

CADRE JURIDIQUE ENTOURANT LE DEPLOIEMENT DE MAIA DEPUIS 2010

TEXTES FONDAMENTAUX

❑ Loi n°2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale - art.78

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a donné une base légale au dispositif MAIA, via son décret d'application approuvant son cahier des charges (Décret no 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) :

– l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles est consacré aux MAIA ;

l'article L. 113-3 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ou en perte d'autonomie coordonnent leurs activités au sein de maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA).

En vertu du même article, les conditions de fonctionnement des MAIA doivent répondre à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées.

– l'article L. 14-10-5 du même code prévoit leur financement par le budget de la CNSA (section I) ;

– l'article L. 1431-2 du code de la santé publique relatif aux missions et compétences des ARS est complété par une disposition prévoyant que les ARS attribuent les financements aux MAIA et s'assurent du respect du cahier des charges.

Au regard de ces dispositions légales, les MAIA ne sont pas une nouvelle catégorie d'établissements ou de services médico-sociaux au sens de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elles ne relèvent donc pas du régime des autorisations prévu à l'article L. 313-1 du code précité. Afin de permettre la généralisation de ces dispositifs, leur déploiement relèvera d'une procédure d'appel à candidatures.

❑ Loi n°2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale - art. 61

_Modification de [l'article L14-10-5](#)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie retrace ses ressources et ses charges en sept sections distinctes selon les modalités suivantes :

I. — Une section consacrée au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1 **ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3** et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et [L. 114-3](#) qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées, qui est divisée en deux sous-sections.

1. La première sous-section est relative aux établissements et services mentionnés aux 1° et 4° de l'article L. 314-3-1 et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes handicapées, ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux [articles L. 114-1-1](#) et L. 114-3.

2. La deuxième sous-section est relative aux établissements et services mentionnés au 3° de [l'article L. 314-3-1](#) et à ceux du 2° du même article qui accueillent principalement des personnes âgées, ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3.

- ❑ **Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - art. 21**

_Modification de [l'article L.1431-2 du code de santé publique](#)

Les agences régionales de santé sont chargées, en tenant compte des spécificités de chaque région :

1° De mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique définie en application des articles [L. 1411-1-1](#) et [L. 1411-2](#), en liaison avec les autorités compétentes dans les domaines de la santé au travail, de la santé scolaire et universitaire et de la protection maternelle et infantile.

A ce titre :

- a) Elles organisent, en s'appuyant en tant que de besoin sur les observatoires régionaux de la santé, la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, le recueil et le traitement des signalements d'événements sanitaires ;
- b) Elles contribuent, dans le respect des attributions du représentant de l'Etat territorialement compétent, à l'organisation de la réponse aux urgences sanitaires et à la gestion des situations de crise sanitaire ;
- c) Sans préjudice de l'article [L. 1435-1](#), elles établissent un programme annuel de contrôle du respect des règles d'hygiène, en particulier celles prévues au 2° de l'article [L. 1421-4](#), en fonction des orientations retenues par le document visé à l'article [L. 1434-1](#) et des priorités définies par le représentant de l'Etat territorialement compétent. Elles réalisent ou font réaliser les prélèvements, analyses et vérifications prévus dans ce programme et procèdent aux inspections nécessaires ;
- d) Elles définissent et financent des actions visant à promouvoir la santé, à éduquer la population à la santé et à prévenir les maladies, les handicaps et la perte d'autonomie, et elles veillent à leur évaluation ;

2° De réguler, d'orienter et d'organiser, notamment en concertation avec les professionnels de santé, l'offre de services de santé, de manière à répondre aux besoins en matière de soins et de services médico-sociaux, et à garantir l'efficacité du système de santé.

