

CAHIER DES CHARGES RÉGIONAL MAISON DE RÉPIT

- 1. Fondements législatifs et réglementaires**
- 2. Contexte**
- 3. Objectifs et résultats attendus**
- 4. Population concernée**
- 5. Acteurs mobilisés**
- 6. Fonctionnement**
- 7. Financement**
- 8. Suivi et évaluation**
- 9. Calendrier**
- 10. Annexes**
- 11. Liste des abréviations**



Fondements législatifs et réglementaires

La loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs a précisé la notion de soins palliatifs et en rappelle le droit pour "toute personne malade dont l'état le requiert". Ce texte pose également le droit au congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

La circulaire n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, publiée à la suite de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 précitée.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

La loi n°2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, loi dite "Léonetti" du nom du député ayant déposé la proposition en 2005, a posé le cadre législatif des interventions auprès des personnes atteintes d'une "affection grave et incurable, en phase avancée ou terminale" et des droits de ces personnes.

La loi 2016- 87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (loi dite "Claeys-Léonetti") est la législation actuelle en vigueur. Elle est complétée par :

La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et, en particulier, les articles L. 111-1 à L. 111-9 du code de la santé publique (CSP).

- le Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif **aux directives anticipées** prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie ;

- l'Arrêté du 3 août 2016 relatif au **modèle de directives anticipées** prévu à l'article L. 1111-11 du Code de la santé publique.

La loi n° 2019-485 du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants.

1. Contexte

La diffusion progressive de la culture de la démarche palliative et le renforcement de l'effectivité des droits des personnes malades ont conduit à la mise en place d'un cadre législatif et réglementaire relatif aux droits des malades et des personnes en fin de vie qui est consolidé et régulièrement complété.

En effet, le thème des soins palliatifs est un sujet qui interroge le corps médical dans la pratique de son art et nourrit un débat de société autour de la volonté et de la dignité de la personne humaine. Ceci ne doit pas éclipser le besoin de soutien des personnes malades et de leurs familles pour maintenir la qualité et la continuité des soins.

Dès lors, afin de prévenir l'épuisement physique et moral des familles et de proposer aux personnes malades un mode d'accompagnement différent dans un environnement rassurant et convivial, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Occitanie souhaite expérimenter les maisons de répit, en apportant un soutien financier pour 3 structures, à destination des personnes atteintes de maladies graves, inscrites dans une démarche palliative ou en fin de vie.

Cette initiative s'inscrit dans le cadre du projet régional de santé, publié le 3 août 2018, en permettant d'une part, de conforter une prise en charge graduée de qualité et de proximité et d'autre part, de soutenir le développement des soins palliatifs à domicile en proposant un mode de prise en charge différent. Cette expérimentation permettra également de concourir au renforcement des compétences des professionnels de santé et des droits des usagers et de leurs aidants tout en les soutenant.

3. Objectifs et résultats attendus

L'expérimentation des maisons de répit, en tant que structure de droit commun, doit permettre d'offrir aux personnes adultes gravement malades et/ou en fin de vie (précisées dans le point 4 du présent cahier des charges), un mode de prise en charge adapté avec un accompagnement au quotidien, par des professionnels et des bénévoles dans un environnement rassurant et convivial.

Au sein de la structure, la personne accueillie pourra bénéficier d'une prise en charge médicale par des professionnels du premier recours de son choix (médecine générale, infirmiers libéraux, masseurs kinésithérapeutes, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), établissements d'hospitalisation à domicile (EHAD), équipes mobiles ou autres,...) comme à son domicile.

A titre exceptionnel, le répit peut bénéficier indirectement aux proches aidants¹ ou aux enfants mineurs de la personne accueillie, en cas d'inadaptation temporaire de l'environnement.

Cette expérimentation vise à :

- Participer à l'amélioration de la qualité de vie et du parcours de la personne ;
- Eviter des hospitalisations prolongées pour des personnes en fin de vie ou en démarche palliative ne relevant pas d'une hospitalisation à temps complet ;
- Prévenir/éviter l'épuisement des aidants.

La priorité est donnée au prendre soin, au bien-être, à la tranquillité et à la convivialité dans un cadre rassurant.

