinaire et interdisciplinaire.

Elle consiste à anticiper et accompagner les situations de fin de vie, en intégrant la réflexion éthique, le soutien psychologique, les soins de confort et l'évaluation précoce des besoins. Initiés dès l'évolution de la maladie, les soins palliatifs améliorent la qualité de vie, le contrôle des symptômes et peuvent parfois prolonger la vie.

Elle doit être accessible à tous, quel que soit le lieu de vie ou de soins : domicile, établissements médico-sociaux ou structures de santé.

Mission 2 : Accompagnement des personnes en situation palliatives



Les étapes de la coordination des situations palliatives :

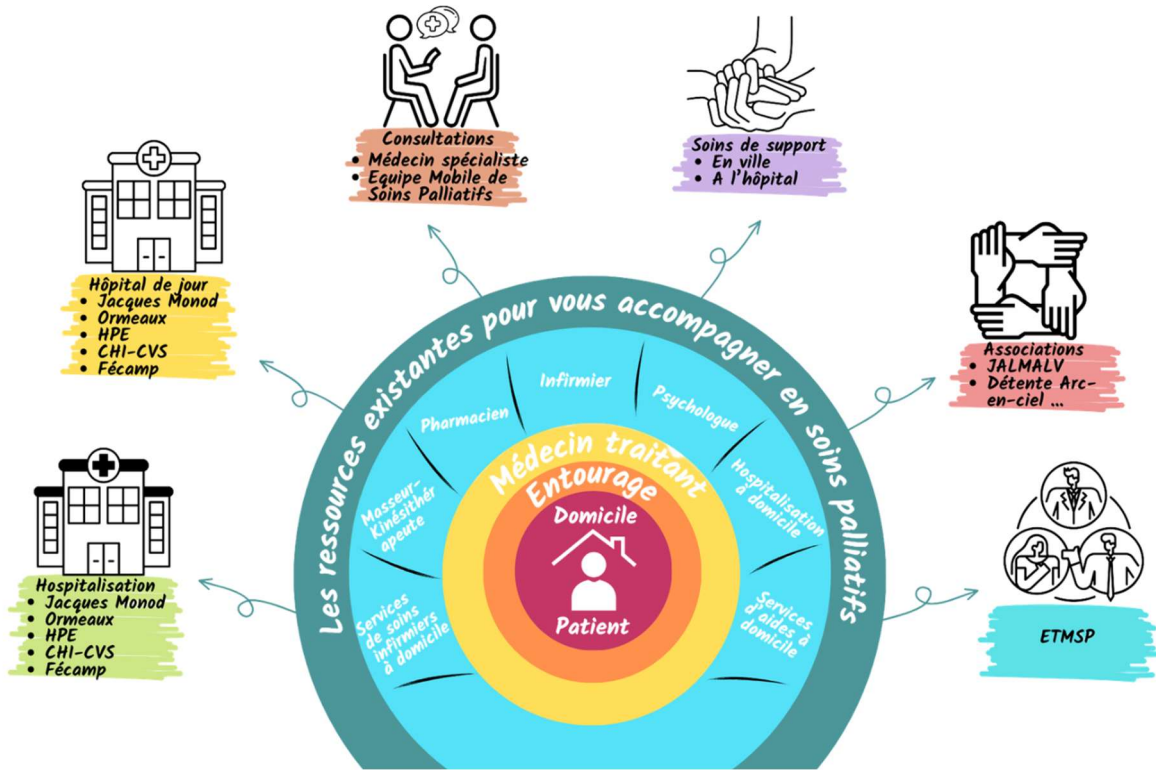
- Réception de la sollicitation (faite par un professionnel, le patient ou un proche),
- Recherche d'information, assentiment du médecin traitant et analyse globale de la situation en s'appuyant sur la fiche Pallia 10¹ (prise en charge ou orientation),
- Evaluation multidimensionnelle à domicile (confirmation de l'inclusion)
- Proposition du plan d'action en accord avec le patient, l'entourage et les professionnels
- Suivi de la situation par réévaluation téléphonique ou présenteielle (fiche urgence pallia² proposition de soins de support...)