A ce titre :

- a) Elles contribuent à évaluer et à promouvoir les formations des professionnels de santé, des personnels qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes et des personnes handicapées ou dans les établissements mentionnés aux 1° et 3° de l'article [L. 314-3-1](#) du code de l'action sociale et des familles une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que les formations des aidants et des accueillants familiaux mentionnés aux articles [L. 441-1](#) et [L. 444-1](#) du même code ;
- b) Elles autorisent la création et les activités des établissements de santé et des installations mentionnées aux articles [L. 6322-1](#) à L. 6322-3 ainsi que des établissements et services médico-sociaux au b de l'article [L. 313-3](#) du code de l'action sociale et des familles ; elles contrôlent leur fonctionnement et leur allouent les ressources qui relèvent de leur compétence ; **elles attribuent également les financements aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 du même code** ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles [L. 114-1-1](#) et L. 114-3 du même code et s'assurent du respect des cahiers des charges mentionnés respectivement à l'article L. 113-3 et au l de l'article [L. 14-10-5](#) du même code ;
- c) Elles veillent à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de satisfaire les besoins de santé de la population. A ce titre, elles mettent en œuvre les mesures mentionnées à l'article [L. 1434-7](#) et en évaluent l'efficacité ;
- d) Elles contribuent à mettre en œuvre un service unique d'aide à l'installation des professionnels de santé ;
- e) Elles veillent à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux et elles procèdent à des contrôles à cette fin ; elles contribuent, avec les services de l'Etat compétents et les collectivités territoriales concernées, à la lutte contre la maltraitance et au développement de la bientraitance dans les établissements et services de santé et médico-sociaux ;
- f) Elles veillent à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion ;
- g) Dans les conditions prévues à l'article [L. 1434-14](#), elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales prolongeant et complétant les programmes nationaux de gestion du risque et des actions complémentaires. Ces actions portent sur le contrôle et l'amélioration des modalités de recours aux soins et des pratiques des professionnels de santé en médecine ambulatoire et dans les établissements et services de santé et médico-sociaux. A ce titre, elles publient un bilan annuel, quantitatif et qualitatif, des séjours et de l'activité des établissements de santé, portant notamment sur les actes et interventions chirurgicales, sur la base des informations mentionnées à [l'article L. 6113-8](#). La personne publique désignée par l'Etat et mentionnée au premier alinéa du même article L. 6113-8 en publie, chaque année, une analyse nationale et comparative par région ;
- h) En relation avec les autorités compétentes de l'Etat et les collectivités territoriales qui le souhaitent, elles encouragent et favorisent, au sein des établissements, l'élaboration et la mise en œuvre d'un volet culturel ;
- i) Elles évaluent et identifient les besoins sanitaires des personnes en détention. Elles définissent et régulent l'offre de soins en milieu pénitentiaire.

FOCUS SUR LES EVOLUTIONS DU CADRE JURIDIQUE : LES APPORTS DES LOIS ASV ET MODERNISATION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE

- ❑ Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

_Modification de [l'article L14-10-1 du CASF \(alinéa 14\)](#) : Compétence donnée à la CNSA pour définir des normes permettant d'assurer les échanges d'informations liées à la mise en œuvre de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie mentionnée à l'article L. 113-3 du présent code, en lien avec [l'ASIP]. »

_Modification de [l'article L 113-3 du CASF](#) : sens de l'acronyme, autorisation de l'échange d'informations entre professionnels « MAIA », application du régime du droit d'opposition à l'échange d'informations, professionnels mettant en œuvre MAIA faisant partie de l'équipe de soins.

- ❑ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

_Modification de [l'article L1110-4 du code de la santé publique](#) : redéfinition de l'équipe de soins « Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social »...**Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.**

_Création de [l'article L.1110-4-1 du code de la santé publique](#) : opposabilité des référentiels d'interopérabilité et de sécurité édictés par l'ASIP.

_Modification de [l'article L. 111-8-1 du code de la santé publique](#) : le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé comme identifiant de santé des personnes pour leur prise en charge à des fins sanitaires et médico-sociales, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4.

❑ **Décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel**

_Décret qui détermine les catégories de professionnels de champ social et médico-social habilités à échanger et partager avec les professionnels de santé (4ème partie du code de la santé publique) des informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, ainsi que les modalités de cet échange et de ce partage.

_Modalités d'échange définies : seules informations strictement nécessaires à la coordination..., périmètre de leurs missions, information préalable de l'utilisateur concernée sur la nature des informations qui vont être échangées, identité et qualité du destinataire.