4. Population concernée

L'ARS Occitanie a choisi de mener une expérimentation en soutenant la mise en place de trois maisons de répit qui offrent aux personnes adultes gravement malades et/ou en fin de vie référencées ci-dessous, un mode de prise en charge adapté et de préférence en proximité conformément aux orientations du projet régional de santé.

Pour pouvoir être accueillies au sein de la maison, pendant quelques jours où pour une plus grande période, la prise en charge doit être compatible avec un exercice coordonné pluri-professionnel, par les professionnels de santé du premier recours, y compris en hospitalisation à domicile, incluant aussi des professionnels du champ social en tant que de besoin.

Pour autant les maisons de répit expérimentales ne pourront pas accueillir :

- des mineurs,
- des personnes bénéficiant concomitamment d'une prise en charge en établissement d'hébergement médico-social ou de santé,
- de personnes relevant d'une hospitalisation complète (avec nuitée) en établissement de santé dont la situation clinique :
 - § correspond à un tableau de grande souffrance réfractaire aux approches courantes relevant éventuellement de la mise en œuvre d'une sédation profonde et continue jusqu'au décès ;
 - § nécessite l'administration intraveineuse continue de substances susceptibles d'entraîner des effets adverses au niveau local ou général ;

¹ La notion de proche aidant doit être entendue comme la personne qui entretient des liens étroits avec la personne aidée qui présente notamment un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

- § nécessite une surveillance permanente (monitoring) d'une fonction vitale telle que le rythme cardiaque (ECG), l'hémodynamique ou la saturation artérielle en oxygène ;
 - § correspond à des troubles du comportement productifs à type de comportement moteur aberrant, d'agitation verbale ou physique, d'agressivité verbale ou physique,...
 - § soulève des problématiques éthiques complexes (conflit de projet...)
- de personnes présentant une morbidité psychopathologique non stabilisée.

5. Acteurs mobilisés

Cette partie présente l'ensemble des acteurs mobilisés pour ces expérimentations tant pour le porteur de projet et ses partenaires, que l'ensemble du personnel amenés à concourir au fonctionnement des maisons de répit expérimentales.

A titre liminaire, il convient de préciser que ces expérimentations seront portées par des personnes morales qui devront agir sans but lucratif avec une structure juridique ad hoc.

De même, afin d'identifier les liens d'intérêt de toute nature directs ou pas avec les entreprises, les établissements de santé ou les organismes dont les activités, entrent dans le champ de compétence de l'ARS, les porteurs de projets devront compléter, avant leur prise de fonctions, une déclaration publique d'intérêt conformément à l'article L. 1451-1 du CSP. Le porteur de projet sera responsable légal de la maison de répit expérimentale et devra se présenter dans le projet de structure qu'il proposera à l'ARS. Cette présentation devra comporter :

- L'identité, l'adresse, les coordonnées et le statut juridique de la personne physique ou morale,
- les éléments quantitatifs et qualitatifs qui fondent le projet,
- la présentation de l'opération projetée

Le porteur de projet dont la candidature sera retenue conclura un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS.

Le porteur de projet s'engage à :

- respecter les règles générales relatives à l'accessibilité et à la sécurité ;
- respecter les conditions techniques de fonctionnement prévues par le présent cahier des charges ;
- respecter l'obligation assurantielle personnelle, pour la structure, ainsi que, pour tous intervenants au sein de la maison de répit expérimentale ;
- respecter la législation en vigueur dans le code du travail ;

- respecter les effectifs et la qualification des personnels prévus par le présent cahier des charges et le maintien des caractéristiques du projet lorsque les porteurs de projet auront été retenus ;
- présenter un budget de fonctionnement prévisionnel et établir un budget annuel détaillés ;
- permettre l'évaluation de l'expérimentation par la réalisation d'un rapport final prévu dans le point 7 du présent cahier des charges.

Les maisons de répit expérimentales devront s'insérer dans le maillage territorial de l'offre de soins sur le territoire et de préférence se trouver à proximité d'une structure d'exercice coordonné.