L'ensemble de ces étapes témoigne d'une véritable expertise en coordination et en accompagnement palliatif, fondée sur une évaluation fine, une collaboration étroite avec les professionnels, et un suivi ajusté aux besoins du patient et de son entourage

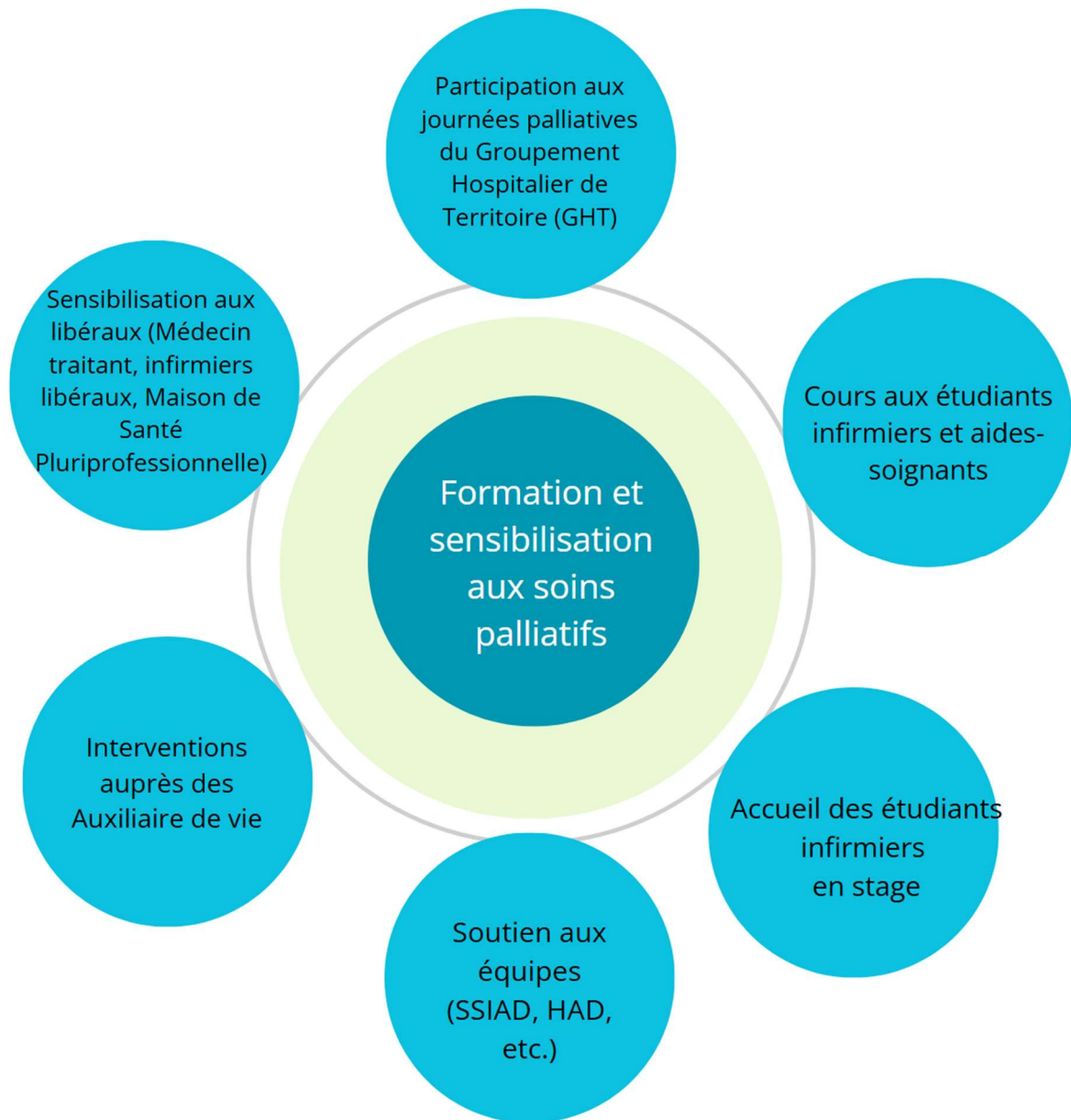
¹ Fiche Pallia 10 : https://www.sfap.org/app/uploads/2025/06/Fichp_SFAP_202504_Pallia10.pdf