Extrait : Article 1 :

Au chapitre préliminaire du titre Ier du livre Ier de la première partie du code de la santé publique (dispositions réglementaires), la section 1 est remplacée par les dispositions suivantes :

Section 1 Conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social

Art. R. 1110-1.-Les professionnels participant à la prise en charge d'une même personne peuvent, en application de l'article L. 1110-4, échanger ou partager des informations relatives à la personne prise en charge dans la double limite :

1° Des seules informations strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention, ou au suivi médico-social et social de ladite personne ;

2° Du périmètre de leurs missions.

Art. R. 1110-2.-Les professionnels susceptibles d'échanger ou de partager des informations relatives à la même personne prise en charge appartiennent aux deux catégories suivantes :

1° Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du présent code, quel que soit leur mode d'exercice ;

2° Les professionnels relevant des sous-catégories suivantes :

a) Assistants de service social mentionnés à l'article L. 411-1 du code de l'action sociale et des familles ;

b) Ostéopathes, chiropracteurs, psychologues et psychothérapeutes non professionnels de santé par ailleurs, aides médico-psychologiques et accompagnants éducatifs et sociaux ;

- c) Assistants maternels et assistants familiaux mentionnés au titre II du livre IV du code de l'action sociale et des familles ;
- d) Educateurs et aides familiaux, personnels pédagogiques occasionnels des accueils collectifs de mineurs, permanents des lieux de vie mentionnés au titre III du livre IV du même code ;
- e) Particuliers accueillant des personnes âgées ou handicapées mentionnés au titre IV du livre IV du même code ;
- f) Mandataires judiciaires à la protection des majeurs et délégués aux prestations familiales mentionnés au titre VII du livre IV du même code ;
- g) Non-professionnels de santé salariés des établissements et services et lieux de vie et d'accueil mentionnés aux articles L. 312-1, L. 321-1 et L. 322-1 du même code, ou y exerçant à titre libéral en vertu d'une convention ;
- h) Non-professionnels de santé mettant en œuvre la méthode prévue à l'article L. 113-3 du même code pour la prise en charge d'une personne âgée en perte d'autonomie ;**
- i) Non-professionnels de santé membres de l'équipe médico-sociale compétente pour l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée aux articles L. 232-3 et L. 232-6 du même code, ou contribuant à cette instruction en vertu d'une convention.

*Art. R. 1110-3.-I.-*Le professionnel relevant d'une des catégories de l'article R. 1110-2 souhaitant échanger des informations relatives à une personne prise en charge, au titre du II de l'article L. 1110-4, avec un professionnel relevant de l'autre catégorie, informe préalablement la personne concernée, d'une part, de la nature des informations devant faire l'objet de l'échange, d'autre part, soit de l'identité du destinataire et de la catégorie dont il relève, soit de sa qualité au sein d'une structure précisément définie.

II.-Lorsqu'ils sont membres d'une même équipe de soins, les professionnels relevant d'une des catégories mentionnées à l'article R. 1110-2, partagent, avec ceux qui relèvent de l'autre catégorie, les informations relatives à une personne prise en charge dans les strictes limites de l'article R. 1110-1 et en informent préalablement la personne concernée. Ils tiennent compte, pour la mise en œuvre de ce partage, des recommandations élaborées par la Haute Autorité de santé avec le concours des ordres professionnels, en particulier pour ce qui concerne les catégories d'informations qui leur sont accessibles.

III.-Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, seule l'urgence ou l'impossibilité d'informer cette personne peut dispenser le professionnel ou la personne participant à sa prise en charge de l'obligation d'information préalable. La personne concernée est toutefois informée, dès que son état de santé le permet, de l'échange ou du partage des informations auquel il a été procédé. Il en est fait mention dans le dossier médical. »

□ Décret n°2016-996 du 20 juillet 2016 relatif à la liste des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles peuvent exercer les membres d'une équipe de soins

_L'équipe de soins est un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes. Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social.

_Décret qui définit la listes des structures de coopération, d'exercice partagé ou de coordination sanitaire ou médico-sociale dans lesquelles les professionnels sont réputés être membres d'une même équipe de soins.