Ainsi, chaque projet devra faire apparaître :

- les éléments démographiques justifiant le besoin de solution de répit sur le territoire ;
- le positionnement envisagé de la maison de répit à titre expérimental dans le maillage territorial de l'offre de soins existante et les liens avec d'autres structures de prise en charge d'amont et d'aval ;
- la coopération, notamment avec les collectivités territoriales ;
- les professionnels ressources pour les personnes accueillies du territoire qui peuvent être :
 - § les professionnels du premier recours
 - § les établissements de proximité dont unités spécialisées (services de médecine ou de soins de suite et de réadaptation (SSR) avec compétence en soins palliatifs, lit identifié en soins palliatifs (LISP), unité de soins palliatifs (USP), EHAD, équipe mobile de soins palliatifs (EMSP),...) ou portant un service d'accueil des urgences
 - § les établissements ou services sociaux et médico sociaux partenaires
 - § les associations de bénévoles habilitées à intervenir auprès des personnes en soins palliatifs tel qu'indiqué dans le point 6.3 du présent cahier des charges.

De même, les porteurs de projet devront faire apparaître dans leur dossier de candidature d'une part, les liens et les dispositifs nationaux pouvant être ressources pour l'expérimentation et d'autre part, les faiblesses pouvant être un frein au bon développement du projet.

6. Fonctionnement

Cette partie présente les prescriptions attendues pour le fonctionnement des maisons de répit expérimentales concernant les locaux, l'organisation du séjour, le personnel, les prestations attendues, le budget de fonctionnement ainsi que, les conditions qui permettront de mettre éventuellement un terme à cette expérimentation.

A titre préliminaire, il convient de préciser que les informations qui sont recueillies durant le séjour et qui concernent la personne accueillie ou son entourage doivent respecter la réglementation en vigueur aux articles L 1110-4, L1110-12, L1111-8, L1111-8-1 du CSP. Les données collectées devront être conservées pendant 2 ans. Au terme de ce délai, l'archivage ou la destruction des données demeure à la charge du responsable de la structure qui en informera l'ARS.

6.1 Les locaux et les espaces extérieurs

La maison de répit devra être une structure de plain-pied qui pourra accueillir de 10 à 12 patients et sera accessible aux personnes à mobilité réduite, tant les locaux bâtis que les espaces extérieurs. Les espaces extérieurs devront permettre l'accès d'un véhicule adapté à l'état de la personne accueillie à tout moment de son séjour. Les accès devront faire en sorte qu'en cas d'évacuation sanitaire d'une personne, le contact visuel avec les autres personnes ou le personnel soit limité, par exemple au travers d'un accès secondaire et aisé avec l'aire de stationnement.

Pour l'information complète des personnes accueillies et du personnel, les affiches du dispositif 3977 afin de lutter contre la maltraitance, ainsi que, l'information du portail de signalement de l'ARS, devront être apposées de façon apparentes et en caractères lisibles, dans les lieux du travail, dans chaque lieu d'accueil collectif et dans chaque chambre.

Les locaux doivent permettre l'accueil de chaque personne en chambre individuelle, équipée d'un accès internet, d'une télévision, d'une table de chevet ou autre type de rangement permettant de ranger des livres ou des effets personnels, d'une salle de bain individuelle attenante. L'agencement des chambres doit également permettre d'installer un lit d'appoint pour le proche aidant en tant que de besoin.

Les parties communes doivent comprendre :

- une cuisine ou une organisation adaptée ;
- une salle à manger pouvant accueillir l'ensemble des personnes ;
- une seconde salle à manger salon pouvant accueillir 4 à 5 personnes ;
- un salon pouvant accueillir des activités collectives pour l'ensemble des personnes accueillies ;
- deux salles d'activité pour des activités individuelles ou en petit groupe ;
- deux WC à proximité des salles d'accueil collectif ;
- une salle de consultation et de soins, permettant en dehors de la chambre de la personne d'accueillir un consultant extérieur, qu'il soit lié au soin ou non, et comportant un espace de soins individualisés (lavabo, espace propre -espace sale) ;
- des locaux de services nécessaires au fonctionnement de la structure (buanderie, locaux techniques etc...) ;
- des locaux pour les personnels tant salariés que bénévoles.