² Fiche urgence Pallia : <https://www.sfap.org/referentiels-aide-a-la-pratique/outils-daide-a-la-pratique/demarche-palliative/>

Les acteurs du soins palliatifs.



Mission 3 : Diffuser la culture palliative aux professionnels de santé



d) Témoignages

Bonsoir, je souhaite vous remercier pour votre intervention afin d'assurer la fin de vie de notre père, R. L à son domicile. Votre réactivité et qualité d'écoute chaleureuse et humaine ont été exceptionnelles et votre soutien d'un très grand réconfort.

J'ai vécu 10 jours et 10 nuits auprès de notre papa et ma sœur les 4 derniers jours. Nous avons été très éprouvées par cet épisode que nous n'aurions pas pu assurer sans vous et votre équipe.

Encore mille mercis. A. P, sa fille de Versailles



Bonjour,

Je me permets de vous envoyer un message pour vous dire que mamie est décédée hier soir à 22h. Je voulais vous remercier de la gentillesse que vous avez eue et de toute la mise en place que vous avez faite pour essayer que mamie puisse rester un maximum chez elle.

Merci beaucoup

Bonjour Mme,

Ma mère est décédée hier soir, enfin apaisée. Je tiens à vous remercier pour votre disponibilité, votre empathie, votre professionnalisme, vous nous avez été d'un grand soutien.

Merci infiniment

M. V.



4. Les outils

a) Logiciel métier : GLOBULE



Globule est le logiciel métier choisi par la structure, il est sécurisé et permet de réaliser :

- Des recueils sur la situation de la personne sur le plan : médical, social et administratif.
- L'évaluation des besoins, le suivi des parcours de spécialité, des traitements et des constantes.
- Le partage de documents (compte-rendu, bilan, ...) entre les intervenants.
- Des agendas partagés et la gestion des tâches
- L'élaboration et le suivi du PPCS.
- Des statistiques et des indicateurs d'activité.

b) IDOMED



Idomed est une application de communication intuitive et sécurisée destinée aux professionnels de santé.

Elle facilite la coordination pour améliorer les prises en charge, en particulier des patients plus fragiles.

Elle nous permet de faire des groupes pluriprofessionnels afin de fluidifier les transmissions, partager nos informations, comptes rendus et adapter les traitements. Un certain nombre de professionnels du territoire utilise cette application (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, SSIAD, dispositifs de coordination).


c) Supports

Bloc note infos /conseils


Tous les professionnels de l'association peuvent recenser les missions 1 en renseignant ces fiches. Les assistantes de coordination recontactent tous les appelants.

Bloc Note Infos/Conseils


APPELANT

 • Nom et Prénom :
• Commune d'exercice :

PATIENT / USAGER


 • Nom et Prénom :
• Date de naissance :
• Sexe : Homme Femme
• Commune d'habitation :

LA DEMANDE

 • Motif de la demande :

• Réponse apportée :

INFORMATIONS

 • Date de la demande :
• Nom du coordo, resp, dir :

IV. Projets et feuilles de route

Depuis l'ouverture de l'association en juillet 2022, nos actions se sont déployées progressivement pour répondre au mieux aux besoins du territoire, tant en matière de coordination des parcours complexes que d'accompagnement palliatif. Au fil de cette montée en charge, nous avons affirmé notre place aux côtés des acteurs du soin, du social et du médico-social, en développant des pratiques harmonisées, une culture commune et une expertise reconnue sur le terrain.

Bien que ce projet associatif soit le premier de l'association, cette démarche c'est naturellement structurée autour de quatre axes majeurs, véritables piliers qui orientent

nos actions, donnent du sens à nos missions et définissent l'identité d'Appui et Perspectives.

Cette feuille de route vise désormais à en assurer la lisibilité, à partager une vision commune et à porter collectivement les ambitions de l'association pour les années à venir.

1. Appui à la coordination efficace et renfort des partenariats

Coordination:

Nous avons progressivement affirmé notre rôle d'appui à la coordination, en cherchant à rendre nos dispositifs visibles, accessibles et efficaces pour l'ensemble des acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux. Pour cet axe de travail, la volonté est de maintenir le niveau d'efficacité et la visibilité de nos actions sur le territoire.

Partenariat:

La coordination et la subsidiarité nécessitent une visibilité et interconnaissance avec les acteurs du territoire. Pour ce faire différentes actions seront déployées :

- **Renforcer la visibilité et l'accessibilité du DAC et de l'ETMSP** par la mise en place d'un guichet d'appui et participation active aux instances territoriales,
- **Favoriser le repérage précoce des situations complexes,**
- **Développer le lien avec nos partenaires :** coopérations renforcées avec les établissements de santé, HAD*, CPTS*, PSLA*, CLIC*, MSP*, libéraux*, CMS*, ESSMS*...

2. Parcours et cultures palliatives

Nos interventions contribuent à diffuser une vision partagée des parcours de santé et à renforcer la compétence collective en soins palliatifs.

Les actions menées et à poursuivre :

- **Diffuser une approche commune du parcours de santé,**
- **Renforcer les compétences locales en soins palliatifs :** temps de sensibilisation, formations thématiques pour les libéraux, SSIAD, etc.
- **Diffuser la culture palliative grand public & aidants,**

- **Collaborer avec les universités, IFSI et écoles de travail social** : intervention sur sollicitation dans les cursus de formation initiale et continue, accueil de stagiaire.
- **Contribuer aux travaux de la cellule d'animation régionale de soins palliatifs (CARSP*)**.

3. Améliorations des parcours

Notre démarche repose sur une capacité d'innovation et d'adaptation aux réalités territoriales.

Projets en cours :

- **Repérer les ruptures de parcours** : analyse des situations complexes et retour d'expérience partagé. Observatoire des ruptures de parcours.
- **Parcours et perspectives : cf. p?**
- **Helebor** : démontrer l'utilité de soins supports dans le parcours palliatif. **cf. p?**
- **Participation et conception de projets territoriaux** : contribution active à des initiatives locales (PHV, Guichet intégré, etc.), en lien avec les organisations partenaires (CPTS, ARS, établissements).
- **Cellule d'animation territoriale en santé. cf. p?**
- **Échanges réguliers entre acteurs.**

Projets à venir :

- **Dispositif d'accueil des usagers multiples (DAUM)**
- **Projet autour du deuil** :
 - o Développer l'accompagnement du deuil par la création d'un groupe de parole pour endeuillés
 - o Développer les connaissances : en améliorant la visibilité sur les impacts du deuil (sanitaires, sociaux, psychiques) et sur les bénéfices d'un accompagnement.
 - o Développer l'information : en organisant une journée de sensibilisation ouverte à tous.

4. Qualité, sécurité et services numériques

Depuis 2022, nous avons initié une démarche qualité interne afin de garantir la sécurité des accompagnements et d'améliorer en continu nos pratiques.

- **Mise en œuvre d'une démarche qualité interne** : suivi des activités, premiers indicateurs de satisfaction des partenaires et des usagers, évaluation régulière des actions menées.
- **Amélioration continue des pratiques.**
- **Évaluation régulière et partage d'expérience.**

L'analyse des pratiques professionnelles (APP)

L'analyse des pratiques professionnelles est un espace collectif de réflexion favorisant la prise de recul, la cohésion d'équipe et l'amélioration continue des accompagnements.

Animée par un intervenant neutre, elle soutient les professionnels face à la complexité des situations et préserve la qualité du lien humain au cœur des missions sociales et médico-sociales.