Il convient de préciser que les locaux à vocation individuelle (chambres, salle d'activité individuelle) devront bénéficier d'un aménagement permettant de respecter l'intimité et la dignité de la personne. Les porteurs de projet devront fournir, au terme de la phase d'étude de faisabilité, des plans détaillés de la structure.

6.2 L'organisation du séjour

Les demandes de séjour de répit sont faites sur la base d'une procédure d'admission par la personne sollicitant le séjour de répit, les familles ou par les professionnels de santé, en accord avec la personne.

La prise en charge en maison de répit devra s'inscrire dans le parcours de soins de la personne accueillie qui en demeure la principale actrice.

Pendant le séjour, en accord avec la personne, le projet médical sera placé sous la responsabilité du médecin traitant (ou équivalent en charge de la personne accueillie) et s'intégrera dans le projet personnalisé de santé.

Des procédures et protocoles écrits sur la base d'un projet personnalisé de soins (PPS) permettront d'anticiper les soins ou les situations critiques sur le plan individuel et collectif, ainsi que, les modalités pour avoir recours à une consultation de spécialiste, à une hospitalisation à temps partiel ou à une hospitalisation à domicile et en cas d'urgence.

Le séjour peut aller de 9 à 120 jours maximum sur une année civile et par personne accueillie. La part des séjours de 120 jours ne pourra pas excéder 15% de la totalité des journées réalisées sur l'année civile. Chaque personne accueillie (ou son représentant légal) dans la structure se verra remettre, dès son arrivée, un contrat de séjour qu'elle devra signer avec le représentant juridique de la maison de répit.

Le contrat de séjour comprend :

- le règlement intérieur qui doit être respecté par tous ;
- les droits des personnes accueillies et leur consentement exprès ;
- les prestations assurées par le porteur de la maison de répit jour et nuit ;
- les objectifs et attentes ;
- la durée prévue du séjour ;
- les conditions de la participation financière du bénéficiaire ou de facturation, y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation ;
- les conditions à respecter en cas de résiliation ;
- les intervenants professionnels désignés par la personne accueillie notamment pour le suivi médical et paramédical pour la durée prévue du séjour.

Le séjour de répit prend fin :

- selon le terme inscrit dans le contrat de séjour ;
- en cas de décès de la personne accueillie ;
- en cas d'hospitalisation complète de la personne accueillie sauf sous la modalité d'hospitalisation à domicile ;
- en cas d'interruption ou de suspension de l'activité sur décision du directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) ou en cas de fermeture définitive de la maison de répit par le DGARS.

L'autonomie de la personne sera respectée, la désignation de la personne de confiance et la rédaction de directives anticipées seront recherchées conformément aux lois susvisées.

6.3 Le personnel

Les professionnels intervenant au sein de la structure devront disposer d'une compétence pour la prise en charge en soins palliatifs et en soins de support dont au moins un binôme médecin-infirmier diplômé d'Etat (IDE) ayant validé un DU-DIU, en particulier, pour l'infirmière coordinatrice.

Une présence de professionnel continue sera assurée en complémentarité du temps de présence de l'IDE coordinatrice afin notamment de pourvoir aux conditions pour assurer la continuité des soins. Les bénévoles seront formés à l'accompagnement des personnes dans ce domaine (selon la grille SFAP) et constitueront des appuis pour les professionnels de santé et pour les personnels de la maison de répit, leur place devra être anticipée et clairement définie.

Chaque professionnel de la maison de répit bénéficiera d'une fiche de poste et d'une fiche de tâches. Une coordination sera assurée par un infirmier(IDE).

En tout état de cause, l'organisation des professionnels devra comprendre :

- un temps de coordination d'IDE de jour 5 jours par semaine, toutes les semaines de l'année;
- un accompagnant éducatif et social ou une auxiliaire de vie ou un aide médico-psychologique diplômés d'Etat, formés présents 24/24h tous les jours de l'année ;
- un conventionnement avec un établissement d'hospitalisation à domicile autorisé à intervenir sur le territoire d'installation de la maison de répit ;
- un accès à une compétence d'orthophoniste, d'ergothérapeute ou psychomotricien, de psychologue, d'assistant social ou de diététicien afin de prendre en charge les personnes accueillies ;

- un accès à un avis médical pour l'admission d'une personne par le médecin traitant ou son équivalent médecin généraliste qui aura en charge la personne durant son séjour en maison de répit ;
- des professionnels du premier recours habituels assurant les soins médico techniques requis par la personne, les actes de ces professionnels émergeant sur le droit commun à l'identique des prestations fournies à domicile.