- **Utilisation d'un système numérique de coordination adapté** à nos besoins et garantissant les règles de protection et de partage des données de santé

V. Focus sur les actions phares

1. HELEBOR



HELEBOR

Incubateur de projets en soins palliatifs

Depuis plusieurs années, l'ETMSP est porteur des soins de support, financés grâce à une enveloppe propre et au soutien de dons, permettant ainsi d'offrir aux patients un accompagnement complémentaire aux soins médicaux.

HELEBOR, structure d'intérêt général créée vers 2011 et engagée pour le développement des soins palliatifs et la qualité de vie des personnes gravement malades, soutient des projets innovants et des approches complémentaires. Depuis 2024, notre partenariat avec elle nous permet d'élargir notre offre de soins de support à domicile dans le cadre d'une expérimentation nationale menée jusqu'en 2026 visant à démontrer les bénéfices de ces approches.



Les approches complémentaires, viennent enrichir les soins médicaux en prenant en compte la personne dans toutes ses dimensions. Elles contribuent à soulager douleurs, anxiété, stress, et favorisent le bien-être global.

Des séances peuvent être également proposée à l'aidant.

Une convention garantit leur financement, leur évaluation par les patients et leurs proches, ainsi que la communication entre professionnels impliqués.

Ainsi, au cours de l'année 2025, (") patients ont pu bénéficier de cette approche complémentaire à domicile, contribuant ainsi à une meilleure gestion de leurs symptômes.

2. Diffusion de la démarche palliative

Afin de développer une véritable culture palliative auprès des professionnels, des patients, des aidants et du grand public, l'Équipe Territoriale Mobile de Soins Palliatifs propose ou participe à des temps de sensibilisation réguliers sur le territoire.

Ces actions visent à :

- 1** **Faire connaître la démarche palliative, ses principes et ses bénéfices pour les patients et les familles.**
- 2** **Renforcer la visibilité des ressources locales.**
- 3** **Soutenir les aidants en leur apportant des informations pratiques et des espaces de dialogue.**
- 4** **Contribuer à la déstigmatisation des soins palliatifs et à leur meilleure intégration dans les parcours de santé.**

Ces actions prennent différentes formes :

- Stands d'information dans les établissements de santé,
- Sessions "Derniers Secours", destinées au grand public, pour sensibiliser chacun à la fin de vie et à l'accompagnement.
- Participation à des journées thématiques (Journée des Aidants, Journée mondiale des soins palliatifs, forums associatifs).
- Participation à la journée de réflexion en Soins Palliatifs portée par le GHT.
- Intervention auprès du Cercle des aidants.
- Diffusion de supports de communication (flyers, affiches, outils numériques dont notre Newsletter).

- 5** **Sensibilisation des professionnels pour enrichir leurs pratiques et leur réflexion autour de l'accompagnement en soins palliatifs.**

Voici les thématiques de sensibilisation proposées par notre équipe :



Ces temps de sensibilisation s'inscrivent dans une démarche de proximité, de pédagogie et de décloisonnement. Ils favorisent une meilleure compréhension des enjeux liés à l'accompagnement des personnes en situation palliative et contribuent à renforcer les partenariats sur le territoire.