De plus, chaque projet devra décrire l'organisation mise en place et un tableau des professionnels et bénévoles en équivalent temps plein (ETP) selon les catégories.

6.4 Les prestations

Les prestations au sein de la maison de répit comprennent :

- les prestations hôtelières ;
- une prestation en soins relationnels et en soins de base ;
- une prestation en actes et soins médico techniques et, le cas échéant, en soins de base fournie par les professionnels de premier recours et une prise en charge psycho sociale qui regroupe :
 - § la délivrance de tous les actes et soins requis médico techniques dont la prise en charge de la douleur, en soins de support ;
 - § des prescriptions anticipées personnalisées ;
 - § une anticipation d'un besoin d'hospitalisation, notamment en situation de crise ;
 - § la délivrance des soins de base requis ;
 - § l'accompagnement du patient et de ses proches en tant que de besoin ;
 - § le questionnement éthique ;
- une possibilité de prise en charge psycho-sociale par une prestation d'ergothérapie ou de psychomotricien, de psychologue ou d'assistant social de la personne accueillie et de ses proches en tant que de besoin ;
- les personnes accueillies peuvent bénéficier d'un accompagnement effectué par des bénévoles formés tel indiqué dans le point 6.3 du présent cahier des charges pour des prestations de loisirs et d'animations, ainsi que, d'autres prestations liées au bien-être (coiffure, esthétique, manucure...) ou à la santé selon leurs compétences en vertu de leur diplôme et de leur place définie au sein de la maison de répit.

L'ensemble des prestations fournies tant par les professionnels que par les bénévoles devront faire l'objet d'un engagement contractuel dans le cadre du contrat de séjour et être détaillées dans le dossier de candidature.

6.5 Budget de fonctionnement et rapport d'activité

Le budget prévisionnel de fonctionnement sera joint au dossier de candidature.

Le budget annuel de fonctionnement sera établi au 30 octobre de l'année N pour l'année N+1.

Un compte-rendu financier ainsi que le rapport d'activité de l'année N seront adressés à l'ARS au plus tard le 31 mars de l'année N+1.

6.6 Fermeture de la maison de répit

S'il est constaté, un ou des manquements aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ou à la continuité des soins, le directeur général de l'agence régionale de santé (DGARS) le notifie au responsable légal de la structure. Ce dernier devra faire connaître ses observations en réponse, ainsi que, les mesures correctrices adoptées ou envisagées, dans un délai de 8 jours à compter de la notification du ou des manquements par le DGARS.

En l'absence de réponse dans ce délai ou si cette réponse est insuffisante, le responsable de la structure recevra une injonction afin de prendre toutes dispositions nécessaires pour faire cesser définitivement les manquements dans un délai déterminé. Le DGARS en constatera l'exécution.

Toutefois, en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes, du personnel ou des bénévoles ou lorsqu'il n'a pas été satisfait, dans le délai fixé, à l'injonction prévue, le DGARS peut prononcer l'interruption temporaire immédiate de l'activité de la maison de répit. La décision est notifiée au responsable légal de la structure, accompagnée des constatations faites et assortie d'une mise en demeure de remédier aux manquements dans un délai déterminé.

S'il est constaté au terme de ce délai qu'il a été satisfait à la mise en demeure, le DGARS met fin à la suspension de l'activité. Dans le cas contraire, il se prononcera à titre définitif sur la fermeture de la maison de répit.

7. Financement

Il appartient au porteur de projet de décrire, selon le planning prévisionnel pour les différentes phases, le modèle économique qu'il entend retenir. L'inscription dans le territoire de recours et le diagnostic territorial doivent permettre à chaque porteur de projet de définir le nombre de séjours attendus durant la première année et la deuxième année, ainsi que, le taux d'occupation prévisionnel.

L'allocation maximale versée par l'ARS sera de 150 000€ par projet et par an dédiée aux personnes accueillies pour concourir au fonctionnement de la structure. Ces crédits sont destinés au financement de :

- un temps d'IDE coordinatrice présente 5 jours sur 7 par semaine ;
- un accompagnant éducatif et social ou un aide médico psychologique ou un auxiliaire de vie de nuit diplômés dont la présence ne peut pas être inférieure à 10 heures par nuit, toutes les nuits de l'année ;
- un temps de psychologue présent dans la structure ;
- un temps d'ergothérapeute ou de psychomotricien, un temps d'assistant social et de diététicien.

Chaque porteur de projet retenu sera exigible à un financement de 40 000 € pour permettre de finaliser le projet qui sera présenté à l'ARS.

L'ensemble des partenaires potentiels participant au projet (conseil départemental, organismes d'assurances complémentaires, autres..), ainsi que, le montant de leur contribution permettant le fonctionnement de la maison de répit devront être présentés de manière exhaustive dans le dossier de candidature.

Une participation financière pourra être demandée à la personne accueillie à condition qu'une nuitée ait été effective dans la maison de répit et sans que son montant ne puisse excéder le montant du forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Le montant forfaitaire peut, toutefois, être modulé dans le respect des dispositions réglementaires en vigueur.

8. Modalités de suivi et d'évaluation de l'expérimentation

L'expérimentation des maisons de répit fera l'objet d'un suivi de l'ARS de la phase ingénierie à la phase expérimentation. Les porteurs de projet retenus informeront l'Agence des avancées de leur expérimentation.

Chaque porteur de projet informera l'ARS du début effectif de l'expérimentation et dans un délai de 6 mois à compter de l'accueil des premières personnes une visite de contrôle sur site sera effectuée

par les services de l'ARS pour s'assurer que le fonctionnement de la structure soit conforme au présent cahier des charges.

En cas d'absence d'accueil de la première personne bénéficiant de répit dans la structure au plus tard le 31 octobre 2021, le contrat sera réputé caduque.

Des indicateurs de suivi destinés à évaluer le fonctionnement de la maison de répit seront précisés dans le CPOM et transmis à l'ARS annuellement.

Au terme de l'expérimentation, qui ne peut pas dépasser 2 ans consécutifs à compter de l'accueil de la première personne, un rapport final portant sur le fonctionnement global de la structure devra être réalisé pour chacune des trois maisons de répit expérimentales. Ce rapport définitif comprendra une phase de dialogue contradictoire entre les porteurs de projets et l'ARS.

Enfin, un premier rapport d'activité sera remis à l'ARS 13 mois après le démarrage de l'expérimentation et, par la suite, de manière annuelle au plus tard au 31 mars de l'année N+1.

9. Calendrier

La durée d'expérimentation est prévue pour 2 ans.

Un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) sera conclu entre le porteur du projet d'expérimentation et l'ARS.

Le planning prévisionnel de l'expérimentation doit permettre d'identifier les différentes phases du projet par une description détaillée de chacune d'entre elles.

La phase ingénierie correspondant à la période s'étendant de la conception architecturale et de fonctionnement à la livraison du bâti.

La date de mise en œuvre de l'expérimentation est définie comme l'accueil de la première personne accueillie dans la maison de répit.

10. Annexes

Les annexes des dossiers de candidature devront comporter :

- Un projet de règlement intérieur ;
- Un projet de livret d'accueil ;
- Un projet de grille ou procédure d'admission ;
- Le budget prévisionnel.

11. Liste des abréviations

ARS : agence régionale de santé

CSP : code de la santé publique

DGARS : directeur général de l'agence régionale de santé

DIU : diplôme inter universitaire

DU : diplôme universitaire

ECG : électrocardiogramme

EHAD : établissement d'hospitalisation à domicile

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

ETP : équivalent temps plein

IDE : infirmier diplômé d'Etat

LISP : lit identifié en soins palliatifs

SFAP : société française d'accompagnement et de soins palliatifs

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et réadaptation

USP : unité de soins palliatifs