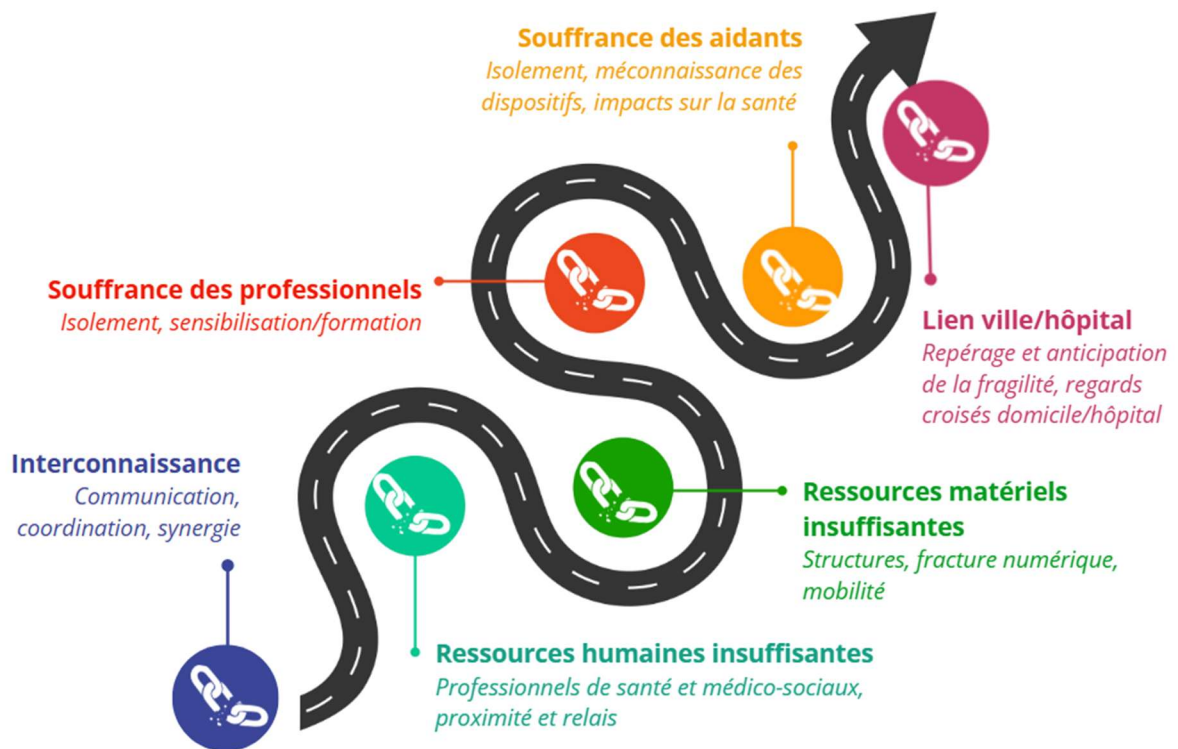
3. Parcours et Perspectives

Le projet “**Parcours et Perspectives**” est né d’une dynamique collective initiée à la suite d’une rencontre réunissant l’ensemble des partenaires du territoire de démocratie sanitaire (Le Havre, Fécamp et Lillebonne).

Lors de ces échanges, l’équipe projet a demandé aux acteurs de faire remonter les difficultés rencontrées, celles qui fragilisent les parcours d’accompagnement. Ces temps sont également des lieux de rencontre permettant de mieux se connaître, pour identifier au mieux les bons interlocuteurs et améliorer nos accompagnements.

Afin de donner suite à ces constats, un temps de réflexion partagé a permis de définir l’avenir de cette instance. L’objectif de cette instance est de proposer un cadre d’interconnaissance et de sensibilisation, où chaque rencontre serait l’occasion de :

- **Présenter une filière de parcours**
- **Valoriser les dispositifs existants et leurs articulations possibles**
- **Favoriser l’échange entre acteurs autour des pratiques, contraintes et leviers**
- **Renforcer la lisibilité des ressources disponibles pour les patients et les aidants.**



L'ambition de "Parcours et Perspectives" est donc double :

- Construire une culture commune entre les partenaires sanitaires, médico-sociaux et sociaux, fondée sur l'interconnaissance
- Améliorer la fluidité des parcours grâce à des liens renforcés entre les professionnels du territoire.

4. Cellule d'animation territoriale en santé (CATS)

Expérimentation en cours sur le Territoire commun DAC Seine et Mer et Contrat Local de Santé (CLS) Caux Seine Agglo issue **d'une réflexion partagée entre le DAC Seine et Mer et le CLS de Caux Seine Agglo.**



Pourquoi repenser la coordination territoriale en santé ?

Quelques éléments de diagnostic

- Manque d'organisation et besoin de coordination ?
- Manque de fluidité ?
- Manque de concertation ?
- Eviter les doublons et mutualiser les compétences.
- Besoin d'un outil commun ?
- Limiter l'épuisement et optimiser le temps des professionnels du territoire.



Les objectifs de la cellule d'animation territoriale en santé



- Apporter une réponse globale en matière d'animation territoriale en santé
- Organiser l'animation territoriale en décroissant les dispositifs et les structures.

Avec qui ?

- PTSM Le Havre,
- CPTS Caux Seine,
- Communauté 360,
- CHI Caux vallée de Seine,
- PSLA Caux-Seine.



Une rencontre par trimestre afin



- D'assurer une communication fluide et interactive des évènements,
- De référencer les problématiques/ruptures observées sur le territoire,
- De mobiliser les ressources pour proposer une réponse collective,
- De centraliser l'existant afin de pouvoir le renforcer ou l'adapter,
- De développer une culture commune et harmoniser les réponses sur le territoire.

Perspectives



Et si nous faisons de cette instance un levier territorial, en l'élargissant à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire, dans une dynamique de co-construction avec les trois CLS ?

Conclusion

Ce projet associatif vient formaliser et rendre visible la dynamique engagée depuis trois ans. Structuré autour de quatre axes – l'appui à la coordination, la diffusion des cultures parcours et palliative, l'innovation territoriale et l'amélioration continue – il reflète notre ambition d'agir avec cohérence, rigueur et ouverture.

Il affirme notre engagement à soutenir les professionnels dans la prise en charge des parcours complexes, à renforcer la culture partagée autour des besoins des patients, à encourager l'émergence de solutions nouvelles et adaptées, et à garantir la qualité comme la sécurité de nos services, y compris dans l'usage du numérique.

Plus qu'un document, il constitue désormais un cadre commun, lisible et partagé, qui consolide notre identité associative et renforce notre articulation avec l'ensemble de nos partenaires, institutionnels comme opérationnels. Il marque une étape clé, tout en laissant la place à l'évolution continue, en cohérence avec les besoins du territoire et les valeurs qui fondent Appui et Perspectives.

Glossaire

- ARS** : Agence Régionale de Santé
- BDGC** : Bretteville du Grand Caux
- CATS** : Cellule d'Animation Territoriale en santé
- CHI** : Centre Hospitalier Intercommunal
- CLIC** : Centre Local d'Information et de Coordination
- CLS** : Contrat Local de Santé
- COMID** : Complexité Multidimensionnelle
- COPIL** : Comité de Pilotage
- CPOM** : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
- CPTS** : Communautés Professionnelles Territoriales de santé
- CVS** : Conseil de Vie Social
- DAC** : Dispositif d'Appui à la coordination
- DAUM** : Dispositif d'accueil des usagers multiples
- ETMSP** : Equipe Territoriale Mobile de Soins Palliatifs
- ETP** : Equivalent Temps Plein
- GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire
- HAD** : Hospitalisation A Domicile
- HPE** : Hôpital Privé de l'Estuaire
- IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmier
- LH** : Le Havre
- MAIA** : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie
- MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle
- PHV** : Personne Handicapée Vieillissantes
- PPS** : Parcours Personnalisé de Soins
- PSLA** : Pôle de Santé Libéral et Ambulatoire
- PTSM** : Projet Territoriale de Santé Mentale
- RCP** : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
- SAAD** : Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile
- SP** : Soins Palliatifs

Liens utiles

Notre site internet : <https://www.appui-et-perspectives.fr/>

Fiche pallia 10 :

https://www.sfap.org/app/uploads/2025/06/Fichp_SFAP_202504_Pallia10.pdf

Fiche urgence pallia:

<https://www.sfap.org/referentiels-aide-a-la-pratique/outils-daide-a-la-pratique/demarche-palliative/>

COMID:

<https://comid.imad-ge.ch/>

Désignation de la personne de confiance:

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_personne_confiance_v9.pdf

Directives anticipées :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2023_04_modele_directives_anticipees.pdf